

Audition publique
« Auteurs de violences sexuelles :
prévention, évaluation, prise en charge »

Rapports des experts
et du groupe bibliographique

Tome 3 : Évaluation

Préface : Mathieu LACAMBRE, Sabine MOUCHET-MAGES

Auteurs : François ARNAUD, Roland COUTANCEAU, Julien DA COSTA,
Emmanuelle DUSACQ, Bruno GRAVIER, Ivan GUITZ, Hanin HEDJAM, Pierre
LAMOTHE, Cédric LE BODIC, Nora LETTO, Frédéric MEUNIER, Valérie MOULIN,
Thierry PHAM, Pierre ROUVIERE

Suivi de
« Synthèse du rapport de la commission d'audition.
35 propositions concrètes pour lutter efficacement
contre les violences sexuelles »

Edition collector à l'occasion du
10^{ème} Congrès International Francophone sur l'Agression Sexuelle
(CIFAS, Montpellier, 2019)

ISBN : 978-2-491142-02-5

© FFCRIAVS - 2019

Audition publique
« Auteurs de violences sexuelles :
prévention, évaluation, prise en charge »
Paris, juin 2018

Préface

Dans le champ des violences sexuelles, nous disposons en France d'un héritage clinique, théorique et conceptuel particulièrement riche ainsi que de dispositifs législatifs inédits (injonction de soins, contrainte pénale...) mais aussi institutionnels permettant une articulation étroite entre la Santé et la Justice autour du patient-condamné. Ainsi, des équipes pluriprofessionnelles originales ont vu le jour à partir de 2006¹ au sein de Centres Ressources pour les intervenants auprès d'Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAIVS). Près de 200 professionnels de tout horizon (secrétaire, documentaliste, juriste, sociologue, criminologue, psychologue, éducateur, assistant de recherche clinique, psychiatre, sexologue...) se sont réunis dans chaque région pour incarner les CRIAIVS et porter haut nos missions : la prévention, la formation, la documentation, l'information, le soutien aux équipes de terrain, la recherche et l'animation des réseaux Santé-Justice. Fin 2009, les CRIAIVS se sont associés au sein de la Fédération Française des CRIAIVS (FFCRIAIVS) pour développer collectivement des projets d'envergure nationale et internationale.

Interrogés au quotidien par les patients, les familles et les professionnels de la santé, de la justice, mais aussi du secteur éducatif, sur les évolutions de l'expression des violences sexuelles (sur internet, entre jeunes mineurs...), interpellés, intéressés, mais aussi préoccupés par la société qui, découvrant l'ampleur du phénomène, se saisit de l'immédiateté des réseaux sociaux pour « balancer » sa colère dans des hashtags² là où prendre du temps s'avère indispensable pour accueillir les victimes et traiter les auteurs, et enfin inquiets de l'absence de volonté d'engager une politique volontariste de prévention primaire, les professionnels des CRIAIVS ont décidé, via la FFCRIAIVS d'engager un nécessaire processus de réflexion et de mise à jour des repères en perpétuelle évolution³ pour la prévention, l'évaluation, et la prise en charge des auteurs violences sexuelles.

Aussi, avons-nous établi les premiers contacts avec la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2016 pour garantir un cadre éthique que nous voulions rigoureux.

Plusieurs modèles s'offraient à nous : la conférence de consensus, les recommandations d'experts et l'audition publique. Nous voulions adresser un message complet et solide à l'attention des professionnels, des patients, des familles, mais aussi de toute la société – en particulier des personnes en charge des politiques de santé, judiciaire, criminelle, pénitentiaire –, basé sur des faits scientifiques validés (haut niveau de preuve), et intégrant la société civile. C'est pourquoi, naturellement, notre choix s'est porté sur l'audition publique, à une date symbolique (17 juin 2018 pour les 20 ans de la loi du 17 juin 1998⁴), avec une diffusion en streaming en direct afin d'assurer un accès public le plus large.

1. Circulaire DHOS/DGS/02/6C n°2006/168 du 13 avril 2006 relative à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles et à la création de centres de ressources interrégionaux et circulaire DHOS/F2/F1/DSS/AI/2008/264 du 8 août 2008 relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé.

2. #balancetonporc, #metoo

3. Notamment au plan législatif. Depuis l'audition publique, la loi du 3 août 2018 a d'ailleurs amendé certaines définitions des violences sexuelles.

4. Loi n°98-468 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles et à la protection des mineurs

Et comme il fallait être bien accompagné, nous avons eu la chance de bénéficier du soutien d'un méthodologiste de la HAS ainsi que d'une documentaliste. La légitimité du projet s'est construite avec la constitution du comité d'organisation, représentatif de toutes les instances impliquées dans la problématique des auteurs de violences sexuelles, et qui a lui-même choisi non pas un, mais deux présidents pour la commission d'audition, instance indépendante en charge de la rédaction de recommandations à l'issue des débats : Jean Marie Delarue, conseiller d'Etat, ancien contrôleur général des lieux de privation de liberté (2008-2014), président de la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme, et Charles Alezrah, psychiatre hospitalier, président du Centre régional d'étude, d'action et d'information en faveur des personnes en situation de vulnérabilité - Observatoire régional de la santé (CREAI-ORS OCCITANIE).

Une mystérieuse alchimie s'est alors déclenchée : pendant que le comité d'organisation poursuivait l'élaboration des questions qui allaient structurer la production scientifique, la commission d'audition a été créée, ainsi que le groupe bibliographique, lecteurs aguerris, pour analyser, évaluer et synthétiser toute la littérature dans le domaine. Oui, TOUTE la littérature. Et pour nourrir ce groupe bibliographique, le réseau documentaire de la FFCRIAVS a tourné à plein régime pendant de longs mois. En parallèle les meilleurs experts nationaux ont été sollicités pour écrire leur rapport et le synthétiser à l'oral en 10 minutes lors de deux jours de marathon cognitif au Ministère des Solidarités et de la Santé les 14 et 15 juin 2018, pendant lequel un public trié sur le volet (obligation de représentativité) a pu participer et interagir avec l'ensemble des intervenants.

Conformément au référentiel méthodologique de la HAS, la commission d'audition s'est enfin retirée pour rédiger en huis clos son rapport complet remis le 17 juin 2018, et dont la synthèse est confiée à votre lecture à la fin de cet ouvrage.

A l'automne 2018, le collège de la HAS n'a pas souhaité endosser le rapport de la commission d'audition en raison de son caractère transversal. En effet, pour aborder la problématique des auteurs de violences sexuelles l'implication des champs judiciaire, pénitentiaire et sanitaire est nécessaire. La HAS n'ayant de compétence que dans le champ de la Santé, il lui était évidemment impossible de se prononcer hors de ce champ. A ce titre, en regard des pratiques professionnelles de terrain au quotidien, nous suggérons la création d'une articulation fonctionnelle interministérielle Santé-Justice au plus haut niveau. Ainsi le rapport de la commission d'audition aurait peut-être pu connaître un autre sort, et participer à réduire l'inflation législative, outil de communication politique partiellement efficace pour réduire les angoisses sociétales, mais facteurs de confusion sur le terrain.

Et pourtant, grâce à la pugnacité, la volonté et l'implication féline de quelques un-e-s, vous avez la chance de détenir une édition collector, spécialement parue pour le X^{ème} Congrès International Francophone sur l'Aggression Sexuelle (CIFAS 2019, Montpellier). Les croquis insérés avant la synthèse de la commission d'audition sont des dessins originaux réalisés par un de ses membres dont les talents ont été découverts lors des deux jours de claustration nécessaires pour rédiger le rapport.

C'est un honneur pour nous de nous savoir aujourd'hui dans vos mains.

Que ces textes vous permettent d'enrichir vos pratiques en apportant des repères pérennes, solides et fiables.

Mathieu LACAMBRE, président FFCRIAVS (2013-2019)
Sabine MOUCHET-MAGES, présidente du Comité d'Organisation de
l'Audition Publique du 17 juin 2018 : Auteurs de Violences sexuelles :
prévention, évaluation, prise en charge.

Considérations méthodologiques

L'audition publique est une méthode de concertation définie par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour faire émerger des propositions d'amélioration sur un sujet déterminé. Cette méthode implique soignants, chercheurs, et prescripteurs concernés, mais aussi politiques, usagers, grand public, médias... C'est une méthode particulièrement adaptée aux sujets de santé comportant une forte dimension sociétale et suscitant le débat, telles que les violences sexuelles. Son déroulement se compose en plusieurs étapes qui ont été rigoureusement respectées par les intervenants qui ont conduit le (et contribué au) processus de l'audition publique « Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge ».

Promoteur du projet, la Fédération Française des Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (FFCRIAVS) a engagé ses moyens humains et financiers pour accompagner la réalisation de ce projet depuis 2015. Structures de service public sous la responsabilité du Ministère des Solidarités et de la Santé, les 26 CRIAVS⁵, déployées sur l'ensemble du territoire, se sont en effet associés depuis 2009 pour porter collectivement des projets d'envergure nationale et internationale destinés à améliorer la prévention des violences sexuelles sur les bases d'une réflexion éthique et pratique, et en diffuser les apports scientifiques et cliniques grâce à leur compétence de réseau. Inaugurant le processus scientifique de l'audition publique, la FFCRIAVS en a tout d'abord déterminé le thème et la composition du *comité d'organisation*.

Le *comité d'organisation*, composé de représentants de 15 structures référentes dans le domaine des violences sexuelles et plus largement de la santé mentale et de la santé publique, a précisé la problématique et l'a décliné en plusieurs questions qui ont structuré l'audition publique. Il a ensuite confié chaque question à une sélection d'experts, composé une *commission d'audition* chargée de la rédaction du rapport final comportant des recommandations sous forme de propositions, ainsi qu'un *groupe bibliographique* chargé de la synthèse des données de la littérature scientifique.

Les *experts* et le *groupe bibliographique* ont alors rédigé leurs conclusions sur chaque question, et l'ensemble de ces écrits ont été mis à la disposition de la *commission d'audition* et du *public*.

La séance publique destinée à soumettre l'ensemble des travaux au débat public en présence de la commission d'audition s'est tenue les 14 et 15 juin 2018 avec le soutien et au Ministère des Solidarités et de la Santé, et sous le haut patronage de Mme. la ministre Agnès Buzyn.

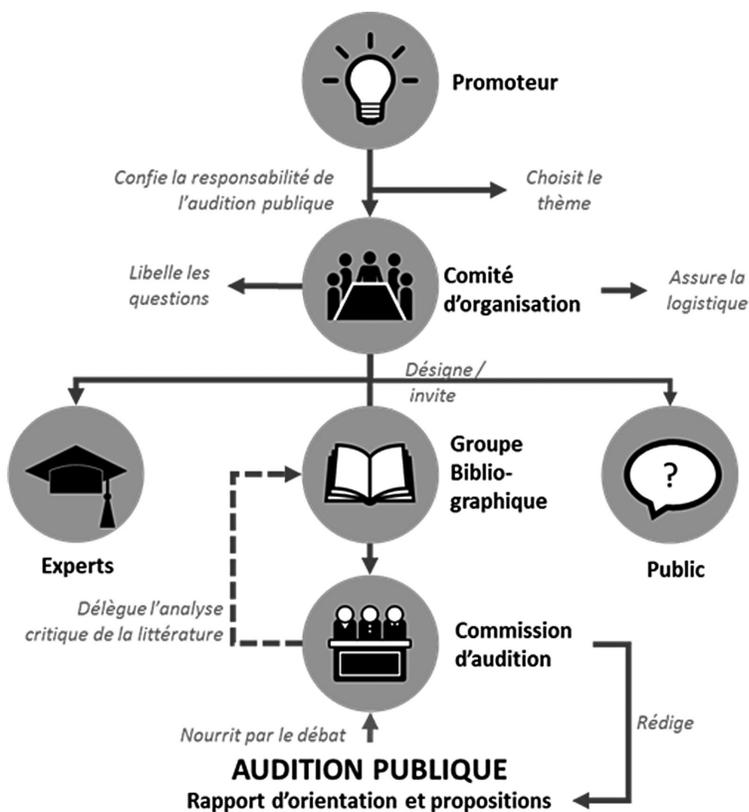
Présente lors des débats, la *commission d'audition* s'est enfin retirée pendant 2 jours afin de rédiger un rapport rendant compte de la confrontation discursive du point de vue de la littérature scientifique et des expériences de terrain à l'épreuve des interrogations légitimes du public. Elle en a par ailleurs déduit 35 propositions concrètes à

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

l'attention des professionnels, des politiques et de la société dans son ensemble, pour lutter efficacement contre les violences sexuelles. Ce rapport a été rendu public le 17 juin 2018, tout juste 20 ans après la loi du 17 juin 1998⁶ ayant notamment instauré en France l'injonction de soins comme modalité centrale de l'exécution de la peine pour les auteurs d'infraction à caractère sexuel, et impliquant ainsi le soignant dans une prise en charge articulée avec la Justice.

L'audition publique a donc nécessité et permis la production d'un ensemble de rapports (d'experts et du groupe bibliographique) permettant pour chaque question posée par la comité d'organisation de réinterroger et guider les pratiques de l'ensemble des professionnels impliqués, qu'ils soient spécialistes ou non. Ce corpus de textes fait désormais référence dans le domaine, et constitue cet ouvrage divisé selon 4 tomes thématiques : « Violences sexuelles : définitions, évolutions, état des lieux », « Prévention », « Evaluation », et « Prise en charge ».

Une synthèse du rapport de la *commission d'audition* ainsi que les 35 propositions formulées vous sont par ailleurs présentés à la fin de chaque tome.



6. Loi n°98-468 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles et à la protection des mineurs

Comité d'organisation

Présidente du Comité d'organisation

Sabine MOUCHET-MAGES, Psychiatre, responsable médical régional CRIAVS Rhône-Alpes, CH Le Vinatier, Lyon.

Président de la FFCRIAVS

Mathieu LACAMBRE, Psychiatre, responsable de la Filière Psychiatrie Légale, CHU de Montpellier.

Membres du Comité d'organisation

Association Française de Criminologie (AFC), représentée par Sophie BARON-LAFORÊT, psychiatre, Thuir.

Association Française de Psychiatrie Biologique et Neuropharmacologique (AFPBN), représentée par Anne-Hélène MONCANY, psychiatre, Toulouse.

Association Française pour le Traitement des Violences Sexuelles (AFTVS), représentée par Alain JAVAY, psychomotricien, Paris.

Association Interdisciplinaire post Universitaire de Sexologie (AIUS), représentée par Aurélie MAQUIGNEAU, psychologue sexologue, Marseille.

Association Nationale des Juges de l'Application des Peines (ANJAP), représentée par Samra LAMBERT, juge de l'application des peines, Montargis.

Association Nationale des Psychiatres Experts Judiciaires (ANPEJ), représentée par Paul JEAN-FRANÇOIS, psychiatre expert judiciaire, Paris.

Association des Psychiatres de secteur Infanto-juvéniles (API), représentée par Yvonne COINÇON, pédopsychiatre, Grenoble.

Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Aggression Sexuelle (ARTAAS), représentée par Caroline LEGENDRE-BOULAY, psychologue, Melun.

Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (ASPMP), représentée par Anne HENRY, psychiatre, Rennes.

Direction Générale de la Santé (DGS), représentée par Pascale FRITSCH et Sébastien DELBES, Paris.

Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), représentée par Gérald ASTIER et Julie BIGA, Paris.

Fédération Française des Centres ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (FFCRIAIVS), représentée par Mathieu LACAMBRE, psychiatre, Montpellier, et Cécile MIELE, psychologue sexologue, Clermont-Ferrand.

Fédération Française de Psychiatrie (FFP), représentée par Patrick PRAT, psychiatre, Marseille.

Santé publique France, représentée par Emmanuelle LELAY, Paris.

Société française de psychologie, représentée par Antonia CSILLIK, docteur en psychologie, enseignant-chercheur, Paris.

Méthodologiste

Cédric PAINDAVOINE, Haute Autorité de Santé (HAS)

Documentaliste

Gaëlle FANELLI, Haute Autorité de Santé (HAS)

Coordnatrice logistique

Cécile MIELE, Psychologue sexologue, CRIAVS Auvergne, CHU de Clermont-Ferrand, référente communication FFCRIAVS



Partie 1 - Rapports des experts

Quelles évaluations de l'auteur de violences sexuelles dans le cadre de son parcours de peine ? #1

Pierre ROUVIERE

Vice-président chargé de l'application des peines, TGI de La Rochelle.

Introduction

L'article 707 du code de procédure pénale, dans sa version actuellement en vigueur, énonce que *le régime d'exécution des peines privatives et restrictives de liberté vise à préparer l'insertion ou la réinsertion de la personne condamnée afin de lui permettre d'agir en personne responsable, respectueuse des règles et des intérêts de la société et d'éviter la commission de nouvelles infractions. Ce régime est adapté au fur et à mesure de l'exécution de la peine, en fonction de l'évolution de la personnalité et de la situation matérielle, familiale et sociale de la personne condamnée, qui font l'objet d'évaluations régulières.*

Ce texte, dont le champ couvre l'exécution de l'ensemble des peines privatives et restrictives de liberté prononcées à l'encontre de personnes condamnées pour tous types d'infractions, pose donc en principe l'évaluation de la personnalité de l'auteur et de sa situation matérielle, familiale et sociale et ce tout au long de l'exécution de sa peine.

Dans sa rédaction précédente, issue de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, cet article disposait : *L'exécution des peines favorise, dans le respect des intérêts de la société et des droits des victimes, l'insertion ou la réinsertion des condamnés ainsi que la prévention de la récidive. A cette fin, les peines sont aménagées avant leur mise à exécution ou en cours d'exécution si la personnalité et la situation matérielle, familiale et sociale du condamné ou leur évolution le permettent. L'individualisation des peines doit, chaque fois que cela est possible, permettre le retour progressif du condamné à la liberté et éviter une remise en liberté sans aucune forme de suivi judiciaire.*

La notion d'évaluation a été introduite à l'article 707 du code de procédure pénale par la loi du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, largement inspirée des travaux de la conférence de consensus sur la prévention de la récidive organisée les 14 et 15 février 2013, dont le rapport du jury, remis le 20 février 2013, est accessible en ligne (http://conference-consensus.justice.gouv.fr/wp-content/uploads/2012/10/CCR_DOC-web-impression.pdf).

S'agissant plus spécifiquement des auteurs de violences sexuelles, vingt ans après l'adoption 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, il a paru intéressant de revenir sur les différentes évaluations dont peut faire l'objet l'auteur, mineur ou majeur, de violences sexuelles au cours de son parcours de peine, de son arrestation à la fin de sa peine, en milieu fermé comme en milieu ouvert.

Ces évaluations n'ont pas toutes le même objectif, le même enjeu. Certaines sont principalement tournées vers la responsabilité pénale et la culpabilité, d'autres vers les causes du passage à l'acte, les modalités de prise en charge visant à prévenir la récidive, les facteurs de risque et de protection permettant de déterminer et d'amoindrir si possible le risque de récidive, d'autres encore plus axées sur la dangerosité.

Elles ne font pas toutes appel aux mêmes outils et ne reposent pas sur les mêmes fondements théoriques, les mêmes approches méthodologiques.

Cet article se propose de dresser un panorama de ces évaluations, en se concentrant plus particulièrement sur celles qui sont accessibles aux magistrats et aux personnels pénitentiaires prenant en charge, avant ou après leur condamnation, les auteurs de violences sexuelles et qui doivent permettre d'adapter la réponse pénale puis d'individualiser l'exécution de la peine. (Ne seront pas ou presque pas abordées ici les évaluations spécifiquement médico-psychologiques ayant vocation à permettre aux soignants d'intervenir auprès de leurs patients auteurs de violences sexuelles, ces sujets étant traités par d'autres contributions).

Dans une perspective chronologique, seront évoquées les évaluations pré-sentencielles, les évaluations aux fins de prise en charge durant l'exécution d'une peine privative de liberté, les évaluations préalables à la libération et les évaluations dans le cadre d'une mesure de milieu ouvert.

Ère partie : Les évaluations pré-sentencielles

Des expertises principalement consacrées à la responsabilité pénale

Dans le cadre d'une information judiciaire, l'article 81 du code de procédure pénale, qui assigne au juge d'instruction l'objectif général de parvenir à la manifestation de la vérité, impose à ce magistrat, en matière criminelle, de procéder ou faire procéder à *une enquête sur la personnalité des personnes mises en examen, ainsi que sur leur situation matérielle, familiale ou sociale* qui a pour but de *l'informer sur les mesures propres à favoriser l'insertion sociale de l'intéressé*.

Ces investigations sont soit réalisées par le juge d'instruction lui-même, qui en matière criminelle procède généralement à un interrogatoire dit de *curriculum vitae*, soit à sa demande par des officiers de police judiciaire mais aussi par des enquêteurs de personnalité, par le service pénitentiaire d'insertion et de probation ou par la protection judiciaire de la jeunesse.

En matière criminelle, la pratique majoritaire consiste à doubler l'interrogatoire du juge d'instruction d'une enquête de personnalité approfondie.

L'article 81 du code de procédure pénale, en son alinéa 8, prévoit que le juge d'instruction peut prescrire un examen médical ou psychologique. L'article D 23 du même code précise que ces examens constituent des expertises soumises au régime fixé aux articles 156 à 169.

A ce titre, l'article 159 permet au juge de désigner un ou plusieurs experts, qui peuvent avoir la qualification de médecin (article D 24) ou de psychologue (article D 26).

Le juge apprécie en principe l'opportunité de désigner un ou plusieurs experts, et dans ce cas, de ne désigner que des experts de la même spécialité ou des experts exerçant dans des domaines de compétence différents.

L'article 158 du code de procédure pénale limite l'objet de ces expertises à l'examen de questions d'ordre technique. Et l'article D 16 du même code énonce que *l'enquête*

sur la personnalité ainsi que sur leur situation matérielle, familiale ou sociale et les examens, notamment médicaux et médico-psychologiques, constituent le dossier de personnalité de la personne mise en examen [qui] a pour objet de fournir à l'autorité judiciaire, sous une forme objective des éléments d'appréciation sur le mode de vie passé et présent de la personne mise en examen.

Par une double formule, témoignant de l'importance de la règle, l'article D 16 précise que ces investigations ne doivent pas permettre de *tirer de conclusion touchant à l'affaire en cours* et que le dossier de personnalité *ne saurait avoir pour but la recherche des preuves de la culpabilité.*

Il ne faut toutefois pas en déduire que ces éléments ne peuvent avoir aucune incidence quant à la condamnation de la personne qui en est l'objet.

En effet, il convient de discerner ce qui, dans la notion de culpabilité, renvoie à la matérialité des faits et à leur imputabilité à un individu d'une part, de ce qui relève de la responsabilité de l'auteur des faits d'autre part.

Or s'il n'entre pas dans la mission des experts psychiatres et psychologues de se prononcer sur la commission des infractions reprochées au sujet, les psychiatres doivent en revanche donner leur avis quant au fait de savoir si la personne *était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes ou ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes* au sens de l'article 122-1 du code pénal.

Cette question de l'abolition ou de l'altération du discernement a une incidence majeure sur le sort de l'auteur de l'infraction, puisque l'abolition devra conduire à une déclaration d'irresponsabilité pénale, alors que l'altération, qui maintient la responsabilité de l'auteur, pourra conduire à sa condamnation, l'alinéa 2 de l'article 122-1 du code pénal prévoyant toutefois une réduction du tiers de la peine encourue en cas d'altération, même s'il faut préciser qu'il résulte toutefois des débats parlementaires que cette cause de diminution de la peine encourue à vocation à concerner des personnes dont *le discernement est tellement altéré qu'il est presque aboli, pour ne pas dire qu'il l'est purement et simplement*, et ne devrait donc s'appliquer qu'en cas d'*altération considérable, confinant à l'abolition.* (cf. circulaire du garde des sceaux, ministre de la justice du 26 septembre 2014 – CRIM/2014-17/E8-26.09.2014 - N° NOR : JUSD 1422849 C).

Cette question de la responsabilité ou de l'irresponsabilité pénales est à ce point cruciale que l'article 167-1 du code de procédure pénale prévoit qu'en matière criminelle, lorsque les conclusions de l'expertise sont de nature à conduire à l'irresponsabilité pénale de la personne mise en examen, la partie civile peut solliciter une contre-expertise, qui est alors de droit et doit être accomplie par au moins deux experts.

Au-delà de la question de la responsabilité pénale, ces investigations pré-sentencielles peuvent avoir pour objet d'anticiper une éventuelle condamnation. En effet, l'article D 17 du code de procédure pénale dispose que *lorsqu'elles ont à apprécier l'opportunité de requérir ou d'ordonner les enquêtes et examens visés à l'article D 16, les autorités judiciaires tiennent le plus grand compte, notamment [...] de l'éventualité d'une décision de sursis avec mise à l'épreuve ou d'admission au régime de semi-liberté.*

Ces évaluations, portant selon les textes sur la personnalité et la situation matérielle, familiale et sociale de la personne mise en examen, ont donc pour double objectif de déterminer le degré de responsabilité de l'auteur des faits et de mieux cerner ses conditions de vie et les circonstances dans lesquelles il évoluait, afin que les magis-

trats puissent apprécier, en cas de déclaration de culpabilité, la peine à prononcer et les premières modalités de sa mise en œuvre.

Comme cela a déjà été indiqué, les dispositions citées jusqu'à présent ne sont obligatoires qu'en matière criminelle, et facultatives en matière correctionnelle.

Toutefois, l'article D 17 du code de procédure pénale invite les autorités judiciaires à tenir également compte, pour apprécier l'opportunité des examens ou expertises psychiatriques ou psychologiques, *de la nature du délit (coups et blessures volontaires, délits sexuels, incendie volontaire)*.

Pour les auteurs de violences sexuelles, une expertise obligatoire et déjà tournée vers l'avenir

En outre et surtout, en ce qui concerne spécifiquement les auteurs de violences sexuelles, l'article 706-47-1 du code de procédure pénale prévoit que *les personnes poursuivies pour l'une des infractions mentionnées à l'article 706-47 (qui vise, entre autres, les crimes et délits à caractère sexuel, à l'exception de l'exhibition) doivent être soumises, avant tout jugement au fond, à une expertise médicale. L'expert est interrogé sur l'opportunité d'une injonction de soins*.

Le Législateur estime donc que l'auteur de violences sexuelles présente nécessairement une personnalité justifiant que la question d'une pathologie et de la possibilité d'un traitement soit examinée.

Et il contraint l'expert à se prononcer dès ce stade de la procédure sur l'opportunité d'une injonction de soins, afin de permettre aux juridictions de jugement (cour d'assises ou tribunal correctionnel) de l'ordonner.

Il faut en effet indiquer que l'article 131-36-4 du code pénal, relatif au suivi socio-judiciaire, dispose que *sauf décision contraire de la juridiction, la personne condamnée à un suivi socio-judiciaire est soumise à une injonction de soins dans les conditions prévues aux articles L. 3711-1 et suivants du code de la santé publique, s'il est établi qu'elle est susceptible de faire l'objet d'un traitement, après une expertise médicale*.

En pratique, il importe donc que la question posée à l'expert l'invite à indiquer si le sujet est susceptible de faire l'objet d'un traitement et si une injonction de soins lui paraît opportune.

Il est utile enfin de préciser que l'article 706-47-1 du code de procédure pénale ne limite pas son domaine aux dossiers donnant lieu à la désignation d'un juge d'instruction mais permet au procureur de la République d'ordonner cette expertise dès le stade de l'enquête. Ainsi, parfois une expertise sera ordonnée durant l'enquête avant que soit ouverte une information judiciaire, et parfois la procédure sera conduite uniquement dans le cadre d'une enquête, sous la direction et le contrôle du ministère public, qui pourra décider de poursuivre l'auteur d'un délit devant le tribunal correctionnel sans saisir préalablement un juge d'instruction.

Il n'entre pas dans le propos de cet article de discuter et encore moins de trancher la manière dont les experts doivent approcher ces sujets, mais on ne peut taire les débats et controverses doctrinales qui témoignent de la complexité de ces questions. On renverra simplement ici aux nombreux travaux relatifs à l'expertise psychiatrique pénale, ainsi qu'aux contributions qui seront réalisées dans le cadre de la présente audition publique sur ce thème.

L'ensemble de ces dispositions est applicable aux majeurs comme aux mineurs.

Des investigations spécifiques pour les mineurs

S'agissant des mineurs auteurs de violences sexuelles, aucun texte particulier ne vient préciser la nature des investigations à conduire, mais en pratique le juge des enfants ou le juge d'instruction chargé du dossier ordonnera généralement, outre les expertises rendues obligatoires par l'article 706-47-1 du code de procédure pénale, une mesure judiciaire d'investigation éducative (MJIE).

Les contours de cette mesure d'investigation spécifique ont été définis par une circulaire de la direction de la protection judiciaire de la jeunesse du 31 décembre 2010 (N° NOR JUSF1034029C) puis par une note du 23 mars 2015 (N° NOR JUSF1507871N).

S'inscrivant dans le cadre de l'article 8 de l'ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante qui impose au juge des enfants d'effectuer *toutes diligences et investigations utiles pour parvenir à la manifestation de la vérité et à la connaissance de la personnalité du mineur ainsi que des moyens appropriés à sa rééducation*, la MJIE vise à recueillir des éléments sur la personnalité du mineur, la situation matérielle et morale de sa famille, les difficultés rencontrées et à proposer des hypothèses sur le sens des actes commis afin d'engager un travail sur ce sujet.

La méthode retenue est celle d'une évaluation pluridisciplinaire, permettant d'objectiver la situation en confrontant les analyses. Y participent donc éducateurs, assistants de services sociaux, psychologues et cadres du service et parfois également des professionnels extérieurs à la protection judiciaire de la jeunesse (pédopsychiatre, conseiller d'orientation...).

Parce qu'elle s'inscrit déjà dans l'éventualité d'un suivi ultérieur, la note du 23 mars 2015 recommande que les conclusions de la MJIE soient restituées à la famille avant que le rapport soit transmis au magistrat, dans le but d'associer et de mobiliser le mineur et son environnement familial dans le travail à entreprendre.

Comme tout élément relatif à la personnalité d'un mineur suivi par le juge des enfants, la MJIE est versée au dossier unique de personnalité conformément à l'article 5-2 de l'ordonnance du 2 février 1945. Ce dossier, placé sous le contrôle du procureur de la République et du juge des enfants connaissant habituellement de la situation du mineur, regroupe tous les éléments de personnalité recueillis dans les procédures d'assistance éducative ou en matière pénale, y compris dans des tribunaux différents. L'objectif de ce dossier unique est de procurer à tout magistrat ayant à intervenir auprès d'un mineur le plus grand nombre possible de documents, pour apprécier au mieux sa situation et son évolution.

Qu'elles concernent les mineurs ou les majeurs, les évaluations pré-sentencielles sont donc particulièrement tournées vers le passé (conditions de vie avant les faits et au moment de leur commission) et vers la question du passage à l'acte et de la responsabilité, mais elles ne négligent pas l'avenir en permettant aux magistrats d'apprécier les décisions à prendre à l'égard des auteurs de violences sexuelles et aux personnes intervenant ensuite dans la prise en charge de ces auteurs de disposer de premières pistes de travail.

2ème partie : Les évaluations aux fins de prise en charge durant l'exécution d'une peine privative de liberté

La conscience déjà ancienne et internationalement partagée de la nécessité d'une évaluation préalable à la définition d'un programme d'accompagnement pour rendre utile le temps de l'incarcération

Dans notre pays, au moins depuis le lendemain de la seconde guerre mondiale, avec la réforme impulsée par Paul AMOR et Pierre CANNAT, dans la lignée du courant de la défense sociale nouvelle, il est admis que le temps de l'incarcération doit être un temps utile, mis à profit pour favoriser l'amendement du condamné. Et que pour susciter cet amendement, il faut dans un premier temps poser un diagnostic avant de définir les modalités d'un accompagnement.

Cette approche s'inscrit dans un mouvement international. Ainsi, *l'Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus*, adopté par le premier Congrès des Nations Unies pour la prévention du crime et le traitement des délinquants en 1955, stipule en ses articles 65 et 66 que *le traitement des individus condamnés à une peine ou mesure privative de liberté doit avoir pour but, autant que la durée de la condamnation le permet, de créer en eux la volonté et les aptitudes qui les mettent à même, après leur libération, de vivre en respectant la loi et de subvenir à leurs besoins. Ce traitement doit être de nature à encourager le respect d'eux-mêmes et à développer leur sens de la responsabilité. A cet effet, il faut recourir notamment aux soins religieux dans les pays où cela est possible, à l'instruction, à l'orientation et à la formation professionnelles en amont des principales échéances marquant l'exécution de la peine, l'institution ne signifie pas assez clairement à chaque condamné ce qu'elle attend de lui, avant de rappeler que la commission présidée par le Professeur CARTIER a préconisé, en octobre 1994, d'améliorer la connaissance de la population pénale par l'institutionnalisation, dans les établissements pour peines, d'une observation continue, commencée dès l'arrivée du condamné dans l'établissement et poursuivie tout au long de l'exécution de la peine, dans le cadre d'une structure d'observation, d'échanges et de synthèse et sanctionnée enfin dans un livret individuel du détenu.*

Cette vision a connu un certain recul durant plusieurs décennies, comme en témoigne la note du ministre de la justice du 2 mai 1996 (NOR JUSE9640024N) qui constate que *faute de projet commun à l'ensemble des intervenants en milieu pénitentiaire, mais également d'échanges institutionnels entre les autorités judiciaires et les services pénitentiaires en amont des principales échéances marquant l'exécution de la peine, l'institution ne signifie pas assez clairement à chaque condamné ce qu'elle attend de lui, avant de rappeler que la commission présidée par le Professeur CARTIER a préconisé, en octobre 1994, d'améliorer la connaissance de la population pénale par l'institutionnalisation, dans les établissements pour peines, d'une observation continue, commencée dès l'arrivée du condamné dans l'établissement et poursuivie tout au long de l'exécution de la peine, dans le cadre d'une structure d'observation, d'échanges et de synthèse et sanctionnée enfin dans un livret individuel du détenu.*

Cette note a alors créé, pour tous les détenus admis en établissement pour peines, le concept de projet d'exécution de peine.

Ces notions ont été reprises dans les règles pénitentiaires européennes, adoptées le 11 janvier 2006 par le Conseil de l'Europe, dont la règle 103.2 stipule que *dès que possible après l'admission, un rapport complet doit être rédigé sur le détenu condamné décrivant sa situation personnelle, les projets d'exécution de peine qui lui sont proposés et la stratégie de préparation à la sortie.*

Dans le cadre institutionnel et normatif actuel, l'évaluation présidant à l'élaboration d'un parcours d'exécution de la peine concerne donc tous les détenus condamnés, et un outil spécifique est disponible pour ceux dont les peines sont les plus longues et qui ont commis des crimes parmi les plus graves.

La définition d'un parcours d'exécution de la peine

De manière générale, parce qu'applicable à tous les détenus condamnés, l'article 717-1 du code de procédure pénale, dans sa rédaction issue de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, qui a puisé une partie de sa philosophie dans les règles pénitentiaires européennes, énonce que *dès leur accueil dans l'établissement pénitentiaire et à l'issue d'une période d'observation pluridisciplinaire, les personnes détenues font l'objet d'un bilan de personnalité. Un parcours d'exécution de la peine est élaboré par le chef d'établissement et le directeur du service pénitentiaire d'insertion et de probation pour les condamnés, en concertation avec ces derniers, dès que leur condamnation est devenue définitive.*

Le parcours d'exécution de la peine décrit notamment, pour chaque personne détenue condamnée, l'ensemble des actions qu'il est envisagé de mettre en œuvre au cours de sa détention afin de favoriser sa réinsertion. Il couvre l'ensemble de la période de détention, y compris la préparation à la sortie. Il est défini et, le cas échéant, actualisé, à partir des éléments recueillis lors de la période d'observation puis, tout au long de la détention, auprès de l'ensemble des services appelés à connaître de la situation de la personne détenue intéressée, ainsi que des souhaits exprimés par elle. Ces éléments sont consignés par écrit. Il fait l'objet d'un réexamen à la demande de la personne détenue ou au moins une fois par an (article D 88 du code de procédure pénale).

Il est élaboré après avis de la commission pluridisciplinaire unique, présidée par le chef d'établissement, et composée du directeur du service pénitentiaire d'insertion et de probation, d'un responsable du secteur de détention dans lequel se trouve le condamné, d'un représentant du service du travail et, le cas échéant, un représentant du service de l'emploi pénitentiaire et le responsable local d'enseignement. Y assistent aussi, avec voix consultative, notamment le psychologue chargé du parcours d'exécution de la peine et un représentant des équipes soignantes de l'unité sanitaire ou du service médico-psychologique régional (article D 90 du code de procédure pénale).

Si les soignants ne sont ainsi pas amenés à délibérer à proprement parler sur le parcours d'exécution de la peine, ils sont associés à sa définition.

Pour les auteurs de violences sexuelles, du moins pour les auteurs d'un crime ou délit pour lequel le suivi socio-judiciaire est encouru, la peine d'emprisonnement ou de réclusion doit être exécutée *dans des établissements pénitentiaires permettant d'assurer un suivi médical et psychologique adapté* (article 717-1 du code de procédure pénale).

L'article 717-1 prévoit enfin que *le projet initial et ses modifications ultérieures sont portés à la connaissance du juge de l'application des peines.*

Cette disposition semble peu appliquée, ce qui est regrettable dès lors que cela prive le juge, amené à prendre des décisions tout au long de l'exécution de la peine (sur la réduction de peine, sur les demandes de permission de sortir ou d'autorisation de sortie sous escorte, sur les demandes d'aménagement de peine ou *in fine* sur d'éventuelles mesures de sûreté), d'éléments d'évaluation précieux.

Bien sûr, le juge statue après avoir recueilli l'avis des membres de l'administration pénitentiaire, que ce soit dans le cadre de la réunion de la commission de l'application des peines pour les réductions de peine et permissions de sortir (article 712-5 du code de procédure pénale) ou dans le cadre de la procédure de débat contradictoire qui précède les décisions quant aux aménagements de peine ou aux mesures de sûreté (articles 712-6 et 712-7 du code de procédure pénale). Et ces avis sont émis par des professionnels ayant connaissance du projet d'exécution de la peine, ou y ayant au moins accès. Mais il serait plus riche pour le juge d'avoir, en plus de l'avis des représentants de l'administration pénitentiaire, le matériau brut que constitue le parcours d'exécution de la peine.

La place des soins dans le parcours d'exécution de la peine

Ce qui peut manquer aussi cruellement au juge, ce sont les éléments relatifs à la dimension médicale du parcours d'exécution de la peine.

En effet, alors que cette dimension est parfois essentielle, et alors qu'elle est toujours interrogée lorsqu'on aborde la situation d'un détenu condamné pour violences sexuelles, on ne parvient pas à dépasser l'incitation aux soins et la communication de renseignements sommaires.

Ainsi, l'article 763-7 du code de procédure pénale prévoit-il que le juge de l'application des peines informe le détenu condamné à un suivi socio-judiciaire comportant une injonction de soins de la possibilité d'entreprendre un traitement. Plus largement, parce qu'il a vocation à s'appliquer non seulement aux détenus condamnés à un suivi socio-judiciaire, mais aussi à ceux condamnés pour un crime ou délit passibles du suivi socio-judiciaire sans que celui-ci ait été prononcé, l'article 717-1 du code de procédure pénale permet au juge de l'application des peines de proposer à un tel condamné de *suivre un traitement pendant la durée de sa détention, si un médecin estime que cette personne est susceptible de faire l'objet d'un tel traitement* et précise que ce traitement peut consister en la prescription de médicaments inhibiteurs de libido.

Le texte poursuit en énonçant que *le médecin traitant du condamné délivre à ce dernier, au moins une fois par trimestre, des attestations indiquant si le patient suit ou non de façon régulière le traitement proposé par le juge de l'application des peines. Le condamné remet ces attestations au juge de l'application des peines, afin que celui-ci puisse se prononcer, en application des articles 721, 721-1 et 729 du présent code, sur le retrait des réductions de peine, l'octroi de réductions de peine supplémentaires ou l'octroi d'une libération conditionnelle.*

Ces articles instaurent en effet un mécanisme d'exclusion de toute réduction supplémentaire de peine, voire dans certains cas de retrait du crédit de réduction de peine, à l'égard des détenus refusant de suivre les soins que le juge de l'application des peines leur a proposés ou ne les suivant que de manière irrégulière. L'article 729 du code de procédure pénale interdit pour sa part d'accorder la libération conditionnelle à un condamné présentant un tel refus ou une telle irrégularité de soins.

Or le juge est bien en peine de déterminer si des soins sont réguliers ou irréguliers à la seule lecture d'attestations que le respect dû au secret médical rend nécessairement très sommaires. Par exemple, des consultations auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue tous les 3 mois sont-ils le signe d'un investissement irrégulier dans les soins, ou ce rythme est-il dicté par les capacités du condamné-patient, ou encore par la pénurie des moyens dont disposent les soignants pour prendre en charge l'ensemble de la population pénale qui en aurait besoin ? Une absence de soins est-elle la conséquence d'un refus du condamné, ou de l'appréciation du médecin traitant qui les juge inutiles ?

L'article 717-1 prend la précaution de ne demander au juge de l'application des peines d'inviter le condamné à entreprendre des soins que *si un médecin estime que cette personne est susceptible de faire l'objet d'un tel traitement*. Mais il s'abstient bien de préciser quel médecin doit émettre cet avis. On ne conçoit pas que ce soit le médecin traitant lui-même, qui ne saurait donner au juge son propre avis sur le traitement de son patient. On peut donc considérer que le texte fait ici référence au médecin expert qui aurait, soit dans le cadre d'une expertise pré-sentencielle, soit dans le cadre d'une expertise diligentée par le juge de l'application des peines lui-même à cette fin, conclu à la possibilité et à l'opportunité d'un traitement.

Et au-delà de l'existence et de la régularité de soins, le juge n'a aucune visibilité sur la teneur des soins et sur leur effet.

Le juge peut envisager de recourir à une expertise s'il souhaite obtenir des éléments sur l'évolution du sujet (*cf. infra*), mais là encore les règles relatives au secret professionnel ne permettent pas à l'expert d'accéder au contenu du dossier médical, sauf consentement écrit du condamné à la communication de son dossier médical par son médecin traitant à l'expert. Et à l'inverse du juge d'instruction, le juge de l'application des peines ne tient pas à notre sens de la loi le pouvoir de faire saisir le dossier médical pour le faire consulter par l'expert.

Enfin, il faut noter ici que même lorsque le détenu est condamné à un suivi socio-judiciaire comprenant une injonction de soins, ce suivi ne débute qu'à l'issue de l'exécution de la peine privative de liberté (article 131-36-5 du code pénal). Durant l'incarcération, l'injonction de soins ne s'applique donc pas (articles 763-7 et R 61-5 du code de procédure pénale, interprétés *a contrario*). Dès lors, le médecin coordonnateur n'intervient pas durant la période de privation de liberté. L'administration pénitentiaire, le juge de l'application des peines et les soignants ne bénéficient en conséquence pas à ce stade de son rôle de transmission d'informations et de supervision pour le médecin ou psychologue traitant.

Des dispositions existent toutefois, qui visent à offrir au médecin ou au psychologue traitant un accès aux éléments pertinents du dossier pénal : décision de condamnation, expertises et tous autres éléments utiles, transmis soit par le juge de l'application des peines (article 717-1 du code de procédure pénale), soit par le chef d'établissement (article R 57-8-4 du même code), qui doit signaler au psychiatre intervenant dans son établissement la situation des détenus condamnés à un suivi socio-judiciaire ou pour des faits faisant encourir le suivi socio-judiciaire.

Une évaluation renforcée pour certains criminels

Au début des années 1950 (à l'époque de la réforme AMOR-CANNAT) va voir le jour le centre de triage, rapidement rebaptisé centre national d'orientation, puis en 1985 centre national d'observation, localisé à Fresnes, dont la mission sera de procéder à une évaluation (même si ce vocable n'est alors pas employé) afin de déterminer dans quel établissement et selon quelles modalités le condamné exécutera sa peine.

Devenu depuis un décret du 31 mars 2010 centre national d'évaluation, il a notamment pour mission, selon la note de la direction de l'administration pénitentiaire du 17 juillet 2015 (NOR JUSK1540038N), de *proposer une affectation en établissement pour peines adaptée à la personnalité des condamnés et formuler des préconisations de prise en charge dans le cadre de l'élaboration de leur parcours d'exécution de peine.*

L'article 717-1 A du code de procédure pénale prescrit que *dans l'année qui suit sa condamnation définitive, la personne condamnée à une peine de réclusion criminelle d'une durée égale ou supérieure à quinze ans pour l'une des infractions visées à l'article 706-53-13 est placée, pour une durée d'au moins six semaines, dans un service spécialisé permettant de déterminer les modalités de la prise en charge sociale et sanitaire au cours de l'exécution de sa peine.*

Le champ d'application de cet article est donc restreint, puisqu'il se limite aux peines les plus longues (15 ans et plus) sanctionnant un crime parmi les plus graves. Il concerne ainsi certains auteurs de violences sexuelles, condamnés pour viol sur une victime mineure, viol aggravé ou viol en état de récidive légale.

Notons qu'au-delà des condamnés pour lesquels cette session d'évaluation est rendue obligatoire par l'article 717-1 A, l'article D 82-4 du code de procédure pénale offre au ministre de la justice (en pratique au directeur de l'administration pénitentiaire) la faculté de *charger le centre national d'évaluation d'effectuer un bilan d'évolution de la personnalité du condamné dans la perspective, notamment, d'une libération conditionnelle ou d'une meilleure individualisation du régime de détention ou d'exécution de la peine.*

Sans entrer dans le détail, puisque d'autres contributions auront pour objet d'approfondir ce sujet, le passage au centre national d'évaluation donne lieu à une analyse pluridisciplinaire à laquelle coopèrent surveillants, officiers et directeurs des services pénitentiaires, conseillers et directeurs pénitentiaires d'insertion et de probation, psychologues cliniciens et psychologues du travail.

A l'issue de la session, un rapport de synthèse est élaboré, dont il convient de souligner la richesse et l'intérêt.

Cette synthèse pluridisciplinaire d'évaluation est versée au dossier pénal du condamné, c'est-à-dire au dossier tenu par l'administration pénitentiaire pour chaque personne détenue, et doit servir de support à la construction de son parcours d'exécution de peine.

La note de la direction de l'administration pénitentiaire du 17 juillet 2015 rappelle que cette synthèse peut être communiquée par le chef d'établissement au juge de l'application des peines et au procureur de la République qui la sollicitent.

Ceci est conforme aux dispositions de l'article 717-1 A du code de procédure pénale, puisque celui-ci prévoit même qu'*au vu de cette évaluation, le juge de l'application des peines définit un parcours d'exécution de la peine individualisé.*

Là encore, cette disposition est toutefois méconnue et très peu appliquée, la plupart des juges de l'application des peines semblant rester, à ce stade, en retrait, et n'intervenir véritablement que lorsque le condamné dépose une demande de permission de sortir ou d'aménagement de peine, voire lorsque le ministère public requiert le prononcé d'une mesure de sûreté.

Dans ces cas, le centre national d'évaluation est à nouveau sollicité, puisqu'il a également pour mission de *déterminer l'existence ou la persistance d'une dangerosité*

éventuelle chez les condamnés dans le cadre de l'examen d'une demande d'aménagement de peine ou d'une mesure de sûreté (note du 17 juillet 2015 déjà citée).

3ème partie : Les évaluations préalables à la libération

La nécessité d'une expertise psychiatrique avant la libération d'un auteur de violences sexuelles

L'article 712-16 du code de procédure pénale confère au juge de l'application des peines de larges pouvoirs d'investigation. La nature et la teneur de ces investigations sont en général laissées à son appréciation, mais certains actes sont rendus obligatoires par la loi.

Ainsi, l'article 712-21 du code de procédure pénale prescrit-il que les permissions de sortir ou les aménagements de peine *ne peuvent être accordées sans une expertise psychiatrique préalable à une personne qui a été condamnée à un suivi socio-judiciaire*.

L'idée est de ne pas permettre le retour à la liberté d'un détenu condamné pour certaines catégories de crimes et délits, parmi lesquels les infractions à caractère sexuel (y compris cette fois l'exhibition), sans une expertise psychiatrique.

Cela témoigne d'un postulat, à notre sens discutable, selon lequel la commission de violences sexuelles fait nécessairement écho à une psychopathologie spécifique.

Les normes réglemantant les expertises post-sentencielles n'ont cessé, depuis la création de l'article 712-21 par la loi du 9 mars 2004, d'osciller entre recherche de souplesse et de pragmatisme d'une part, et spectre de la dangerosité d'autre part.

Ainsi, les articles 712-21 et D 49-23 du code de procédure pénale ont connu plusieurs modifications, tendant à restreindre ou élargir le champ des dispenses d'expertise.

En l'état actuel, les dispositions de l'article 712-21 ne s'appliquent que lorsque le suivi socio-judiciaire a été prononcé, alors qu'avant la loi du 15 août 2014, elles concernaient tous les condamnés pour crime ou délit passible du suivi socio-judiciaire.

L'idée qui sous-tend la dernière évolution législative est que l'absence de prononcé d'un suivi socio-judiciaire peut être le révélateur d'une moindre dangerosité dans l'esprit des juges ayant prononcé la condamnation.

En pratique surtout, cette évolution a permis de ne plus ordonner systématiquement des expertises psychiatriques, qui nécessitent un certain délai, surtout en période de pénurie chronique d'experts, à l'égard de personnes condamnées à d'assez courtes peines.

Par ailleurs, l'article D 49-23 du code de procédure pénale dispose que *le juge ou le tribunal de l'application des peines peut, avec l'accord du procureur de la République, dire, par ordonnance ou jugement motivé, qu'il n'y a pas lieu d'ordonner une nouvelle expertise psychiatrique préalablement à une décision d'aménagement de la peine, dès lors que figure au dossier du condamné une expertise datant de moins de deux ans, y compris si celle-ci a été réalisée avant la condamnation*.

Donc même lorsque le suivi socio-judiciaire a été prononcé, ce texte permet de s'abstraire de l'obligation de diligenter une nouvelle expertise en fondant son analyse sur une expertise précédente.

On trouve ici l'idée d'une certaine durée de validité de l'expertise psychiatrique, considérant que si la situation, l'état de santé mentale et la personnalité d'un sujet peuvent évoluer, cela prend nécessairement un peu de temps.

Là encore, au plan pratique, cette faculté de se dispenser d'une nouvelle expertise est appréciable.

L'article D 49-23 prévoit d'autres dispenses, plus marginales, dans les détails desquelles nous n'entrerons pas ici.

Tels sont les éléments en faveur d'une certaine souplesse du dispositif.

Reste en toute hypothèse la faculté pour le juge d'ordonner toute mesure d'investigation, notamment toute expertise (ou nouvelle expertise) qu'il estime utile, sur le fondement des articles 712-16 et D 49-24 du code de procédure pénale.

Car quels que soient les éléments dont on dispose déjà, les enjeux du retour à la liberté ne sont pas les mêmes que ceux de l'enquête et de l'instruction préparatoire.

Comme il a été indiqué précédemment, les expertises psychiatriques ou psychologiques pré-sentencielles sont plus tournées vers l'appréciation de la responsabilité pénale et la compréhension de la personnalité, du parcours de vie, même si on a pu indiquer qu'elles comprenaient déjà une mise en perspective de la possibilité ultérieure d'un traitement.

La question de l'évolution du sujet

Lorsque le juge de l'application des peines ordonne une expertise psychiatrique, il se pose nécessairement, et doit donc poser à l'expert, une double question, spécifique aux expertises post-sentencielles : quelle est l'évolution du condamné et quelles sont les perspectives d'évolution future ?

La particularité du juge de l'application des peines est en effet qu'il inscrit son action dans le temps de la peine. Or ce temps peut impliquer une évolution, faible ou conséquente, positive ou négative, parfois univoque, plus souvent contrastée.

L'appréciation de l'évolution passée doit donner lieu à des investigations quant à la psychopathologie du sujet, aux traitements dont il a pu ou non bénéficier durant l'exécution de sa peine, à leurs éventuels effets, au rapport du sujet à l'acte commis, à la victime, à la loi...

En pratique, le juge devra parfois apprécier l'opportunité de désigner pour l'expertise post-sentencielle le même expert ou collègue d'experts que celui ayant réalisé l'expertise pré-sentencielle.

Recourir au même expert peut permettre de mieux mesurer l'évolution, le même professionnel portant une appréciation sur un même sujet à quelques années d'intervalle. Mais cela présente aussi le risque d'enfermer l'évaluation dans le diagnostic initial.

Comme cela a été indiqué précédemment, quand bien même il se fait communiquer les expertises précédentes et les éléments utiles du dossier pénal, l'expert ne peut accéder, sauf consentement écrit du condamné, à son dossier médical, ce qui restreint parfois son appréhension du traitement en cours et de ses effets aux déclarations du sujet et aux constatations de l'expert lors de l'entretien.

Quant aux perspectives d'évolution future, elles sont déterminantes pour le juge, qui doit apprécier la capacité du condamné revenu à la liberté à se conduire en personne responsable, respectueuse des règles et des intérêts de la société et à éviter la commission de nouvelles infractions, selon la formule de l'article 707 du code de procédure pénale.

On aborde ici les questions complexes de la réadaptation sociale, de la prévention de la récidive et, s'agissant des personnes condamnées pour les faits les plus graves, de la dangerosité.

Une appréciation du risque de récidive et de la dangerosité

Ces questions figurent nécessairement dans les missions d'expertise de pré-libération, car elles constituent un enjeu important et apportent des éléments quant à l'opportunité d'un aménagement de peine ou d'une mesure de sûreté.

L'article 712-21 du code de procédure pénale prévoit à ce titre que *lorsqu'elles concernent les infractions violentes ou de nature sexuelle mentionnées à l'article 706-47, les expertises psychiatriques ordonnées préalablement aux mesures d'aménagement des peines [...] doivent se prononcer spécialement sur le risque de récidive du condamné.*

L'article D 49-24 du même code ajoute que l'expert ou les experts désignés dans le cadre d'une demande d'aménagement de peine (et plus particulièrement d'une libération conditionnelle), d'un suivi socio-judiciaire, ou de réquisitions de surveillance judiciaire, *doivent dans leur rapport :*

1° Se prononcer sur la dangerosité de la personne et les risques de récidive ou de commission d'une nouvelle infraction ;

2° Indiquer si la personne est susceptible de faire l'objet d'un traitement, lorsque cette dernière a été condamnée pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru.

Là encore, ces formules semblent renvoyer à une prévalence de l'approche psychiatrique de la criminalité et de la délinquance.

Les experts se livrant à des expertises de pré-libération, quel qu'en soit l'enjeu procédural, ont toutefois fait évoluer, depuis au moins une décennie, leur approche, qui semble désormais mêler jugement clinique et instruments actuariels (on peut renvoyer, par exemple, au rapport établi en janvier 2007 par la commission de l'audition publique relative à l'expertise psychiatrique pénale, p. 32 et s. notamment).

Conscient toutefois de la nécessité de croiser les regards, le Législateur a prévu, pour certains condamnés et pour certains types de mesure d'aménagement de peine ou de sûreté, une évaluation plus étoffée.

Une évaluation pluridisciplinaire pour les auteurs des crimes les plus graves

Ainsi, l'article 730-2 du code de procédure pénale impose préalablement à toute décision de libération conditionnelle à l'égard d'une personne *condamnée à la réclusion criminelle à perpétuité ou lorsqu'elle a été condamnée soit à une peine d'emprisonnement ou de réclusion criminelle égale ou supérieure à quinze ans pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru, soit à une peine d'emprisonnement ou de réclusion criminelle égale ou supérieure à dix ans pour une infraction mentionnée à l'article 706-53-13 que soit recueilli l'avis de la commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté, rendu à la suite d'une évaluation pluridisciplinaire de dangerosité réalisée dans un service spécialisé chargé de l'observation des personnes détenues et assortie d'une expertise médicale ; s'il s'agit d'un crime mentionné au même article 706-53-13, cette expertise est réalisée soit par deux experts médecins psychiatres, soit par un expert médecin psychiatre et par un expert psychologue titulaire d'un diplôme, certificat ou titre sanctionnant une formation universitaire fondamentale et appliquée en psychopathologie. L'expertise se prononce sur l'opportunité, dans le cadre d'une injonction de soins, du recours à un traitement utilisant des médicaments inhibiteurs de libido.*

Outre la nécessité parfois d'un collègue expertal, on retrouve ici l'intervention du centre

national d'évaluation, mais aussi de la commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté.

En vertu de l'article R 61-8 du code de procédure pénale, cette commission est composée :

1° D'un président de chambre à la cour d'appel désigné pour une durée de cinq ans par le premier président de la cour d'appel dans le ressort de laquelle siège la commission, président ;

2° Du préfet de région, préfet de la zone de défense dans le ressort de laquelle siège la commission, ou de son représentant ;

3° Du directeur interrégional des services pénitentiaires compétent dans le ressort de la cour d'appel où siège la commission, ou de son représentant ;

4° D'un expert psychiatre ;

5° D'un expert psychologue titulaire d'un diplôme d'études supérieures spécialisées ou d'un master de psychologie ;

6° D'un représentant d'une association d'aide aux victimes ;

7° D'un avocat, membre du conseil de l'ordre.

L'article D 527-1 du code de procédure pénale précise que la commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté ordonne le placement du condamné au centre national d'évaluation puis émet un avis au vu de l'évaluation pluridisciplinaire de dangerosité et de l'expertise psychiatrique réalisées. Cet avis doit être donné au tribunal de l'application des peines dans les 6 mois de la saisine de la commission. A défaut, le tribunal de l'application des peines peut passer outre cet avis.

Il est important de préciser que ce même article prévoit que le centre national d'évaluation adresse sa synthèse à la commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté, et non au juge de l'application des peines qui suit le condamné ou au tribunal de l'application des peines qui doit statuer sur la demande de libération conditionnelle.

Les pratiques des différentes commissions pluridisciplinaires des mesures de sûreté varient quant à la transmission de cette synthèse. Certaines commissions la joignent à leur avis, d'autres la retiennent et ne transmettent que leur propre avis.

Or si l'avis de la commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté constitue un élément important dans la prise de décision, il est très appréciable de disposer également du rapport établi par le centre national d'évaluation, tant est grande la richesse des éléments d'évaluation qu'il recèle. (Notons à ce sujet que le projet de loi de programmation 2018-2022 pour la justice, qui à l'heure de rédaction de ces lignes doit être soumis au Parlement, prévoit en son article 50 de supprimer l'avis de la commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté dans le cadre d'une demande de libération conditionnelle relevant de l'article 730-2 du code de procédure pénale, pour ne maintenir que la synthèse du centre national d'évaluation).

Les dispositions de l'article 730-2 du code de procédure pénale sont souvent critiquées dans la mesure où elles imposent un nombre conséquent d'investigations avant de prononcer une libération conditionnelle, ce qui nécessite un temps d'instruction des demandes fort long (pouvant atteindre fréquemment 18 à 24 mois), susceptible de remettre en cause la réalisation concrète du projet élaboré par le condamné au soutien de sa demande d'aménagement de peine. Les professionnels s'accordent néanmoins à saluer la qualité des évaluations ainsi recueillies.

Outre la libération conditionnelle, mesure d'aménagement de peine sollicitée par le

condamné, qui est donc acteur de cette demande, centre national d'évaluation et commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté interviennent également dans le cadre de mesures de sûreté.

Les mesures de sûreté

Créée par la loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales, la surveillance judiciaire des personnes dangereuses (généralement appelée surveillance judiciaire) a connu quelques évolutions, et s'applique à ce jour aux personnes condamnées à une peine privative de liberté d'une durée égale ou supérieure à sept ans pour un crime ou un délit pour lequel le suivi socio-judiciaire est encouru ou d'une durée supérieure ou égale à cinq ans pour un crime ou un délit commis une nouvelle fois en état de récidive légale. Elle peut être ordonnée par le tribunal de l'application des peines, à la demande du procureur de la République, aux seules fins de prévenir une récidive dont le risque paraît avéré (article 723-29 du code de procédure pénale).

Son assiette et sa durée correspondent à tout ou partie du crédit de réduction de peine et de la réduction supplémentaire de peine dont a bénéficié le condamné et qui n'ont pas fait l'objet d'une décision de retrait. Pendant un temps égal à ces réductions de peine, le condamné sera donc soumis à des mesures de contrôle et à des obligations particulières, au nombre desquelles peuvent figurer l'injonction de soins mais aussi le placement sous surveillance électronique mobile ou l'assignation à domicile (article 723-30 du code de procédure pénale).

Si le condamné ne respecte pas ces obligations, il encourt la mise à exécution des réductions de peine dont il avait bénéficié, et donc un retour en détention.

Préalablement à la décision du tribunal de l'application des peines, le risque de récidive doit être constaté par une expertise médicale, ordonnée par le juge de l'application des peines ou le procureur de la République, et dont la conclusion fait apparaître la dangerosité du condamné et détermine si le condamné est susceptible de faire l'objet d'un traitement (article 723-31 du code de procédure pénale).

D'importants débats ont eu lieu sur le point de savoir ce qu'il convenait d'entendre par risque de récidive paraissant avéré, et chacun convient de la difficulté que peut rencontrer l'expert à se déterminer sur ce point.

L'article 723-31-1 du code de procédure pénale laisse au juge de l'application des peines et au procureur de la République la faculté, en plus de l'expertise de dangerosité, de solliciter le placement du condamné au centre national d'évaluation et de saisir la commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté.

Cet état du droit, faisant de la saisine de la commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté et du placement au centre national d'évaluation une simple faculté, résulte de la loi du 10 mars 2010, avant l'entrée en vigueur de laquelle l'avis de la commission était obligatoire dans l'hypothèse où était envisagé un placement sous surveillance électronique mobile ou une assignation à domicile.

Seule l'expertise de dangerosité est donc actuellement indispensable, sauf si figure déjà au dossier une précédente expertise, datant de moins de 2 ans, le cas échéant diligentée dans le cadre d'une demande d'aménagement de peine, qui conclut à la dangerosité du condamné et d'où il ressort qu'il existe un risque de récidive paraissant avéré (article D 147-36 du code de procédure pénale).

En pratique, les juges de l'application des peines incluent dès lors généralement dans les missions d'expertise qu'ils ordonnent en cas de demande d'aménagement de peine des questions relatives à la dangerosité et au risque de récidive, afin de pouvoir

le cas échéant utiliser cette expertise en cas de réquisitions aux fins de surveillance judiciaire, sans devoir ordonner une nouvelle expertise spécifique de dangerosité.

Si l'expertise conclut que le condamné est susceptible de faire l'objet d'un traitement, la surveillance judiciaire doit être assortie de l'injonction de soins, sauf décision contraire du tribunal de l'application des peines (l'article 723-30 du code de procédure pénale évoque une décision du juge de l'application des peines, mais c'est bien le tribunal de l'application des peines qui est compétent en vertu de l'article 723-29).

La loi du 25 février 2008 a également instauré la surveillance et la rétention de sûreté.

Ainsi, l'article 706-53-13 du code de procédure pénale prévoit qu'à titre exceptionnel, pour une série de crimes parmi lesquels le viol commis à l'encontre d'une victime mineure et le viol aggravé, lorsque la cour d'assises l'a prévu dans son arrêt de condamnation, *les personnes dont il est établi, à l'issue d'un réexamen de leur situation intervenant à la fin de l'exécution de leur peine, qu'elles présentent une particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive parce qu'elles souffrent d'un trouble grave de la personnalité peuvent faire l'objet à l'issue de cette peine d'une rétention de sûreté [...consistant] dans le placement de la personne intéressée en centre socio-médico-judiciaire de sûreté dans lequel lui est proposée, de façon permanente, une prise en charge médicale, sociale et psychologique destinée à permettre la fin de cette mesure.*

Pour apprécier la pertinence d'une rétention de sûreté, l'article 717-1 du code de procédure pénale prévoit tout d'abord que *deux ans avant la date prévue pour la libération d'un condamné susceptible de relever des dispositions de l'article 706-53-13, celui-ci est convoqué par le juge de l'application des peines auprès duquel il justifie des suites données au suivi médical et psychologique adapté qui a pu lui être proposé en application des troisième et quatrième alinéa du présent article. Au vu de ce bilan, le juge de l'application des peines lui propose, le cas échéant, de suivre un traitement dans un établissement pénitentiaire spécialisé.*

Puis l'article 706-53-14 dispose que *la situation des personnes [...] est examinée, au moins un an avant la date prévue pour leur libération, par la commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté [...], afin d'évaluer leur dangerosité. A cette fin, la commission demande le placement de la personne, pour une durée d'au moins six semaines, dans un service spécialisé chargé de l'observation des personnes détenues (le centre national d'évaluation) aux fins d'une évaluation pluridisciplinaire de dangerosité assortie d'une expertise médicale réalisée par deux experts.*

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

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

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

La commission vérifie également que la personne condamnée a effectivement été mise en mesure de bénéficier, pendant l'exécution de sa peine, d'une prise en charge

médicale, sociale et psychologique adaptée au trouble de la personnalité dont elle souffre.

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

La décision est ensuite prise par une juridiction spécifique, la juridiction régionale de la rétention de sûreté, composée d'un président de chambre et de deux conseillers de Cour d'appel, saisie par le Procureur Général, sur proposition de la commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté.

Si elle est ordonnée, la rétention de sûreté peut durer une année et peut être renouvelée par une décision de la juridiction régionale, prise après nouvelle expertise médicale et après avis favorable de la commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté, mais sans nouveau passage au centre national d'évaluation, lorsque les conditions ayant justifié son prononcé demeurent d'actualité. A défaut, la juridiction régionale en ordonne la mainlevée et peut placer la personne sous surveillance de sûreté, si celle-ci présente des risques de commettre les infractions mentionnées à l'article 706-53-13 du code de procédure pénale.

On voit ainsi comment s'articulent des évaluations successives, préalables à des décisions d'aménagement de peine ou à l'éventuel prononcé ou renouvellement de mesures de sûreté.

Éviter les sorties de prison sans évaluation

Mais même en l'absence de mesure d'aménagement ou de sûreté à la libération du condamné, certaines dispositions prévoient des évaluations pour anticiper le retour à la liberté.

Ainsi, l'article D 49-24 du code de procédure pénale permet au juge de l'application des peines de demander au service pénitentiaire d'insertion et de probation de *procéder à une synthèse socio-éducative du condamné détenu avant sa libération, afin d'apprécier sa dangerosité et le risque de récidive*. Ce texte est applicable à tous les condamnés détenus, quelles que soient la durée de la peine ou la nature de l'infraction sanctionnée.

En ce qui concerne plus spécifiquement les auteurs de violences sexuelles, l'article 763-3 du code de procédure pénale prévoit que *si la personne condamnée à un suivi socio-judiciaire n'a pas été soumise à une injonction de soins, le juge de l'application des peines ordonne en vue de sa libération une expertise médicale afin de déterminer si elle est susceptible de faire l'objet d'un traitement. S'il est établi à la suite de cette expertise la possibilité d'un traitement, la personne condamnée est soumise à une injonction de soins, sauf décision contraire du juge de l'application des peines*. En pratique, ce dernier doit rendre un jugement constatant cette injonction de soins, ou expliquant pourquoi il l'exclut.

L'article 763-4 du code de procédure pénale énonce quant à lui que *lorsque la personne condamnée à un suivi socio-judiciaire comprenant une injonction de soins doit exécuter cette mesure à la suite d'une peine privative de liberté, le juge de l'application des peines peut ordonner l'expertise médicale de l'intéressé avant sa libération. Cette expertise est obligatoire si la condamnation a été prononcée plus de deux ans auparavant et précise que l'expertise est réalisée par un seul expert, sauf décision motivée du juge*.

Il ressort de l'ensemble de ces dispositions le souhait du Législateur de permettre au juge de l'application des peines et à l'administration pénitentiaire, amenés à prendre en charge un condamné après sa libération dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire, de disposer d'éléments actualisés d'évaluation.

Un lien est également organisé entre la détention et le milieu ouvert, pour assurer la meilleure continuité possible de la prise en charge sanitaire.

Ainsi, les articles R 57-8-3 et R 57-8-5 du code de procédure pénale, regroupés au sein d'un chapitre consacré à la santé des personnes détenues, prévoient que les détenus condamnés à un suivi socio-judiciaire ou pour certaines infractions à caractère sexuel *font l'objet d'un examen psychiatrique en vue de préparer, le cas échéant, une prise en charge post-pénale adaptée*. Le terme d'examen, plutôt que celui d'expertise, semble indiquer qu'il s'agit bien là d'un acte médical, destiné à orienter le patient vers les professionnels idoines une fois sa libération intervenue.

Et si l'échange d'informations n'est pas opéré directement entre les professionnels de santé de l'établissement pénitentiaire et leurs homologues intervenant à l'extérieur, l'article L 3711-2 du code de la santé publique, relatif à l'injonction de soins, invite les praticiens chargés de dispenser des soins en milieu carcéral à communiquer les informations médicales qu'ils détiennent sur le condamné au médecin coordonnateur afin qu'il les transmette au médecin traitant, sans que cette communication puisse être considérée comme une violation du secret médical.

Toutes ces règles tendent ainsi non seulement à procurer aux professionnels un maximum d'éléments d'évaluation afin de prendre les décisions adaptées pour définir les modalités du retour à la liberté, mais aussi pour assurer dans les meilleures conditions la prise en charge en milieu ouvert, au cours de laquelle l'évaluation se poursuivra.

4^{ème} partie : Les évaluations dans le cadre d'une mesure de milieu ouvert

Le suivi d'un auteur de violences sexuelles en milieu ouvert peut intervenir à la suite d'une période de détention, soit dans le cadre d'une libération conditionnelle ou d'une mesure de sûreté, soit dans le cadre de la peine complémentaire de suivi socio-judiciaire, ou d'un sursis avec mise à l'épreuve assortissant partiellement la peine d'emprisonnement prononcée.

Mais il peut aussi être le seul suivi du condamné. Il faut en effet rappeler que toutes les infractions à caractère sexuel ne donnent pas lieu au prononcé d'une peine privative de liberté. Ainsi, le suivi socio-judiciaire peut-il être prononcé à titre de peine principale en matière correctionnelle. Ou la juridiction de condamnation peut assortir intégralement l'emprisonnement qu'elle prononce du sursis avec mise à l'épreuve, ou choisir la contrainte pénale.

Les mesures de milieu ouvert comportant une injonction de soins

Pour tous les condamnés soumis à un suivi socio-judiciaire, une contrainte pénale, une libération conditionnelle ou une surveillance judiciaire ou de sûreté comprenant une injonction de soins, le juge de l'application des peines désigne un médecin coordonnateur, chargé notamment en vertu de l'article L 3711-1 du code de la santé publique d'inviter le condamné, au vu des expertises réalisées au cours de la procédure ainsi que, le cas échéant, au cours de l'exécution de la peine privative de liberté, à choisir un médecin traitant, de conseiller le médecin traitant si celui-ci en fait la de-

mande et de transmettre au juge de l'application des peines ou à l'agent de probation les éléments nécessaires au contrôle de l'injonction de soins.

On a déjà rappelé que le médecin coordonnateur peut obtenir des praticiens intervenant en milieu pénitentiaire les informations médicales qu'ils détiennent sur le condamné, afin qu'il les transmette au médecin traitant (article L 3711-2 du code de la santé publique).

Le médecin coordonnateur se fait en outre communiquer par le juge de l'application des peines copie de la décision ayant ordonné l'injonction de soins, des rapports des expertises médicales réalisées pendant l'enquête ou l'instruction, du réquisitoire définitif, de la décision de renvoi devant la juridiction de jugement, de la décision de condamnation ainsi que des rapports des expertises qu'il a ordonnées en cours d'exécution de la peine, ainsi que toute autre pièce utile du dossier. Le médecin coordonnateur a vocation à transmettre ensuite ces pièces au médecin traitant.

Médecin coordonnateur et traitant disposent ainsi de l'ensemble des éléments d'évaluation contenus au dossier pénal, ainsi que des éléments du dossier médical tenu par le médecin œuvrant au sein de l'établissement pénitentiaire quand une période d'incarcération a eu lieu.

Le médecin coordonnateur, qui doit rencontrer le condamné au moins une fois par trimestre, adresse en retour au juge de l'application des peines des rapports annuels ou semestriels (selon la nature des infractions commises) dressant *un bilan précis de la mise en œuvre de l'injonction de soins. Le cas échéant, il comporte des éléments d'appréciation sur l'évolution de la personne au regard de son besoin de soins ainsi que des propositions sur les modalités de poursuite de la mesure* (article R 3711-21 du code de la santé publique).

S'ils sont élaborés avec rigueur et soin, ces rapports du médecin coordonnateur constituent pour le juge de l'application des peines et le service pénitentiaire d'insertion et de probation une source précieuse de renseignements, permettant d'évaluer la manière dont le condamné s'approprie les soins auxquels il est astreint et les éventuels effets que procure le traitement entrepris.

Par comparaison, lorsque la peine ou mesure n'est assortie que d'une simple obligation de soins (qui ne voit pas intervenir de médecin coordonnateur), le juge est plus dépourvu à ce sujet.

Outre ces éléments transmis par le médecin coordonnateur, l'article 763-4 du code de procédure pénale, spécifique au suivi socio-judiciaire, permet au juge de l'application des peines d'ordonner, à tout moment du suivi, les expertises nécessaires pour l'informer sur l'état médical ou psychologique de la personne condamnée et son évolution.

Cette évolution peut conduire parfois, après au moins un an de suivi, à la mainlevée totale ou partielle du suivi socio-judiciaire. L'article 763-6 du code de procédure pénale instaure pour cela une procédure assez complexe, dont il faut retenir essentiellement la nécessité de désigner un médecin expert, auquel il convient de demander de se prononcer sur la nécessité de la poursuite d'un traitement, et recueillir l'avis du médecin coordonnateur. D'autres contributions se chargeant d'explorer ces champs, nous n'entrerons pas ici dans le détail des critères qui peuvent conduire à la mainlevée du suivi socio-judiciaire ou de la seule injonction de soins.

Le spectre toujours présent des mesures de sûreté

A l'inverse, une évolution négative peut conduire à l'issue du suivi socio-judiciaire au

prononcé d'une surveillance de sûreté (article 763-8 et R 53-8-44 et suivants du code de procédure pénale).

Il en va de même à la fin d'une surveillance judiciaire.

Une nouvelle évaluation peut ainsi intervenir, afin d'envisager, conformément à l'article 723-37 du code de procédure pénale le prononcé d'une surveillance de sûreté à l'encontre d'une personne condamnée à une réclusion criminelle d'une durée égale ou supérieure à quinze ans pour l'une des infractions visées à l'article 706-53-13, si une expertise médicale constate la persistance de la dangerosité, et seulement dans le cas où :

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

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

Les articles R 53-8-44 et suivants du code de procédure pénale imposent dès lors au juge de l'application des peines, huit mois avant la fin de la surveillance judiciaire, d'informer le procureur de la République de la situation des condamnés susceptibles de faire l'objet d'une surveillance de sûreté et, le cas échéant, de faire procéder à l'expertise médicale et de saisir la commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté, qui donnera son avis au vu des éléments figurant dans le dossier individuel de la personne et de l'expertise médicale constatant la persistance de sa dangerosité, sans qu'il soit nécessaire de procéder à l'évaluation pluridisciplinaire par le centre national d'évaluation.

Ici, expertise spécifique et avis de la commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté sont donc requis.

La surveillance de sûreté peut alors être décidée, pour une durée de deux ans renouvelables selon la même procédure, par la juridiction régionale de la rétention de sûreté.

La surveillance de sûreté peut même être ordonnée, selon la même procédure, à l'issue d'une libération conditionnelle accordée à un condamné à la réclusion criminelle à perpétuité pour l'un des crimes visés à l'article 706-53-13, si une expertise médicale constate *que le maintien d'une injonction de soins est indispensable pour prévenir la récidive* (article 732-1 du code de procédure pénale).

Quand on sait que pour un condamné à la réclusion criminelle à perpétuité, la libération conditionnelle ne peut être accordée, après une période de détention d'au moins 15 à 22 ans (selon la date de commission du crime et l'état de récidive ou non, et sans oublier la période de sûreté), à l'issue de la procédure donnant lieu au passage au centre national d'évaluation et à l'avis de la commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté, et que la durée de la libération conditionnelle est comprise entre 5 et 10 ans, on peine à envisager les cas dans lesquels un individu ayant adopté pendant si longtemps un comportement lui ayant permis d'obtenir puis de conserver le bénéfice de la libération conditionnelle présenterait encore, à la fin de cette mesure d'aménagement de peine, un état de dangerosité rendant indispensable le maintien de l'injonction de soins pour prévenir une récidive qui n'est pourtant jusque-là pas survenue.

Et en cas de manquement aux obligations de la surveillance de sûreté, la personne qui en fait l'objet peut être placée en rétention de sûreté.

Ces dispositions sont une illustration de la manière dont les mesures de sûreté ont été conçues pour pouvoir prendre le relais les unes des autres, presque sans fin.

Notre propos n'est pas de dénoncer une vision sécuritaire faisant de la dangerosité une obsession. Il faut bel et bien penser la dangerosité, ne serait-ce que parce que certaines personnes, notamment condamnées à de longues peines, ont démontré une certaine dangerosité à un moment donné par leur passage à l'acte.

Mais penser la dangerosité, c'est précisément ne pas la postuler pour tous les auteurs d'une certaine catégorie d'infractions, dont la délimitation a d'ailleurs parfois varié au gré de faits divers pourtant isolés, mais permettre aux professionnels prenant en charge ces personnes, au nombre desquelles les auteurs de violences sexuelles, d'apprécier, notamment au moyen d'outils d'évaluation, les mesures les mieux adaptées à l'individualisation de la peine.

L'évolution des dernières années, après une période où prévalaient un certain tropisme psychiatrique de la délinquance sexuelle et une attention particulière portée à la dangerosité dans le souci de permettre des mesures de sûreté orientées vers la surveillance et l'exclusion, encourage une évaluation pluridisciplinaire, conférant une part plus grande aux approches inspirées de la criminologie, dont différents courants influencent désormais la pratique des professionnels (What works, RBR, désistance, good lives model notamment).

L'évaluation pour tous

Quelles que soient les peines et mesures offrant un cadre juridique à son intervention, l'administration pénitentiaire a elle aussi développé depuis une décennie maintenant, une doctrine de l'évaluation de ceux qu'elle appelle « personnes placées sous main de justice » (PPSMJ).

Dans une circulaire du 19 mars 2008 relative aux missions et aux méthodes d'intervention des services pénitentiaires d'insertion et de probation (NOR JUSK0840001C), le directeur de l'administration pénitentiaire jetait les bases d'une évaluation inspirée du modèle risques-besoins-réceptivité (RBR) développé en Amérique du Nord.

On y lit que la phase d'observation et de diagnostic qui débute dès le premier entretien, vise à initier chez la PPSMJ, une réflexion sur le sens et la portée de la décision judiciaire, à évaluer ses capacités de mobilisation et à définir un plan d'actions et que la phase de suivi proprement dite comporte, en fonction des profils des personnes, différentes modalités qui doivent s'articuler les unes aux autres. Au-delà de la simple fréquence des entretiens, il est nécessaire de définir des objectifs et des actions spécifiques à chaque étape du suivi en adaptant l'intensité de la prise en charge et du contrôle nécessaires.

L'intégration du modèle RBR par les Règles européennes relatives à la probation, adoptées par le Conseil de l'Europe le 20 janvier 2010, a encouragé l'administration pénitentiaire dans cette voie.

La règle n° 66 stipule notamment qu'avant et pendant la mise en place du suivi d'un auteur d'infraction, ce dernier fait l'objet, le cas échéant, d'une appréciation qui analyse de façon systématique et approfondie sa situation particulière, y compris les risques, les facteurs positifs et les besoins, les interventions nécessaires pour répondre à ces besoins ainsi qu'une appréciation de la réceptivité de l'auteur d'infraction à ces interventions.

Cette conception de l'évaluation a été reprise au plan national lors de la conférence de consensus sur la prévention de la récidive organisée en février 2013, dont le jury

recommandait de développer *une évaluation raisonnée*. (rapport du jury, recommandation n° 11, p. 35) fondée sur des outils éventuellement importés, mais validés en France au moyen d'une étude et d'une expérimentation.

Cette expérimentation a été conduite, au moyen d'une recherche-action devant donner lieu à l'adoption d'outils d'évaluation adaptés à la population française.

L'enjeu de l'évaluation est en effet, au moyen d'outils communs, d'objectiver le jugement professionnel porté sur un condamné, afin de déterminer au mieux le plan d'accompagnement destiné à prévenir la récidive.

Il n'est pas inutile de préciser que si cette approche tend à évaluer le risque de récidive, ce n'est pas pour exclure ou reléguer les condamnés présentant un risque élevé, mais pour concentrer sur eux les interventions visant à amoindrir ce risque.

Quant aux personnes présentant un risque plus modéré ou faible, elles devront faire l'objet d'interventions plus légères, car les études démontrent qu'une intervention excessive auprès de ces condamnés est particulièrement contre-productive puisqu'elle accroît le risque de récidive.

Sous l'impulsion donnée par la loi du 15 août 2014, ayant créé la contrainte pénale, pour laquelle l'article 713-42 du code de procédure pénale prévoit expressément que le service pénitentiaire d'insertion et de probation évalue la personnalité et la situation matérielle, familiale et sociale de la personne condamnée et adresse au juge de l'application des peines un rapport comportant des propositions relatives au contenu et aux modalités de mise en œuvre de la peine, l'administration pénitentiaire a élaboré en 2016 un manuel de prise en charge de la contrainte pénale qui reprend les principes de l'évaluation et de l'accompagnement.

Au-delà de la peine de contrainte pénale, l'administration pénitentiaire devrait diffuser en 2018 un référentiel des pratiques opérationnelles consacrées à la méthodologie de l'intervention des services pénitentiaires d'insertion et de probation, généralisant cette approche à tous les condamnés qui lui sont confiés, quelles que soient l'infraction commise et le cadre juridique de l'intervention, c'est-à-dire le régime de la peine prononcée.

Conclusion

Depuis l'adoption de la loi du 17 juin 1998, l'évaluation des condamnés, et parmi eux plus particulièrement des auteurs de violences sexuelles, a connu une évolution notable.

Jadis ponctuelle, essentiellement pré-sentencielle et psychiatrique, selon une approche clinique, elle est devenue plus longitudinale et pluridisciplinaire, le condamné faisant désormais l'objet d'une évaluation tout au long de son parcours de peine, par plusieurs professionnels et au moyen d'outils nouveaux, en bonne partie importés et adaptés à nos concepts et à notre population.

La question reste toutefois actuellement au travail. D'une part, même s'il est bien engagé, le renouveau de la probation traduit dans les méthodes d'intervention des services pénitentiaires d'insertion et de probation a vocation à se poursuivre, une culture professionnelle mettant nécessairement du temps à évoluer.

D'autre part, à notre connaissance, la protection judiciaire de la jeunesse n'a pas à ce jour élaboré de doctrine spécifique à l'évaluation et à la prise en charge des mineurs auteurs de violences sexuelles, mais ces sujets sont à l'agenda.

Par ailleurs, alors que vient d'être mis en service, huit ans après le vote de la loi en prévoyant la création, le REDEX, fichier regroupant les expertises psychiatriques et

psychologiques et les évaluations de dangers réalisées à l'égard des personnes, majeures ou mineures, poursuivies ou condamnées pour des crimes ou délits passibles du suivi socio-judiciaire, on évoque désormais la possibilité d'étendre aux majeurs le dossier unique de personnalité, dans le but de toujours mieux partager les informations précédemment recueillies, afin d'une part d'éviter de prendre des décisions dans l'ignorance d'éléments potentiellement déterminants, d'autre part d'apprécier l'éventuelle évolution des personnes concernées.

Et d'autres pistes de réflexion pourraient être suivies, telles l'intervention du médecin coordonnateur dès la phase d'incarcération ou l'accès systématique du médecin expert au dossier médical du condamné. Mais on sait que ces questions sont particulièrement délicates, car elles mettent en jeu des principes fondamentaux de l'exercice de la médecine et car la plus grande transparence qu'elles chercheraient à instaurer pourrait aboutir à un moindre investissement du patient dans la démarche de soins et peut-être également à une modification de la manière de renseigner le dossier médical, au risque de l'appauvrir.

Quelles évaluations de l'auteur de violences sexuelles dans le cadre de son parcours de peine ? #2

Hanin HEDJAM

Directrice adjointe du CNE de Fresnes.

Introduction

Le Centre National d'Évaluation est un service de l'administration pénitentiaire spécialisé dans l'évaluation des personnes détenues condamnées.

Créé le 15 août 1950, issu de la réforme AMOR, le centre de triage de Fresnes avait initialement vocation à observer la personnalité de la personne détenue afin que soit proposée l'affectation en établissement pour peines la plus adaptée. Cette première fonction n'a cessé d'être étoffée, le décret du 6 août 1985 confiant au centre, devenu Centre National d'Observation (CNO), la tâche de préconiser des modalités de prise en charge tant préalablement à l'affectation en établissement pour peines que pendant le parcours d'exécution de peine.

L'entrée en vigueur de la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté ainsi que les lois du 10 mars 2010 et du 10 août 2011 sur la participation des citoyens au fonctionnement de la justice pénale est venue élargir le champ de compétence du CNO en introduisant une nouvelle mission d'évaluation de la dangerosité imposant le changement d'appellation du service qui devient alors Centre National d'Évaluation. Il s'étoffe alors de deux nouveaux sites : outre le centre historique de Fresnes, un site au Centre Pénitentiaire Sud Francilien (CPSF) à Réau puis un site au centre pénitentiaire (CP) de Lille-Loos-Sequedin, voient le jour en 2011 et 2012. Un nouveau site verra bientôt le jour au CP d'Aix-Luynes.

Le CNE est une entité spécifique au sein de l'administration pénitentiaire. Ce service dépend fonctionnellement des services centraux de la direction de l'administration pénitentiaire, son établissement support est un centre pénitentiaire. Le service est dirigé par une équipe de direction composée d'un directeur des services pénitentiaires et d'un directeur des services pénitentiaires d'insertion et de probation.

Ce service assure donc deux missions distinctes au titre de l'évaluation pluridisciplinaire des publics condamnés. Il procède aujourd'hui à deux types d'évaluation visant à :

- proposer une affectation en établissement pour peines adaptée à la personnalité des condamnés et à formuler des préconisations de prise en charge dans le cadre de l'élaboration de leur parcours d'exécution de peine ;
- déterminer l'existence ou la persistance d'une dangerosité éventuelle chez les condamnés dans le cadre de l'examen d'une demande d'aménagement de peine ou d'une mesure de sûreté.

La mission d'évaluation, qu'elle soit de personnalité ou de dangerosité, y est assurée par une équipe pluridisciplinaire.

L'évaluation des condamnés

Les cycles CNE

La durée d'une évaluation est de 6 semaines. Le calendrier des sessions est fixé annuellement par l'administration centrale. Il n'y a pas d'intégration des condamnés en flux continu. Durant la session d'évaluation, les condamnés rencontrent les différents pôles évaluateurs en entretiens individuels et passent des tests psychotechniques. Au terme du cycle, une synthèse pluridisciplinaire est rédigée. À la fin de la session dans le cas d'une évaluation de personnalité, les condamnés en attente de transfert en établissement pour peines, attendent en détention normale. Dans le cas d'une évaluation de dangerosité, les condamnés réintègrent directement leur établissement d'origine.

Profil des personnes détenues évaluées en 2017 au CNE de Fresnes :

Les différents sites ont des particularités, seul le site de Fresnes effectue des évaluations de personnalité et de dangerosité des hommes et des femmes. Les auteurs d'infractions à caractère sexuel sont fortement représentés au sein des différents CNE. Statistiquement, au CNE de Fresnes en 2017, ils représentaient **43% des personnes évaluées**.

Tranches d'âge :

	Évaluation de personnalité	%	LC	%	RCP	%	Surv. Jud.	%
20 à 25 ans	10	5,82	5	4,55				
26 à 30 ans	9	5	10	9,5				
31 à 35 ans	27	15,59	18	16,36				
36 à 40 ans	19	11,11	20	18,67			1	100
41 à 45 ans	43	25	11	10,40				
46 à 50 ans	19	11,11	15	13,63	1	14,28		
51 à 55 ans	13	7,60	13	10,54	3	42,87		
56 à 60 ans	15	8,77	6	5,45	1	14,28		
plus de 60 ans	16	10	12	10,90	2	28,57		
Total	171	100 %	110	100 %	7	100%	1	100,00%

Qualification des faits :

	E.P.	%	LC	%	RCP	%	SJ	%
Viol	53	31,16	34	30,50				
Viol accompagné d'un autre crime ou délit	19	11,11	14	13,4				
Meurtre/ Assassinat/Tentative	74	43	41	36,60	6	85,70		
Violence/Actes de torture et de barbarie/Vol à main armée/Enlèvement, séquestration	25	14,73	21	19,50	1	14,30	1	100
Total	171	100 %	110	100 %	7	100 %	1	100 %

Quantum de peine :

	Évaluation initiale	%
moins de 15 ans	1	0,59 %
15 à 20 ans	129	75,44 %
21 à 30 ans	34	19,88 %
RCP	7	4,09 %
Total	171	100,00%

L'évaluation de personnalité

L'évaluation de personnalité dans le cadre de l'élaboration d'un parcours d'exécution de peine est principalement destinée aux services de l'administration pénitentiaire. Elle consiste à dresser un bilan pluridisciplinaire de la personnalité du condamné afin de proposer à l'administration centrale une affectation en établissement pour peines adaptée à sa catégorie pénale, son âge, son état de santé, sa personnalité, sa dangerosité et ses efforts en matière de réinsertion sociale. Le CNE formule également des préconisations de prises en charge sociale et sanitaire du condamné et mesure sa capacité d'investissement dans un parcours d'exécution de peine.

A l'issue de chaque session d'évaluation, l'administration centrale décide du lieu d'affectation du condamné après avoir recueilli l'avis de la commission pluridisciplinaire du CNE et la synthèse de l'analyse effectuée.

Les personnes détenues relevant d'une évaluation de leur personnalité en vue de leur affectation dans un établissement pour peines sont acheminées principalement en deuxième division où elles attendent leur transfèrement. Les délais d'attente sont variables en fonction des établissements pour peines mais globalement se situent entre 3 et 14 mois. Pour information, les personnes détenues ont légalement accès à leur synthèse d'évaluation de personnalité une fois leur décision d'affectation notifiée. Celle-ci est versée au dossier pénal et doit servir de support à la construction de son projet d'exécution de peine.

L'admission obligatoire en CNE

Le code de procédure pénale impose des critères cumulatifs pour l'évaluation obligatoire au CNE de condamnés débutant l'exécution de leur peine :

- Lorsqu'ils sont condamnés à des peines de réclusion criminelle d'une durée supérieure ou égale à 15 ans,
- pour des crimes limitativement énumérés à l'article 706-53-13 du code de procédure pénale,
- commis sur une victime mineure ou commis sur une victime majeure avec une ou plusieurs circonstances aggravantes ou en récidive.

L'admission facultative en CNE

Les articles D 81-1 et D 81-2 du code de procédure pénale permettent en outre de procéder à l'admission facultative de personnes détenues dont l'affectation incombe au ministre de la justice et/ou dans le cadre des demandes de changement d'affectation émanant soit des condamnés soit des chefs d'établissement. Entre dans ce champ, les condamnés à une ou plusieurs peines d'une durée totale supérieure à 10 ans ; les condamnés pour des faits d'actes de terrorisme et les DPS (Détenus Particulièrement Signalés).

De surcroît, l'article 82-4 du code de procédure pénale prévoit qu'indépendamment de toute demande de changement d'affectation, le ministre de la justice peut charger le CNE d'effectuer un bilan de la personnalité des condamnés en cours d'exécution de peine dans la perspective notamment d'une libération conditionnelle ou d'une meilleure individualisation du régime de détention ou d'exécution de peine.

L'évaluation de dangerosité en fin de peine

Les évaluations de dangerosité réalisées par les équipes du CNE concernent tout particulièrement les condamnés à de longues **peines sollicitant une mesure de libération conditionnelle**. Elle constitue une aide à la décision pour l'autorité judiciaire, dans l'objectif de prévenir la récidive. Elle consiste à **identifier chez la personne détenue les facteurs de vulnérabilité et de protection face au risque de commission d'une nouvelle infraction**.

Admission obligatoire d'évaluation de la dangerosité et du risque de récidive pour les personnes sollicitant un aménagement de peine et condamnées :

- à la réclusion criminelle à perpétuité,
- ou à des peines égales ou supérieures à 15 ans de réclusion pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru (articles 730-2 et D 527-1 du code de procédure pénale),
- ou à des peines supérieures ou égales à 10 ans pour une infraction mentionnée à l'article 706-53-13 et-14 du code de procédure pénale qui sollicitent une libération conditionnelle.

Par ailleurs, le CNE est chargé de procéder à l'**évaluation facultative de la dangerosité** des personnes condamnées relevant du champ de la **surveillance judiciaire**.

Ces missions d'évaluation de la dangerosité sont réalisées sur saisine de l'autorité judiciaire et/ou sur ordonnance des Commissions Pluridisciplinaires des Mesures de Sécurité (CPMS) lesquelles sont chargées d'émettre, à l'attention des magistrats de l'application des peines, un avis sur la dangerosité et le risque de récidive des personnes détenues condamnées relevant de leur compétence.

La synthèse est adressée à l'autorité judiciaire ayant ordonné le placement au CNE, accompagnée du dossier fourni par la CPMS. L'évaluation de dangerosité s'inscrivant dans un processus juridictionnel, la synthèse réalisée par le CNE est considérée comme un document préparatoire à la décision judiciaire. A ce titre, elle est transmise par le CNE à l'autorité de saisine et **n'est pas communicable** par l'administration pénitentiaire à la personne détenue. Seul le juge de l'application des peines (JAP) peut décider sa communication au personnel pénitentiaire ou à la personne écrouée.

La diversité des professionnels intervenant

Les équipes du CNE sont composées de personnels volontaires, spécialement recrutés, répartis en pôles qui contribuent tous dans la pluridisciplinarité à l'évaluation.

Pôle surveillance

Il est composé de personnels de surveillance affectés au centre pénitentiaire. Il assure d'une part une mission de garde des personnes détenues et recueille d'autre part, des informations sur la personne à évaluer par la connaissance de son dossier, par une observation continue et par des échanges réguliers. Il évalue le positionnement de la personne et son comportement en détention, ses capacités d'hygiène, ses capacités d'adaptation et d'intégration au sein de la structure et son relationnel avec

ses codétenus. En effet, l'attitude de la personne peut varier selon qu'il est en présence de surveillants ou d'autres intervenants. Il n'est en effet pas rare que le détenu adopte une attitude calculée et utilitaire lors des entretiens individuels.

Pôle insertion et probation

A l'aide du dossier et des entretiens, le CPIP évalue la situation de la personne en participant à l'identification du risque de commission d'une nouvelle infraction qu'elle présente, en mettant en évidence ses besoins d'interventions socio-éducatives ainsi que ses facteurs de protection. A cet effet, il procède à l'évaluation de sa situation sociale, familiale et matérielle. Il dresse alors un **bilan de la trajectoire de la personne au regard de son histoire familiale, personnelle, de son parcours de vie à l'âge adulte, tout en évoquant la question du passage à l'acte, son positionnement sur les faits, sur les victimes, le rapport à la loi et à l'interdit et en travaillant son projet d'exécution de peine.**

Il peut être amené, à titre exceptionnel et pendant la session d'évaluation, à contribuer à l'individualisation de l'exécution de la peine en lien avec le JAP compétent.

Pôle psychologie clinique

Il est composé de psychologues cliniciens contractuels de l'administration. Le psychologue clinicien réalise l'examen psychologique des condamnés à l'aide du dossier attaché à la personne détenue, d'entretiens avec elle et de tests. Les entretiens n'ont pas vocation thérapeutique, mais effectuent un **diagnostic sur le fonctionnement psychique de la personne et une étude de son passage à l'acte.** Ils s'intéressent à leur capacité d'introspection, à leur résistance à leur problématique originelle (alcoolisme, toxicomanie, violence, déviance sexuelle, troubles de la personnalité), à leur accessibilité à un traitement et au-delà à leur accessibilité à une mesure probatoire.

Pôle psychotechnique

Il est composé de psychologues du travail contractuels de l'administration et de surveillants orienteurs. Ils réalisent le **bilan de compétences** des condamnés à l'aide du dossier, d'entretiens et de tests psychométriques ou de personnalité, et l'**analyse du fonctionnement cognitif.** Ils favorisent la mobilisation et l'élaboration d'un parcours d'exécution de peine, accompagnent la personne dans l'appropriation du choix de l'établissement pour peines afin d'enclencher chez elle une dynamique. Enfin, dans le cadre de demande d'aménagement de peine, ils évaluent la viabilité du projet professionnel de la personne et ses capacités de réinsertion.

L'approche pluridisciplinaire est garantie sur chaque site *a minima* par des réunions entre pôles animées par la direction du CNE ainsi que par la mise en commun des informations. Les échanges quotidiens entre les évaluateurs des différents pôles en charge d'un même condamné sont favorisés par la disposition des bureaux au sein de la détention et l'isolement total du CNE par rapport au centre pénitentiaire support.

Quelle évaluation et sur quels critères peut-on demander à l'expert judiciaire psychiatre ou psychologue en fonction du parcours ? #1

Roland COUTANCEAU

Psychiatre, expert national, président de la Ligue française de santé mentale, chargé d'enseignement en psychiatrie et psychologie légales à l'université Paris V, à la faculté Kremlin-Bicêtre et à l'Ecole des psychologues praticiens.

Introduction

Dans l'évaluation expertale, nous proposons une évaluation en trois axes : personnalité, passage à l'acte et vie affectivo-sexuelle.

Un regard pluri-axial

L'évaluation d'un sujet ayant commis un passage à l'acte médico-légal suppose de répondre à trois questions : Qui est cet homme, indépendamment des faits qui lui sont reprochés ? Est-ce que son acte nous apprend quelque chose de lui que la seule analyse structurale ne dévoile pas totalement ? Enfin pourquoi un passage à l'acte dans tel ou tel domaine en particulier ?

Le premier axe, celui de la personnalité est le plus classique. Il peut se décliner en trois sous axes : psychiatrique, psychologique, psychopathologique.

Le second axe consiste à réunir les données du discours du sujet autour du passage à l'acte. On peut explorer avant l'acte, pendant l'acte, après l'acte. Les éléments livrés sur l'avant sont souvent pauvres ; le pendant l'acte comprend quelques scotomisations ; le discours sur le vécu post-acte est plus éclairant.

Le troisième axe est celui de la recherche des thématiques spécifiques, fonction du type de passage à l'acte : la vie affectivo-sexuelle s'il s'agit d'une atteinte aux mœurs.

L'expertise et son évolution

Mais ce triptyque traduit une évolution de l'expertise (psychiatrique ou psychologique) vers une sensibilité plus criminologique. Cette évolution est plus ou moins marquée, en fonction des experts, mettant en évidence une grande hétérogénéité.

Quand on observe le contenu des expertises psychiatriques et psychologiques des années 1980 à nos jours, on constate la réalité d'expertises psychiatriques synthétiques, ramassées, centrées sur l'existence ou pas de maladies mentales caractérisées et répertoriées.

Parallèlement, l'examen psychologique se centrait sur l'analyse de la personnalité, indépendamment de la maladie mentale. Les questions étaient centrées sur la maladie mentale pour le psychiatre, sur la personnalité pour le psychologue.

Le clinicien (psychiatre ou psychologue) est au cœur de son métier, en rapport avec l'enseignement à la faculté. Nombre d'experts souhaitent rester centrés sur cet axe clair ; pratique expertale qui fait que tout psychiatre ou psychologue peut être à même de répondre à de telles expertises, c'est ce que nous appellerons la position classique.

Progressivement est apparue dans les expertises, une approche plus criminologique, avec une exploration également centrée sur le passage à l'acte, et sur son système motivationnel (à titre d'hypothèse).

Pour cette sensibilité psycho-criminologique, l'expertise s'inscrit désormais dans le développement de trois axes : le premier est celui de la personnalité, indépendamment du passage à l'acte ; le deuxième est l'analyse du passage à l'acte avec un recueil d'éléments psycho-émotionnels avant l'acte, pendant l'acte et après l'acte ; le troisième est la recherche de thématiques spécifiques (à savoir des problématiques existentielles particulières qui expliquent que c'est dans un domaine bien particulier que certains transgressent ; en l'occurrence dans le champ de la réalité psycho-sexuelle).

Un axe classique

Pour la clarté de l'exposé, nous prendrons comme type de description un sujet présentant des troubles de la personnalité, et ayant commis une agression sexuelle.

Sur le plan psychiatrique

Il s'agira tout d'abord d'éliminer les troubles mentaux pouvant entraîner un trouble du champ de conscience au moment des faits.

Pour ce qui ferait discuter l'abolition du discernement (article 122-1 alinéa 1), l'examen psychiatrique recherche :

- des troubles de l'ordre de la psychose en poussée aiguë (bouffées délirantes, états dépressifs atypiques francs accompagnés de dissociation et de discordance) ;
- des troubles majeurs de l'humeur (état dépressif d'intensité mélancoliforme accompagné d'éléments délirants ou état d'excitation de type maniaque franc) ;
- une confusion mentale déstructurant le champ de conscience ;
- des complications délirantes de problématiques addictives éthyliques ou toxicomaniaques ;
- des états cognitifs déficitaires du niveau de « la débilité moyenne ou de la débilité profonde » ;
- des états de détérioration mentale de type sénile ou à la phase d'état.

Parallèlement, en ce qui concerne l'altération du discernement (article 122-1 alinéa 2), l'examen psychiatrique recherche les pathologies suivantes :

- Des troubles de l'ordre de la psychose (en dehors des poussées aiguës).
- Des épisodes anxiodépressifs classiques.
- Des états déficitaires de l'ordre de la débilité légère.
- Des états de détérioration mentale de type sénile à leur début.

Le plus souvent, l'examen exclut toute anomalie mentale de dimension aliénante, toute affection mentale répertoriée dans la classification des maladies mentales.

On soulignera toutefois la particularité de troubles de la personnalité associés à des troubles mentaux. Historiquement, la hébéoïdophrénie (association d'une dimension psychopathique et d'une pathologie schizophréniforme) a été décrite. Mais plus largement, c'est la coexistence d'une schizophrénie et de troubles de la personnalité (aménagement de caractère paranoïaque, traits pervers, tonalité psychopathique) qui pose question, débouchant parfois sur des dissensions entre experts, quant à l'appréciation de l'irresponsabilité pénale (abolition, ou simple altération du discernement).

Si toute affection mentale est éliminée, on reste dans le champ des troubles de la personnalité.

Les diagnostics les plus souvent retenus seront alors : état limite ou borderline ; psychopathie ; caractère paranoïaque ; structure perverse. Mais la sémiologie de ces différentes organisations de la personnalité est plus ou moins caractérisée ; avec parallèlement la possibilité d'une coexistence.

Sur le plan psychologique

On développera à la fois les aspects biographiques (images parentales, premières relations, scolarité, adolescence et rapport au corps, premiers émois sexuels, service national, vie professionnelle, vie affectivo-sexuelle, antécédents judiciaires).

L'évaluation psychologique recherchera également une sémiologie (anxiété ; traits névrotiques ; axe de psychorigidité à tonalité paranoïaque ; impulsivité physique à type de bris d'objets, verbale ; irritabilité, dysthymie).

On soulignera plus particulièrement la recherche de traits névrotiques, d'un axe de psychorigidité, et également d'une dysthymie ; éléments sémiologiques souvent présents chez les personnalités transgressives.

À un niveau plus existentiel, l'évaluation psychologique recherchera des vécus émotionnels significatifs (frustrations, tensions internes, vécus dépressifs, conflits relationnels).

On s'attachera également à rechercher certains éprouvés d'animosité (rage, haine, vengeance) ; ainsi que tous les éléments psycho-émotionnels entourant l'émergence de l'excitation sexuelle.

Enfin des tests projectifs (TAT, Rorschach entre autres) peuvent compléter cette évaluation.

Sur le plan psychopathologique

En écho de la problématique paranoïaque, sera étudiée la propension plus ou moins grande à l'interprétativité du comportement et du vécu d'autrui ; avec la mise en évidence de la projection ou de distorsions cognitives, en fonction des références de chacun.

Parallèlement, la quête d'une problématique perverse (que nous préférons nommer mégalomaniaque) sous-tendra une étude du triptyque égocentrisme – tentation de l'emprise – négation de l'altérité, dans l'analyse de certaines relations interpersonnelles établies par le sujet.

Dans une lecture plus criminologique, le recours à certains modes opératoires (violence, menace, harcèlement, manipulation) pour abuser l'autre, sera signalé.

Enfin, l'existence d'antécédents de sévices dans l'enfance sera systématiquement recherchée ; sans que cela conduise à considérer ce facteur comme forcément prévalent.

Une approche psycho-criminologique

Nous aborderons deux aspects particuliers : le premier est le recueil de données sur le passage à l'acte ; le second est l'analyse du discours du sujet dans l'après-coup des faits.

Explorer le passage à l'acte

Sur le passage à l'acte, proposons une méthodologie de l'exploration.

Tout d'abord, on demande au sujet de renommer, de façon synthétique, ce qui est en question, à ses yeux.

Puis nous plantons le décor à la recherche de l'espace-temps : quand cela s'est-il passé ? Vient ensuite la recherche d'un éventuel apport exotoxique : alcool, drogue.

Parallèlement, le sujet allègue-t-il ou non des troubles de la mémoire, lié à cet apport exotoxique ?

L'examen explore alors la recherche d'un état clinique particulier, au moment des faits : essentiellement éventuel état délirant aigu, ou possible état dépressif.

Tous ces éléments étant situés, on demande à l'intéressé de développer son récit de l'épisode, en l'aidant de questions maïeutiques pour préciser sa description, en l'encourageant à livrer des aspects psycho-émotionnels.

En contre-point, il lui est demandé d'exposer ce qu'il a compris du discours du plaignant(e) et de faire part également de cette version des faits.

S'il existait une relation préalable aux faits, les éléments psycho-émotionnels subjectifs du sujet sur ce lien sont bien évidemment à recueillir.

Y a-t-il lieu de confronter le sujet aux éléments du dossier ?

Certains experts se contenteront de recueillir le discours spontané.

D'autres évoqueront le discours du plaignant, s'inscrivant dans un regard sur la relation à l'autre.

D'autres enfin confronteront le sujet aux éléments du dossier qui sembleraient s'inscrire en contradiction avec la version mise en avant. La diversité des pratiques de terrain, traduit la difficulté de passer d'un simple recueil de la parole, à un travail de confrontation sur l'acte.

Quand le clinicien a accès à la parole du plaignant, au-delà de la « crédibilité » du témoignage de l'un ou de l'autre, ce sont les divergences dans le récit qui font sens, qui font question, et qui permettent de ciseler d'autres questions au sujet.

De la même manière, les possibles évolutions ou variations dans le récit sont à considérer pour tenter de comprendre la réalité psycho-émotionnelle qui les sous-tend.

Ce sont souvent les réalités les plus dures, les représentations les plus violentes et anarchiques qui sont les plus difficiles à expliciter.

Le discours d'après-coup

Au-delà de la réalité avant l'acte, de la capacité ou pas à restituer le souvenir du moment de l'acte, c'est le discours sur le passage à l'acte dans l'après-coup, qui nous semble le plus révélateur.

Cinq questionnements peuvent être proposés de façon non exhaustive : la reconnaissance ou pas des faits ; la reconnaissance de la contrainte exercée ; ou la reconnaissance d'une responsabilité ; le vécu émotionnel de l'acte ; la capacité (ou pas) d'appréhender le retentissement psychologique pour le plaignant ; le rapport à la loi.

Nous avons choisi ces items, d'une part parce qu'il s'agit des questions les plus simples qu'on peut poser à quelqu'un mis en cause par un autre, d'autre part parce que ce questionnement s'inscrit dans un regard sur une psychopathologie de la relation.

Questions les plus naturelles : reconnaissez-vous les faits ? En êtes-vous responsable ? Que ressentez-vous d'avoir fait ça ? Y a-t-il des conséquences psychologiques sur l'autre ? Comment vous situez-vous par rapport à la loi qui vous interpelle ?

Pour notre propos, nous considérerons que les faits sont avérés.

Et nous envisagerons successivement les cinq items suivants.

Le rapport aux faits

On peut distinguer six positionnements :

- La reconnaissance totale : le discours du sujet est identique à celui du plaignant.
- La reconnaissance partielle : le sujet reconnaît certains faits mais en nie d'autres.
- La reconnaissance indirecte : le sujet dit ne pas s'en souvenir mais valide le témoignage du plaignant (je ne m'en souviens pas, mais s'il le dit, c'est vrai).
- La négation banalisante : le sujet se contente de nier sans autre commentaire.
- La négation sthénique avec la thèse du complot : le sujet nie, en se décrivant comme persécuté par celui qui l'accuse, lui prêtant parfois des mobiles, donnant à voir qu'il va porter plainte pour diffamation.
- La négation avec défi : le sujet nie dans une dynamique de provocation, parfois connotée d'une dimension de jeu.

Seules les trois premières positions peuvent relever d'emblée d'un suivi médico-psychologique.

Les trois autres peuvent bénéficier d'une évaluation longitudinale amenant parfois des évolutions dans le positionnement du sujet.

Toutefois, un groupe de parole est envisageable pour des sujets négateurs (qui nient consciemment, tactiquement, sans être dupes d'eux-mêmes), et ce aussi bien dans un cadre médico-psychologique que psychocriminologique.

Le rapport à la responsabilité propre

Là encore, on peut situer tous les positionnements sur une échelle allant de la reconnaissance totale à la négation.

- Reconnaissance totale : le sujet assume la responsabilité pleine et entière.
- Reconnaissance partielle : le sujet reconnaît en partie sa responsabilité mais se décrit comme provoqué par l'autre, ou en proie à un état clinique ou physiologique amenant une impossibilité de contrôle.
- Négation de la responsabilité : le sujet se décrit comme victime, dépendant de forces ou d'influences, sur lesquelles, il n'a aucune prise.

Le vécu surmoïque de l'acte

Quand le passage à l'acte est reconnu, il peut s'accompagner d'éprouvés divers.

L'indifférence apparente : le sujet affiche une absence d'affect. Il semble sans état d'âme. Mais le même peut baisser les yeux face à un personnage de sa famille (traduisant un vécu de honte, mais sans l'avouer, ou sans se l'avouer à lui-même).

Un vague malaise : face à des questions sur ses éprouvés, le sujet ne parvient pas à répondre en langage émotionnel. Il dira simplement « c'est pas bien » ou « c'est grave », sans exprimer de honte ni de culpabilité. C'est l'alexithymie de certains auteurs, cette difficulté à exprimer ses émotions.

La honte : contrairement à une description fréquente qui voudrait que le sujet ne ressentie ni anxiété, ni culpabilité, la plupart des sujets présentant un trouble de la personnalité et qui ont commis un passage à l'acte, sont accessibles à la honte. Mais la honte suppose le regard réel ou imaginé d'autrui. C'est le regard d'autrui, ou le regard social post-interpellation, qui révèle la honte. On distinguera donc la honte sociale, la

honte face au regard d'un proche, la honte face à soi-même. Mais la honte, qui peut se travailler ensuite dans une prise en charge, ce n'est pas encore la culpabilité.

La culpabilité : une minorité de sujets troubles de la personnalité ressentent de la culpabilité, traduisant leur proximité d'une structure immaturo-névrotique. Culpabilité parfois émergente, objectivable dans l'après-coup du dévoilement du passage à l'acte, plus en filigrane auparavant. En contrepoint, ceci éclaire que peu de structures névrotiques dérivent vers un passage à l'acte, la structure névrotique étant cadrante à cet égard.

L'appréhension ou pas du retentissement psychologique de la victime (plaignant)

Les positionnements vont d'une reconnaissance totale (capacité de décrire les éléments d'une symptomatologie post-traumatique) à une négation (le sujet refuse de voir le plaignant traumatisé), en passant par la minimisation ou la banalisation des souffrances occasionnées à autrui.

Le rapport à la loi

Face à l'interpellation de la loi, on peut décrire quatre positionnements :

- Reconnaissance émotionnelle de la loi : le sujet situe clairement la loi et exhibe un vibrato émotionnel de l'avoir transgressée.
- Reconnaissance partielle de la loi : Le sujet nomme la loi, mais l'évoque comme une règle qui est dans l'ordre des choses, mais sans participation émotionnelle, avec un discours du type « quand on dérape, on paye » ou encore « le juge fait son travail ».
- Banalisation de la loi : Le sujet relativise la gravité de la transgression, parfois en stigmatisant d'autres types de transgression à ses yeux plus graves.
- Négation de la loi avec défi : Le sujet affiche son mépris de la loi, ponctuant parfois son propos d'un bras d'honneur.

Quand on récapitule les positionnements du sujet face à ces cinq items, il en résulte une tonalité existentielle face aux faits qui lui sont reprochés, avec des profils tantôt « immaturo-névrotiques », tantôt « immaturo-égocentriques », tantôt « immaturo-pervers ».

Ces trois tonalités suscitent des réactions contre-transférentielles variées et des propositions de prise en charge différentes. De façon schématique, les profils immaturo-névrotiques peuvent être pris en charge dans le cadre de thérapies classiques (avec une véritable demande). Les profils immaturo-égocentriques relèvent d'une obligation de soins avec une orientation privilégiée vers les groupes. Les profils immaturo-pervers justifient d'une évaluation longitudinale préalable pour tenter de modifier quelque peu leur positionnement, et finalement les rendre accessibles à la prise en charge.

Thématiques spécifiques

La personnalité a été décrite ; le passage à l'acte a été abordé avec l'analyse du discours du sujet face au passage à l'acte.

Reste un questionnement, celui du type de transgression. Dans quel domaine existentiel y a-t-il une fragilité, une esthésie, qui explique que c'est dans ce domaine bien particulier que le sujet a transgressé ?

Pour les auteurs d'agression sexuelle, il s'agit d'étudier de façon la plus complète la vie affectivo-sexuelle.

À un niveau psychosocial, le sujet a-t-il déjà vécu en concubinage ? A-t-il établi des liens relationnels d'une certaine durée ? Existe-t-il une inhibition plus ou moins marquée dans la séduction sociabilisée ?

À un niveau plus psychosexuel, on étudiera la vie auto-érotique avec la fantasmatique associée.

Pour que le sujet se livre, l'essentiel est de créer un climat empathique pour aborder sans tabou et sans jugement la vie sexuelle. Tout l'art du clinicien est de favoriser l'installation d'un tel climat. Évocation réaliste mais humaine de la sexualité, aussi éloignée de la vulgarité que de l'inquisition.

Enfin, fondamental pour toute évaluation de l'agression sur mineur, est l'analyse du choix d'objet. L'attrait sexuel pédophile est-il exclusif préférentiel ou simplement secondaire ?

Evaluation clinique et actuarielle de la dangerosité – un clignotant pour une meilleure prise en charge.

La prévention de la récidive est au cœur du suivi des auteurs de violence sexuelle ; même si le travail thérapeutique ne se limite pas à cet aspect.

Dans cet esprit, compléter l'évaluation clinique qualitative par une évaluation quantitative (l'échelle actuarielle) apporte au clinicien une appréciation supplémentaire, pouvant inspirer sa manière de travailler, notamment dans le choix des items sur lesquels focaliser.

Au-delà de l'évaluation de la dangerosité, le résultat à la grille actuarielle s'inscrit surtout comme un clignotant d'alerte pour une technique thérapeutique plus ciblée.

Nous avons choisi la Static 99, pour son aspect simple et pratique mais aussi pour sa lisibilité.

En prenant dans cet article, comme type de description les auteurs sur mineurs, nous voulons simplement montrer comment les enjeux différents apparaissent, en fonction du profil psycho-criminologique ; notamment quant à la prévention de la récidive.

Evaluation qualitative, clinique.

Résumons notre sensibilité clinique sur l'évaluation (développée par ailleurs). Cette évaluation comprend notamment :

- l'évaluation clinique,
- l'analyse du passage à l'acte,
- l'appréhension de la réalité psycho-sexuelle.

L'évaluation clinique intègre, outre le profil de personnalité (psychopathie, aménagement paranoïaque, problématique perverse, état limite de personnalité de façon sémiologique, un regard sur la psychopathologie de la relation : égocentrisme ; tentation de l'emprise ; déni, négation, non prise en compte de l'altérité).

Un regard criminologique situe le mode opératoire de l'emprise (violence, menace, harcèlement, manipulation).

L'analyse du passage à l'acte, en confrontant le sujet aux éléments objectivés illustre la capacité du sujet à rendre compte de ce qui lui est reproché.

On étudiera aussi bien l'avant-acte, pendant l'acte, après l'acte.

Dans le discours du sujet, on pourra analyser notamment :

- le rapport aux faits (méconnaissance totale, méconnaissance partielle, méconnaissance indirecte, négation banalisante, négation sthénique, négation défiante),
- le degré de reconnaissance de la contrainte exercée,
- le vécu « surmoïque » suite à l'acte (indifférence apparente, vague malaise, honte, culpabilité),
- la capacité à appréhender le retentissement psychologique pour la victime,,
- le rapport à la loi (reconnue, acceptée, banalisée, défiée),

Quant au troisième axe, (celui de la vie affectivo-sexuelle), il peut se résumer en une exploration à quatre niveaux :

- la vie affective relationnelle, (notamment la cohabitation),
- l'aptitude à la séduction sociabilisée,
- la vie auto-érotique,
- le choix d'objet,

Si nous devons faire ressortir trois facteurs de risque, à l'analyse clinique, nous retiendrons :

- l'intensité de l'égoïsme (entre autre caractère paranoïaque, mégalomanie, pervers narcissique que nous préférons nommer mégalomanes manipulateurs),
- le caractère obsédant du fantasme,
- l'exclusivité ou le degré préférentiel du choix d'objet (à savoir l'attrait pédophile).

Evaluation quantitative, actuarielle

Repérages pour une analyse quantitative

La dangerosité criminologique en question

Ce concept intéressant est discuté dans la mesure où certains craignent qu'une évaluation en tout cas probabiliste n'entraîne le risque de stigmatisation. Avant d'envisager une approche de la dangerosité criminologique questionnons ce concept sur le plan scientifique et éthique.

La dangerosité criminologique n'est au mieux qu'une évaluation probabiliste du risque. Il faut souligner de façon absolue qu'un risque ou une probabilité n'est en aucun cas une certitude. Dit autrement, un sujet peut avoir un risque fort et ne jamais passer à l'acte ; de même, qu'un sujet peut avoir un risque faible mais malgré tout passer à l'acte. Il est fondamental de rappeler cette réalité potentielle du risque.

A un autre niveau, il faut distinguer deux approches méthodologiques.

L'une se ferait fort d'apprécier le risque en le chiffrant sur une échelle par exemple de 0 à 100 %.

Une seconde approche plus pragmatique et peut-être plus basique chercherait simplement à mettre en évidence une dangerosité criminologique qui se circonscrirait à trois profils de risque :

- faible dangerosité ou dangerosité quasi nulle,
- dangerosité moyenne,
- dangerosité forte,

Ce qui permettrait une prise de décision plus stratégique en facilitant d'une part la resocialisation non problématique de sujets à faible risque, et en orientant des moyens et un accompagnement plus serré vers ceux qui présentent *a priori* une dangerosité criminologique significative au sens d'une potentialité théorique.

Sur un plan pratique, il est intéressant de développer une approche de l'évaluation de la dangerosité criminologique alliant à la fois un aspect quantitatif et un regard qualitatif.

A la racine, les échelles actuarielles s'inscrivent comme un outil statistique évaluant un risque théorique à partir d'un certain nombre de critères ou items. Pour comprendre comment de telles échelles sont établies, nous considérerons le résultat de plusieurs études sur le plan statistique.

La première étude à laquelle nous avons contribué a été faite en France au Centre National des Prisons de Fresnes dans les années 90 recherchant les antécédents judiciaires d'auteurs d'agressions sexuelles longues peines.

De ce travail sur la recherche d'antécédents judiciaires (dans les casiers) émergent trois profils très sensiblement différents :

- celui des pères incestueux avec :
 - o 90 % des sujets sans aucun antécédent judiciaire antérieur.
 - o 5 % avaient des antécédents de coups et blessures volontaires.
 - o et 5% autres avaient des antécédents d'agressions sexuelles sur un enfant dans la famille (le même enfant ou un autre).
- les actes pédophiliques :
 - o 20 % des sujets avaient un autre antécédent à type d'atteinte aux biens (escroquerie).
 - o 20 % des sujets avaient déjà des antécédents d'agressions sexuelles sur un mineur en dehors de la famille.
- les auteurs d'agressions sexuelles sur adulte :
 - o 73 % avaient des délits antérieurs à type d'atteinte aux biens ou d'atteinte aux personnes (coups et blessures volontaires)
 - o 5 % avaient des antécédents d'agressions sexuelles sur majeur.

La seconde étude développée et réalisée par Karl HANSEN étudie le pourcentage de récidivistes (après la sortie de prison à 5 ans, 10 ans et 15 ans) pour quatre populations d'auteurs d'agressions sexuelles à savoir les violeurs sur adulte, les pères incestueux, les agressions sur mineures filles, les agressions sur mineurs garçons.

- violeurs sur adultes :	14	21	24
- inceste :	6	9	13
- agressions sur mineures filles :	9	13	16
- agressions sur mineurs garçons :	23	28	35.

Les items suivants ont été rencontrés avec une fréquence significative chez les récidivistes :

- l'existence d'antécédents d'agressions sexuelles,
- l'aspect extra-familial de la victime,
- la victime non connue du sujet,

- l'âge (au moment du délit) s'il est au-dessous de 40 ans,
- sujet vivant seul (sans aucune expérience de la cohabitation),
- victime garçon,
- antécédents de transgression (autre qu'une atteinte aux mœurs),
- présence d'une arme,
- série de trois victimes (au moins),
- existence de séquestration (ou d'humiliations dans le mode opératoire).

Bien sûr, ces éléments sont à situer à un niveau probabiliste et ne sont pas à comprendre comme une prédiction mécanique ou automatique. Ces derniers éléments s'inscrivent comme facteurs de risque notamment chez les auteurs d'agressions sexuelles sur mineurs. L'intérêt de ces échelles c'est qu'elles peuvent être utilisées (puisque'il s'il s'agit de facteurs statiques -simples constatations-) par des professionnels divers (professionnels de la justice ou de la santé). Leur inconvénient est parfois qu'elles ne permettent pas d'apprécier l'évolution de l'homme, d'où l'intérêt d'une approche qualitative.

Sur le plan éthique, la crainte est celle d'une stigmatisation d'autant plus sensible que le débat sur la dangerosité criminologique a pu être couplé sur la pertinence ou pas de maintenir certains sujets en milieu fermé. Notre regard est d'orienter l'application d'une évaluation (certes hypothétique de la dangerosité criminologique) vers la mise en place de contraintes plus ou moins importantes au moment de la resocialisation du sujet.

Analyse quantitative et qualitative (quatre profils)

Nous avons alors à notre disposition deux évaluations (l'une quantitative et statistique ; l'autre qualitative et psycho-criminologique) permettant à l'évaluation qualitative de pondérer l'analyse quantitative et statistique avec dès lors quatre situations qui sont les suivantes ; chacune traduisant une réalité psycho-criminologique différente :

- score faible aux deux grilles : il s'agit, par exemple de pères incestueux ou d'auteurs sur mineure fille sans antécédent judiciaire, ayant l'expérience d'une vie commune avec un adulte et qui, de plus, ont une évolution significative dans le cadre d'une approche psychothérapeutique ou éducativo-criminologique. A priori, le risque est faible avec pertinence d'un accompagnement souple sans trop de contrainte,
- score fort aux deux grilles : il s'agit, par exemple, d'auteurs d'agressions sur mineur garçon ou des auteurs de violences sur adulte ayant déjà des antécédents judiciaires (parfois à type d'atteintes aux mœurs) et dont l'évolution de personnalité, l'autocritique sur le passage à l'acte et la lucidité sur la problématique psycho-sexuelle ont peu évolué malgré un suivi. Le risque peut être considéré comme significatif amenant à une stratégie d'un certain nombre de contraintes dans le cadre de la libération conditionnelle,
- score fort à la grille quantitative (risque probabiliste) et score faible (après suivi) à la grille qualitative : il s'agit, par exemple d'auteurs d'agressions sur mineur garçon ayant développé une capacité d'entrer en relation avec un adulte homme assumant leur homosexualité et dont l'analyse clinique traduit un aménagement de la personnalité, une capacité d'autocritique, une participation émotionnelle et une lucidité sur la réalité psycho-sexuelle passée et actuelle.

- score faible à la grille quantitative et score fort (malgré le suivi) à la grille qualitative : il s'agit, par exemple, de sujets incestueux ou d'auteurs d'agressions sexuelles sur mineure fille mais dont la personnalité reste très problématique marquée par l'égoïsme, par une tonalité paranoïaque peu accessible au processus de suivi, avec une faible autocritique du passage à l'acte et de distanciation par rapport à une problématique personnelle. Le risque ne peut être exclu, traduisant le pourcentage, certes plus faible statistiquement, mais malgré tout existant dans la population des pères incestueux ou des agresseurs sur mineure fille.

Ainsi a été développée une méthodologie pour évaluer l'auteur d'agression sexuelle dans un trident : personnalité, rapport à l'acte, vie affectivo-sexuelle ; puis des repérages pour apprécier le risque de récurrence (évaluation débouchant sur des stratégies de prise en charge au cas par cas).

Quelle évaluation et sur quels critères peut-on demander à l'expert judiciaire psychiatre ou psychologue en fonction du parcours ? #2

Frédéric MEUNIER

Psychiatre au SMPR de Lyon (établissement pour mineurs du Rhône),
chef du pôle SMD-PL, CH Le Vinatier, expert auprès de la Cour d'appel de Lyon.

Introduction

De sa garde à vue à l'issue de sa peine, voire au-delà si des mesures de sûreté ont été décidées, l'auteur de violences sexuelles va être examiné plusieurs fois dans le cadre d'expertises. Ceci d'autant que lorsque le suivi socio-judiciaire est encouru, la procédure pénale prévoit des expertises obligatoires, avant le procès et pour toute demande d'aménagement de peine. Sans aboutir à un suivi expertal continu de la personne, la répétition dans le temps de ces expertises permet une évaluation régulière, et donc un certain suivi dans le temps, pouvant mettre en évidence une évolution de la personne.

Après avoir évoqué les parcours que suit l'auteur, mon exposé aura deux parties principales : définir des critères de l'évaluation expertale pour l'auteur d'infraction à caractère sexuel, puis définir les indicateurs et les outils qui peuvent améliorer la précision de l'évaluation de ces critères.

Une partie conclusive portera ensuite sur les limites et sur les conséquences de l'évaluation standardisée.

Parcours judiciaire, de soin, de vie

Quels parcours de l'auteur ?

Il convient dans cet exposé de différencier les parcours : le parcours judiciaire de la personne ayant commis des infractions de nature sexuelle, le parcours de soin de cette personne, et ce que je nomme « parcours de vie », c'est-à-dire l'environnement contrôlé ou non par des mesures qui lui seraient imposées. C'est par ailleurs bien souvent dans les solutions de continuité de ces parcours, qu'elles soient prévisibles ou non, qu'il faudra avoir une vigilance particulière [1].

Le parcours judiciaire

Les repères sont bien entendu fixés par la procédure pénale. On distinguera la partie pré et post-sentencielle, bien entendu, mais il est utile de distinguer aussi les procédures correctionnelles et criminelles, notamment du fait que les temporalités sont souvent fort différentes. Par ailleurs, il peut aussi être utile de distinguer les situations de récidive, de réitération des situations où le justiciable est « primaire ».

Le parcours judiciaire est largement détaillé et est un repère important, tant dans la pratique que dans la littérature, car c'est celui qui « donne le tempo » de l'ensemble du suivi et de la prise en charge de l'auteur. Pour autant, s'il donne la mesure, et fixe les moments des évaluations expertales, il n'est en rien indicatif de l'évolution personnelle de l'auteur.

Il permet cependant de repérer au moins trois phases, lesquelles sont à la fois des ruptures dans la vie du sujet, et des bouleversements aux conséquences importantes. Ces moments sont aussi des périodes où les risques, qu'ils soient ceux d'une violence auto ou hétéro-agressive sont les plus importants :

L'arrestation

Car, outre les mesures de restriction de liberté qu'elle entraîne (détention provisoire, contrôle judiciaire, etc.), l'arrestation amène des conséquences dans la vie relationnelle du sujet (révélation des accusations à la famille et aux proches, conséquences sociales et professionnelles, etc.).

Le jugement

Qui là encore entraîne, pour l'auteur qui devient condamné des conséquences personnelles (peine, conditions d'exécution de la peine, etc.), mais aussi sur son environnement relationnel et social.

La fin de l'exécution de la peine ou plus généralement les mesures d'aménagement de celle-ci

Qui signe, de façon progressive ou non, un retour dans la société et pose donc les questions des conditions de ce retour, du risque, mais aussi et pour la personne condamnée, celle de l'autonomie, et de la réinsertion.

Le parcours de soins

À chaque étape de la procédure, l'auteur d'infractions à caractère sexuel est « invité » à engager des soins. Ces soins peuvent être pénalement ordonnés dans le cadre du contrôle judiciaire ou après le procès dans celui d'une injonction de soins (ou d'une obligation). Se pose alors la pertinence des soins.

L'organisation procédurale, et la pression de la société tendent à considérer que tout auteur de violences sexuelles a besoin de soins. Pour autant et pour le clinicien, l'indication de soins — pénalement ordonnés ou non — ne recoupe pas une égalité supposée entre avoir commis un délit ou un crime sexuel et être malade. Cette question interroge donc le champ de la santé mentale, et des indications (portées par un diagnostic).

Par ailleurs, temps judiciaire et temps clinique ne se superposent que rarement.

Enfin, si le parcours pénal est clair pour l'expert, le parcours de soin suit une logique propre, dans l'idéal adapté à la personne, mais en réalité soumise à des aléas : engagement de la personne, compliance thérapeutique, mais aussi disponibilité des équipes de soin, formation et encadrement de celles-ci, etc. Si on peut souligner l'importance des CRIAVS dans cette question, comme instance de recours pour les soignants, on ne peut que constater la très grande inhomogénéité de l'offre de soins, spécialisée ou non, tant en milieu libre que dans les établissements pénitentiaires.

Se pose aussi, pour le parcours de soin, la question des interactions soignants/expert, avec le troisième acteur, en cas d'injonction de soins, qu'est le médecin coordonnateur.

Le « parcours de vie »

Quant au parcours de vie, c'est-à-dire le parcours du sujet dans ses interactions sociales, familiales et sociales, dans ses projets aussi, s'il est très profondément affecté par le parcours pénal, il demeure sans doute à la fois ce qui est le plus intime, le plus essentiel et bien souvent le plus obscur. À chaque examen, l'expert (puis qu'il est question de lui ici, mais dans la prise en charge globale de l'auteur, je devrais dire tout intervenant) doit se poser les questions suivantes sur le parcours de vie de l'auteur :

- Quel degré de contrôle a-t-on sur l'environnement du sujet ?
- Quel degré de surveillance des interactions du sujet avec son environnement a-t-on ?
- Quels sont les changements prévisibles, incluant les projets de la personne à court et moyen terme ?
- Quelle est la fiabilité des informations qu'a l'expert sur les trois précédents points ?

Quelles interventions de l'expert judiciaire ?

Classiquement, puisque l'expert est nommé par une juridiction, on distingue les expertises pré et post-sentencielles.

En France, liberté est donnée à l'expert sur la méthode de son analyse. On lui demande de répondre aux questions standards de la mission, mais on ne lui demande pas de suivre une méthode particulière.

La question ici, et que je vais développer, est celle de la standardisation des méthodes. La standardisation peut être un objectif, mais s'il est tel, ceci dépendra d'une volonté politique qui nous échappe. Elle est cependant un élément important d'amélioration de la qualité, et un développement que certains auteurs appellent de leurs vœux vers une jurisprudence expertale [2]. Elle est surtout, selon moi, la nécessité que chaque expert, dans chaque rapport, devrait faire état et de la méthode utilisée, et de la justification de cette méthode.

L'évaluation expertale psychiatrique et psychologique

Une évaluation est avant tout un outil d'aide à la décision. Si l'expertise psychiatrique ou psychologique est, dans la procédure pénale, un acte avant tout technique destiné à informer le juge, ce rapport a aussi pour finalité de l'aider à décider. Il s'agit aussi d'un document auquel d'autres acteurs accéderont : Conseillers d'insertion et de probation, équipes psychiatriques, etc., pour prendre des décisions dans leur domaine.

Mais le rapport d'expertise, à tous les niveaux de la procédure, et du parcours de la personne ayant commis des infractions de nature sexuelle, est aussi un document «lais-sant trace» dans le parcours pénal : il demeure une référence pour les acteurs suivants.

À toute évaluation sont attachés des objectifs généraux et spécifiques, des critères, des indicateurs et des outils [3] [4].

- Par objectifs, on entend les buts que l'on souhaite atteindre.
- Par critères, on entend les degrés d'atteinte de ces objectifs.
- Par indicateurs, on entend les signes, quantitatifs ou qualitatifs de l'existence ou de l'évolution d'un processus.
- Et par outils, on entend les méthodes mises en œuvre.

Les objectifs de l'évaluation

Selon nous, l'expertise psychiatrique ou psychologique de la personne ayant commis des infractions de nature sexuelle a un objectif général, cité plus haut :

- Apporter un regard technique sur le fonctionnement psychique de la personne.

L'expertise psychiatrique ou psychologique a trois objectifs spécifiques :

- Définir les conséquences médico-légales du fonctionnement psychique de l'individu,

- donner un avis diachronique sur l'évolution de son fonctionnement,
- émettre un avis pronostique sur les interactions de cette personne.

L'audition publique de 2007 [5] [6] propose notamment de considérer trois niveaux d'expertise qui sont résumés dans le tableau suivant (page 50 du rapport).

Expertise psychiatrique	Examen médico-psychologique
<p>Niveau 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> – identification d'une pathologie psychiatrique ; – recherche d'une abolition éventuelle du discernement au moment des faits, conformément à l'article 122-1 alinéa 1 du CP ; – recherche d'une altération éventuelle du discernement au moment des faits, conformément à l'article 122-1 alinéa 2 du CP ; – évaluation de la dangerosité psychiatrique. 	
<p>Niveau 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> – lecture psychodynamique du passage à l'acte dans ses rapports avec la personnalité et l'histoire du sujet. 	<p>Niveau 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> – lecture psychodynamique du passage à l'acte dans ses rapports avec la personnalité et l'histoire du sujet.
<p>Niveau 3 (sous réserve de formations multidisciplinaires en criminologie à développer) :</p> <ul style="list-style-type: none"> – analyse psychocriminologique du passage à l'acte ; – évaluation de la dangerosité criminologique. 	<p>Niveau 3 (sous réserve de formations multidisciplinaires en criminologie à développer) :</p> <ul style="list-style-type: none"> – analyse psychocriminologique du passage à l'acte ; – évaluation de la dangerosité criminologique.

Ces trois niveaux d'expertise correspondent aux trois objectifs spécifiques que je propose.

- L'expertise de niveau I permet de définir un diagnostic, les conséquences du diagnostic sur les éléments nécessaires à la définition de la responsabilité pénale, de la « punissabilité », et le cas échéant les indications thérapeutiques permettant de réduire le risque lié à un trouble mental.
- Le niveau II donne une lecture du sens du passage à l'acte dans la vie du sujet et dans ses interactions avec son environnement relationnel.
- Le niveau III renvoie aux objectifs pronostiques, en tenant compte de l'environnement de la personne.

Les critères

Les critères de l'évaluation sont les moyens d'appréciation de l'atteinte des objectifs. Il convient de tenir compte d'une part dimensionnelle dans chacun des critères, mais aussi d'une part d'incertitude.

Cette question de l'incertitude et du niveau de preuve qui est sans doute la plus difficile à définir et à admettre [7] [8]. Sans doute parce que les personnes intéressées par l'expertise (les acteurs de la procédure) souhaitent un éclairage technique le plus précis possible, et ne laissant apparemment que peu de place à la subjectivité [9]. Sans doute aussi dans la mesure où l'attente des professionnels judiciaires dans l'expertise est celle de la précision, quelle que soit la discipline [10].

Il me semble possible d'établir des critères pour l'expert psychiatre ou psychologue,

réalisant une évaluation, selon 4 catégories. Celles-ci tiennent compte des recommandations précédentes [11], mais aussi de commentaires les suivant [12] [13]. Dans chaque catégorie, je choisis trois niveaux ; ce qui semble être la recommandation générale [14] en termes d'évaluation, mais aussi règle actuelle dans les évaluations psychocriminologiques [15].

Critères cliniques

Le principal critère attendu dans l'expertise psychiatrique (et peut-être psychologique, sous une autre forme) est le critère de diagnostic.

Dans le cadre de l'évaluation de personnes auteures d'infraction à caractère sexuel, l'une des spécificités est l'existence de troubles sévères de personnalité — spécifique ou non —, et/ou un trouble de la préférence sexuelle (au sens de la paraphilie).

Le référentiel de ces critères demeure les classifications internationales (CIM-10; DSM-V) et il renvoie donc au catégoriel.

Il convient néanmoins d'envisager aussi une approche dimensionnelle. En effet, de nombreux auteurs notent une surestimation de certains troubles de personnalité parmi les personnes auteures d'infractions à caractère sexuel [16], de même les critères de gravité d'une éventuelle paraphilie doivent être pris en compte.

L'évaluation devrait aussi tenir compte d'une addiction, et/ou d'un usage de produit, qu'il soit ou non en lien direct avec l'infraction poursuivie ou commise [17] [18].

Les tableaux suivants résument les critères cliniques.

Sur le diagnostic

Absence de diagnostic significatif	Diagnostic non spécifique	Diagnostic spécifique
Pas de trouble de personnalité ni de maladie mentale sévère	Personnalité antisociale Maladie mentale sévère (troubles de l'humeur, psychose)	Paraphilie Psychopathie

Sur l'usage de produits

Absence d'usage significatif	Abus non spécifique	Abus spécifique
Pas d'usage Abus simple	Abus nocif Addiction	Usage en lien avec les agressions Usage partagé avec la victime

Critères thérapeutiques

L'évaluation devrait porter non seulement sur les indications thérapeutiques, mais aussi sur l'accessibilité des soins à la personne. Ces critères ont donc une appréciation en deux phases :

- 1) Existe-t-il une thérapeutique efficace, si oui, quel est le niveau d'efficacité de cette indication [19] ?
- 2) Les soins, spécifiques ou non, sont-ils accessibles à la personne [20] ?
L'observance, la régularité sont-elles susceptibles d'être améliorées par des soins pénalement ordonnés [21] ?

Sur les propositions thérapeutiques

Absence de proposition	Proposition non spécifique	Proposition spécifique de soins
Pas de trouble (pas d'indication) Présence d'un trouble, mais pas de proposition thérapeutique	Proposition d'un parcours de soins non spécifique (adapté à une pathologie mentale, un trouble de personnalité ou un usage de produit), avec une probabilité élevée d'amélioration	Prise en charge psychothérapeutique spécifique (indication de TCC, de groupes spécifiques, etc.) Indications de médicaments anti-impulsifs Indication d'anti-androgènes

Sur l'accessibilité

Bonne accessibilité	Accessibilité moyenne	Mauvaise accessibilité
Les ressources thérapeutiques sont accessibles à la personne, dans son environnement actuel et futur Les soins pénalement ordonnés sont une mesure de contrôle de l'effectivité	Les ressources thérapeutiques ne sont pas directement accessibles et nécessitent un changement d'établissement pénitentiaire, des déplacements importants, etc. Les soins pénalement ordonnés sont une mesure de contrainte à la réalisation des soins	Les soins ne sont pas accessibles à la personne : refus, éloignement, pas de disponibilité de soins spécifiques, etc. Les soins pénalement ordonnés ne peuvent pas améliorer l'observance

Critères psychocriminologiques

Les critères psychocriminologiques, en règle générale, se déclinent en facteurs de risque ou de protection, et renvoient à la fois à une probabilité qu'un événement survenue, à un délai d'observation et à une « nuisance », c'est-à-dire en fonction de la gravité des faits craints.

La probabilité tient compte des facteurs de risque et de protection de la personne. Elle est à rapporter — et c'est une notion bien souvent oubliée — à une priorité de cas sur une population de même nature [22] : les personnes ayant commis des violences graves ont en effet un risque sans commune mesure avec la population générale [23] [24].

On peut les dérouler en critères d'évaluation, en terme probabiliste et dans l'analyse de scénarios de risque [25].

Sur la probabilité de commission de faits de violence

Faible probabilité de commission de faits	Probabilité moyenne	Probabilité élevée
Priorité de cas faible Signes de désistance	Priorité de cas classique	Priorité de cas importante Signes d'aggravation

Sur la sévérité du risque

Sévérité faible	Sévérité moyenne	Sévérité importante
Pas de scénarios de violences graves	Risque de réitération de violences de même nature	Augmentation du risque pour autrui Risque de violences graves (viols, homicides)

Critères environnementaux

L'évaluation d'une personne poursuivie ou condamnée pour des infractions de nature sexuelle doit tenir compte de son environnement actuel et prévisible. En effet, l'évaluateur doit tenir compte d'une part de la proximité ou non avec des victimes (de faits ou potentielles), d'autre part du comportement du sujet à l'égard de celles-ci. Cette facette du critère environnemental tient compte, bien sûr, du mode de vie de la personne et de son intégration dans un réseau de proches (constellation familiale et relationnelle).

Les critères environnementaux généraux doivent tenir compte du mode de vie de la personne évaluée, de sa capacité d'autonomie, de sa capacité professionnelle, occupationnelle et plus généralement des ressources personnelles et professionnelles qu'elle peut mobiliser.

Dans tous les cas, le principal élément à prendre en compte est le lieu de vie. S'il ne peut être déterminé, le critère environnemental est inexploitable. C'est pour cette raison que c'est sans doute l'un des critères le plus difficile à atteindre.

Ce qui semble importer, pour ce critère, c'est la question de la possibilité de contrôle sur l'environnement, en particulier l'accès aux victimes d'une part, et la possibilité d'accès à un environnement favorable d'autre part (logement, supports personnels et professionnels).

Sur l'accès à des victimes potentielles

Pas d'accès	Accès régulé	Accès aisé
Personne incarcérée ou contrôlée strictement	Contrôle par des mesures standard Stratégie d'évitement de situation à risque	Aucune prise de conscience des situations à risque Recherche de contact avec des victimes potentielles

Sur l'environnement

Favorable	Neutre	À risque
Capacité de réinsertion Stratégies alternatives	Insertion précaire ou ne tenant pas compte de sa situation personnelle	Risque de ruptures avec l'environnement relationnel Manque de support professionnel et personnel

Les indicateurs

Les indicateurs sont les signes qui témoignent de l'existence d'un processus, et du degré de réponse à un critère. Les indicateurs correspondent donc au degré de certitude ou d'incertitude de l'expert, pour répondre aux critères cliniques, psycho-

criminologiques et environnementaux de son évaluation. Ces indicateurs sont les éléments apportés par l'expert évaluateur, par son examen, l'analyse des données dont il dispose (données médicales et judiciaires) et dans le temps du parcours (de soin, judiciaire ou social) où il se situe.

Les méthodes

Évaluation clinique

Même si l'évaluation clinique a un intérêt grandissant dans la pratique *forensique* (voir par exemple Bonta [26]), et un intérêt indiscutable dans l'évaluation diagnostique [27] [28], elle a un faible niveau de preuve en termes d'évaluation du risque [29] [30].

Évaluation standardisée

Dans le domaine de l'évaluation d'auteurs d'infraction à caractère sexuel, on retiendra les outils suivants, classés par type.

Échelles diagnostiques

Les échelles diagnostiques sont des méthodes basées sur la sélection d'items, montrant généralement un aspect dimensionnel du diagnostic. On peut citer :

- Non spécifiques
 - o La Psychopathy Check-List (PCL-R) [31], qui rappelons-le n'est validée que pour des personnes incarcérées ou hospitalisées.
 - o Le MMPI [32].
- Dans des situations spécifiques :
 - o Échelle de dissociation (DES) [33].
 - o N.B. à ma connaissance, il n'existe pas d'échelle validée de paraphilie.

Méthodes actuarielles

Les méthodes actuarielles sont des méthodes statistiques d'évaluation du risque de violence et/ou de récidive, qui pour la plupart évaluent le risque futur à partir des antécédents de la personne. Il s'agit de cotation d'items, lesquels sont pondérés, puis on utilise un algorithme de calcul, établi pour classer le sujet dans un groupe où le risque est connu. Les méthodes actuarielles ont une bonne corrélation avec le risque [34], mais du fait de leur sensibilité aux données disponibles, à l'existence — ou non — d'antécédents et — avant tout peut-être — au fait qu'elles classent l'individu dans un groupe et ne donnent pas de résultat sur l'individu, leur productivité est entachée d'un fort risque (l'aire sous la courbe ROC est comprise entre 0,55 et 0,65) [35]. Dans le domaine des auteurs de violences de nature sexuelle, on peut ici citer :

- Sexual Offender Risk Appraisal Guide (SORAG) [36].
- Static-99 [37] [38].
- Stable 2007/Aigu 2007 [39], qui présentent un intérêt dans la mesure où il s'agit de deux outils actuariels, l'un mesurant le risque lié aux antécédents (stable), l'autre le risque dynamique lié à la prise en charge (aigu). Cet outil est traduit, mais sa validation francophone n'est pas achevée [40].

Outils de jugement clinique structuré

Ces outils sont construits à partir des méthodes actuarielles, dont ils reprennent les items, mais l'algorithme décisionnel est remplacé par le jugement des évaluateurs. La validité de ces méthodes est plutôt bonne en termes de corrélation et l'aire sous la courbe ROC est de 0,7-0,8, mais ces outils nécessitent une évaluation pluridisciplinaire, en groupe, avec des professionnels formés et expérimentés. On peut citer :

- Le Historical-Clinical Risk management (HCR-20), qui évalue le risque de violence à moyen terme, traduit en français par l'équipe de Th. Pham [41] [42].
- Le Sexual Risk of Violence (SVR-20), méthode traduite, mais non validée en français [43].

Outils « récents »

Les outils plus récents sont une mise en perspective du jugement clinique structuré avec les mesures prises et/ou la prise en charge. Il s'agit de méthodes criminologiques, au sens où on étudie la priorité de cas et l'adéquation du risque avec son management. La plupart des méthodes ne sont, à l'heure actuelle, que validées par les équipes conceptrices, ce qui en limite la portée en termes de validité interne. Par ailleurs, ils ont pour objet l'adéquation de la prise en charge (la « traitabilité » du risque) et ont donc un intérêt plutôt interne aux équipes que dans l'évaluation expertale. On citera :

- Le Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk (SAPROF). Elle n'est pas un outil spécifique d'évaluation des auteurs de violences sexuelles, mais a une utilité dans la prise en compte (et en charge) des facteurs de protection [44]. Cet outil est un complément du HCR-20, il est traduit en français, mais n'est pas entièrement validé dans cette langue [45].
- Le Risk of Sexual Violence Protocol (RSVP), est sans doute, dans le domaine du risque de violence sexuelle, l'outil sinon le plus abouti, au moins le plus illustratif d'instruments récents basés sur le jugement clinique structuré [46]. Il demeure en cours de validation [47]. Sa particularité essentielle est de se baser sur l'analyse du risque passé, actuel et futur et de proposer des scénarios de risque. L'intérêt des scénarios de risque est de mettre en place des stratégies de prise en charge spécifique, et d'établir des priorités de cas.

Les informations nécessaires

Afin d'avoir une évaluation correcte, il convient d'avoir accès à un certain nombre d'informations, dans la mesure du possible, à la fois recoupées et documentées [48].

Données de l'interview

Les données de l'interview (examen clinique) sont l'essence même de l'examen expertal. Il comprend de façon standard les données d'anamnèse, le point de vue de la personne sur les faits poursuivis ou pour lesquels il a été condamné, l'examen clinique, les données de tests ou d'épreuves, etc. [49]

Un guide d'interview semi-directif peut être conseillé (par exemple celui de la PCL-R, ou pour notre sujet le QICPAAS [50] [51]).

Informations sur le parcours pénal

Les informations minimums pour une évaluation, qu'elle soit standardisée ou non comporte :

- Le casier judiciaire (B1).
- Les éléments récapitulatifs de l'affaire en cours (en fonction : PV de synthèse, ordonnance de renvoi, jugement).
- Le dossier pénitentiaire pour les personnes incarcérées condamnées ou non.
- Le dossier du SPIP pour les personnes condamnées, libres ou non.
- L'enquête dite de personnalité qu'elle soit rapide (procédures correctionnelles) ou classique (instruction, procédures criminelles).
- Les expertises précédentes.

Il conviendrait, pour une évaluation standardisée de disposer aussi :

- Des éléments scolaires et professionnels.
- Des auditions de la personne auteure.
- Des auditions des victimes et des témoins.
- Des rapports sur les peines et mesures précédentes et leur suivi.
- Des affaires pour lesquelles la personne a été mise en cause, avec ou sans traitement pénal.
- Le rapport du Centre national d'observation, s'il est a été fait.
- Les rapports du médecin coordonnateur, s'il est nommé.

Informations sur le mode vie de la personne expertisée

L'expert ne dispose, sur le mode de vie de la personne et en général que les éléments déclaratifs qui lui ont été faits. Il peut les recouper, parfois, avec des éléments du dossier pénal.

Néanmoins, certaines informations sur le mode de vie peuvent être disponibles dans les enquêtes sociales. Il est par contre extrêmement rare que soient documentés les projets de la personne.

Informations sur le parcours de soins

Là encore, les seules données généralement disponibles sont les éléments déclaratifs de la personne. Même si leur fiabilité est souvent bonne, il serait nécessaire dans une évaluation standardisée de disposer d'informations documentées. Je reviendrai sur ce sujet avant mes conclusions.

Information incrémentielle apportée par l'évaluation standardisée

La validité incrémentielle d'une méthode d'évaluation est l'apport supplémentaire d'une méthode dans une situation donnée [52]. La validité incrémentielle des méthodes standardisées du risque est établie pour nombre d'entre elles [53] [54] [55] [56] contrairement à la validité prédictive, qui, elle, est rarement bonne [57]. Mais comme l'écrit l'un des pères de l'évaluation standardisée du risque, sans doute qu'il vaut mieux regarder les deux faces de la pièce que de la lancer [58] !

L'évaluation standardisée améliore la connaissance de la personne, dans le sens où elle permet de mieux cerner les critères de l'évaluation. Je ne dis pas qu'elle est nécessaire à toutes les expertises et dans toutes les situations. Nous pouvons d'ailleurs éliminer le peu d'intérêt des méthodes standardisées dans les situations extrêmes : celles où, d'évidence le risque de commission dans le futur de faits de violence est soit très faible, soit très élevé. En effet, les méthodes standardisées chez les auteurs de violence sexuelle ayant peu d'antécédents comportent un risque de faux positifs ou de faux négatifs plus important [59]. Par ailleurs, et chez les personnes ayant une insertion très correcte, mais sans antécédent légal, c'est le risque de faux négatif qui domine [60].

L'information incrémentielle est l'information supplémentaire apportée dans l'expertise, dès lors que l'évaluateur a recours à une méthode standardisée. Cette information, dans notre situation, a pour but d'améliorer la connaissance du sujet, du fait criminel et — c'est sans doute l'essentiel, de proposer des bases, des lignes, quant à la prise en charge.

Cette perspective, l'information incrémentielle, permet de se sortir de la situation soulignée par exemple par Émilie Matignon [61], celle d'une polémique autour du

risque de justice actuarielle. Il n'y a en effet aucun outil que l'on puisse qualifier de prédictif, du fait au moins de la limite épistémologique des méthodes (quoi qu'on y fasse, on ne pourra jamais évaluer le risque individuel d'un sujet même classé dans un groupe dont le taux de récidive ou de réitération serait connu).

Au contraire, l'information supplémentaire que permet l'évaluation standardisée permettrait une appréciation plus individualisée de la peine, et de son application. Elle permet aussi d'apprécier le risque, au moment où la personne auteur de violences à caractère sexuel se trouve dans une situation de risque.

En pré-sentenciel

En général

L'évaluation pré-sentencielle est avant tout une évaluation clinique. Quoiqu'on en dise, et aujourd'hui, se pose la question d'un éventuel diagnostic, et de la répercussion de celui-ci sur la responsabilité pénale. C'est donc selon moi sur les critères cliniques que doit avant tout reposer l'évaluation pré-sentencielle.

La question du risque, en général, ne se pose pas directement en pré-sentenciel. Ne serait-ce que parce que les faits ne sont pas établis, et que — sauf dans quelques cas particuliers — la question de la peine, de son exécution et des mesures sera à voir bien plus tard.

Sur les critères diagnostiques, niveau I

L'expert devrait se poser, de façon classique trois questions :

- Le sujet souffre-t-il d'une maladie mentale (ou de manifestations psychiatriques d'une maladie physique) ?
- Le sujet souffre-t-il d'un trouble de personnalité ?
- Le sujet souffre-t-il d'une addiction ?

Il peut y répondre avec les critères catégoriels des classifications internationales.

Sur les critères diagnostiques, niveau II

L'expert peut affiner cette question diagnostique, et sans doute est-ce là l'intérêt des expertises médico-psychologiques (que les examens et rapports du psychiatre et du psychologue soit conjoints ou disjoints) avec des indicateurs basés sur l'évaluation structurée, et en particulier :

- D'un point de vue dimensionnel, en utilisation des échelles de diagnostic, et en particulier la PCL-R, pour éviter le diagnostic en excès de psychopathie [62] [63].
- D'un point de vue structurel en établissant, une analyse psychodynamique, et développementale du sujet, et l'inscription de son (ou de ses) passage(s) à l'acte dans son histoire personnelle.

Sur les critères thérapeutiques

L'évaluation diagnostique permet d'envisager des propositions thérapeutiques à court et moyen terme. Néanmoins et en pré-sentenciel, les critères d'accessibilité aux soins peuvent difficilement être améliorés par l'évaluation expertale, compte-tenu de l'incertitude sur le parcours de vie du sujet. Même dans l'hypothèse d'une condamnation aboutissant à une incarcération, et même si certain établissement pour peines sont fléchés pour la prise en charge de personnes condamnées pour des infractions sexuelles, l'offre de soin en milieu pénitentiaire est très peu homogène (c'est un autre débat).

Cas particulier de certaines procédures

Certaines situations dans la procédure pénale, cependant, peuvent être considérées comme particulières. Je pense notamment aux situations où le contrôle judiciaire est décidé ou susceptible de l'être. Peut se poser alors la question du risque de remise en liberté par exemple. On revient alors à une situation proche de celle de la pré-libération.

Peut aussi, dans les procédures correctionnelles, se poser la question d'un délai finalement proche entre le jugement et la fin de la peine. Dans cette situation, on peut sans doute proposer dans le même temps une évaluation diagnostique et « psychocriminologique ».

En post-sentenciel

C'est sans doute dans l'expertise post-sentencielle que l'on trouve un intérêt fort de l'évaluation standardisée comme moyen d'amélioration des critères. D'une part parce que les acteurs (personne condamnée, victime et leurs représentants, acteurs judiciaires, acteurs pénitentiaires, acteurs sociaux) trouvent une communauté d'intérêt autour de la question des soins, des mesures et de la réinsertion [64].

Évaluation lors l'exécution de la peine

Lors de l'exécution de la peine, et notamment chaque fois que le suivi socio-judiciaire a été encouru, une évaluation expertale est nécessaire pour toute demande d'aménagement de la peine, et doit, en règle générale, avoir moins de deux ans (délais selon moi basés beaucoup plus sur des questions de disponibilité des experts que sur des considérations rationnelles).

Si la question du diagnostic se pose dans les mêmes formes qu'en pré-sentenciel, sachant que cette question peut toujours évoluer, se pose alors aussi celle des indications de soin, et du parcours de soin actuel et futur de la personne condamnée. C'est sans doute là que l'évaluation structurée apporte des éléments d'information incrémentielle importants. Les méthodes basées sur le jugement clinique structuré ont, selon moi, un intérêt. D'une part de façon générale, pour examiner l'adéquation passée et actuelle des besoins de la personne à sa prise en charge. D'autre part, et de façon plus détaillée pour mettre en évidence des lacunes éventuelles dans la connaissance de la personne et de son environnement (je pense, à ce stade, aux items relatifs à l'empathie, à l'insight, au parcours de soins psychiatriques, psychologiques et addictologiques dont la connaissance, par exemple, peut n'être que déclarative) : les items d'évaluation omis sont des indicateurs importants d'incertitude (ou non s'ils ne le sont pas) sur les critères évalués.

Par ailleurs la répétition dans le temps des évaluations expertales donne une dimension diachronique plus qu'informative, même si les personnes condamnées peuvent, avec le temps et la répétition des expertises « apprendre » ce qu'elles doivent dire à l'évaluateur [65].

Se pose aussi, dès lors qu'un aménagement de peine est envisagé, la question du risque. Là encore, la question de l'évaluation standardisée notamment en utilisant des méthodes basées sur le jugement clinique structuré est intéressante. Elle n'est d'ailleurs possible qu'à partir du moment où un projet est envisagé : quel est ce projet ? Est-il réaliste ? Quelles sont les alternatives, les difficultés et les ruptures possibles ?

Sur les critères thérapeutiques

L'évaluation structurée permet une amélioration des indicateurs de la prise en charge actuelle et future de la personne, notamment de ses besoins et de ses capacités d'accès à une prise en charge adaptée.

Sur les critères psychocriminologiques

L'intérêt de l'évaluation est de pouvoir décrire les facteurs de risque et les facteurs de protection, et, lorsque cela est possible, de pouvoir donner un avis argumenté sur la probabilité de survenue d'un fait de violence sexuelle (ou non), et de proposer des mesures pour réduire ce risque.

Les indicateurs d'amélioration incrémentielle portent, dans cette évaluation, sur l'adéquation des projets au risque.

Dès lors où sont envisagés des outils standardisés, nous retrouvons dans une expertise de niveau III. Je rappelle ici que les recommandations sont unanimes pour améliorer la fiabilité de l'usage de ces outils d'une évaluation pluriprofessionnelle, et par des personnes formées et expérimentées.

Pré-libération, mesures post-pénales (mesures de sûreté)

L'évaluation expertale est bien entendu demandée, dès lors au moins que la question du risque est importante, aux moments-clés que sont la pré-libération, ou au moment où sont décidées des mesures de sûreté (surveillance judiciaire de sûreté, rétention judiciaire de sûreté).

C'est dans ces situations particulières que se posent, selon moi, les questions les plus cruciales du risque, dans ses dimensions de probabilité et de nuisance, mais aussi la question de l'environnement et du contrôle et/ou de la surveillance que l'on peut et/ou doit avoir. Dans ces situations se pose la priorité de cas : quelle énergie doit-on mettre dans telle situation, pour contribuer à éviter la récidive — ou parfois pour empêcher la personne de nuire.

Ici plus que dans les autres situations, peuvent être mises de côté les situations extrêmes : celles où le risque est manifestement très important (situations rares de « prédation » sexuelle, haute psychopathie, personnes dont les antécédents de multirécidive parlent d'eux-mêmes, etc.). Et les personnes pour lesquels le risque paraît être faible, de façon évidente (du fait de l'âge, de la désistance, de l'intégration dans un processus de réinsertion, ayant un support personnel, familial et professionnel constant, etc.) n'ont sans doute pas besoin d'une évaluation plus poussée.

Les méthodes permettant d'envisager des indicateurs plus précis sur les critères sont ici les méthodes actuarielles : elles permettent en effet d'apprécier le risque à moyen/long terme, avec les facteurs historiques. Cette appréciation du risque — avec, ajouterais-je le fait que l'appréciation statistique froide, évitant le parasitisme par des considérations morales — permet de participer à la priorisation de cas.

La question, aussi, d'une anticipation du risque et surtout d'élaboration de stratégie de prise en charge en fonction de l'environnement et des projets, renvoie à l'utilisation des « nouvelles méthodes ».

Sur les critères psychocriminologiques

Ce type d'évaluation et sa répétition dans le temps (une évaluation au moins annuelle est souvent conseillée) permet d'améliorer la connaissance incrémentielle de ce critère, dans ses dimensions de probabilité, et de sévérité.

Sur les critères environnementaux

C'est sans doute sur les questions environnementales, et d'adéquation risque/mesures que les méthodes standardisées, et notamment les « nouveaux outils » permettant la formulation de scénarios de risque sont les plus utiles.

Néanmoins se posent les questions suivantes

- Celle de la spécialisation des équipes souvent impliquées dans la prise en charge et la recherche dans l'utilisation de ces outils : est-ce à l'expert de les utiliser ?
- Celle de l'interaction évaluation/prise en charge, pour ces cas difficiles : est-ce une évaluation de la personne, ou de la personne dans un dispositif de prise en charge ?

On peut résumer ainsi

Si un changement important dans la vie du sujet poursuivi ou condamné est arrivé ou va arriver, une évaluation expertale est utile, dès lors que ce changement est lié :

- au parcours pénal : avant le procès, pour un aménagement de peine, en pré-libération ;
- au parcours de soin : en cas d'inadéquation indication thérapeutique et avis des experts précédents, lorsque la levée d'une obligation judiciaire de soins est envisagée ;
- au parcours de vie, si des changements importants se dessinent : remise en liberté, mesures de sûreté, mais aussi circonstances choisies ou contraintes (sur le plan social, professionnel ou familial).

La standardisation de cette expertise peut améliorer la connaissance de critères cliniques, thérapeutiques, psychocriminologiques ou environnementaux et on peut les résumer dans le tableau suivant.

Typologie de comportement, choix d'objet :	EMPRISE FAIBLE	EMPRISE FORTE
Pervers "polymorphe" Délinquance associée	Cueillette sans censure Déviance poly-objet IS±	Pédophilie prédatrice violente Voleur récidiviste IS-
Orientation pédophile vraie	Pédophilie « Socratique » Initiation infantile IS+++	Pulsion irrépressible, Stratégie Scénario de maîtrise IS++
Sexualité opportuniste de proximité	Inceste de substitution Auteur faible, Emprise inverse par la victime IS+	Inceste tyrannique, Appropriation violente Etats hypomaniaques, harceleurs IS++
Sexualité immature, pulsionnelle	Adulte-enfant Déficiente, Complicité jeux sexuels IS++	« Tournante » adolescente, Violence « élaboussante », sadique primaire (anale, urétrale...) sans jouissance perverse spécifique à la sexualité IS+++

Perspectives

Qui décide de quoi ?

Le juge décide évidemment de l'expertise.

- Mais qui en demande le niveau ?
- Qui décide de la méthode ?

Sur la seconde question, je pense que c'est à l'expert de décider de la méthode. Et surtout, dès lors qu'elle est standardisée, de la décrire et de la justifier. Nous en sommes aujourd'hui (en France), à un stade d'implémentation des méthodes standardisées. On peut penser que dans l'avenir, et surtout si se développe le contradictoire dans l'expertise pénale, que l'expert aura aussi à justifier de la documentation de chaque item des outils, et de ses choix de cotation, comme de l'interprétation des résultats.

Pour la première question : je pense que c'est au juge de déterminer sa demande : veut-il une évaluation diagnostique et thérapeutique, souhaite-t-il une évaluation incluant une approche psychodynamique et développementale, souhaite-t-il une évaluation structurée psychocriminologique ? Dans ce cas, il conviendrait d'établir des guidelines pour définir les situations où cela paraît être nécessaire, et sans doute agréer des experts (et surtout des équipes) formés à l'exercice.

Ceci pose alors la question des moyens.

Quels moyens

Les moyens en termes de formation. Il n'existe en effet, et à ma connaissance qu'un seul lieu de formation en Europe francophone pour ces outils standardisés d'évaluation, c'est à l'université de Mons, en Belgique, la formation organisée par l'équipe de Thierry Pham :

https://sharepoint1.umons.ac.be/FR/UNIVERSITE/PARTENAIRES/EXTENSION_UMONS/FORMATIONS_SPECIFIQUES/Pages/Violences%20et%20troubles%20mentaux.aspx

La formation doit être encouragée, développée et — surtout — permettre l'implémentation des outils et la recherche en France (nous sommes très en retard...)

La question des moyens humains est à interroger aussi, puisque l'évaluation standardisée demande une approche pluridisciplinaire d'une part, et l'amélioration de l'évaluation (surtout lorsqu'elle est basée sur le jugement clinique structuré) est meilleure dès lors qu'elle est faite en groupe, par exemple lors de réunions de concertation pluridisciplinaires, et avec des professionnels formés et expérimentés.

Et bien entendu, se pose la question tarifaire. Je pense qu'il faut établir trois tarifs, en fonction du niveau d'expertise demandé. Un tarif standard pour l'évaluation de niveau I ; un tarif plus élevé pour l'évaluation de niveau II, et un tarif à l'heure, pour chaque professionnel impliqué pour le niveau III. Si ceci est retenu, il faut mettre en face les ressources nécessaires.

Quelles limites à l'évaluation standardisée ?

L'expert à qui on demande une évaluation autre que diagnostique doit pouvoir disposer de façon ordinaire des documents exposés au chapitre « Informations sur le parcours pénal » de ce texte, ce qui est malheureusement rare.

Sur les limites, de l'évaluation standardisée, il faut tout d'abord insister sur les limites épistémologiques : le risque individuel est toujours marqué par une forte incertitude, et, aujourd'hui — et sans doute pour longtemps —, la prédictivité n'est pas un critère

d'évaluation. C'est à la gestion du risque que renvoie l'évaluation standardisée. Au-delà de cette affirmation de principe je poserai deux limites l'une, je pense, consensuelle, l'autre moins.

L'évaluation standardisée est-elle toujours du rôle de l'expert ou de l'équipe qui prend en charge la personne ?

Si on en reste aux trois niveaux d'expertise de l'audition publique de 2007, il me semble que l'évaluation expertale doit s'arrêter au moment où se pose la question de l'évaluation stricte de l'interaction prise en charge/risque. Les cas les plus difficiles (prioritaires) devraient, selon moi, être orientés vers des « centres spécialisés ». Le modèle développé en région Rhône-Alpes de « plates-formes référentielles » d'évaluation, d'orientation et de prise en charge, venant en appui des secteurs, et adossées à un CMP et au CRIAVS pourrait être un modèle à développer [66] [67], elles sont en cours d'évaluation.

Par ailleurs, et dans la plupart des autres pays, cette évaluation très spécialisée est réalisée et coordonnée par des *criminologues* spécialement formés, selon des modalités qui peuvent être très différentes d'un pays à l'autre, mais dont le cœur de l'évaluation est l'adéquation du dispositif au risque [68].

Secret professionnel médical

La question de l'évaluation du parcours de soin se heurte à une question déontologique : le secret professionnel. Je ne peux pas reprendre ici les débats infinis qui ont eu lieu sur la question [69]. Mais l'expert judiciaire n'a accès au parcours de soin que de façon indirecte, soit pas les déclarations de la personne examinée, soit pas l'évolution de son état mental avec le temps, soit de façon non coordonnée, partielle et anarchique dans ses rapports avec les soignants. Soit encore lorsqu'il est le destinataire du dossier de soins, lorsqu'il a été saisi par le juge d'instruction, ou parce que la personne examinée le désigne comme mandataire, dans le cadre de la transmission du dossier prévu par la loi de 2002.

Outre les problèmes juridiques que ceci soulève (de l'infraction au secret, au respect du contradictoire), ne doit-on pas aujourd'hui se poser la question du secret professionnel des soignants vis-à-vis de l'expert, dès lors que la personne examinée est sous main de justice. Soit en faisant en sorte que l'étanchéité soit réelle (ce qui renforce l'intimité soignant-soigné, mais ce qui pose des problèmes quant à l'évaluation du parcours de soins), soit en permettant une levée du secret par le patient, dans son intérêt (ce qui permettrait une meilleure évaluation par sa documentation, mais qui renforcerait le soupçon si le patient refuse, ou si seule l'information « positive » du suivi est transmise).

Pour l'instant, c'est le rôle du médecin coordonnateur, dans les situations où il est nommé, d'interfacer cette question.

Je pense – et cette position est personnelle – que les questions éthiques et déontologiques doivent être traitées de façon différente dans le champ de la psychiatrie légale, et que des dispositions dérogoires en matière de secret professionnel devraient être prises dans ce cadre, et dans les relations avec l'expert. Si tel n'est pas le cas – et à l'heure où j'écris, c'est ainsi – alors, l'étanchéité doit être le principe.

Évaluation et prise en charge : quelle coordination ?

Quelle que soit la réponse à la question du secret, la coordination doit être améliorée. C'est à l'expert de donner un avis sur le risque est sa prise en charge, au moment où il réalise son travail. Pour autant, la prise en charge elle-même est mise en œuvre, en

règle générale, par d'autres acteurs (du soin, du domaine pénitentiaire – les CPIP – et du domaine social et médicosocial).

La coordination de l'ensemble revient, pour les personnes condamnées et ayant une injonction de soins, de façon logique au médecin coordonnateur. Sans doute faut-il préciser son rôle dans le lien avec l'évaluation expertale.

Demeure aussi une question éthique essentielle : que faire lorsque le risque paraît élevé, et les possibilités de gestion de ce risque faibles ? On ne peut pas décider d'exclusion sur un simple argument probabiliste.

Conclusion

Telle qu'elle a été proposée en 2007, la structuration d'une réponse expertale en trois niveaux me paraît être, dix ans plus tard, toujours logique et opérante. Mon intervention porte sur l'apport incrémentiel sur les critères cliniques, thérapeutiques, psychocriminologiques et environnementaux de l'évaluation expertale, de l'utilisation d'outils standardisés.

Ces outils peuvent être répartis, dans le domaine de la criminalité sexuelle, en quatre groupes : les échelles de diagnostic, les outils actuariels, les outils de jugement clinique structurés et les méthodes « nouvelles » de mise en perspective du risque et de sa prise en charge.

En dehors de l'évaluation des cas les plus difficiles, qui devraient être, pour l'instant, laissée à des équipes spécialisées et sortant du champ strict de l'expertise, l'apport de ces outils me paraît important pour l'amélioration de l'approche diagnostique, notamment de la psychopathie, pour l'indication thérapeutique, en particulier pour l'accès aux soins, et pour la formalisation de stratégies de prise en charge tenant compte du risque pour l'individu et des victimes potentielles.

Les limites actuelles de l'implémentation de ces méthodes sont la formation des experts et des équipes, l'accès à certaines informations et le temps que demandent ces méthodes. Selon moi, les craintes actuelles quant à ces outils reposent sur leur connaissance insuffisante par les professionnels et la confusion qu'il peut avoir, pour tous les acteurs, et entretenue parfois par les médias entre la « prédictivité » et la gestion du risque dans les parcours de la personne poursuivie ou condamnée pour des infractions à caractère sexuel.

Outre les limites liées aux méthodes elles-mêmes, leur utilisation pose des questions d'accès à certaines informations, et de coordination des acteurs.

Bibliographie

1. Dubreucq, J. L., Joyal, C., & Millaud, F. (2005). Risque de violence et troubles mentaux graves. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 163, No. 10, pp. 852-865). Elsevier Masson.
2. Zagury, D., & Senon, J. L. (2014). L'expertise psychiatrique pénale en France, un système à la dérive. *L'information psychiatrique*, 90(8), 627-629.
3. Contandriopoulos, A-P., et al. (2000) « L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. » *Rev Epidemiol Sante Publique* 48,6 517-39.
4. Louisot, J.-P.(2000) *Gestion des risques*. Afnor.
5. Senon, J-L. (2007) «L'expertise psychiatrique pénale: audition publique de la Fédération Française de Psychiatrie selon la méthode de la Haute Autorité de SantéL.» *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Vol. 165. No. 8. Elsevier Masson.
6. Fédération française de psychiatrie, Haute autorité de santé (2007) «Audition publique :

- L'expertise psychiatrique pénale. Rapport de la commission d'audition.» En ligne : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/epp-rapport_de_la_commission-version_finale_pour_mel.pdf
7. Fernandez, F., Lézé, S. & Strauss, H. (2010). Comment évaluer une personne ? L'expertise judiciaire et ses usages moraux. Cahiers internationaux de sociologie, 128-129,(1), 177-204.
 8. Senon J.-L., Pascal J.-C., Rossinelli G. (2008). L'expertise psychiatrique pénale. J. Libbey. 320p.
 9. Meunier, F., & Ravit, M. (2015). L'évaluation du fait criminel: entre soins et sanctions. Criminologie, 48(1), 59-76.
 10. Kopelovich, S., Yanos, P., Pratt, C., & Koerner, J. (2013). Procedural justice in mental health courts: Judicial practices, participant perceptions, and outcomes related to mental health recovery. International journal of law and psychiatry, 36(2), 113-120.
 11. Fédération française de psychiatrie, Haute autorité de santé (2007) «Audition publique : L'expertise psychiatrique pénale. Rapport de la commission d'audition.», op. cit.
 12. Lézé, S. (2008). Les Politiques de l'expertise psychiatrique. Enjeux, démarches et terrains. Séminaire GERN. Longues peines et peines indéfinies. Punir la dangerosité. Paris, MSH, Vendredi 21 mars 2008. Champ pénal/Penal field, 5.
 13. Protais, C., & Moreau, D. (2009). L'expertise psychiatrique entre l'évaluation de la responsabilité et de la dangerosité, entre le médical et le judiciaire. Commentaire du texte de Samuel Lézé. Séminaire GERN. Longues peines et peines indéfinies. Punir la dangerosité. Paris, MSH, Vendredi 21 mars 2008. Champ pénal/Penal field, 6.
 14. Terry, G. R., & Franklin, S. G. (1968). *Principles of management*. RD Irwin.
 15. Mouchet-Mages, S., Vittoz, A., Braq-Leca, H., Abderrahmane, N., Pariat, B., Debeaulieu, F., ... & Pham, T. (2017). Apport des outils de jugement clinique structuré pour la mise en place d'un programme de soins individualisé des auteurs de violences sexuelles. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Elsevier Masson.
 16. Hanson, R. K., & Bussiere, M. T. (1998). Predicting relapse: a meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(2), 348.
 17. Hanson, R. K., & Bussiere, M. T. (1998), op.cit.
 18. Raymond, N. C., Coleman, E., Ohlerking, F., Christenson, G. A., & Miner, M. (1999). Psychiatric comorbidity in pedophilic sex offenders. *American Journal of Psychiatry*, 156(5), 786-788.
 19. Schweitzer, M. G., & Puig-Vergès, N. (2005). Injonction de soins et suivi socio-judiciaire: déterminer une indication aux soins pour les auteurs d'infractions sexuelles?. *L'information psychiatrique*, 81(7), 635-639.
 20. Schweitzer, M. G., & Puig-Vergès, N. (2014). Soins obligés, injonction de soins et expertises judiciaires. Enjeux idéologiques ou enjeux politiques pour la psychiatrie. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 172, No. 7, pp. 573-576). Elsevier Masson.
 21. Senon, J. L. (2014). Les soins pénalement ordonnés. *European Psychiatry*, 29(8), 634-635.
 22. Singh, J. P., Grann, M., & Fazel, S. (2011). A comparative study of violence risk assessment tools: A systematic review and metaregression analysis of 68 studies involving 25,980 participants. *Clinical psychology review*, 31(3), 499-513.
 23. Fazel, S., Hope, T., O'DONNELL, I., & Jacoby, R. (2002). Psychiatric, demographic and personality characteristics of elderly sex offenders. *Psychological medicine*, 32(2), 219-226.
 24. Fazel, S., Sjöstedt, G., Långström, N., & Grann, M. (2006). Risk factors for criminal recidivism in older sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 18(2), 159-167.
 25. Hart, S. D., & Logan, C. (2011). Formulation of violence risk using evidence-based assessments: The structured professional judgment approach. *Forensic case formulation*, 83-106.
 26. Ho, H., Thomson, L., & Darjee, R. (2009). Violence risk assessment: the use of the PCL-SV, HCR-20, and VRAG to predict violence in mentally disordered offenders discharged from a medium secure unit in Scotland. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 20(4), 523-541.
 27. Senon, J. L., Pascal, J. C., & Rossinelli, G. (2008). op. cit.
 28. Kropp, P. R., Hart, S. D., Lyon, D. R., & Storey, J. E. (2011). The development and validation of the guidelines for stalking assessment and management. *Behavioral sciences & the law*, 29(2), 302-316.
 29. Andrews, D. A., Bonta, J., & Wormith, J. S. (2010). The Level of Service (LS) assessment of adults and older adolescents. *Handbook of violence risk assessment*, 199-225.
 30. Baratta, A., Morali, A., & Halleguen, O. (2012). La vérité sur l'expertise post-sentencielle : évaluation clinique contre échelle actuarielle. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 170, No. 2, pp. 96-98). Elsevier Masson.
 31. Hare, R. D., Clark, G., Grann, M., & Thornton, D. (2000). Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R: An international perspective. *Behavioral sciences & the law*, 18(5), 623-645.

32. Anderson, W. P., Kunce, J. T., & Rich, B. (1979). Sex offenders: Three personality types. *Journal of Clinical Psychology*, 35(3), 671-676.
33. Moskowitz, A. (2004). Dissociation and violence: A review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 5(1), 21-46.
34. Gautron, V., & Dubourg, É. (2015). La rationalisation des outils et méthodes d'évaluation : de l'approche clinique au jugement actuariel. *Criminocorpus. Revue d'Histoire de la justice, des crimes et des peines*.
35. Wolf, A., Gray, R., & Fazel, S. (2014). Violence as a public health problem: An ecological study of 169 countries. *Social Science & Medicine*, 104, 220-227.
36. Ducro, C., & Pham, T. (2006). Evaluation of the SORAG and the Static-99 on Belgian sex offenders committed to a forensic facility. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 18(1), 15.
37. Ducro, C., & Pham, T. (2006). Op. cit.
38. Pham, T. H., & Ducro, C. (2006). Chapitre 4. Évaluation du risque de récidive. In *L'évaluation diagnostique des agresseurs sexuels* (pp. 111-136). Mardaga.
39. Hanson, R. K., Harris, A. J., Scott, T. L., & Helmus, L. (2007). *Assessing the risk of sexual offenders on community supervision: The Dynamic Supervision Project* (Vol. 5, No. 6). Ottawa, Ontario: Public Safety Canada.
40. Abondo, M., Bouvet, R., Palaric, R., Spriet, H., & Le Gueut, M. (2014). Évaluation du risque de récidive: de la nécessité d'une evidence-based expertise. *Médecine & Droit*, 2014(127), 96-104.
41. Claix, A., & Pham, T. H. (2004). Evaluation of the HCR-20 violence risk assessment scheme in a Belgian forensic population. *L'Encéphale*, 30(5), 447-453.
42. Pham, T. H., Ducro, C., Marghem, B., & Réveillère, C. (2005, December). Evaluation du risque de récidive au sein d'une population de délinquants incarcérés ou internes en Belgique francophone. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 163, No. 10, pp. 842-845). Elsevier Masson.
43. Niveau, G. (2011). *Évaluation de la dangerosité et du risque de récidive*. Paris : l'Harmattan.
44. de Vogel, V., de Ruiter, C., Bouman, Y., & de Vries Robbé, M. (2009). Guidelines for the assessment of protective factors for violence risk. In English Version. Utrecht, The Netherlands: Forum Educatief.
45. Guay, J. P., & de Vries Robbé, M. (2017). L'évaluation des facteurs de protection à l'aide de la SAPROF. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 175, No. 10, pp. 894-900). Elsevier Masson.
46. Pham, T., Ducro, C., Martin, M., & Pihet, B. (2010). Projet d'évaluation en continu des caractéristiques délictueuses, des aspects diagnostiques, de l'environnement social et de la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS) au sein d'équipes de santé spécialisées en Région wallonne. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 168, No. 6, pp. 458-461). Elsevier Masson.
47. Ducro, C., & Pham, T. (2006). Evaluation of the SORAG and the Static-99 on Belgian sex offenders committed to a forensic facility. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 18(1), 15.
48. Niveau, G. (2011). Op. cit.
49. Gacono, C. B., & Hutton, H. E. (1994). Suggestions for the clinical and forensic use of the Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R). *International Journal of Law and Psychiatry*, 17(3), 303-317.
50. Mouchet-Mages, S., Vittoz, A., Braq-Leca, H., Abderrahmane, N., Pariat, B., Debeaulieu, F., ... & Pham, T. (2017, December). op. cit.
51. Vanderstukken, O., Pham, T. H., Menghini, M., & Willocq, L. (2006). Chapitre 6. Évaluation du déni, des distorsions cognitives et de l'empathie. In *L'évaluation diagnostique des agresseurs sexuels* (pp. 161-194). Mardaga. N.B. Sont marquées d'un astérisque * les données dont nous ne disposons généralement pas, de deux astérisques ** les données dont nous disposons en fonction de la réalisation de ces missions avant la nôtre et de trois astérisques *** les données dont nous ne disposons pas, généralement, en post-sentenciel.
52. Hunsley, J., & Meyer, G. J. (2003). The incremental validity of psychological testing and assessment: conceptual, methodological, and statistical issues. *Psychological assessment*, 15(4), 446.
53. Douglas, K. S., Ogloff, J. R., & Hart, S. D. (2003). Evaluation of a model of violence risk assessment among forensic psychiatric patients. *Psychiatric Services*, 54(10), 1372-1379.
54. Harris, G. T., & Rice, M. E. (2003). Actuarial assessment of risk among sex offenders. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 989(1), 198-210.
55. Andrews, D. A., Bonta, J., & Wormith, J. S. (2006). The recent past and near future of risk and/or need assessment. *Crime & Delinquency*, 52(1), 7-27.
56. Scoones, C. D., Willis, G. M., & Grace, R. C. (2012). Beyond static and dynamic risk factors: The incremental validity of release planning for predicting sex offender recidivism. *Journal of interpersonal violence*, 27(2), 222-238.
57. Fazel, S. (2013). Assessment of Reoffending Risk is Coin-flip justice. *New Scientist*, 220(2946), 28-29.

58. Webster, C. D. (2011). From flipping the coin to seeing both its sides. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 7(2), 73.
59. Bigras, J. (2007). *La prédiction de la récidive chez les délinquants sexuels*. Université de Sherbrooke.
60. Babiak, P., & Hare, R. D. (2006). *Snakes in suits: When psychopaths go to work*. New York, NY: Regan Books.
61. Matignon E. (2015). Les outils d'évaluation et les méthodes de prise en charge des personnes placées sous main de justice Rapport de synthèse. Bordeaux. ENAP-CIRAP : p 67 et suiv.
62. Haute Autorité de Santé (2006). Audition publique. Prise en charge de la psychopathie. En ligne : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272478/fr/prise-en-charge-de-la-psychopathie
63. Pham, T. H., Chevrier, I., Nioche, A., Ducro, C., & Réveillère, C. (2005). Psychopathie, évaluation du risque, prise en charge. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 163, No. 10, pp. 878-881). Elsevier Masson.
64. Matignon E. (2015). Les outils d'évaluation et les méthodes de prise en charge des personnes placées sous main de justice Rapport de synthèse. Op. cit. : p 96 et suiv.
65. Hanson, R. K., & Bussiere, M. T. (1998). Predicting relapse: a meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(2), 348.
66. ARS-RA (2015). Labellisation des plates-formes référentielles (PFR) destinées aux auteurs de violences à caractère sexuel (AVS). En ligne : http://www.prs-rhonealpes.fr/fileadmin/Documents/Appel_projets/2015_Dossier_Labellisation_PFR_pour_AVs.pdf
67. Demullier, B., Straub, D., & Massoubre, C. (2011). La plate-forme référentielle: À propos de la mise en place sur le roannais d'un nouveau dispositif de prise en charge thérapeutique des auteurs d'infraction à caractère sexuel. *Psychiatrie et violence*, 11(1).
68. Moulin, V., & Casser, J. (2012). Intérêt et limites de l'évaluation. *Rev Med Suisse*, 8, 1775-80.
69. David, M., Paulet, C., & Laurencin, G. (2012). Psychiatrie en milieu pénitentiaire: la loi de 1994 pourrait-elle être remise en cause par l'essor de la préoccupation sécuritaire et de l'évaluation de la dangerosité?. *L'information psychiatrique*, 88(8), 605-615.

Quelle évaluation et sur quels critères peut-on demander à l'expert judiciaire psychiatre ou psychologue en fonction du parcours ? #3

Valérie MOULIN

Responsable Unité de recherche en psychiatrie et psychologie légales,
maître de conférences des Universités, Institut de psychiatrie légale, CHU Vaudois.

Résumé

L'objectif de ce rapport est de présenter les principaux enjeux et critères de l'évaluation psychologique expertale des auteurs de violences sexuelles.

Quatre enjeux majeurs de l'expertise psychologique contemporaine d'auteurs de violences sexuelles seront abordés, tant du point de vue des critères d'évaluation psycho-légaux, qu'au regard des données de la littérature. Ils seront discutés en fonction du parcours pénal et des missions dans ce parcours.

Partant du cadre légal des expertises, puis en se centrant sur les missions de l'expertise psychologique, le premier enjeu présenté est relatif à la démarche de réalisation d'une expertise et à sa restitution écrite. Les enjeux suivants sont centrés sur le contenu de l'expertise, avec un deuxième enjeu relatif à la reconstruction et à l'analyse de l'histoire de vie du sujet expertisé, dans une perspective diachronique afin de la mettre en perspective, tant avec la constitution de la personnalité du sujet examiné et ses points de vulnérabilité, qu'avec le processus de passage à l'acte. Un troisième enjeu est relatif à la reconstruction et à l'analyse du processus de passage à l'acte, afin de rendre compte de l'enchaînement des étapes qui conduisent un sujet à commettre une agression sexuelle. Un quatrième enjeu concerne l'évaluation du positionnement du sujet par rapport à son acte, permettant de rendre compte du niveau de reconnaissance de l'acte par le sujet. La question de l'évaluation du risque de récidive constitue également un enjeu majeur, mais cette mission étant la plus souvent adressée au psychiatre et non au psychologue, elle ne sera que partiellement abordée dans ce rapport. Elle traversera les enjeux dégagés, principalement sous l'angle de la prévention du risque de récidive.

Introduction

Dans ce rapport nous déclinons quatre enjeux majeurs de l'expertise psychologique contemporaine d'Auteurs de Violences Sexuelles (AVS). Ces enjeux seront abordés, tant du point de vue des critères d'évaluation psycho-légaux, qu'au regard des données de la littérature. Ils seront discutés en fonction du parcours pénal et des missions dans ce parcours.

Partant du cadre légal des expertises, puis en se centrant sur les missions de l'expertise psychologique, le premier enjeu présenté est relatif à la démarche de réalisation d'une expertise et à sa restitution écrite. Les enjeux suivants sont centrés sur le contenu de l'expertise, avec un deuxième enjeu relatif à la reconstruction et à l'analyse de l'histoire de vie du sujet expertisé, dans une perspective diachronique afin de la mettre en perspective, tant avec la constitution de la personnalité du sujet examiné

et ses points de vulnérabilité, qu'avec le processus de passage à l'acte. Un troisième enjeu est relatif à la reconstruction et à l'analyse du processus de passage à l'acte, afin de rendre compte de l'enchaînement des étapes qui conduisent un sujet à commettre une agression sexuelle. Un quatrième enjeu concerne l'évaluation du positionnement du sujet par rapport à son acte, permettant de rendre compte du niveau de reconnaissance de l'acte par le sujet. La question de l'évaluation du risque de récidive constitue également un enjeu majeur, mais cette mission étant la plus souvent adressée au psychiatre et non au psychologue, elle ne sera que partiellement abordée dans ce rapport. Elle traversera les enjeux dégagés, principalement sous l'angle de la prévention du risque de récidive.

Cadre légal de l'expertise en France

Les experts, psychologues, psychiatres ou relevant d'autres corps professionnels, sont sollicités parce qu'ils disposent de connaissances et de compétences singulières dans un champ⁷ et ils réalisent un travail que le juge ne pourrait effectuer lui-même. L'expertise réalisée dans un cadre pénal constitue une pratique encadrée sur le plan légal et formalisée dans le processus judiciaire. L'expert peut ou doit être sollicité pour certaines catégories d'infractions, en vue d'apporter des connaissances sur des points particuliers. Ainsi, lorsque les magistrats s'interrogent, il peut être fait appel à un expert : « *Toute juridiction d'instruction ou de jugement, dans le cas où se pose une question d'ordre technique, soit à la demande du ministère public, soit d'office, soit à la demande des parties, peut ordonner une expertise* » (Art. 156 du Code de Procédure Pénale). Les textes juridiques encadrent les conditions de réalisation de l'expertise et placent l'expert dans un rapport de subordination au magistrat « *Les rôles sont clairement définis, le juge pose une question d'ordre technique à l'expert ; l'expert examine les faits et apporte une réponse, le juge tranche en toute liberté* »[1]. Considérés comme des « *techniciens* » (Code de Procédure Pénale), ils acceptent d'être au service de la justice et ils ont à répondre aux missions qui leurs sont confiées par les magistrats.

Les missions des psychologues en phase pré et post-sentencielle

Si dans l'histoire française, le recours à la pratique expertale s'est progressivement développé par une sollicitation de plus en plus importante des experts (développement des textes légaux), l'intervention autonome du psychologue expert dans la réalisation d'expertises auprès des adultes est récente. En effet, la loi n° 93-2 du 4 janvier 1993 consacre la spécificité de « l'expertise psychologique » (à côté des expertises « médico-psychologiques » et « psychiatriques »).

Sous la forme d'une « *ordonnance de commission d'expert* », les missions confiées à l'expert, à travers les questions qui lui sont posées, reflètent les objectifs de l'expertise.

Dans la phase pré-sentencielle, l'expertise psychologique répond à trois objectifs principaux :

- Une analyse de la personnalité du sujet mis en examen et de la constitution de celle-ci à travers son histoire personnelle. Cet objectif se décline sous la forme des questions suivantes : « *Analyser les dispositions de la personnalité du mis en examen dans les registres de l'intelligence, de l'affectivité et de la sociabilité et apprécier leur dimension pathologique éventuelle.* ». Puis, il s'agit de « *Faire ressortir les facteurs biologiques, familiaux, sociaux ayant pu influencer sur le développement de sa personnalité.* ».
- Le deuxième objectif renvoie à une analyse de l'acte dans ses rapports avec la per-

7. Loi du 11 février 2004 sur le statut des experts.

sonnalité. Les liens entre la personnalité de l'auteur et l'infraction sont interrogés, notamment à travers la question suivante : « Préciser si des dispositions de la personnalité ou des anomalies mentales ont pu intervenir dans la commission de l'infraction reprochée, si elle était avérée. », puis plus largement : « vous fournirez toutes données utiles à la compréhension du mobile des faits ».

– Enfin, l'expert se prononce sur l'amendabilité du sujet mis en examen et les dispositifs proposés dans le cadre du suivi, notamment à travers la question suivante : « Indiquer dans quelle mesure le mis en examen est susceptible de se réadapter et préciser quels moyens il conviendrait de mettre en œuvre pour favoriser sa réadaptation ». Au regard des analyses réalisées précédemment, le psychologue expert argumente et se prononce sur l'intérêt d'un suivi, et ses orientations éventuelles.

Dans la phase post-sentencielle : beaucoup plus rarement, en cours d'exécution des peines, les psychologues experts peuvent être sollicités par le juge d'application des peines.

Dans ce cas, en plus des éléments mentionnés précédemment dans la phase pré-sentencielle, l'expertise propose une analyse comparative et évolutive, par la prise en compte des changements et évolutions⁸ du sujet en cours d'exécution des peines. En particulier, une analyse du mode de fonctionnement psychologique et de la psychopathologie du sujet concerné, qui est mise en lien avec les expertises antérieures afin d'évaluer, dans une perspective longitudinale, l'évolution du sujet depuis l'infraction pour laquelle il est sous main de justice. Au cours de cette phase, la question de l'évaluation du risque de récidive peut également être posée à l'expert[2].

Les missions d'expertise sont le plus souvent les mêmes depuis la création de l'expertise psychologique. Ces missions pourraient être révisées [3] en fonction des évolutions scientifiques et législatives. Cette révision pourrait donner lieu à un travail de concertation et de co-construction entre experts et magistrats de manière à proposer des missions adaptées aux enjeux de l'expertise contemporaine, à l'évolution des connaissances et des besoins en matière de délinquance (sexuelle). Cette révision viserait aussi à ce que les missions confiées aux experts psychiatres et psychologues puissent s'inscrire dans la complémentarité, voire que des expertises puissent être réalisées de manière collégiale au sein d'une expertise unique. Au regard des développements suivants, nous ferons des propositions concernant les missions, tant en phase pré-sentencielle qu'en phase post-sentencielle.

Enjeux et critères de l'expertise psychologique d'Auteurs de Violences Sexuelles (AVS)

Avant d'entrer dans le contenu des enjeux présentés, il convient de rappeler que l'expertise est une intervention professionnelle située dans un contexte qui la circonscrit, mais aussi de s'arrêter sur la définition d'une évaluation afin d'en rappeler ses principes.

L'expertise psychologique consiste à évaluer un sujet en situation et en relation, aux prises avec une situation complexe, à un moment donné de son histoire personnelle et de son parcours pénal, en vue de répondre aux questions posées par le magistrat. De plus, cette intervention professionnelle s'inscrit dans un cadre pénal avec sa législation et ses orientations en matière de politique pénale. Elle s'inscrit aussi dans un contexte culturel (notamment une culture professionnelle, avec ses valeurs et ses

8. Ou de leur absence.

usages) et se déroule à un « moment » donné dans le développement des connaissances scientifiques. Il s'agit donc d'une évaluation « située », et qui est relative à cet ensemble d'éléments et au système dans lequel elle intervient.

Quant à la définition de l'évaluation⁹, elle renvoie au fait de « *porter un jugement sur la valeur d'un « objet » dans le but d'aider à une prise de décision. Ce jugement relève d'une démarche et résulte de l'application de critères et de normes* » [4]. Dans le champ de la pratique professionnelle, A-M Favard [5] définit l'évaluation comme une « *action cognitive* », qui se réfère à un corpus de connaissances et à différents niveaux de connaissances (*continuum* entre connaissance pratique et scientifique). Elle a une « *fonction normative* », c'est-à-dire que cette *action cognitive* se réfère à des « *valeurs* » qui vont décrire des normes qui peuvent être opérationnalisées par des « *critères* » (ex. le *type de régulation émotionnelle*) comme étalon de « *mesure* » de la situation évaluée (ex. le risque de récidive). Cette action cognitive repose sur une « *démarche générale* » (descriptive, comparative, compréhensive, etc.), qui peut emprunter différentes techniques et outils qui seront liés à la « *finalité* » de cette évaluation (répondre aux questions posées à l'expert). Ainsi, l'action d'évaluer suppose la mise en œuvre d'une démarche et l'application de critères (relatifs à la situation évaluée) en vue de répondre à ses objectifs et d'aider à la prise de décision.

Enjeu relatif à l'expertise

Enjeu n°1 : l'explicitation du processus expertal et la rigueur dans la restitution écrite de l'expertise

Au regard de l'importance que peut prendre une expertise dans les décisions judiciaires, mais aussi face à la diversité des pratiques expertales (qui en fait leur richesse) et dans un objectif de clarté et de lisibilité de la pratique, de notre point de vue, un des premiers enjeux de l'expertise consiste :

- d'une part, dans la capacité de l'expert à expliciter les différentes étapes de réalisation d'une expertise et les différentes démarches qu'il met en œuvre au cours de celle-ci,
- et, d'autre part, dans la rigueur de la restitution écrite de l'expertise.

Le rapport est généralement adressé à des magistrats, qui ne sont pas des professionnels de la santé mentale et qui peuvent être peu familiarisés tant avec la démarche de réalisation d'une expertise qu'avec la logique de restitution de celle-ci; de plus, le rapport ou la restitution du rapport peut être rendu public au cours de l'audience et faire partie du dossier pénal qui pourra être consulté par l'ensemble des professionnels tout au long du processus pénal et du parcours pénal du sujet expertisé.

Le processus expertal

L'expertise judiciaire peut être définie comme un processus, qui, partant d'une demande émise par le système judiciaire, en particulier un magistrat, à l'égard d'un expert, consiste à réaliser différentes investigations afin de produire un rapport d'expertise, qui répond aux questions posées. Ce rapport prend en compte une diversité de données et d'informations provenant de différentes sources (notamment le dossier pénal) et spécifiquement celles issues d'une ou de rencontre(s) clinique(s) avec la personne expertisée. La réalisation d'une expertise suppose des étapes et des démarches différenciées.

Généralement, après réception du mandat d'expertise, l'expert procède à un temps de lecture du dossier, qui peut constituer une première étape d'analyse au travers

9. Etymologiquement, « évaluer », renvoie à « *mettre en évidence, estimer la valeur* ».

de la sélection des informations, de leur confrontation sur des points précis, de leur organisation, etc., ce qui donne lieu à une première représentation de la situation. L'expert peut également demander des informations complémentaires si cela lui semble nécessaire. L'étape suivante consiste à rencontrer l'expertisé, afin de recueillir des informations sur son histoire de vie, sur le fonctionnement de la personnalité, l'acte et éventuellement le risque de récidive, si cette question est posée. La (ou les) rencontre clinique est également le moment où l'expert peut utiliser des outils ou des tests tant pour l'évaluation de la personnalité que pour l'évaluation de points particuliers de celle-ci (il peut également utiliser des outils d'évaluation du risque de récidive). L'étape suivante est constituée, à nouveau, d'une phase d'analyse de l'ensemble des informations. Elle vise à mettre en perspective les données les unes par rapport aux autres et à repérer les contradictions éventuelles entre elles, mais aussi par rapport aux différentes sources de données sur un point précis. Elle vise à repérer les éléments congruents et cohérents entre eux ; ceux qui ne peuvent pas être argumentés ; ceux qui se répètent sous différentes formes [6]. La dernière étape est celle de l'écriture du rapport qui pourra éventuellement être précédée, si nécessaire, par une nouvelle rencontre avec l'expertisé afin d'approfondir un ou plusieurs points, avant de rédiger le rapport. Ce dernier sera composé de différentes parties.

La mise au jour des différentes étapes de réalisation d'une expertise et les démarches mises en œuvre contribuent à la clarté du processus et à la rigueur de l'expertise. Ces points peuvent, par exemple, être travaillés lors du tutorat durant la réalisation des premières expertises [7], lors de phases de supervision ou encore dans le cadre de la réalisation d'une expertise en binôme.

Concernant maintenant le contenu de l'expertise, l'ensemble de cette démarche évaluative va permettre de se « *représenter* » une situation complexe qui permet de la penser et d'apporter des éléments de réponse aux questions posées. Or, il convient de garder à l'esprit que la « *représentation* » n'est jamais une reproduction entièrement fidèle à ce qui est représenté. Elle procède d'un appauvrissement de la réalité, « *d'une approximation nécessaire* » [8] : elle repose sur une construction qui structure la perception de la réalité¹⁰. Partant de ce constat, la restitution du contenu de cette évaluation doit reposer sur une « *construction raisonnée* », entre les données issues de la rencontre clinique expertale (ce qui se donne à voir et à entendre et ce qui se construit dans la ou les rencontres avec l'expertisé), des sources collatérales (dossier pénal et autres éléments à disposition), des connaissances et données empiriques (savoir accumulé et construit) et de la méthode et des outils qui peuvent être utilisés. Le contenu du rapport d'expertise, en tant que document écrit, rédigé et restitué, au terme d'une démarche expertale, relève d'une mise en tension de ces différents éléments et d'une construction raisonnée au regard de cet ensemble.

La restitution écrite du rapport d'expertise

Consécutivement aux étapes précédentes, la rédaction et la formalisation de ce document devraient faire l'objet d'une attention particulière. La littérature [9-14] insiste sur différents points, identifiés comme étant des points faibles des rapports d'expertise dans les études empiriques, auxquels l'expert doit être attentif dans la rédaction et la restitution de son rapport afin d'en améliorer sa clarté et lisibilité.

10. Il convient de garder à l'esprit que la « *construction* » et la « *pré-construction* » (Pires, 1997) sont inhérentes à toute activité de connaissance. Cette construction se manifeste à toutes les étapes d'élaboration d'une expertise : dès l'observation par exemple, qui relève toujours d'un processus de sélection actif, mais aussi sur le plan de la méthode, lors de l'organisation du matériel clinique, lors de la restitution qui est forcément synthétique...etc.

Les sources d'informations : l'une des faiblesses du document écrit est la dépendance excessive à une seule source de données [11, 13] afin d'étayer une hypothèse ou une interprétation qui peut apparaître majeure, alors qu'il aurait été nécessaire de confronter et de corroborer l'information provenant de sources multiples (est notamment évoqué un recours excessif à l'auto-déclaration de l'expertisé). De plus, lorsque l'expert s'est référé à différentes sources, est soulevé le fait de ne pas les avoir mentionnées explicitement dans son rapport. Ainsi, une partie du rapport devrait être consacrée au recensement de l'ensemble des sources d'informations, aux nombres de rencontres avec l'expertisé, et à leurs dates, aux outils éventuellement utilisés (des éléments nouveaux peuvent par exemple apparaître dans l'évolution de la procédure qui n'ont pas été pris en compte par l'expert).

L'absence de prise en compte ou l'absence d'indication des données qui peuvent apparaître contradictoires : les informations et données qui semblent contredire les hypothèses ou conclusions de l'expert ne sont pas mentionnées ou discutées, alors qu'elles auraient permis des analyses différentes. Le rapport n'offre pas d'explications indiquant les raisons pour lesquelles elles ont été écartées [9, 11, 14].

Les tests utilisés peuvent ne pas être adaptés pour répondre aux questions ou pour étayer les dimensions développées par l'expert. Face à la diversité des tests et outils existants tant pour l'évaluation de la personnalité, de certains aspects de celle-ci, que dans l'évaluation du risque de récurrence (pluralité d'outils divers), l'expert devrait argumenter ce choix.

La terminologie : l'utilisation d'un vocabulaire technique, sans qu'il soit explicité et compréhensible par un lecteur non spécialiste. Tout comme l'utilisation de termes péjoratifs, qui pourraient avoir une incidence sur les décisions judiciaires [15].

L'organisation du rapport, l'information présentée en ordre dispersé au sein du rapport ou sans logique pour une même séquence peut entraver la compréhension. L'expertise pourrait être composée de parties thématiques qui permettent de recenser l'ensemble des éléments sur un point particulier.

La différenciation des types de démarches : le rapport doit permettre de distinguer ce qui relève d'une démarche descriptive, basée sur des données provenant de différentes sources (observation, données recueillies auprès du sujet, dossier pénal), de ce qui relève de l'analyse et des hypothèses compréhensives ou explicatives de la part de l'expert [9, 11, 13]. La différenciation de ces démarches ne doit pas être confondue et apparaître, selon nous, dans des parties distinctes : les parties descriptives permettant de présenter une vision plus ou moins précise et documentée par exemple d'une histoire de vie, d'une série d'étapes qui conduisent à l'infraction, alors que les inférences seront présentées dans une partie distincte en se basant sur l'analyse des données antérieures. Ce point sera d'autant plus important quand il s'agira d'articuler des données cliniques, situationnelles, contextuelles, relationnelles afin de rendre compte du processus qui a pu conduire à l'infraction.

Démarche démonstrative et liens entre les données : des conclusions importantes de l'expert ne seraient pas démontrées alors qu'il aurait été nécessaire d'étayer et d'argumenter les analyses développées [10, 16] et les liens réalisés. Dans son étude, Grisso [11] montre que dans 56 % des expertises analysées, les experts mentionnent un point de vue sans explication et argumentation (sans entrer dans une logique démonstrative et argumentative entre ce point de vue et les éléments cliniques recueillis). Weisttesrn [12] relève, quant à lui, l'absence de liens logiques dans l'écrit entre les données cliniques et la ou les question(s) posée(s) à l'expert. Des conclusions impor-

tantes de l'expert ne seraient pas démontrées, impliquant d'étayer et d'argumenter les analyses développées [10, 16, 17] et les liens réalisés. La partie « discussion » d'une expertise devrait permettre d'opérer une analyse compréhensive ou explicative, en articulant les données et selon une logique argumentative, en vue de soutenir une hypothèse psycho-légale.

La subjectivité de l'expert. La littérature mentionne également l'utilisation de termes qui expriment un point de vue subjectif sans qu'il ne soit argumenté. Ainsi, l'expert doit se mettre en position et en situation de prendre en compte cette subjectivité¹¹, non pas pour l'évacuer, mais pour en faire un objet de connaissance et de travail, en rendant ce subjectif communicable partageable. La subjectivité est source de richesse incontestable dans l'évaluation clinique, mais elle peut aussi être source d'aveuglement, si elle n'est pas considérée et mise au travail [6, 18]. Cet aspect prend d'autant plus d'importance dans un champ qui suscite des émotions, des affects, des représentations, et ce, quelles que soient les compétences de l'expert et son expérience dans le domaine. L'ensemble des éléments évoqués permettrait de sortir de l'opposition stérile, entre l'expert dit « clinicien » et l'expert dit « scientifique [19], dans le sens où l'expert ne pourrait acquérir de légitimité dans le champ légal qu'en réalisant une expertise dite « scientifique », exempte de toute forme d'interprétation dans sa restitution écrite.

Sur la forme, une expertise est composée de parties descriptives mais aussi de parties qui relèvent d'une analyse interprétative et de la formulation d'hypothèses cliniques et psycho-légales : la richesse de l'expertise va résider dans la capacité de l'expert à formuler des hypothèses psycho-légales et à les démontrer à partir de l'articulation et de l'intégration de données hétérogènes, au regard de la singularité et spécificité d'un cas. Cependant, son écrit devrait permettre de distinguer et de différencier les parties et les démarches. Le rapport écrit va comporter différentes parties qui se distinguent d'un point de vue thématique (rappel des faits, histoire de vie, description du passage à l'acte, fonctionnement de la personnalité, etc.) mais aussi du point de vue des démarches sur lesquelles il repose : des parties descriptives, où il s'agira de rapporter des données récoltées ou observées (anamnèse, personnalité, passage à l'acte), des parties plus démonstratives et argumentatives (en général dans la discussion), dans lesquelles l'expert, au regard de l'ensemble des données et des analyses réalisées et sur un point particulier, va produire une analyse étayée et argumentée sur le plan psycho-légal, afin de répondre aux différentes questions posées.

En répondant à ces différentes exigences, l'expertise réalisée en phase pré-sentencielle pourrait être utilisée plus facilement dans la phase post-sentencielle, dans une visée comparative et évolutive du sujet.

Après un temps de réflexion et d'élaboration, les experts pourraient proposer aux magistrats un « canevas » général de restitution écrite de l'expertise [20], en phase pré-sentencielle et post-sentencielle. Ce canevas pourrait décliner les grandes parties constitutives de l'expertise au regard des missions et des points précédemment évoqués. Une recherche sur l'expertise [21] a montré qu'en Suisse Romande, le consensus entre les experts sur la structuration formelle de l'expertise constitue pour les magistrats une amélioration considérable de l'expertise.

11. elle désigne la qualité de ce qui appartient exclusivement au sujet et le concerne. La subjectivité peut être définie comme la nature profonde ou l'essence du sujet.

Enjeux relatifs au contenu de l'expertise des auteurs de violences sexuelles

La loi de 1971 et le décret de 1974 ont permis l'instauration d'un *statut d'expert* par la mise en place d'un titre légal *d'expert judiciaire* et l'instauration d'une liste des experts. La qualité et le titre d'expert ne peuvent être conférés que par l'inscription sur les listes locales (Cour d'Appel) ou sur la liste nationale (Cour de Cassation). L'inscription sur les listes suppose de remplir différents critères : les « *bonnes mœurs* » (notamment l'absence de condamnation pénale); des critères concernant l'âge et le lieu de résidence ; des critères d'indépendance vis-à-vis des missions d'expertise et du milieu judiciaire, mais également des critères de *compétence* relatifs à la formation des experts et à leur activité antérieure et en cours : l'expert doit exercer ou avoir exercé une activité professionnelle en lien avec sa spécialité, et ce depuis un certain temps¹² (décret n° 2004-1463 du 23 décembre 2004 relatif aux experts judiciaires).

Ainsi, les experts sont des professionnels formés et compétents dans leur domaine, mais également dans le champ pénal et criminologique. La commission d'audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale [7] recommandait que soit renforcée la formation initiale de ceux qui souhaitent devenir experts et la formation continue de ceux qui exercent par des formations pluridisciplinaires (droit pénal, procédure pénale, criminologie, etc.). La littérature internationale fait état de la nécessité de disposer de connaissances et compétences particulières dans le champ de la délinquance et délinquance sexuelle afin de pouvoir exercer en tant qu'expert judiciaire et réaliser ce type d'évaluation.

Dans les parties qui suivent et dans les enjeux dégagés, nous allons présenter un ensemble de dimensions, critères, séquences, qui relèvent des *connaissances* spécialisées de l'expert dans le domaine de l'agression sexuelle. Les *compétences* de l'expert relèveront de sa capacité à articuler les données et à les argumenter dans le cadre d'hypothèses psycho-légales pour un sujet singulier. Aussi, il ne s'agit pas seulement de lister mais d'intégrer et d'articuler des données hétérogènes pour l'analyse et la compréhension *d'un sujet singulier*. Ce point apparaît fondamental tant pour l'évaluation, la prévention que pour l'aide à la décision.

Enjeu n° 2 relatif à la reconstruction et à l'analyse de l'histoire de vie du sujet expertisé

Si la pratique clinique auprès d'AVS met en avant la diversité et la singularité des histoires de vie et des parcours de vie, les études empiriques (épidémiologiques ou cliniques) et les modèles théoriques de l'Aggression Sexuelle (AS) mettent au jour des axes ou dimensions communes qui se retrouvent répétitivement dans le parcours de vie des auteurs. La prise en compte de ces dimensions communes apparaît importante tant pour la compréhension de la construction de la personnalité, de son mode de fonctionnement, que pour l'identification des points de vulnérabilité du sujet [22]. Ces dimensions participent aussi à la compréhension du processus de passage à l'acte et permettraient de situer la ou les agression(s) dans le développement d'une trajectoire personnelle [23].

Des recherches auxquelles nous avons participé [24-26] portant sur des corpus d'expertises (français et suisses) d'AVS, ont montré la disparité dans le contenu des parties consacrées à l'anamnèse ou à l'histoire de vie de l'expertisé. Ces travaux mettent en exergue soit :

12. Cependant, face à la pénurie d'experts formés (psychologues ou psychiatres), si les jeunes diplômés ne répondent pas à ces critères, il arrive que ces derniers puissent exercer, sans être inscrits sur les listes.

- un manque d'informations au sein des anamnèses (sans que l'on sache si c'est le fait de l'expert ou celui du sujet qui n'a pas souhaité ou qui n'a pas pu verbaliser, en lien avec les capacités d'élaboration et de mise en mots ou de remémoration de cette histoire) ;
- des dimensions qui, *a priori*, semblent importantes dans l'investigation et qui ne sont pas abordées ou restituées dans l'expertise (ex. la sexualité : oubli ou volonté de l'expert de ne pas mentionner cet aspect ou du sujet de ne pas l'aborder).
- la richesse de certaines anamnèses, mais leur manque de structuration et d'organisation ;
- des anamnèses où ne sont mentionnés que les éléments négatifs du parcours de vie de l'expertisé.

De plus, des réflexions menées avec des groupes d'experts montrent que cette partie de l'investigation considérée comme « routinière » est peu l'objet d'interrogation par ces derniers, tant sur la manière de réaliser le recueil d'informations que dans sa restitution.

En outre, à notre connaissance, si quelques travaux mettent en avant des dimensions à investiguer dans les entretiens cliniques [27, 28] afin de reconstruire et d'analyser l'histoire de vie des AVS, ces travaux ne permettent pas de recenser l'ensemble des dimensions considérées comme importantes dans les travaux empiriques et modèles théoriques de l'agression sexuelle¹³.

Aussi, nous proposons différents axes d'analyse qui peuvent être opérationnalisés sous la forme de « dimensions » transversales thématiques à investiguer dans l'histoire de vie de la personne expertisée. Ces dimensions permettent de ne pas omettre d'intégrer des repères incontournables, tout en laissant la place à la prise en compte d'éléments singuliers et spécifiques à l'histoire de vie du sujet.

Ces dimensions peuvent être utilisées comme un « aide-mémoire », tant dans le cadre des entretiens cliniques avec l'expertisé, que dans l'analyse des sources d'informations collatérales disponibles. Ces dimensions pourraient être restituées de manière systématique dans la partie descriptive de l'anamnèse, même pour mentionner l'absence d'informations (en raison par exemple de l'impossibilité du sujet à verbaliser sur un de ces points ou de sa volonté de ne pas l'aborder).

Dans la rencontre avec l'expertisé, l'intérêt de cette investigation thématique est de susciter une reconstruction contextualisée des situations de vie, en considérant le sujet en situation et en relation avec son environnement. Les situations peuvent être envisagées dans leurs dimensions factuelles (repères factuels) et en demandant au sujet d'exprimer la manière dont il les a perçues et vécues (aspects cognitif, affectif et axiologique). L'articulation entre données factuelles et subjectives permet de saisir comment une personne *perçoit* et est *affectée* ou pas (certains événements, *a priori* marquants, vont être banalisés) par les événements de vie qu'elle traverse et qui la traversent.

Dans la phase pré-sentencielle, l'investigation de l'histoire de vie sera limitée par un ensemble d'éléments relatifs au cadre pénal de la rencontre (avant le jugement). Ainsi, des éléments seront volontairement écartés, d'autres seront déniés ou seront impossibles à verbaliser en lien avec les capacités d'élaboration et de mise en mots du sujet. Mais aussi en lien avec les possibilités de remémoration de cette histoire, voire

13. Les travaux les plus aboutis se situent dans le champ thérapeutique.

de sa chronologie. Ces éléments pourront être repris, complétés, comparés dans des évaluations en phase post-sentencielle.

Dimensions à investiguer dans l'histoire de vie des auteurs de violences sexuelles

A partir d'une revue de la littérature et des théories sur les AVS, nous proposons différentes dimensions :

L'histoire de la famille d'origine et son fonctionnement

La littérature met en exergue la fréquence des dysfonctionnements familiaux et l'intérêt d'analyser les relations que le sujet a pu entretenir avec les membres de sa famille (instabilité des relations [29, 30], abandon, solitude, liens familiaux dysfonctionnels, froideur, violences entre les parents [31, 32], ou des climats de violence au sein du milieu familial). Ces dysfonctionnements et relations peuvent avoir des répercussions sur le développement psychologique, ils peuvent susciter des difficultés dans le repérage de l'origine des émotions et limiter les potentialités d'introspection. De manière plus générale, ils pourront avoir une incidence sur les capacités relationnelles ultérieures (relations insécurisantes) et la régulation émotionnelle qui sont décrites comme constituant deux des points de vulnérabilité majeurs²² du mode de fonctionnement de la personnalité des AVS. A l'opposé, les relations positives, sécurisantes et soutenantes méritent d'être évoquées car elles constitueront des points d'ancrage pour le suivi thérapeutique.

Les violences subies et victimisations

La fréquence des violences physiques ou sexuelles et des maltraitances subies dans l'enfance chez les AVS est rapportée dans la littérature [33]. Elles seraient supérieures à celles vécues dans la population générale [34] (avec une prévalence de violences sexuelles vécues chez les AVS sur enfants et de violences physiques chez les AVS sur adultes [35]). Ces victimisations peuvent conduire, à court terme, au développement d'un état de stress post-traumatique avec son cortège de manifestations cliniques, notamment une incongruence émotionnelle [36, 37] qui peut avoir des effets sur le plan relationnel. La littérature montre qu'à plus long terme, ces victimisations peuvent conduire à des problèmes d'élaboration des affects et de mentalisation (affects superficiels, événements rapportés sans émotion, minimisation des affects liés aux événements violents, difficulté à les reconnaître et les ressentir) ; des problèmes d'attachement avec une difficulté à développer des relations sécurées [38, 39], des problèmes d'intimité, mais également de l'anxiété, des risques dépressifs, des troubles addictifs et des maladies somatiques [36].

Le parcours scolaire et le parcours professionnel

Les difficultés scolaires précoces et les échecs scolaires (fréquents chez les AVS [40]), peuvent être des signes des difficultés vécues dans d'autres champs de vie (expression de la souffrance psychique) mais aussi au sein de ce dernier. Elles peuvent également être le reflet du rapport aux règles et de la manière dont le sujet compose avec les personnes en position d'autorité.

La stabilité ou l'instabilité des emplois, les choix professionnels, la capacité à investir une activité, le rapport à la hiérarchie, l'estime de soi dans le champ professionnel [27], mais aussi l'intérêt pour des activités professionnelles qui permettent d'être au contact de victimes potentielles, sont autant d'éléments à interroger.

Les relations à autrui : les relations interpersonnelles et le mode relationnel

En lien avec l'histoire de vie des auteurs AVS, les difficultés relationnelles et les « dysrégulations narcissiques et relationnelles » [41, 42] sont mises en avant dans divers

travaux comme facteurs de vulnérabilité susceptibles de participer au processus qui sous-tend l'agression [22]. Le manque de compétences relationnelles et la difficulté à établir des relations interpersonnelles satisfaisantes et intimes seraient propices au développement de relations conflictuelles, à un défaut de prise en compte de l'altérité et au développement de modes de relation dysfonctionnels, voire pathologiques (domination, emprise, soumission, dépendance). Ces difficultés relationnelles peuvent participer à des « orientations de vie » propices à l'agression (par exemple, certains AVS sur enfant vont se tourner vers le « monde de l'enfance », dans lequel le sujet se sent en sécurité et en congruence sur le plan affectif et émotionnel du fait de l'existence de difficultés narcissiques et relationnelles).

Les relations amoureuses

Le choix des partenaires, les attentes à l'égard de celui-ci, les modes de relations maritales instaurés, seront là aussi autant d'indicateurs qui informent sur le rapport à l'autre, sa perception, son investissement, la capacité à développer des relations intimes. Les relations amoureuses informent sur le vécu et les réactions face à des déceptions ou à des échecs sentimentaux. Ces difficultés sur le plan sentimental sont fréquentes dans la période qui précède les infractions et peuvent constituer des facteurs *pré-disposants* ou *précipitants* de l'agression sexuelle [23, 43] (se référer au chapitre suivant sur le processus de passage à l'acte).

La représentation des femmes et/ou des enfants

La représentation que l'expertisé développe des « femmes » et des « enfants » apparaît particulièrement éclairante au niveau clinique et en regard des travaux qui décrivent des représentations ou des schémas cognitifs entretenant des visons négatives et hostiles de ces derniers[44], voire une perception chosifiée, exempte d'altérité [45, 46]. D'autres AVS pourront développer une représentation idéalisée du monde de l'enfance, qui pourra à son tour conduire à des perceptions erronées sur les désirs, les attentes, les relations ou encore les droits des uns et des autres [22]. Ces représentations erronées peuvent constituer le terreau de certaines agressions.

Le milieu de vie et les relations sociales

A l'instar des travaux conduits dans le champ criminologique et concernant la délinquance en général [47], la fréquentation de pairs qui ont une activité délinquante (support social à la délinquance) pourrait renforcer la tendance à l'agression sexuelle, ce, en particulier au cours de la phase d'adolescence. La fréquentation d'un milieu délinquant ou qui «soutient» l'agression sexuelle de femmes ou d'enfants favoriserait le développement de schémas cognitifs [22], de valeurs et de représentations qui peuvent être hostiles à leur égard [48]. La fréquentation de ce milieu est également susceptible de conduire les sujets à se retrouver dans des contextes à risque (désinhibition liée à l'alcool ou à la consommation de drogues, par exemple) [49]. Dans d'autres cas, la solitude et l'isolement seront propices au développement des fantasmes sexuels. Cet axe permet d'investiguer les influences sociales négatives mais aussi positives, c'est-à-dire le réseau et les personnes qui soutiennent positivement le sujet.

Les loisirs

Les activités de loisirs structurées (qui impliquent un engagement de la part du sujet) et une satisfaction personnelle seraient favorables au développement des relations interpersonnelles. De plus, elles permettraient d'éviter la solitude, l'ennui, la dépression. Il va de soi qu'il convient d'être particulièrement attentif aux activités qui mettent les AVS en contact avec des victimes potentielles que ce soit de manière réelle (exemple : activités sportives) ou virtuelle (internet).

La sexualité et le fonctionnement sexuel

Cette dimension apparaît centrale dans nombre d'agressions et nécessite d'être explorée. Et ce, même si divers travaux sur l'AS d'adultes ou d'enfants ont montré que la visée de l'acte n'était pas obligatoirement en lien avec la sexualité, même s'il s'exprime sous cette forme (la violence, le pouvoir, la rage, la domination ; ou la dépression, la solitude, les angoisses d'abandon). Ainsi, le développement de la sexualité, les dysfonctionnements sexuels, les capacités de régulation des désirs sexuels, mais aussi l'importance des préoccupations sexuelles (la fréquence et le temps passé à s'adonner à des activités en lien avec la sexualité, masturbation, utilisation de matériel pornographique, etc.), le recours à la sexualité dans des contextes émotionnels négatifs (tristesse, sentiment de vie, ou colère, sentiment d'humiliation) et plus largement pour faire face aux situations de stress [50] (utilisation de la sexualité comme stratégie « calmante », « apaisante » pour satisfaire les besoins émotionnels, affectifs [22]) doivent faire l'objet d'une analyse. Si l'expert estime que cela est nécessaire, il peut utiliser des tests pour approfondir ces points : il existe différentes échelles ou entretiens semi-directifs qui permettent d'évaluer la sphère psycho-sexuelle¹⁴ (par exemple : le Multiphasic Sex Inventory [51] ; le questionnaire d'intensité des désirs et des comportements sexuels [52] ; le Sexual Fantasy Content Model [53] ; le Coping using sex inventory [54], etc.).

La consommation de substances

L'histoire de la consommation d'alcool et de drogues [55-58] et éventuellement sa reprise, voire son intensification dans des périodes de vie difficiles et dans la période qui précède les infractions (utilisée par exemple comme auto-médication pour faire face aux difficultés rencontrées), est également une donnée à considérer dans les parcours de vie. Elle apparaît peu étudiée alors même que cette consommation semble jouer un rôle dans nombre de passages à l'acte [43] [(comme facteur de vulnérabilité (abus/dépendance), facteur contextuel (consommation) facteur précipitant (intoxication)]. De plus, différentes études empiriques mettent en avant la prévalence des co-morbidités d'abus d'alcool chez les AVS (ex. 41% dans l'étude de Kafka et al. [57]) et la prévalence de consommation de substances illicites chez les AVS sur adultes [56]. D'autres études plus spécifiques montrent qu'une consommation d'alcool est liée à des agressions sexuelles violentes, notamment dans les cas de viol [58].

La santé mentale : antécédents psychiatriques

La prise en compte de l'ensemble des antécédents psychiatriques et de leur prise en charge antérieure devrait éclairer sur le fonctionnement psychopathologique du sujet mais également sur ses motivations et son adhésion au traitement thérapeutique, le cas échéant. La littérature met en avant la prévalence des troubles de la personnalité chez les AVS (variant de 33 % [59] à 52 % [60] selon les études), notamment les troubles narcissiques chez les AVS sur enfants [61-63] (les AVS intrafamiliaux présenteraient davantage de troubles de la personnalité schizoïde, narcissique et évitante, alors que les AVS extrafamiliaux présenteraient davantage de troubles de la personnalité narcissique, antisociale et passive-agressive [64]). Les AVS sur adulte présenteraient plus de traits psychopathiques que les agresseurs d'enfants [60, 65]. La présence de troubles psychotiques se situerait entre 2 et 16 % selon les études [59, 66].

La santé somatique : antécédents médico-chirurgicaux

Il s'agit de prendre en compte l'ensemble des antécédents qui peuvent avoir une incidence sur les capacités cognitives mais aussi physiques et/ou affecter l'image et

14. Se référer au chapitre concernant « l'évaluation des intérêts sexuels », dans l'ouvrage de Cortoni et al. Traité de l'agression sexuelle, qui présente de manière détaillée les tests utilisés dans la pratique.

l'estime de soi [27] chez des sujets qui peuvent, par ailleurs, présenter des vulnérabilités de ce point de vue.

Les antécédents délinquants : la délinquance sexuelle et non sexuelle

La prise en compte de l'âge d'apparition de la délinquance, ses différentes formes, la fréquence, la continuité ou encore les moments d'arrêt ou d'escalade [23], donnent des informations précieuses sur le parcours délinquant. Ils autorisent aussi une prise en compte dynamique des comportements délinquants, dans une perspective longitudinale. Les approches développementales montrent que dans certains cas, l'AS d'adultes est une manifestation d'une trajectoire antisociale précoce, qui s'exprime sous différentes formes délictuelles comme le cambriolage, le vol, les violences (polymorphisme délinquantie [23], et qui, dans la continuité du comportement antisocial, peut progresser vers l'agression sexuelle. Dans le même ordre d'idée, certains parcours infractionnels des AVS sur enfants extra-familiaux montrent que ces derniers peuvent commettre de nombreux actes délinquants non sexuels, notamment violents et contre les biens.

Le parcours judiciaire et le parcours pénitentiaire antérieurs

Il permet de recenser l'ensemble des condamnations (peines et mesures), les libérations conditionnelles, aménagements de peine, les prises en charge thérapeutiques, mais aussi par les services d'insertion et de probation, ou par tout autre intervenant.

La Reconstruction du parcours de vie et la mise en perspective avec la personnalité et le passage à l'acte

La reconstruction de l'histoire de vie et du parcours du sujet

A partir de l'ensemble de ces dimensions et de la singularité et spécificité d'une histoire, il sera possible de reconstruire le parcours de vie du sujet et de repérer les événements advenus dans cette histoire, les configurations vulnérabilisantes ou situations dites « à risque » et les situations qui, à l'opposé, peuvent être protectrices (étayantes ou contenant). L'analyse rétrospective des trajectoires de vie autorise un repérage de ces configurations, de leur effet sur le plan subjectif, des processus en jeu pour y faire face, mais aussi de leurs aspects stables et instables, répétitifs ou circonstanciels, dans un parcours et de leur lien avec le fonctionnement de la personnalité, les vulnérabilités de celle-ci et, *a posteriori*, elle permettra de faire des liens avec le processus de passage à l'acte.

Dans des travaux antérieurs [67], nous avons décliné différents « temps » ou « couples de temps » qui peuvent être utilisés afin de donner du sens aux situations et événements dans un parcours. A titre d'exemple, l'analyse *diachronique* prend en compte la chronologie de différents événements (dans un même champ de vie ou dans des champs différents). Elle permet de repérer leurs successions et de saisir les logiques d'actions et les logiques de positionnements subjectifs dans leur développement au sein d'une histoire. La dimension *synchronique* permet d'identifier par la superposition de champs de vie divers (familial, scolaire, relationnels, loisirs, etc.) des « patterns » de manifestations à un même moment, susceptibles d'entraîner des périodes de vulnérabilité, de rupture, voire de recours à l'acte, quand le sujet est submergé dans l'ensemble des axes existentiels. La dimension de la répétition peut être travaillée à travers la cyclicité (ce qui se répète et insiste quel que soit le champ de vie); pensons par exemple à la cyclicité des fantasmes sexuels déviants comme mouvements défensifs face à des difficultés diverses (familiales, scolaires, sentimentales) ; la cyclicité des vécus d'humiliation ou encore des vécus d'abandon, quel que soit le type de problème rencontré et le champ de vie dans lequel il advient (familial, professionnel, amical). Ce type d'analyse

permet de repérer ce qui a mis le sujet en difficulté (type de situation, d'événement, de perception et de vécu) ou au contraire ce qui a été porteur et source d'épanouissement de manière ponctuelle ou répétitive. Consécutivement, la manière dont le sujet fait face aux situations qui le mettent en difficulté (augmentation de la consommation d'alcool, mouvement dépressif ...) mais aussi du point de vue de ses capacités et potentialités (capacité à demander de l'aide à un professionnel, à investir une activité qui lui permettra de se détendre, etc.). Il s'agit alors de repérer les constantes et cohérences susceptibles de sous-tendre ces configurations vulnérabilisantes ou étayantes, et les moyens d'y faire face ; leur caractère stable, répétitif ou circonstanciel.

Les missions en phases pré et post-sentencielles

Dans la phase pré-sentencielle, la mission adressée à l'expert pourrait être centrée sur une lecture diachronique de l'histoire de vie afin de la mettre en perspective, tant avec la constitution de la personnalité du sujet examiné et ses points de vulnérabilité, qu'avec le processus de passage à l'acte.

En tenant compte à la fois de la singularité de l'histoire du sujet (richesse de la clinique) tout en instaurant des critères relatifs à la spécificité des auteurs de violences sexuelles, cette mission viserait :

- à éclairer la compréhension de la construction de la personnalité, de son mode de fonctionnement et de ses points de vulnérabilité de manière générale et au regard de la spécificité des problématiques rencontrées chez les AVS.
- A éclairer les situations vulnérabilisantes pour un sujet, ainsi que celles qui seront étayantes et soutenantes dans un parcours.
- A éclairer la compréhension du processus de passage à l'acte, du moment où il advient dans un parcours, en situant l'agression dans le développement d'une trajectoire personnelle.

Dans la phase post-sentencielle, il s'agirait d'interroger l'évolution de la reconstruction et de l'analyse de sa propre histoire de vie, les liens que le sujet peut réaliser entre celle-ci et le passage à l'acte.

La restitution dans la partie histoire de vie et dans la discussion

La restitution de cette histoire de vie au travers des grandes dimensions investiguées, devrait être réalisée de manière distincte dans la partie relative à l'histoire de vie et dans la partie relative à la discussion. La partie histoire de vie pourrait se fonder principalement sur une démarche descriptive, par dimension/axe (regroupement des données) et de manière chronologique. Elle proposerait une restitution descriptive des faits, des situations en associant les perceptions et vécus subjectifs (le verbatim devant toujours apparaître entre guillemets), mais également les données provenant d'autres sources (corroborant les « faits » ou mettant en avant les écarts, les contradictions possibles, permettant une mise à plat et une confrontation entre les différentes sources d'informations ou au sein d'une même source). La partie discussion permettrait, elle, une démarche plus hypothétique et argumentative à partir de ces données, sur un point particulier ou au regard de l'ensemble des analyses réalisées, avec pour objectif d'étayer et d'argumenter le raisonnement psycho-légal en vue de répondre aux questions posées par le magistrat.

Enjeu n° 3 : la reconstruction et l'analyse du « processus de passage à l'acte »

Les modèles de prévention de la rechute des toxicomanes [68], puis différents modèles de prévention de la récurrence, ont participé au développement de travaux sur les processus de passage à l'acte (« *pathway* ») et les chaînes délictuelles qui conduisent à la

commission d'une infraction sexuelle [43]. Il existe aujourd'hui un corpus de savoirs autour de ces processus qui offrent des repères pour en permettre une description et une analyse au regard des grandes étapes et mécanismes identifiés dans la littérature¹⁵.

Dans des écrits antérieurs [45, 67, 69], nous avons proposé et développé un cadre d'analyse du processus du passage à l'acte que nous reprenons ici. Ce cadre propose des dimensions et critères permettant une reconstruction chronologique des séquences de développement de la chaîne d'infraction, à partir de l'étude des trois grandes périodes décrites en criminologie : la période antérieure à l'infraction, la période criminelle et la période post-criminelle [70]. La notion de « *processus de passage à l'acte* » est utilisée ici pour rendre compte de l'enchaînement des étapes qui conduisent un sujet à commettre une agression sexuelle. Si, sur le plan clinique et théorique, il est possible de décrire des grandes séquences, elles ne se déroulent pas de manière uniforme chez chaque sujet et il arrive que différentes séquences soient condensées en une seule [45].

Ce cadre d'analyse est suffisamment large pour mettre en évidence la singularité d'un processus mais également suffisamment séquencé pour décrire et repérer des mécanismes communs aux AVS (processus psychiques sous-jacents [45, 67]).

Il propose d'entrer dans le processus qui conduit à l'infraction, c'est-à-dire interroger *comment* (et non plus *pourquoi*) le sujet en vient à commettre une infraction à partir de l'articulation de dimensions psychologiques, contextuelles, relationnelles, etc. et plus seulement uniquement *psychopathologiques*. En effet, l'analyse de l'infraction n'implique pas seulement la prise en compte des troubles psychopathologiques (éventuels) et de la personnalité de l'auteur¹⁶. L'acte advient le plus souvent dans un contexte¹⁷ complexe, en lien avec l'environnement social et relationnel du sujet, mais aussi avec la situation dans laquelle se trouve le sujet avant et pendant l'acte.

Ce type d'analyse a conduit à dégager des « *dynamiques criminelles* » (qui peuvent s'apparenter à des situations dites « à risque ») au cours de la période antérieure à l'infraction et dans lesquelles s'actualisent des *vulnérabilités* notamment psychiques [45] (relationnelles, narcissiques, émotionnelles, régulation des désirs sexuels, etc.), susceptibles de participer au processus de passage à l'acte.

Dans cette partie, nous reprenons les différentes étapes constitutives du processus de passage à l'acte, que nous présentons de manière détaillée pour sa compréhension. Cependant, l'expert, ne doit pas entrer dans l'ensemble des détails présentés ici, mais plutôt tenter de repérer les grandes séquences constitutives de ce processus et les points de vulnérabilité qui sont mis en jeu, afin d'en réaliser une reconstruction selon ses grandes lignes, et secondairement une analyse.

La reconstruction du processus de passage à l'acte autour de trois périodes d'étude

Dans la partie suivante, nous présentons ces trois périodes (pré-criminelle, criminelle et post-criminelle) en mettant l'accent sur la première qui apparaît particulièrement pertinente pour décrire et comprendre ce processus.

15. se référer à l'ouvrage de Proulx J, et al. *Pathways to sexual aggression*: Routledge, 2014. qui en offre une présentation détaillée.

16. Se référer aux missions de l'expertise

17. Dans une perspective clinique, la « *criminogénèse* » proposée par Etienne De Greeff (1956) mettait à l'ordre du jour la notion de processus criminogène, en prenant en compte l'articulation « *Sujet-Situation* ». De Greeff peut être considéré comme le pionnier quant à la formulation et l'analyse qui « *relie subjectivement la situation à la personnalité qui s'y trouve impliquée* ». Il rend compte des différentes façons dont le sujet a vécu la situation pré-criminelle et les diverses étapes qu'il lui a fallu parcourir avant d'accomplir l'acte.

La période antérieure à l'infraction

Contexte, situations et événements

Les travaux sur les processus de passage à l'acte et les chaînes délictuelles, démontrent l'intérêt d'interroger *le contexte, les situations et événements de vie* des AVS dans la période qui précède l'infraction [43, 70-76] afin de repérer les événements susceptibles de « *vulnérabiliser* » le sujet (ex. rupture sentimentale, conflit relationnel) et de participer à la dynamique de l'acte. L'environnement psychosocial de vie du sujet et les événements sont investigués dans un délai de plusieurs mois avant l'infraction (nommés « *facteurs prédisposants* » dans l'analyse de l'acte [76]), et dans la phase pré-criminelle (c'est-à-dire les 48 heures qui précèdent l'infraction, nommés « *facteurs précipitants* » [76]).

A titre d'exemple, différentes études empiriques [43] mettent en avant des conflits interpersonnels, conjugaux, des ruptures affectives, des événements familiaux, des problèmes en lien avec la sexualité dans la période qui précède l'infraction. Ces événements peuvent être perçus et vécus de manière diverse (débordement émotionnel, vécu d'humiliation, sentiment d'abandon, chute de l'image et de l'estime de soi, etc.) et avoir un retentissement sur le sujet.

Répercussions et modalités de régulation

L'étape suivante consiste à repérer les répercussions éventuelles de ces situations. Ces répercussions peuvent être envisagées sur le mode des approches victimologiques, dans le sens où ces situations sont susceptibles de générer une forme de déstabilisation qui peut avoir des retentissements au niveau psychique, physiologique, physique, comportemental. Cette déstabilisation et les retentissements qu'elle peut susciter seront variables selon les sujets, relativement à la perception et au vécu des événements, à la singularité des points de vulnérabilité, etc. Il s'agit ensuite de repérer la manière dont le sujet réagit et « fait face » (ces deux derniers points peuvent être condensés en une même séquence).

Suivant les approches théoriques, ces points seront décrits de différentes manières. Dans les études empiriques anglo-saxonnes, ils seront présentés sous la forme de facteurs disjoints : les travaux de Mc Kibben *et al* [73] ; de Proulx *et al*. [74] ont mis en avant des liens significatifs entre les conflits survenus dans la période pré-criminelle, les émotions négatives éprouvées consécutivement, puis l'apparition de « *fantaisies sexuelles déviantes* ». D'autres approches présenteront ces séquences en termes de stratégie de coping, ou de stratégie de régulation [75], ou encore sous la forme d'angoisses majeures et de mécanismes de défense [77,40] qui donnent lieu à la mise en œuvre de processus psychiques.

Dans le cadre d'une expertise, en particulier en phase pré-sentencielle, l'expertisé ne parvient pas, le plus souvent, à faire lui-même des liens entre des événements advenus dans la phase précédent l'acte et leurs répercussions. Cependant il est possible d'identifier des manifestations cliniques ou comportementales qui donnent à voir ces retentissements et la manière dont le sujet y répond. Ceci pourra être réalisé en investiguant différentes dimensions :

- comportementales (suractivité ou au contraire apathie),
- émotionnelles (hostilité, colère, affects dépressifs, etc.),
- le vécu des situations (humiliation, sentiment de vide, de dévalorisation, de rejet, etc.),
- la sexualité (augmentation des fantasmes et désirs sexuels, utilisation de matériel pornographique, etc.),

- cognitives (rationalisation de l'agression, etc.),
- la consommation de toxiques (reprise, intensification, utilisation comme automédication, etc.),
- la perception d'autrui : cela peut être la future victime mais aussi la personne qui peut être considérée comme responsable du malaise par le sujet [48]. A titre d'exemple, lorsque la victime est une personne connue de l'auteur dans la période antérieure à l'infraction, la pratique clinique montre des modifications dans la perception de cette dernière, dans les relations entretenues avec elle et au niveau des affects éprouvés par l'auteur à son égard. Dans certains actes incestueux ou pédophiliques, pourra être observée une tendance au rapprochement relationnel et une idéalisation de l'enfant ; le développement d'affects tendres, à l'instar parfois d'un processus amoureux.

Lorsque le sujet perçoit ce qui est en train de se dérouler et qu'il souhaite interrompre ce processus, ou lorsqu'il présente des potentialités « d'adaptation » tant internes qu'externes, ces dernières permettront de diminuer le malaise, les tensions, etc. Ces capacités peuvent aussi se manifester sous la forme d'une demande d'aide, ou par la mise en place de stratégies actives d'évitement de l'alimentation des fantasmes sexuels. Le suivi thérapeutique permettra au sujet de nommer et de reconnaître les émotions, les vécus, puis de faire des liens entre ces différents points et les étapes qui conduisent vers l'infraction. Les groupes de prévention de la récidive, permettront, par exemple, de mettre ces différentes séquences au travail d'un point de vue cognitif et factuel.

Parfois, la rapidité du processus ne permet pas d'entrer dans une analyse clinique des perceptions, vécus et réactions, qui peuvent être condensés en une même séquence avec le comportement délictueux lui-même. Dans d'autres cas, il est difficile de repérer des événements et des émotions négatives. A l'instar de ce qui est décrit dans l'un des pathway de Polaschek *et al.* [48], le processus de passage à l'acte peut être dominé par des émotions positives, le but étant la recherche de gratification sexuelle visant à augmenter les émotions positives et la satisfaction qui en découle. Ces aspects peuvent être suivis de la mise en œuvre d'un ensemble de « réponses automatiques » ou de de « schémas cognitifs » [78], qui offrent une forme d'interprétation implicite du monde favorable à l'agression sexuelle. L'ensemble de ces points pouvant conduire (voir partie suivante), soit à la planification consciente et volontaire d'une infraction sexuelle avec une victime [48], soit à des choix « apparemment anodins » [27] qui peuvent relever de mécanismes inconscients [78] conduisant le sujet à se trouver dans des situations à risque de commettre l'agression.

Le projet et les circonstances de commission de l'acte

Cette étape peut se rapprocher de ce qui est décrit dans les modèles de Polaschek *et al.* [48] sur la formation du but («goal formation») ou dans les travaux de Ward *et al.* [75, 78] sur les étapes relatives aux buts et à la stratégie de l'agression. Le projet de commettre une agression peut être élaboré de manière précise lorsque l'acte donne lieu à une planification¹⁸ (préméditation) de ses modes de réalisation. Le « projet » peut aussi apparaître de manière confuse sous la forme de « sentiments » ou « d'idées » : « c'était une recherche d'affection et de tendresse », « je voulais lui faire peur », « il fallait que ça s'arrête¹⁹ ». Pour les agirs impulsifs [45], il n'existera pas de projet de l'acte.

18. Un *continuum* peut être proposé entre des agirs très impulsifs et d'autres plus ou moins élaborés, voire organisés et prémédités

19. Propos des sujets auteurs d'infractions intrafamiliales.

Cette étape peut également se dérouler à l'insu du sujet (sans aucune conscience de sa part de ce qui se déroule), ou lorsque le sujet se trouve en situation de commettre les faits (dans ce cas les circonstances dites à risque, les situations et les opportunités seront pertinentes pour analyser l'agression. cf. plus bas).

Les circonstances correspondent aux « *faits plus ou moins recherchés par le futur délinquant qui le mettent en situation de réaliser son projet criminel [...], elles, vont donner à l'action la forme qu'elle revêt et dicter ses modalités d'exécution* [70] ». L'existence de circonstances propices à la perpétration de l'infraction est décisive pour sa réalisation. Les travaux de Kinberg [71], Gassin [70] et Aubut [27] permettent de distinguer divers types de circonstances pré-criminelles :

- les « *circonstances dangereuses* », dans lesquelles la situation pré-criminelle offre les possibilités matérielles de commettre l'infraction sans que le sujet ait à les rechercher ;
- les « *circonstances amorphes* » dans lesquelles l'opportunité de commettre l'infraction n'est pas présente, mais doit être recherchée volontairement par l'auteur.
- Enfin, les « *circonstances hétérogènes* [69] » dans lesquelles il s'agit d'une recherche de circonstances favorables, mais de manière peu élaborée, voire sans que le sujet en ait conscience (« *choix apparemment anodins* » Aubut [27]) et qu'il fasse des liens avec l'agression. Ces circonstances conduisent le sujet à se retrouver dans des situations dites « à risque »²⁰. La liaison est réalisée *a posteriori* soit par l'analyse clinique, soit éventuellement par le sujet lui-même, au terme d'un suivi thérapeutique²¹.

Concernant, la victime, lorsqu'il existe plusieurs victimes potentielles dans l'entourage ou l'environnement de l'auteur, il est possible d'interroger les raisons pour lesquelles l'auteur s'est orienté vers cette personne (critères physiques, critères de vulnérabilité perçus, caractéristiques psychologiques, opportunités et raisons contextuelles, etc.). Est-ce que toute personne était une victime possible ou existe-t-il des particularités qui ont amené le sujet à perpétrer l'acte d'agression sur cette personne [43, 48] ? Sur le plan clinique, il est fréquemment possible d'identifier des caractéristiques qui orientent l'auteur ; mais il arrive aussi que l'agression relève d'une « *mauvaise rencontre* » (la victime est présente à un moment particulier) et qu'elle soit marquée par l'indifférence de l'auteur à l'égard de la victime, sans prise en compte ni reconnaissance de sa singularité (« *c'est elle qui est arrivée à ce moment-là, une autre c'était pareil*²² »).

La période criminelle

L'analyse de la période criminelle (c'est-à-dire le moment de l'acte) donne accès à la manière dont l'auteur se comporte envers la victime, ce qui lui est dit, la façon dont il la perçoit, mais aussi ce que l'auteur a voulu exprimer, démontrer, dans le rapport singulier qu'il instaure avec la victime (humiliation, tendresse, etc.). Dans le cadre d'agirs très impulsifs ou marqués par une altération momentanée des capacités discriminatives des auteurs, certains sujets seront dans l'impossibilité de mettre en mots leur acte, mettant en avant « *un trou noir* », un débordement émotionnel tel qu'ils ne peuvent le verbaliser. D'autres, au contraire, vont décrire la scène en détails.

20. Par exemple, changer d'itinéraire pour se rendre au travail et passer devant une école enfantine.

21. Dans nombre de cas les étapes précédentes ne seront pas directement accessibles au sujet sur le plan psychique et ce n'est qu'au terme d'un travail thérapeutique que le sujet sera en capacité de repérer les séquences qui le conduisent vers l'infraction (Ciavaldini, 2009).

22. Propos d'un sujet, auteur d'AS sur une personne inconnue.

La manière dont le sujet verbalise, présente et décrit le déroulement de l'infraction, mais également les émotions (colère, haine, affection, tendresse) qu'il peut exprimer, donnent des informations sur le sens de l'acte, ce qu'il « *met en scène* » dans le rapport à l'autre. Par exemple, les travaux de Proulx *et al.*[43, 76] mettent en avant trois profils d'AVS sur des femmes adultes : le profil « *sadique, colérique et opportuniste* », notamment à partir de l'analyse de la période criminelle [79].

A posteriori, les données sur le mode opératoire livrent des éléments pour la compréhension et l'élaboration d'hypothèses psycho-légales concernant la fonction de l'agression pour son auteur (sa fonction dans l'économie psychique de l'auteur). De ce point de vue, différentes fonctions de l'agression ont été mises en évidence, auxquelles nous renvoyons le lecteur [45, 67, 69] : des fonctions de « *décharge et d'externalisation* » d'un contenu psychique qui ne peut être élaboré (en lien par exemple avec un défaut de « *mentalisation* » ou un défaut de régulation émotionnelle) ; de « *restauration de l'image de soi* » dans le rapport à l'autre (face au renvoi d'une image dévalorisante, il s'agira de renverser la situation à travers la dévalorisation et l'humiliation de la victime ce qui procure en retour, une image de domination et de puissance), etc.

Ainsi, au regard des séquences et manifestations cliniques identifiées dans la période antérieure à l'infraction et dans la période criminelle, il est possible de repérer les points de vulnérabilité qui ont été mis en défaut chez l'auteur et le rôle de l'acte par rapport à ces derniers. Dans bien des cas, du point de vue du processus psychique qui sous-tend le passage à l'acte, il s'agira pour l'auteur d'une forme « *d'autorégulation défensive* » dans le rapport à l'autre. Même si ce qui se donne à voir sur le plan comportemental de l'action criminelle s'exprime sur le versant de la destructivité et de la négation de la victime.

La période post-criminelle

Cette phase s'intéresse aux réactions du sujet directement après la commission de l'infraction. Elle rend compte du niveau d'intégration psychique de l'acte et de sa reconnaissance après sa commission. Les réactions du sujet peuvent être envisagées tant au niveau comportemental (fuite, comportement habituel, reprise de son activité, etc.), affectif (anxiété, soulagement, etc.) qu'au niveau cognitif (pensées, remords). L'ensemble de ces trois périodes d'étude autorise une reconstruction du processus de passage à l'acte.

La reconstruction et l'analyse du processus de passage à l'acte

La confrontation des données

L'évocation des faits peut être l'objet de nombreuses distorsions, liées par exemple à la remémoration *a posteriori*, à la dissimulation volontaire de certains aspects de l'acte, mais aussi à la mise en œuvre de mécanismes psychiques inconscients qui entravent l'accès à ce processus, et ce d'autant plus dans la phase pré-sentencielle. L'analyse suppose la confrontation des différentes sources d'informations (dossier pénal et entretiens avec l'expertisé), puis l'analyse des « *écarts* », contradictions, ce qui permettra d'affiner la lecture clinique, en permettant, par exemple, l'analyse des points de la chaîne d'agression que le sujet ne veut, ou ne peut pas reconnaître comme venant de lui.

La différenciation des niveaux de lecture de l'acte

La reconstruction et l'analyse des séquences du processus de passage à l'acte supposent aussi la différenciation des niveaux de lecture, leur confrontation en raison de leur contradiction potentielle et du sens qui se dégage de chacun d'entre eux. Il est possible de distinguer :

Le niveau de la catégorie infractionnelle : l'acte, constitué comme *infraction*, relève d'une construction socio-pénale et qui ne dit rien des comportements ou des processus en jeu, qui peuvent être similaires pour des infractions de catégories différentes (un viol peut être marqué par la recherche de pouvoir, la vengeance plus que par la recherche de satisfaction sexuelle).

Le niveau factuel versus subjectif : le premier renvoie aux faits (ex. rupture relationnelle) alors que le second évoque la perception subjective d'un fait par le sujet. Ce deuxième point révèle ce qui est signifiant (ou pas) pour le sujet tant sur le plan cognitif, émotionnel, qu'axiologique²³.

Le niveau comportemental : il correspond à la « *manière d'être et de se comporter* », à « **l'ensemble des réactions objectivement observables** » [80], c'est-à-dire aux actes posés par le sujet avant, pendant et après l'agression.

Le niveau clinique : l'analyse des chaînes infractionnelles montre une diversité de manifestations cliniques (anxiété, irritabilité, troubles du sommeil, projection, manifestations délirantes, etc.).

Le niveau de la subjectivité de l'évaluateur : la confrontation à l'acte d'agression, l'intersubjectivité de la rencontre, le dossier pénal, les représentations liées à l'affaire en cours (ex. médiatisation de l'affaire) sont susceptibles d'éveiller des réactions, **émotions**, représentations, contre-attitudes, qu'il faudra mettre au jour et au travail afin de s'en distancier.

Le niveau des hypothèses psycho-légales: elles vont résulter de l'articulation des sources d'informations, des séquences de l'acte, des différents niveaux d'analyse et de leur mise en lien avec l'histoire de vie et la personnalité.

Les missions en phases pré et post-sentencielles

Pour rappel, les missions actuelles concernant l'infraction sont les suivantes : « *Préciser si des dispositions de la personnalité ou des anomalies mentales ont pu intervenir dans la commission de l'infraction reprochée, si elle était avérée.* », puis plus largement : « vous fournirez toutes données utiles à la compréhension du mobile des faits ».

Dans la phase pré-sentencielle, une des missions pourrait proposer une analyse du « *processus de passage à l'acte* », tant dans ses rapports avec la personnalité, ses points de vulnérabilité et les troubles mentaux, qu'en lien avec les différentes dimensions qui peuvent intervenir lors des étapes décrites dans ce processus. Il s'agirait de proposer une reconstruction du *processus passage à l'acte* qui conduit le sujet à la commission d'une agression sexuelle, centrée en particulier sur les séquences de la phase antérieure à l'infraction. Ces dernières permettraient une analyse descriptive et compréhensive de ce processus, des mécanismes en jeu et vulnérabilités. Il permettrait de proposer des indications pour le suivi et les prises en charge. L'analyse de ces séquences donnerait également des indications sur les situations à risque et la possibilité de prévention de celles-ci. La prise en compte des implications cliniques dans la prévention du risque de récurrence, suppose d'analyser l'incidence de différents « facteurs » et la manière dont ils s'articulent entre eux afin d'en proposer une compréhension pour la prévention (formulation du risque, Lewis and Doyle [81]).

L'incidence des troubles psychopathologiques devrait évidemment être prise en compte, mais sans que ces derniers soient considérés comme les seules dimensions pertinentes à analyser.

23. Quelles sont les valeurs du sujet qui sont touchées par ce fait, ou, au contraire, quelles sont les valeurs communément portées par la société que le sujet ne reconnaît pas comme siennes.

De plus, le passage à l'acte pourrait être resitué dans l'histoire de vie, c'est-à-dire qu'il serait mis en perspective avec le trajet de vie de la personne. Il s'agirait d'analyser si les configurations et mécanismes retrouvés dans le passage à l'acte sont similaires à ceux retrouvés dans les accidents de vie de la personne, et ainsi, de repérer s'ils s'inscrivent dans la répétition (stabilité des processus ou mécanismes sous-jacents) ou si le passage à l'acte relève davantage de facteurs circonstanciels. Cette analyse donnerait des indications pour les prises en charge.

Dans la phase post-sentencielle, il s'agirait d'interroger l'évolution de la reconstruction et de la compréhension par le sujet du processus qui le conduit à commettre une infraction. Par exemple, en analysant si le sujet, au moment de l'évaluation, peut faire des liens entre les différents éléments de ce processus (diachronie) ; sous quelle forme (de manière factuelle ou en leur donnant une épaisseur émotionnelle). Interroger si le sujet peut repérer les circonstances ou les états émotionnels (moment de vulnérabilité) dans lesquels le processus débute, de faire des liens entre le processus de passage à l'acte et certains points du fonctionnement de sa personnalité. Il s'agirait également d'identifier ce que le sujet met en place pour éviter « les situations à risque » ou les « moments de vulnérabilité » susceptibles d'engager ce processus.

La restitution dans la partie concernant le passage à l'acte et dans la discussion

Les modalités d'analyse proposées pour l'histoire de vie peuvent ici être utilisées. La restitution du processus de passage à l'acte devrait être réalisée de manière distincte dans une partie relative au « processus de passage à l'acte » et dans une partie de la discussion. La partie sur le processus de passage à l'acte pourrait se fonder principalement sur une démarche descriptive, par séquence et de manière chronologique. Elle proposerait une restitution descriptive des faits, des situations en associant les perceptions et vécus subjectifs, et en intégrant les données provenant d'autres sources.

La partie discussion permettrait, elle, une démarche plus hypothétique et argumentative à partir de ces données, sur un point particulier ou au regard de l'ensemble des analyses réalisées. Avec pour objectif d'étayer et d'argumenter le raisonnement psycho-légal en vue de répondre aux questions posées par le magistrat.

Enjeu n° 4 : L'évaluation du positionnement du sujet par rapport à l'infraction

Un acte peut être qualifié de délit ou de crime sans pour autant acquérir un caractère *transgressif* pour celui qui le commet, impliquant la distinction entre les registres juridique et subjectif. En effet, l'articulation de l'acte à l'auteur est médiatisée par la dimension subjective, qui peut faciliter ou entraver le processus de reconnaissance de l'acte et de responsabilisation de l'auteur. La reconnaissance de l'infraction, et le *sentiment* de responsabilité qui peut en découler, impliquent de reconnaître l'acte comme un acte transgressif et de l'éprouver comme sujet-auteur-agissant : c'est-à-dire en tant que l'acte engage le sujet, en liant l'acte à l'agent et en tant que cet acte engage autrui et qu'il a des conséquences sur l'autre, comme sur soi.

L'absence de reconnaissance de l'acte et un sentiment d'irresponsabilité²⁴ consistent à ne pas répondre devant soi-même et les autres, en se déliant de l'acte en tant qu'auteur. Le sentiment de responsabilité vient dire l'intérêt porté à l'autre, la reconnaissance et la place faite à cet autre et, corrélativement ce qui appartient au sujet auteur de l'acte.

24. Responsabilité vient de répondre, qui implique le dialogue : « ou il s'agit de s'expliquer tout autant avec soi qu'avec autrui. Il exprime l'entretien d'échanges mutuels et réciproques où chacun est appelé à tenir ses engagements à l'égard de soi comme d'autrui » (Kinable, 2006) « respondere », c'est s'engager à répondre de soi et de l'autre, dans le lien social. S'expliquer avec soi et avec l'autre, tenir des engagements à l'égard de soi et d'autrui.

Ainsi, l'expertise devrait permettre d'évaluer le positionnement du sujet par rapport à l'infraction au regard de trois axes principaux synthétisés de la manière suivante dans des travaux antérieurs [45, 67, 69] : le niveau de reconnaissance de la propre implication du sujet dans l'acte, de la victime et de l'infraction.

Le positionnement du sujet par rapport à son acte et les niveaux de reconnaissance

Le niveau de reconnaissance de la propre implication du sujet dans l'acte

Cet axe interroge le rapport du sujet à lui-même. Dans un premier temps, le travail d'intégration psychique de l'acte implique la prise de conscience par l'auteur et la reconnaissance de ce qui a participé à l'acte d'un point de vue interne (exemple : désirs sexuels, impulsivité) et externes (exemple : identification de difficultés dans la vie du sujet). Cette prise de conscience suppose des capacités d'*introspection*²⁵, voire dans le cas de pathologie, des capacités d'*insight*²⁶. Dans un second temps, le sujet doit faire le lien entre l'acte et lui-même. Un exemple qui illustre la « déliaison » renvoie aux sujets qui ont commis des infractions en état d'ivresse. Dans ce cas, la prise d'alcool est reconnue et mise en avant comme moyen de se déresponsabiliser « *c'est parce que je n'étais pas moi-même* ». Ainsi, le sujet devra reconnaître que lorsqu'il est en difficulté dans un secteur particulier, il se met à consommer de l'alcool pour apaiser les tensions relatives à ses difficultés ; puis que cette consommation peut le conduire à être agressif et désinhibé dans ses relations avec les femmes, et à adopter des comportements transgressifs sur le plan sexuel à leur égard. Un troisième point concerne la reconnaissance de son implication en tant qu'acteur de l'acte : c'est-à-dire, la reconnaissance d'un rôle actif dans les différentes phases du délit (il a commencé par intimider la victime, puis il l'a contrôlée physiquement, etc.).

Le niveau de reconnaissance de la victime

Cet axe interroge le rapport du sujet à l'autre et à la victime. La reconnaissance de la transgression en général, et à l'égard de l'autre en particulier, implique tout d'abord la prise en compte de l'autre en tant que sujet singulier, porteur d'une subjectivité²⁷ propre et reconnu dans son altérité²⁸. Consécutivement, elle suppose que le sujet puisse faire preuve d'empathie. L'empathie met en jeu la capacité à ressentir et à se représenter les émotions et les sentiments pour soi et pour autrui. Elle permet d'adopter la position subjective d'autrui tout en opérant cette distinction entre soi et l'autre. Deux composantes la caractérisent : une dimension affective qui peut impliquer un partage de l'état émotionnel et la capacité cognitive d'adopter la perspective subjective de l'autre. Le dernier point concerne la reconnaissance des conséquences de ses actes sur la victime (le sujet reconnaît qu'il existe des conséquences pour la victime et il est en capacité de les nommer).

25. L'introspection désigne l'activité mentale que l'on peut décrire métaphoriquement comme l'acte de « regarder à l'intérieur » de soi : forme d'attention portée à ses propres sensations. L'introspection peut se définir comme l'accès à nos propres états et contenus mentaux, assorti d'une certaine capacité à les communiquer à autrui.

26. Dans la littérature, l'*insight* renvoie à la prise de conscience par un sujet de souffrir d'une maladie, de ses conséquences, et de la nécessité d'un traitement.

27. exemple : quelle description le sujet donne-t-il de la victime ? description individualisée *versus* un terme générique « cette femme » (Ciavaldini, et al. 1999).

28. Concept issu du champ philosophique, signifiant « le caractère de ce qui est autre », l'altérité est à envisager non seulement dans le rapport à l'autre, mais également dans le rapport de « soi à soi » (Levinas, 1995), un autre en moi dont j'ai conscience. L'altérité est subjectivité et appartenance : être moi, c'est à la fois être distinct des autres et être un des autres, différent et semblable. Autrui me décentre tout en me renvoyant à mon identité. L'altérité intervient dans le processus de constitution de l'identité subjective, comme élément qui fait advenir de la subjectivité en même temps qu'elle fait advenir de l'autre, dans un sentiment d'appartenance. Un autre différent avec des caractéristiques propres, spécifiques, mais semblable à moi.

Le niveau de reconnaissance de l'infraction

Cet axe interroge le rapport du sujet à la loi et aux normes. Ce point renvoie à la question de la transgression (acte *versus* infraction), c'est-à-dire à la conscience qu'a l'individu d'avoir enfreint les règles sociales, en référence au code pénal, mais également aux normes et valeurs propres à chaque sujet, en tant que limites structurantes. Si nul n'est censé ignorer la loi, le rapport à celle-ci du côté du système de valeurs n'est pas normé et codé. C'est un rapport de soi à soi, ou soi à l'autre ou à un groupe... en fonction de l'organisation historique d'un ensemble de valeurs qui constituent un système de référents internes. A titre d'exemple, les travaux de Polascheck et Gannon⁴⁸ mettent en avant l'existence de différentes « croyances » des AS de femmes qui peuvent entraver la reconnaissance du caractère transgressif de l'acte : « *les femmes sont des objets sexuels ; certaines personnes sont supérieures et ont le droit de combler leurs propres besoins sans égard pour ceux d'autrui ; l'excitation et le désir sexuel sont difficilement contrôlables* », etc.

Les phases pré et post-sentencielles

Ces trois axes constituent des points qui pourraient être analysés et restitués dans le cadre d'une expertise car ils sont susceptibles d'apporter des indications²⁹ pour le suivi et les prises en charge, en milieu pénitentiaire ou en ambulatoire. En phase post-sentencielle, en articulation avec la prise en compte des effets du parcours pénal sur le devenir du sujet, ces axes permettraient de repérer si ce nouveau type de rapport sous contrainte a permis au sujet de se positionner différemment par rapport à lui-même, à autrui, de mettre au travail le lien, de réintroduire – ou non – de l'altérité, moteur du sentiment de responsabilité. En lien avec les suivis et accompagnements au cours de l'exécution de la peine ou de la mesure, il serait pertinent d'élargir et de déplacer ce questionnement sur le rapport à soi, à l'autre et à la transgression. Les différents discours entendus durant ce parcours peuvent donner lieu à une forme « d'apprentissage » de la part de l'auteur.

La restitution dans la partie concernant le positionnement du sujet par rapport à son acte et dans la discussion

Les modalités d'analyse proposées pour l'histoire de vie et pour le passage peuvent être reprises ici. La restitution du positionnement du sujet devrait être réalisée de manière distincte dans la partie relative au « *positionnement du sujet par rapport à son acte* » et dans la partie relative à la discussion.

Conclusion

Pour conclure, dans le cadre d'une expertise psychologique, les propositions précédentes permettraient d'éclairer de manière processuelle (développement dans le temps) et dynamique (pluralité des dimensions en interaction) l'acte d'agression, en tenant compte des dimensions qui historiquement ont pu participer à sa construction (histoire de vie au travers de ses différentes composantes, fonctionnement de la personnalité, points de vulnérabilité, etc.), puis des dimensions qui dynamiquement participent à son actualisation et à son développement au cours du passage à l'acte.

Par ailleurs, dans la phase pré-sentencielle, ce type d'analyse est susceptible d'apporter des informations sur le risque de récidive, entendu principalement ici dans une visée *préventive* (la littérature distingue la prédiction et la prévention du risque) : à travers une description de ce qui a participé à l'actualisation de l'agression sexuelle et

29. Nous avons proposé des axes d'évaluation, mais il en existe certainement d'autres qui pourraient être utilisés.

une discussion sur les « configurations » à risque et facteurs de risque pour un sujet singulier, mais aussi sur ses potentialités d'évolution.

Lorsqu'une évaluation du risque de récidive est demandée à l'expert psychologue, en particulier en phase post-sentencielle, ces points devraient également être complétés par l'apport des données empiriques de la littérature sur les facteurs de risque et de protection (outils d'évaluation du risque de récidive et des facteurs de protection). Dans la littérature francophone, le recours à l'utilisation d'outils est encore controversée, notamment en lien avec le caractère réducteur de certains outils actuariels de première génération et avec l'usage qui a pu en être fait, donnant à penser qu'il était possible de prédire le comportement, alors que, quel que soit le mode d'évaluation, la technicité de l'expert en psychiatrie ou psychologie légale, ses compétences et son expérience, la prédiction du risque est marquée par l'incertitude et demeure fondamentalement spéculative [82].

Face au développement des outils et aux différents types d'outils existants actuellement, l'expert qui évalue le risque de récidive ne devrait plus se poser la question d'utiliser ou de ne pas utiliser les outils. Son questionnement devrait davantage se porter sur le choix de l'outil (quel outil ? et dans quel but ?) et sur la manière de l'utiliser et de l'intégrer à l'ensemble des données. Puis l'expert devrait s'interroger sur la façon de restituer les résultats de cette évaluation dans le document écrit que constitue l'expertise.

Une utilisation raisonnée des outils, prend toute sa valeur en tant qu'elle apporte des points de repère pour éviter les dérives d'une évaluation purement intuitive. Les outils de *Jugement Professionnel Structuré (JPS)*, comme les guides HCR-20 ou SVR-20 (qui évaluent les risques de violence ou de violence sexuelle) ou encore le guide SAPROF (qui évalue les facteurs de protection) offrent des perspectives intéressantes (ces outils sont utilisés dans nombre de pays en évaluation forensique dans un contexte judiciaire [83]). Ce type d'outil de *JPS* permet de proposer un niveau de risque de récidive, mais il permet également d'offrir des pistes de prévention, à travers l'analyse et l'articulation de différentes dimensions qui concourent à ce risque. Il permet de passer en revue les principaux facteurs de risque et de protection, tout en laissant de la place à une évaluation qui tient compte de la particularité du cas, restituant le pouvoir d'appréciation de l'évaluateur³⁰ en réintroduisant une pondération clinique des facteurs. L'évaluation prend en compte l'organisation singulière de ces facteurs chez un sujet (caractère idiosyncrasique) et l'ensemble des données recueillies sur le sujet [84]. De plus, la prise en compte des facteurs de protection, qui peuvent être définis comme des facteurs qui protègent contre la commission d'infractions et qui contrebalancent les risques ou les atténuent, constitue une avancée dans ce type d'évaluation³¹. Elle permet une évaluation nuancée (conforme au principe du contradictoire), qui tient compte des dimensions à risque mais aussi des potentialités du sujet et de son environnement.

En outre, différents auteurs, en particulier les créateurs des *Jugements Professionnels Structurés* (guide HCR20 ou SAPROF), recommandent l'utilisation de la *méthode du consensus* pour l'évaluation du risque de récidive. Cette méthode consiste à réaliser des évaluations à plusieurs professionnels (évaluations collégiales : deux ou trois évaluateurs), suivies d'une discussion approfondie pour parvenir à un consensus. La

30. par comparaison, aux outils dits « actuariels » où le poids de chacun des items est prédéterminé.

31. « Toute caractéristique propre à une personne, à son milieu ou à sa situation qui réduit le risque de comportement violent ultérieur ». De Vogel V, de Vries Robbé M., de Ruiter C., Bouman, YHA. Assessing protective factors in forensic psychiatric practice. Int J Forensic Ment Health 2011;10:171-177.

méthode du consensus permet de travailler *le processus d'évaluation en lui-même*, à travers la mise au jour des désaccords, en les confrontant et en les explicitant (par exemple, les sélections subjectives d'informations, la subjectivité de l'évaluateur) ; elle implique d'argumenter sur les positions prises, de partager et d'expliciter les interrogations ou les doutes sur un item (analyse, validité de l'information) ; de partager les informations liées à la rencontre et non-disponibles pour chacun, etc..

Au regard de l'importance que peut prendre cette évaluation dans les décisions judiciaires, l'évaluation du risque de récidive devrait être cliniquement et scientifiquement fondée et consistante, sans pour autant se référer à l'utilisation mécanique d'outils, mais en intégrant les jalons que proposent certains outils tels que les *JPS* à une évaluation clinique plus large, afin de restituer la richesse de la clinique tout en instaurant de la rigueur et des critères dans les évaluations.

A partir de l'ensemble des points développés dans ce rapport, le rôle du psychologue expert dans cette évaluation du risque de récidive pourrait consister dans l'explicitation d'un ensemble de dimensions/critères qui permettent d'apporter des éléments de discussion sur les possibilités de récidive et d'évolution d'un sujet. Malgré la technicisation de l'évaluation du risque, les réserves éthiques invitent à ne pas entrer dans la prédiction, trop spéculative. Sur cette question complexe, aux enjeux majeurs pour le respect des libertés individuelles et pour la protection de la société, l'expert doit être conscient de la portée de son évaluation, des limites du savoir et des limites des outils actuels.

Avant de terminer ce rapport, il semble important de revenir sur la formation des experts, dont il est question dans différents rapports [85, 86] et dans la dernière conférence de consensus sur l'expertise psychiatrique. Il s'agirait de renforcer les formations initiales universitaires au niveau psycho-légal et d'exiger des formations continues de la part des experts, afin de maintenir les connaissances en fonction de l'évolution des savoirs. Le développement de la formation pourrait également passer par la création d'espaces de transmission des «savoirs faire» professionnels (compétences), afin d'en assurer leur pérennisation. Ces espaces pourraient être des lieux de supervision des experts et en particulier des jeunes experts dans la mise en place de tutorat lors de la réalisation des premières expertises, mais également un espace pour tout expert qui en aurait besoin dans le cadre de sa pratique.

Les liens entre la pratique clinique expertale et la recherche devraient aussi être renforcés, autorisant les échanges, les transferts de savoirs et l'innovation : les cliniciens doivent être informés des avancées de la recherche et les chercheurs doivent pouvoir travailler avec les cliniciens pour élaborer de nouveaux objets de recherche en lien avec les questions psycho-légales posées par cette pratique.

Il serait également important de renforcer le dialogue entre experts et magistrats de manière à réfléchir conjointement aux missions, aux attentes et aux demandes des magistrats aux différents temps du parcours pénal.

Un dernier point que nous souhaitons aborder dans cette conclusion concerne la mobilisation des experts pour la reconnaissance du travail réalisé dans le cadre d'une expertise. L'explicitation de la démarche de réalisation d'une expertise, et encore plus concrètement, le recensement de l'ensemble des tâches réalisées pour une expertise et le temps passé à l'accomplir permettrait de reconnaître le travail effectif de l'expert. Une expertise demande un travail important, rigoureux qui n'est actuellement pas rémunéré en fonction du coût réel. Le rapport de la Commission de réflexion sur l'expertise évoque « *des rémunérations totalement décalées avec le temps néces-*

sité par ce type de missions et les responsabilités qu'elles comportent [86] ». Après avoir estimé le temps réel passé à la réalisation d'une expertise (qui peut être variable selon la complexité du cas), les experts devraient en discuter avec les magistrats et le Ministère de la Justice afin de permettre une reconnaissance financière réelle de cette activité.

Bibliographie

1. Pradel J. Les rôles respectifs du juge et du technicien dans l'administration de la preuve en matière pénale. *Institut d'études judiciaires, Puf, Paris* 1976.
2. Estano N. D'une constatation psychopathologique vers une évaluation psychocriminologique: réflexions autour d'une pratique de l'expertise pénale pré-sentencielle, une refonte nécessaire? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Vol 174: Elsevier; 2016:415-425.
3. Penin A. Quels sont les problèmes posés par l'articulation de l'examen médico-psychologique et de l'expertise psychiatrique, notamment devant la cour d'assises. *Expertise psychiatrique pénale: audition publique des 2007*;25:179-180.
4. Contandriopoulos A-P, Champagne F, Denis J-L, Avargues M. L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2000;48(6):517-539.
5. Favard-Drillaud A-M. *L'évaluation clinique en action sociale*. Pau: Erès; 1991.
6. Delacrausaz P, Moulin V. Réflexions sur le travail collégial en expertise. *Jusletter* 2015:1-10.
7. Senon J, Pascal J, Roeslini G. *A partir de l'audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale. Expertise psychiatrique pénale*. Editions John Libbery Eurotext, Paris et Fédération française de Psychiatrie; 2007.
8. Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R. La recherche qualitative. *Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur 1997.
9. Melton GB, Petrila J, Poythress NG, Slobogin C. *Psychological Evaluations for the Courts: A Handbook for Mental Health Professionals and Lawyers*. Second Edition. ed. United States of America; 1998.
10. Conroy MA. Report writing and testimony. *Applied Psychology in Criminal Justice* 2006;2(3):237-260.
11. Grisso T. Guidance for improving forensic reports: A review of common errors. *Psychiatry publications and presentations* 2010;2:103-114.
12. Wettstein RM. Quality and quality improvement in forensic mental health evaluations. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online* 2005;33(2):158-175.
13. Hoberman H, Jackson R. Forensic evaluations of sexual offenders: Principles and practices for almost all sexual offender appraisals. *Sexual Offending*: Springer; 2016:353-395.
14. Lander TD, Heilbrun K. The content and quality of forensic mental health assessment: Validation of a principles-based approach. *International Journal of Forensic Mental Health* 2009;8(2):115-121.
15. Moulin V, Palaric R. Les dangers. Autour de la notion de dangerosité. *Traité pratique de l'instruction* 2010;2:12.
16. Heilbrun K. *Principles of forensic mental health assessment*. Developing Principles of Forensic Mental Health.: Annals of the New York Academy of Sciences banner; 2001.
17. Wettstein RM. Commentary: Conceptualizing the forensic psychiatry report. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online* 2010;38(1):46-48.
18. Moulin V, Gasser J. Intérêt et limites de l'évaluation des risques de récidive d'actes illégaux. *Revue Médicale Suisse* 2012;8:1775-1780.
19. Van Gijsegem H. Balises pour une expertise psycholégale crédible devant les tribunaux. *L'expertise psycholégale: enjeux, réalité, nouvelles perspectives Paris: L'Harmattan* 2012:191-192.
20. Gasser J, Fonjallaz J. *Le juge et le psychiatre : une tension nécessaire*. Médecine et Hygiène, Chêne-Bourg - Suisse. Stämpfli Verlag AG, Bern : 223; 2017.
21. Moulin V, Gkotsi G-M, Mouchet C, Pillonel T, Gasser J, En collaboration avec Baertschi B, et, Teste B. *Enjeux éthiques de l'utilisation des données neuroscientifiques dans les expertises pénales*. Unité de Recherche en psychologie et psychiatrie légales, Institut de Psychiatrie Légale, CHUV, Lausanne.: Recherche subventionnée par l'Académie Suisse des Sciences Médicales ASSM.; 2017/02.

22. Beech AR, Ward T. The integration of etiology and risk in sexual offenders: A theoretical framework. *Aggression and Violent Behavior* 2004;10(1):31-63.
23. Lussier P. Chapitre 1-Les théories qui expliquent l'agression sexuelle de femmes. *Traité de l'agression sexuelle*: Mardaga; 2017:13-32.
24. Moulin V, Abbiati M, Azzola A, Bianchi T, Palix J, Gasser J. *Validation rétrospective des outils de jugements professionnels structurés pour l'évaluation des facteurs de protection et de risque sur une cohorte Suisse : SAPROF, HCR20, SVR20*. Unité de Recherche en psychologie et psychiatrie légales, Institut de Psychiatrie Légale, CHUV, Lausanne. 2015.
25. Moulin V, Abbiati M, Azzola A, Bianchi T, Palix J, Gasser J. *Le processus d'évaluation en consensus dans les jugements professionnels structurés*. Unité de Recherche en psychologie et psychiatrie légales, Institut de Psychiatrie Légale, CHUV, Lausanne. 2016.
26. Villerbu L-M, Lameyre X, Palaric R, Moulin V. *Les expertises psychiatriques et psychologiques au pénal : Co-construction expertale*. Centre de Recherche de l'Ecole Nationale de la Magistrature, Ministère de la Justice et Institut de Criminologie et de Sciences Humaines et Laboratoire de recherche en Cliniques Psychologiques, Psychopathologie et Criminologie (LPPC), EA 4050, Université de Rennes II.: Recherche subventionnée par le GIP «Mission de recherche Droit et Justice»; Octobre 2009.
27. Aubut J. *Théorie, évaluation et traitement. Les agresseurs sexuels*. Montréal: Éditions de la Chenelière : 328.; 1993.
28. Akohoue SA, Patel K, Adkerson ML, Rothman RL. Patients', caregivers', and providers' perceived strategies for diabetes care. *American journal of health behavior* 2015;39(3):433-440.
29. Haesevoets Y-HL. Evaluation clinique et traitement des adolescents agresseurs sexuels: de la transgression sexuelle à la stigmatisation abusive. *La psychiatrie de l'enfant* 2001;44(2):447-483.
30. Bladon B, Vizard E. A follow up study of young sexual abusers. *Young abusers project, London* 2000.
31. Milcent M. Quand les garçons abusés sexuellement deviennent des pères incestueux: Connaissances et controverses.[When sexual abused boys become incestuous fathers: Agreements and disagreements.]. *Handicap: Revue de sciences humaines et sociales* 1999;83:45-61.
32. Graham KR. The childhood victimization of sex offenders: An underestimated issue. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 1996;40(3):192-203.
33. Abbiati M, Mezzo B, Waeny-Desponds J, Minervini J, Mormont C, Gravier B. Victimization in childhood of male sex offenders: Relationship between violence experienced and subsequent offenses through discourse analysis. *Victims & Offenders* 2014;9(2):234-254.
34. Etienne G, Dahlbert L, Mercy JA, Zwi A, Lozano R. Child abuse and neglect by parents and other caregivers : Violence and injury prevention. 2003:256-261.
35. Jespersen AF, Lalumière ML, Seto MC. Sexual abuse history among adult sex offenders and non-sex offenders: A meta-analysis. *Child abuse & neglect* 2009;33(3):179-192.
36. Ciavaldini A, Choquet M. Quelles sont les données épidémiologiques concernant la maltraitance sexuelle et ses conséquences sur la santé? *Conséquences des maltraitements sexuelles* 2004:19.
37. Negroa C, Bonanno GA, Noll JC, Putnam FW, Trickett PK. Shame, humiliation, and childhood sexual abuse: Distinct contributions and emotional coherence. *Child Maltreatment* 2005;10(4):350-363.
38. Marshall WL. The role of attachment in sexual offending: An examination of preoccupied-attachment-style offending behavior. *The sex offender: Current treatment modalities and systems issues* 2002;4:3:1-38.
39. McKillop N, Smallbone S, Wortley R, Andjic I. Offenders' attachment and sexual abuse onset: A test of theoretical propositions. *Sexual Abuse* 2012;24(6):591-610.
40. Balier C, Ciavaldini A, Girard-Khayat M. *Psychopathologie des agresseurs sexuels*: Paris, Masson; 1999.
41. Moulin V. Evaluation des dysrégulations narcissiques et objectales et potentialités d'élaboration mentale chez les auteurs d'infractions sexuelles et violentes. *Psychologie clinique et projective* 2010(1):51-76.
42. Hall GCN, Hirschman R. Sexual aggression against children: A conceptual perspective of etiology. *Criminal Justice and Behavior* 1992;19(1):8-23.
43. Proulx J, Beauregard E, Lussier P, Leclerc B. *Pathways to sexual aggression*: Routledge; 2014.
44. Mann R, Beech A. Cognitive distortions, schemas, and implicit theories. *Sexual deviance: Issues and controverses* 2003:135-153.
45. Moulin V. Dynamique criminelle et vulnérabilité psychique. *L'Evolution psychiatrique* 2010;75(1):107-121.

46. Gilgun JF, Connor TM. How perpetrators view child sexual abuse. *Social Work* 1989;34(3):249-251.
47. Bonta J, Andrews DA. *The psychology of criminal conduct*. Taylor & Francis; 2016.
48. Polaschek DLL, Gannon TA. The implicit theories of rapists: What convicted offenders tell us. *Sexual Abuse* 2004;16(4):299-314.
49. Barbaree H, Marshall WL, Yates E, Lightfoot L. Alcohol intoxication and deviant sexual arousal in male social drinkers. *Behaviour Research and Therapy* 1983;21(4):365-373.
50. Cortoni F, Pham T. *Traité de l'agression sexuelle : Théories explicatives, évaluation et traitement des agresseurs sexuels*; 2017.
51. Nichols H, Molinder I. Multiphasic sex inventory manual. Tacoma, WA: Author 1984;437.
52. Cortoni F, Vanderstukken O. Chapitre 6-L'évaluation des besoins en matière de traitement. *Traité de l'agression sexuelle*: Mardaga; 2017:129-144.
53. Gee DG, Devilly GJ, Ward T. The content of sexual fantasies for sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 2004;16(4):315-331.
54. Cortoni F, Marshall WL. Sex as a coping strategy and its relationship to juvenile sexual history and intimacy in sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 2001;13(1):27-43.
55. Abracen J, Looman J, Anderson D. Alcohol and drug abuse in sexual and nonsexual violent offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 2000;12(4):263-274.
56. Hamdi NR, Knight RA. The relationships of perpetrator and victim substance use to the sexual aggression of rapists and child molesters. *Sexual Abuse* 2012;24(4):307-327.
57. Kafka MP, Hennen J. A DSM-IV Axis I comorbidity study of males (n= 120) with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 2002;14(4):349-366.
58. Brecklin LR, Ullman SE. The roles of victim and offender substance use in sexual assault outcomes. *Journal of interpersonal violence* 2010;25(8):1503-1522.
59. Fazel S, Hope T, O'Donnell I, Jacoby R. Psychiatric, demographic and personality characteristics of elderly sex offenders. *Psychological medicine* 2002;32(2):219-226.
60. Firestone P, Dixon KL, Nunes KL, Bradford JM. A comparison of incest offenders based on victim age. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online* 2005;33(2):223-232.
61. Eher R, Gruenhut C, Fruehwald S, Frottier P, Hobl B, Aigner M. A comparison between exclusively male target and female/both sexes target child molesters on psychometric variables, DSM-IV diagnoses and MTC: CM3 typology. *Journal of Psychology & Human Sexuality* 2002;13(3-4):89-102.
62. Marshall WL. Covert Association. A case Demonstration With a Child Molester. *Clinical Case Studies* 2007;6(3):218-231.
63. Marshall WL. Diagnostic problems with sexual offenders. *Sexual Offender Treatment* 2008.
64. Bogaerts S, Declercq F, Vanheule S, Palmans V. Interpersonal factors and personality disorders as discriminators between intra-familial and extra-familial child molesters. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 2005;49(1):48-62.
65. Hanson RK, Morton-Bourgon KE. The characteristics of persistent sexual offenders: a meta-analysis of recidivism studies. *Journal of consulting and clinical psychology* 2005;73(6):1154.
66. Långström N, Sjöstedt G, Grann M. Psychiatric disorders and recidivism in sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 2004;16(2):139-150.
67. Moulin V, Dupuis M. Clinique du processus de passage à l'acte criminel : mise en perspective théorique et épistémologique. *Passage à l'acte Traumatisme, résilience et effets trans-générationnels Chronique Sociale* 2014;4:53-73.
68. Marlett G, Gordon J. Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours. *Aufl, Guilford, New York, NY* 1985.
69. Moulin V, Senon J-L. Évaluation de la dynamique criminelle et des processus qui sous-tendent l'agir infractionnel dans un cadre expertal. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 2010;168(3):240-250.
70. Gassin R. Précis de criminologie. 5e éd. Paris: Dalloz 2003.
71. Kinberg O. *Les problèmes fondamentaux de la criminologie*: Editions Cujas; 1960.
72. Pithers WD, Kashima KM, Cumming GF, Beal LS, Buell MM. Relapse prevention of sexual aggression. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1988;528(1):244-260.
73. McKibben A, Proulx J, Lusignan R. Relationships between conflict, affect and deviant sexual behaviors in rapists and pedophiles. *Behaviour Research and Therapy* 1994;32(5):571-575.

74. Proulx J, McKibben A, Lusignan R. Relationships between affective components and sexual behaviors in sexual aggressors. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 1996;8(4):279-289.
75. Ward T, Hudson SM. A self-regulation model of relapse prevention. *Remaking relapse prevention with sex offenders: A sourcebook* 2000:79-101.
76. Proulx J, Beaugregard E. Les processus de passage à l'acte des agresseurs sexuels de femmes extrafamiliaux. *Cusson, M, Guay, S, Proulx, J et Cortoni, F(Éd) Traités des violences criminelles Montréal, Québec: Édition Hurtubise Inc* 2013.
77. Balier C. III—Une psychanalyse des agirs. *La violence en Abyme*: Presses Universitaires de France; 2005:63-74.
78. Ward T, Beech AR. An integrated theory of sexual offending. *Aggression and violent behavior* 2006;11(1):44-63.
79. Proulx J, Perreault C, Ouimet M. Pathways in the offending process of extrafamilial sexual child molesters. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 1999;11(2):117-129.
80. Robert P, Rey-Debove J, Rey A. *Le nouveau petit Robert: le Robert*; 1993.
81. Lewis G, Doyle M. Risk formulation: What are we doing and why? *International Journal of Forensic Mental Health* 2009;8(4):286-292.
82. Moulin V, Gasser J. Intérêt et limites de l'évaluation du risque de récidive d'actes illégaux dans les expertises psychiatriques. *Rev Med Suisse* 2012;8:1775-1780.
83. Neal TM, Grisso T. Assessment practices and expert judgment methods in forensic psychology and psychiatry: An international snapshot. *Criminal Justice and Behavior* 2014;41(12):1406-1421.
84. Hart S, Kropp P, Laws D, Klaver J, Logan C, Watt K. The Risk for Sexual Violence Protocol (RSVP). *Mental Health, Law and Policy Institute of Simon Fraser University, Pacific Psychological Assessment Corporation & British Columbia Institute Against Family Violence* 2003.
85. *Rapport de l'Académie Nationale de Médecine (ANM) et le Conseil National des Compagnies d'Experts de Justice (CNCEJ)*, 26.09.2012.
86. Autin S, Bussière, C. *Rapport de la commission de réflexion sur l'expertise. Remis au Garde des Sceaux* 2011.

Quels sont les critères pertinents pour proposer une injonction de soins ? Du point de vue de l'expert, y a-t-il des critères pour proposer la levée de la mesure ?

Pierre LAMOTHE

Psychiatre des hôpitaux, ancien chef du pôle SMD-PL, CH Le Vinatier, expert agréé par la Cour de cassation.

Introduction

L'injonction de soins (IS) est par elle-même un paradoxe dont de fait les indications seront difficiles à préciser si l'on n'en comprend pas d'abord l'esprit : elle est censée respecter la liberté de l'AVS (auteur de violences sexuelles) tout en restreignant cette liberté et en lui imposant un soin par une décision de justice analogue à une peine. Comme la contrainte civile des soins sans consentement elle a pour but de protéger la collectivité autant que de protéger l'individu lui-même et contre lui-même. Le principe du respect de la liberté du justiciable, même à l'intérieur d'une peine privative de liberté et assortie de mesures de rétorsion qui grèvent pratiquement cette liberté, conduit à s'interroger sur l'opportunité et l'efficacité d'une mesure qui paraît inapplicable et inappliquée là où précisément on la souhaiterait le plus ! Tous ceux pourtant qui ont accepté d'appliquer la loi, «clients» et effecteurs, savent que malgré tout elle peut remplir sa fonction et atteindre son but mais que thérapeutes et contrôleurs pour «atteindre» le fonctionnement de la personne soumise à l'IS se situent toujours aux frontières de la pédagogie chez des personnalités immatures et doivent d'abord accepter d'être des modèles d'identification qui «soignent» par l'exemple d'un fonctionnement moral et respectueux de l'autre. On pourrait donc dire d'emblée, même si je ne renonce pas à avancer des critères favorables et défavorables à l'indication et à la poursuite de l'IS, qu'elle est d'abord contingente à la conception qu'en ont les partenaires médecins, psychologues et judiciaires pour tout justiciable mais avant tout pour chaque justiciable en particulier qui en fait l'objet et qui doit d'abord faire l'objet d'empathie. L'IS n'est pas une intervention chirurgicale sur un malade anesthésié et dont seul un organe est visible dans le champ opératoire (encore que même dans ce cas l'empathie du chirurgien ne soit pas complètement absente même s'il se protège par une pensée elle aussi opératoire) et la bonne indication «médicale» de l'IS comme de son dénouement ou du constat de son inutilité dépendra toujours de l'idée qu'on s'en fait et qu'on se fait du condamné.

Un contexte très chaud et préoccupant

L'esprit d'une audition publique est certes de pouvoir apporter des réponses pratiques aux problèmes de l'heure mais aussi de contribuer à la réflexion permanente qui viennent rappeler que le travail des experts s'inscrit dans un contexte social et historique qui nous concerne tous et que le soin ne peut se faire, même obligé, contre et malgré la société.

Au moment où se tient cette audition publique l'actualité vient de façon très dramatique remettre l'accent sur la délinquance sexuelle comme un problème de so-

ciété majeur, interpellant à nouveau les corps constitués supposés être vigilants et intraitables quant aux conduites de leurs membres et les pouvoirs publics qui n'en ont jamais fait assez pour prévenir les crimes. La télévision et particulièrement les chaînes d'actualité permanente relaient l'excitation avec une intensité et une durée qui interrogent sur les priorités de leurs journalistes et bien sûr de leurs auditeurs c'est-à-dire de nous tous en fin de compte. D'une dramatique indifférence voire tacite tolérance des crimes et abus sexuels dans les décennies passées, notre époque est actuellement dans une attitude à nouveau préoccupante par son manque de sérénité et sa fascination « raide » face à l'inconduite des AVS. Cette fascination qui met l'emphase sur les événements au-delà de la raison et même bien au-delà de l'affectif dans le compassionnel et l'émotionnel ne doit sans doute pas être perçue seulement comme une réaction légitime face aux dégâts commis sur les victimes et indignée de notre passivité antérieure. Elle est en grande partie réactionnelle à notre propre tentation « moderne » de nous approprier les enfants devenus précieux par leur petit nombre et la quasi-certitude de les amener à l'âge adulte par notre niveau de vie et la fin de la mortalité infantile qui rendait leur survie aléatoire : quand on n'en a plus que deux, laisser l'enfant devenir ce qu'on ne voulait pas pour lui ou faire autre chose que ce que l'on lui avait prévu en référence ou en négatif de notre propre histoire est plus difficile que du temps de Montaigne qui « ne savait plus combien de petits enfants il avait perdus en bas âge » ou simplement du temps d'avant le contrôle des naissances (un terme désuet mais qui a le caractère explicite charmant du temps où on n'avait pas peur du premier degré comme depuis l'implacable mémoire des images et les réseaux sociaux). Nous devons lutter contre nous-mêmes pour éduquer en respectant, en laissant l'enfant écrire son propre « livre blanc » et du coup le pédophile ou le prédateur qui se prétend propriétaire de l'enfant et en droit d'en faire ce qu'il en veut ou même de le révéler précocement à ses propres désirs nous apparaît insupportable et même blasphémateur, ce qui n'était pas encore le cas en mai 1968 dont nous avons commémoré les 50 ans en oubliant l'émancipation sexuelle des mineurs et même des enfants qui était revendiquée par certains auteurs en vogue qui, même jugés sulfureux à l'époque, n'auraient plus droit de cité ni plus droit de citation aujourd'hui !

Un autre point important qui peut expliquer la stigmatisation du crime sexuel devenu le crime des crimes est la difficulté de s'identifier à son semblable dans une période de remise en question identitaire et de bouleversement des ordres établis clairs et stables entre générations, classes sociales et cultures, source d'inquiétude et de mise en place de défenses d'autant plus radicales et violentes que l'angoisse qui y conduit est forte. La peur de l'autre trop différent ou au contraire trop proche se manifeste souvent par la pensée qu'il est dangereux et qu'il l'est non pas individuellement mais par son caractère générique. Après l'opprobre qui frappe la liberté de penser « raciste » (il est bien entendu qu'il ne s'agit pas ici d'une inacceptable forme quelconque de conduite raciste active mais bien des préjugés contre lesquels nous sommes tous dans la nécessité de lutter dans toute situation de rencontre pour laisser sa chance à l'autre de n'être pas comme nous l'avons identifié dans notre imaginaire) simpliste mais inévitable et à dépasser, le racisme anti-pédophile vient se substituer pour le soulagement des âmes simples avec un caractère quasiment licite aux racismes « interdits », anti-homosexuels, anti-black, anti-juifs, anti-islamiste, anti-Roms etc

Cette stigmatisation consensuelle a deux effets pervers très directement anti-thérapeutiques : ils développent le sentiment d'injustice chez l'AVS qui va s'estimer trop sévèrement puni, incompris et surtout méprisé d'une façon telle qu'il ne lui reste plus qu'à disparaître ou à assumer sa condition de « monstre » par son comportement en

s'abandonnant à une politique du pire plus ou moins cynique. Mais il en sera bien souvent de même pour la victime dont la radicalisation en position de victime lui interdira de guérir du traumatisme « extrême et irréversible » que lui rabâchent ceux qui devraient l'aider au contraire à le dépasser et à vivre avec son expérience.

Petit rappel historique

L'IS s'est concrétisée en partie sur l'idée après le rapport Balier que l'encadrement et la contrainte par la loi pouvaient être la voie vers un soin nécessaire ou souhaitable pour lequel le désir du patient ne pouvait se manifester ou dont la représentation imaginaire empêchait la demande. Mais les pourparlers avec les instances ministérielles, DGS (Direction Générale de la Santé) qui avait une réalité et du pouvoir à l'époque côté santé et côté justice différents ministres puis Jacques Toubon et enfin Elisabeth Guigou, étaient déjà très engagés depuis les expériences lyonnaises au Pavillon N de l'hôpital Edouard Herriot et au CMP du SMPR dès 1981 entre médecins et magistrats autour de l'obligation de soins mal adaptée au postpénal et trop floue (« Le magistrat conduit le justiciable à la porte du médecin et l'y abandonne » disait à l'époque le haut conseiller Olivier) avec la démultiplication des soins qui préfigurait l'IS : un médecin de l'équipe acceptait d'être l'interface judiciaire et délivrait les certificats de suivi en consultation tandis qu'un autre sans contact avec le magistrat était le soignant et acceptait les aléas de la thérapie. Il ne s'agit pas ici de querelle d'antériorité pour l'inspiration de la loi de 1998 mais du rappel que la fonction de médecin coordonnateur est née autant de la nécessité de ménager le secret médical dans les exigences de l'application des peines et du contrôle judiciaire que de la théorie de la contrainte conduisant au consentement. Le médecin coordonnateur est le garant de la réalité de l'alliance thérapeutique, alors que bien souvent son rôle a dérivé vers un rôle d'expert contrôleur souvent plus moral que technique vis-à-vis duquel le thérapeute va parfois se dérober estimant sa position d'autant plus intenable que certains CPIP persistent à demander directement au médecin traitant ou au patient des certificats ou preuves de suivi nonobstant le rapport prévu du coordonnateur ! (Un guide méthodologique non officiel légitime même cette pratique d'un façon un peu ambiguë et l'audition publique pourrait être l'occasion de rappeler que ce n'est pas la loi).

Soigner utile seulement ?

Qu'est-ce que soigner un AVS après tout ? Soigner un comportement sans soigner ce qui le sous-tend n'est pas un soin. S'agit-il comme tout soin d'amener l'AVS à ne plus souffrir (alors que bien souvent il ne souffrait et ne souffre pas), à ne plus faire souffrir autour de lui (alors que lui faire assez peur serait peut-être plus ou assez efficace), à penser « correctement » selon la morale commune ? Si le résultat de la prévention de la récidive peut à la rigueur s'apprécier concrètement par l'absence de nouveau passage à l'acte (jusqu'ici ! mais la récidive peut subvenir au lendemain du compte...), comment apprécier le résultat du soin ? Par la disparition seulement des conduites à risque ou de surcroît des pensées coupables ?

Indication par excès et non-indication par défaut

Il existe de nombreux experts qui prescrivent systématiquement l'IS dans leurs conclusions par simple prise en considération de la nature des faits sans préjudice d'un étayage clinique : l'IS est à leurs yeux indiquée pour deux types de délinquants à

l'exclusion de tous les autres, ceux qui demandent les soins et ceux qui les refusent ! On pourrait justifier cette attitude par le fait que même si le patient se met en cause dans une bonne critique de lui-même et accepte ou réclame les soins, deux précautions valent mieux qu'une surtout sur la durée par rapport à un engagement peut-être fragile ou opportuniste, mais aussi à l'inverse par le fait que c'est le sens et le but même de l'IS : elle est censée conduire le patient récalcitrant vers la demande de soins à travers la rencontre obligée. Cette dernière position a été en fait plus ou moins invalidée par les recommandations en cours après les auditions précédentes qui écartent les auteurs qui nient les faits du « bénéfice » de l'IS.

Injonction de soins et risque de récurrence, la compliance

La question de l'indication de l'IS et surtout de son interruption lorsqu'elle n'est plus nécessaire voire lorsqu'elle tourne à une répétition perverse est une question qui a à voir avec la question de l'évaluation du risque de récurrence mais qui en est quand même assez différente. Le paradoxe est que le SSJ et l'IS apparaissent les plus nécessaires lorsqu'ils sont les plus difficiles à mettre en œuvre et que leurs résultats prévisibles sont les plus incertains.

Il est finalement une vérité de La Palisse que plus un délinquant sexuel est dans la culpabilité perçue, la reconnaissance de sa défaillance (de sa faute, quasiment dans un analogue avec la contrition dans la métaphysique religieuse...), l'acceptation de la sanction méritée (et rédemptrice !), moins il est nécessaire de le contraindre aux soins qu'il va réclamer et auxquels il va se soumettre. Cela d'ailleurs ne veut pas dire pour autant que l'aveu soit nécessaire même s'il est souvent retenu comme un critère positif vis-à-vis de la récurrence et de la dangerosité. Le principe même de l'injonction de soins est donc comme on l'a rappelé dans la démarche historique d'amener aux soins consentis et demandés en patient volontaire et compliant une personne qui les refuse initialement avec plus ou moins de force et de rationalité ou qui feint de s'y soumettre avec une simple « bonne volonté » sans en réalité y participer autrement que de manière formelle et superficielle. De nombreux cas de récurrence ou au mieux de litanies de séances insipides et interminables ont démontré à tous ceux qui ont l'expérience du suivi des auteurs de violences sexuelles (AVS) que le consentement n'est pas la garantie d'un progrès thérapeutique. (Il a même été démontré à l'inverse dans certaines études que la révolte contre les dispositions judiciaires et surtout contre les agents de probation, avec des relations conflictuelles ouvertes, pouvait être moins corrélée à la récurrence que la plasticité et l'apparente soumission...).

Déni et dénégation...

Les dispositions actuelles ont écarté en principe des indications d'IS les personnes accusées ou condamnées qui nient les faits, avec une certaine ambiguïté par rapport aux principes même de l'IS. Si l'on peut comprendre qu'il ne soit peut-être pas de bonne politique ou de bonne administration de gaspiller le temps précieux des médecins traitants ou psychothérapeutes dans une cause perdue et auprès d'un accusé qui refuse toute coopération par ce qu'il refuse l'accusation dont il fait l'objet, la nature du refus mérite qu'on s'y arrête et demande peut-être une appréciation clinique nuancée.

Il existe des individus pervers qui assument leur perversion et ne tirent qu'une seule leçon d'une aventure judiciaire et d'une condamnation éventuelle : la nécessité d'être

plus habile la prochaine fois pour ne pas se faire prendre et ne pas avoir à assumer les conséquences de son geste. Mais ils sont rarissimes en matière de crime sexuel alors qu'ils sont assez fréquents dans la délinquance violente psychopathique et encore plus dans la délinquance acquiescive. La plupart du temps la négation des faits (on va employer ce vocable pour ne pas encore brouiller les cartes avec déni et dénégation comme on va le voir) signifie d'abord que la personne ne se reconnaît pas dans son geste et que plutôt que risquer la mort psychique d'être obligée d'admettre ce qui lui fait tellement honte « qu'elle voudrait littéralement disparaître », elle préfère nier la réalité quasiment comme dans une mauvaise foi psychotique délirante, avec parfois un « clivage fonctionnel » (ce dernier, à la différence d'un clivage structurel, permet une économie clivée avec ses bénéfices sans exiger du moi qu'il se divise de façon permanente pour continuer à vivre) qui aboutit à ce que le sujet croie à son récit et à sa façon de voir sans être obligé d'intégrer les données de la réalité, tout au moins jusqu'à qu'elles soient incontournables sur le plan cognitif et exigeraient alors une véritable entrée dans la folie pour perdurer.

La dénégation est souvent assimilée à un mensonge délibéré, sous-tendant que le sujet sait parfaitement que ce qu'il nie est la vérité et qu'il s'en défend. Ce n'est pas le sens de mot en psychologie où en quelque sorte le sujet essaie de contraindre son interlocuteur à lire les faits en cause de la façon dont lui-même les a vécus, avec le sens qu'il leur donne même si ce n'est pas l'évidence. Il s'agirait en quelque sorte pour le dénégateur d'imposer son imaginaire : « Ce que vous croyez voir n'est pas ce que vous croyez ». Dès lors, on peut comprendre que lorsqu'il a été dépassé par les événements qui n'ont pas évolué selon ce qu'il avait prévu ou tout simplement selon son désir, un auteur de violence sexuelle ait particulièrement « à cœur » ou « à conscience » de rétablir ce qui peut être une contre-vérité pour les autres et qui est une vérité pour lui.

Je suis donc favorable à ce qu'on ne s'arrête pas systématiquement à la négation des faits. S'il s'agit d'un déni psychotique, on peut toujours essayer de soigner la psychose et s'il s'agit d'un déni de mauvaise foi ou d'une dénégation, il devrait être possible, puisqu'on y est obligé par l'IS, de se voir et de parler ensemble de « celui qui a fait ça », de ce qu'il faut en penser de ce qu'il doit peut-être éprouver etc. Ce rétablissement ou étalement d'une mentalisation autour des faits peut durer un certain temps dans ce que j'appelle une thérapie « Euclidienne » par ce qu'on est sur une parallèle à un vrai discours sur soi-même de l'AVS en parlant de « l'autre », mais qui aboutira souvent à une prise de conscience inavouable voire à la reconnaissance de ce que « l'autre » serait une meilleure personne si il était capable de reconnaître les faits.

Attention à l'idéologie de l'expert et du coordonnateur

La tonalité de certaines expertises (et plus encore des expertises d'évaluation des possibilités d'aménagement de peine que des expertises initiales) dont la plupart des éléments d'observations cliniques paraissent pourtant pertinents expriment souvent des réticences de principe qui montrent la conviction que qui a bu boira et qu'il n'y a aucune attitude possible chez l'AVS qui puisse rassurer sur son comportement à venir. S'il dit qu'il est toujours tenté et en tourment avec ses pulsions et peu sûr de lui, il va être jugé comme fragile et encore dangereux. S'il affirme avoir atteint la maîtrise de son comportement et être sûr de lui-même par ce qu'il évitera désormais toute situation à risque, il va être disqualifié comme étant dans la forfanterie de n'avoir pas compris que le danger est en lui et non dans la conjoncture extérieure. Le pire est que s'il affirme qu'il a compris combien il a fait du tort aux victimes et que désormais

ses pulsions lui font horreur il n'en sera pas quitte pour autant avec la suspicion et le doute et l'expert y verra souvent une attitude manipulatrice encore plus perverse qui relève parfois selon mon propre point de vue du « syndrome de Silberman » par analogie avec la position du Dr. Peter Silberman, personnage de criminologue des films de la série Terminator : Sarah Connor qu'il prend pour une délirante dangereuse essaie d'obtenir de lui un aménagement de sa situation de malade détenue dans une institution de haute sécurité en lui exprimant une critique de ses affirmations antérieures et en particulier de l'existence du Terminator. En réponse le Dr. Silberman referme son dossier convaincu qu'il ne faut surtout pas élargir son régime de garde en lui disant « qu'elle est encore plus dangereuse qu'il ne le pensait puisqu'elle lui dit ce qu'il veut entendre »...

Les principes du soin dans l'injonction du suivi socio-judiciaire

Ils sont indissociables de l'appréciation du progrès qui permet que l'on mette fin à la mesure ou de l'absence de progrès qui constate après un certain temps son inanité. On rappellera simplement les pires des fautes techniques : le désespoir et la blessure narcissique. Il n'est pas très sain d'établir, comme on le dit des interrogatoires avec le gentil flic empathique et le méchant flic accusateur, une espèce de duo de fait entre le méchant coordonnateur et le gentil thérapeute : « qui aime bien châtie bien », certains estiment que le bon coordonnateur est celui qui dit tout au CPIP, qui ne lâche rien et ne relâche rien de sa sévérité. J'ai eu un patient signalé au juge et réincarcéré pour un manquement de RV chez son coordonnateur sans que moi en tant que thérapeute j'en sois averti, alors qu'il s'agissait d'un masochisme auto-punitif dans une période très houleuse de réconciliation avec lui-même et que cette nouvelle peine l'a précipité dans une espèce de suicide mental dont je ne sais pas s'il sortira.

Comment soigner quelqu'un que l'on méprise ? un AVS mériterait-il que son chirurgien ne se lave pas les mains avant de l'opérer pour marquer son peu de considération pour lui ? Le ressenti le plus fréquent des AVS est qu'à travers le fichier judiciaire national automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes (FIJAVIS) comme à travers les diverses formes d'interrogatoires qu'ils subissent à chaque rencontre en post-pénal, ils sont systématiquement déconsidérés et stigmatisés, réduits à ce qu'ils ont fait et dont on pense qu'ils le feront sûrement. L'empathie ne signifie pas sympathie mais l'AVS doit être accueilli même dans la condamnation (c'en est une) que représente l'IS.

Critères cliniques d'indication d'injonction de soins (IS)

La description clinique des AVS est à la fois très simple si l'on se borne à des critères classiques de description par syndromes et très difficile si l'on adopte une clinique plus riche et plus rigoureuse qui reposerait sur la prise en compte de la dimension économique et relationnelle des comportements abusifs. Si l'on veut se placer dans la perspective du traitement, de ses possibilités et de son résultat cette seconde clinique est évidemment de beaucoup plus d'intérêt que la première. Tout autant pour orienter le patient vers l'IS et apprécier ses chances de succès et sa durée que pour orienter la stratégie thérapeutique, j'utilise une classification simple basée sur l'existence et le niveau de relation d'emprise qui permet de construire sur un élan amer et critique ou au contraire sur un élan exalté, de remobiliser une certaine passivité de celui qui subit toujours tout, de réparer le cabossé dont le geste s'est inscrit dans un contexte de disqualification où il a timidement pu profiter d'une petite emprise sur

plus faible que lui, d'exploiter le désir de parole de celui qui lutte contre sa pulsion ou se défend qu'elle soit anormale, etc.

Ce contentieux de blessure narcissique chez le délinquant sexuel qui se sent humilié et même se présente parfois comme victime de la procédure plus démolie par son aventure que la victime dont il conteste la version est souvent un excellent moyen d'aborder les faits et l'économie du sujet puis qu'on est délivré du « gel » engendré par la perspective du procès avant la condamnation définitive.

La capacité d'empathie (souvent jugée à son expression, ce qui n'est pas tout-à-fait la même chose...) est régulièrement citée comme un des critères majeurs du pronostic. Elle est très rarement une véritable empathie par identification à autrui, au semblable qui est en règle un frein efficace et constant par rapport à un passage à l'acte éventuel. Si par extraordinaire les circonstances font qu'un homme avec un surmoi achevé et une empathie mature laisse son désir aveuglément s'exprimer dans une emprise violente sur une autre personne, il sera une fois son désir assouvi dans la culpabilité, l'acceptation de sa condamnation et le retour sur lui-même pourra être médicalement accompagné mais sans nécessité d'obligation ; il est même arrivé qu'il s'excuse avec une telle conviction de restauration de sa victime qu'il soit pardonné ! Il va de soi que si dans l'après-coup il se trouve tellement étranger à son geste qu'il en fasse disparaître la preuve par un aménagement pervers de sauvegarde qui peut même aller jusqu'à un crime surajouté, c'est l'aspect pervers qui nécessite l'abord thérapeutique dans l'injonction de soins qui reste un soin de la personne et non un « soin » correction-annulation d'un acte. La pseudo empathie qui est le plus souvent rencontrée est en réalité encore abusive, maintien de la victime dans une autre représentation imaginaire de l'auteur, cette fois peut-être plus bienveillante mais tout aussi impérieuse et non négociable, qui ne lui accorde pas en réalité plus de respect et d'autonomie que l'emprise agie précédemment dans le crime. On verra par exemple cet AVS demander (exiger) la compréhension voire le pardon de la victime ou de sa famille et a minima se plaindre de sa propre souffrance dont la victime est... la cause !

Comme l'a rappelé Boris Cyrulnik ou d'autres auteurs ayant travaillé sur la mémoire traumatique, un enfant ayant vécu dans un cadre conduisant à un attachement insécure souffre d'un handicap pour identifier la source et la nature de ses émotions, y compris de ses émois sexuels qu'il va volontiers situer, au mépris de sa propre conduite, chez l'autre qui l'a « provoqué », stimulé, excité et qui devrait en répondre *in solidum* en quelque sorte. L'IS a souvent là une bonne indication d'abord de mise en mot de la souffrance puis des liens dans le psychisme que l'on peut faire avec le fonctionnement habituel de l'AVS dans la relation aux autres mais aussi à lui-même. Prendre conscience de ses failles narcissiques et les dépasser par l'estime de soi est le but de la thérapie bien avant le but de contrôler le comportement !

La richesse pulsionnelle est aussi un des éléments importants de l'appréciation d'abord de la dangerosité puis de la capacité à profiter de soins et y participer. L'auteur passif qui s'est laissé aller aux faits dans un passage à l'acte « facile » auquel il n'a pu activement résister sera aussi « facile » dans la forme de l'IS et plastique dans les exigences ou les attentes du thérapeute comme du coordonnateur ou du CPIP mais n'en intégrera pas beaucoup d'expériences mutatives de son fonctionnement. Personne pourtant ne discute l'IS en général pour ces cas où elle peut même être jugée gratifiante par rapport à beaucoup d'autres plus incertaines et qui maintiennent le soignant dans l'inquiétude et l'absence de plaisir à fonctionner dans la rencontre, luttant en permanence contre une fausse abréaction ou le discours du condamné le prend indéfiniment pour otage dans la répétition de son point de vue ou au contraire

dans la dérobadate et l'évitement permanent de la rencontre avec l'émotion de la reviviscence sans possibilité dans les deux cas de vraie mentalisation.

Les aspects conjoncturels sont aussi très importants pour poser l'indication de l'IS et il est de nombreux cas où le caractère très isolé du passage à l'acte est évident par les circonstances, l'état particulier du sujet, sa relation particulière à la victime. Par ailleurs, l'AVS peut dans ce cas-là avoir vidé d'un coup un « réservoir pulsionnel » (et non pas libidinal) qui n'aura pas le temps de se remplir à nouveau sur sa vie génitale biologique. On ne se trouve pas devant un délinquant sexuel d'orientation et susceptible de provoquer à nouveau délibérément les conditions de son premier crime mais au contraire devant une personne dont, certes, le passage à l'acte a démontré qu'elle en était capable, mais qui cependant n'a aucune chance d'en rencontrer à nouveau la situation qui l'a permis. Le principe de précaution ou la routine vont pourtant souvent la faire prescrire au mépris cette fois de l'expérience criminologique autant que de la probabilité clinique.

Malgré tout on retiendra que les indications de l'IS sont larges, piqûres de rappel de la faiblesse du condamné si on décide de forcer sa réticence voire son consentement, réassurance et soulagement de vérifier que si le thérapeute et le coordonnateur ont clairement les valeurs de la société et de la loi quant à ses actes délictueux ou criminels, ils n'ont pas pour autant pris une position de mépris ou de simple observation entomologique extérieure de sa personne.

Proposition de classification clinique à orientation thérapeutique et pronostique :

Typologie de comportement, choix d'objet :	EMPRISE FAIBLE	EMPRISE FORTE
Pervers "polymorphe" Délinquance associée	Cueillette sans censure Déviance poly-objet IS±	Pédophilie prédatrice violente Voleur récidiviste IS-
Orientation pédophile vraie	Pédophilie « Socratique » Initiation infantile IS+++	Pulsion irrésistible, Stratégie Scénario de maîtrise IS++
Sexualité opportuniste de proximité	Inceste de substitution Auteur faible, Emprise inverse par la victime IS+	Inceste tyrannique, Appropriation violente Etats hypomaniaques, harceleurs IS++
Sexualité immature, pulsionnelle	Adulte-enfant Déficiente, Complicité jeux sexuels IS++	« Tournante » adolescente, Violence « éblouissante », sadique primaire (anale, urétrales...) sans jouissance perverse spécifique à la sexualité IS+++

L'injonction de soins peut devenir le soin lui-même : orienté vers un thérapeute validé par le médecin coordonnateur, il est fréquent que le patient se retrouve assez rapidement ou en tout cas bien avant la fin de la mesure abandonné par son thérapeute pour différentes raisons, changement de pratique ou de lieu d'exercice de ce dernier du fait de la durée de l'injonction ou plus prosaïquement, ce qui est souvent le cas des CMP de la psychiatrie publique, par ce qu'en acceptant souvent du bout des lèvres ou du bout d'un certificat délivré par ce qu'il le fallait, les soins d'un patient « en bonne santé psychique », le CMP a fixé un terme précis après quelques entretiens plus ou moins évaluateurs de l'orthodoxie de la demande derrière l'obligation et qui permettront de récuser l'AVS au motif qu'il n'a pas ou plus besoin des entretiens et qu'on a

bien mieux à faire que de recevoir un homme plus ou moins gêné ou indifférent qui vient juste chercher un papier. Si le coordonnateur l'accepte, il peut avoir une vraie fonction de co-thérapeute et c'est là que se situe les meilleures potentialités de l'IS.

Qu'est-ce qu'une injonction de soins réussie ?

Mettre un terme à une IS ne signifie pas plus qu'il y a « guérison » que son instauration signifiait qu'il y avait « maladie ». La fin de l'IS est le plus souvent acceptée par le JAP lorsque le coordonnateur le demande, peut-être un peu moins quand c'est le médecin traitant qui la pose ! Mais dans mon expérience, ce qui démontre en partie le bien-fondé de son principe, elle débouche souvent sur une forme de maintien de contact, d'autant plus apprécié qu'il change de nature : soin librement consenti et demandé, souvent pour « un autre problème », relation indépendante sur une base de réalité (un patient devenu photographe qui a changé de sujets -les précédents étaient des clichés échangés sur le net- me montre ses photos de montagne), ce qui conforte l'estime de soi et le sentiment d'être libéré non pas de la peine mais du regard des autres. Mais quelques IS s'épuisent dans un marécage de pensées opératoires sans aucune mentalisation réelle. Ce sont pourtant des gens bien adaptés dans la demande du contrôle judiciaire : ils parlent facilement et à la différence de ceux qui veulent quand même comprendre leur acte (à condition qu'on cesse d'en parler !) ils sont tout-à-fait capables de répéter indéfiniment les mêmes choses, rassurant par ce qu'on n'a pas à leur faire la conversation. Ils sont appréciés dans ces curieux groupes de parole que la justice incorrigible a mis en place dans les SPIP après avoir affirmé qu'elle n'aurait pas de psychologues dépendant directement de ses services associés dans une position assimilable à des soins aux mesures de contrôle judiciaire. Si seulement ces groupes faisaient de la pédagogie rééducative voire rémédiative comme par exemple avec les diapos du Code de la Route pour le permis de conduire, les « invités » pourraient s'y sentir libres et de surcroît gratifiés par leurs bonnes notes au lieu de vivre le pensum voire le cauchemar de répéter encore et toujours ce qu'ils ont du mal à accepter ou d'entendre ceux qui les répètent complaisamment jouissant d'en éclabousser les autres sous couvert de s'en accuser !

Faut-il une expertise, ou le coordonnateur a-t-il aussi pour mission de mettre fin à sa mission ?

Il n'y a pas d'obligation pour le magistrat de faire procéder à une expertise pour estimer que l'IS n'est plus nécessaire ou n'est plus possible. Elle peut être une bonne chose si elle n'est pas dans les mêmes prémisses morales dans lesquels l'expertise pré-sentencielle peut s'enliser. Les aspects techniques en sont certes assez flous puisque comme on l'a dit on se trouve très rarement devant une pathologie objective dont, sans même parler d'évaluation, le constat serait évident et descriptible. Dès qu'on parle d'une attitude, d'une manière d'être, d'une façon de réagir, il devient très difficile d'être dans le domaine du partage de l'information et de l'échangeable avec d'autres professionnels ou « impliqués » sans donner les clés de la lecture de sa propre position d'expert ou de thérapeute. Cela suppose d'accepter sa propre subjectivité ce que beaucoup ne veulent ou ne peuvent pas faire, étant eux-mêmes dans un déni plus ou moins défensif ou grandiose de cette subjectivité.

Tout un courant de pensée accompagne une scolastique du mesurable et de l'objectivité inter-cotateur qui a frappé aussi bien la psychiatrie générale que les spécialistes de la prise en charge des AVS et qui dénonce la clinique comme étant par trop praticien-dépendante, peut-être en grande partie en réponse à un impérialisme de

la psychanalyse à son apogée il y a quinze ou vingt ans qui en était arrivée contre elle-même à une impasse théorique et pratique avec un déterminisme tout aussi abusif qu'un déterminisme biologique, déterminisme pourtant rejeté dès les débuts de la psychanalyse qui laissait le dernier mot au moi nonobstant la découverte des résurgences de l'inconscient. Les approximations des examens de ces experts, la sûreté d'eux-mêmes et les postures narcissiques dans lesquelles ils se complaisaient ont favorisé une critique qui risque de faire jeter le bébé avec l'eau du bain en rejetant l'approche nécessaire et riche de l'économie psychique dans sa dimension relationnelle lorsque l'on ne se trouve pas devant une « maladie » psychiatrique caractérisée.

Prévu pour contourner les orientations nosologiques de chaque praticien avec une description syndromique et symptomatique, le DSM (Manuel Diagnostique et Statistique de l'Association Américaine de Psychiatrie) a suscité un engouement dévastateur lorsqu'il est devenu une méthode non plus pour faire de l'épidémiologie ou de l'économie médicale et tirer des enseignements de l'observation de groupes de malades homogènes mais une étiquette opposable au patient qui incite à rechercher les critères manquants dans la clinique et soupçonner qu'ils apparaîtront s'ils sont encore cachés. C'est cet usage qui avait amené Robert Spitzer responsable de la première « task force » du DSM à la quitter puis la critiquer, notamment par ce qu'elle devenait l'outil incontournable des experts dans les procès pénaux aboutissant à un diagnostic individuel de certitude argumentée et pouvant déboucher sur une variété de « médecine basée sur la preuve » comme on l'exige dans des protocoles de soin en médecine « scientifique ».

Il convient surtout de ne pas faire le combat de trop et de poursuivre l'IS non pas simplement lorsque ou par ce que elle devient pesante mais lorsqu'elle devient anti-thérapeutique et que son maintien formel signifie qu'on a définitivement réduit le sujet condamné à son acte sans pouvoir être défini par autre chose même clivé.

En guise de conclusion

L'IS se veut une solution pragmatique à un problème de comportement humain particulièrement complexe, protéiforme, et dont on recherche à traiter la cause ou à prévenir la réalisation avant qu'elle advienne. En théorie elle ne repose pas sur une position idéologique claire qui postulerait par exemple qu'un comportement de violence sexuelle est forcément la marque d'une pathologie ou au moins d'une déviance qu'il faut corriger par le soin. La proposition de soin est, avant d'être une contrainte, une « chance » de comprendre par et pour le sujet lui-même ce qui fait que l'autre n'a pas été pris en compte dans le passage à l'acte qui en lui-même est un risque implicite de toute relation parce que dans une certaine mesure toute sexualité est violente et toute violence est sexuelle.

Comme le disait Montaigne, il existe des hommes inhumains mais ce serait l'être plus qu'eux que de leur dénier l'humanité. Si l'IS est exclusivement ou même simplement en priorité une mesure de contrainte et de punition, (ce qu'elle est malgré tout) elle restera un montage coûteux, relevant presque davantage du champ médiatique que du contrôle judiciaire et non la proposition et l'assistance à revenir dans le camp des hommes que le passage à l'acte avait fait quitter. Le soin même dans l'injonction du suivi socio-judiciaire ne peut jamais être la rencontre d'un thérapeute invulnérable et d'un homme objet qui se dérobe ou se soumet à sa merci, il n'existe que si un thérapeute vulnérable à la parole de son patient prend le risque de la rencontre avec lui et s'engage.

Quels sont les critères pertinents pour proposer une injonction de soins ? Du point de vue du juge, y a-t-il des critères pour proposer la levée de la mesure ?

Ivan GUITZ

Président de la chambre de l'application des peines et conseiller auprès de la Cour d'appel d'Agen, président de la Cour d'assises du Lot-et-Garonne.

Introduction

Mes réflexions se nourriront de mon expérience de conseiller à la cour d'appel d'Agen président de cour d'Assises, ainsi qu'assesseur à la chambre des appels correctionnels et président de la chambre de l'application des peines. J'exerce actuellement ces fonctions, après avoir été juge de l'application des peines à Bordeaux, fonctions que je vais retrouver prochainement à Bobigny.

C'est donc un président d'assises qui ne cache pas être marqué par les problématiques de ce qui se passe après le prononcé de la peine, le champ du « post-sentenciel », qui s'exprime ici.

Je précise enfin que je m'intéresse particulièrement à la problématique des soins pénalement ordonnés depuis j'ai eu le plaisir de travailler à la rédaction d'une revue³² avec le Dr Florent Cochez, expert entendu dans le cadre de cette audition publique, et d'un collègue et ami décédé depuis, Pierre Lemoussu.

Je le ferai de façon volontiers critique, voire inquiet s'agissant de l'emballement de la machine pénale en la matière. Parce que je suis attaché au dispositif d'interface médico-judiciaire qui fait toute l'originalité du dispositif mis en place en 1998, je considère qu'aujourd'hui le risque est que trop d'injonction de soins tue l'injonction de soins.

Pour un juge, les critères d'une mesure sont bien sûr avant tout les critères légaux. Je commencerai par en rappeler ce que dit la loi au stade du jugement, en insistant sur le risque de systématisme. Les critères pertinents de la mesure sont à aller chercher dans la parole de l'expert, mais la loi elle-même est peu exigeante sur ce point-là, les conclusions d'expert sont peu homogènes, et les décisions des magistrats peu motivées. La question du temps du soin et de la durée de la mesure est à elle seule problématique, et conduira à envisager les possibilités de mieux les conjuguer.

Un cadre légal extensif

Pour le juge pénal correctionnel ou criminel, le premier critère pertinent de l'injonction de soins, est celui du cadre légal permettant de la prononcer.

Au stade de la condamnation, poser la question de l'injonction de soins c'est d'abord poser celle du suivi socio-judiciaire. Je rappelle que le juge de l'application des peines peut par la suite envisager l'injonction de soins dans le cadre d'une libération conditionnelle ou d'une mesure de sûreté. La seule autre condamnation permettant de

32. « le traitement judiciaire des auteurs d'infractions sexuelles » Supplément juridique des ASH, 2010

prévoir une injonction de soins est la contrainte pénale, qui n'a pas eu le succès attendu par la réforme Taubira. Il nous est annoncé un nouveau « sursis probatoire » permettant de fusionner contrainte pénale et sursis avec mise à l'épreuve, avec option possible pour les juges entre obligation ou injonction de soins, ce qui n'est actuellement pas possible s'agissant des sursis avec mise à l'épreuve. Nous verrons bien si cela entraîne un glissement supplémentaire vers l'injonction de soins, ce qui pourrait aggraver l'encombrement du dispositif, ou si comme je le souhaite, l'option injonction ou obligation est envisagée au cas par cas, selon la pertinence de chacune de ces mesures.

En attendant, le suivi socio-judiciaire reste depuis la loi de 1998 le réceptacle privilégié de l'injonction de soins. Mais cette peine est avant tout, comme en dispose l'article 131-36-1 du code pénal une « obligation de se soumettre à des mesures de surveillance et d'assistance destinées à prévenir la récidive ».

Cette « mesure de surveillance » n'est donc, pour le magistrat, pas nécessairement abordée sous l'angle du soin. C'est avant tout une peine, qui peut être principale ou complémentaire à l'emprisonnement en matière correctionnelle, ou simplement complémentaire en matière criminelle, résultant de l'arbitrage entre les éléments de gravité des faits, les éléments de personnalité, et l'appréciation des risques de récidive, sans que la question de la nécessité du dispositif particulier de l'injonction de soins vienne nécessairement peser dans la balance de la justice.

Mais « le soin est convoqué au secours de la peine »³³, et cette l'immixtion dans le dispositif répressif apparaît satisfaire tant les courants les plus sécuritaires que les conceptions criminologiques plus humanistes dont est issue l'obligation de soins depuis le sursis avec mise à l'épreuve inventé en 1958. Le soin s'insère aujourd'hui très aisément dans la finalité de la peine définie par l'article 130-1 du code pénal, à laquelle se réfèrent les juges dans leurs décisions « *afin d'assurer la protection de la société, de prévenir la commission de nouvelles infractions et de restaurer l'équilibre social, dans le respect des intérêts de la victime, la peine a pour fonctions : 1° De sanctionner l'auteur de l'infraction ; 2° De favoriser son amendement, son insertion ou sa réinsertion* ». Si le soin n'est pas une sanction, il entre de plain-pied aujourd'hui dans les autres finalités de la peine que sont la prévention de la récidive, l'amendement et la réinsertion du condamné.

Créée dans un premier temps exclusivement pour les auteurs de violences sexuelles, la possibilité de prononcer un suivi socio-judiciaire, et donc une injonction de soins, a été étendue à beaucoup d'autres infractions, et continue à l'être régulièrement : violences conjugales, dégradations par moyens dangereux, mais aussi crimes de sang, enlèvement et séquestration, trafic d'armes... et en dernier lieu aux infractions à caractère terroriste.

Le sens initial du suivi socio-judiciaire réservé aux auteurs de violences sexuelles est de ce fait en train de se diluer. La question des critères pertinents pour prononcer une injonction de soins s'agissant du grand banditisme ou des terroristes islamistes va devoir donner lieu à des remises en cause et à des pratiques bien différentes des termes habituellement posés pour nos abuseurs sexuels. Le même dispositif, les mêmes personnes référentes – je pense en particulier aux médecins coordonnateurs – sont-elles à même de suivre utilement ces différents publics ? On peut en tout cas supposer que le caractère de surveillance après l'exécution de la peine de privation de liberté

33. Selon la formule du Dr S. Baron-Laforêt, « Guide des nouvelles obligations de soin », L'information psychiatrique 2009/8

a primé auprès du législateur, plus en tout cas que les subtilités qui nous occupent sur les critères pertinents de l'injonction de soins. Aux juges de veiller à ce que le périmètre de cette mesure reste visible et compréhensible.

Pour en revenir, et en rester dorénavant au champ des infractions de nature sexuelle, celui-ci est largement couvert par la possibilité de prononcer un suivi socio-judiciaire y compris dans tous ses développements récents liés aux usages d'internet et des réseaux sociaux, qu'il s'agisse de circulation des images pédopornographiques ou de propositions sexuelles faites à un mineur de 15 ans. Le législateur a toutefois curieusement oublié les faits qui font pourtant actuellement l'objet d'une grande attention, ceux du harcèlement et du chantage sexuel (art. 222-33 du code pénal), qui auraient une plus grande proximité avec les violences sexuelles que bien d'autres infractions pour lesquelles le dispositif du suivi socio-judiciaire a été élargi. Donc en l'état actuel, pas d'injonction de soins à envisager pour les « porcs » balancés par voie de presse ou de réseaux sociaux, s'ils font un jour l'objet d'une condamnation pour de tels faits !

Le risque de l'automatisme

Initialement, la loi de 1998 laissait au juge la possibilité d'assortir ou non ce suivi socio-judiciaire d'une injonction de soins et permettait de bien dissocier la question de ce suivi de celle de l'injonction de soins.

La loi du 10 août 2007, celle-là même qui avait instaurée les peines-planchers dans notre droit pénal, est partie d'un autre principe de systématisation, à l'opposé des principes d'individualisation de la peine : le prononcé d'un suivi socio-judiciaire emporte le prononcé d'une injonction de soins. Pour simplifier, le juge qui ne dit mot ordonne une injonction de soins. Le risque est d'ailleurs qu'il fasse de l'injonction de soins sans le savoir, comme M. Jourdain faisait de la prose.

Cette systématisation est heureusement atténuée par la mention « sauf décision contraire de la juridiction ». Ainsi, la loi ne demande pas au juge de s'expliquer sur l'injonction de soins, ni même de la préciser. Mais s'il n'en veut pas, elle lui impose de se positionner, en pratique de « dire n'y avoir lieu à injonction de soins ».

Il est toujours plus facile de se contenter de renvoyer aux principes généraux de la loi que de garder un souci d'individualisation, surtout quand la première des solutions consiste à ne rien dire, ou à renvoyer à des formules toutes faites. Les juges doivent résister à cette incitation à la paresse intellectuelle ainsi créée par ce texte.

Je dois admettre qu'en tant que président de cour d'assises, la somme d'explications à donner en cours de délibéré à des jurés déjà exténués par de longs débats est de nature à écourter celles que je devrais développer auprès d'eux sur le suivi socio-judiciaire et l'injonction de soins. Cette citation de Paul Valéry selon lequel « ce qui est simple est toujours faux. Ce qui ne l'est pas est inutilisable » m'est souvent revenue à l'esprit au cours de mes délibérés avec le jury populaire. En particulier lorsqu'il s'agit d'aborder la question de l'éventuelle peine complémentaire de suivi socio-judiciaire et de tout ce qu'elle comporte de complexité en termes de contenu, de durée, de sanction en cas de non-respect, toutes choses qui sont soumises à un vote et à une décision collégiale éclairée.

L'essentiel me paraît être que les juges, professionnels ou non, perçoivent que derrière leur décision de suivi socio-judiciaire emportant injonction de soins, dont les effets dans le temps peuvent être extrêmement longs, il y a un dispositif lourd et coûteux en moyens humains, que ce soit sur le versant personnel de justice ou sur le ver-

sant personnel soignant. Il faut en particulier mettre en évidence le caractère rare et précieux de cette interface qu'est le médecin coordonnateur, même si on a prétendu résoudre ce problème en leur permettant de passer de 30 à 60 condamnés suivis ...

A l'audience, les soins et/ou la prison

En matière de violences sexuelles, il semble exister chez beaucoup un postulat implicite qui rendrait superflu tout questionnement : la déclaration de culpabilité entraîne la nécessité de soins.

C'est du reste peu contesté à la barre du tribunal : si la culpabilité fait débat, on ne perdra pas son temps à parler de l'opportunité des soins, si elle ne fait pas débat, la demande de soins sera unanime.

La partie civile sera généralement la première à en faire la demande – particulièrement si la victime est un proche de l'auteur des faits comme c'est le cas dans la majorité des affaires.

Le ministère public soulignera à son tour son impérieuse nécessité, dans un souci de prévention de la récidive, probablement pas à la place mais à l'issue de la peine d'emprisonnement. En matière de violences sexuelles, il est rare que les réquisitions ne prévoient pas une peine en deux temps : une période de privation de liberté consécutive, suivie d'une période de suivi après la libération tout aussi longue.

Pour finir, la défense de l'accusé se résumera à dire que sa place n'est pas en prison, qu'il a besoin de soins, même si ce n'est qu'un argument utilitaire pour échapper à la sévérité des juges en matière d'incarcération. Pour éviter la confusion des rôles, il y a parfois lieu pour le juge de rappeler à ceux répétant à la barre de façon incantatoire « J'ai besoin de me faire soigner » qu'ils ne sont pas au secrétariat d'un cabinet médical.

La demande de soins lors du jugement peut en effet être particulièrement mystificatrice. Les juridictions correctionnelles voient ainsi défiler des dealers se faisant passer pour toxicomanes, alors que rien n'est moins sûr, et plaider à cet effet une obligation de soins. Une fois la condamnation définitive, ils tiennent naturellement le discours contraire devant le juge de l'application des peines ou le service pénitentiaire d'insertion et de probation qui leur demandent les attestations de soins.

En matière de violences sexuelles, j'ai la faiblesse de penser que la demande de soins devant le tribunal est plus authentique, qu'il n'y a pas un auteur de violences sexuelles plaidant coupable qui ne ressent pas *a minima* le besoin d'une aide pour que sa sexualité ne le conduise plus devant la justice pénale.

L'argument « plus de soins pour moins de prison » reste un enjeu des soins pénalement obligés. Nous sommes dans un pays où les viols constituent près de la moitié des crimes ayant donné lieu à condamnation (1 300 viols représentant 42,2 % des condamnations en 2016), avec une durée moyenne de 13,3 années d'incarcération³⁴, ce qui est largement supérieur aux moyennes européennes.

Il existe de nombreuses incitations aux soins en détention pour les détenus ayant fait l'objet d'un suivi socio-judiciaire avec injonction de soins, c'est en tout cas ce qui est voulu par les textes, même si la réalité d'un dispositif de soins adapté en détention est une autre affaire. Je doute toutefois que ce soit au stade de la condamnation un élément déterminant pour prononcer une injonction de soins. La qualification de faits

34. http://www.justice.gouv.fr/art_pix/stat_condamnations2016.pdf

de nature sexuelle permet *a priori* suffisamment de « cibler » les détenus condamnés pour cela, que ce soit par l'administration pénitentiaire ou comme on le sait, pour leur malheur, par leurs co-détenus.

La perception de l'injonction de soins n'est pas univoque chez les magistrats comme chez tout citoyen, elle peut également différer selon le profil des prévenus ou des accusés. On peut parfois considérer que la prison et les soins, c'est comme la ceinture et les bretelles, avec une double sécurité contre la récidive dans et hors les murs et la tentation d'un contrôle maximum.

Mais une peine moins désocialisante, un enfermement moins long, que ce soit au moment de son prononcé ou à la faveur d'un aménagement de peine, cela fait bien partie du gain que l'on peut légitimement attendre de la mesure d'injonction de soins.

En ma qualité de président d'assises, j'ai plutôt eu le sentiment que les questionnements des jurés sur le suivi socio-judiciaire et l'injonction de soins, en particulier lorsqu'ils étaient sidérés par la gravité des faits, leur permettait plus facilement d'appréhender la sanction pénale comme autre chose qu'une mise à l'écart définitive.

Questions aux experts

Un des mérites de l'injonction de soins par rapport à l'obligation de soins, c'est de rendre obligatoire l'avis préalable d'un médecin-expert de nature à éclairer les juges sur une quelconque indication de soins. En s'y référant, ceux qui vont intervenir en amont de la décision de condamnation peuvent ainsi trouver les réponses qui leur manquent bien souvent dans une simple obligation pour comprendre ce qui a pu conduire des juges à ainsi se faire prescripteurs.

Mais les deux questions telles qu'elles sont prévues par la loi à l'expert peuvent laisser dans un flou très artistique les critères de la décision judiciaire.

Première question, l'article 131-36-4 du code de procédure pénale prévoit que la personne condamnée peut faire l'objet d'une injonction de soins « *s'il est établi qu'elle est susceptible de faire l'objet d'un traitement, après une expertise médicale ordonnée conformément aux dispositions du code de procédure pénale* ».

Il faut déjà être clair sur ce qu'est un « traitement ». J'espère que les personnels soignants ne me démentiront pas en considérant que c'est l'équivalent d'une thérapie. Le traitement peut être de multiples sortes, de l'entretien avec un professionnel de santé, que l'on peut qualifier de psychothérapeutique, au traitement médicamenteux, avec bien sûr, parmi bien d'autres, le fameux traitement inhibiteur de libido, sur lequel le législateur s'est curieusement focalisé³⁵. Ce traitement peut être préventif, curatif, ou simplement palliatif, visant alors à en soulager les symptômes sans nécessairement combattre le mal.

Quel condamné serait alors insusceptible de bénéficier d'un de ces traitements ?

Faut-il que l'expert ait identifié une pathologie pour en faire l'objet ? A ce moment-là seuls les auteurs de violences sexuelles ayant fait l'objet d'un diagnostic de trouble mental répertorié dans la classification du DSM ou de la CIM pourraient faire l'objet d'un traitement ?

35. Notamment dans l'article 706-47-1 du code de procédure pénale «Lorsqu'une injonction de soins est ordonnée, le médecin traitant peut prescrire un traitement inhibiteur de libido conformément à l'article L. 3711-3 du code de la santé publique ».

C'est, il me semble, la réponse la plus rigoureuse quant à la notion de traitement. C'est ainsi que j'ai considéré le type de conclusions d'experts psychiatres pour des accusés de viol que j'ai eu à juger telles que :

« nous le considérons comme adapté et adaptable et la question de sa curabilité ne se pose pas dans la mesure où il ne présente ni trouble mental, ni trouble de la personnalité »,

ou

« en l'état le sujet ne nécessite pas de soins spécifiques, et tant sa personne que les faits s'ils sont établis, ne relèvent pas obligatoirement d'un soin. Une injonction de soins dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire s'avère sans objet. »

En pratique, au vu de telles conclusions, l'injonction de soins n'a même pas été discutée au cours de l'audience.

Pourtant d'autres conceptions de cette périphrase (« susceptible de faire l'objet d'un traitement ») pourraient être admises. Un professeur de droit renommé a ainsi pu justifier le « droit de veto » ainsi donné par la loi au médecin expert « car il existe des personnalités rebelles ou sournoises sur lesquelles il serait inutile d'entreprendre une thérapie »³⁶.

Même si le caractère d'opposition, véhémence ou « sournoise » à tout ce qui ressemble à du soin doit nécessairement être pris en compte dans la décision, en particulier sur la durée de la mesure, je ne pense pas qu'il s'agisse là d'une contre-indication générale à l'injonction de soins, qui par définition relève d'une forme de contrainte (*cf infra sur le déni*).

Bien que la loi ne le leur impose pas, les juges d'instruction peuvent - et à mon avis doivent - poser au médecin expert la question des propositions thérapeutiques au moins initiales justifiant un « traitement ». S'il elle n'est pas explicite, les experts devraient le développer dans leur expertise, malheureusement trop axée aujourd'hui sur les questions de l'altération ou l'abolition du discernement et de la dangerosité psychiatrique et/ou criminologique.

Reste à évaluer la seconde question à l'expert retenue par l'article 706-47-1 du code de procédure en matière de violences sexuelles : « Les personnes poursuivies pour l'une des infractions mentionnées à l'article 706-47 du présent code doivent être soumises, avant tout jugement au fond, à une expertise médicale. L'expert est interrogé sur l'opportunité d'une injonction de soins. »

Mais que veut dire opportun ? *Opportun, opportune, adjectif du latin opportunus, qui conduit au port, qui convient au temps, aux lieux, aux circonstances, qui survient à propos : Le moment opportun pour agir.*³⁷

Comment l'injonction de soins pourrait ainsi « conduire au port » l'auteur de violences sexuelles ainsi expertisé ? Vaste question qui permet une gamme infinie de réponses. En voilà quelques exemples trouvés pour certains accusés dans mes récents dossiers d'assises :

- la poursuite d'un traitement antipsychotique ou neuroleptique d'action prolongée apparaît impérative.
- Un soutien psychologique, déjà prescrit, est nécessaire sur une longue durée.

36. Droit pénal n° 10, Octobre 2007, étude 20 Le plancher et le thérapeute - - Commentaire de la loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs, Etude par Jacques-Henri ROBERT Professeur à l'Université Paris II - Directeur de l'Institut de criminologie. 101

37. <http://www.larousse.fr/dictionnaires>

Le sujet est hostile à tout traitement psychotrope :

- Il relève de soins, non spécifiques des faits qui lui sont reprochés, mais concernant l'état anxio-dépressif accompagnant la procédure.
- il devrait pouvoir bénéficier d'un suivi psychologique, susceptible de vaincre sa réticence ; aborder un fonctionnement psychique contracté ; aborder les faits, la sexualité en général, de l'intéressé ; envisager ses rapports avec le monde social qui l'environne, au sortir de périodes traumatiques,
- un suivi psychologique dans le cadre de la loi est nécessaire sans être fortement suffisant. L'hypothèse d'un inhibiteur de la libido pourrait à terme être discutée.
- M. a évoqué un besoin de soutien mais n'a pas fait de démarche en ce sens. Un soutien psychologique limité dans le temps peut lui permettre de faire le point sur des souffrances familiales anciennes.

...

On voit que l'opportunité de l'injonction peut s'apprécier aussi bien en relation avec la dangerosité criminologique supposée, qu'en termes de « confort » pour l'accusé par rapport aux souffrances ressenties du fait de pulsions sexuelles mal maîtrisées, ou simplement de sa situation pénale anxiogène vécue, particulièrement pendant la durée de la détention provisoire.

La question de la dangerosité criminologique est sans doute celle qui suscite légitimement le plus d'attention. Les experts sont d'ailleurs très sollicités pour apporter des réponses là-dessus, mais sans que celles-ci soient explicitement mises en relation avec la question des soins. La notion de l'opportunité de l'injonction de soins à ce stade de la procédure est bien moins ciblée et ça me paraît regrettable.

C'est notamment une grande différence avec ce qui pourra être demandé, de façon très explicite à l'expert en cours d'exécution de la peine d'incarcération, au sujet d'une éventuelle mesure de surveillance judiciaire, des personnes dangereuses. Dans ce cas « le risque de récidive (...) doit être constaté par une expertise médicale ordonnée par le juge de l'application des peines (...) et dont la conclusion fait apparaître la dangerosité du condamné et détermine si le condamné est susceptible de faire l'objet d'un traitement ».

On voit ainsi donc qu'au stade de l'audience, le critère prévu de l'opportunité peut laisser libre cours à de nombreuses interprétations.

Des motivations indigentes sur l'injonction de soins

Les praticiens de l'injonction de soins, sont sans doute très frustrés de ne trouver dans les décisions de condamnation aucun motif, ou au mieux quelques formules très sommaires sur le pourquoi de cette mesure qu'il sont chargés de mettre en musique sur la durée. Ce devrait pourtant être un support permettant de définir la « commande judiciaire », et cadrer l'objet au moins initial de la mesure.

En matière correctionnelle, il faut savoir que le rythme et la charge des audiences ne permet pas aux juges de motiver, comme ils le devraient, l'ensemble de leurs décisions. De fait, sauf exceptions, ils ne motivent que les décisions frappées d'appel. La plupart des motivations correctionnelles disponibles sont donc celles qui sont rédigées pour ou par les cours d'appel. Et lorsque c'est la cour d'appel qui statue, sa motivation est souvent plus destinée à la Cour de cassation, dont il faut éviter la sanction, qu'à ceux qui sont chargés de l'exécution de la peine.

Encore faudrait-il que ces motivations, souvent très précises et détaillées sur la culpabilité, particulièrement si elle est contestée ou minimisée, le soient autant pour le choix de la peine.

La loi prévoit un certain nombre d'exercices obligés en termes de motivation de la peine, en particulier si une peine privative de liberté est prononcée. Pour la motivation de l'injonction de soins pour les auteurs de violences sexuelles, elle ne prévoit rien d'autre que les réponses aux questions susmentionnées posées à l'expert.

Devant la cour d'assises, les choses sont pires, s'agissant de l'indigence de la motivation de l'injonction de soins. Les choses pourraient toutefois être en train de changer.

Petit rappel historique : partant du postulat d'une justice populaire reposant sur l'intime conviction de la cour et du jury, les décisions de cour d'assises n'avaient pas à être motivées depuis leur création et jusqu'en 2012. Mais la motivation ne portait que sur la culpabilité, la cour de cassation censurant les cours d'assises ayant eu l'audace de motiver la peine.

Il a fallu la décision toute récente du Conseil Constitutionnel du 3 mars 2018 pour dire que les cours d'assises, qui devaient déjà motiver leur décision sur la culpabilité depuis 2012, devaient également motiver la peine. Cela peut dorénavant permettre de donner quelques indications sur l'« opportunité » de l'injonction de soins telle qu'elle a pu résulter des débats devant la cour. Encore peut-on craindre que l'exercice de motivation déjà sommaire de l'injonction de soins en matière correctionnelle ne reste le plus souvent que très formelle par la cour d'assises.

Les éléments de nature à renseigner sur le pourquoi de l'injonction de soins figurent en principe dans les expertises psychiatrique et psychologique ordonnées par le juge d'instruction. Mais celles-ci, en matière criminelle, datent souvent de plusieurs années avant l'audience de jugement, parfois trois ou quatre ans avant, notamment en cas d'expertise ordonnée en début d'instruction pour un jugement en cour d'assises d'appel. Ce délai est d'autant plus important si l'accusé a été remis en liberté en attendant son jugement, les priorités d'audience étant pour les accusés détenus. Pendant ces années, on ignore les effets de l'obligation de soins assortissant éventuellement le contrôle judiciaire pour les libres, ou des soins mis en place au cours de la détention provisoire. A défaut de dispositif d'interface avant jugement, ces soins obligés ne peuvent faire l'objet que d'attestations de présence de nature à justifier qu'ils ont bien été mis en place, à l'exclusion de toute indication qualitative. Les choses ont pourtant pu évoluer, y compris au cours de l'audience de la cour d'assises, en particulier sur le positionnement de l'accusé par rapport aux faits : ceux qui pouvaient ne pas être reconnus lors de l'expertise vont l'être devant la cour d'assises, ou au contraire l'accusé passera au registre du déni après avoir reconnu initialement les faits. Ce n'est pas sans importance sur l'indication de soins. Mais il est bien rare que l'expert soit à nouveau mandaté pour réexaminer l'accusé peu avant l'audience au cours de laquelle va être appréciée l'opportunité de cette injonction de soins.

Les débats devant la cour d'assises, au cours duquel l'expert est cité à comparaître, peut toutefois être l'occasion d'un véritable débat avec lui sur cette indication de soins, en faisant état des dernières évolutions du dossier, si l'on veut bien ne pas s'en tenir au compte-rendu un peu formel du rapport écrit.

Il n'en reste pas moins que tous ceux qui n'y assistent pas et n'interviennent qu'en exécution de la décision, juges de l'application des peines, conseillers d'insertion et de probation, médecins coordonnateurs, médecins et psychologues traitants, doivent faire cet exercice largement divinatoire du pourquoi de l'injonction de soins.

Ne pas galvauder l'injonction de soins

Il est difficile de généraliser à partir de « vignettes cliniques » forcément réductrices sur l'utilité ou non d'une injonction de soins. Même si on peut donner du sens à toute chose, on peut douter de la nécessité d'un tel suivi pour des faits de viol commis il y a des années par un grand-père sur sa petite fille, grand-père dont l'espérance de vie résiduelle est déjà inférieure à la peine de réclusion criminelle prononcée. A l'autre bout de la chaîne des âges une injonction de soins pour des faits d'agression sexuelle entre mineurs de moins de 15 ans qui relèvent de pratiques initiatiques et de poussées de testostérone adolescentes ne me paraît forcément indispensable, en tout cas lorsqu'ils ont atteint lors du jugement une sexualité adulte qui ne suscite pas d'inquiétude particulière. Et que dire de l'utilité du médecin coordonnateur et de ses rapports réguliers au juge de l'application des peines pour le concubin qui aura franchi la « zone grise du consentement » au cours d'une séparation mal vécue avec une compagne dont il a depuis fait le deuil ...

Il faut là aussi résister à la dérive de transformer le suivi socio-judiciaire assorti d'une injonction de soins en « forêt de parapluies », au risque de masquer l'attention impérative à porter à certains profils. Il faut que l'investissement que cela représente soit mis en perspective des spécificités du dispositif.

Je n'ai pas trouvé de chiffre actualisé de la proportion des injonctions de soins qui assortissent les suivis socio-judiciaires prononcés. Une étude de 2013 indique toutefois que dans le cadre du suivi socio-judiciaire « *l'injonction de soins était en 2007 l'obligation la plus fréquemment prononcée, puisqu'elle touchait 59 % des condamnés à un suivi socio-judiciaire, soit 77 % des criminels et 46 % des condamnés pour délit. Ces parts varient selon les circonstances de l'infraction. Chez les criminels, elle passe de 70 % en cas de viol sans circonstance aggravante, à 77 % en cas de viol par ascendant ou personne ayant autorité et à 83 % en cas de viol sur mineur de 15 ans commis par un ascendant ou une personne exerçant une autorité sur la victime* »³⁸.

On peut légitimement supposer que depuis, avec la systématisation de l'injonction de soins à défaut de mention contraire, le taux d'injonction de soins n'a fait que progresser.

Le risque est de réduire l'injonction de soins à une excoissance du suivi socio-judiciaire, lui-même simple contrôle social après la libération, avec l'idée que même si l'utilité de la mesure n'est pas clairement identifiée, celle-ci, en tout état de cause, ne pourra pas « faire de mal » à l'intéressé.

Le dilemme n'est en effet pas nécessairement entre soins obligés ou pas. Le suivi socio-judiciaire permet en effet de prononcer une simple obligation de soins. Idéalement, avant d'en arriver à ordonner une injonction de soins, il faudrait que des préalables soient ainsi examinés, et que l'injonction réponde à un principe de subsidiarité : des soins sont-ils nécessaires ? Dans l'affirmative doivent-ils être pénalement ordonnés ? Et dans ce cas une obligation de soins est-elle ou non suffisante ?

Malheureusement, dans la mesure où la loi tend à automatiser l'injonction de soins, il ne peut être reproché aux juges de brûler les étapes du raisonnement.

Toujours est-il que dès lors que la mention « obligation » figure dans le dispositif de la décision de condamnation, le juge de l'application des peines l'entend bien ainsi, et ne met pas en place d'injonction. Il a toutefois le pouvoir d'en ordonner une lui-même ultérieurement, s'il estime qu'une simple obligation n'est pas suffisante, mais

38. INFOSTAT JUSTICE février 2013 n°121

c'est une procédure lourde : il lui appartient en effet d'ordonner une nouvelle expertise psychiatrique et de rendre une nouvelle décision après avoir tenu une audience.

J'ai eu comme juge de l'application des peines des doutes sur la réelle volonté de la juridiction de condamnation d'avoir voulu privilégier une obligation ou une injonction. J'ose ajouter que de nombreux magistrats professionnels ont une connaissance toute relative du dispositif spécifique d'interface de l'injonction de soins, lequel devrait être la meilleure raison pour choisir le meilleur cadre de soins pénalement ordonné. Les échanges entre magistrats et CRIAVS conservent à cet égard une importance pédagogique toujours d'actualité.

Eviter la confusion des compétences

Un autre risque de la méconnaissance du dispositif est que les juridictions de condamnation – correctionnelles ou criminelles – s'immiscent dans la nature des soins nécessaires, et utilisent l'injonction à cette fin.

La loi de 1998 avait veillé à respecter un savant équilibre entre les principes du secret, médical, du libre choix du patient, du consentement aux soins d'une part, et l'information de l'autorité judiciaire et possibilité d'orientation vers un médecin ou psychologue traitant d'autre part.

Malheureusement, compte-tenu des précisions que la loi a cru bon d'apporter en particulier sur la prescription d'un traitement inhibiteur de libido, lequel s'inscrit dans une conception de plus en plus sécuritaire du soin, tout cela peut conduire la juridiction de condamnation à aller bien au-delà de son rôle.

Il faut rappeler, aimablement mais fermement, aux juges que le choix du traitement psychothérapeutique et/ou médicamenteux ne relève que du champ médical.

La juridiction de condamnation pas plus que le juge de l'application des peines n'a en effet pas à se prononcer sur tel ou tel type de traitement, ni même à prévoir la production de tels ou tels types de documents médicaux (je pense en particulier aux analyses biologiques que certains juges de l'application des peines exigent dans le cadre tant d'obligations que d'injonctions de soins en matière de problématiques addictives).

Le seul pouvoir du juge de l'application des peines dans le cadre de l'injonction de soins est bien celui d'orientation vers un médecin ou psychologue traitant, et encore sur avis du médecin coordonnateur, et donc par ce biais-là, sur la nature éventuelle du traitement. Lui seul, et non la juridiction de jugement, peut proposer un traitement pendant la durée de la détention - y compris le fameux traitement inhibiteur de libido, selon la formule malheureuse de l'art. 717-1 du code de procédure pénale issu de la loi du 27 mars 2012 - si un médecin estime que le condamné peut en faire l'objet.

Une des questions légitimes est de savoir si les juges, sans se prononcer sur le traitement, peuvent orienter la prise en charge par des mentions entre parenthèses ajoutées dans le dispositif de la décision ou le procès-verbal de notification du type « soins psychiatriques ou psychologiques, soins en addictologie ... ». Je pense, pour ma part, important d'éviter dans la décision de condamnation tout ce qui peut figer la prise en charge, d'autant plus que celle-ci va être sur une longue durée. Et puis n'est-ce pas tout de même, d'une certaine façon, se prononcer sur le traitement que d'apporter ce type de mention ?

La question du déni

Le condamné dans le déni est celui qui persiste à se dire innocent d'un crime ou d'un délit dont il a été définitivement déclaré coupable. Je me situe bien dans la notion de vérité judiciaire, en ayant conscience que ce n'est pas la vérité tout court, et encore moins la vérité subjective du condamné.

On en revient tout d'abord à la question de l'expertise. Il est clair que si celui-ci indique que la non-reconnaissance des faits ne permet pas de se prononcer sur l'injonction de soins, la question tourne court pour la juridiction de condamnation.

C'est ce que j'ai vu au cours de recherches s'agissant d'une décision de la cour d'assises de Rouen ³⁹.

« La négation des faits par le sujet avait amené l'expert à considérer qu'il ne pouvait aller plus avant dans sa mission, notamment répondre à la question relative à l'injonction de soins, il relevait cependant que Ludovic M. était un sujet déjà connu pour ses conduites perverses anciennes et itératives (...) L'expert psychiatre ayant expressément indiqué ne pas pouvoir formuler d'avis sur l'opportunité d'une injonction de soins, la Cour ne peut en l'état sur le fondement de l'article 131-36-4 du code pénal prononcer une injonction de soins dans le cadre du suivi socio-judiciaire ».

On sent bien à travers cette motivation que la cour a été agacée de cette position de l'expert qui l'empêchait de se prononcer sur l'opportunité d'une injonction de soins.

Je vois généralement dans les expertises des formules plus ouvertes, du genre « si les faits étaient constitués ... » ce qui permet à la cour d'assises de prendre elle-même ses responsabilités.

Mais qu'est-ce qui est le plus nié en matière de viol ? S'il s'agit de faits qui viennent de se produire, rarement, grâce à la magie de l'ADN, le rapport sexuel lui-même, mais l'absence de consentement. En la matière, le travail de reconnaissance des faits est un chemin tortueux, qui ne pourra parfois commencer qu'avec la déclaration de culpabilité prononcée par la cour d'assises. Le sentiment de culpabilité pourra s'exprimer à l'audience, il lui faudra souvent plus de temps pour qu'elle émerge, avec d'ailleurs des risques suicidaires qui mériteront une prise en charge.

Pour arriver à être accessible à la souffrance dont on a été la cause, tout en évitant un complet effondrement, un accompagnement est nécessaire, bien au-delà de l'audience. A cet égard, les soins me semblent complémentaires, voir préalables à d'autres types de prises en charge de type justice restaurative ... sachant que je n'irai pas plus loin dans la comparaison des deux démarches.

Reste que le « déclic » espéré par la rencontre d'un thérapeute se produira ou pas, sans forcément que la juridiction de jugement ne puisse l'anticiper.

Beaucoup de débats théoriques là-dessus entre écoles de pensée⁴⁰, une réponse pragmatique au cas par cas, en fonction de chaque personnalité, est à recommander. Si le sujet ne présente aucune aspérité sur laquelle le soin puisse s'accrocher, s'il n'existe aucune demande, même implicite, d'être aidé à surmonter un mal-être, s'il ne présente aucune perspective d'évolution laissant espérer l'émergence d'une forme minimale d'adhésion aux soins, je ne vois pas vraiment l'intérêt de l'injonction de soins.

39. Cour d'appel, Rouen, Chambre correctionnelle, 13 Février 2008 – n° 07/00158

40. Voir « la violence sexuelle, approche psycho-criminologique » sous la direction de Roland Coutanceau, Joanna Smith, Dunod, 2010, p. 127 et s.

C'est notamment le problème des personnalités paranoïaques, que l'on retrouve fréquemment devant les juges et qui sont par définition tant dans le déni de l'infraction que dans le déni de leur pathologie... les obligations ou injonctions de soins sont tout aussi largement ordonnées que les chances de guérison sont minces. Je me pose toujours la question de la nécessité d'encombrer les salles d'attentes de médecins, d'infirmiers ou de psychologues avec ces personnalités particulièrement pénibles, qui n'ont et n'auront aucune demande de soins. Mais j'ai cru comprendre que des traitements neuroleptiques pouvaient avoir un effet tout à fait conséquent d'atténuation des troubles. Sans doute là comme ailleurs il faut se méfier de ses représentations générales. Individualisons ...

La question de la durée de l'injonction de soins

A la différence de la détention provisoire qui s'impute sur la durée de privation de liberté prononcée par la juridiction de condamnation, les soins entrepris avant jugement ne s'imputent pas sur la durée du suivi socio-judiciaire, et donc sur la durée d'une injonction de soins. J'ai dû l'expliquer comme juge de l'application des peines à un condamné qui était assez légitimement persuadé du contraire... pourtant, des soins entrepris en maison d'arrêt et poursuivis ensuite dans le cadre du contrôle judiciaire, vu les délais d'audience dans certains ressorts de cour d'assises, d'autant plus s'il y a appel, peuvent totaliser des années de suivi⁴¹.

Ne s'est-il rien passé au cours de ces mois et de ces années ? Ce suivi pré-sentenciel est-il indifférent à la durée des soins post-sentenciels qui apparaissent opportuns lors du jugement ? Y a-t-il vraiment encore des choses utiles à explorer pour comprendre le passage à l'acte et pour éviter la récidive ?

La difficulté est qu'aucune interface n'est prévue dans la phase pré-sentencielle, qu'aucun médecin coordonnateur ne peut donner d'avis sur l'investissement dans les soins du prévenu ou de l'accusé, ni sur l'opportunité de poursuivre tel ou tel traitement. Une expertise psychiatrique de « fin de parcours » serait donc tout-à-fait souhaitable lorsque plusieurs années se sont écoulées entre l'expertise – en général la seule – qui figure dans un dossier criminel, et l'audience.

Quoi qu'il en soit, la loi prévoit des durées maximales considérables de suivi socio-judiciaire : 10 ans pour un délit, pouvant être portés à 20 ans « par décision spécialement motivée » et des durées de 20 ans, 30 ans voire perpétuelle, calquées sur la durée des peines de réclusion encourues en matière criminelle.

Il est dommage de ne pouvoir, à ce stade du jugement, dissocier la durée du suivi socio-judiciaire, qui après tout peut très bien s'entendre sur une longue durée compte tenu de profils criminologiques inquiétants, et celle de l'injonction de soins initiale. Une injonction du tiers ou de la moitié de la durée d'un suivi socio-judiciaire supérieur ou égal à 10 ans, avec possibilité de prolongation après avis de l'expert, voire du médecin coordonnateur, pourrait ainsi être une piste de réflexion.

Quel peut en effet être l'objectif du soin sur une telle durée, sachant que le point de départ, lié à la libération, est déjà généralement bien lointain en matière criminelle, et qu'il fera suite de longues années de détention assorties d'incitations aux soins ?

41. En 2016, au terme d'une instruction **d'une durée moyenne de 29 mois**, 38 % des mis en examen pour viol ont été renvoyés devant une cour d'assises, 13 % devant un tribunal pour enfants et 15 % ont bénéficié d'un non-lieu s'agissant de la qualification de viol mais ont été renvoyés devant un tribunal correctionnel pour une autre infraction, le plus souvent une agression sexuelle. Enfin 34 % ont bénéficié d'un non-lieu total. http://www.justice.gouv.fr/art_pix/stat_infostat_160.pdf

Pourtant, le succès actuel des thérapies dites « brèves » qui semblent prendre le pas sur les longues psychanalyses ne devrait pas pousser à de telles durées... Mais on peut penser qu'envisager des durées de 10 ans et plus pour une injonction ne relève pas d'une perspective de traitements curatifs.

Je rappelle au cours de mes délibérés que c'est un maximum que fixe la loi et que pas plus que pour la réclusion criminelle, la peine la plus efficace n'est pas nécessairement la plus longue.

J'ai conscience que les établissements pour peines regorgent actuellement de condamnés à des peines criminelles assorties de suivi socio-judiciaire avec injonction de soins dont la durée se compte par décennies, lesquelles devront démarrer à leur libération plus ou moins lointaine. Sachant que j'aurai pris ma retraite, j'avoue éprouver un certain sentiment de culpabilité envers les générations futures de juge de l'application des peines, de conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation et des personnels soignants à qui ma génération laissera cet encombrant héritage.

Mais je crains aussi que d'insupportables faits divers comme celui tout récent du meurtre de la jeune Angélique, par un homme ayant commis des faits de viol sur une victime du même âge 24 ans plus tôt ne renforcent l'illusion que plus longue sera la durée d'une mesure de suivi, plus la société sera prémunie contre la récidive.

Des critères pour lever la mesure ?

La solution pourrait être effectivement de considérer que le tribunal correctionnel ou la cour d'assises prononcent une durée délibérément longue, voire maximale, et que le juge de l'application des peines puisse à tout moment lever cette mesure lorsqu'elle ne paraîtra plus « opportune » pour reprendre les termes de l'indication actuelle de l'injonction de soins.

Systématiser cette solution serait toutefois contraire au principe d'individualisation de la peine, qui s'impose au juge dès son prononcé. Le suivi socio-judiciaire étant une peine, il doit être proportionné à la gravité des faits et à la personnalité de leur auteur, et c'est au tribunal correctionnel d'en fixer la durée.

Cela reste, ponctuellement, une possibilité qui existe déjà et qui relève d'une décision du juge de l'application des peines, que celui-ci peut ordonner, après expertise et débat contradictoire.

Je me souviens de ce condamné pour un viol sur son ex-compagne, condamnation qu'il n'avait jamais acceptée, qui affirmait haut et fort qu'il ne « supportait pas les psys » et qui avait épuisé les psychiatres les plus aguerris de Bordeaux en se postant devant eux les bras croisés sans prononcer d'autre parole que « je suis obligé d'être là, donc je suis là ».

C'est un des rares cas que j'ai eu à connaître d'un condamné à une injonction de soins qui a été levée avant son terme, après débat contradictoire devant le juge de l'application des peines.

Il y avait en l'espèce, outre la parfaite inutilité de l'injonction de soins et la difficulté à trouver durablement un thérapeute qui se prête à l'exercice, d'autres critères qui permettaient de lever cette mesure. Pas de risque identifié de récidive au vu du contexte particulier des faits. Enfin et surtout, le suivi socio-judiciaire lui-même était accepté en ce qu'il permettait à l'intéressé de se sentir soutenu dans ses efforts de réinsertion sociale, et que les faits n'étaient pas abordés dans ce cadre.

Il faut avoir conscience qu'une telle décision de mainlevée transfère sur les épaules de l'expert et du juge de l'application des peines une responsabilité bien pesante. Écourter une mesure de contrôle et de suivi, décidée de surcroît par une cour d'assises, n'est pas du tout la même chose que par exemple de ne pas la renouveler. Même doté d'une certaine audace, on peut légitimement penser qu'un magistrat normalement constitué ne prendra qu'avec d'innombrables précautions une telle décision.

En guise de conclusion

L'injonction de soins est une chose trop précieuse pour être systématisée, galvaudée, prononcée à la légère, au vu de formules d'expertise peu éclairantes, et pour des durées sans commune mesure avec celui d'un traitement ... tout cela étant de nature à accélérer la lassitude de professionnels de santé déjà en difficulté pour faire face aux patients qui sont eux en demande spontanée de soins.

Le découplage de l'injonction de soins avec le suivi socio-judiciaire m'apparaît à terme indispensable, au regard tant du nombre de mesures que des durées prononcées. Il faut aussi sans doute redonner ses lettres de noblesse à l'obligation de soins, qui pour nombre de mesures de suivi socio-judiciaire serait sans doute tout à fait adaptée.

A condition toutefois qu'un réseau de soins suffisamment étoffé accepte de « jouer le jeu » des soins pénalement ordonnés, à recevoir des patients qui traînent les pieds pour se présenter, qui ne sont pas toujours très compliants, et accepter de leur fournir leurs précieuses attestations de présence.

Avec injonction ou obligation - je suis bien conscient - c'est sans doute cette disponibilité d'un réseau de soins fiable qui est la question la plus importante.

Quels critères d'évaluation clinique sont pertinents dans le parcours des auteurs ?

Bruno GRAVIER

Professeur à l'Université de Lausanne, chef du service Médecine et psychiatrie pénitentiaires du CHU Vaudois.

Introduction

Le parcours de soin d'un auteur d'infraction à caractère sexuel (AICS), n'a que peu à voir avec le parcours de soin d'un patient qui vient consulter un psychiatre ou un psychologue de son plein gré parce qu'il ressent une souffrance psychique, qu'il perçoit cette souffrance comme une entrave à son fonctionnement personnel et se présente à un thérapeute pour être soulagé de cette souffrance.

Il est rare, sinon exceptionnel que les sujets AICS se présentent à nous avec une telle demande. La plupart du temps, le soin, qu'il fasse l'objet d'une obligation ou non, s'initie sous une pression externe, judiciaire la plupart du temps, mais aussi familiale, sociale voire professionnelle. La demande de soin n'appartient pas au sujet, elle lui est extérieure même si elle s'inscrit comme conséquence de ses actes et qu'il perçoit la réprobation sociale et en ressent de la honte. L'acte commis lui est aussi extérieur, même s'il s'en reconnaît l'auteur.

Le parcours de soin s'en trouve sens dessus dessous. Il faudra du temps, beaucoup de temps, et parfois beaucoup de détours pour approcher cette intériorité qui fait défaut et pour que le patient puisse faire des liens avec sa propre histoire psychique et en ressentir les blessures.

Les critères d'évaluation clinique doivent prendre en considération cet aspect et obligent le thérapeute à accepter que le début du parcours a peu à voir avec l'entrée en matière habituelle d'un suivi thérapeutique et à plus forte raison psychothérapeutique.

Un autre élément important qui doit être pris en considération dans la définition de ce parcours de soin est la finalité de celui-ci. Pour ceux qui ordonnent un traitement, que ce soit en ambulatoire ou en milieu carcéral dans les pays où une telle obligation existe, comme pour le public ou les politiques, le soin s'inscrit avant tout dans une visée de défense sociale et de prévention de la récidive. Pour le patient, en écho, être soigné c'est témoigner de la volonté de ne pas récidiver, pouvoir l'authentifier auprès des autorités et obtenir ainsi élargissements, voire libération qui viendront quittance son parcours de soin.

Là encore nous nous trouvons dans une autre perspective que le soin classique. Celle-ci impose au soignant de penser l'objectif de son travail avec ce patient en intégrant dans sa pensée clinique, qu'il le veuille ou non, une exigence hors champ clinique.

Beaucoup de thérapeutes dans nombre de travaux, nord-américains ou anglo-saxons notamment, s'inscrivent d'emblée dans cet objectif de prévention de la récidive sans témoigner d'une véritable préoccupation quant au pas de côté qu'il représente par rapport à la perspective soignante et en inscrivant leur démarche dans une perspective globale de réhabilitation et de réinsertion.

A l'inverse, beaucoup de thérapeutes, souvent d'inspiration psychodynamique, refusent de s'inscrire dans un travail qui épouse une visée criminologique et qui oblige

à sortir du colloque singulier pour travailler en articulation, voire en appui sur d'autres cadres que celui de la rencontre. Seule la quête exclusive, parfois désespérée, de l'intériorité souffrante compterait et impose une disjonction totale, pour ces thérapeutes entre le champ thérapeutique et le champ criminologique.

Pourtant il nous semble impossible d'accompagner ces sujets sans intégrer cette double perspective, sans anticiper dans notre évaluation ce qui peut faire irruption dans le parcours de ces sujets en termes de résurgence de leur violence, de l'occurrence d'un passage à l'acte, voire du non-respect des prescriptions légales ou pénales visant à prévenir la récidive et donc sans intégrer dans le cadre de soin la question de l'inter-contenance développée ailleurs dans cette audition publique.

La définition du parcours de soin oscille finalement sans cesse entre deux tentations diamétralement opposées : soit celle de s'isoler dans le lien thérapeutique en se mettant au risque du clivage et de la complicité des dénis, soit celle de n'être plus que le vecteur du contrôle social en se mettant alors au risque d'agir son contre-transfert dans une confrontation agressive du sujet à ses actes ou de réduire l'accompagnement thérapeutique à une obnubilation sur les facteurs de risque.

Définir un parcours de soin et ses critères d'évaluation, c'est poser la question de la manière dont on pourra aider un sujet à s'interroger sur son histoire individuelle, générationnelle, communautaire à partir d'un acte qui échappe à toute historicisation et toute subjectivation, témoignage des faillites de la construction des liens précoces et de l'impensé de cette faillite. C'est se mettre au risque d'une réitération et donc d'une répétition qui peut difficilement être contenue par un lien transférentiel toujours incertain et perdu dans le désert émotionnel.

Il est donc nécessaire de trouver des points de repère dans toutes les dimensions du soin et de son déroulement pour retracer cette histoire, en nommant et qualifiant ce qui a organisé ou désorganisé le fonctionnement psychique et la vie relationnelle du sujet pour le protéger ou simplement survivre. C'est évaluer la nécessité de dispositifs spécifiques pour permettre la rencontre. C'est aussi se donner la possibilité d'évaluer la prégnance des processus pathologiques en cause. C'est enfin préciser les indications et les temps de la prise en charge.

Principes généraux de la prise en charge

La prise en charge des délinquants sexuels, compte tenu des croisements entre le thérapeutique, le légal et le social ne peut se résumer à la notion de traitement. Elle se pense dans une vision plus large incluant l'évaluation, les choix thérapeutiques, le suivi à long terme, et le contrôle social (Kaul, 1993).

Un cheminement complexe nécessitant des points de repère pour le patient

Engager un sujet auteur de délit sexuel dans un traitement c'est donc l'aider à cheminer entre la confrontation à la loi et l'interrogation thérapeutique, entre contrôle social et remise en question. C'est un cheminement au long cours qui l'amènera à travailler la reconnaissance des actes commis à travers ce que lui en dit la justice, à reconnaître la souffrance de sa victime et en éprouver de l'empathie. C'est ainsi qu'il peut espérer rencontrer sa propre souffrance enfouie, déniée, percevoir ses vulnérabilités traumatiques et reconnaître les situations à risque.

Les bénéfices attendus par le patient font aussi partie de la démarche de soin. Lorsque la liberté a pour prix un passage par le traitement, quelle que soit la qualité de l'alliance qui pourra s'établir, les attentes concrètes prendront longtemps le

pas sur toute reconnaissance de ce que le traitement peut amener de soulagement interne. Les mécanismes d'emprise, de déni et de clivage n'en seront que plus puissants et doivent être soigneusement travaillés.

Situer le contre-transfert du thérapeute

C'est un cheminement parallèle qui permettra au thérapeute d'affronter « l'inimaginable, l'impensable, et l'inquestionnable » (Prins 1991) et les points aveugles des éléments contre transférentiels survenant dans ce type de prise en charge. Les contre-attitudes personnelles ne peuvent être négligées tant elles peuvent injecter de la colère, de la frayeur ou du dégoût non métabolisés dans le lien thérapeutique ou au contraire épouser la minimisation, voire le déni du patient.

Le choix des modalités techniques des approches thérapeutiques nous apparaît, comme à nombre d'auteurs, secondaire par rapport à la qualité des aspects interpersonnels en jeu dans la relation entre le thérapeute et son patient (Drapeau, 2005). Ce constat qui pourrait sembler relever de l'évidence pour la plupart des psychothérapeutes prend une résonance particulière avec les AICS compte-tenu de la charge contre-transférentielle qui teinte les pratiques avec ces patients et la pression qui existe autour de ce qui est attendu du soin. La question de la confrontation aux actes commis prend dans ce contexte une dimension particulière suivant la forme qu'elle peut prendre.

Quelques points centraux de l'évaluation clinique :

Celle-ci doit être multi-dimensionnelle et devra, notamment, intégrer les éléments suivants :

- Place du traitement dans le déroulement de l'action pénale et l'ensemble du dispositif de prise en charge ;
- Positionnement du sujet vis-à-vis de ses actes, de ce dispositif et évaluation des bénéfices qu'il pense retirer du traitement ;
- Intensité des mécanismes pathologiques et, en particulier des mécanismes pervers ;
- Définition des objectifs et indications thérapeutiques en fonction de la mobilisation psychique possible ;
- Etablissement d'une authentique alliance dans un cadre thérapeutique solide et spécifique ;
- Evaluation des vécus traumatiques, d'humiliation, d'incestualité et des déficits émotionnels qui en découlent ;
- Position et évolution du sujet par rapport à ses actes, ses intérêts sexuels déviants, ses préoccupations pathologiques.

Préalables

Définir précisément le cadre, clarifier la situation légale et pénale

A quel moment de son parcours pénal se trouve le patient ? Qu'en est-il de sa rencontre avec la loi ? Cette clarification est indispensable pour construire un cadre de soin qui s'étaye sur le cadre pénal et autorise à poser la loi comme « méta-cadre » (Ciavaldini A. 2012).

Il n'est pas rare que la demande de soin survienne dans le décours de l'arrestation, que le sujet soit ou non incarcéré. Le soin est alors fortement conseillé par les autori-

tés policières, judiciaires, les défenseurs, les proches. Il est alors bien difficile de faire la part des choses entre ce qui relève de la demande authentique du patient ou ce qui relève d'une « adhésion stratégique » (Guy Hardy).

L'acte commis est parfois en interrogation quant à sa gravité, voire sa réalité, lorsque le sujet vient demander de l'aide après son arrestation, parfois en débat dans l'attente du jugement, parfois contesté après celui-ci. Ce sont autant de situations qui nécessitent une particulière clarté quant à ce qui sera attendu de la rencontre et du thérapeute.

Faute de savoir clairement ce qui mobilise la demande du patient, le thérapeute peut se trouver dans une situation bien inconfortable lorsque, par exemple, le patient demande de témoigner d'un soin pour satisfaire à un contrôle social ou à une exigence judiciaire alors que la rencontre paraissait détachée de toute contingence judiciaire, semblait motivée par une difficulté psychique, et que l'acte lui-même était, si ce n'est passé sous silence, fortement banalisé.

Savoir ce qu'il en est du rapport du sujet avec l'autorité judiciaire est primordial pour éviter de se fourvoyer soit dans une banalisation partagée avec le sujet, soit dans l'attente d'une réponse pénale hypothétique lorsque le sujet échappe à tout cadre (Hachouf, 2001). A partir de cette clarification pourront se préciser des niveaux d'intervention souvent très différents.

Le thérapeute pourra ainsi mieux se saisir des incertitudes qui surgissent quant à la gravité de l'acte, surtout face à des reconnaissances partielles, incomplètes, brouillées de zones d'ombre.

Définir les modalités de l'articulation avec les autorités

Le devenir du patient est fortement tributaire de son évolution psychique et, potentiellement, de ce qui sera dit du soin aux autorités. Peut-on rendre compte de ce qui se passe dans la relation thérapeutique sans mettre à mal l'alliance possible ?

Comment dépasser le sentiment de « coercition perçue » (Monahan) corollaire de l'obligation de soins -qu'elle soit effective à travers une décision judiciaire ou implicite dans les recommandations de ceux qui conduisent la procédure- pour que se déploie une authentique relation thérapeutique ? Un travail de clarification est nécessaire, pour construire une place tierce permettant au soignant d'être dans une posture radicalement distincte de celle de l'expert mais qui n'éluide pas la nécessité d'un travail en inter-institution (Gravier, 2011).

Une telle articulation impose souvent un travail en réseau et des moments interdisciplinaires où les attentes des uns et des autres et la position du thérapeute vont être clairement explicitées. Dans des pays, comme en Suisse, en Allemagne ou les pays scandinaves, où la législation impose au thérapeute de rendre compte de l'évolution du suivi⁴², il est nécessaire de délimiter ce qui va être transmis à l'autorité de ce qui va rester dans le colloque singulier. Un tel travail effectué dans la consultation permet de sortir de l'inconfort de l'emprise ou du sentiment diffus d'une complicité malsaine.

Ces situations mettent le soignant au défi de résoudre une série de dilemmes éthiques majeurs. Parmi ceux-ci, la manière dont sera inclus l'environnement pénitentiaire et pénal dans les échanges, réflexions et informations qui vont circuler à propos de ces patients est une question centrale. Conserver l'intimité de la relation thérapeutique et la confidentialité qui en découle, sans que celle-ci ne soit vécue

42. Dans le canton de Vaud en Suisse, même s'il existe une obligation de rendre compte à l'autorité, le thérapeute doit toutefois y être autorisé par son patient et être délié par celui-ci du secret professionnel.

comme une entrave au bon fonctionnement du monde pénitentiaire ou un refus d'accepter le mandat social qui est confié à travers la mesure, impose de penser cet échange et d'en faire une partie intégrante du travail thérapeutique.

Les réponses ne sont jamais simples à élaborer et l'attentisme peut être aussi pré-judiciable autant au devenir psychique d'un patient qui ne reçoit pas le traitement dont il serait redevable qu'à son devenir pénal si on ne peut rendre compte de son évolution dans le cadre d'un soin qui lui est imposé. L'indépendance du soignant demeure néanmoins au centre de la construction de l'alliance même si elle n'exclut pas les échanges et la construction conjointe d'un parcours du sujet incarcéré ou soumis à une obligation de soins.

Le premier entretien

Le premier entretien, après avoir posé le cadre de la rencontre et clarifié les préalables mentionnés ci-dessus, devra situer le registre de l'intervention du thérapeute et bien préciser le niveau de confidentialité dans lequel se situe la rencontre. Il devra permettre d'établir une relation suffisamment paisible et non menaçante pour le patient de manière à ce que les investigations indispensables à l'établissement du cadre thérapeutique puissent être expliquées, bien être différenciées d'une expertise psychiatrique et faciliter tant la passation du questionnaire initial que l'exploration initiale des aspects cruciaux du fonctionnement psychique du patient et de sa position vis-à-vis de ce qui l'a conduit devant la justice.

Un aménageur de la relation pour une évaluation globale

Un questionnaire, guide d'investigation ou entretien structuré est apparu à beaucoup comme un « aménageur » indispensable de la relation thérapeutique permettant de dérouler le fil rouge de ce qui peut conduire à l'agression, d'identifier ce qui peut faire surgir de l'émotion et permettre de nommer ce qui ne l'avait jamais été auparavant.

Plusieurs questionnaires ont ainsi été développés en fonction des objectifs définis pour les premières rencontres (notamment le Questionnaire d'Investigation Clinique Pour les Auteurs d'Aggressions Sexuelles, QICPAAS, Ciavaldini 1999).

L'aménageur de la relation permet d'approfondir les caractéristiques de la vie psychique qui apparaissent comme les axes principaux de la prise en charge. Il permet à l'investigateur de développer une relation d'accueil et d'évaluation en suivant un double axe évaluatif et thérapeutique. « L'amplitude du spectre des questions abordées devait permettre au sujet agresseur sexuel qui y répondait de placer des mots sur des pans entiers de sa propre histoire et ainsi de la percevoir » (Ciavaldini, 1999). La mise en mots à travers un tel questionnaire oblige à un travail de perception psychique des éprouvés extérieurs. Nommer la perception permet de la reconnaître comme sienne.

Face à des actes banalisés, minimisés, irréprésentables, il s'agit de mettre en mouvement un processus, un « forçage nécessaire de la parole pour parvenir au toucher psychique de l'acte d'agression ».

Inspiré du QICPAAS, Roman (2012) a développé le Questionnaire d'Investigation Clinique pour les Adolescents Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel (QICAACS) qui repose sur trois constats : les adolescents engagés dans les agirs sexuels violents se présentent dans une forme de retrait dans la relation, l'accès à une parole sur l'acte transgressif se présente comme problématique, les adolescents engagés dans des agirs sexuels violents mobilisent chez les professionnels des motifs contre-trans-

férentiels spécifiques liés à la rencontre de l'intime du sexuel et de la sexualité. Le questionnaire permet un partage d'affects avec l'adolescent et contribue pour les professionnels à un changement de regard sur les adolescents en autorisant la rencontre avec un sujet singulier, suffisamment dégagée de l'imaginaire du monstre ou du pervers.

La reconnaissance des actes

Celle de sa responsabilité dans ceux-ci, de la violence avec laquelle ils ont été commis et des conséquences pour la victime est un indicateur important de la capacité du sujet de s'engager dans une démarche. La plupart du temps la reconnaissance est partielle (48 % des sujets dans notre recherche (Gravier 2001) mais n'interdit pas une prise en charge. Au contraire, un travail sur ce qui est en jeu dans la reconnaissance de l'acte et donc de l'altérité peut être un puissant inducteur (Stigler).

Ciavaldini identifie 4 niveaux de reconnaissance des actes :

- Au premier niveau le sujet reconnaît son délit et il a conscience que celui-ci est le signe d'un dysfonctionnement qu'il peut traiter.
- À un second niveau, Le sujet reconnaît son délit mais il accuse des facteurs extérieurs et/ou il se dit "guéri" et affirme qu'il n'y aura pas de récurrence.
- À un troisième niveau, Le sujet reconnaît avoir eu des contacts avec la victime, voire des contacts sexuels, mais il ne reconnaît pas leur caractère délictueux.
- La négation totale du délit pose la question d'une approche thérapeutique.

La possibilité de développer une capacité de mentalisation

La possibilité de s'inscrire dans une démarche de prise de conscience du fonctionnement psychique et ainsi de développer une capacité de mentalisation doit être soigneusement évaluée. Celle-ci se trouve carencée chez les AICS, notamment en raison d'un environnement primaire défaillant qui n'a pas permis que se déploient les processus de symbolisation ni les opérateurs de la différenciation psychique. Aussi son évaluation est nécessaire avant d'engager un soin et d'en définir les contours.

Le QICPAAS permet d'accéder à une forme « pragmatique de la mentalisation » (Ciavaldini). La mentalisation étant définie comme une élaboration participant aux processus secondaires de pensée qui atténue l'impact des excitations en leur conférant un sens (Doron). Ciavaldini (2007) la qualifie de « fabrique psychique » qui « permet de donner une forme intégrable (digérable) par la psyché à la dimension pulsionnelle. Une forme qui pourra être pensée et rêvée » est fortement altérée chez ces sujets et laisse la porte ouverte au clivage et à l'impossibilité d'accéder à la représentation et à l'affect qui lui est relié.

Moulin (2010) souligne que la mentalisation permet de rendre compte des processus de transformation des excitations pulsionnelles et des affects en contenus mentaux symbolisés, c'est-à-dire en représentations et pensées. Elle s'appuie sur la définition proposée par Debray (1991) qui accorde de l'importance aux événements de la réalité sociale et indique que la mentalisation est « la capacité qu'a le sujet de tolérer voire de traiter ou même de négocier l'angoisse intrapsychique et les conflits interpersonnels ou intra-psychiques. Il s'agit en définitive d'apprécier quel type de travail psychique est réalisable face aux angoisses, à la dépression et aux conflits inhérents à la vie. » Pour Moulin la place des conflits à réguler n'est plus seulement intra-psychique, mais également externe, ce qui revient à tenir compte de l'espace relationnel et de l'extériorité du sujet, et de leur impact sur la dynamique psychique.

L'évaluation de la mentalisation passe pour Ciavaldini (1999) aussi par l'évaluation de la qualité des angoisses, les positions émotionnelles et relationnelles, la capacité à être contenu psychiquement par l'environnement, la capacité dépressive et l'activité onirique.

Roy propose d'évaluer la mentalisation en explorant 4 domaines :

- La relation aux pensées et sentiments des autres (prise de perspective, intérêt pour les pensées d'autrui) ;
- La perception de son propre fonctionnement mental (position d'introspection, conscience de l'impact de l'affect, etc.) ;
- L'auto-représentation (capacité à se souvenir de soi aux différentes étapes de la vie) ;
- Les valeurs et attitudes générales (incertitude).

Evaluer la place du fonctionnement pervers, analyse psychopathologique

C. Balier (2001) propose une modalité d'analyse psychopathologique qui permet de décliner les différents types de comportements d'agression sexuelle en fonction de la manière dont celle-ci s'inscrit ou non dans le contexte d'une pathologie qui occupe le devant de la scène.

- Dans le premier cas, l'agression sexuelle est dite alors contingente. L'acte est alors occasionnel symptôme parmi d'autres symptômes.
- Dans le second cas l'agression sexuelle est dite « prévalente » et constitue le moyen de défense essentiel par rapport à l'angoisse. La perversion est alors conçue comme une organisation et non comme une structure. Cette organisation se manifeste alors par des manifestations défensives variées.

Dans les cas où l'agression sexuelle est dite prévalente l'organisation perverse peut se déployer suivant deux axes :

- Le scénario pervers qui se manifeste par des fantasmes (ou fantaisies) particuliers et où la violence est au service d'une forme d'érotisation ;
- La perversité sexuelle comme recours à l'acte, sans représentation sous-jacente et qui trouve sa dynamique dans l'opposition entre anéantissement et toute-puissance.

Cette conception permet de mieux appréhender la diversité des fonctionnements désignés comme pervers et de mieux appréhender leur place dans l'économie psychique des sujets.

Dans le même ordre d'idées, Roman (2016) souligne « la diversité d'engagements dans les agirs transgressifs » commis par les adolescents auteurs de violences sexuelles. A partir de l'étude des protocoles de tests projectifs, il identifie trois formes d'aménagements psychiques, échos de vécus traumatiques infantiles :

- Aménagement dépressif marqué par un retrait massif de l'investissement libidinal ;
- Aménagement pervers marqué par une torsion rigide à l'endroit de la loi qui représente une forme de suture à l'égard des risques d'effondrement ;
- Aménagement en forme de « mésorganisation » marqué par une lutte contre le risque de la rencontre de la désorganisation. Nous nous trouvons là aux confins de la psychose.

Cette évaluation oblige à procéder en premier lieu à une analyse diagnostique et psychopathologique rigoureuse permettant de distinguer les sujets présentant une

pathologie psychiatrique manifeste (troubles de la personnalité de type état limite ou antisocial, psychose) de ceux pour lesquels aucun diagnostic ne s'impose derrière l'acte d'agression, hormis des diagnostics souvent mal définis de pédophilie ou de trouble de la préférence sexuelle.

En second lieu devra être évaluée la place du scénario sexuel déviant, l'intensité de l'attirance sexuelle pathologique et des stratégies utilisées pour contenir, apaiser ou décharger l'excitation qui s'ensuit doivent faire l'objet d'une appréciation qui ne peut se résumer au seul constat d'une perversion tant les situations sont variées. Balier cite à ce propos Mac Dougall qui parle de « solutions addictives ».

En corollaire de l'appréciation de la place de l'excitation sexuelle dans l'économie psychique des sujets et leurs comportements devra être appréhendée la manière dont les mécanismes relationnels soutenant la relation perverse teintent la vie relationnelle de ces sujets et en premier lieu la manière dont ces sujets déploient leur emprise et recourent au clivage pour endiguer l'angoisse.

C'est le contre-transfert ou plus sûrement l'éprouvé du thérapeute en présence de ces sujets qui constitue un des meilleurs indicateurs cliniques. En effet, quiconque se trouve face au discours pervers se sent envahi par le malaise. Pourtant, le discours est cohérent, compréhensible ; les arguments présentés sont dans la norme. Un vécu désagréable indique que ce patient n'est pas dans le même échange que nous, que son insistance à nous convaincre ou à nous faire adhérer à son discours ne relève pas de l'intérêt dans lequel il tient notre opinion, mais de l'absolue certitude que nous n'existons que comme spectateur passif et consentant (Gravier 1995). Ce malaise tient à la fois du vécu d'intrusion, du ressenti d'irrespect et de l'absence de pudeur dont il témoigne à notre égard.

L'environnement social

Les sujets AICS témoignent d'importants déficits dans le développement de leurs compétences sociales autant que dans leur capacité à établir des relations intimes ce qui rejaillit sur l'ensemble des relations interpersonnelles. Il est donc essentiel pour le thérapeute de pouvoir évaluer la manière dont l'environnement familial, social, interpersonnel va rejaillir sur le fonctionnement social du patient. Il n'est pas rare que leurs partenaires intimes aient eux-mêmes des difficultés à construire et maintenir des relations interpersonnelles satisfaisantes. La confrontation à la justice et à l'incarcération va aussi souvent impacter des relations déjà difficiles (Brankley et al 2017)

Un accent particulier doit être porté sur l'existence d'un soutien social permettant au patient d'accepter d'autres modalités relationnelles et d'autres styles de vie que ceux qui prévalaient au moment du passage à l'acte.

Définir les objectifs thérapeutiques : s'intéresser au fonctionnement psychique et/ou prévenir le risque de récidive

S'il existe maintenant un certain consensus pour souligner l'utilité des traitements des AICS, les données sont moins claires concernant la manière dont les différents programmes thérapeutiques existants fonctionnent pour traiter et arriver à une réduction effective du risque de récidive. Une synthèse des revues systématiques publiées dans la littérature concernant l'efficacité de la psychothérapie et de la pharmacologie dans ce domaine souligne l'absence de détails pertinents concernant la conduite de ces programmes thérapeutiques et permettant de se faire une idée réelle de la structure de ces programmes (concept thérapeutique, durées, critères de sélection etc.). Il ne semble donc pas possible d'identifier les éléments qui contribuent au succès ou à

l'échec d'un programme, ni quels délinquants bénéficient le plus de ces traitements. (Corabian, 2011).

Malgré les débats qui opposent approches psychodynamiques et approches cognitivistes, il ne nous semble pas pertinent dans le cadre d'une définition des indicateurs et des éléments à considérer dans une évaluation, de poser une indication pour l'une ou l'autre approche. L'expérience clinique avec ces patients particuliers montre bien qu'il existe un certain nombre de facteurs transversaux indispensables à évaluer qui ressortissent du fonctionnement psychique spécifique de ces patients et des caractéristiques de leur recours à l'agir, qui seront plus ou moins travaillés en fonction de la formation du thérapeute et des axes qu'il souhaite privilégier ou intégrer dans une démarche plus globale.

Quelle mobilisation psychique ?

C'est l'évaluation de ce qui est mobilisable chez le patient qui définira un accompagnement thérapeutique possible. Dans certains cas, seules des rencontres espacées autoriseront l'ébauche d'un lien. De telles rencontres, peu productives dans l'immédiat sur le plan thérapeutique, posent clairement la question de la limite entre la fonction de contrôle social, imposée par l'injonction thérapeutique et une démarche « pré-thérapeutique » qui permet au sujet d'éprouver ce qu'implique une rencontre avec un soignant.

Un contrôle social bien conduit et bien pensé peut être souvent plus aidant qu'un soin qui se base sur de mauvaises indications et des prémisses fausses. Il est donc nécessaire de ne pas vouloir soigner à tout prix, malgré la pression.

La clarté de l'indication évite la confusion quant à ce qui peut être attendu du soin autant par le sujet que par la justice. Les approches thérapeutiques reposent sur une évaluation appropriée de la capacité du sujet à s'engager dans le soin et vont de la rencontre ponctuelle imposée par la justice jusqu'à une véritable psychothérapie.

Penser des objectifs qui intègrent compréhension du fonctionnement psychique et prévention de la récidive

C'est là un des aspects les plus délicats et difficiles du positionnement du thérapeute dans ce qu'il va définir avec son patient. Un thérapeute ne peut pas faire abstraction du risque de récidive de son patient et des attentes sociales à cet égard. A plus forte raison s'il est mandaté à cet effet par la justice. Peut-on engager ces patients dans cette perspective sans l'inscrire dans un travail thérapeutique plus global ? A l'inverse un travail thérapeutique qui n'aborde que marginalement voire incidemment les faits commis a-t-il une chance d'entamer le clivage qui marque la vie psychique de ces sujets ?

« Le modèle de prévention de la récidive (...) part du postulat que le comportement sexuel déviant résulte d'une succession non aléatoire d'événements comportementaux, cognitifs et affectifs » (Cornet, 2003). Cette approche facilite une élaboration de la prévention de la récidive en aidant le patient à inscrire le passage à l'acte comme résultante d'une « chaîne d'événements, de pensées, d'affects et de fantaisies » (Aubut 1993). Les pratiques thérapeutiques qui se réfèrent à ce modèle insistent sur deux volets : l'identification des problèmes présents à chacune des étapes de la chaîne et l'élaboration d'alternatives au processus du délit (Pithers, 1996).

Sans en faire un objectif exclusif intégrer cette préoccupation et cette manière de concevoir le risque de réitération permet, dans notre pratique, d'appréhender les éléments de cette « chaîne » comme autant d'indicateurs nous orientant vers une conflictualité impossible à évacuer autrement que dans l'acte.

Aubut met ainsi en parallèle cette chaîne dans sa réalité associant conflit, malaise, recrudescence des fantaisies déviantes, situation à risque et acte sexuel déviant, avec la conscience qu'en a le délinquant à travers ses distorsions cognitives (la « provocation de la victime », la recherche de « l'affection de l'enfant », etc.), ses rationalisations (choix apparemment anodin qui le place dans une situation où le passage à l'acte déviant est facilité) et la diminution de la tension consécutive à l'acte. Il établit enfin un parallèle avec les significations inconscientes d'une telle chaîne qui mettent en jeu la vulnérabilité narcissique et les angoisses d'abandon ou de fusion qui vont conduire aux tentatives de maîtrise de l'objet à travers l'acte.

Indépendamment des références initiales théoriques de cette conceptualisation qui s'inspirent des théories cognitives, tout travail thérapeutique de soutien se réfère à un moment ou l'autre à cette préoccupation. C'est souvent un conflit non élaboré qui, lors de sa résurgence, va remettre en mouvement pensées, affects et attirances pathologiques et placer le patient dans une situation de tension.

Il s'agit, en aidant le patient à affronter sa réalité, d'identifier les zones à risque à repérer ou les interdits qu'il doit s'imposer pour éviter de se mettre en situation de possible transgression. Le patient peut ainsi s'interroger sur ce qu'il peut mettre en place pour demander de l'aide ou se mettre à l'écart de situations à risque dont l'occurrence ne doit jamais être banalisée.

Définir les indications

Certains sujets qui présentent un fonctionnement psychique marqué par la pensée opératoire et une grande faiblesse du Moi seront amenés à travailler de façon « concrète et active » tandis que ceux pouvant s'impliquer dans un processus d'introspection seront plus à même de travailler les processus de symbolisation et de mentalisation.

Les indications thérapeutiques sont fonction, bien sûr, de l'engagement du patient et de sa capacité à affronter ses actes mais aussi de ses attitudes qui vont orienter le thérapeute entre confrontation active et recherche d'une alliance.

Lorsque le déni, la victimisation, la banalisation, la tentative de prise de contrôle de l'autre sont au-devant de la scène, il est illusoire de vouloir instaurer une thérapie découverte. Poser le cadre d'une rencontre qui permettra au sujet de se raconter et de se découvrir porteur d'une histoire est le premier défi thérapeutique. Etre dans l'accompagnement du sujet face à la sanction à faire sans être dans l'apitoiement ou la complaisance est un autre défi.

Déoulant du modèle de prévention de la récidive, les techniques thérapeutiques d'inspiration cognitivo-comportementale se sont organisées autour de plusieurs axes et notamment l'identification de la source des fantaisies sexuelles déviantes, l'entraînement aux habiletés sociales, et la gestion de la colère. (Drapeau, 2005). Cet auteur relève toutefois l'importante variabilité effective des approches utilisées d'une institution à l'autre et qui s'éloignent considérablement des procédures formelles décrites dans les manuels. Ce qui a conduit certains à suggérer d'abandonner les tentatives de formulation de procédures thérapeutiques standardisées pour mieux coller à la réalité et aux besoins des patients.

Au-delà des écoles thérapeutiques, l'expérience clinique nous indique que les axes mentionnés plus haut devront être abordés ou émergeront à un moment ou l'autre dans le cours du suivi comme manifestation symptomatique, indicateur clinique, des difficultés du sujet et du risque corollaire dont il devra rendre compte. Mais la manière dont ils seront abordés dépendra avant tout de la manière dont ils pourront s'intégrer dans le cours du suivi et de la construction de l'alliance thérapeutique.

Un accompagnement thérapeutique visera donc à permettre une maturation de la personnalité, une clarification des représentations mentales liées à la fantasmatique et à la sexualité, et à repérer les situations à risque (Coutanceau 2010).

Approche groupale

L'approche groupale s'est imposée comme une des voies thérapeutiques privilégiées dans la prise en charge des AICS. La dimension thérapeutique est soulignée par le fait que le groupe est, pour les patients, une source d'informations sur leur problème. Il comporte aussi une dimension de restauration du narcissisme de ses membres par le biais du sentiment d'identité du groupe, du sentiment d'appartenance et l'illusion groupale. Il permet aussi un phénomène « d'universalisation » particulièrement important chez les AICS : ils constatent qu'un problème qu'ils croyaient être seuls à ressentir, souvent dans la honte et la solitude, est partagé par d'autres (Yalom 2005, Smith 2010). Quel que soit le modèle théorique, nous observons que dans les groupes les mêmes thèmes sont le plus souvent abordés : analyse du passage à l'acte et du moment de vie dans lequel celui-ci est survenu, reconnaissance de la fantasmatique sexuelle, vécu de la victime, rapport à la loi, difficultés face aux situations d'intimité, difficultés relationnelles et face à l'altérité, éléments d'histoire personnelle de chacun.

Le groupe constitue un tiers entre l'individu et l'autre, Il est en soi une médiation de la relation. Il offre un espace d'étaillage multiple sur des objets externes solides et permanents et permet à chacun de sortir de son isolement. Le transfert se trouve diffracté sur l'ensemble des participants et non sur le seul thérapeute, ce qui le rend supportable « non submergeant » (Emeraud, 2001, Savin, 2000) Souvent combiné au suivi individuel, le groupe renforce la fonction de contenance en favorisant le processus de mentalisation au travers d'un travail de remodelage du transfert (Devaud, 2011). Les indications sont très larges. Pour certains, les indications concerneront surtout les patients ambivalents face au suivi, présentant une inhibition sociale et un égocentrisme prévalent (Coutanceau, 2010). Pour d'autres (Tardif, 1993-2), il conviendra d'éviter d'intégrer dans un groupe des patients psychotiques, déficients mentaux ou ayant des troubles organiques et être attentif à ne pas réunir trop de patients présentant des personnalités narcissiques, passives-dépendantes ou trop fragiles (borderline) ou traversant une crise aiguë (Smith, 2010).

Approche individuelle

Balier (2000-1) différencie plusieurs niveaux d'intervention. Dans de nombreux cas, il préconise une approche relevant d'une relation d'étaillage. Pour viser un objectif de « réparation du fonctionnement des processus qui sous-tendent la pensée et les activités de représentation » il propose, par contre, des pratiques psychanalytiques adaptées en fonction de l'environnement, ouvert ou fermé.

Pour toutes ces pratiques thérapeutiques, il définit un dénominateur commun : « la médiation symbolisante », la capacité de se voir soi-même dans le regard de l'autre. Par son regard, le thérapeute remplit un rôle symbolique qui réveille la trace autrefois inscrite par un objet parental.

La relation d'étaillage (Jaffard, 2000) assure diverses fonctions : pare-excitation, symbolisation, restauration du narcissisme. En se situant en position symbolique, objet externe, le thérapeute fait référence au cadre dans lequel il travaille. L'étaillage par sa fonction de soutien et d'apaisement permet d'absorber les attaques fantasmatiques du patient, lui offre une restauration narcissique en s'intéressant à ce qui se passe dans la tête du patient. Elle autorise une attitude active et directive, voire éducative,

qui fonde un certain nombre d'approches cognitives basées sur la réponse aux besoins (par exemple l'approche Risque Besoins Réceptivité).

Pour Balier (2000-2) une ouverture vers une thérapie plus ambitieuse nécessite de s'affronter à la destructivité et de tenter une mobilisation de l'angoisse. Ceci nécessite une certaine qualité de relation avec le thérapeute qui va s'intéresser aux conditions de vie de son patient, à ses parents, à tout ce qui va constituer ses objets externes. Dans cette démarche où le thérapeute par son regard va témoigner d'un intérêt intense, la relation thérapeutique va se traduire par un partage affectif de vécus identiques. Les progrès passeront par un réveil de l'angoisse qui se traduit par des cauchemars terrifiants, prémisses des processus de subjectivation rendus possibles par l'importance du face à face dans la relation thérapeutique, ce qui permet une rencontre avec le « père primordial ». Appuyé sur l'objet externe que constitue le thérapeute, « le chevauchement de l'espace externe et de l'espace interne est rendu possible ; des liaisons s'établissent entre les associations que (la présence du thérapeute) fait naître au niveau du préconscient » (Balier, 1996) « L'effet thérapeutique n'est obtenu que dans la mesure où de cette rencontre se dégage un processus mental de l'ordre de la représentation ».

Pour Tardif (1993) l'approche individuelle concerne en premier lieu les patients qui présentent une reconnaissance minimale de leurs symptômes sexuels et sont capables d'identifier certaines zones de souffrance dans leur vie. Cet auteur souligne que les thérapeutes qui s'engagent dans ces suivis doivent être conscients du potentiel d'hostilité de ces patients, de la confusion qui peut s'installer au cours des échanges et de la négation de l'autre qui va se focaliser sur le thérapeute.

Définir la nécessité d'un dispositif spécifique

Balier et Ciavaldini ont montré « qu'écouter un auteur de violence sexuelle, c'est activement questionner la part comportementale de son acte, celle où sa sensori-motricité est engagée ». Ils rejoignent la proposition de Winnicott à propos du traitement de la tendance antisociale. L'activité du thérapeute permet le travail nécessaire à l'élaboration de la destructivité primaire. (Ciavaldini, 2006)

Nous avons théorisé la notion de thérapie active (Gravier 2000) pour définir un ensemble de dispositifs qui permettront de résister aux mécanismes actifs de destruction du psychisme qui se déploient dans la relation thérapeutique. L'utilité des éléments constitutifs de ces dispositifs doit être évaluée à chaque étape du parcours de soin.

La co-thérapie pour se défaire de la relation d'emprise

L'emprise vise aussi à la destructivité, processus qui cherche à détruire, presque au sens propre les pensées de l'autre, sa capacité à penser et à exister dans son humanité.

La seule thérapie individuelle dans le face à face et le huis-clos est souvent insuffisante et surtout dangereuse car elle laisse ces mécanismes d'emprise se déployer sans que le thérapeute réussisse à prendre la distance qui s'impose pour les analyser et les désamorcer.

Lorsque ces processus atteignent une certaine densité, il nous semble primordial de recourir à la co-thérapie, conduite partagée d'un même processus thérapeutique, dans le même temps, le même lieu, en face d'un patient. Hurni et Stoll (1996) dans leur travail avec des couples à relation perverse soulignent la nécessité du « travail en binôme » qui « autorise, s'il est efficace, une dynamique plus dense : l'un des thé-

rapeutes pourra s'engager dans un dialogue intense s'il se fait soutenu par l'autre qui, s'il en vient à perdre le fil de ses associations ou se fait manipuler, peut venir à la rescousse ».

Imposer un tel dispositif, qui en soi devient une étape thérapeutique si elle est réussie, confronte à des blessures jamais surmontées dans l'histoire de ces patients et réveille des résistances variées s'étendant du registre de l'agir à celui du lien symbolique associant les thérapeutes.

Les réactions sont vives. Tel patient refuse tout entretien en présence de deux thérapeutes, tel autre demeure complètement silencieux, d'autres enfin expliquent qu'il leur est impossible dans ce contexte de faire part de leur intimité. L'acceptation du dispositif, par contre, rassure le patient qui perçoit très rapidement que sa destructivité en sera moins menaçante autant pour lui que pour ses thérapeutes. Il peut aussi se rendre compte de l'interaction vivante qui existe entre ses thérapeutes et ainsi se trouver apaisé de constater qu'une telle triangulation n'est pas, comme dans son histoire, mortifère.

Travail d'équipe pour lutter contre les effets du clivage et refuser les transgressions.

Avec de tels patients, les effets du clivage jouent à plein. Si les soignants n'y prennent garde, les interlocuteurs de ces patients se retrouvent souvent divisés en deux groupes : « les bons qui les comprennent et satisfont le désir immédiat ; les mauvais qui les frustrant et réintroduisent le principe de réalité (...) ces patients s'attaquent alors directement à la capacité de penser de soignants en tant qu'individu et en tant que groupe » (Lavoie, 1998,). Les soignants vivent tous les jours les oppositions que suscitent les projections agressives de ces patients. Ces situations, faute d'être décryptées peuvent conduire à des conflits violents et durables.

Un autre effet du clivage se repère à travers le sentiment de néant qui s'empare à un moment ou l'autre du thérapeute et lui fait ressentir que tout ce qui a pu être dit ou élaboré avec ce patient n'a peut-être servi à rien tant le discours du patient reste désaffectivé, sans lien significatif et surtout sans qu'il donne l'impression d'y être impliqué.

En réponse au clivage, la nécessité du travail en équipe a été particulièrement bien décrite par C. Balier (1988, 1996) qui insiste sur le rôle de pare-excitation, d'enveloppe, que constitue l'équipe en permettant que les investissements se répartissent entre plusieurs intervenants, en garantissant un cadre rigoureux proscrivant le recours au secret pathologique qu'affectionnent ces patients.

Permettre que se formulent les « que faire ? Comment faire ? Qui est qui ? et qui fait quoi ? » dans, et autour des équipes thérapeutiques est une des règles essentielles. Les intervenants d'une équipe présentent des caractères différents, renvoyant au patient la diversité des réactions humaines. La référence à l'équipe favorise aussi la capacité à se représenter une instance surmoïque qui, si elle sait répondre adéquatement à la destructivité du patient, ne l'acculera pas à des réactions persécutoires ou à une escalade en symétrie. L'exercice est difficile, cependant, car il expose à des vacillements et des bascules redoutables lorsque les équipes se déchirent sur l'attitude à adopter face à la violence ou face au sentiment de danger que fait naître le patient ; mais il est fécond quand il permet de répondre dans la cohérence aux transgressions qui jalonnent le quotidien : disqualifications, prises de pouvoir, tentatives de séduction, etc.

Développer une alliance thérapeutique

Les thérapeutes, tout particulièrement dans ce domaine et en raison des failles psychiques de ces patients, doivent être attentifs à leur fonction de contenant et de holding au sens Winnicottien. Il apparaît à de plus en plus d'auteurs que les aspects interpersonnels et la qualité propre du thérapeute dans sa capacité à affirmer un leadership tout en évitant d'être dans le jugement contribuent de manière beaucoup plus significative que sa technique à l'effet bénéfique du traitement (Drapeau 2005).

Marshall (2011) reprend ce constat en soulignant que même dans la confrontation aux actes et aux distorsions cognitives, l'attitude thérapeutique doit permettre un échange « calme et soutenant ». Selon cet auteur qui développe ce point de vue dans de nombreux travaux largement repris, la dimension de bienveillance, d'empathie, de respect et de soutien envers leur patient est fondamentale et devrait faire partie des pratiques de base. L'aptitude du thérapeute à établir un contact avec son patient délinquant et à l'aider dans le respect de son identité de thérapeute (Cornet, 2003) est donc un élément d'évaluation clinique primordial.

Cette position ne va pas de soi devant ce qui se joue dans la relation avec ces sujets qui confrontent le thérapeute à des éprouvés de sidération psychique, de reviviscence traumatique de ce qui a été déposé en entretien conduisant à une « réticence dans l'écoute » face à du matériel souvent impossible à figurer (Ciavaldini, 2000.). La colère ressentie par le thérapeute face à des actes insupportables peut être masquée par le désir d'une confrontation agressive aux actes commis qui a pendant longtemps été considérée comme un préalable à l'entreprise thérapeutique. Il est maintenant reconnu que les attitudes des thérapeutes auront un impact direct sur la motivation des patients. La confrontation pouvant conduire à la rupture thérapeutique (Cortoni, 2017).

L'alliance thérapeutique est indispensable et possible même avec des sujets que l'on pourrait penser peu accessibles à un tel engagement. Walton (2018) à contre-courant de travaux qui estiment que les sujets présentant des scores élevés de psychopathie constituent une contre-indication à un traitement, conclut à partir de son étude de l'alliance thérapeutique et des niveaux de psychopathie de sujets AICS incarcérés en traitement, que de hauts niveaux de psychopathie n'affectent pas négativement la possibilité d'une alliance thérapeutique.

La construction de l'alliance, outre la bienveillance et la contenance, met au défi le thérapeute d'exister dans le vide de la pensée et la disqualification des affects. Le traitement pendant longtemps consiste à faire face à la lutte contre la pensée déployée par le patient, lutte qui se traduit pour le thérapeute par des vécus d'inanité, d'inutilité et de fatigue qui doivent conduire parfois à réévaluer le dispositif thérapeutique pour conserver une capacité soignante.

Les mots tout comme le regard ont une importance capitale. Ainsi la capacité du sujet à nommer ce qui s'est passé dans la pudeur des mots participe à sa ré-humanisation et à sa ré-inclusion dans une vie relationnelle représentable dans laquelle la question du respect de l'autre prend une place centrale.

Evaluer l'engagement dans le travail thérapeutique

Il est aussi nécessaire de disposer de points de repères pour évaluer si l'adhésion au soin souvent alléguée par les sujets peut aller au-delà d'une volonté de conformisme ou d'évitement de la sanction. Ainsi certains indicateurs peuvent être régulièrement réinterrogés et signent l'engagement du patient dans la thérapie et son authenti-

cité. Les notations suivantes sont issues du rapport de recherche sur les agresseurs sexuels (Balier, Ciavaldini, Girard-Khayat) repris dans l'ouvrage de Ciavaldini, (1999).

Reconnaissance totale du délit

Plus celle-ci s'approfondit meilleure est la capacité du sujet de discriminer les éprouvés provoqués par l'acte. Ciavaldini (1999) estime que cette reconnaissance signe « une ébauche de différenciation psychique sur laquelle un travail thérapeutique pourra s'appuyer ».

Se sentir « anormal » au moment de l'acte

Cette perception d'une anormalité associée au sentiment d'une responsabilité personnelle source d'un souhait de changement traduit l'effraction psychique que cet acte constitue aussi pour l'agresseur.

Reconnaissance spontanée qu'une impulsion puisse être à l'origine de l'acte

C'est, selon les auteurs de cette recherche, le signe d'une « capacité d'attention » à des éprouvés internes, indiquant a minima que le sujet peut se décoller de son vécu et reconnaître l'origine endogène (pas encore intrapsychique) de son acte.

Arrestation vécue comme un soulagement

Celui-ci signe la « prémisses d'une reconnaissance d'une souffrance interne face à un incontrôlable. Elle signe l'impuissance du sujet à faire face seul à un univers intérieur (...) vécu comme dangereux.

Reconnaissance de la contrainte pendant l'acte

La reconnaissance des conséquences pour la victime et d'une contrainte exercée à l'encontre de celle-ci donne une indication sur le « potentiel d'identification d'un objet en tant que tiers externe ».

Evaluation fine du fonctionnement intra-psychique et de l'histoire psychique

Une fois le cadre posé, l'alliance établie, le fil rouge du travail thérapeutique est toujours à renouer, perdu dans la passivité et la paralysie psychique qui envahit les rencontres thérapeutiques ou la persistance des clivages qui rendent difficile le jeu associatif et un travail de subjectivation qu'il faut toujours relancer.

C'est en s'intéressant à l'histoire de la construction psychique de ces sujets que l'on peut entrevoir, voire percevoir, leur fonctionnement. Là encore pour se repérer, faire lien dans cette histoire difficile à retracer car souvent dépourvue de l'affect permettant les associations nécessaires à son affleurement et marquée par une déhiscence fondamentale du sentiment de continuité, un aménageur de la relation reste nécessaire au-delà de la prise de contact et du premier entretien.

L'Entretien Clinique de Lausanne (ECL) s'inscrit dans une réflexion qui prolonge celle du QICPAAS. En s'appuyant sur les qualités de contenance psychique, de médiatisation, de mise en mots progressive de la vie psychique, il vise à retracer plus précisément certains éléments qui inscrivent l'histoire du sujet dans l'isolement, la confusion générationnelle et le traumatisme. Il constitue un fil rouge tissé dans un discours souvent sans aspérité et une histoire qui semble hors sens. L'ECL tout comme le QICPAAS permet au thérapeute de faire face à l'absence ou l'inadéquation de l'expression émotionnelle, de retrouver une certaine continuité psychique et d'ébaucher une mentalisation conjointe. Il sera utilisé comme une forme de levier thérapeutique

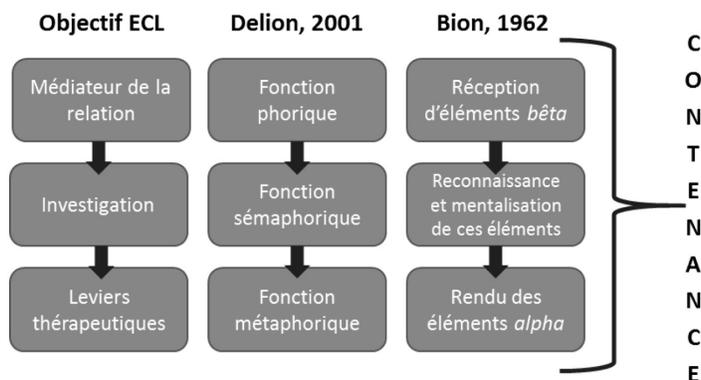
lorsque le vide s'installe dans les séances et que l'entreprise thérapeutique apparaît vidée de toute substance.

L'ECL tente de ré-explorer les repères les plus significatifs de l'histoire psychique du sujet, de susciter de la narrativité et de soutenir les moments cliniques d'affaiblissement des mécanismes archaïques. A travers la relecture par le sujet de données d'anamnèse concernant la vie affective, familiale, sexuelle, professionnelle ainsi que celle de ses actes, il approfondit plusieurs axes : la sensorialité et l'affect, les liens précoces et la qualité du portage, les vécus d'humiliation et de honte, l'incestualité dans les liens, la répétition des violences agies et subies pour essayer de mieux appréhender les potentiels réflexifs et les processus de subjectivation.

L'ECL se décline en trois dimensions qui permettent au questionnaire d'assurer une triple fonction qui reprend les fonctions de la psychothérapie institutionnelle définies par Delion (2001) :

- Médiateur de la relation qui permet de recueillir les signes de souffrance psychique et les éléments source de désorganisation par sa qualité de portage. Il assure une fonction phorique. Celle-ci propose un espace psychique où « ce qui est non-lieu va devenir événement », et recueille ce que Bion a nommé les éléments bêta.
- Investigateur et observateur des fantasmes sous-jacents, des attitudes irrationnelles, des distorsions cognitives, etc. Il assure une fonction sémaphorique qui va apparaître dans un mouvement transfert - contre-transfert et permet à l'appareil psychique des soignants de recueillir les « signes-indices de l'angoisse et de la défense contre l'angoisse ».
- Levier thérapeutique qui peut initier des processus de transformation psychique, relancer une dynamique de pensée et identifier des zones non élaborées. Il s'agit alors d'une fonction métaphorique permettant à des éléments bruts non subjectivés de prendre sens dans le cadre d'un travail d'élaboration et de perlaboration du contre-transfert en liant les hypothèses structurales sur les angoisses identitaires avec « la dynamique historique familiale » et de convertir ces éléments bruts en éléments alpha.

Entretien clinique de Lausanne :



Ce questionnaire permettra d'explorer en les mettant au travail des éléments d'évaluation clinique du fonctionnement psychique du sujet.

Affects, liens précoces, déficit d'intimité

En premier lieu, l'affect. Celui-ci est difficile voire impossible à représenter pour l'AICS. Il constitue une étrangeté menaçant le psychisme qui se défend par une non-reconnaissance des affects en soi et chez l'autre. Ce sera la dimension-clé d'une intervention thérapeutique. Il est « vecteur et mémoire » du lien familial et fonctionne comme un indicateur de la relation.

Le repérage des altérations significatives de la sphère des affects, leur répression, (Ciavaldini 1999-2 est ainsi fondamental pour repérer l'effet de vécus d'humiliation, de ruptures familiales. « Plus la répression est grande, plus augmente le risque de déni et de clivage, et plus la voie de l'agir est grande »

En second lieu, le questionnement permettra l'exploration des liens précoces. L'environnement primaire des AICS est décrit comme défaillant, carençant, altérant la construction de la subjectivité. L'absence d'investissement narcissique suffisant de la part du père, la non-reconnaissance émotionnelle de la mère (Balier, 1996), toutes ces défaillances conduisent à des troubles identitaires majeurs par l'impossibilité pour ces sujets de trouver en eux-mêmes une « zone de sécurité », ou à des vécus agonistiques (Roussillon, 1999).

Les relations d'attachement perturbées conduisant à des représentations parentales complexes (Marshall, 1993, Cornet 2012), la solitude émotionnelle, la peur de l'intimité et l'incapacité qui en résulte à développer des relations interpersonnelles permettant le partage émotionnel ou la capacité à véritablement communiquer, constituent autant d'indicateurs cliniques particulièrement pertinents. Ceux-ci se manifestent dans la pauvreté de l'expression affective, la difficulté d'apporter ou de recevoir un soutien d'autrui, les déficits d'empathie, etc. (Brankley, 2017, Marshall, 1994).

Incestualité, abus sexuels subis, vécus d'humiliation et éprouvés de honte, répétition des violences

Ces sujets ont connu une initiation précoce et inadéquate à la sexualité, parfois dans un contexte familial où la sexualité est vécue dans l'excès et l'absence de limites entre les membres de la famille. Le climat familial peut souvent être qualifié d'incestuel (Racamier, 1995). Il est marqué par l'absence de limites protectrices de l'espace privé de chacun des membres de la famille ou des intrusions répétées dans la sphère intime du sujet.

Souvent, ce cadre familial incestuel se dévoile au fur et à mesure des investigations et avant d'être vécu pour ce qu'il est par le sujet, il est considéré par lui comme la norme. « Il réside comme on l'a vu dans une confusion des places au sein de la famille : père qui occupe la position de la mère, mère qui occupe la position du père, gendre qui occupe la position du fils, enfant qui occupe une position parentale : ces confusions de places conduisent à d'autres confusions, celles qui portent sur la différence des sexes, sur la différence des générations ou sur les deux à la fois (...) L'incestualité désigne un climat familial dans lequel l'enfant est amené contre son gré, mais par une violence encore plus pernicieuse que dans l'inceste, à accueillir les désirs sexuels d'un ou des deux parents abuseurs et à les satisfaire au prix de sa propre sexualité » (Defontaine, 2002)

L'incidence des abus sexuels subis par des auteurs d'agression à caractère sexuel sur des enfants pendant leur propre enfance varie entre 28,6 % et 93 %. Les antécédents d'abus sexuels sont aussi plus fréquents chez les sujets ayant abusé d'enfants que chez les auteurs d'agressions sexuelles sur adultes (Stirpe et Stermac, 2003, Cohen et coll., 2002).

Ces sujets ont souvent été confrontés à des vécus d'humiliation et de honte dans l'enfance, de la part des parents ou de la famille mais également à un niveau extra-familial, dans le contexte scolaire, militaire, religieux ou social.

Ils entretiennent un rapport particulier aux traumatismes vécus et aux émotions qui en découlent en se trouvant le plus souvent dans l'incapacité de mettre en lien les unes avec les autres.

Dans une recherche publiée en 2014, nous avons essayé de cerner la manière dont les auteurs d'infractions à caractère sexuel évoquent les événements difficiles vécus dans l'enfance ainsi que les punitions auxquelles ils ont été exposés (Abbiati, 2014). Les événements difficiles évoqués par nos sujets corroborent les données de la littérature (Ainsworth, 1983 ; Balier, 1993 ; Ciavaldini, 1999 ; Starzyk & Marshall, 2003) et une précédente étude épidémiologique (Gravier & al., 2001) : décès d'un ou de plusieurs proches, suicide d'un proche, séparation au sein de la famille ou divorce, placement, faits de violence, abus sexuels, alcoolisme parental ou abandon.

Pourtant les sujets que nous avons rencontrés à l'occasion de cette recherche ne se présentent pas comme ayant été victimes de mauvais traitements. Nous relevons au contraire des vécus d'assentiment, de soumission. Les violences subies ne sont pas reconnues comme des événements difficiles. Seuls quelques sujets mentionnent les coups, les punitions, les abus sexuels ou les humiliations lors d'événements personnels difficiles. De plus, les punitions que ces sujets ont vécues dans leur enfance relèvent souvent de la maltraitance sans pouvoir être identifiées comme telles ce qui contribue à la confusion et aux difficultés de repérage alors qu'ils prennent toute leur valeur d'indicateur permettant d'évaluer autant la confusion que la victimisation.

Evaluation et évolution du rapport du sujet à ses délits et à ses fonctionnements et préoccupations pathologiques

Si l'évaluation fine de l'histoire psychique constitue un fil rouge incontournable dans le soin, la persistance de fonctionnements pathologiques et le travail sur les actes commis ainsi que sur les facteurs considérés comme criminogènes peuvent être évalués, parfois pendant longtemps, de la scène thérapeutique.

Le clivage reste un mécanisme psychique prévalent chez ces sujets et teinte l'ensemble de leur vie relationnelle et donc leur relation avec leur thérapeute. La routine relationnelle, la lassitude, l'accent mis sur la réinsertion, les facteurs pouvant conduire à occulter du champ de pensée l'activité des mécanismes pouvant conduire à la répétition sont nombreux.

Les principaux facteurs qui entrent en jeu dans la commission d'actes d'agression sexuelle et doivent être pris en considération dans notre évaluation ont principalement été étudiés par des chercheurs travaillant sur des modèles d'intervention cognitivo-comportementale. Les travaux les plus récents (Cortoni, 2017) les regroupent en trois domaines :

- Problèmes d'auto-régulation sexuelle : intérêts sexuels déviants, préoccupations sexuelles et recours à la sexualité pour faire face au stress et aux difficultés ;
- Difficultés interpersonnelles : distorsions cognitives, difficultés liées à l'intimité, solitude émotionnelle, identification émotive aux enfants ;
- Composantes antisociales : impulsivité, hostilité généralisée, instabilité.

Tous ces facteurs seront un moment ou l'autre abordés ou pris en charge dans un parcours de soin quel que soit le modèle thérapeutique auquel on se réfère. Ils sont souvent plus facilement évoqués dans des prises en charge groupales car plus aisément partagés par les participants au groupe thérapeutique alors qu'ils seront souvent chargés de honte ou passé sous silence dans une relation duelle avec le thérapeute. Celui-ci étant à la fois perçu comme instance surmoïque ou jugeante si ce n'est susceptible de faire intervenir l'autorité devant l'évocation de mécanismes dont le patient perçoit parfaitement qu'ils ont directement à voir avec leur acte. Au-delà du clivage, du déni et de la dénégation, il faudra bien pourtant les aborder si on ne veut pas se retrouver aux prises avec des patients fonctionnant en faux-self dans une alliance thérapeutique biaisée. C'est dire l'importance du développement d'une relation de confiance qui pourra survivre à la violence des processus qui se déploient inmanquablement dès que surgit ce qui fait effraction autant dans la psyché du patient que dans celle du thérapeute, que ce soient les souvenirs traumatiques, la prise de conscience de la gravité de l'acte, souvent banalisé au fur et à mesure du suivi ou l'insupportable des scénarios sexuels déviants qui hantent le patient.

Trois points, parmi ces facteurs reviennent souvent au premier plan dans notre pratique autant dans les suivis groupaux qu'individuels, que ce soit lors de l'évocation du parcours pénal, ou lors de l'élaboration de difficultés relationnelles ou comportementales qui interrogent le thérapeute quant à l'émergence de vécus problématiques qu'ils soient ou non historicisés.

Rapport aux délits et à la victime

L'étude des éléments subjectifs avant, pendant et après le délit sont des indicateurs privilégiés permettant d'apprécier d'évolution du sujet.

Ciavaldini (1999) relève que 40 % des agresseurs sexuels ont commis un acte délictueux de nature sexuelle à un moment particulier de leur vie, la plupart du temps en rapport avec la perte (ou des indices de celle-ci) qui va entraîner un changement plus ou moins important dans leur vie.

Questionnés sur l'état émotionnel ressenti au moment du déclenchement de l'acte, les sujets ont évoqué soit une « pseudo-normalité », soit une sorte de « pression intérieure ». Un nombre restreint de sujets a décrit un état de « gêne » ou de « peur ».

Cet auteur met également en évidence la présence, chez 22 % des sujets de son étude, des « pensées » ou « images » survenues avant le déclenchement de l'acte. A part ces images qui viennent occulter les pensées, la moitié des sujets disent que l'agression sexuelle est déclenchée par une impulsion. Quand le sujet est capable de reconnaître cette impulsion, cela signifie qu'il admet être à l'origine de cet acte.

Le travail thérapeutique peut se baser sur cette reconnaissance afin de fournir un espace de représentation et ainsi aider le sujet à élaborer le vécu intrapsychique de son acte. La prise de conscience de l'état d'excitation précédant le passage à l'acte ainsi l'envahissement par des pensées obsédantes à caractère sexuel constitue aussi un élément clinique important de même que le recours.

Les distorsions cognitives concernant la victime (adultification, consentement, provocation, vengeance, quête sexuelle) ou un contexte allégué (réaction vis-à-vis d'une humiliation antérieure, circonstances d'abandon ou de solitude), des rationalisations qui permettent de se dégager de la culpabilité (Roman, 2014) viennent brouiller cette capacité mais sont susceptibles d'évoluer en fonction de la réceptivité du patient au traitement.

Les verbalisations de culpabilité et plus souvent de honte qui peuvent s'accompagner du soulagement lors de l'arrestation sont aussi des indicateurs permettant d'appréhender le désir de changement. Plus difficile est la perception des conséquences de l'agression pour leurs victimes. Seuls 44 % dans l'étude de Ciavaldini parviennent à en évaluer la gravité et le retentissement à court, moyen ou long terme. La perception de la gravité et du retentissement pour la victime changera peu ou difficilement, ou s'exprimera souvent de manière intellectuelle, plus par souci de répondre aux attentes du maillage social qui enserme le patient que par une véritable relation émotionnelle. Elle pourra survenir parfois à l'issue d'un long travail, témoignant de l'accès à un processus de sujet à sujet.

Difficultés d'auto-régulation sexuelle et scénarios sexuels déviants

Le rapport pathologique à la sexualité se manifeste à travers la consommation abusive de matériels pornographiques, notamment la fréquentation souvent insistante de sites pornographiques, le type de productions fantasmatiques associées ou non à la masturbation, ainsi qu'avec le degré de satisfaction procuré par la vie sexuelle avec la/le partenaire adulte consentant(e) etc. (Ciavaldini, 1999). Ces aspects posent la question complexe des liens existant entre la délinquance sexuelle et la perversion ainsi que ceux entre la violence et le plaisir.

On oublie souvent aussi à quel point l'auteur d'agressions sexuelles est envahi par une compulsivité sexuelle qui l'occupe parfois de manière très précoce depuis longtemps (Cortoni 2017). La sexualité, en dehors du passage à l'acte agressif, est aussi une voie d'évacuation des conflits, des sentiments d'humiliation, ou de gestion des événements difficiles de la vie.

Nombre d'auteurs, depuis longtemps, ont souligné le rôle des intérêts sexuels déviants et l'excitation qui y est reliée dans le développement et dans la persistance des comportements sexuellement déviants (Groth, Birnbaum, 1979 ; Knight, 1989 ; cités par McKibben, 1993 ; Harris et al. 2015). Ces auteurs insistent sur la valeur diagnostique de cet élément. Tandis que Quinsey (1984, 1986, cité par McKibben, 1993), comme nombre d'auteurs par la suite, établit un lien entre les contenus fantasmatiques déviants et le risque de récidive.

Il faut donc s'intéresser à la manière dont la sexualité envahit la vie psychique de ces patients pour en comprendre la fonction dans leur économie psychique. McDougall (1978) insiste pour souligner que le même symptôme ou le même acte sexuel peut avoir des fonctions et des significations diverses, étant donné que : « l'expression sexuelle du pervers est un acte déterminé par les conflits infantiles non résolus ». Ainsi le « scénario du fantasme » (Tardif, 1993) est issu d'un conflit psychique sous-jacent et tout symptôme pervers masque un fantasme inconscient (tel que l'omnipotence, la bisexualité...).

Comme tout scénario pervers, le scénario fantasmatique qui sous-tend l'agir sexuel violent revient toujours, presque à l'identique (Legoff, 1999). « Si nous voulons découvrir la forme précise que prend l'excitation érotique de quelqu'un, nous devons commencer par les scripts (scénarios) : ce que la personne éprouve subjectivement » écrit Stoller (1993) qui souligne que la perversion qualifie un rituel « construit, bien systématisé (...), un script compliqué pleinement réalisé dans une rêverie privée, dans la pornographie ou dans un comportement mis en scène dans le monde réel ». Rappelons que « la perversion est un monde d'image où la parole est absente » (Bertrand, 1998).

Il faut aussi s'intéresser à la manière dont le scénario sexuel vient assaillir le patient, occuper de nouveau son psychisme alors qu'il le pensait éteint par la réaction pénale,

le pousser à se livrer à la recherche d'activités sexuelles visant à éviter la décharge violente.

La production « fantasmatique », son lien avec les actes, leur réalité crue, est au cœur du vécu quotidien du patient et de son traitement. C'est aussi là que le thérapeute peut réellement rencontrer le patient, c'est dans l'acceptation de cette rencontre que se situe la dynamique thérapeutique.

Nous reprendrons ici l'interrogation de C. Balier à ce sujet : « Y aurait-il dans les cas de perversité sexuelle des fantasmes inconscients, non par refoulement mais repoussés par un mécanisme de clivage grâce à des contre-investissements sous forme d'émotions primaires sur lesquelles le patient ne pouvait pas mettre des représentations de mots ? ». Le scénario pervers chez de tels délinquants apparaît « plus rudimentaire et ancré dans le réel et l'agir » (Balier 1996) que la « nouvelle scène primitive » décrite par J. MacDougall (1980) à propos de perversions n'ayant pas pour issue des passages à l'acte aussi dramatiques et redoutables.

Distorsions cognitives et attitudes susceptibles de mener à l'agression sexuelle

La notion de distorsion cognitive décrit un ensemble de pensées, perceptions, croyances qui sont habituellement considérées comme faisant obstacle à la prise de responsabilité de ses actes par le sujet AICS, alors que celle-ci est perçue comme étant essentielle pour que le traitement prenne effet (Marshall, 2011).

Parmi les distorsions cognitives les plus fréquentes on retrouve celles qui visent à excuser le comportement sexuel déviant ou l'écart entre la description du délit par l'agresseur et celle de la victime. Pour beaucoup d'auteurs les distorsions cognitives qui justifient ou minimisent l'agression sont au cœur des délits (Cortoni 2017). Certains avancent que ces distorsions sont en relation avec une « vision stéréotypée, hostile ou déformée des femmes, des enfants et du sexe » (Mann et Beech, 2003).

Parmi les attitudes susceptibles de conduire à l'agression figurent la négation du délit, le déni, le manque d'empathie pour les victimes et le déni des intérêts sexuels déviant. Ces aspects sont très souvent décrits comme des objectifs principaux de la prise en charge pénale et thérapeutique. Ils constituent dans les appréciations pénales et pénitentiaires des éléments centraux influant la prise de décision quant à un éventuel élargissement. Il n'est donc pas étonnant que les programmes thérapeutiques qui ciblent ces aspects et en donnent une quantification aient la faveur des autorités. De ce fait, et aussi parce que ces attitudes suscitent irritation et désespérance chez les thérapeutes elles s'invitent dans les parcours de soin et en ponctuent les élaborations et ce d'autant plus qu'elles se renforcent de l'hostilité des patients.

Pourtant si leur importance dans le psychisme des sujets ne fait pas de doute, le lien entre ces distorsions et attitudes avec le risque de récidive aussi surprenant que cela puisse paraître est loin d'être prouvé de même que la valeur prédictive du déficit d'empathie (Hanson 2005). La seule donnée que les études très documentées de Hanson ont pu clairement corréler de manière significative avec le risque de récidive est décrite comme « attitude tolérante envers le crime sexuel ».

En outre, d'autres études montrent que plusieurs cibles habituelles des traitements cognitifs (notamment le déni de l'acte et le déni de la souffrance de la victime) seraient corrélées négativement avec le risque de récidive (Kingston cité par Marshall 2010). Dans le même travail, Marshall signale que la focalisation des traitements sur les facteurs considérés comme criminogènes a conduit à accorder à attacher moins d'importance à des facteurs comme la honte ou la faible estime de soi qui, pourtant

vont constituer des obstacles majeurs à un engagement effectif dans une démarche thérapeutique.

Définir des étapes ? Thérapie terminée, thérapie interminable ?

Les parcours thérapeutiques des AICS sont balisés, voire scandés par les temps pénaux et pénitentiaires, les injonctions judiciaires et les obligations de soins.

Le travail thérapeutique sera sensiblement différent entre la détention préventive, l'exécution de peine ou le suivi en milieu ouvert. Pendant le temps carcéral, les rencontres thérapeutiques sont marquées par les attentes vis-à-vis des ouvertures de réformes ou la colère et l'hostilité envers les autorités pénitentiaires ou judiciaires.

En Suisse, comme en Allemagne ou aux Pays-Bas les AICS sont de plus en plus soumis à des mesures de traitement institutionnel qui peuvent s'exécuter en milieu pénitentiaire d'exécution de peine ou spécialisé, en établissement hospitalier voire dans des Etablissements Médico-Psycho-Sociaux et qui peuvent se prolonger de longues années, souvent beaucoup plus longtemps que la détention que pourrait leur imposer la peine maximale encourue. Dans un tel contexte, les indicateurs thérapeutiques permettant une évaluation du risque de récidive sont scrutés avec une attention particulière par les autorités d'exécution des peines et les commissions spécialisées qui recourent systématiquement à des évaluations criminologiques ou des expertises pour décider de la prolongation ou de l'évolution de la mesure. L'appréciation n'est pas du ressort du thérapeute, et c'est heureux, qui est toutefois largement sollicité. Dans un tel contexte, ce sont, bien sûr les facteurs criminogènes et, éventuellement, les facteurs de protection qui pèseront dans les décisions prises.

L'appréciation de l'évolution de son patient par le thérapeute s'en trouve considérablement brouillée. Et il est bien difficile d'identifier des parcours spécifiques et les indicateurs qui permettent au patient de passer des attentes magiques et irréalistes vis-à-vis des thérapeutes à une acceptation des limites imposées par la réalité. Certains se vivront longtemps comme les victimes du système et de ceux qui ont à se prononcer sur leur sort tandis que d'autres investiront timidement l'espace offert pour commencer à se questionner tout en continuant à tenter de conserver la maîtrise et l'emprise sur l'autre et en premier lieu le thérapeute ou en déployant leur cliage sur les différents protagonistes de l'institution. Dans ces paysages complexes la co-thérapie prend toute sa valeur en apportant « une assurance aux thérapeutes par l'appui que chacun peut ressentir sur son collègue qui s'avère un allié précieux. Cette sécurité ressentie encourage chaque thérapeute à supporter plus tranquillement les velléités destructrices et l'emprise du patient » (Grüter). Certains cheminements autorisent une meilleure acceptation des affects, de la complexité des relations avec autrui pour mieux percevoir leur propre complexité et faciliter le développement de stratégies adaptatives.

Beaucoup de programmes thérapeutiques dans des perspectives plus cognitives fondées sur l'abord des facteurs criminogènes débutaient leur prise en charge par une phase de confrontation aux actes commis. S'il est essentiel de réussir à nommer les actes dans le respect de la victime et la pudeur des mots, la confrontation systématique est maintenant remise en question car susceptible de renforcer les distorsions cognitives et de bloquer les progrès thérapeutiques (Marshall, 2011).

Marshall (2009) à partir de ce constat a défini un traitement en 3 phases au cours desquelles les fonctionnements psychiques pathologiques cèdent la place dans un premier temps à l'établissement d'une alliance thérapeutique :

- La première phase vise à renforcer la confiance thérapeutique et à améliorer l'estime de soi, réduire les sentiments de honte et identifier les forces du patient pour l'aider à entendre qu'un changement est possible.
- La seconde phase visera plus les facteurs criminogènes mais ne sera engagée que lorsqu'une relation de confiance sera véritablement établie avec les thérapeutes. Les objectifs consisteront en un renforcement de l'intimité, de la capacité d'être seul, de la gestion des émotions, du développement d'une bonne santé sexuelle et en une reconnaissance des intérêts sexuels déviants.
- La troisième phase s'enracine dans le modèle des « vies saines » (good lives model, Marshall, 2017) et vise à développer des plans de vie, tout en incluant des stratégies de prévention de la récidive.

On le voit, les modèles ne s'opposent pas forcément comme une vision clivée des approches thérapeutiques voudrait trop souvent le souligner. L'établissement d'une alliance et d'une relation de confiance souvent malmenée par l'insécurité relationnelle essentielle de ces patients reste un fil conducteur pour aborder les problématiques cruciales que ce soit par étayage ou par des voies plus introspectives. Pour C. Balier, comme le rappelle F. Neau (2007), « chaque thérapeute, et l'infirmier au même titre que l'analyste, se propose à ces sujets à l'espace interne si mal délimité comme un objet externe, susceptible d'être investi comme objet d'étayage ». Balier rappelle ainsi que « soigner n'est pas guérir, ni réparer, ni rendre normal (...) Il espère mobiliser leurs processus de subjectivation pour « les mettre sur la voie de la reconnaissance de l'autre, sans pour autant qu'ils se sentent menacés dans leur propre existence ».

Bien souvent les parcours thérapeutiques oscillent entre tentatives de restauration narcissique, renforcement d'un environnement pare-excitant et essais de s'affronter aux processus de destructivité en suivant des fils rouges tels que ceux proposés par l'ECL (cf. plus haut, §8). L'intérêt de la médiation par des objets-tiers comme des questionnaires ou d'autres approches comme le photolangage est de pouvoir explorer certains thèmes tout en gardant à l'écart le désir du clinicien de savoir et de comprendre, désir qui peut effrayer, exciter voire effracter le patient.

Il est aussi possible de percevoir d'autres temporalités dans les parcours de soin à l'image de ces temps subjectifs théorisés dans le traitement d'enfants victimes d'inceste où la thérapeute tente d'approcher le champ de la honte : le premier temps est le temps de « la honte de la honte », où c'est la honte qui interdit sa propre expression et qu'il faut apprivoiser dans un cadre approprié ; le second temps est celui de la mise en mot et celui du regard qui autorise le dévoilement ; le troisième temps est celui de l'accès à l'expérience subjective par l'expression et la reconnaissance de la honte (Scotto Di Vettino, 2006).

Plus de vingt années de suivis dans une consultation ambulatoire accueillant des patients AICS astreints à des obligations de soins limitées dans le temps ou de durée indéterminée nous ont appris que dans l'immense majorité des cas le patient mettait fin au traitement dès que l'obligation qui lui en était faite, s'achevait et ce quel que soit le lien existant avec son thérapeute ou l'intensité du travail thérapeutique effectué. On le sait, le cadre pénal participe de l'étayage par sa fonction d'inter-contenance. Lorsque l'obligation se poursuit, parfois de manière indéfinie, les rencontres se poursuivent dans une forme d'apaisement procurée par le constat de la solidité du lien thérapeutique inscrit dans une continuité rassurante.

Dans ce contexte, hors du cadre physiquement contenant du monde carcéral, les fragilités demeurent et se rappellent au bon souvenir du thérapeute, tant l'occurrence

d'un passage à l'acte se présentifie parfois malgré la qualité du lien thérapeutique. A en oublier les facteurs criminogènes et la persistance des intérêts sexuels déviants qui accompagnent nos patients parfois toute leur vie, on peut laisser le clivage se réinstaller dans toute sa vigueur et découvrir la résurgence de conduites transgressives recouvertes par une nouvelle chape de honte et l'incapacité à s'en ouvrir au thérapeute. Il nous faut être attentifs à ces périodes où l'élaboration, ou ce qui semblait comme tel, se tarit, où le patient se fait distant, méfiant, parfois disqualifiant et interroger ce que nous pensons être un transfert négatif alors que nous apprenons incidemment des changements dans sa vie, un choix professionnel qui le rapproche de ses objets d'excitation, ou une vie affective qui le met au risque de la réactivation des angoisses et de la proximité de la décharge pulsionnelle. On sait aussi que l'isolement, l'absence de soutien social, voire la mauvaise tolérance au stress et à la colère peuvent laisser ces patients seuls avec ce qui les hante mais aussi calme momentanément l'excitation.

A l'inverse ceux qui quittent le traitement sont loin de tous se signaler par de nouvelles récidives. Ils quittent la consultation en sachant que si le thérapeutique et le légal peuvent s'articuler, il y a des choses dont on peut parler dans cet espace sans être dans la crainte du contrôle et de la rétorsion. Le cheminement thérapeutique et l'écho du groupe leur ont indiqué la possibilité du « partage affectif » et de la « résonance en commun » (Balier) qui permettent la rencontre et autorisent à faire émerger des affects méconnus, parfois irreprésentables, à interroger des fonctionnements familiaux pathologiques et à identifier leurs vulnérabilités. Ces fins de parcours de soins suscitent bien des inquiétudes car si ces patients ont cheminé et ont appris à mieux vivre avec leur histoire, leurs thérapeutes se demandent souvent comment ces patients pourront vivre hors de la contenance qui leur a été imposée au point de s'interroger sur la nécessité d'un suivi *ad libitum*.

Conclusion : de l'efficacité ou de la désistance ?

Il y a maintenant une certaine convergence entre les études pour indiquer que le soin contribue à sensiblement réduire le risque de récidive (Corabian, 2011, Marshall 2017). Les méta-analyses les plus récentes à partir de plus de 3000 documents, publiés ou non, et permettant de comparer 4939 délinquants sexuels traités et 5448 non traités soulignent cette efficacité en constatant une diminution de 26,3 % du taux de récidive (Schmucker et Lösel, 2015). Cette même méta-analyse souligne la diversité des traitements rapportés mais aussi le chevauchement entre les approches sur des thèmes centraux mentionnés plus haut.

Hanson et al (2018) estiment que le seuil de désistance -c'est-à-dire la cessation de toute activité délinquante ou antisociale- est atteint pour les délinquants sexuels, lors que le risque qu'il commette un nouveau délit sexuel n'est pas différent du niveau de risque d'un délit sexuel chez des individus qui n'ont aucun antécédent de délit sexuel mais des antécédents de délinquance d'autres natures. A partir de l'analyse d'un échantillon de plus de 7000 délinquants sexuels vivant dans la communauté et suivis pour certains pendant 25 ans et évalués au moyen de la STATIC-99, ils observent qu'après une période de 10 à 15 ans dans la communauté, la plupart des délinquants sexuels n'étaient pas plus à risque de commettre un nouveau délit sexuel que des délinquants sans passé de délit sexuel (entre 1 à 2 %). Il existe donc selon Hanson et son équipe qui constituent la référence mondiale en la matière une réduction considérable du taux de récidive avec le temps. Le changement de ces délinquants est attribué au développement des programmes de réhabilitation mais aussi au proces-

sus de vieillissement, à la réponse individuelle aux traitements mais probablement et plus sûrement, selon ces auteurs, dans leur engagement dans une vie plus satisfaisante.

Ces résultats autorisent un certain optimisme quant aux effets à long terme des différentes approches thérapeutiques associées à une meilleure compréhension du fonctionnement psychique et à un accompagnement adéquat du retour dans la cité. Ces études plaident aussi pour un réajustement des politiques publiques qui s'orientent de plus en plus dans des processus de mise à l'écart et de stigmatisation entravant les processus de désistance qui commencent à être mieux connus. La connaissance fine des indicateurs cliniques que nous avons présentés tout au long de ce travail n'en est que plus nécessaire pour accompagner au mieux ces sujets.

Bibliographie

1. Abbiati M., Mezzo B., Waeny-Desponds J., Minervini J., Mormont C., Gravier B., (2014). Victimization in Childhood of Male Sex Offenders: Relationship between Violence Experienced and Subsequent Offenses through Discourse Analysis. *Victims and Offenders*, 9, 234-254.
2. Aubut J, (1993), Les agresseurs sexuels La Chenelière, Montréal 1vol 328 pp
3. Balier C. (1988) : *Psychanalyse des comportements violents*, Paris, éd. PUF, 279p
4. Balier C. (1996) *Psychanalyse des comportements sexuels violents*, PUF, Paris 253pp
5. Balier C. (1996): *Entre perversion et psychose : le pays de tous les dangers*. *L'Evolution Psychiatrique* 61 : 27-43.
6. Balier C. (2000) Introduction à la thérapeutique, in A. Ciavaldini et C. Balier (Eds), *Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire*, Paris : Masson, 85-86
7. Balier C. (2000) *Eléments pour la mise en forme des processus thérapeutiques*, in A. Ciavaldini et C. Balier (Eds), *Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire*, Paris : Masson, (95-103)
8. Balier C. (2001) *Psychothérapie psychodynamique des auteurs d'agression sexuelle in Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle*, conférence de consensus, 22-23 novembre 2001, John Libbey Eurotext, Paris et Fédération Française de Psychiatrie 233-242
9. Bertrand C., Glatigny P., (1998) *Le discours pervers*, *Synapse* ;47 : 52-60
10. Brankley A. E., Monson C. M., Seto M. C., (2017) *Involving concerned others in the treatment of individuals convicted of sexual offences – rationale and critical review of current strategies*, *Sexual Offender treatment*, 12, 1 (<http://www.sexual-offender-treatment.org/159.html>)
11. Ciavaldini A., (1999) *Psychopathologie des agresseurs sexuels*, Paris ;Masson
12. Ciavaldini A., (1999), *Passivation et mobilisation des affects dans la pratique analytique avec le délinquant sexuel*, *Rev. Franç. Psychanal.*, 5, p. 1775-1784
13. Ciavaldini A., (2000) *attitudes psychiques du soignant dans la pratique thérapeutique avec le délinquant sexuel*, in A. Ciavaldini et C. Balier (Eds), *Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire* (pp.105-115). Paris : Masson
14. Ciavaldini A., (2001) *La famille de l'agresseur sexuel. Conditions du suivi thérapeutique en cas d'obligation de soins*, *Le Divan Familial*, n°6, 25-34.
15. Ciavaldini A., (2006) *L'agir violent sexuel*, in Chabert C., Ciavaldini A., Jeammet P., Schenkry S. (eds) *Actes et dépendances*, Dunod, Paris, 2006, 111-170.
16. Ciavaldini A., (2007) « *Le travail psychanalytique avec le sujet auteur de violence sexuelle* », *L'information psychiatrique* 2007/1 (Volume 83), p. 13-21. DOI 10.3917/inpsy.8301.0013
17. Ciavaldini A. (2012) *Prise en charge des délinquants sexuels*. Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique, Bruxelles, 60 pages
18. Cohen, L.J., McGeoch, P.G., Gans, S.W., Nikiforov, K., Cullen, K. & Galynker, I.I. (2002). *Childhood sexual history of 20 male pedophiles vs 24 male healthy control subjects*. *The journal of nervous and mental disease*, 190, 757-766.
19. Corabian P., Dennett L., Harstall C, *Treatment for convicted adult male sex offenders:*

- an overview of systematic reviews; *Sexual Offender Treatment*, vol 6; 1 (<http://www.sexual-offender-treatment.org/93.html>)
19. Cornet J. P., Giovannangeli D., Mormont C., (2003) Les délinquants sexuels, théories, évaluations et traitements, Frison- Roche, Paris, 210pp.
 20. Cornet j. P., (2012) Représentations parentales et délinquance sexuelle, De Boeck, Bruxelles, 237pp.
 21. Cortoni F. , Vanderstukken O., (2017) L'évaluation des besoins en matière de traitement in Cortoni F., Pham T. (eds) *Traité de l'Agression Sexuelle*, Mardaga, Bruxelles, 399pp
 22. Cortoni F. , Vanderstukken O., L'évaluation des besoins en matière de traitement in Cortoni F. Pham T (Edts) *Traité de l'agression sexuelle, théories explicatives, évaluation et traitement des agresseurs sexuels*, Mardaga, Bruxelles, 165-178.
 23. Coutanceau R., Smith J (eds) *La violence sexuelle, approche psycho-criminologique*, Dunod, Paris 2010, 386 pages
 24. Debray R. (1991) Réflexions actuelles sur le développement psychique des bébés et le point de vue du psychanalyste, *Revue Française de psychosomatique*, 1, 41-57
 25. Defontaine J.(2002) , L'incestuel dans les familles, *Revue française de psychanalyse* » ; 66, 1: 179 à 196
 26. Delion P. (2001) « Thérapeutiques institutionnelles » in *EM-Consulte, EMC-Psychiatrie*, 37-930-G-10
 27. Devaud-Cornaz C., Guraib G., (2011), *Psychothérapies de groupe d'auteurs de violence sexuelle, Intérêt d'un traitement de groupe combiné avec un suivi individuel*, *Psychothérapies*. 31 ; 1 : 27-37.
 28. Doron, R. Mentalisation, in Doron, R., Parot, F. (1991). *Dictionnaire de Psychologie*. Paris: PUF.
 29. Drapeau M. , Korner A., Granger L., Brunet L. (2005) *What Sex Abusers Say About Their Treatment: Results From a Qualitative Study on Pedophiles in treatment at a Canadian Penitentiary Clinic*. *Journal of child sexual Abuse*, 14:1, 91-115.
 30. Emerald P.-Y, (2001) *Psychothérapie de groupe des auteurs d'agression sexuelle : modalités, indications, objectifs, difficultés, limites*, in *Conférence de consensus « Psychopathologie et traitement des auteurs d'agression sexuelle*, John Libbey Eurotext, Paris, 257-262
 31. Gravier, B., Devaud, C. (1995). *Délinquance sexuelle, état des lieux*. *Nervure*, 7 (7), 10-22.
 32. Gravier, B., Legoff, V., Devaud, C. (2000). *Les thérapies actives*. In A. Ciavaldini et C. Balier (Eds), *Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire* (pp.219-228). Paris : Masson
 33. Gravier B, Mezzo B, Stankovic M., Boichat F., Spagnoli J. (2001, février). *Etude épidémiologique des délinquants sexuels poursuivis par le système pénal vaudois. Premier congrès international francophone sur l'agression sexuelle*, Québec & Fond National de la Recherche Scientifique, Berne (PNR 40 4040-04525)
 34. Gravier B, Mezzo B, Devaud C., Waeny J., (2003) *L'approche clinique des délinquants sexuels : développement d'une trame d'entretien*. *Clinical approach to sexual offenders : Developing an interview framework*, 28th International Congress on Law and Mental Health, Sydney, 28/09-03/10/2003.
 35. Gravier B., (2007), *De l'usage et du mésusage de l'injonction thérapeutique et des aménageurs de la relation*, 4ème Congrès International Francophone sur l'Agression Sexuelle, Paris 13-15/ 09/2007
 36. Gravier B. Delessert D., Hasler C, (2011) *Peut-on construire une alliance thérapeutique avec un patient incarcéré*, *Rhizome, Bulletin national santé et précarité*, 42, 11-12.
 37. Gravier B., Grüter, D., Ibnolahcen, R., Stigler, M., Saudan, M., Lacroix, C. & Roman, P. (2017). *L'entretien Clinique de Lausanne, un questionnaire semi-structuré support à la mobilisation thérapeutique*. In 9ème Congrès International Francophone sur l'Agression Sexuelle (CIFAS). https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_1D713E46A89A.P001/REF
 38. Groth, A. N. (1979), *Men who rape : the Psychology of the Offender*, New York, Plenum Press.
 39. Grüter D., Lavèze F., Stigler-Langer M. , *La co-thérapie comme dispositif innovant dans les prises en charge thérapeutiques d'auteurs de violences sexuelles*.
 40. Hachouf S., Benezeh M., (2001), *Éléments pour une approche thérapeutique des agresseurs sexuels*, *Ann. Med. Psychologiques*, 159 ; 3 ; 182-189.
 41. Hanson R. K, Morton-Bourgon K. E. (2005). *The characteristics of persistent sexual offenders : A meta-analysis of recidivism studies*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 1154-1163.
 42. Hanson R. K. , Harris A. J. R., Letourneau E. ;

- Helmus L. M. , Thornton D. (2018) Reductions in risk based on time offense-free in the community : once a sexual offender, not always a sexual offender. *Psychology, Public Policy, and Law*. 24:1; 48-63.
43. Hardy G., (2012) S'il te plaît ne m'aides pas, L'aide sous injonction administrative ou judiciaire, Erès, Ramonville Saint Agne, 192pp
44. Harris G.T., Rice M.E., Quinsey V. L. , Cormier C., (2015) Violent offenders : appraising and managing risk, 3rd ed. American Psychological Association, 470pp.
45. Hurni M., Stoll G. (1996) : La Haine de l'Amour, la perversion du lien, Paris, éd. L'Harmattan 386p
46. Jaffard C., relation d'étayage, in A. Ciavaldini et C. Balier (Eds), *Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire*, Paris : Masson, 87-94
47. Kaul A., (1993) Sex offenders - Cure or Management? *Med. Sci. Law*, 33, N°3, 207-212
48. Knight, R.A., Carter, D.L. et Prentky, R.A. (1989), « A system for the classification of child molesters », *Journal of Interpersonal Violence*, vol.1, n°4, pp.3-23
49. Lavoie J.-G., (1998) Violence et Transfert, in Millaud F.. *Le passage à l'acte. Aspects cliniques et psychodynamiques*. Masson, Paris, 1998 : 41-56.
50. Legoff, V., Gravier, B. (1999). Les délinquants sexuels en détention préventive : aspects thérapeutiques. *Médecine & Hygiène*, 57 (2248), 648-653
51. Mac Dougall J. (1980) Essai sur la perversion. In *Les perversions, les chemins de traverse*, ouvrage collectif. Tchou, Paris ; 269-287
52. Mann, R. E. & Beech, A.R. (2003). Cognitive distortions, schemas and implicit theories. In T. Ward, D.R. Laws & S. M. Hudson (Edts) *Sexual Deviance: Issues and controversies*. Sage publications Inc. Thousand Oaks, pp 135-153.
53. Marshall, W.L. (1993). The role of attachment, intimacy, and loneliness in the etiology and maintenance of sexual offending. *Sexual and Marital Therapy*. 8 (2), 109-121.
54. Marshall W. L. ; Pithers W. D. (1994) A reconsideration of treatment outcome with sex offenders. *Criminal Justice and Behavior*; 21 ; 1: 10-27.
55. Marshall W. L., Marshall L. E., Serran G. A., O'Brien M. D (2009) Self-esteem, shame, cognitive distortions and empathy in sexual offenders: their integration and treatment implications, *Psychology, Crime and Law*, 15:2, 217-234.
56. Marshall W. L., Marshall, L. E. Kingston D. A. (2011) Are the cognitive distortions of child molesters in need of treatment? *Journal of Sexual Aggression*, 17: 2; 118-119.
57. Marshall W. L. ; Marshall L. E. (2017), *Le traitement des agresseurs sexuels adultes*, in Cortoni F. Pham T (Edts) *Traité de l'agression sexuelle, théories explicatives, évaluation et traitement des agresseurs sexuels*, Mardaga, Bruxelles, 165-178.
58. McKibben, A., « L'évaluation des fantasmes sexuelles », in Aubut, J. et Coll. (1993 b), *Les agresseurs sexuels*, Montréal, Maloine et Chenelière, pp.89-97.
59. Monahan et al. (1995) Coercion and commitment: understanding involuntary mental hospital admission, *International Journal of Law and Psychiatry*, 18(3), 249-263.
60. Moulin V., « Evaluation des dysrégulations narcissiques et objectales et potentialités d'élaboration mentale chez les auteurs d'infractions sexuelles et violentes », *Psychologie clinique et projective 2010/1 (n° 16)*, p. 51-76. DOI 10.3917/pcp.016.0051
61. Neau F. (2007), *Bibliographie raisonnée, in Lemaitre V. , La violence de vivre, rencontre avec Claude Balier Erès, Ramonville Ste Agne, 127-168.*
62. Pithers W. D., Gray A. S., (1996) Utility of Relapse Prevention in Treatment of Sexual Abusers. *Sexual Abuse*; 8: 3; 223-230.
63. Prins H., (1991) Dangerous people or dangerous situations? *Med. Sci. Law*, 31, 25-36.
64. Racamier P.-C. (1995), *L'inceste et l'incestuel*, les Éditions du collège.
65. Roman P., (2012), *Les violences sexuelles à l'adolescence, comprendre, accueillir, prévenir*, Elsevier –Masson, Issy les Moulineaux, 195pp.
66. Roman P., (2014) Violence et psychopathologie : l'agir sexuel violent et la butée de la perversion, contribution des épreuves projectives, (2014) in Gaillard B. (eds.) *La psychologie criminologique*, In Press. pp. 99-124
67. Roman P., (2016) Traumatisme et destin du sexuel infantile dans les agirs sexuels violents à l'adolescence, *Psychologie clinique et projective*, 22, 159-180
68. Roussillon, (1999) *Agonie Clivage et Symbolisation*, PUF, Paris, 245 pp.
69. Roy S., *Les processus de mentalisation intériorité clinique*, http://www.aftcc.org/sites/default/files/documents/mentalisation_aftcc.pdf
70. Savin B, (2000) Utilisation du groupe dans le traitement psychothérapeutique des au-

- teurs d'agression sexuelle, In A. Ciavaldini et C. Balier (Eds), *Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire* (pp.171-180). Paris : Masson
71. Scotto Di Vettimo D. (2006). *Vivre et survivre dans la honte, aspects cliniques, psychopathologiques et théoriques*, Presses Universitaires de Grenoble.
72. Schmucker M., Lösel F. (2015) The effects of sexual offender treatment on recidivism: an international meta-analysis of sound quality evaluations. *J Exp. Criminol* 11: 597-630.
73. Smith J. (2010) Des stratégies thérapeutiques de groupe dans la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles, in Coutanceau R., Smith J (eds) *La violence sexuelle, approche psycho-criminologique*, Dunod, Paris, 55-66.
74. Starzyk, K. B. & Marshall, W. L. (2003). Childhood family and personological risk factors for sexual offending. *Agression and Violent Behavior*, 8, 93-105.
75. Stigler M., *Reconnaissance de l'acte commis: ouverture à la thérapie ou clôture de la relation thérapeutique?* Communication CIFAS, Bruxelles, 2003
76. Stirpe, T.S. & Stermac, L. E. (2003). An exploration of childhood victimization and family-of-origin characteristics of sexual offenders against children. *International Journal of Offender therapy and Comparative Criminology*, 47(5), 542-555.
77. Stoller R.J., (1993) *dynamique des troubles érotiques*, In Fine A., Leguen A., Oppenheimer A., *Les troubles de la sexualité, Monographies de la « Revue Française de Psychanalyse »*, Paris :PUF, 119-139
78. Tardif, M. (1993), « Les thérapies psychodynamiques : la psychothérapie individuelle », in J. Aubut et coll., *Les agresseurs sexuels : théorie, évaluation, traitement*, Montréal, Maloine et Chenelière, pp. 155-175.
79. Tardif M. (1993) *La psychothérapie de groupe* in Aubut J, *Les agresseurs sexuels* La Chenelière, Montréal, 176-205.
80. Walton A., Jeglic E. L. ; Blasko B. L (2018) *Sexual Abuse*. 30 (3) 211-229.
81. Yalom I. D., Leszcz (2005) *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, New York, Basic Books, 5^e éd.

Existe-t-il des éléments d'évaluation partageables entre les différents acteurs ? Si oui, lesquels, et comment peut-on les partager ?

François ARNAUD

Psychiatre des hôpitaux, médecin coordonnateur,
ancien chef de service du SPAD, CH Montperrin

La question et son contexte. Santé et justice.

« Il y a quelque chose de pourri dans l'empire du Danemark » [1].

Pour traiter la question posée dans le cadre de cette Audition Publique, notre approche sera résolument celle du praticien, du Psychiatre des Hôpitaux, médecin « traitant » en milieu pénitentiaire durant douze années, puis médecin coordonnateur dans le contexte du Suivi Socio-Judiciaire (SSJ) avec Injonction de Soins (IS).

Tous les acteurs de terrain travaillant auprès des Personnes Placées Sous Main de Justice (PPSMJ) érigent la communication, l'échange entre leurs champs professionnels, le partage d'informations, comme préoccupation centrale. Il y va du déroulé de leurs missions, de la cohérence des projets de suivi mis en place, de la tonalité de leurs rencontres, de leurs échanges de données, de leurs dialogues. Les uns s'adressent à des personnes condamnées, parlent de dossier pénal, de préservation de la sécurité et de défense sociale, de réinsertion, de prévention de la récidive, de collaboration, de partenariat... Pour les autres il s'agira de patients, de dossier médical, de projet thérapeutique, de travail sur la répétition comme mécanisme psychologique, d'articulation avec d'autres champs professionnels aux objectifs distincts. Ainsi, lorsque Santé et Justice se rencontrent autour des PPSMJ, qu'en est-il de la préservation de leurs spécificités, de leur différenciation, comme du maintien de leur éthique professionnelle, alors que la méthode prônée se veut transversale et pluridisciplinaire ?

« C'est pour cela qu'il est important de restituer à nos pratiques leur dimension politique. Ce n'est pas faire de la politique, mais c'est révéler l'existence du politique dans les métiers... Il faut toujours davantage s'engager dans une culture des métiers, de leur éthique, de leur finalité spécifique »[2].

Cette question historique des rapports entre Santé et Justice, objet de débats si nombreux et si passionnés, depuis tant d'années, reste d'actualité. Elle est sans cesse réactivée dans ses nuances par l'empilement de textes législatifs votés au gré de l'évolution d'une société marquée par un irrépressible besoin de tout voir et de tout savoir, au prix d'une implacable exigence de transparence.

Ces questions relatives au partage d'informations, à l'évaluation des PPSMJ établie sur des bases « pluriprofessionnelles », à l'organisation des liens entre les acteurs de la Justice et du Soins, au souci de continuité dans la prise en charge, la Loi du 17 juin 1998 est venue la poser de façon emblématique. Son énoncé, sa méthode, ses objectifs continuent à mobiliser toutes les attentes et toutes les déceptions, tous les répertoires possibles d'une communication entre des corps professionnels si différents. On peut y rencontrer des postures très divergentes :

- fréquemment : idéalisation, phantasme de cohérence, de convergence, de consensus entre les différents acteurs, ou encore figure rhétorique, litote : dire moins pour laisser entendre davantage, ententes implicites venant en atténuation d'un risque d'empiétement des contextes, et de repérage des pouvoirs ;
- régulièrement : incitation allant jusqu'à l'obligation, injonction comminatoire faite aux professionnels d'un « secret partagé, mais devant garantir la spécificité des registres professionnels de chacun des acteurs » (!), comme stipulé dans tant de documents œuvrant au rapprochement entre les logiques relevant du champ judiciaire/pénitentiaire et du contexte sanitaire, et prônant des axes de partenariat, de collaboration effective...
- toujours : conflit de loyauté, tentative de rapprochement des positions, avec fort risque de confusion entre les éléments objectifs et administratifs, relevant de la gestion des établissements pénitentiaires ou de l'organisation des professionnels de la Justice, et les éléments éminemment subjectifs relevant d'une mission totalement centrée sur le soin et qui nécessite son propre développement et sa propre temporalité, son lent travail de subjectivation...
- parfois : refus de communication, mouvement de repli identitaire et radical, sur des positions d'exclusives invoquant le secret médical, l'impossible assemblage des registres. « C'est ici la relation entre le sujet et les systèmes pénitentiaires qu'il faut interroger. Le soin, « intrinsèquement », a les possibilités de réfléchir de façon dynamique les orientations thérapeutiques à apporter au cas par cas. Il n'est pas légitime à statuer sur la question pénitentiaire et ne doit pas l'être au risque de compromettre ses possibilités de soigner » [3].

Selon les Associations représentant le Soin en milieu pénitentiaire, ces oppositions « historiques » persistent et s'amplifient autour du partage de l'information entre Santé et Justice, avec la mise en place de nouveaux outils d'information et l'accessibilité de données nominatives à un nombre toujours croissant d'acteurs. Possibles méprises, glissements de rôle et de fonction, génèrent des crispations incessantes dans les grands débats lors des groupes de travail ministériels, comme au cours des réunions dites pluriprofessionnelles au sein des établissements pénitentiaires. « L'argument intellectuel des manœuvres pénitentiaires est celui de la pluridisciplinarité qui se présente sous l'allure d'un bon sens rassurant les acteurs... Il y a là une confusion épistémologique redoutable entre le fait indiscutable de la nécessité d'une pluralité d'intervenants... et la généralisation d'une méthode en fait unidisciplinaire où vient se projeter la partie la plus ancienne de l'âme pénitentiaire. La pluridisciplinarité n'est pas une solution, elle est une question, celle de l'articulation des disciplines entre elles sur le plan théorico-pratique » [4]. Ainsi la mise en place des Commissions Pluridisciplinaires Uniques (!), l'utilisation du logiciel GENESIS développé par l'Administration Pénitentiaire et proposé aux acteurs de santé, qui assigne le soignant à une place d' « agent de Justice »... Il en va de même pour le projet de « programme de soins » relevant de la psychiatrie et étendu aux personnes détenues, dont ces Associations écrivent qu'elles « ne doivent pas être soumises à la double contrainte de l'incarcération et du soin forcé » [5].

Le terme d'articulation semble avoir la faveur des intervenants du monde sanitaire, quand celui de partenariat est privilégié par les acteurs judiciaires ou pénitentiaires, dans un souci d'exhaustivité des données devant figurer au dossier de la PPSMJ, et de « langage commun ». Si la collaboration peut être ordonnée, réglementée par un protocole, l'articulation se travaille et se construit, doit demeurer fonctionnelle, flexible,

pour rester inventive. Un regard à la polysémie du terme d'articulation, illustre la complexité des processus de communication entre ces champs : les enjeux en sont majeurs pour la PPSMJ. Parle-t-on de charnière, de joint, de raccord, de soudure ou de suture, d'assemblage, de jonction, d'attache et de lien (incluant leurs connotations affectives), de cheville mais aussi de goupille, d'emboîtement, d'ajustage... ?

C'est dans ces éléments de contexte brièvement campés que s'inscrit la question qui nous est posée : « Existe-t-il des éléments d'évaluation partageables entre ces différents acteurs ? Si oui : lesquels ? Et comment les partager ?

« Ils doivent composer avec la force insoupçonnée d'un système qui joue contre lui-même en archivant soigneusement les mensonges et les alibis, les évitements, les silences et les erreurs de traduction, toutes ces « preuves » qui finissent par se retourner contre la tâche assignée... » [6].

Les éléments d'évaluation

« Evaluer n'est pas condamner, évaluer n'est pas stigmatiser, évaluer n'est pas juger, ce sont des évidences. Et pourtant, dans la pénalité actuelle, l'évaluation en soi finit par avoir valeur de jugement et par là de condamnation » [7].

La question de l'évaluation, des évaluations, est largement traitée par d'autres experts dans le cadre de cette Audition Publique : nous renvoyons donc à leur analyse et propositions. Nous soulignerons toutefois la tension théorique qui persiste entre une approche clinique, psychopathologique, subjective du praticien d'une part, et une approche fondée sur les échelles actuarielles, susceptible de permettre une évaluation de la dangerosité dans le cadre de la prévention de la récidive. Là encore les synonymes nous invitent à la pondération : évaluation désigne une estimation, une appréciation, mais aussi une approximation, renvoie à la notion d'inventaire, de nomenclature mais aussi de tableau, à la mesure et sa connotation de retenue, de modération, de circonspection... « Si les outils actuariels et semi-actuariels permettent aux cliniciens d'intégrer à leur pratique les données de la recherche et de sélectionner les informations pertinentes, une standardisation excessive et scorée d'évaluation des risques de récidive pourrait s'avérer aussi liberticide » [8].

Nous savons que cette tension touche aussi l'actualité de la Justice avec de récentes réformes qui tentent d'organiser une « justice prédictive ». Les évaluations actuarielles, basées sur la statistique des algorithmes peuvent-elles se substituer à la finesse d'une plaidoirie, au cours de laquelle des éléments imprévus peuvent jaillir de manière fulgurante dans les propos de la défense par exemple ? Constitués du plus grand nombre possible de données issues exclusivement des antécédents des personnes, ces algorithmes rendent le sujet otage de sa propre histoire. Seuls les éléments issus d'une logique rétrospective et comptable, élaborée à partir de facteurs statistiques appartenant délibérément au passé sont pris en compte et ne peuvent donc être modifiés. Il y a, de fait, annulation de toute capacité de changement. On assiste alors dans les tribunaux à une dramatisation de l'éprouvé de dangerosité et une amplification de l'idée de mise en œuvre d'une sécurité. Il est aisé de percevoir toute l'ambiguïté d'une évaluation quantitative seule : en prédiction statique et référence à « la norme », elle viendrait barrer les possibilités dynamiques d'évolution du sujet. N'y aurait-il pas là retour à la pensée magique de l'oracle prenant le masque de la scientificité ?

Il existe un abîme de signifiants entre évaluation et outils de prédiction. Le physicien Etienne KLEIN, analyse la prédiction comme « un outrage au sujet, une fixation dans

le présent, une condamnation à ne jamais pouvoir cesser d'être soi-même. C'est réclamer que la personne ne change plus, c'est l'impossibilité de toute évolution... » [9].

Les outils d'évaluation, s'ils sont utilisés, ne doivent pas porter exclusivement sur les problématiques relatives à l'agression sexuelle, à la dangerosité ou au risque de récidive. Ils restent des éléments de repérage permettant d'orienter les prises en charge cliniques et l'accompagnement psycho-social. Ils doivent, à ce titre, revêtir une dimension générale, inclure des éléments relatifs à la personnalité, aux capacités cognitives, à la dimension émotionnelle, au fonctionnement social... mais doivent aussi permettre d'apprécier les capacités d'alliance thérapeutique et la « qualité de vie » des personnes.

« Il ne s'agit pas là d'établir un score, mais de permettre, à travers la création d'espaces d'échanges appropriés, de dépasser la charge imaginaire que la violence et la dangerosité déposent en nous, pour donner un sens à une histoire souvent lourde de violence et de traumatisme » [10].

Et si ces instruments permettant une approche clinique semi-structurée, plutôt que servir une seule logique sécuritaire, avaient une fonction pour le thérapeute autant que pour la PPSMJ, dans leur valeur de médiation, de triangulation, au sein de cette relation si complexe ?

Enfin, l'utilisation extensive d'une telle démarche suscite la crainte de voir la justice pénale se déshumaniser et, en particulier, de remettre en cause le principe cardinal de l'individualisation des peines. « Dans cette optique en effet, si les décisions de justice venaient à dépendre de statistiques considérées comme objectives, la justice n'appréhenderait plus l'individu dans sa singularité mais ne se prononcerait que sur des catégories de sujets désincarnés. Aussi convient-il de limiter l'usage de ces outils à l'expertise psychiatrique ou psychologique et de ne pas permettre leur utilisation directe dans le cadre de décisions judiciaires de jugement ou d'aménagement de peine, comme c'est le cas dans certains pays étrangers » [11]. Depuis plus de 10 ans, on le voit, de multiples précautions relatives au champ de l'évaluation ont été exprimées par des acteurs aguerris de la Santé comme de la Justice. « La commission d'audition exprime son malaise devant les textes législatifs, et plus particulièrement la loi du 12 décembre 2005, qui multiplient le recours aux expertises psychiatriques et situent la perspective du soin dans une logique purement sécuritaire. Elle rappelle que les experts s'accordent sur l'impossibilité de déterminer avec certitude si une personne souffrant d'une organisation de la personnalité à expression psychopathique est ou non susceptible de récidiver. Les échelles actuarielles et l'expérience clinique permettent seulement de définir un risque dont la marge d'erreur est inconnue » [12]. Cependant, malgré les recommandations et alertes incessantes de ces acteurs de terrain : « Comment expliquer le vote depuis 2007, de lois qui ont pour objet unique la sécurité et pour réponse principale l'enfermement ? » [13].

Les acteurs

La loi de 98 est donc venue il y a 20 ans, proposer une organisation nouvelle dont l'objectif essentiel était de renforcer la prise en charge et le suivi des Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel (AICS), à partir d'un dispositif mettant en interaction plusieurs acteurs de culture professionnelle très différente, invités à organiser leurs actions autour de la PPSMJ. On assiste alors au jeu subtil d'articulation entre le travail du Magistrat, acteur principal des logiques de la Justice (A), le Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (CPIP) chargé du suivi social et de programmes de prévention de la

récidive (B), les experts, psychiatres ou psychologues, mandatés (et rémunérés) par les services de la Justice(C), le médecin ou psychologue traitant, libéral ou hospitalier (D) centré sur son travail de thérapie et délogé de tout lien direct avec les services Judiciaires ou Pénitentiaires, le Médecin Coordonnateur (E) nommé par le Juge de l'Application des Peines mais rémunéré par les ARS (Agence Régionale de Santé). Chacun de ces exécutants, donc au nombre de 5 dans le SSJ avec IS, est appelé à s'inscrire dans une « partition » dont le souhait du législateur fut qu'elle soit cohérente, au minimum audible, au mieux harmonieuse, dans l'intérêt du suivi de la PPSMJ et ... de la protection de la Société. Qu'en est-il alors de la possibilité de différenciation des rôles, dans un objectif de maintien de la richesse et de la diversité des interventions ?

Prenant toujours pour exemple le cadre spécifique de la Loi de 98, nous pouvons saisir la complexité et les difficultés de relation et de communication, en observant la façon dont les services-mêmes de la Justice s'organisent entre eux. « Le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel, dans son aspect judiciaire, revêt deux visages distincts : celui du juge de l'application des peines, qui incarne la fonction judiciaire, et celui du conseiller d'insertion et de probation, qui relève de l'administration pénitentiaire. Des professionnels aux cultures différentes sont donc amenés à collaborer pour assurer un suivi efficace des auteurs de violences sexuelles. Néanmoins, les obstacles sont nombreux à l'établissement d'un dialogue réel entre les deux principaux acteurs du suivi » [14].

Ce rapport très détaillé formule et explicite les principaux écueils à cette collaboration entre les Magistrats et les CPIP. Ainsi, en ne reprenant que les têtes de chapitre de ce document, nous pouvons y lire : « Le JAP et le SPIP : un dialogue difficile. Le JAP, malaise dans la profession : des charges de travail inadaptées au suivi des AICS, des marges de manœuvre de plus en plus étroites, un rôle limité dans le cadre des mesures de sûreté... Les CPIP en crise : une crise de moyens. Ressources humaines mal réparties, moyens insuffisants, crise de méthode, crise d'identité...Les JAP et CPIP : un dialogue impossible ? Des relations parfois difficiles qui compromettent le suivi, une répartition des rôles mouvante et source de conflits, APPI (Application des Peines-Probation-Insertion) un outil inutilisé...» [15].

Malgré la rhétorique incantatoire des textes, on peut bien mesurer l'impossibilité qui persiste à créer « une culture commune », ou « un langage commun » entre les 6 protagonistes du SSJ avec IS ! Que dire alors des « commissions pluridisciplinaires des mesures de sûreté » mises en place par la loi du 12/12/2005 et qui regroupent 7 acteurs différents : Magistrat, Préfet, Directeur Régional de l'Administration Pénitentiaire, Expert psychiatre et Expert psychologue, Représentant d'associations d'aide aux victimes et Avocat !

La Loi du 17 juin 1998 a tenté de définir au mieux les champs de compétence (plus que de responsabilité) de chacun des protagonistes, ainsi que leurs liens, articulations et échanges. Il existe ainsi un partage « codifié » des données en routine, et il peut aussi y avoir des échanges plus circonstanciels et informels qui nécessitent toujours une extrême vigilance. Selon le texte de loi, le médecin coordonnateur est un « psychiatre ou médecin ayant suivi une formation appropriée » qui intervient dans le SSJ avec IS au moment de la sortie de prison. Ses missions sont ainsi décrites : « - inviter le condamné à choisir avec son accord un médecin traitant ; - conseiller le médecin traitant ; - transmettre au juge de l'application des peines ou à l'agent de probation les éléments nécessaires au contrôle de l'injonction de soins ; - informer le condamné de la possibilité de poursuivre au-delà de la mesure qui a été prononcée ; - coopérer à la réalisation d'évaluations périodiques du dispositif de l'injonction de soins ainsi qu'à

des actions de formation et d'étude. Le décret n° 2007-1627 prévoit son intervention, en lien avec le médecin traitant, dans le suivi du bon déroulement de l'injonction de soins. La loi du 25 février 2008 lui assigne une mission supplémentaire qui est celle « de coopérer à la réalisation d'évaluations périodiques du dispositif de l'injonction de soins ainsi qu'à des actions de formation et d'étude » [16].

Plusieurs questions peuvent alors être posées quant à la façon dont ces échanges sont construits actuellement :

- les différentes pièces du dossier pénal sont, en théorie, adressées par le Magistrat au médecin coordonnateur, ce qui est essentiel. Est-il légitime que le psychologue ou médecin traitant en dispose, et dans quel but ?
- les praticiens traitants intervenant en prison doivent-ils transmettre les éléments du dossier de soin au médecin coordonnateur au moment à la sortie, afin que ce dernier puisse les transmettre au psychologue ou médecin traitant ?
- le médecin coordonnateur adresse au moins une fois par an un rapport écrit au Juge de l'Application des Peines (JAP) : quelle doit être la teneur de ce rapport ? Le psychologue ou médecin traitant, mais aussi la PPSMJ doivent-ils en être destinataires ? Le JAP doit-il le transmettre également au CPIP et dans quel but ? Le Magistrat peut-il le lire in extenso à la PPSMJ ?
- les CPIP peuvent être amenés à établir des bilans sociaux, des évaluations de la dangerosité sociale ou du risque de récidive : est-il justifié que le médecin coordonnateur ou le psychologue ou médecin traitant les reçoivent ? Le CPIP peut-il prendre contact directement avec le médecin coordonnateur ou le traitant et quelles peuvent en être les conséquences sur le lien thérapeutique ? Le CPIP doit-il être destinataire des expertises psychiatriques ?
- Le traitant établit des certificats de suivi le plus souvent remis en main propre à la PPSMJ. Ces certificats peuvent-ils être transmis au CPIP de façon dématérialisée ou plutôt au médecin coordonnateur ?
- La fréquence des rencontres entre le traitant et la PPSMJ, peut-elle être définie par le JAP ou le CPIP ?
- Est-il justifié, comme le prévoit la Loi, que le traitant puisse saisir directement le magistrat lorsque le médecin coordonnateur s'avère injoignable ? Le médecin coordonnateur peut-il ne pas être « joignable » par le médecin ou psychologue traitant ?

Autant d'interrogations issues de la pratique quotidienne du SSJ avec IS, qui illustrent bien le cadre extrêmement lâche de ces modalités.

Partageable ?

« La langue est fasciste lorsqu'elle n'interdit pas de dire mais qu'elle oblige à dire » [17].

Il faut souligner les efforts faits depuis tant d'années afin de trouver un « entre-deux » qui soit acceptable pour les missions sanitaires et judiciaires, tentant d'allier les modalités du soin et celles de la peine. L'argument développé au final serait que tous ces efforts soient centrés sur la même personne, Santé et Justice se penchant « bien évidemment », comme l'expriment les tenants du partenariat, sur la même personne : tantôt patient, tantôt personne détenue, tantôt PPSMJ en placement sous surveillance électronique, soumise à une obligation de soins ou à une injonction de soins... Les recommandations officielles insistent sur l'importance des enjeux : le risque de

clivage serait majeur du fait de la structure psychologique même de ces personnes et la coordination doit réussir à tout prix afin de prévenir la récidive et de protéger la société !

Et pourtant... pourtant, l'individu condamné et faisant l'objet d'une évaluation de son éventuelle dangerosité par le SPIP, et le patient en obligation, injonction ou demande de soins et suivi par son psychologue traitant, sont-ils vraiment la même « personne » ? Qu'en est-il des temporalités, des méthodes, du rapport subjectif à l'acte criminel, des déterminants contextuels ?

Soin et Peine, Santé et Justice représentent bien une dualité construite, non seulement historiquement, mais structurellement : il y a bien séparation, étanchéité des savoirs, démarcation, frontière... frontière naturelle allions-nous écrire ! Un « entre-deux » est-il vraiment possible, en dehors de velléités politiquement correctes dont le seul but serait une négociation, voire un marchandage entre la peine et le soin, une paix sociale entre Justice et Santé ? Les domaines d'activité, les missions, les objectifs, les méthodes, les temporalités, l'épistémologie, l'éthique professionnelle : tout oppose ces deux cultures. Alors : mieux vaut développer un point de vue partial, en forçant le trait jusqu'à la caricature : Santé et Justice ne peuvent d'emblée rien partager, cette frontière naturelle existe bel et bien !

« Comment mettre de l'ordre dans le chaos ? Configurer un site à partir d'un terrain vague ? En traçant une ligne. En séparant un dedans d'un dehors. L'autorisé de l'interdit... ce geste inaugural et déplaisant de démarcation. Politiquement incorrect, moralement antipathique, mais inévitable pour échapper au pur hasard...Commençons par séparer crûment les domaines. Qui fait quoi, où et quand ? Regardons bien la carte et l'organigramme. Décrets d'attribution, répartition des biens, quote-part. Un bon croquis vaut mieux qu'un long discours » [18]. Alors, comment penser ces différences, les tenir, les exacerber peut-être, et utiliser plutôt qu'abuser ce qui se présente comme limites ? « Entre cet endroit et cet envers du monde, je ne veux pas choisir. Je n'aime pas qu'on choisisse...Le grand courage, c'est encore de tenir les yeux ouverts sur la lumière comme sur la mort » [19].

Ainsi, au lieu de tenter un rapprochement artificiel, devons-nous peut-être accepter de penser l'hypothèse d'une séparation, d'un inconciliable entre la Justice et le Soin, d'une différence ontologique rendant toute perspective de moyen terme inappropriée du point de vue des pratiques professionnelles comme insoutenable sur le plan éthique ? Il y a véritablement césure, antinomie et tout effort d'accommodement ne devient que perte de repères et d'identité, au mieux juxtaposition ou amalgame, au pire confusion délétère pour chacun des acteurs comme pour les PPSMJ !

Comment donc travailler avec ces inconciliables, soutenir la différence, encourager la pluralité, aider la pluralité ?

« Edouard GLISSANT, le poète du tremblement et de la relation... a coutume d'opposer aux pensées de système qu'engendre le corset continental « la propension archipélique qui soutient le divers du monde ». Puisse votre chapelet d'îles m'aider à soutenir la cause décriée des lisières et des confins... » [20]. Nous ne développerons pas ici les échos, les prolongements d'une œuvre aussi protéiforme que celle de l'anthropologue poète et philosophe Edouard GLISSANT. Nous considérons sa créativité conceptuelle et la puissance de ses écrits comme autant d'invitations à penser la croisée des cultures, à célébrer et pratiquer la pensée en mouvement. Il déploie plusieurs intentions essentielles pour le propos qui nous occupe. Ainsi la « pensée archipélique », pensée de l'essai, de la tentation intuitive est celle de la diversité ; la « pensée

du tremblement », celle des cataclysmes et de l'inextricable ; la « pensée nouvelle des frontières... qui nous aide désormais à soutenir et apprécier la saveur des différents quand ils s'apposent les uns aux autres » [21] ; la pensée de l'errance, de l'imprévisible ; la pensée de l'opacité du monde « Acclamer le droit à l'opacité, en tourner un autre humanisme, c'est renoncer à ramener les vérités de l'étendue à la mesure d'une seule transparence qui serait mienne, que j'imposerais » [22]. Le dessein philosophique et l'inspiration poétique qui s'annonce comme résistance suppose le refus de toute récupération par les systèmes de pensée. Avec la pensée de la Relation, E.GLISSANT écrit : « Elle ne confond pas les identiques, elle distingue entre des différents pour mieux les accorder. Les différents font poussière des ostracismes et des racismes et de leurs monogonies. Dans la Relation, ce qui relie est d'abord cette suite de rapports entre les différences, à la rencontre les unes des autres » [23]. Il y a là, appel à une pratique de la complexité qui fonde une autre politique de la relation, donc une autre façon de penser aussi les rapports entre champs professionnels distincts.

L'idéologie de la transparence

« Toujours plus d'informations, toujours plus de transparence dans les informations, toujours plus de partage d'informations, et ce, toujours aux dépens de la préservation de l'intimité et de la liberté ! » [24].

L'envie devenue irrépressible de « tout voir et tout savoir », le besoin d'accès immédiat et permanent à toute information, de partage et de stockage de données, d'échange de contenus, appartient à une société qui veut tout mettre en lumière, obtenir dans un continuum la plus totale transparence et se défie de tous les espaces privés, au risque de lutter contre les singularités. Ce « progrès » devenu exigence et revendication repose sur la transparence et le partage d'informations, nouveaux piliers devant porter la démocratie et l'égalité. Les conditions de l'exercice médical, les représentations et le statut du secret médical en sont modifiés en profondeur : ce secret ne serait plus aujourd'hui qu'obstacle dans les échanges et transmissions entre professionnels, fondant les fréquentes demandes de dérogation ou de partage.

Les moyens technologiques, la rapidité de leur développement et de leur efficacité donnent les moyens de cette transparence qui devient possibilité de surveillance continue et constante. « Ce désir de transparence, de voir plus que de savoir ou comprendre, disqualifie la foi dans la parole... désavoue le mystère, le rêve, l'histoire, les effets de contexte autant que ceux de la culture. Le sujet se trouve réduit à son évidence... » [25]. Cette surexposition à la lumière abrase les saillies, écrase les reliefs, comble les cavités, vient niveler les formes, la pluralité des modelés et des contours. Il en va de même pour les singularités psychiques : il y a écrasement, disparition du sujet qui alors se retranche dans ce qu'il peut rester d'ombre. « La présente règle de l'ouverture de tout à tous force le secret des confessionnaires comme des salles de bain. Il faut faire la lumière. La société de l'accès criminalise l'arcane et l'opaque » [26].

Pour certains AICS, l'implacable confrontation à la réalité de l'acte criminel accompli vient mettre à jour, révéler des éléments psychiques ou des souvenirs traumatiques que le sujet ne s'est pas encore approprié et qui vont amplifier sa fuite dans le déni ou la dénégation, la dissociation ou le repli... tout comme le sujet s'éclipse lors du passage à l'acte violent à expression sexuelle.

La logique judiciaire, à travers sa propension à tout maîtriser de la PPSMJ risque ainsi d'être en homologie fonctionnelle, avec le contexte du passage à l'acte sexuel violent, l'auteur se retrouvant dans la plus totale « nudité psychique » face à la Justice.

Nombreux sont les personnes qui témoignent de cette impossibilité à se sentir exister face au Magistrat, au CPIP, au Procureur de la République... ou à l'expert psychiatre et au médecin coordonnateur !!

Pour nombre de personnels sanitaires intervenant en prison, sécurité rime avec relation, avec respect inconditionnel des personnes détenues, plutôt qu'avec des techniques d'appel d'urgence souvent insuffisantes en nombre ou même défailtantes. En milieu pénitentiaire, les patients/détenus suivis par les dispositifs de soin, testent, consciemment ou pas, le médecin quant à son indépendance professionnelle vis-à-vis de l'Administration Pénitentiaire, des Magistrats, évaluent la capacité du soignant à ne pas réduire sa personne à son acte, mettent à l'épreuve son implication et sa loyauté dans la relation de soin, son attention à maintenir la confidentialité, seule garantie de la confiance. Réserve et discrétion professionnelles, le secret médical devient alors qualité de relation plutôt que contenu, capacité à permettre à la PPSMJ à basculer dans un processus de soin : le secret médical devient outil de soin.

Ainsi, dans le processus de soin, le médecin ou psychologue traitant a besoin de temps et d'espace différenciés pour exercer son travail de « traducteur » de ce qu'est le sujet pour lui-même... Que disent de moi mes pulsions paraphiliques ? Comment les appréhender, comment les élaborer, comment les traiter ? « Le clinicien fait l'expérience de la profondeur et de la légèreté du processus thérapeutique... l'être humain a besoin d'inscrire son histoire, de mettre en œuvre ce processus d'inscription dans la thérapie, sans que le patient ne sache ce qui va être écrit. C'est la fonction qui n'enferme pas le patient dans la chronologie, dans une position convenue et laisse la place à une sémantique du vague, à la surprise, à l'oubli » [27].

Secret médical ?

« Face à ces exigences de transparence et de visibilité qui hantent nos sociétés modernes au nom d'une volonté de vérité qui n'est que la revendication tyrannique d'une « prodigieuse machine destinée à exclure » (Mots de M. FOUCAULT), je revendique désespérément et mélancoliquement le droit au secret » [28].

C'est donc bien la clinique tout autant que la loi qui nous apprend à ne pas transiger avec : réserve professionnelle, secret professionnel, secret médical, que l'on soit magistrat, CPIP, surveillant pénitentiaire, experts, médecins coordonnateurs et médecins traitants...

La réserve professionnelle du surveillant pénitentiaire qui a accès au dossier pénal de la personne détenue nous semble aussi importante que le secret médical du généraliste exerçant en unité sanitaire, du médecin ou psychologue traitant dans le cadre d'un SSJ avec IS.

Au fil du temps, des évolutions législatives, les limites imposées à son emploi par les dérogations, les obligations de dire et signaler au nom de la sécurité, concourent à l'effacement progressif du secret médical, mouvement de recul emblématique qui dépasse largement la seule profession médicale. Comment penser cette élimination progressive, cet abandon calculé ? Que voir dans cette restriction du secret médical, puis son effacement et remplacement par le terme de « secret professionnel » du Code pénal de 1992 ? Un retour en force du patient quittant son rapport de dépendance au médecin, un rééquilibrage de la relation thérapeutique sur un mode plus horizontal, un « empowerment » des malades ? « La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, en a fait non plus seulement un devoir du médecin, mais un droit du patient. L'intention est de protéger le patient

contre le paternalisme médical qui a fait du secret un droit du médecin qui lui était opposable », écrit Anne Lécu. Elle poursuit : « Qui détient un secret détient un pouvoir. Comment défendre ce secret autrement qu'en défendant un certain pouvoir médical ? Faut-il même le défendre ? Nous disons que oui » [29].

Ainsi ne nous trouverions-nous pas devant ce paradoxe consistant à penser le « secret médical » comme seule défense de la singularité, de l'intimité, de la temporalité du sujet face à l'idéologie de transparence et sa dérive totalitaire, mais dans une relation qui ferait du médecin le détenteur d'un pouvoir exorbitant sur le patient ! Doit-on y voir un lien avec le contenu de la loi de modernisation du système de santé de 2016 qui élargit la notion d'« équipe » à des acteurs non sanitaires comme les travailleurs sociaux, envisageant un partage large d'informations qui relevaient jusque-là du seul champ médical ? Le recours au secret pour ceux qui l'avancent devient alors suspect de faire barrage à la surveillance, d'être détenteurs d'informations susceptibles de nuire aux efforts consacrés par tous à la défense sociale et à la traque de la dangerosité et de la probable récidive. « Parce qu'il est obstacle à la transparence, le secret est lui-même suspect de recouvrir la faute » [30]. Là encore les Associations de soignants travaillant en milieu pénitentiaire sont autant de donneurs d'alerte et martèlent au fil des ans leurs avertissements, leurs exhortations. « Recommandation 3 : Le ministère de la Santé doit trouver le moyen adéquat d'extraire les données administratives... sans passer par un dispositif pénitentiaire quel qu'il soit. Recommandation 4 : Le ministère de la Santé doit être impérativement le garant de l'indépendance professionnelle des soignants, quelles que soient les pressions exercées, notamment par l'Administration Pénitentiaire pour des raisons sécuritaires » [31].

Le secret médical peut donc être envisagé comme une dynamique et non seulement un contenu. Il vient séparer et différencier, restaurer et protéger l'espace psychique du sujet, renforcer son intimité, donc son identité et permettre un engagement dans la relation de « confiance » et le processus de soin. Il n'est pas seulement une donnée légale, il est une fonction, il est un mouvement.

L'illusion partenariale

Peine et Soins doivent rester différenciés : il n'existe pas, a priori, de sens thérapeutique à la Peine comme il n'y a pas de valeur punitive à une Thérapie.

Ce que nous nommons « illusion partenariale » n'est que déni de la différence : il n'existe pas a priori d'espace de collaboration possible entre les différents professionnels. Espaces architecturaux, repérage clair des acteurs de la Justice ou du Soins, souci de maintien dans les échanges des réserves propres à chaque champ, scansion des temps de rencontre, outils d'information spécifiques et non pas conjoints : autant d'axes de différenciation à mettre en oeuvre quelles que soient les difficultés techniques rencontrées par les ministères respectifs.

On l'a vu, force est de constater en milieu pénitentiaire l'échec des multiples tentatives mises en place par les services de l'AP, comme la « Commission Pluridisciplinaire Unique », malgré des mesures coercitives portées conjointement par les Directeurs d'Établissements Pénitentiaires se pensant en position hiérarchique vis-à-vis des personnels des acteurs de la Santé, et des Directeurs d'Hôpitaux bien loin du terrain et des difficiles conditions d'exercice en milieu pénitentiaire... Au lieu de voir chaque champ professionnel aller le plus loin possible dans le développement de ses missions, avec ses spécificités et parfois ses exclusives, les « CPU » ne sont que la chambre d'enregistrement des décisions pénitentiaires unilatérales drapées d'une illusion consensuelle.

Le cadre de soin doit être en tous points pensé comme espace différencié, « lieu sanctuarisé » comme l'expriment certains professionnels, échappant au regard panoptique et totalitaire de la Justice. Ainsi les temps de l'expertise en milieu pénitentiaire ne peuvent pas se dérouler au sein des Unités de Soins, des SMPR. De même les experts psychiatres travaillant en milieu hospitalier ne devraient effectuer leurs missions judiciaires qu'au sein d'espaces dédiés. L'historique et sage différenciation entre le soignant et l'expert doit être effective dans l'organisation des missions de chacun... jusqu'aux espaces architecturaux.

On le voit : différenciation n'est pas clivage, articulation n'est pas collaboration, mais maintien dans un tout complexe de la diversité des approches et des discours. « Ne pas délimiter les interventions est contre-productif pour ce que visent les missions respectives de la Santé et de la Justice... Partager des informations sur la personne, élaborer en commun des conduites à tenir diluerait leurs spécificités, affaiblirait les effets de leurs interventions et créerait de l'incompréhension chez les personnes dont nous nous occupons » [32].

Les limites entre ces champs distincts, les frontières, doivent être posées sans peur aucune. Elles constituent même un préalable à toute prise en charge d'auteurs de violences à caractère sexuel, personnes souvent confrontées à une perception faussée des limites générationnelles qui restent floues ou béantes, des rôles parentaux/conjugaux, des désirs sexualité/tendresse...

« La prise en charge thérapeutique des auteurs d'agression sexuelle s'adresse à la personne, qui ne doit jamais être réduite ni à ses actes ni à ses symptômes. Elle a pour objectif : la prise en charge de la souffrance du sujet, l'amélioration des fonctionnements psychologiques, relationnels et sociaux, ce qui peut contribuer à une réduction des conduites sexuelles inappropriées et à une diminution du risque de récurrence » [33].

Remettre la PPSMJ au cœur de chacune des actions

« La plupart des psychiatres pensent que le psychopathe relève avant tout de la prison et qu'il est au-delà ou même hors du champ de la thérapeutique. Au mieux la rencontre avec la Loi serait une sanction thérapeutique, au pire, la défense sociale y trouve son compte et il y a des psychiatres en prison ! » [34].

Pour la PPSMJ, les dispositions de la loi de 98 peuvent être l'occasion d'un contact inaugural avec les dispositifs de soin, l'entrée dans un processus motivationnel qui pourra évoluer par étapes et devenir l'occasion d'une action nouvelle : une demande explicite d'accompagnement ou de soin. Il s'agit pour certains sujets d'une première rencontre thérapeutique, sans demande explicite, le contexte judiciaire pouvant être pris comme élément de médiation et utilisé comme avance de parole pour évoquer les faits reprochés et s'interroger sur leur sens dans l'histoire de vie. Si la Justice se centre sur l'acte, le soin s'intéressera au rapport du sujet à l'acte, au symptôme. On le sait, ces personnes « cabossées », présentant souvent une alexithymie, sont extrêmement sensibles aux éléments de contexte, peu accessibles à une approche rétrospective de leur histoire, peu capables d'élaboration qui sera longue et laborieuse. Cette proposition de soin qui repose sur un long travail d'élaboration psychique, est bien loin du seul objectif de prévention de la récurrence, même s'il peut y contribuer. On est bien loin également de cette passion de se dire, de la parole qui se dévide sans fin, comme lors de certains entretiens de psychothérapie avec d'autres formes de souffrances psychiques. On est loin aussi du champ exclusif de la perversion... tout en

travaillant avec les mécanismes bien connus du clivage et du déni, de la manipulation, mots « clefs » largement utilisés par les soignants comme autant d'épouvantails ayant pour but d'exclure définitivement de toute perspective thérapeutique, nombre d'auteurs de violence à expression sexuelle. La Loi nous invite donc à inventer de nouvelles façons de travailler avec ces personnes que la Justice nous adresse, à élargir nos considérations théoriques, à diversifier notre approche clinique, à adapter nos propositions thérapeutiques aux personnes qui viennent nous solliciter. « Il n'y a pas de théorie universelle, généralisable, si ce n'est la théorie fondée sur le fait qu'il faut s'adapter à chaque personne et inventer au fur et à mesure, en fonction de ce que cette personne apporte et peut apporter » [35].

Dans le même temps, des outils nouveaux émergent, basés sur une relation plus horizontale et équilibrée entre la personne consultant et le professionnel de santé, un consentement « éclairé » à la mise en œuvre d'options de soin...Il s'agit de « faciliter un temps d'échange et de délibération où patient et professionnels de santé discutent les différentes options disponibles au regard des attentes et préférences du patient, de l'expérience des professionnels et des données de la science » [36].

C'est bien là que nous voyons la véritable transparence, le cœur du partenariat : dans les liens thérapeutiques que le psychologue ou médecin traitant va préserver avec son patient, dans la qualité de la relation de Justice que le Magistrat ou le CPIP vont entretenir avec la PPSMJ. « Il faut pouvoir penser conjointement la sanction et le soin. Si les acteurs ne sont pas les mêmes, c'est la délimitation des places et des rôles qui permet, dans la meilleure hypothèse, l'émergence d'un processus élaboratif. C'est l'expert qui indique la nécessité du soin. C'est le juge qui l'énonce. C'est le thérapeute qui offre sa disponibilité. C'est le délinquant sexuel qui s'y engage. [37] »

Replacer le médecin coordonnateur au centre du dispositif

C'est parce qu'il s'appuie sur la Loi que le Médecin Coordonnateur peut faire son travail, au sein même du paradoxe auquel il est soumis : la nécessité de taire et l'obligation de révéler. Nécessité de taire afin que les soins en cours avec le traitant, psychiatre ou psychologue, puissent se déployer dans l'intimité du sujet, ses recoins et ses ombres, dans l'attente d'un mouvement de subjectivation jusque-là impossible chez l'abuseur. Obligation de dire, au Magistrat, à la Société, que le travail est en cours, le chantier psychique ouvert et balisé, les efforts de soin en place, les moyens mobilisés ... sans pourtant présager de la certitude du résultat. Mouvement d'objectivation toujours difficile, toujours douloureux pour l'exercice médical.

La Loi de 98 et ses renforcements réglementaires récents créent une situation nouvelle. Ces contraintes nous obligent à penser différemment, à organiser notre métier avec ce nouveau paradigme : le soin ne peut pas être détaché de la peine ! Il ne s'agit pas de soigner ou punir, il s'agit de punir et de soigner. Le Médecin Coordonnateur doit donc maintenir cette tension, sans tenter de la résoudre lui-même : c'est à la PPSMJ de rassembler et utiliser les deux dynamiques, la peine pour ce qu'elle est, le soin pour ce qu'il peut être.

Il y a 20 ans, cette place, ce rôle du médecin coordonnateur furent contestés, voire fustigés, puis désertés par les psychiatres qui ont voulu y voir une clinique exclusivement centrée sur les perversions et une soumission à l'autorité judiciaire. Aujourd'hui, le nombre de médecins coordonnateurs semble toujours insuffisant. La Loi n'a pas été modifiée, mais la clinique s'est décentrée de la perversion pour intégrer d'autres registres psychopathologiques, comportementaux ou de dépendance à l'origine

d'actes violents intégrant la sphère du sexuel. Par ailleurs l'évolution rapide du corps législatif étendant le recours par les juridictions au SSJ avec Injonction de soins, placent nombre de praticiens devant un choix qui ne doit pas rester simplement militant. C'est notre sens clinique et la souffrance de nombre de ces PPSMJ qui nous invitent à jouer ce rôle de filtre, de pare-excitation, d'écran projectif et non seulement d'intermédiaire atone afin que le travail des « traitants » puisse être effectif. Il ne s'agit pas de rester intermédiaire passif instrumentalisé par les tenants de la « rage sécuritaire ».

Il existe bien une séparation entre la punition et le soin, comme il existe un chaînon manquant entre Justice Pénale et Psychiatrie, un saut épistémologique qui nous semble devoir être élaboré, pensé et non pas colmaté par un cortège de directives ou de lois qui viendraient remplir ce « trou », oblitérer ce vide. La sanction posée, punition et soin doivent être pensés conjointement dans un rapport de contiguïté et non de continuité. Il s'agit d'éviter que cette approche ne se résume au « soin sous contrôle judiciaire » [38].

Est-il totalement déraisonnable, pour le contexte qui nous occupe, de penser une Justice au service du Soin ?

Éléments de proposition

« Quand on a un marteau dans la tête, on regarde tous les problèmes sous la forme d'un clou ». Proverbe africain.

Renforcer le rôle du médecin coordonnateur et mieux définir sa place.

Il se doit d'être joignable en permanence par le JAP du côté de la Justice et par le psychologue ou médecin traitant du côté de la Santé. Si, lors de son rapport annuel, il « traduit » pour la Justice ce qu'il comprend du travail en cours, il est bien là pour maintenir le cadre des soins et permettre au psychologue ou médecin traitant d'être dégagé de tout lien avec les services de la Justice. Clairement positionné comme « auxiliaire de justice », et sans rôle soignant a priori, il est nommé par le JAP sur une liste établie par le Procureur de la République, et est rémunéré sur la base d'un état justificatif visé par le magistrat. Dans ce sens, tout comme les experts judiciaires, le financement de l'activité du médecin coordonnateur doit être effectué par le Ministère de la Justice et non par les Agences Régionales de Santé (ARS). Du fait de qualifications médicales nécessaires pour le suivi de certaines PPSMJ, il ne nous semble pas judicieux que des psychologues cliniciens aient la fonction de coordonnateur.

Mettre en place des réunions « cas complexes » dans chaque TGI, entre JAP et médecins coordonnateurs.

On peut imaginer que les CPIP y soient associés sur demande du Magistrat et que la PPSMJ puisse y être invitée.

Financer spécifiquement psychologue et médecin « traitants ».

Tout médecin coordonnateur sait les difficultés à trouver un « traitant ». Les difficultés sociales, financières, cognitives... auxquelles sont confrontées nombre de PPSMJ en SSJ avec IS, mais aussi la complexité clinique et le caractère de la demande, les excluent du recours au dispositif libéral. On connaît par ailleurs la surcharge de travail des collègues du Service Public et les listes d'attente de plusieurs mois pour accéder à des consultations médico-psychologiques (CMP). Certains de nos confrères évoquent

leur manque de qualification, de formation, afin d'éviter de parler de leur réticence au suivi de ces patients... réticence qui touche souvent à la résistance et son corollaire : l'exclusion. Il est donc urgent que des lignes budgétaires soient affectées par les ARS aux psychologues ou médecins, considérés comme « traitants » dans le cadre de la Loi. Une liste de volontaires devrait être établie par les ARS au regard d'une formation spécifique, et des conventions signées permettant engagement et rémunération annuelle par PPSMJ suivie. Le principe de l'accompagnement, du soutien, de la psychothérapie individuelle ou de groupe, de la diversité des approches doit être entendu par principe, et faire l'objet d'un échange avec la PPSMJ et le médecin coordonnateur.

Ouvrir des Centres de Consultations Spécifiques.

La psychiatrie Publique se doit de permettre l'accès aux soins à ces PPSMJ, en pré-sentenciel ou en post-pénal, en obligation ou injonction de soins. Il s'agit de permettre à ces personnes de se tourner vers des structures accessibles et des professionnels formés. Certains de ces lieux existent, suivant une dénomination de « psychiatrie légale », « médico-légal », « médico-judiciaire »...Le choix a été fait à AIX-EN-PROVENCE [39] de proposer un accès au « Centre de Consultations Spécifiques » à partir d'une clinique de la violence et non du statut judiciaire ou administratif de la personne. Force est de constater que la plupart des personnes suivies le sont pour des actes délictueux ou criminels de violences à expression sexuelle.

La PPSMJ : au centre !

Il nous semble impératif que la PPSMJ ait accès à tous les éléments de son dossier pénal, à l'ensemble des annotations qui y figurent, écrits des acteurs judiciaires ou pénitentiaires, rapport du médecin coordonnateur... tout comme depuis la loi de 2002 le patient doit pouvoir avoir un accès intégral à son dossier médical. Le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) viendra t'il renforcer la sécurité des données personnelles à travers un traitement licite, loyal et transparent... afin de toujours mieux soutenir la place sociale des PPSMJ en tant que personnalité, singularité, individu, sujet. « C'est cette revendication toute silencieuse de l'irremplaçabilité du sujet. Nous ne sommes pas remplaçables. L'Etat de Droit n'est rien sans l'irremplaçabilité des individus. L'enjeu est ici de comprendre comment l'individu, si décrié, protège la démocratie contre ses dérives entropiques. Faut-il encore comprendre ce que signifie « individu ». En fait, c'est la qualité du processus de subjectivation, l'individuation et non l'individualisme, qui protège la durabilité de la démocratie » [40].

Bibliographie

1. SHAKESPEARE, « HAMLET », Traduction François-Victor HUGO.
2. R.GORI, B.CASSIN, C.LAVAL, « L'Appel des Appels. Pour une insurrection des consciences », Editions Mille et une nuits, 2009, p. 266-270.
3. M.DAVID – ASPMP, « La prise en charge des détenus souffrant de troubles psychiatriques », Assemblée Nationale – Jeudi 22 février 2018.
4. A.HIBON, « Médecins captifs du pénitencier », Libération, 7 décembre 2004.
5. ASPMP, « Non au programme de soins en prison ». Communiqué du 29 mars 2018.
6. A. ALBERTINI, « Sur les traces d'un travailleur clandestin assassiné en Corse », Le Monde, 7 mars 2018.
7. B.GRAVIER, V.MOULIN, J-L. SENON, « L'évaluation actuarielle de la dangerosité : impasses éthiques et dérives sociales », L'information Psychiatrique, 2012/8.
8. V. GAUTRON, E.DUBOURG, « La rationalisation des outils et méthodes d'évaluation : de l'approche clinique au jugement actuariel », Criminocorpus, Mis en ligne le 26/01/2015.

9. Transcription libre de propos tenus lors des Journées SPMP, SMPR et UMD. MONTPELLIER 17-18 novembre 2010.
10. B.GRAVIER, V.MOULIN, J-L SENON, « L'évaluation actuarielle de la dangerosité : impasses éthiques et dérives sociales », *L'information Psychiatrique*, 2012/8
11. E. BLANC, « Rapport d'information sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel », Assemblée Nationale, 29/02/2012.
12. HAS, Audition Publique, « Prise en charge de la Psychopathie », Recommandations de la commission d'audition, Mai 2006.
13. C.CHARRIERE-BOURNAZEL, « La rage sécuritaire », STOCK, 2011.
14. E. BLANC, Ibid.
15. E.BLANC, Ibid.
16. HAS, « Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre des mineurs de moins de 15 ans », Juillet 2009
17. R.BARTHES. Cité par P.BEN SOUSSAN, R.GORI : « Peut-on vraiment se passer du secret ? L'illusion de la transparence ». Editions Eres, 2013, p.60.
18. R.DEBRAY, « Eloge des Frontières », GALLIMARD, 2010, p.25-28.
19. A.CAMUS, « L'envers et l'endroit », Editions GALLIMARD, folio essais.
20. R.DEBRAY, Ibid, p.13.
21. E.GLISSANT, « Philosophie de la Relation », Editions GALLIMARD, 2009, p.57
22. Ibid, p.69.
23. Ibid, p.72.
24. A. Lécu, « Le secret médical. Vie et mort », Les Editions du Cerf, 2016, p.202.
25. R.GORI, M-J DEL VOLGO, « La santé totalitaire », DENOËL, 2005, p. 257.
26. R.DEBRAY, Ibid, p.34.
27. Transcription libre de propos tenus par Laurence FANJOUX lors des Journées SPMP, SMPR et UMD. MONTPELLIER 17-18 novembre 2010.
28. P.BEN SOUSSAN, R.GORI, ibid, p.57.
29. A. Lécu, ibid, p.53.
30. A. Lécu, ibid, p.56.
31. ASPMP et APSEP, « Secret professionnel et partage de l'information », Livre Blanc, Mars 2017.
32. L.CHOSTAKOFF, A.FOULEY, G.TANVEZ, F. ARNAUD. « Auteurs d'infraction à caractère sexuel : une approche clinique et thérapeutique en milieu carcéral ». « Du nouveau dans la Psycho », Champs social éditions, 2012. P.228.
33. HAS, « Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre des mineurs de moins de 15 ans », Juillet 2009.
34. HAS, Ibid.
35. F. ROUSTANG, « Le thérapeute et son patient », Editions de l'Aube, 2001, p.67.
36. HAS, « Eléments pour élaborer une aide à la prise de décision partagée entre patient et professionnel de santé », HAS, Mars 2018.
37. D.ZAGURY, « Les nouveaux monstres. Plaidoyer pour un traitement raisonné des agresseurs sexuels, in : A. CIAVALDINI, « Violences sexuelles. Le soin sous contrôle judiciaire », Editions In Press, 2003, p.46.
38. A.CIAVALDINI, ibid.
39. G.TANVEZ, F.ARNAUD, « Projet de Centre de Consultations Spécifiques », Centre Hospitalier MONTPELLIER, AIX EN PROVENCE, projet médical, 2010.
40. C.FLEURY, « Les irremplaçables », Editions GALLIMARD, 2015, p.13

Quels critères d'évaluation proposer pour mesurer l'efficacité de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles ?

Thierry PHAM

Professeur de psychologie forensique criminelle, Université de Mons (Belgique),
Directeur du Centre de recherche en défense sociale de Tournai (Belgique),
professeur associé à l'Université des Trois Rivières, Québec, Canada.

La récédive

Compte-tenu de la demande des sociétés à accroître la sécurité de leurs concitoyens, nous assistons, depuis près de trois décennies, à un important développement de recherches dans le domaine de l'évaluation du risque de récédive. Trois points principaux seront traités dans cette partie. Dans un premier temps, nous aborderons la récédive sexuelle. Nous développerons ensuite le domaine de l'évaluation du risque en abordant trois types de méthodes différentes, mais complémentaires. Enfin, nous clôturerons sur la question de l'efficacité du traitement.

Les délinquants sexuels récédivent-ils toujours ? D'entrée de jeu, la réponse est clairement négative. Les chiffres les plus importants ont été dégagés par Hanson et Buisière dans le cadre d'une synthèse ayant intégré une soixantaine d'études couvrant plus de 20 000 agresseurs sexuels (voir Pham et Ducro, 2006). Par conséquent, contrairement à une idée répandue, les taux de récédive officielle n'augmentent pas de manière exponentielle au fur et à mesure du temps. Parmi les études couvrant de très longues périodes de suivi, les taux de récédive n'excèdent presque jamais 40 %. Même parmi les praticiens travaillant dans le champ de la délinquance, on ignore parfois que le taux de récédive générale des agresseurs sexuels est plus faible que celui d'autres délinquants. On ignore parfois que les agresseurs sexuels commettent aussi des délits non sexuels tels que le vol. Rappelons que la récédive sexuelle officielle s'appuie sur l'inculpation, l'arrestation ou la condamnation de nouvelles infractions. Par conséquent, les pourcentages rapportés concernant la récédive sexuelle officielle sous-estiment la récédive sexuelle réelle. Il existe ainsi un important fossé entre la perception de l'opinion publique et les données issues de la recherche. Ce fossé s'explique notamment par la surmédiation des agresseurs sexuels et plus particulièrement celle des meurtriers sexuels qui constituent, de nos jours, un prototype de la dangerosité.

L'efficacité du traitement

L'évolution des modèles de traitement spécifiques aux AICS, depuis les modèles explicatifs du passage à l'acte jusqu'aux modèles de réhabilitation, suscite des débats sur la manière de traiter efficacement les AICS (Ducro, Pham & Cortoni, 2017). Marshall et Marshall (2017) ont souligné que, si à l'origine les programmes étaient basés sur des idées et non des faits vérifiés, les récents programmes identifient des critères dynamiques de risque de récédive et le travail clinique correspondant.

Il existe des principes reconnus dans le traitement correctionnel permettant de réduire le risque futur de récédive auprès des délinquants en général. Ceux-ci sont

connus sous le nom des principes du risque-besoins-réceptivité (RBR). Le principe du risque détermine quel degré d'intervention le délinquant doit recevoir. En général, un délinquant à haut risque exige un traitement plus intense qu'un délinquant à faible risque. Obliger un délinquant à faible risque à participer à un traitement intensif peut même augmenter son risque de récidive. De façon similaire, le taux de récidive d'un délinquant à haut risque ne sera pas réduit s'il ne reçoit pas un traitement suffisamment intensif. On suggère qu'un minimum de 300 heures de thérapie est exigé pour traiter efficacement les délinquants à haut risque.

Le principe du besoin stipule que les besoins criminogènes, ou les facteurs dynamiques, constituent des cibles de traitement appropriées. Ainsi, le fait de cibler les troubles psychologiques généraux ou d'autres facteurs qui ne sont pas directement liés aux comportements criminels, telle que l'estime de soi, ne permet pas une diminution significative de la récidive. Le traitement doit, par conséquent, s'intéresser aux éléments qui sont directement liés aux comportements criminels, comme par exemple les facteurs de prévention de la récidive telle que la consommation d'alcool qui désinhibe le passage à l'acte. Le traitement doit aussi s'intéresser aux facteurs évolutifs de risque tels que les attitudes ou les croyances qui encouragent le délit sexuel (« les enfants s'épanouissent et ont besoin de relations sexuelles », « les femmes ne disent jamais réellement non »).

Finalement, le principe de la réceptivité identifie le type de traitement qui devrait être mené. Il est reconnu que les thérapies structurées de type cognitif et comportemental sont plus efficaces pour aider les délinquants à réduire leurs risques de récidive en comparaison aux thérapies non structurées, non directives, psycho-dynamiques et trop axées sur l'introspection. Ces principes s'appliquent à tous les types de délinquants, incluant les agresseurs sexuels.

Un traitement approprié peut réduire le risque de récidive sexuelle de moitié. Ainsi, les délinquants ayant reçu un traitement basé sur leur risque de récidive, leurs facteurs de changement ainsi qu'une thérapie cognitive et comportementale présentent 10 % de récidive comparativement à 19 % pour ceux n'ayant pas reçu ce type de traitement. Cette efficacité s'appliquant tant pour les délinquants traités en prison que pour ceux ayant été traités au sein de la communauté, via un traitement ambulatoire.

Une évaluation de l'efficacité thérapeutique des programmes se fait via une **évaluation du risque de récidive dynamique des AICS à différents moments de la prise en charge, en fin de prise en charge, voire même après la prise en charge**. A ce jour, certains auteurs soulignent que la littérature n'établit pas, de manière définitive, l'efficacité thérapeutique des différentes approches de prise en charge des AICS (Rice & Harris, 2013). Selon ces auteurs, seul un essai randomisé peut fournir une réponse univoque à la question de l'efficacité. D'autres auteurs, comme Marshall, soulignent que ce type de recherche n'est pas réaliste dans la mesure où les environnements médico-légaux ne permettent pas de placer les délinquants sexuels dangereux dans des groupes « non traités ». Par ailleurs, certains programmes sont évalués démontrant une réduction de la récidive après traitement (Marshall, Marshall, & Burton, 2013). Néanmoins, une limite de ces programmes (Marshall & Marshall, 2017) ne permet pas d'affirmer, après une approche comparative, si une approche spécifique (exemple : Good live) est plus efficace qu'une autre (exemple : prévention de la rechute). Par ailleurs, des méta-analyses à grande échelle (Lösel & Schmucker, 2005, 2014) impliquant plus de 20 000 participants ont rapporté des résultats relatifs aux taux de récidive et à leur évolution, ceux-ci suggèrent un effet significatif du traitement sur la récidive des AICS afin d'orienter les professionnels dans le choix de leurs cibles thérapeutiques.

Les instruments d'évaluation du risque de récidive

tape 1. Les échelles statiques de risque

Ces échelles sont essentielles afin de mesurer un ordre de grandeur de risque avant de définir ou d'assigner l'AICS. En effet, une échelle actuarielle, comme la Statique-99, permet de mesurer un niveau de risque de récidive à long terme. Il est indispensable d'évaluer tant les antécédents que les facteurs de changement liés au risque de récidive. Une évaluation statique du risque paraît indispensable avant une évaluation dynamique.

Table 1. Feuille de cotation de la Statique-99R

Question n°	Facteur de risque	Codes	Score
1	Âge au moment de la libération	18 à 34,9 ans	1
		35 à 39,9 ans	0
		40 à 59,9 ans	-1
		60 ans et plus	-3
2	Cohabitation	Ce délinquant a-t-il cohabité avec un amant (homme ou femme) pendant au moins deux ans?	
		Oui Non	0 1
3	Infractions répertoriées avec violence non sexuelle Condamnations?	Non	0
		Oui	1
4	Infractions antérieures avec violence non sexuelle Condamnations?	Non	0
		Oui	1
5	Infractions sexuelles antérieures	Accusations	Condamnations
		Aucune	Aucune
		1-2	1
		3-5	2-3
		6+	4+
6	Prononcés de peine antérieurs (sauf l'infraction répertoriée)	Non	0
		Oui	1
7	Condamnations pour infractions sexuelles sans contact	Non	0
		Oui	1
8	Au moins une victime sans lien de parenté avec le délinquant	Non	0
		Oui	1
9	Au moins une victime qui était un inconnu	Non	0
		Oui	1
10	Au moins une victime de sexe masculin	Non	0
		Oui	1
Score total		Faire la somme des scores obtenus pour les différents facteurs de risque	

Etape 2. L'évaluation dynamique

2a. Les échelles de jugement structuré

Une des critiques les plus fréquemment adressées à l'encontre des instruments actuariels est leur fonctionnement mécanique. En effet, ces instruments débouchent sur un score total qui résulte de l'addition de scores à chacun des critères. Ces instruments évaluent le risque de récidive à long terme, mais n'identifient pas les besoins, les changements thérapeutiques. Ces limites ont amené au développement des échelles de jugement structuré. D'une part, la fixité des aspects évalués ne permet pas de tenir compte des changements survenant dans la vie du délinquant. Il n'est pas évident pour un évaluateur de comprendre la dynamique psychologique d'un patient (Brouillette-Alarie & Hanson, 2017).

Il existe néanmoins deux catégories d'instruments d'évaluation pertinentes pour la prise en charge thérapeutique et la mesure de son efficacité via des mesures répétées, pré-pendant-post traitement.

Ces échelles sont constituées de facteurs de risque qui dérivent de la recherche sur les délits sexuels ou violents. Elles comprennent aussi des critères évolutifs dits « dynamiques » tels que le soutien social ou l'évolution de l'agresseur au cours de la thérapie. L'évaluation du niveau de risque s'effectue à partir de la combinaison de critères évalués. Il est recommandé de réévaluer le risque de manière périodique afin d'apprécier son évolution. Parmi ces instruments, on trouve la Sexual Violence Risk-20 items.

Table 2. Items de la SVR-20

Ajustements Psychosocial	
1.	Déviation sexuelle
2.	Victime d'abus pendant l'enfance
3.	Psychopathie
4.	Troubles mentaux majeurs
5.	Usage de substances
6.	Idées suicidaires – de meurtre
7.	Problèmes relationnels
8.	Problèmes d'emploi
9.	Antécédents de délits violents non sexuels
10.	Antécédents de délits non violents non sexuels
11.	Echec de supervision passée
Délits Sexuels	
1.	Haute densité des délits sexuels
2.	Multiplicité des délits sexuels
3.	Séquelles physiques aux victimes d'abus sexuels
4.	Usage d'armes ou de menaces de mort lors de l'abus sexuel
5.	Escalade dans la fréquence ou la gravité des délits sexuels
6.	Minimisation extrême ou déni des délits sexuels
7.	Attitudes qui supportent ou qui justifient les délits sexuels
Projets Futurs	
1.	Manque de projets réalistes
2.	Attitude négative envers l'intervention

Cet instrument comprend 20 critères de « risque » qui sont regroupés en plusieurs catégories concernant l'adaptation psychosociale, les délits sexuels et les projets futurs. Elle n'a pas la prétention d'être exhaustive. L'évaluation de la SVR-20 repose sur plusieurs sources d'informations telles que les interviews, les tests standardisés relatifs au comportement sexuel, la mesure de la déviance sexuelle, l'évaluation des connaissances et des attitudes sexuelles, l'usage de substances ou la présence d'un diagnostic psychopathologique. Un développement récent de cette échelle consiste en la *Risk for Sexual Violence Protocol* (RSVP ; Hart et al., 2003b). Il s'agit d'une procédure d'évaluation du risque exhaustive basée sur la SVR-20. Il s'agit davantage d'un protocole évaluatif qui envisage aussi la possibilité de formuler des scénarios de risque.

2b. Les instruments dynamiques du risque de récidive

Les instruments dynamiques d'évaluation du risque de récidive sont constitués de deux catégories de facteurs. Les facteurs dynamiques « stables » peuvent évoluer sur de longues périodes de temps (par exemple, les déviances sexuelles, l'alcoolisme, les distorsions cognitives) alors que les facteurs dynamiques « aigus » reflètent des changements d'état rapide (par exemple, la perte de soutien social, un état aigu d'alcoolisme, un accès soudain de colère). Un exemple d'instrument est la « Stable Aigu » créée par Hanson. Cet instrument comprend deux parties. La première appelée « Stable » est constituée de cinq domaines répartis en 13 items telles que les influences sociales

sur le comportement délinquant, les problèmes vécus au niveau de l'intimité ou de la maîtrise de soi. Il s'agit d'une échelle actuarielle validée ayant pour but d'évaluer les besoins criminogènes des délinquants sexuels adultes, à l'aide de facteurs de risque dynamiques stables (Hanson et al., 2007 ; Hanson, Helmus & Harris, 2015). Les facteurs évalués sont susceptibles d'être modifiés par une intervention soutenue mais, tendent à perdurer à travers les mois, voire les années (Hanson et al., 2007; Hanson et al., 2015). La seconde partie appelée « Acute » comprend onze facteurs décrivant par exemple l'accès aux victimes, l'hostilité ou les préoccupations sexuelles. Cet instrument permet d'apprécier si les interventions thérapeutiques contribuent à réduire le risque de récidive. Contrairement aux échelles actuarielles uniquement constituées de facteurs de risque statiques, la cotation de la STABLE-2007 requiert une entrevue avec le délinquant ou des dossiers cliniques très détaillés. Il est recommandé d'utiliser la STABLE-2007 en combinaison avec la Statique-99R (ou 2002R) et l'AIGU-2007 (Brouillette-Alarie & Hanson, 2017).

Table 3. Feuille de cotation de la STABLE-2007

Élément coté	Total Section
Influences sociales importantes	
Capacité de stabilité dans ses relations	
Identification émotive aux enfants	
Hostilité à l'égard des femmes	
Rejet social en général	
Absence d'empathie à l'égard d'autrui	
Gestes impulsifs	
Faibles aptitudes cognitives pour la résolution de problèmes	
Émotions négatives	
Libido	
Préoccupations sexuelles	
Recours au sexe comme mécanisme d'adaptation	
Intérêts sexuels déviants	
Coopération dans le cadre de la surveillance	
Additionnez les cases pour obtenir le score total (Score sur 24 pour ceux qui n'ont pas agressé d'enfant)	26

Table 4. Feuille de cotation de l'AIGU-2007

Cote « Récidive sexuelle/avec violence » (additionner les cotes des quatre facteurs)	Cote	Cote « Récidive générale » (additionner les cotes des sept facteurs)	Cote
▪ Accès aux victimes		→ Reporter dans la col. de droite →	
▪ Hostilité		→ Reporter dans la col. de droite →	
▪ Préoccupations sexuelles		→ Reporter dans la col. de droite →	
▪ Rejet de la surveillance		→ Reporter dans la col. de droite →	
		▪ Effondrement émotionnel	
		▪ Effondrement des supports sociaux	
		▪ Toxicomanie	
Risque de récidive sexuelle ou avec violence – Total (somme des cotes des quatre facteurs)		Risque de récidive générale – Total (somme des cotes des sept facteurs)	

Étape 3. Critères complémentaires additionnels

Cette troisième étape est plus facultative et complémentaire que la seconde. Elle vise à expliciter, valider et compléter des critères ou domaines précédemment évalués de manière plus sommaire au sein des échelles structurées et dynamiques. Ainsi des domaines tels que les intérêts sexuels déviants, la qualité des relations sociales ou intimes sont abordés comme critère unique au sein des échelles de jugement structuré ou dynamique.

3a. Les facteurs protecteurs.

Le SAPROF est une échelle d'évaluation structurée utilisée en complémentarité avec les évaluations du risque comme le HCR-20 ou la SVR-20 (Douglas, Hart, Webster & Belfrage, 2013 ; de Vogel, de Ruiter, Bouman & de Vries Robbé, 2007 ; Boer, Hart, Kropp & Webster, 1997). Le SAPROF est composé de 17 facteurs protecteurs généraux regroupés en trois catégories.

Table 5. Fiche d'évaluation du SAPROF (De Vogel, de Ruiter, Bouman @ de Vries Robbé, 2011)

Facteurs internes		Cote	Acquis	But
1.	Intelligence		<input type="checkbox"/>	
2.	Attachement sécurisant dans l'enfance		<input type="checkbox"/>	
3.	Empathie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Habilités d'adaptation		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Maîtrise de soi		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facteurs liés à la motivation		Cote	Acquis	But
6.	Travail		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Activités de loisir		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Gestion des finances		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Motivation au traitement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Attitudes envers l'autorité		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Objectifs de vie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Médication <input type="checkbox"/> N.D.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facteurs externes		Cote	Acquis	But
13.	Réseau social		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Relation intime		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Soins professionnels		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Conditions de vie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Contrôle externe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cependant, De Vries Robbé, Mann, Maruna et Thornton, (2015) ont développé des facteurs protecteurs relatifs aux AICS :

- a) Intérêts sexuels sains : Il s'agit d'un intérêt sexuel envers des adultes consentants avec une pulsion sexuelle d'intensité modérée et donc non pathologique. La médication est proposée comme facteur protecteur.
- b) Capacité d'intimité émotionnelle : Il s'agit de la capacité à maintenir des relations émotionnellement proches et satisfaisantes avec d'autres adultes. Mais, aussi des attitudes positives envers les femmes ainsi que la faculté à se soucier des autres. Les facteurs protecteurs sont l'empathie, un attachement sécurisant durant l'enfance et des relations intimes saines.

- c) **Réseau de soutien social et professionnel constructif** : Cela correspond à la capacité de développer des relations constructives avec d'autres adultes. Il peut s'agir de personnes avec un rôle de soutien et d'autorité professionnels. Les individus doivent accepter les règles et la supervision ainsi qu'être en présence d'un réseau social respectueux des lois. Les facteurs protecteurs sont la motivation au traitement, les attitudes positives envers l'autorité ainsi que des soins de la part de professionnels.
- d) **Vie dirigée par un but** : Il s'agit de la capacité d'établir des objectifs et de planifier les activités quotidiennes afin de réaliser ces objectifs. Les facteurs protecteurs sont la capacité à gérer ses finances, avoir des buts dans la vie ainsi qu'une bonne intelligence.
- e) **Bonne résolution des problèmes** : Il s'agit de l'efficacité à résoudre les problèmes quotidiens sans se laisser envahir ou avoir recours à des stratégies anti-sociales. Le facteur protecteur est la présence de capacités d'adaptation fonctionnelles.
- f) **Être investi dans son emploi ou dans des activités de loisirs** : Il s'agit d'avoir une activité constructive. Cette activité doit mener à l'établissement d'un sentiment de satisfaction et de réalisation intrinsèque. Le travail et les activités de loisirs en sont les facteurs protecteurs.
- g) **Sobriété** : Il s'agit de la capacité à ne pas consommer de l'alcool ou des drogues illicites. Le fait d'avoir un emploi se révèle être un facteur protecteur.
- h) **Attitudes optimistes et motivées envers la désistance** : Il s'agit de faire appel à des modèles cognitifs optimistes améliorant le changement. Pour ce faire, l'individu devra se focaliser sur le positif lorsque des événements négatifs surviendront. Les facteurs protecteurs sont la thérapie comme tournant dans la vie ainsi que la médication.

Sur base de ces facteurs, une version du SAPROF adaptée aux AICS est en cours de développement. Ainsi, l'utilisation complémentaire des « forces » dans la prise en charge permet de pallier à plusieurs critiques liées à l'évaluation des « faiblesses » de l'individu (De Vries Robbé et al., 2015). D'abord, cela permet d'améliorer la validité prédictive des échelles de risque (De Vries Robbé, De Vogel & Douglas, 2013). Ensuite, se focaliser sur une seule facette du risque peut amener à une surévaluation du risque. Cela appauvrit également la gestion du risque et la mise en place d'un traitement adéquat (Rogers, 2000). Enfin, La focalisation de l'évaluation sur le plan du déficit peut se révéler stigmatisant pour le justiciable (Attril & Liell, 2007).

3b. Les distorsions cognitives

Deux questionnaires, à partir de leurs qualités psychométriques sont utilisables, la *Molest Scale* (Bumby, 1996), composée de 38 items, pour évaluer les distorsions cognitives relatives à l'agression sexuelle d'enfants, et la *Rape Scale* (Bumby, 1996), regroupant 36 items, pour évaluer les distorsions cognitives relatives à l'agression sexuelle de femmes adultes (voir Vanderstukken et al., 2006). Les résultats à ces questionnaires ne permettent pas de déterminer la présence ou l'absence de distorsions cognitives, ou encore leur nombre, mais bien le positionnement de l'auteur d'agression sexuelle par rapport à ces distorsions (Cortoni & Vandertukken, 2017). Néanmoins, leur intérêt lors de la prise en charge a été souligné (Vanderstukken et al., 2015). Il importe de souligner que l'utilisation de questionnaires nécessitent de contrôler la désirabilité sociale via un des questionnaires existants.

Bibliographie

1. Attrill, G., & Liell, G. (2007). Offenders views on risk assessment. In N. Padfield (Ed.), *Who to release? Parole, fairness and criminal justice* (pp.191-201). Cullompton: Willan.
 2. Boer, D.P., Hart, S.D., Kropp, P.R., & Webster, C.D. (1997). *Manual for the Sexual Violence Risk-20. Professional guidelines for assessing risk of sexual violence*. Vancouver, British Columbia: Institute Against Family Violence.
 3. Brouillette-Alarie, S., & Hanson, R. K. (2017). L'évaluation du risque de récidive des agresseurs sexuels. In F. Cortoni & T.H. Pham (Eds.), *Traité de l'agression sexuelle* (pp. 97-128). Bruxelles : Mardaga.
 4. Bumby, K.M. (1996). Assessing the cognitive distortions of child molesters and rapists: Development and validation of the MOLEST and RAPE scales. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 8(1), 37-54.
 5. Cortoni, F., & Vandertukken, O. (2017). L'évaluation des besoins en matière de traitement. In F. Cortoni & T.H. Pham (Eds.), *Traité de l'agression sexuelle* (pp. 129-144). Bruxelles : Mardaga.
 6. de Vogel, V., de Ruiter, C., Bouman, Y., & de Vries Robbé, M. (2011). *SAPROF. Guide d'évaluation des facteurs de protection pour le risque de violence* (J.-P. Guay & T. Costi : Trans). Utrecht: Forum Educatief.
 7. de Vries Robbé, M., Mann, R.E., Maruna, S., & Thornton, D. (2015). An Exploration of protective factors supporting desistance from sexual offending. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 27(1), 16-33.
 8. de Vries Robbé, M., de Vogel, V., & Douglas, K.S. (2013). Risk factors and protective factors : A two-sided dynamic approach to violent risk assessment. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 24(4), 440-457.
 9. Hanson, R.K., Harris, A.J.R., Scott, T., & Helmus, L. (2007). *Évaluation du risque chez les délinquants soumis à une surveillance dynamique* (Publication no 2007-05). Ottawa: Sécurité publique Canada.
 10. Hanson, R.K., Helmus, L.M., & Harris, A.J.R. (2015). Assessing the risk and needs of supervised sexual offenders: A prospective study using STABLE-2007, Static-99R and Static-2002R. *Criminal Justice and Behavior*, 42(12), 1205-1224.
 11. Hart, S. D., Kropp, P. R., Laws, D. R., Klaver, J., Logan, C., & Watt, K. A. (2003). *The Risk for Sexual Violence Protocol (RSVP) : Structured Professional Guidelines for Assessing Risk of Sexual Violence*. Burnaby: Mental Health, Law and Policy Institute of Simon Fraser University.
 12. Hart, S.D., Webster, C.D., Douglas, K.S., & Belfrage, H. (2013). *HCR-20V3: Assessing risk of violence – User guide*. Burnaby: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
 13. Lösel, F., & Schmucker, M. (2005). The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*, 1(1), 117-146.
 14. Pham, T.H. (Ed.) (2006). *L'évaluation diagnostique des agresseurs sexuels*, Bruxelles : Mardaga, Collection psychodiagnostic (J. Grégoire, Dir.).
 15. Pham, T.H. & Ducro, C. (2006). L'évaluation du risque de récidive chez les agresseurs sexuels. In T.H. Pham (Ed.), *L'évaluation diagnostique des agresseurs sexuels*. Bruxelles : Mardaga, Collection psychodiagnostic (J. Grégoire, Dir.).
- Marshall, W.L. & Marshall, L.E. (2017). Le traitement des agresseurs sexuels adultes. In F. Cortoni & T.H. Pham (Eds.), *Traité de l'agression sexuelle* (pp. 163-178). Bruxelles : Mardaga.
 - Vanderstukken, O., Benbouriche, M., Pham, T.H., & Lefebvre, L. (2015). Les distorsions cognitives des auteurs d'agression sexuelle d'enfant : définitions, fonctions, et enjeux théoriques. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 25(1), 29-34.
 - Vanderstukken, O., Menghini, M., Willocq, L. & Pham, H.T. (2006). Evaluation du déni des distorsions cognitives et de l'empathie chez les agresseurs sexuels. In T.H. Pham (Ed.). *L'évaluation diagnostique des agresseurs sexuels*, Bruxelles : Mardaga, Collection psychodiagnostic (J. Grégoire, Dir.).
 - Rice, M.E., & Harris, G.T. (2013). Treatment for adult sex offenders: May we reject the null hypotheses? In K. Harrison & B. Riley (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of legal and ethical aspects of sex offender treatment and management* (pp. 219-235). Chichester: John Wiley & Sons.
 - Rogers, R. (2000). The uncritical acceptance of risk assessment in forensic practice. *Law and Human Behavior*, 24(5), 595-605.

Partie 2 - Rapports du groupe bibliographique

Recherche documentaire

Gaëlle FANELLI

Documentaliste chargée de projet, Haute Autorité de Santé

Méthode

La recherche a porté sur les sujets et les types d'études définis en accord avec le Comité d'organisation et a été limitée aux publications en langue anglaise et française.

Elle a porté sur la période de janvier 1998 à décembre 2017. Une veille a été réalisée jusqu'en mai 2018.

Les sources suivantes ont été interrogées :

- pour la littérature internationale : la base de données Medline, Social SciSearch
- pour la littérature francophone : la base de données Théséas, Lissa, Cairn, SantéPsy, et la Banque de Données en Santé Publique ;
- la Cochrane Library ;
- ThéséAS, base de données documentaires spécialisée sur les violences sexuelles, administrée et alimentée par le réseau documentaire de la FFCRIAVS ;
- les sites internet publiant des recommandations, des rapports d'évaluation technologique ou économique ;
- les sites Internet des sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié ;
- les sources spécialisées en épidémiologie, économie, éthique, réglementation... (selon les thèmes).

Cette recherche a été complétée par la bibliographie des experts et les références citées dans les documents analysés.

1222 références ont été analysées par le groupe bibliographique.

Stratégie de recherche et liste des sources interrogées

Bases de données bibliographiques

La stratégie de recherche dans les bases de données bibliographiques est construite en utilisant, pour chaque sujet, soit des termes issus de thésaurus (descripteurs), soit des termes libres (du titre ou du résumé). Ils sont combinés avec les termes décrivant les types d'études.

Le tableau 1 présente la stratégie de recherche dans la base de données Medline. Dans ce tableau, des références doublons peuvent être présentes entre les différents thèmes et/ou types de d'études.

Tableau 1 : Stratégie de recherche dans la base de données Medline :

Type d'étude / sujet	Termes utilisés	Période
– Recommandations		
		01/1998 – 05/2018
Etape 1	«Sex Offenses»[Majr] OR «Child Abuse, Sexual»[majr] OR «sexual assault prevention»[tiab] OR «sexual abuse prevention»[tiab] OR sex* devia*[Title] OR rape[Title] OR sexual assault[Title/Abstract] OR sexual abuse[Title/Abstract] AND rapist[Title] OR Rape[MeSH Terms] OR Pedophilia[MeSH Terms] OR Child Abuse, Sexual[MeSH Terms] OR «Sex Offenses»[Mesh:NoExp]	
ET		
Etape 2	(guidelines as topic OR practice guidelines as topic OR health planning guidelines OR consensus development conferences as topic OR consensus development conferences, NIH as topic)/de OR (practice guideline OR guideline OR consensus development conference OR consensus development conference, NIH)/type de publication OR (recommandation* OR guideline*)/ti	
Prévention		
– Méta-analyses et revues systématiques		
		01/1998 – 05/2018
Etape 3	(((«Sex Offenses/prevention and control»[Majr] OR «Child Abuse, Sexual/prevention and control»[majr] OR «sexual assault prevention»[tiab] OR «sexual abuse prevention»[tiab])) OR (((sex* devia*[Title] OR rape[Title] OR sexual assault[Title/Abstract] OR sexual abuse[Title/Abstract] AND rapist[Title] OR Rape[MeSH Terms] OR Pedophilia[MeSH Terms] OR Child Abuse, Sexual[MeSH Terms] OR «Sex Offenses»[Mesh:NoExp])) AND ((«Primary Prevention»[Majr:NoExp] OR prevention[ti])	
ET		
Etape 4	meta-analysis as topic/de OR meta-analysis/type de publication OR (meta-analysis OR meta-analysis OR metaanalysis OR systematic* review*)/ti	
– Essais contrôlés		
		01/1998 – 05/2018
Etape 3		
ET		
Etape 5	(controlled clinical trials as topic OR randomized controlled trials as topic OR single-blind method OR double-blind method OR random allocation OR cross-over studies)/de OR (controlled clinical trial OR randomized controlled trial)/type de publication OR random*/ti	
– Etudes de cohortes		
		01/1998 – 05/2018
Etape 3		
ET		
Etape 6	(cohort studies OR longitudinal studies OR follow-up studies OR prospective studies)/de OR (cohort study OR cohort studies)/ti	
– Essais cliniques		
		01/1998 – 05/2018
Etape 3		
ET		
Etape 7	clinical trial*[TI] OR comparative stud*[TI] OR versus[TI] OR Clinical Trial[Publication Type:NoExp] OR Comparative Study[PT]	

Thérapeutique

- Méta-analyses et revues systématiques

01/1998 - 05/2018

Etape 8 ((((((«Sex Offenses»[Majr] OR «Child Abuse, Sexual»[majr] OR «sexual assault prevention»[tiab] OR «sexual abuse prevention»[tiab] OR sex* devia*[Title] OR rape[Title] OR sexual assault[Title/Abstract] OR sexual abuse[Title/Abstract] OR rapist[Title] OR Rape[MeSH Terms] OR Pedophilia[MeSH Terms] OR Child Abuse, Sexual[MeSH Terms] OR «Sex Offenses»[Mesh.NoExp])

AND ((((((testosterone/antagonist and inhibitors[MESH] OR androgen antagonists[MESH] OR leuprolide[MESH] OR triptorelin[MESH] OR cyproterone acetate[MESH] OR cyproterone[MESH] OR medroxyprogesterone 17-acetate[MESH] OR epitestosterone[MESH] OR flutamide[MESH] OR spironolactone[MESH] OR (bicalutamide[Supplementary Concept] OR cyoctol[Supplementary Concept] OR diane OR flutamide hydroxylase[Supplementary Concept] OR methylestrenolone[Supplementary Concept] OR nilutamide[Supplementary Concept] OR osaterone acetate[Supplementary Concept] OR oxendolone OR topteron OR WS 9659 B[Supplementary Concept] OR zanoterone[Supplementary Concept] OR androcur*[tiab] OR provera[tiab] OR cyrin[tiab] OR amen[tiab] OR lupron[tiab] OR decapept*[tiab] Ou cyproterone acetate[tiab] OR tryptorelin*[tiab] OR medroxyprogesterone acetate[tiab] OR antiandrogen*[tiab] OR anti androgen*[tiab] OR leuprolide*[tiab] OR leuporelin*[tiab] OR MPA[ti] OR CPA[ti] AND ((«2012/01/01»[PDat] : «3000/12/31»[PDat]) AND Humans[Mesh] AND (English[lang] OR French[lang])))) OR ((«Psychotherapy»[Mesh] OR «Psychotherapy, Group»[Mesh.NoExp] OR «Virtual Reality Exposure Therapy»[Mesh] OR psychothera*[Title/Abstract]) AND ((«2012/01/01»[PDat] : «3000/12/31»[PDat]) AND Humans[Mesh] AND (English[lang] OR French[lang])))) OR ((serotonin uptake inhibit*[Title/Abstract] OR serotonin reuptake inhibit*[Title/Abstract] OR serotonin uptake inhibit*[Title/Abstract] OR SSRI[Title/Abstract] OR 5 HT uptake inhibit*[Title/Abstract] OR 5 hydroxytryptamine uptake inhibit*[Title/Abstract] OR 5 HT reuptake inhibit*[Title/Abstract] OR «drug therapy» [Subheading] OR «Drug Therapy»[Mesh.NoExp] OR «topiramate» [Supplementary Concept] OR «Naltrexone»[Mesh] OR «Serotonin Uptake Inhibitors»[Mesh] OR «Serotonin Uptake Inhibitors» [Pharmacological Action] OR «bicifadine» [Supplementary Concept] OR «cericlamine» [Supplementary Concept] OR «Citalopram»[Mesh] OR «dapoxetine» [Supplementary Concept] OR «Desvenlafaxine Succinate»[Mesh] OR «Duloxetine Hydrochloride»[Mesh] OR «femoxetine»[Supplementary Concept] OR «Fluoxetine»[Mesh] OR «olanzapine-fluoxetine combination» [Supplementary Concept] OR «Fluvoxamine»[Mesh] OR «hydroxynefazodone» [Supplementary Concept] OR «ifoxetine» [Supplementary Concept] OR «hyperforin» [Supplementary Concept] OR «litoxetine» [Supplementary Concept] OR «medifoxamine» [Supplementary Concept] OR «milnacipran» [Supplementary Concept] OR «nefazodone» [Supplementary Concept] OR «Nefopam»[Mesh] OR «norfluoxetine» [Supplementary Concept] OR «Paroxetine»[Mesh] OR «Sertraline»[Mesh] OR «sibutramine» [Supplementary Concept] OR «Venlafaxine Hydrochloride»[Mesh] OR «Vilazodone Hydrochloride»[Mesh])

ET

Etape 4

- Essais contrôlés - médicamenteuse antiandrogène 01/1998 - 05/2018

Etape 9 (((«Sex Offenses»[Majr] OR «Child Abuse, Sexual»[majr] OR «sexual assault prevention»[tiab] OR «sexual abuse prevention»[tiab])) OR (((sex* devia*[Title] OR rape[Title] OR sexual assault[Title/Abstract] OR sexual abuse[Title/Abstract] AND rapist[Title] OR Rape[MeSH Terms] OR Pedophilia[MeSH Terms] OR Child Abuse, Sexual[MeSH Terms] OR «Sex Offenses»[Mesh:NoExp])) AND (testosterone/antagonist and inhibitors[MESH] OR androgen antagonists[MESH] OR leuprolide[MESH] OR triptorelin[MESH] OR cyproterone acetate[MESH] OR cyproterone[MESH] OR medroxyprogesterone 17-acetate[MESH] OR epitestosterone[MESH] OR flutamide[MESH] OR spironolactone[MESH] OR (bicalutamide[Supplementary Concept] OR cyctol[Supplementary Concept] OR diane OR flutamide hydroxylase[Supplementary Concept] OR methylestrenolone[Supplementary Concept] OR nilutamide[Supplementary Concept] OR osaterone acetate[Supplementary Concept] OR oxendolone OR topteron OR WS 9659 B[Supplementary Concept] OR zanoterone[Supplementary Concept] OR androcur*[tiab] OR provera[tiab] OR cyclin[tiab] OR amen[tiab] OR lupron[tiab] OR decapept*[tiab] Ou cyproterone acetate[tiab] OR tryptorelin*[tiab] OR medroxyprogesterone acetate[tiab] OR antiandrogen*[tiab] OR anti androgen*[tiab] OR leuprolide*[tiab] OR leuprorelin*[tiab] OR MPA[tj] OR CPA[tj]))

ET

Etape56

- Essais contrôlés - médicamenteuse hors antiandrogène 01/1998 - 05/2018

Etape 10 (serotonin uptake inhibit*[Title/Abstract] OR serotonin reuptake inhibit*[Title/Abstract] OR serotonin uptake inhibit*[Title/Abstract] OR SSRI[Title/Abstract] OR 5 HT uptake inhibit*[Title/Abstract] OR 5 hydroxytryptamine uptake inhibit*[Title/Abstract] OR 5 HT reuptake inhibit*[Title/Abstract] OR «drug therapy» [Subheading] OR «Drug Therapy»[Mesh:NoExp] OR «topiramate» [Supplementary Concept] OR «Naltrexone»[Mesh] OR «Serotonin Uptake Inhibitors»[Mesh] OR «Serotonin Uptake Inhibitors» [Pharmacological Action] OR «bicifadine» [Supplementary Concept] OR «cericlamine» [Supplementary Concept] OR «Citalopram»[Mesh] OR «dapoxetine» [Supplementary Concept] OR «Desvenlafaxine Succinate»[Mesh] OR «Duloxetine Hydrochloride»[Mesh] OR «femoxetine» [Supplementary Concept] OR «Fluoxetine»[Mesh] OR «olanzapine-fluoxetine combination» [Supplementary Concept] OR «Fluvoxamine»[Mesh] OR «hydroxynefazodone» [Supplementary Concept] OR «ifoxetine» [Supplementary Concept] OR «hyperforin» [Supplementary Concept] OR «litoxetine» [Supplementary Concept] OR «medifoxamine» [Supplementary Concept] OR «milnacipran» [Supplementary Concept] OR «nefazodone» [Supplementary Concept] OR «Nefopam»[Mesh] OR «norfluoxetine» [Supplementary Concept] OR «Paroxetine»[Mesh] OR «Sertraline»[Mesh] OR «sibutramine» [Supplementary Concept] OR «Venlafaxine Hydrochloride»[Mesh] OR «Vilazodone Hydrochloride»[Mesh])

AND («Sex Offenses»[Majr] OR «Child Abuse, Sexual»[majr] OR «sexual assault prevention»[tiab] OR «sexual abuse prevention»[tiab])) OR (((sex* devia*[Title] OR rape[Title] OR sexual assault[Title/Abstract] OR sexual abuse[Title/Abstract] AND rapist[Title] OR Rape[MeSH Terms] OR Pedophilia[MeSH Terms] OR Child Abuse, Sexual[MeSH Terms] OR «Sex Offenses»[Mesh:NoExp]))

ET

Etape 5

– Essais contrôlés – thérapeutique non médicamenteuse		01/1998 – 05/2018
Etape 11	((((«Sex Offenses»[Majr] OR «Child Abuse, Sexual»[majr] OR «sexual assault prevention»[tiab] OR «sexual abuse prevention»[tiab])) OR (((sex* devia*[Title] OR rape[Title] OR sexual assault[Title/Abstract] OR sexual abuse[Title/Abstract] OR rapist[Title] OR Rape[MeSH Terms] OR Pedophilia[MeSH Terms] OR Child Abuse, Sexual[MeSH Terms] OR «Sex Offenses»[Mesh:NoExp])) AND (((«Psychotherapy»[Mesh]) OR («Psychotherapy, Group»[Mesh:NoExp] OR «Virtual Reality Exposure Therapy»[Mesh])) OR psychothera*[Title/Abstract]))))	
ET		
Etape 5		
Problématiques émergentes		
– Méta-analyses et revues systématiques		01/2007 – 05/2018
Etape 12	((((((((«Sex Offenses/prevention and control»[Majr] OR «Child Abuse, Sexual/prevention and control»[majr] OR «sexual assault prevention»[tiab] OR «sexual abuse prevention»[tiab])) OR (((sex* devia*[Title] OR rape[Title] OR sexual assault[Title/Abstract] OR sexual abuse[Title/Abstract] AND rapist[Title] OR Rape[MeSH Terms] OR Pedophilia[MeSH Terms] OR Child Abuse, Sexual[MeSH Terms] OR «Sex Offenses»[Mesh:NoExp])))) AND («Social Media»[Mesh] OR «social media»[ti] OR «Social Networking»[Mesh] OR web[ti] OR cyber[ti] OR chemical submission[ti] OR «Street Drugs/poisoning»[Mesh] OR «Designer Drugs/poisoning»[Mesh] OR «Internet»[Mesh] OR (sexu*[ti] AND tourism[tij]))))	
ET		
Etape 4		
– Essais contrôlés		01/2007 – 05/2018
Etape 12		
ET		
Etape 5		
– Etudes de cohortes		01/2007 – 05/2018
Etape 12		
ET		
Etape 6		
– Essais cliniques		01/2007 – 05/2018
Etape 12		
ET		
Etape 7		
– Coûts		01/2007 – 05/2018
Etape 13	((((((((«Sex Offenses»[Majr] OR «Child Abuse, Sexual»[majr] OR «sexual assault prevention»[tiab] OR «sexual abuse prevention»[tiab])) OR (((sex* devia*[Title] OR rape[Title] OR sexual assault[Title/Abstract] OR sexual abuse[Title/Abstract] AND rapist[Title] OR Rape[MeSH Terms] OR Pedophilia[MeSH Terms] OR Child Abuse, Sexual[MeSH Terms] OR «Sex Offenses»[Mesh:NoExp])))) AND (cost[tiab] OR costs[tiab] OR costing[tiab] OR price[tiab] OR pricing[tiab] OR economic*[tiab] OR burden [ti] OR «cost effectiveness»[tiab] OR «cost effectiveness»[tiab] OR budgets[majr] OR costs and cost analysis[majr] OR financing, government[majr] OR health care sector[majr] OR insurance, health[majr]))	

 – Jurisprudence 01/2007 – 05/2018

Etape 14 (((((((«Sex Offenses/prevention and control»[Majr] OR «Child Abuse, Sexual/prevention and control»[majr] OR «sexual assault prevention»[tiab] OR «sexual abuse prevention»[tiab])) OR (((sex* devia*[Title] OR rape[Title] OR sexual assault[Title/Abstract] OR sexual abuse[Title/Abstract] OR rapist[Title] OR Rape[MeSH Terms] OR Pedophilia[MeSH Terms] OR Child Abuse, Sexual[MeSH Terms] OR «Sex Offenses»[Mesh:NoExp])) AND ("Jurisprudence"[Mesh] OR jurisprudence[TIAB] OR "legislation and jurisprudence" [Subheading])) AND (France[ad] OR France[PL] OR France[Mesh] OR French[LA]))

 – Injonctions de soins 01/2007 – 05/2018

Etape 15 (((«Sex Offenses»[Majr] OR «Child Abuse, Sexual»[majr] OR «sexual assault prevention»[tiab] OR «sexual abuse prevention»[tiab])) OR (((sex* devia*[Title] OR rape[Title] OR sexual assault[Title/Abstract] OR sexual abuse[Title/Abstract] OR rapist[Title] OR Rape[MeSH Terms] OR Pedophilia[MeSH Terms] OR Child Abuse, Sexual[MeSH Terms] OR «Sex Offenses»[Mesh:NoExp])) AND (((«medical treatment orders»[Title/Abstract] OR «treatment order»[Title/Abstract] OR Criminals/legislation & jurisprudence[Mesh] OR «compulsory medication»[Title/Abstract]) OR (((injunction[Title/Abstract]) OR ordered[Title/Abstract]) OR obligation[Title/Abstract])) AND ((«therapeutic»[Title/Abstract]) OR Treatment[Title/Abstract]))

 – Informations 01/2007 – 05/2018

Etape 16 («Sex Offenses»[Majr] OR «Child Abuse, Sexual»[majr] OR «sexual assault prevention»[tiab] OR «sexual abuse prevention»[tiab] OR sex* devia*[Title] OR rape[Title] OR sexual assault[Title/Abstract] OR sexual abuse[Title/Abstract] OR rapist[Title] OR Rape[MeSH Terms] OR Pedophilia[MeSH Terms] OR Child Abuse, Sexual[MeSH Terms] OR «Sex Offenses»[Mesh:NoExp]) AND (professional secrecy[Title/Abstract] OR «Community-Institutional Relations»[Mesh] OR «Hospital-Physician Relations»[Mesh] OR «Interprofessional Relations»[Mesh] OR «Interdisciplinary Communication»[Mesh] OR interprofessional collaboration[Title] OR cooperative behavior[MeSH Terms] OR collaborative practice[Title] OR (health[Title] AND justice[Title]) OR social worker[Title] OR educator*[Title])

Tableau 2 : Stratégie de recherche dans la base de données Lissa:

Type d'étude / sujet	Période
Termes utilisés	
Prévention	Pas de limite – 05/2018
Etape 1 (Violences sexuelles OU violence sexuelle OU agression sexuelle OU abus sexuel OU abus sexuels OU viol OU viols OU agressions sexuelles) ET (prevention OU preventif) OU (pedophile OU ((agresseur OU agresseurs) ET (Sexuel OU sexuels OU sex))) ET (prevention OU preventif)	
Injonctions de soins	Pas de limite – 05/2018
Etape 2 pedophile OU violeur OU viol OU ((agresseur OU agresseurs OU violence OU violences) ET (Sexuel OU sexuels OU sex)) ET Etape 3 (injonction OU injonctions OU consentements OU consentement OU obligation) ET (soin OU soins)	
Définition et législation	Pas de limite – 05/2018
Etape 2 pedophile OU violeur OU viol OU ((agresseur OU agresseurs OU violence OU violences) ET (Sexuel OU sexuels OU sex)) ET Etape 4 (definition OU representation OU jurisprudence OU judiciaire OU medico-legal OU medico-legaux OU loi OU spip OU CNE OU penitent*)	
Coûts	Pas de limite – 05/2018
Etape 2 ET Etape 5 cout OU economie OU couts OU prix	
Communication	Pas de limite – 05/2018
Etape 2 ET Etape 6 communication OU secret professionnel OU (partage et information*)	
Problématiques émergentes	Pas de limite – 05/2018
Etape 2 ET Etape 7 (pedophile OU violeur OU viol OU ((agresseur OU agresseurs) ET (Sexuel OU sexuels OU sex))) ET (cyber OU «reseaux sociaux» OU NTIC OU «reseau social» OU «tourisme sexuel» OU drogue OU «soumission chimique» OU media OU internet)	
Données épidémiologiques	Pas de limite – 05/2018
Etape 2 ET Etape 8 epidemiologie OU prévalence OU incidence OU enquete OU questionnaire	

Sites consultés

Assemblée Nationale
 Bibliothèque Interuniversitaire de Médecine - BIUM
 Bibliothèque médicale Lemanissier
 Catalogue et index des sites médicaux franco-phones - CISMéF
 Centre de Recherche en Défense Sociale - CRDS
 Comité Consultatif National d'Éthique - CCNE
 Expertise collective - INSERM
 Fondation Internationale de la Recherche Appliquée sur le Handicap
 Institut national d'études démographiques - Ined
 Société Française de Médecine Générale - SFMG
 Adelaide Health Technology Assessment - AHTA
 Agence d'Évaluation des Technologies et des Modes d'Intervention en Santé - AETMIS
 Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ
 Alberta Heritage Foundation for Medical Research - AHFMR
 Alberta Medical Association
 American academy of psychiatric
 American college of Obstetricians and Gynecologists - ACOG
 American College of Physicians
 American College of Physicians - ACP
 American Psychiatric Association
 Australian STI Management Guidelines
 BC Women's hospital + health center
 Blue Cross Blue Shield Association - BCBS - Technology Evaluation Center
 BMJ Clinical Evidence
 British Association for Sexual Health and HIV - Bashh
 California Technology Assessment Forum - CTAF
 Campbell collaboration
 Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health - CADTH
 Canadian Paediatric Society
 Centers for Disease Control and Prevention - CDC
 Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
 Centre fédéral d'expertise des soins de santé - KCE
 Centre for Clinical Effectiveness - CCE
 Centre for Reviews and Dissemination databases
 CMA Infobase
 Cochrane Library
 College of Physicians and Surgeons of Alberta - CPSA
 Department of Health
 Guideline Advisory Committee - GAC
 Guidelines and Protocols Advisory Committee - GPAC
 Guidelines Finder (National Library for Health)
 Guidelines International Network - GIN
 Health and Safety Executive Horizon Scanning Health Services Technology Assessment Text - HSTAT
 Homeland Security Department
 Institut national d'excellence en santé et en services sociaux - INESSS
 Institut national de santé publique du Québec - Inspq
 Institute for Clinical Evaluative Sciences - ICES
 Institute for Clinical Systems Improvement - ICSI
 Institute for Health Economics Alberta - IHE
 Institute of Health Economics - IHE
 Inter-Agency Standing Committee - IASC
 Intute Health & Life Sciences - INTUTE
 Medical Services Advisory Committee - MSAC
 Mental Health America
 Minnesota Department of Health - Health Technology Advisory Committee (jusqu'à 2002) - HTAC
 National Coordinating Centre for Health Technology Assessment - NCCHTA
 National Guideline Clearinghouse - NGC
 National Health and Medical Research Council - NHMRC
 National Health services - NHS
 National Horizon Scanning Centre - NHSC
 National Institute for Health and Clinical Excellence - NICE
 New Zealand Guidelines Group - NZGG
 New Zealand Health Technology Assessment - NZHTA
 Ontario Health Technology Advisory Committee - OHTAC
 Public Health Agency of Canada
 Queensland Health
 Refugee Council
 Royal Australian College of General Practitioners - RACGP
 Royal college of emergency medicine
 Royal College of General Practitioners - RCGP
 Royal College of Paediatrics and Child Health - RCPCH

Safer Society Foundation	Harassment Prevention - HREHP
Santé Canada	Tripdatabase
Scottish Intercollegiate Guidelines Network - SIGN	U.S. Preventive Services Task Force
Singapore Ministry of Health	United Nations High Commissioner for Refugees
Swedish Agency For Health Technology Assessment And Assessment Of Social Services - SBU	West Midlands Health Technology Assessment Collaboration – WMHTA
The Office of Human Rights, Equity, and	World Health Organization - WHO

Veille

En complément, une veille a été réalisée jusqu'à mai 2018 sur les sites internet énumérés ci-dessus.

Une mise à jour a été effectuée sur Medline jusqu'à mai 2018.

Réseau documentaire de la FFCRIAVS

Le Réseau documentaire de la FFCRIAVS a contribué à la réflexion sur la stratégie documentaire, la recherche, la collecte et la mise à disposition des documents scientifiques nécessaires aux acteurs du processus, en particulier les membres du groupe bibliographique.

Coordination

Éric ANTONA, ERIOS – CRIAVS Aquitaine, CH Perrens, Bordeaux

Lucile RICHEROT, CRIAVS Franche-Comté, CHU de Besançon.

Membres du Réseau ayant assuré la collecte des documents

Éric ANTONA, ERIOS-CRIAVS Aquitaine, CH Perrens, Bordeaux

Danielle QUESNEL, CRIAVS Haute Normandie, CH Lerouvray, Rouen

Magali SERVOISE, CRIR-AVS PACA, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

Lucile RICHEROT, CRIAVS Franche Comté, CHU de Besançon

Marielle ROCHET, CRIAVS Champagne Ardennes, EPSM de la Marne, Châlons-en-Champagne

Avec le soutien de : Virginie CAILLEAU (CRIAVS Poitou Charentes, CH Laborit, Poitiers), Candide COUTURES (CRIAVS Auvergne, CHU de Clermont-Ferrand), Claire LAMBRINIDIS (CRIAVS Rhône-Alpes, CH Alpes-Isère, Echirolles), Jackie MONTAZEMI (CRIAVS Ile de France, Hôpitaux Saint Maurice), Françoise PIERRON (CRIAVS Lorraine, CPN de Nancy), Simone TRAORE (URSAVS-CRIAVS Nord-Pas-de-Calais, CHRU de Lille).

Quelles évaluations de l'auteur de violences sexuelles dans le cadre de son parcours de peine ?

Nora LETTO

Psychologue clinicienne, criminologue, psychothérapeute cognitivo-comportementale, CRIAVS-Ile-de-France et Centre RIVE, Paris.

La recherche bibliographique n'a permis de trouver qu'un petit nombre d'articles sur la question de l'évaluation de l'auteur de violences sexuelles (AVS) dans le cadre de son parcours de peine. Nous n'en avons trouvé aucun qui traitait de cette question dans sa globalité.

Tentons de suivre le parcours de peine d'un sujet AVS et de recenser les évaluations auxquelles il est soumis. A savoir que ces évaluations ne sont pour la plupart pas spécifiques à l'AVS.

Nous n'évoquerons pas ici les expertises (pré-sentencielles, pendant incarcération et post-sentencielles), celles-ci faisant partie d'une autre question.

Arrestation

Intervention du médecin en garde à vue (1)

L'intervention du médecin en garde à vue a été consacrée par la loi n° 93-2 du 4 janvier 1993 portant réforme de la procédure pénale. La demande d'examen médical en garde à vue constitue un droit qui peut être demandé par les personnes gardées à vue, par leurs proches, et qui peut également être ordonné d'office par l'officier de police judiciaire et le magistrat.

L'article 63-3, alinéa 1^{er}, du code de procédure pénale dispose que « toute personne placée en garde à vue peut, à sa demande, être examinée par un médecin désigné par le procureur de la République ou l'officier de police judiciaire ». Cette disposition, prévue en flagrance, est également applicable lors des enquêtes préliminaires et menées sur commission rogatoire.

Les critères justifiant la désignation d'office d'un médecin, par le magistrat en charge de l'enquête ou par l'officier de police judiciaire qui la dirige, peuvent notamment résulter :

- d'une part des conditions de l'interpellation qui nécessitent que l'état de santé de la personne gardée à vue soit évalué et surveillé, dans son intérêt propre comme dans l'éventualité où les agents interpellateurs seraient ultérieurement mis en cause ;
- d'autre part de l'état de santé apparent ou connu de la personne placée en garde à vue, notamment lorsqu'elle présente des blessures apparentes ou fait état d'une souffrance physique ou d'un état de santé déficient, ou encore lorsqu'elle présente des troubles mentaux caractérisés.

Il ressort de l'article 63-3 du CPP que le médecin requis examine sans délai la personne gardée à vue et délivre un certificat médical par lequel il doit notamment se

prononcer sur la comptabilité du maintien en garde à vue avec l'état de santé de l'intéressé.

La compatibilité pourrait se définir comme la « *vérification, par le médecin, de l'absence de risque ou de la maîtrise des risques pour la santé de la personne gardée à vue pendant le délai de la mesure privative de liberté et dans les conditions dans lesquelles elle se déroule* » (1).

Dans le cadre de cette mission, il appartiendra au médecin de s'enquérir des conditions matérielles de la garde à vue afin de mieux apprécier la compatibilité de ces dernières avec l'état de santé de la personne. Pour cette raison, l'examen médical pratiqué *in situ*, dans les locaux où elle se déroule, doit être préféré à un examen dans une structure ou un cabinet médical ou hospitalier.

Il s'agit pour le praticien de se prononcer sur la compatibilité de l'état de santé de la personne gardée à vue dans sa globalité, c'est-à-dire à la fois physique et psychique. En cas de présence de signes cliniques patents de troubles mentaux laissant supposer au médecin requis une éventuelle incompatibilité de la mesure avec l'**état de santé psychique** de l'individu, une réquisition distincte devra être délivrée au praticien, lui demandant de se prononcer sur l'opportunité d'une mesure d'hospitalisation d'office. Il convient de noter que l'appréciation de cette compatibilité ne saurait aboutir à ce que le médecin requis se prononce sur une éventuelle aptitude à répondre aux questions posées par les enquêteurs, mission qui relève d'une activité expertale.

À l'issue de l'examen médical, le praticien devra remettre à l'officier de police judiciaire le certificat déterminant la compatibilité ou l'incompatibilité de l'état de santé de la personne gardée à vue avec le maintien de la mesure dans les locaux où elle se déroule.

L'examen doit également être pratiqué dans l'optique du repérage des risques suivants : suicide, conduites addictives (alcool, substances illicites, médicaments psychotropes) et pathologies mentales.

Ainsi, l'approche médicale doit permettre :

- De recueillir les doléances du patient ;
- De rechercher d'éventuelles pathologies particulières : la prise en charge comporte en conséquence une phase de diagnostic qui peut impliquer, outre l'examen clinique, la réalisation d'examens complémentaires, éventuellement en milieu hospitalier ; le médecin peut également dans ce cadre demander un avis spécialisé, par exemple psychiatrique ;
- De veiller à la continuité des soins : le médecin doit poursuivre les traitements en cours, ce qui suppose éventuellement un contact avec le médecin traitant ou la famille ; il doit se préoccuper de la continuité des soins en aval et notamment de la transmission des informations à l'administration pénitentiaire ou au médecin traitant ou hospitalier ;
- De proposer, le cas échéant, les prises en charge thérapeutiques utiles.

Incarcération

Pendant l'incarcération de l'AVS ou plus globalement de la personne détenue, différentes évaluations existent. Il y a le passage pour certains obligé au Centre National d'Évaluation, les expertises réalisées en cours de détention dont nous ne parlerons pas ici car faisant l'objet d'une autre question, l'évaluation et la prise en charge par

le SPIP, avec entre autres les Programmes de Prévention de la Récidive (PPR), l'évaluation et le suivi par le psychologue PEP, mais aussi la Commission Pluridisciplinaire Unique et les outils informatiques qui sont des supports d'évaluation et, pour finir, du côté du soin, les unités sanitaires et SMPR qui réalisent une forme d'évaluation, du risque suicidaire notamment.

Le Centre National d'Évaluation (CNE)

Créé le 15 août 1950, issu de la réforme AMOR, le Centre de triage de Fresnes devenu dès 1951 le Centre national d'orientation (CNO) avait vocation à observer la personnalité de la personne détenue afin que soit proposée l'orientation en établissement pour peines la plus adaptée (2). Cette fonction première n'a cessé d'être étoffée, le décret du 6 août 1985 confiant au centre, devenu Centre National d'Observation, la tâche de proposer des modalités de prise en charge des personnes détenues, préalablement à leur affectation en établissement pour peines mais également au cours de l'exécution de leur peine.

L'entrée en vigueur de la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental a fortement modifié le champ d'action du centre en introduisant une nouvelle mission d'évaluation de la dangerosité des condamnés, imposant par là même un changement d'appellation en Centre National d'Évaluation (CNE) en vertu du décret du 31 mars 2010. Cette nouvelle mission a été étendue par la loi du 10 mars 2010 tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédure pénale et par la loi du 10 août 2011 sur la participation des citoyens au fonctionnement de la justice pénale et le jugement des mineurs, dans le but de limiter le risque de récidive des délinquants considérés comme dangereux.

Le CNE est une entité spécifique au sein de l'administration pénitentiaire. La mission d'évaluation des personnes condamnées y est assurée par une équipe pluridisciplinaire.

Le CNE offre trois sites d'évaluation, répartis sur le territoire et intégrés au sein d'établissements pénitentiaires :

- le site du centre pénitentiaire de Fresnes (94) ;
- le site du centre pénitentiaire Sud-Francilien (77) ;
- le site du centre pénitentiaire de Lille-Loos-Sequedin (59).

Il procède aujourd'hui à deux types d'évaluation qui visent à :

- a) **Proposer une affectation en établissement pour peines adaptée à la personnalité des condamnés et à formuler des préconisations de prise en charge dans le cadre de l'élaboration de leur parcours d'exécution de peine.**

L'évaluation de la personnalité des condamnés dans le cadre de l'élaboration d'un parcours d'exécution de peine est principalement destinée aux services de l'administration pénitentiaire.

Cette évaluation peut intervenir :

- Préalablement à l'affectation d'un condamné afin de déterminer l'établissement pour peines le plus adapté à son profil pénal et pénitentiaire (articles 717, 717-1 A et D.81-2 du code de procédure pénale). Dans l'année qui suit sa condamnation définitive, doit être placée au CNE, préalablement à son affectation en établissement pour peines, toute personne condamnée :
 - o à une peine de réclusion criminelle d'une durée égale ou supérieure à 15 ans ;

- o et pour des crimes limitativement énumérés par l'article 706-53-13 du code de procédure pénale ;
- o et commis sur une victime mineure, ou commis sur une victime majeure avec une ou plusieurs circonstances aggravantes, ou commis sur une victime majeure en état de récidive légale.

La mission du CNE consiste à dresser un bilan pluridisciplinaire de la personnalité du condamné afin de proposer au bureau de gestion de la détention une affectation en établissement pour peines adaptée à sa catégorie pénale, son âge, son état de santé, sa personnalité, sa dangerosité et ses efforts en matière de réinsertion sociale.

Le CNE formule également des préconisations de prise en charge sociale et sanitaire du condamné et mesure sa capacité d'investissement dans un parcours d'exécution de peine.

- Au cours de l'exécution de sa peine : en cas de demande de changement d'affectation émanant de l'établissement pénitentiaire ou du condamné (articles 717, D.82 et D.82-3 du code de procédure pénale) ;
 - Afin d'effectuer un bilan d'évolution de la personnalité du condamné dans la perspective d'une meilleure individualisation de son régime de détention ou de son parcours d'exécution de peine (articles 717, D.82 et D.82-4 du code de procédure pénale).
- b) Déterminer l'existence ou la persistance d'une dangerosité éventuelle chez les condamnés dans le cadre de l'examen d'une demande d'aménagement de peine ou d'une mesure de sûreté.**

Les évaluations de la dangerosité réalisées par les équipes du CNE concernent tout particulièrement les condamnés à de longues peines sollicitant une mesure de libération conditionnelle.

L'évaluation de dangerosité constitue une aide à la décision pour l'autorité judiciaire, dans l'objectif de prévenir la récidive. Elle consiste à identifier chez la personne détenue les facteurs de vulnérabilité et de protection face au risque de commission d'une nouvelle infraction.

La loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental a rendu obligatoire l'évaluation de la dangerosité des personnes condamnées à la réclusion criminelle à perpétuité qui souhaitent bénéficier d'une mesure de libération conditionnelle. Par la suite, de nouveaux cas d'admissions obligatoires au CNE en matière de libération conditionnelle ont été créés (article 730-2 du code de procédure pénale issues de la loi du 10 août 2011).

À ce jour, trois catégories de condamnés doivent faire obligatoirement l'objet d'un placement au CNE dès lors qu'elles sollicitent une mesure de libération conditionnelle auprès des juridictions de l'application des peines :

- o Les personnes condamnées à une peine de réclusion criminelle à perpétuité ;
 - o Les personnes condamnées à une peine d'une durée égale ou supérieure à 15 ans pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru ;
 - o Les personnes condamnées à une peine d'une durée égale ou supérieure à 10 ans pour une infraction mentionnée à l'article 706-53-13 du code de procédure pénale (infractions relevant du champ d'application de la rétention de sûreté).

L'avis délivré par la CPMS au vu de cette évaluation est valable deux ans et doit être rendu, au plus tard, dans un délai de six mois à compter de sa saisine. À défaut, le tribunal de l'application des peines peut passer outre cet avis (article D.527-1 du code de procédure pénale).

En ce qui concerne l'évaluation des condamnés dans le cadre de l'examen d'une mesure de sûreté

- L'évaluation obligatoire des condamnés pouvant faire l'objet d'une rétention de sûreté :

En application de l'article 362 du CPP, les cours d'assises prononçant une peine de réclusion d'une durée égale ou supérieure à 15 années pour les infractions visées à l'article 706-53-13 du code de procédure pénale doivent délibérer pour déterminer « *s'il y a lieu de se prononcer sur le réexamen de la situation du condamné avant l'exécution de la totalité de sa peine en vue d'une éventuelle rétention de sûreté conformément à l'article 706-53-14.* ». Ces dispositions ne sont applicables que pour des faits commis postérieurement au 26 février 2008 (décision du Conseil constitutionnel n°2008-562 du 21 février 2008).

Dans ce cas, la situation des personnes détenues concernées doit être examinée, au moins un an avant la date prévue pour leur libération, par une CPMS afin d'évaluer leur dangerosité. À cette fin, la commission « *demande le placement de la personne, pour une durée d'au moins six semaines dans un service spécialisé chargé de l'observation des personnes détenues aux fins d'évaluation pluridisciplinaire de dangerosité assortie d'une expertise médicale réalisée par deux experts* » (article 706-53-14 du code de procédure pénale).

La rétention de sûreté consiste dans le placement de la personne intéressée en centre socio-médico-judiciaire de sûreté de Fresnes (CSMJJS) au sein duquel lui est proposée, de façon permanente, une prise en charge médicale, sociale et psychologique destinée à permettre la levée de cette mesure. Si le placement en rétention a été ordonné, cette mesure, d'une durée d'un an, peut être renouvelée sans nouveau placement au CNE (article R.53-8-54 du code de procédure pénale).

- L'évaluation facultative des condamnés pouvant faire l'objet d'une surveillance judiciaire :

La situation de tous les condamnés susceptibles de faire l'objet d'une surveillance judiciaire doit être examinée avant la date prévue pour leur libération. À cette fin, le juge de l'application des peines ou le procureur de la République peut demander à la Direction de l'administration pénitentiaire, Administration centrale, le placement du condamné au CNE aux fins d'une évaluation pluridisciplinaire de sa dangerosité (articles 723-31-1 et D147-34 du code de procédure pénale).

Au regard des dispositions de l'article 723-29 du code de procédure pénale, les personnes éligibles à la surveillance judiciaire sont celles condamnées à :

- une peine privative de liberté d'une durée égale ou supérieure à 7 ans pour un crime ou un délit pour lequel le suivi socio-judiciaire est encouru

ou

- une peine privative de liberté d'une durée égale ou supérieure à 5 ans pour un crime ou un délit commis, une nouvelle fois, en état de récidive légale.

En ce qui concerne les sessions d'évaluation

La durée d'une session d'évaluation est de 6 semaines.

- La synthèse pluridisciplinaire d'évaluation de la personnalité est versée au dossier pénal du condamné et doit servir de support à la construction de son projet d'exécution de peine. Elle est considérée comme un document administratif communicable au condamné.
- La synthèse pluridisciplinaire d'évaluation de la dangerosité est adressée à l'autorité judiciaire ayant ordonné le placement au CNE dans les trois semaines au maximum suivant la date de fin de la session d'évaluation, accompagnée du dossier fourni par la CPMS.

L'évaluation de la dangerosité des personnes détenues condamnées s'inscrit dans un processus juridictionnel. La synthèse réalisée par le CNE est donc considérée comme un document préparatoire à une décision judiciaire et, à ce titre, elle est transmise par le CNE à l'autorité de saisine (CPMS, juge de l'application des peines ou procureur de la République selon les cas) et n'est pas communicable par l'administration pénitentiaire à la personne condamnée.

En ce qui concerne la composition de l'équipe des CNE

- La direction du CNE
- Le pôle surveillance

Il assure d'une part la mission de garde des personnes détenues et recueille d'autre part des informations sur la personne à évaluer par la connaissance de son dossier, par une observation continue.

- Le pôle insertion et probation

Il est composé de CPIP. À l'aide du dossier et d'entretiens, ils évaluent la situation de la personne en participant à l'identification du risque de commission d'une nouvelle infraction qu'elle présente, en mettant en évidence ses besoins d'interventions socio-éducatives ainsi que ses facteurs de protection. À cet effet, ils procèdent à l'évaluation de sa situation sociale, familiale et matérielle.

- Le pôle psychologique

Il est composé de psychologues cliniciens. Le psychologue clinicien réalise l'examen psychologique des condamnés à l'aide du dossier attaché à la personne détenue, d'entretiens avec elle et de tests.

- Le pôle psychotechnique

Il est composé de psychologues du travail, qui réalisent le bilan de compétence des condamnés à l'aide du dossier attaché à la personne détenue, d'entretiens avec elle et de tests psychométriques ou de personnalité.

Expertises réalisées en cours de détention (loi de mai 1998) (3)

Elles vont permettre aux CPIP de se faire une idée de l'évolution de la personne détenue pendant la détention ou les possibilités d'aménagement de peine.

Nous n'avons pas d'articles sur ces expertises.

Le SPIP (CPIP et psy SPIP) et les Programmes de Prévention de la Récidive (PPR)

Différents rapports parlementaires (3) vont insister sur la nécessité d'évaluer la dangerosité des détenus et les risques de récidive au cours de la détention. La formation des CPIP suit d'ailleurs progressivement cette évolution, tout comme la mise en place des

programmes de prévention de la récidive (PPR) par une note datée du 16 juillet 2007. La circulaire du 19 mars 2008 relative aux missions et aux méthodes d'intervention des SPIP place « *la prévention de la récidive comme finalité de l'action des SPIP* » et insiste sur le fait que « *la prévention de la récidive comporte deux composantes : une dimension criminologique et une dimension sociale. La prise en charge des PPSMJ par les personnels d'insertion et de probation doit donc porter sur ces deux dimensions et ne peut reposer, dans la majorité des cas, uniquement sur les entretiens individuels. Concernant l'aspect criminologique, la prise en charge doit être fortement orientée sur le passage à l'acte, le repérage et le traitement des facteurs de risque de récidive et les intérêts de la victime* ». Concernant les PPR, cette même circulaire dit que « *les PPR centrés sur le passage à l'acte permettent d'assurer une prise en charge spécifique de certains délinquants au regard de l'analyse des faits commis (délinquance sexuelle, violences conjugales, violences urbaines, etc.)*. Ainsi, les personnels d'insertion et de probation construisent, développent et animent des programmes sous forme de groupes de parole qui s'inscrivent dans les parcours d'exécution de peines, tant en milieu fermé qu'en milieu ouvert ».

Ces rencontres participent d'une volonté législative d'introduire des suivis plus intensifs. Mais la transformation la plus sensible initiée par l'administration pénitentiaire est celle consistant à introduire des outils d'évaluation du risque de récidive dans la pratique des conseillers (4). Cependant, l'évaluation introduite par le courant du *What works* et associée aux programmes de prise en charge mobilise de nombreuses critiques lorsqu'elle est assimilée à la justice actuarielle ou à la nouvelle pénologie (4). Elle est également sujette à débat dans le contexte français au sein duquel la volonté politique affiche nettement son intention d'introduire des outils d'évaluation dans les pratiques de la probation alors que les réticences professionnelles sont virulentes.

Le psychologue PEP

Le projet d'exécution de peine (PEP), prévu par la loi du 6 janvier 1995 (plan pluriannuel pour la Justice) a pour objectif global de conjuguer l'individualisation judiciaire et administrative de la peine afin d'en adapter l'exécution aux caractéristiques individuelles des personnes détenues (3). Il vise, par une approche pluridisciplinaire autour du psychologue PEP, à organiser un meilleur accompagnement de chaque personne détenue.

Initié de façon expérimentale en mai 1996 par l'administration pénitentiaire dans dix établissements pour peines, le PEP a été généralisé par la suite. La circulaire du 21 juillet 2000 établissait que chaque établissement pour peines devait mettre en place les outils nécessaires au PEP.

Les missions du psychologue PEP sont de participer aux instances d'échanges pluridisciplinaires et de contribuer à l'évaluation des PPSMJ, qu'il accompagne dans leurs parcours de peine. « *Le psychologue PEP et le CPIP se situent à égal niveau dans l'instance PEP et concourent à un même objectif : une observation et une évaluation les plus fines possibles des détenus et de leurs parcours de détention pour donner du sens à cette peine privative de liberté* » (5). Les CPIP analysent les parcours en détention, les parcours de vie, les liens familiaux, le projet de sortie, et travaillent autour du sens de la peine, tandis que les psychologues PEP détailleront spécifiquement l'anamnèse du détenu, l'état actuel de la personne, avec un éclairage psychologique ou psychopathologique, le rapport à la réalité de la PPSMJ. Le psychologue participera au repérage des risques d'auto- ou hétéro-agression, du fonctionnement psychique, et préparera psychologiquement le détenu aux étapes-clefs du parcours de

détention. Les champs sont parfois très proches, notamment l'étude des facteurs criminogènes, qui peuvent être considérés de la compétence tant des CPIP que des psychologues, dont les missions se rejoignent sur un champ criminologique.

Les psychologues PEP sont des psychologues cliniciens (3), mais en raison de l'accord fixé avec les hôpitaux par la loi de 1994, ils ne sont pas autorisés à entreprendre de psychothérapies. Leurs interventions doivent composer avec la présence des psychologues des unités sanitaires et SMPR. Ils participent à la CAP et rendent un avis. Ils ne sont pas soumis au secret professionnel. « *Ni thérapeutes, ni experts* », selon les propres termes de l'institution. Ils font de l'étude de la personnalité de la personne détenue l'un de leurs champs d'intervention. Ils l'accompagnent dans la compréhension de l'univers carcéral en lui permettant d'appréhender des actes professionnels qui normalement lui échappent, tels que l'expertise.

Dans les établissements pour peines présentant une grande concentration d'AVS, il avait été question d'organiser à partir du PEP une véritable prise en charge pluridisciplinaire des AVS, mais ce projet n'a pas vu le jour.

Commission Pluridisciplinaire Unique (CPU) et outils informatiques

- La CPU est une commission administrative à caractère consultatif, qui se tient dans chaque établissement pénitentiaire (6). Présidée par le chef d'établissement, elle réunit l'ensemble des services en lien avec la population pénale. Elle est destinée à mettre en place un parcours d'exécution de peine adapté à la personne détenue. Sont invités à cette commission les unités sanitaires/SMPR. La consultation de la CPU est obligatoire pour l'examen des parcours d'exécution de peine des personnes condamnées. La CPU n'examine que les personnes détenues majeures. Elle est compétente s'agissant :
 - o De l'examen de la situation des personnes détenues arrivantes à l'issue de la phase d'accueil, notamment de l'évaluation de leur dangerosité et de leur vulnérabilité, au sens pénitentiaire de ces termes. Cet examen précède l'affectation de chaque personne détenue arrivante dans le secteur d'hébergement qui lui semble adapté ;
 - o Du suivi de l'évaluation de la dangerosité et de la vulnérabilité des personnes incarcérées ;
 - o De l'examen de la situation des personnes détenues préalable aux décisions de classement au travail ou à la formation ainsi que, le cas échéant, d'accès aux activités ;
 - o De la prévention du suicide ;
 - o De l'identification des personnes détenues dépourvues de ressources suffisantes susceptibles de bénéficier d'aides en nature ou en numéraire ;
 - o De l'examen de la situation des personnes condamnées préalable aux décisions de réaffectation dans un nouveau régime de détention ;
 - o De l'examen des parcours d'exécution de peine des personnes détenues condamnées.

Y sont présents : le chef d'établissement, président de la CPU, le Directeur fonctionnel des services pénitentiaires d'insertion et de probation (DFSPIP) et du responsable du secteur de détention de la personne détenue ; les représentants du service du travail, de la formation professionnelle, du représentant du service d'enseignement ;

le psychologue chargé du parcours d'exécution de la peine, un membre du service de la protection judiciaire de la jeunesse, un représentant des équipes soignantes de l'unité sanitaire ou du SMPR.

o Outils informatiques

L'informatisation du suivi des PPSMJ correspond au fait de traiter par le biais d'outils informatiques l'ensemble des opérations consistant à la surveillance du déroulement de la mesure pré- ou post-sentencielles en vue de parvenir dans les meilleures conditions à l'insertion ou la réinsertion de la personne afin de prévenir la récidive (7).

Les SPIP disposent de plusieurs outils informatiques permettant la gestion du suivi des PPSMJ : APPI (Application des Peines, Probation et Insertion), CEL (Cahier Électronique de Liaison), GIDE (Gestion Informatisée des Détenus en Établissement) ou encore GENESIS (Gestion Nationale des personnes Écrouées pour le Suivi Individualisé et la Sécurité) dont le déploiement vise à fusionner le CEL et GIDE en un seul applicatif.

Le traitement GENESIS, qui remplace le traitement GIDE et le CEL, comprend quatre grands domaines fonctionnels (8) : greffe, comptabilité, détention et suivi individuel. Ce traitement a pour finalité la gestion des personnes détenues en établissement pénitentiaire, aussi bien concernant l'exécution des décisions pénales et le maintien de la sécurité publique que la réinsertion sociale des personnes détenues et la prévention de la récidive. Il est assigné plusieurs finalités au traitement GENESIS, dont celles-ci qui portent sur l'évaluation de la PPSMJ le long de son parcours de peine :

- La prise en charge des personnes détenues ayant pour finalité la mise en œuvre du parcours de détention, la prévention des comportements à risque, la tenue de la commission pluridisciplinaire unique de l'établissement pénitentiaire ainsi que la gestion des requêtes, des observations, des audiences, des rendez-vous, des visites et du courrier des personnes détenues ;
- La gestion de l'individualisation de la peine et de la réinsertion des personnes placées sous main de justice dans le cadre des missions de prévention et de lutte contre la récidive par les agents du service pénitentiaire d'insertion et de probation et du service de la protection judiciaire de la jeunesse ;
- La mise en œuvre des activités de réinsertion dans les domaines socio-culturel et sportif, du travail, de l'enseignement et de la formation professionnelle ;
- La détermination du lieu d'affectation des personnes détenues.

Les données collectées sont celles relatives à la personne détenue, à sa prise en charge pluridisciplinaire, aux risques de suicide (via une grille d'évaluation du potentiel suicidaire, remplie lors de l'arrivée en détention sous la forme oui/hon/NSP et pouvant être mise à jour à tout moment), à la dangerosité et à la vulnérabilité de la personne (via une grille d'évaluation de la dangerosité et de la vulnérabilité), aux décisions du chef d'établissement, à la détention de la personne détenue et à la gestion de son compte nominatif.

Unité sanitaire/Service médico-psychologique régional (SMPR) (évaluation suicidaire)

Un représentant des équipes soignantes peut être présent dans les CPU pour évoquer le risque de passage à l'acte suicidaire notamment.

Selon l'article D398 du CPP : Les détenus atteints des troubles mentaux visés à l'article L. 3214-3 du Code de la santé publique ne peuvent être maintenus dans un établisse-

ment pénitentiaire. Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais, à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé.

Aménagement de peine ou fin de peine

Nous avons analysé le passage au Centre National d'Évaluation plus haut, qui peut se faire en début de peine, pendant la période d'incarcération pour une évaluation continue, et enfin lors d'un aménagement de peine.

Voyons le cas plus spécifique de la rétention de sûreté.

Rétention de sûreté

La rétention de sûreté, mesure exceptionnelle créée par la loi du 25 février 2008, concerne les condamnés pour certains crimes majeurs qui présentent un trouble grave de la personnalité et une probabilité très élevée de récidive après leur libération (9). Il s'agit d'un placement, après la fin de la peine, dans un centre socio-médico-judiciaire de prise en charge.

La rétention de sûreté exige sept conditions simultanées très restrictives (art. 706-53-13 et 706-53-14 du CPP) :

- La mention de cette possibilité dans la décision de la cour d'assises ;
- Une condamnation à une peine de réclusion criminelle égale ou supérieure à 15 ans pour infraction sexuelle ou violente (assassinat, meurtre, torture, actes de barbarie, viol, enlèvement, séquestration) sur une victime mineure ou sur une victime majeure si ces mêmes crimes sont aggravés ;
- La fin de l'exécution de la peine ;
- Une particulière « *dangerosité* » de la personne caractérisée par « *une probabilité très élevée de récidive* » après sa libération ;
- L'existence d'un « *trouble grave de la personnalité* » ;
- L'insuffisance, pour prévenir la commission de ces crimes, des obligations résultant de l'inscription dans le fichier judiciaire national automatisé, ainsi que des obligations résultant d'une injonction de soins ou d'un placement sous surveillance électronique mobile, susceptibles d'être prononcées dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire ou d'une surveillance judiciaire ;
- Que cette mesure de sûreté soit définie par le dernier alinéa de l'article 706-53-13 du CPP : « ... *placement de la personne intéressée en centre socio-médico-judiciaire de sûreté dans lequel lui est proposée, de façon permanente, une prise en charge médicale, sociale et psychologique destinée à permettre la fin de cette mesure* ».

Au moins un an avant la date prévue pour sa libération, la situation du condamné, afin d'évaluer sa dangerosité, est examinée par la Commission Pluridisciplinaire des Mesures de Sûreté (CPMS), qui demande le placement du condamné en CNE. Au vu de cette évaluation, si elle estime que les conditions de la rétention de sûreté sont remplies, la CPMS, « *par un avis motivé* », propose la décision de cette mesure, par l'intermédiaire du Procureur Général, à la Juridiction Régionale de la Rétention de Sûreté territorialement compétente. La décision « *spécialement motivée* » de cette dernière juridiction, composée de trois magistrats de la cour d'appel, est valable pour une durée d'un an renouvelable et est exécutoire immédiatement à l'issue de la peine du condamné (art. 706-35-15 et 706-35-16 du CPP).

A l'arrêt de la rétention de sûreté, la Juridiction Régionale de la Rétention de Sûreté peut placer pour un an renouvelable l'intéressé sous surveillance de sûreté s'il « *présente des risques* » de commettre les infractions sexuelles ou violentes précédemment mentionnées. Cette surveillance, qui ne peut être ordonnée qu'après « *expertise médicale constatant la persistance de la dangerosité* », comprend les mêmes obligations que celles de la surveillance judiciaire (art. 706-53-19 et 723-37 du CPP).

Dans le cas où l'intéressé ne respecte pas les obligations qui lui sont imposées et « *présente à nouveau une particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de commettre à nouveau l'une des infractions...* », le magistrat qui préside la Juridiction Régionale peut ordonner en urgence son placement provisoire dans un Centre socio-médico-judiciaire de sûreté (art. 706-53-19 du CPP). Il faut ajouter que la surveillance de sûreté, avec ses obligations, peut prolonger une surveillance judiciaire (art. 723-37 nouveau du CPP).

D'autres dispositions, qui concernent la pratique soignante et expertale, sont à relever ici :

- Dans l'année qui suit sa condamnation à 15 ans ou plus de détention criminelle, pour les infractions sexuelles ou violentes ci-dessus mentionnées, la personne est placée pour au moins six semaines dans un « *service spécialisé permettant de déterminer les modalités de la prise en charge sociale et sanitaire au cours de l'exécution de sa peine* ». Au vu de cette évaluation, le juge de l'application des peines définit un « *parcours d'exécution de peine individualisé* ». Sur indication médicale ce condamné fait l'objet d'une prise en charge adaptée à ses besoins lorsqu'il souffre de troubles psychiatriques (art. 717-1A du CPP).
- Ce même condamné, deux ans avant sa libération, est convoqué par le JAP s'il est « *susceptible* » de faire l'objet d'une rétention de sûreté. Il doit alors justifier « *des suites données au suivi médical et psychologique qui a pu lui être proposé* » (art. 717-1 du CPP).
- Le condamné pour les mêmes infractions sexuelles ou violentes graves sur un mineur peut être sanctionné par un retrait (art. 721-1 du CPP) ou une diminution de réduction de peine (art. 721-1 du CPP) en cas de refus de traitement ou de soins qui lui ont été proposés.
- « *Les agents et collaborateurs du service public pénitentiaire transmettent aux personnels de santé chargés de dispenser des soins aux détenus les informations utiles à la mise en œuvre des mesures de protection des personnes* » (art. 717-1 du CPP).

Bénézech, Pham et Le Bihan se questionnent : « *Le placement en rétention de sûreté exige que le risque majeur de récidive soit directement lié à l'existence d'un trouble grave de la personnalité : « ... probabilité très élevée de récidive parce qu'elles souffrent d'un trouble... ». Encore faut-il être capable d'évaluer sérieusement cette extrême malignité future ! Comment va-t-on mesurer ce présupposé de dangerosité considérable, quels critères cliniques et actuariels va-t-on choisir, quelles statistiques de comparaison va-t-on utiliser ? » (9).*

Ils poursuivent : « *Si l'évaluation du risque de récidive s'appuie sur une observation du condamné d'au moins six semaines dans un « service spécialisé », pourquoi y ajouter une « expertise médicale » (psychiatrique ?) réalisée par deux experts ? Les constatations et conclusions dudit service spécialisé ne feraient-elles pas appel à la compétence des spécialistes qui y travaillent, évaluateurs professionnels que l'on peut espérer « experts » dans leur domaine ? L'évaluation criminologique approfondie*

die ainsi réalisée ne pourrait-elle devenir une véritable expertise judiciaire et se substituer à la désuète et insuffisante expertise mentale ? » (9).

Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) milieu ouvert (probation)

Les Règles Européennes de la Probation (REP) définissent la probation comme étant « l'exécution en milieu ouvert de sanctions et mesures définies par la loi et prononcées à l'encontre d'un auteur d'infraction. Elle consiste en toute une série d'activités et d'interventions qui impliquent suivi, conseil et assistance dans le but de réintégrer socialement l'auteur d'infraction dans la société et de contribuer à la sécurité collective » (4). Elles préconisent un processus de suivi des PPSMJ sous la forme d'un cycle composé de quatre phases : l'appréciation, la planification, l'intervention et l'évaluation. En ce qui concerne l'évaluation, il s'agit de « faire le point par rapport aux objectifs, de rechercher les signes de progrès, de mettre en avant les réalisations et de décider des suites à donner ». La loi de 2014 s'inscrit dans une volonté de réduire l'écart existant entre les pratiques de la probation française et les REP ainsi que les processus d'évaluation et de prise en charge utilisés dans plusieurs services de probation en Europe. Le souci d'évaluation est au centre de la réforme pénale dans la mesure où est créée une peine de probation, la contrainte pénale, qui nécessite une ré-évaluation régulière.

Obligation et injonction de soins

Le médecin coordonnateur est obligé, dans le cadre d'une Injonction de soins, de coopérer à la réalisation d'évaluations périodiques du dispositif de l'injonction de soins (5° de l'art. L. 3711-1 du Code de la santé publique) (9).

Il reçoit une première fois la personne pour faire une évaluation de sa situation, lui expliquer son dossier et évaluer avec elle ses projets sur la prise en charge (choix du médecin ou psychologue traitant notamment). Le médecin coordonnateur se met ensuite en contact avec le médecin ou psychologue traitant auquel sont transmis certaines pièces du dossier judiciaire. Il réalise un bilan avec le soignant traitant sur l'évolution de la mesure, environ une fois par an, et reçoit de son côté la personne.

Propositions d'évaluation dans le cadre du parcours de peine

Bénézech, Pham et Le Bihan (9) proposent l'évaluation suivante dans le cadre du parcours de peine : « Il eût mieux valu selon nous légiférer sur la qualité de l'évaluation en matière criminelle, en exigeant pour tous les comportements antisociaux graves (crimes violents et sexuels, en série, incendies volontaires) une véritable observation pluridisciplinaire objective, qualitative et quantitative, dans une unité pénitentiaire d'expertise criminologique. Une évaluation pré-sentencielle en cas d'incarcération devrait être réalisée en fin d'instruction, lorsqu'il existe des charges suffisantes contre le mis en examen. Par l'analyse du crime, du profil criminel et des critères de dangerosité, elle informerait correctement la juridiction de jugement pour lui permettre de prononcer éventuellement une peine privative de liberté dissuasive avec, si nécessaire, une longue période de sûreté. Après condamnation définitive, une évaluation initiale en milieu pénal spécialisé devrait être systématique afin d'adapter la réponse pénitentiaire aux besoins du condamné et à la sécurité de la détention. Il devrait en être de même avant que l'intéressé ne puisse bénéficier d'une modalité d'exécution de peine ou d'une libération définitive. Ces ré-évaluations post-sentencielles actualisées seraient de nature à rendre plus pertinentes les décisions des

personnels et du JAP aux différents stades des suivis pénitentiaire et judiciaire. On éviterait ou on diminuerait ainsi les approximations et les insuffisances flagrantes des expertises psychiatriques et psychologiques, les déplorables querelles d'experts devant les cours d'assises, les erreurs de stratégie de gestion du condamné au quotidien, la remise en liberté anticipée de personnes présentant des prédicteurs importants et permanents de dangerosité. Revenu en milieu libre, le condamné pour crime majeur devrait être impérativement ré-évalué si des signes ou des comportements inquiétants, liés au risque de récurrence, faisaient leur apparition » (9).

Bibliographie

1. Le guide de bonnes pratiques relatif à l'intervention du médecin en garde à vue | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/le-guide-de-bonnes-pratiques-relatif-l-intervention-du-medecin-en-garde-vue-893>
2. Note du 17 juillet 2015 relative au Centre national d'évaluation des personnes détenues [Internet]. Disponible sur: <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=39889>
3. Alvarez J, Gourmelon N, France, Mission de recherche Droit et justice. La prise en charge pénitentiaire des auteurs d'agressions sexuelles: état des lieux et analyse de nouvelles pratiques. Paris: Documentation française; 2007.
4. Matignon E. Les outils d'évaluation et les méthodes de prise en charge des personnes placées sous main de justice. Paris: ENAP et CIRAP; 2015.
5. Chevalet H. Quel psychologue dans un SPIP pluridisciplinaire ? Paris: ENAP, Direction de la recherche et de la documentation; mai 2013.
6. Circulaire du 18 juin 2012 relative aux modalités de fonctionnement de la commission pluridisciplinaire unique. Disponible sur: http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/JUSK1140048C.pdf
7. Morin E. APPI, entre proximité et éloignement dans la vie du service. Paris: ENAP, Direction de la recherche et de la documentation; mai 2014.
8. Délibération n° 2013-405 du 19 décembre 2013 portant avis sur un projet de décret portant création d'un traitement de données à caractère personnel relatif à la gestion nationale des personnes détenues en établissement pénitentiaire dénommé GENESIS. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029009332>
9. Bénézech M, Pham TH, Le Bihan P. Les nouvelles dispositions concernant les criminels malades mentaux dans la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental : une nécessaire évaluation du risque criminel. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. févr 2009;167(1):39 5

Quelle évaluation et sur quels critères peut-on demander à l'expert judiciaire psychiatre ou psychologue en fonction du parcours ?

Nora LETTO

Psychologue clinicienne, criminologue, psychothérapeute
cognitivo-comportementale, CRIAVS-Ile-de-France et Centre RIVE, Paris.

Parallèlement à une complexité croissante de la mission expertale concernant l'opportunité de mesures de soin et de l'évaluation longitudinale, deux évolutions contradictoires s'expriment : augmentation quantitative du nombre des missions demandées par la justice et diminution du nombre de psychiatres inscrits sur les listes d'experts (1). Moins d'un psychiatre sur dix est inscrit comme expert judiciaire auprès des cours d'appel et la répartition des experts sur le territoire est très inégale.

Il n'existe que peu d'articles sur les expertises psychiatrique et psychologique au pénal en France. Seuls quelques-uns traitent spécifiquement de la question des expertises d'un point de vue critique. Les articles sur l'évaluation dite de dangerosité ou risque de récidive, sont quant à eux plus nombreux, mais peu concernent les pratiques en France.

Le 20^{ème} siècle a vu l'expert psychiatre sollicité pour des missions de plus en plus diversifiées, tant en termes de contexte que de questions posées (2). Les expertises requièrent des compétences professionnelles jusqu'à présent négligées. En France, les critères de nomination des experts sont flous : « Étayer un savoir sur des travaux d'autodidacte, baser son raisonnement sur une psychologie simplifiée et sur des formations universitaires pauvres en expérience clinique est une approximation qui éclairera faiblement la décision judiciaire » (2).

Une étude de cas fondée sur l'observation des usages de l'expertise psychiatrique durant un procès en chambre correctionnelle évoque ceci :

« L'expertise psychiatrique est non seulement un des outils à la disposition de la justice pour individualiser la peine, mais aussi un outil d'évaluation morale de la personne et de ses composantes, absentes ou présentes, comme la honte, le remords et la culpabilité. Le traitement, au sens pénal et moral du terme, en dépend [...]. Les expertises sont parfois et de l'aveu même de certains psychiatres, réalisée en 10 à 15 minutes, de manière répétitive. Il faut dire que l'expertise est d'autant plus appréciée par la plupart des magistrats et juges d'instruction qu'elle est accomplie rapidement dans la semaine ou la quinzaine suivant la demande. La question du choix des experts est aussi fonction de leur réputation (par exemple avoir recours à certains experts qui sont connus dans le milieu pour déclarer peut-être plus aisément l'abolition du discernement que d'autres). Le choix de l'expert est déjà une orientation prise par le magistrat avant même le jugement en tant que tel [...]. L'usage des expertises psychiatriques et psychologiques lors du procès met en scène l'autorité d'une discipline à la scientificité « incertaine » face à la justice des hommes qui, par définition, n'est guère plus scientifique » (3).

Pour certains, l'expertise peut être un moment déterminant dans un début de prise en charge thérapeutique :

« Le dispositif expertal n'est pas un dispositif thérapeutique. Il est d'une part, laissé à l'initiative des instances judiciaires et d'autre part, il ne se déploie pas dans le temps. Cependant, les conditions paradoxales de cette rencontre clinique sous-tendent une dynamique intersubjective et associative qui permet d'envisager, au pénal, les motifs inconscients de l'acte auxquels le sujet n'a pas accès. La rencontre avec l'expert est souvent une première rencontre avec un psychologue. Elle peut donc être déterminante dans ses effets, c'est-à-dire dans la manière dont le sujet se sentira pris en compte et dans ce que potentiellement elle pourra initier d'une future prise en charge » (4).

L'expertise pré-sentencielle

Depuis 1994, le nouveau Code Pénal prévoit les expertises psychiatriques de responsabilité pénale selon l'article 122-1. La mission de l'expert, classique, consiste à évaluer si le sujet était, au moment des faits, « atteint d'un trouble psychique ou neuro-psychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes ». Ce cas de figure, appelé communément « expertise pré-sentencielle », est basé entièrement sur une lecture clinique du passage à l'acte. Une telle mission, délicate, peut être menée à bien par une évaluation psychiatrique méticuleuse et complète reposant sur une méthode clinique classique (5).

La place de l'expertise psychiatrique dans les procédures judiciaires a été récemment remise en cause à la suite de la tragique affaire Outreau (2, 6). Plus de 60 % des experts psychiatres et psychologues n'ont pas mentionné de diagnostic. L'absence de diagnostic peut être due à l'absence de recours à des protocoles standardisés : sur les 1010 expertises, aucun n'a fait référence à l'utilisation d'un outil scientifiquement validé pour établir un diagnostic (6).

Dans l'expertise pré-sentencielle, l'expert doit indiquer clairement si le comportement d'un sujet mis en examen pour une infraction correspond en fait aux symptômes d'une maladie qui peut bénéficier de soins spécialisés, ou bien s'il résulte de la transgression d'une loi parfaitement repérée et qui relève alors d'une sanction pénale (7).

Les réponses des experts concernant la responsabilité pénale des personnes qui présentent des troubles psychiatriques doivent être nuancées et s'étayer sur la clinique. Voici quelques dérives qui peuvent se rencontrer (7) :

- Déclarer définitivement irresponsables les personnes pour lesquelles le diagnostic de trouble psychotique a un jour été posé. Ici, la psychose délivrerait un blanc-seing d'irresponsabilité définitive ;
- Ou, à l'inverse, ne déclarer irresponsables que les personnes qui ont commis un acte répréhensible sous l'influence d'une activité hallucinatoire. Ici, la sémiologie psychotique se réduirait à l'hallucination.

Le second alinéa de l'article 122-1 apparaissait, lors de sa promulgation, comme une avancée humaniste définissant un champ de responsabilité atténuée. Il devait permettre de modérer la réponse pénale et de l'articuler avec des mesures de soins. Or, ce deuxième alinéa n'est pas évoqué pour les troubles de personnalité ou les pathologies anxio-dépressives. Il est évoqué pour les pathologies les plus graves (schizophréniques ou délirantes chroniques) qui, si elles restent correctement diagnostiquées, sont réduites à une simple altération du discernement. « Ainsi, les personnes pour lesquelles l'altération du discernement a été invoquée se voient infliger un quantum de peines très souvent supérieur à celle des condamnés pour lesquels aucun trouble psychique n'avait été signalé par les experts » (7).

En ce qui concerne l'Injonction de Soins, l'article 131-36-4 du CP introduit par la loi n° 98-468 du 17 juin 1998 prévoit qu'elle peut être prononcée s'il est établi après une expertise médicale que la personne est susceptible de faire l'objet d'un traitement. L'expertise peut être pré-sentencielle, dans la mesure où elle éclaire le juge sur la décision de suivi socio-judiciaire à prendre (8).

L'article 706-47 du CPP prévoit d'ailleurs que l'expertise pré-sentencielle répond de même à la question de l'opportunité de l'injonction de soins, et donc affirme un premier pronostic quant au caractère curable du trouble : « *Les personnes poursuivies pour l'une des infractions mentionnées à l'article 706-47 doivent être soumises, avant tout jugement au fond, à une expertise médicale. L'expert est interrogé sur l'opportunité d'une injonction de soins. Cette expertise peut être ordonnée dès le stade de l'enquête par le procureur de la République. Cette expertise est communiquée à l'administration pénitentiaire en cas de condamnation à une peine privative de liberté, afin de faciliter le suivi médical et psychologique en détention prévu par l'article 717-1* ».

Mais une grande majorité de malades mentaux entrent en prison sans jamais avoir vu aucun expert, tout simplement dans le cadre des procédures correctionnelles ou des comparutions immédiates, dans lesquelles les expertises ne sont pas systématiques. La conférence de consensus de 2004, sur l'intervention du médecin en garde à vue montre combien les troubles psychiatriques sont largement sous-diagnostiqués avant l'entrée en prison.

Certains auteurs font des recommandations concernant l'expertise pré-sentencielle :

- « *La négation des faits poursuivis doit être considérée comme une contre-indication absolue à toute injonction ou obligation de soins ;*
- *L'opportunité d'une injonction de soins devra être appréciée en fonction du degré d'adhésion du sujet à un éventuel processus de soin et sa capacité à se reconnaître inscrit dans un mode de réalisation sexuelle déviante. Sans ces conditions il est recommandé de différer cette indication ;*
- *Si l'injonction de soins est proposée par l'expert, celui-ci ne doit pas être le prescripteur des modalités du soin qui restent du domaine du médecin traitant » (1).*

Expertise pendant l'incarcération

Nous n'avons trouvé aucun article sur l'expertise à ce moment-là du parcours de l'AVS.

Expertise post-sentencielle

Le champ psychiatrique a été le premier sollicité pour évaluer la dangerosité (9). Comme nous l'avons vu plus haut, il était initialement interrogé par la justice afin de se prononcer sur l'état de démence au temps de l'action, puis sur l'abolition ou l'altération du discernement d'un sujet en raison d'un trouble psychique et corrélativement sur sa responsabilité. Depuis la loi du 17 juin 1998, la pratique expertale s'est modifiée, passant d'une évaluation psychiatrique de responsabilité à une estimation du risque de récidive en post-sentenciel (5).

L'article 131-36-10, inséré par la loi 2005-1549 du 12 décembre 2005, prévoit que « *le placement sous surveillance électronique mobile ne peut être ordonné qu'à l'encontre d'une personne majeure condamnée à une peine privative de liberté d'une*

durée égale ou supérieure à sept ans et dont une expertise médicale a constaté la dangerosité, lorsque cette mesure apparaît indispensable pour prévenir la récurrence à compter du jour où la privation de liberté prend fin ».

L'article 132-45-1, inséré par la loi n° 2007-1198 du 10 août 2007, prévoit que : « *sauf décision contraire de la juridiction, la personne condamnée à une peine d'emprisonnement assortie du sursis avec mise à l'épreuve pour l'une des infractions pour lesquelles le suivi socio-judiciaire est encouru est soumise à une injonction de soins dans les conditions prévues aux articles L. 3711-1 et suivants du code de la santé publique, s'il est établi qu'elle est susceptible de faire l'objet d'un traitement, après une expertise médicale ordonnée conformément aux dispositions du code de procédure pénale ».*

De même cette expertise peut être ordonnée ultérieurement par le juge d'application des peines, qui peut ordonner une injonction de soins, lorsque cela n'a pas été fait lors de la condamnation. L'expertise a alors pour rôle d'éclairer le magistrat sur la possibilité d'un traitement. Enfin, le juge de l'application des peines est autorisé à solliciter au cours des mesures conditionnelles l'avis de l'expert psychiatre en vue de l'éclairer sur l'évolution de l'intéressé, y compris et en particulier lorsqu'il y a lieu de mettre fin à la mesure.

Le psychiatre, professionnel de la pathologie mentale, doit alors s'attacher à chercher des éléments cliniques lui permettant d'évaluer un tel risque : « *Il est de ce fait confronté à un dilemme : une telle évaluation relève-t-elle bien de ses compétences ? Le cas échéant, quels sont les éléments objectifs pouvant présager d'une particulière dangerosité criminologique ?* » (5).

« *Le trouble de la personnalité devient une sorte d'alibi comportemental permettant l'orientation vers des mesures sévères de privation de liberté* » (9).

Quels facteurs pour prédire le risque de récurrence ?

Baratta (5) a entrepris d'effectuer une revue de la littérature internationale, afin d'identifier dans celle-ci les liens statistiques entre des facteurs cliniques et sociologiques et un risque de répétition d'un comportement violent. Une telle démarche, rappelle-t-il, n'est pas d'expliquer les passages à l'acte violent, mais de chercher une simple association statistique. Selon cette méthodologie, plusieurs facteurs de risque ont été identifiés.

Avant tout, ces facteurs ne sont pas les mêmes pour toutes les formes de violences. Les prédictors de la violence sexuelle, par exemple, diffèrent de ceux de la récurrence violente physique.

Prédictors de la récurrence sexuelle

Au sein même des auteurs de violence sexuelle, plusieurs profils psycho-criminologiques peuvent se distinguer. Ainsi, les agresseurs sexuels d'enfants ont un taux de récurrence globalement inférieur à celui des agresseurs sexuels de femmes. On ne peut donc comparer ces deux groupes de délinquants.

Prédictors sexuels généraux

À l'image de ce qui est établi quant à la récurrence générale, le premier facteur de risque est représenté par un délit sexuel antérieur. Parmi les récidivistes, les agresseurs sexuels ont plus de condamnations au niveau juvénile pour des infractions sexuelles et sont plus jeunes lors de leur première arrestation. Une entrée précoce dans la carrière judiciaire est donc un élément important à considérer.

Par ailleurs, le profil victimologique est important à connaître. Une victime inconnue est un critère de mauvais pronostic. De plus, une victime de sexe masculin est également un facteur péjoratif plus souvent retrouvé chez les récidivistes.

Concernant le profil clinique et psychopathologique de l'agresseur, un diagnostic de trouble de la personnalité (selon la CIM 10 ou le DSM) est un marqueur fortement associé statistiquement à un risque accru de récidive.

L'existence de préoccupations sexuelles importantes est aussi un bon indicateur, tout comme l'absence de partenaire intime.

D'après Hanson et Morton-Bourgon (in 5), les deux meilleurs marqueurs du risque de récidive sexuelle sont :

- La déviance sexuelle, avec des conduites paraphiliques, des préoccupations sexuelles importantes ;
- L'orientation antisociale, avec des antécédents de violation des règles et un score élevé à l'échelle de psychopathie de Hare (PCL-R).

Prédicteurs chez les agresseurs sexuels d'enfants

Il est clairement établi que les agresseurs sexuels d'enfants ont un taux de récidive inférieur aux agresseurs de femmes adultes. Toutefois, au sein de la population pédo-ophile, plusieurs profils différents doivent être distingués.

En premier lieu, les agresseurs sexuels d'enfants intrafamiliaux ont des taux de récidive moins élevés que les agresseurs d'enfants extrafamiliaux.

L'orientation hétéro- ou homosexuelle est également un critère majeur à déterminer. En effet, il existe un nombre plus élevé de victimes chez les pédophiles homosexuels.

Le type de passage à l'acte doit également être étudié. Il est établi un risque accru de récidive lorsque les passages à l'acte sont génitalisés : pénétration digitale, coït, sodomie.

Enfin, une identification affective avec des enfants doit être recherchée lors de l'entretien clinique. La tendance des sujets à avoir des enfants comme amis, un mode de vie centré sur les enfants, accompagné de conflits avec des partenaires adultes intimes sont des éléments sur-représentés chez les auteurs d'agression sexuelle extrafamiliaux récidivistes.

Prédicteurs chez les agresseurs sexuels de femmes adultes

Globalement, plusieurs facteurs de récidive de violence générale sont également validés comme facteurs de risque de récidive de violence sexuelle. Un niveau d'impulsivité pathologique est un élément déterminant. De plus, les récidivistes ont des résultats plus élevés à l'échelle de psychopathie de Hare.

Ne sont pas des prédicteurs...

- Le déni de l'acte criminel.
- La minimisation ou la banalisation des faits.
- L'implication du sujet à s'inscrire dans une obligation de soins : un manque de motivation n'est pas lié statistiquement à un taux de récidive majoré.
- Un manque d'empathie envers la victime.
- Des problématiques psychologiques n'ont jamais été retrouvées associées à un risque accru de récidive. Les éléments étudiés étaient des troubles anxieux simples, des troubles dépressifs, un manque d'estime de soi ou encore la notion de « faille narcissique ».

Dans ces facteurs recensés ci-dessus, l'on peut distinguer des facteurs cliniques, nécessitant en effet un examen psychiatrique et psychologique pour les identifier. Il s'agit des troubles de la personnalité, de la psychopathie selon l'échelle de Hare, d'une impulsivité pathologique, d'une addiction associée. Mais une évaluation uniquement clinique ferait l'impasse sur de nombreux autres facteurs déterminants, tels que la trajectoire professionnelle, la vie conjugale, les antécédents d'infractions sans et avec violence, le profil des victimes...

Classiquement, l'évaluation clinique s'attache à caractériser le positionnement du sujet par rapport aux actes commis, à la reconnaissance des faits, à sa motivation à s'inscrire dans une démarche de soins. Ces éléments ne sont pas à prendre en compte dans l'évaluation du risque de récidive : la validité prédictive de ces marqueurs est nulle. Il est même à noter que l'erreur consiste à identifier quelqu'un à risque alors qu'il ne l'est pas, ce que l'on appelle les faux positifs (10). C'est ce constat pessimiste qui a servi de base à l'élaboration des outils actuariels de prédiction du risque.

L'évaluation de la dangerosité criminologique nécessite ainsi une méthodologie radicalement différente d'une expertise psychiatrique pré-sentencielle.

Quid d'une évaluation actuarielle et structurée du risque de récidive ?

Le jugement professionnel non structuré, ou jugement clinique, se base sur une évaluation purement clinique qui, comme nous l'avons vu, a tendance à surévaluer le risque (faux positifs). Le pouvoir d'appréciation y est important et les items choisis n'ont la plupart du temps aucun lien avec le risque de récidive. Plus généralement, il est reproché aux cliniciens de ne pas tenir compte des résultats de la recherche quant aux facteurs prédictifs du risque de récidive. La reconnaissance des faits par un condamné, le déni ou le peu de considération manifestée envers la victime ont longtemps été, ou sont encore parfois considérés à tort comme des facteurs de risque de récidive (10).

Plusieurs générations d'outils existent et participent d'un courant scientifique particulier, le *What works*. Les outils actuariels sont sujets à débat à cause des *a priori* qu'ils suscitent et de la rupture épistémologique qu'ils sont susceptibles d'opérer à travers l'objectif de gestion du risque de récidive (11). Ces outils actuariels prennent en compte les facteurs ou besoins criminogènes, c'est-à-dire ceux statistiquement corrélés au risque de récidive. Certains facteurs sont statiques, tels que les antécédents criminels, l'âge ou le sexe, et la prise en charge n'agit pas dessus. D'autres sont dynamiques et peuvent évoluer, tels que la situation socio-économique, l'addiction à l'alcool, etc. Les facteurs de risque les plus communément pris en compte sont « *le passé pénal (âge de la première infraction ; nombre et nature des condamnations antérieures, etc.) ; le passé personnel (placement dans l'enfance, modèle éducatif reçu...); des éléments démographiques (âge, place dans la fratrie, nationalité ou ethnie pour déterminer si l'on fait partie d'une minorité) ; des traits de personnalité ; des facteurs environnementaux (pairs, parents anti-sociaux ou déviants, vie de couple et ses qualités, lieu de vie...); des facteurs cliniques (consommation de stupéfiants, d'alcool, impulsivité, niveau d'intelligence, santé mentale, erreurs cognitives, dépression ou détresse, estime de soi, pensées étranges, etc.) et des facteurs sociaux (scolarité, réussite sociale, travail, statut économique, etc.)* »(1).

Le fameux modèle du RBR (Risque, Besoins, Réceptivité) constitue l'une des réponses les plus connues au courant du *Nothing works* et utilise des outils actuariels associant le jugement clinique dit structuré.

Ainsi, une autre génération d'outils, de jugement professionnel (clinique) structu-

ré, prend en compte les facteurs de risque dynamiques. Le jugement clinique est réintroduit dans l'évaluation, permettant ainsi aux professionnels d'orienter les programmes de suivi en fonction des besoins et des risques identifiés.

Pour les AVS, un des instruments actuariels est la Statique-99 (Hanson et Thornton, 1999) et la SORAG (Quinsey *et al.*, 1995) qui évaluent réciproquement le risque de récidive violente y compris sexuelle et le risque de récidive sexuelle chez des AVS. La RSVP (*Risk Sexual Violence Protocol*) quant à elle ne se limite pas à la prédiction de la violence mais aussi de la gestion. Une étude (12) présente des données préliminaires relatives au niveau de risque de récidive d'AVS, qui étudie pour la première fois cette question auprès d'une population française (N=80), via ces deux outils actuariels.

Il est important de ne pas tomber dans une utilisation mécaniste de ces instruments : *« Le choix de tel ou tel instrument doit dépendre du contexte de la demande. Ainsi, un instrument statique présente de meilleures qualités prédictives alors qu'un instrument dynamique est plus sensible à des dimensions cliniques relatives aux besoins thérapeutiques aux changements, au risque imminent d'un passage à l'acte. Il est important d'éviter une utilisation sauvage de tels instruments et de suivre une formation car leur apparente facilité est trompeuse. Il faut aussi tenir compte de l'évolution de la littérature concernant leurs caractéristiques méthodologiques. La validité de toute prédiction dépend d'un intervalle temporel qu'il convient toujours de rapporter, une prédiction à court terme étant par définition moins hasardeuse qu'une prédiction à long terme. La personne évaluée doit rester au cœur du processus d'évaluation : l'être humain étant un système dynamique en constante évolution, il y a donc lieu de reconnaître la possibilité de changement, même si celle-ci peut être limitée. Il est donc finalement recommandé de ré-évaluer le risque de manière périodique »* (10).

Enfin, *« Les récentes procédures de la loi du 25 février 2008 continuent à faire en partie référence à la pratique de l'expertise psychiatrique judiciaire, alors que cette modalité d'expertise ne répond plus aux connaissances scientifiques modernes de la criminologie et qu'elle se révèle incapable d'évaluer correctement les auteurs de comportements criminels graves »* (7).

Dans les pays anglo-saxons, où se pratique une justice de type contradictoire, les experts peuvent se retrouver plus souvent confrontés à l'expérience de collègues et à la nécessité d'expliquer au tribunal la validité des outils qu'ils utilisent. Cette obligation de présenter les critères de validité de sa réflexion et de construire ses conclusions sur les bases d'une réflexion solide à propos d'un expertisé est non seulement une nécessité déontologique dans un souci de bonne justice, mais plus encore représente un droit fondamental de l'expertisé lui-même. Serait-il vraiment équitable pour celui-ci que la justice prenne sa décision le concernant en se référant à des avis erronés émis par des personnes qui ne seraient pas au fait des données récentes de la discipline (3) ?

Recommandations

Pour ces auteurs (7), tout condamné pour crime violent, sexuel ou non, devrait faire l'objet d'une évaluation initiale au cours d'une observation de plusieurs semaines dans une unité pénitentiaire afin de déterminer les stratégies de gestion du condamné et de la peine, ainsi que le niveau de sécurité nécessaire. Par la suite, avant tout retour dans la communauté, une ou plusieurs réévaluations porteraient plus particulièrement sur le diagnostic et le pronostic de dangerosité en relation avec les facteurs positifs et négatifs liés à la possibilité d'une réinsertion. Dans ce cadre, un protocole

standard national comportant des démarches cliniques et actuarielles, à la fois qualitatives et quantitatives, devrait être élaboré. Voici quelques propositions qu'ils nous font :

Pour l'ensemble des condamnés :

- L'intelligence et les expériences de l'enfance
 - o WAIS, Wechsler Adult Intelligence Scale
 - o CECA, Childhood Experience of Care and Abuse
- Les troubles mentaux
 - o MINI, Mini International Neuropsychiatric Interview
- Les troubles de la personnalité
 - o SCID-II (DSM-IV)
- La psychopathie
 - o PCL-R, Hare (Psychopathy Checklist Revised)
- La colère
- Les risques et les besoins
 - o LSI-R (Level of Service Inventory-Revised)
- Le niveau de sécurité pénitentiaire
 - o Échelle de classement par niveau de sécurité (ECNS)
- Évaluation du risque de récidive violente
 - o Approche actuarielle avec la VRAG
 - o Évaluation de la violence et gestion du risque futur avec la HCR-20

Pour les AVS :

- Approche actuarielle
 - o Statique-99
 - o SORAG
- Guide structuré RSVP (Risk Sexual Violence Protocol)

Bibliographie

1. Boutet G. Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle (22 et 23 novembre 2001). *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. déc 2002;30(12):1005 13.
2. Lachaux B, Michaud L, Houssou C, Gautiez D. Crédibilité et expertise psychiatrique. *L'information psychiatrique*. 2008;84(9):853 60.
3. Fernandez F, Lézé S, Strauss H. Comment évaluer une personne ? L'expertise judiciaire et ses usages moraux. *Cahiers internationaux de sociologie*. 2010;128 129(1 2):177 204.
4. Ravit M. L'évaluation clinique dans la pratique de l'expertise judiciaire. *Le Carnet PSY*. 2015;192(7):29 33.
5. Baratta A. Expertise post-sentencielle et évaluation du risque de récidive. *L'information psychiatrique*. 2011;87(8):657 62.
6. Bert C. Justice : que valent les expertises psychologiques ? *Sciences Humaines*. 2010;213(3):16 16.
7. Bénézech M, Pham TH, Le Bihan P. Les nouvelles dispositions concernant les criminels malades mentaux dans la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental : une nécessaire évaluation du risque criminel. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. févr 2009;167(1):39 50.
8. Dailliet A. Approche expertale évolutive et comparative : un point de vue de défense sociale ? *L'information psychiatrique*. 2008;84(1):35 9.

9. Moulin V, Palaric R, Gravier B. Quelle position professionnelle adopter face à la diversité des problèmes posés par l'évaluation des dangers ? L'information psychiatrique. 2012;88(8):617-29.
10. Pham T. Évaluation du risque de récurrence violente et sexuelle. Santé mentale. mai 2008;(128):5.
11. Matignon E. Les outils d'évaluation et les méthodes de prise en charge des personnes placées sous main de justice. Paris: ENAP et CIRAP; 2015.
12. Ducro C, Pham TH, Saloppé X, Chudzick L, Réveillère C. Évaluation du risque de récurrence d'agresseurs sexuels français : Statique-99 et Sorag. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. mars 2012;170(2):106-8.

Quels sont les critères pertinents pour proposer une injonction de soins ? Du point de vue de l'expert, y a-t-il des critères pour proposer la levée de la mesure ?

Cédric LE BODIC

Psychologue clinicien, docteur en psychologie, EPSM Morbihan,
pôle Saint-Avé-Ploërmel, Saint-Avé.

En 2012, dans le Rapport d'information sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel [1], il est indiqué que « l'exigence, pour la juridiction, de disposer d'une expertise établissant que la personne est susceptible de faire l'objet d'un traitement, contrairement au verrou que cela était supposé produire, a vraisemblablement favorisé le prononcé de cette mesure : « *Le recours au qualificatif de « susceptible de faire l'objet d'un traitement » ou encore à la notion de traitement possible est porteur d'incertitude scientifique en même temps qu'il peut engendrer des réponses d'une excessive précaution et multiplier, par la suite, des injonctions de soins inutilement nombreuses* ». La responsabilité qui repose sur les experts psychiatres est, dans ce cadre, extrêmement forte puisque leur diagnostic conditionne l'accès de la personne à des soins pénalement obligés ». Le rapport constate ainsi, entre 2002 et 2009, une augmentation significative du nombre d'expertises psychiatriques, hausse évaluée à plus de 149 %. Il indique par ailleurs que « les objectifs assignés à l'expertise psychiatrique sont multiples : déterminer la responsabilité de l'auteur de l'infraction, évaluer son état psychologique, donner un avis sur sa dangerosité, évaluer son risque de récidive, vérifier son accessibilité aux soins ». Il convient donc d'interroger la littérature sur la manière dont le travail de l'expert s'est diversifié, et, au regard de cette évolution, de repérer sur quels critères il constitue son avis en direction des magistrats.

Nombreux sont les articles faisant référence à la loi du 17 juin 1998 et à mentionner et souligner l'importance du rôle des experts dans ce nouveau contexte. Ce rôle fait aussi l'objet de réticences critiques : ainsi que le nomme J.M. Villon en 2001 [2], « ce qui nous différencie, nous fait diverger de la fonction judiciaire, c'est que cette dernière juge le moment de l'acte, alors que nous nous penchons sur la question de la durée, de la chronologie biographique du prévenu, pour définir sa structure de personnalité normale ou pathologique ». Selon lui, finalement, l'expert devient « dans son rôle d'auxiliaire de la justice, conseiller en prescription de soins, avec le souci de contribuer à la cessation des actes délictueux ou criminels, c'est-à-dire à la prévention, si ce n'est au maintien de l'ordre ».

Pour autant, l'expertise dans le dispositif de l'injonction de soins est décrite comme « une pierre angulaire de l'édifice original conçu par le législateur pour à la fois soigner et punir » [3]. Il est rappelé que l'expert doit être conscient lorsqu'il rédige son rapport que ce dernier sera « un vecteur d'informations et de décisions essentiel dans le processus de l'injonction de soins ». Cette importance admise, les auteurs rappellent aussi la nécessité de se fier à des critères précis pour répondre aux questions posées dans le cadre de la mission qui leur est confiée. Cependant, ils sont aussi nombreux à n'en pas les préciser.

Quelles expertises pour quels objectifs ? Textes de cadrage

S'interroger sur les critères pertinents permettant de proposer une injonction suppose au préalable de poser clairement le rôle conféré à l'expertise dans ce cadre précis. A quoi sert-elle ? Quelles en sont les attentes ?

Aussi, rappelons tout d'abord les cadres et préconisations par les différentes instances officielles : la Conférence de consensus qui s'est tenue à Paris les 22 et 23 novembre 2001 préconisait un certain nombre de recommandations à l'attention des experts [4, 5, 6] en distinguant trois temps :

- Les examens psychiatriques d'un sujet demandés dans le temps de la garde à vue. Il s'agit alors de se « borner à la recherche d'éventuels troubles psychiatriques nécessitant des soins psychiatriques urgents et contre-indiquant la garde à vue. Cette réquisition ne doit pas remplacer l'expertise pré-sentencielle classique. Elle ne doit jamais dégager des traits de personnalité qui seraient utilisés comme arguments à charge pour un sujet qui nierait les faits ».
- L'expertise pré-sentencielle : Il est alors clairement recommandé, dans un contexte où le prévenu est présumé innocent, de considérer la négation des faits comme une contre-indication totale à toute injonction. Et de préciser « pour conseiller l'opportunité d'une injonction de soins, l'expert devra évaluer chez le sujet son degré d'adhésion à un éventuel processus de soin et sa capacité à se reconnaître inscrit dans un mode de relation sexuelle déviante ».
- L'expertise post-sentencielle : la conférence de consensus invite l'expert à « repérer une éventuelle évolution positive du condamné dans différents registres (position vis-à-vis de la victime, regard sur son acte, adhésion éventuelle au soin, risque de récidive... maturation de la personnalité) ».

Outre ces indications ou ces critères cliniques, la conférence suggérait sur un registre formel, aux magistrats ordonnateurs d'expertises que « parmi les experts désignés pour examiner l'(es) auteur(s) et la (les) victime(s) (...) l'un d'eux puisse être désigné pour examiner à la fois auteur(s) et victime(s), chaque fois que l'auteur est connu de la victime, afin de mesurer les interactions, notamment lorsqu'elles se situent dans le champ intra-familial ».

En 2007, l'audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale [7] précisait et différenciait les types d'expertises. Concernant l'expertise post-sentencielle de pré-libération, le rapport indique qu'« avant les années 1990, si la demande d'expertise psychiatrique en vue d'une prochaine libération d'une personne condamnée était toujours possible, elle ne revêtait pas un caractère obligatoire. Depuis le législateur a multiplié l'exigence d'expertise psychiatrique préalable à la libération des condamnés détenus. (...) Les missions du psychiatre chargé de l'expertise de pré-libération conditionnelle sont bien distinctes de celles concernant l'expertise pré-sentencielle de responsabilité pénale :

- décrire la personnalité de l'intéressé ;
- décrire son évolution depuis l'ouverture du dossier pénal en tenant compte des expertises antérieures ;
- décrire les éventuels troubles psychopathologiques qu'il présente ;
- émettre un avis sur l'attitude du sujet par rapport aux faits pour lesquels il a été condamné ;
- déterminer s'il présente une dangerosité en milieu libre, discuter les éléments

favorables et défavorables du pronostic tant du point de vue de la réinsertion que du risque de récidive ;

- préciser s'il relève d'un suivi médical ou d'un traitement ».

L'audition publique propose le tableau synthétique suivant :

Expertise psychiatrique en matière pénale	
Expertise pré-sentencielle de responsabilité pénale	Expertise post-sentencielle de pré-libération
Discernement et contrôle des actes au moment des faits	Conduite en milieu ouvert après la libération envisagée
Rétrospective	Prospective
Synchronique	Diachronique
Séquentielle	Longitudinale
Imputabilité	Dangerosité
Indications ou contre-indications du jugement	Indications ou contre-indications de la libération conditionnelle
Peines	Mesures de sûreté
Choix de la sanction pénale et de son régime	Opportunité ou nécessité de la surveillance, de l'assistance et du suivi en milieu ouvert

L'accent est mis, en matière de pré-libération, sur l'évaluation de la dangerosité et sur l'indication du risque de récidive. Il est alors précisé que cette mission se doit de différencier plusieurs points tels que « la situation dangereuse, les facteurs de risque, le niveau de risque, les dommages causés. Il s'agit d'une démarche qui appliquera au sujet non seulement la recherche de facteurs cliniques (psychose, troubles de la personnalité etc.) mais aussi de facteurs biographiques, de facteurs contextuels, en sachant que ces derniers peuvent être soit favorisant, soit avoir une valeur de protection ». Ce sont donc là des critères structuraux, non pas pour indiquer une injonction mais pour formaliser la conduite de l'expertise et du rapport qui l'accompagne.

S'agissant de l'expertise post-sentencielle et de son rapport à l'injonction de soins, l'Audition publique rappelle que la loi du 17 juin 1998 a transformé la mission de l'expert : « dans ce protocole, l'expertise va devenir un outil de travail partagé ». Cela suppose une évolution à la fois de la forme de l'expertise comme indiqué précédemment (le rapport de la commission d'audition préconise un plan type de l'expertise à remettre) mais suggère aussi une évolution de la clinique expertale, en distinguant d'un côté la dangerosité psychiatrique et la dangerosité criminologique de l'autre. La première est définie comme « un risque de passage à l'acte principalement lié à un trouble mental, et notamment lié aux mécanismes et à la thématique de l'activité délirante ». Cela suppose pour l'évaluer de se préoccuper de plusieurs axes :

- mieux prendre en compte les comportements violents des malades mentaux en s'appuyant sur une clinique psychiatrique médico-légale précise (...);
- confronter le pronostic clinique, s'appuyant éventuellement sur des échelles de jugement clinique semi-structuré (HCR-20) et la prédiction statistique (ou actuarielle);
- préciser les pathologies et les facteurs de risque en utilisant de préférence un jugement clinique structuré...

La dangerosité criminologique quant à elle, est définie de la manière suivante par la Commission santé-Justice [8] : « un phénomène psychosocial caractérisé par les indices révélateurs de la grande probabilité de commettre une infraction contre les personnes ou les biens ». L'Audition publique mentionne le fait que l'expertise psycho-criminologique est de plus en plus attendue par les magistrats et demeure

moins précise quant à aux critères qui la constitue : elle inclut « dans les questions posées un ensemble d'items concernant l'évaluation de la dangerosité à venir du sujet, quel que soit son statut psychopathologique. Elle présuppose une évaluation pluridisciplinaire (psycho-criminologique, socio-criminologique, socio-éducative, anthropologique etc.) et surtout une prospective de la prise en charge à venir de la personne... ». Seuls un psychiatre ou un psychologue ayant une formation complémentaire pluridisciplinaire en criminologie « telle qu'elle est en train de se développer actuellement » pourra réaliser ce type d'expertise, spécifique. On perçoit par la précision du développement de nouvelles compétences, qu'à la fois les critères sont en cours d'établissement et d'évolution mais aussi que les experts ont à compléter leur formation initiale par des enseignements eux-mêmes en cours d'aboutissement. Aussi, l'audition publique préconise relativement à l'évaluation de la dangerosité dans le cadre de l'expertise de distinguer les facteurs de risque, le dommage causé (intensité et type de violence utilisée) et le niveau de risque. Elle précise « le diagnostic d'une pathologie psychiatrique ne suffit pas à être, en soi, porteur d'un pronostic de risque de comportement violent, mais c'est bien l'association de ce diagnostic avec d'autres facteurs situationnels qui rend compte du risque, que ces situations soient du registre clinique ou du registre social ». Elle met donc en avant une série de facteurs à mettre en perspective : les facteurs historiques, les facteurs prédisposants, les facteurs contextuels et les facteurs cliniques [7].

Suivant la logique et la distinction entre les différents types d'expertises, Senon et Manzanera [9] ont proposé en 2006 de distinguer trois niveaux d'analyse clinique attendus dans l'expertise psychiatrique pénale :

- « le niveau 1 d'analyse psychiatrique, quand l'expert se limite à la mission cardinale de l'expertise psychiatrique pénale : recherche de troubles mentaux, diagnostic et discussion de ceux-ci, recherche d'un rapport entre les troubles et le passage à l'acte criminel, discussion d'une abolition ou d'une altération du discernement ;
- niveau 2 d'analyse psycho-pathologique du passage à l'acte à travers l'histoire du sujet, son aménagement défensif, la singularité de sa relation aux autres... Dans cette perspective, l'expert psychiatre se situe dans un champ proche de l'expert psychologue réalisant l'examen médico-psychologique (...) ;
- niveau 3 d'analyse psycho-criminologique, de plus en plus sollicité par la Justice quand il s'agit de donner des éléments sur la dangerosité non seulement psychiatrique mais aussi criminologique du sujet et d'évaluer les risques de récidive ». Il est ici aussi précisé que dans ce cas, l'expert nécessite une formation complémentaire en psycho-criminologie.

A partir de 2007, l'injonction de soins est systématisée dans le cadre du suivi socio-judiciaire, comme l'indique la loi 2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs. Particulièrement avec l'article 131-36-4 du code pénal : « Sauf décision contraire de la juridiction, la personne condamnée à un suivi socio-judiciaire est soumise à une injonction de soins dans les conditions prévues aux articles L. 3711-1 et suivants du code de la santé publique, s'il est établi qu'elle est susceptible de faire l'objet d'un traitement, après une expertise médicale ordonnée conformément aux dispositions du code de procédure pénale » [10].

En 2009, le Ministère de la Santé et des sports et le Ministère de la Justice publient le Guide de l'injonction de soins [3] qui fournit de nombreuses informations s'appuyant sur les rapports et commissions précédemment cités. Il est donc rappelé que « le

médecin expert est interrogé avant le jugement sur la responsabilité pénale du sujet, et s'il y a condamnation, sur l'opportunité d'une injonction de soins ». C'est bien sur la question de cette opportunité que vont se discuter les questions relatives aux critères conduisant à penser la pertinence ou non de l'indication de cette peine. Le guide de l'injonction de soins reprend les différents temps auxquels il peut être fait appel à l'expert. Celui-ci peut donc « être sollicité en exécution de peine ou en cas de besoin durant l'exécution de peine en milieu carcéral ou en milieu libre durant la peine de suivi socio-judiciaire et de l'injonction de soins, y compris lorsque celle-ci est prononcée dans le cadre d'autres mesures ».

S'agissant de la première expertise, réalisée à la demande du parquet dans le temps de l'enquête préliminaire (art 77-1 du CPP) ou de flagrance (art 60 CPP), « l'expertise se focalise sur l'état mental du sujet (...) et la nécessité de soins psychiatriques urgents ». A ce stade, le guide indique que « bien que posée à l'expert, la question de l'opportunité d'une injonction de soins ne devrait faire l'objet que d'une réponse très prudente, uniquement dans l'hypothèse où le sujet examiné reconnaît les faits qui lui sont reprochés ».

C'est donc surtout en phase post-sentencielle, à la demande du juge de l'application des peines ou du parquet, que l'expert peut être sollicité « en vue d'ordonner, le cas échéant, une injonction de soins dans le cadre d'une peine de suivi socio-judiciaire (art. 131-B6-4C8) ».

L'expert se trouve alors invité à une triple démarche :

1. Identifier une éventuelle pathologie psychiatrique en lien avec la question de l'abolition ou de l'altération du discernement.
2. Proposer une lecture psychodynamique du passage à l'acte.
3. Envisager une analyse psycho-criminologique prenant en compte la question de la dangerosité criminologique. Le travail de l'expert n'est alors plus une « évaluation rétrospective, synchronique et séquentielle » mais « projective, diachronique et longitudinale ».

Ce cadre posé permet alors de préciser les attentes des magistrats vis-à-vis de l'expert relativement à l'indication ou non d'une injonction de soins. Il est alors invité à dégager « les perspectives d'évolution dans laquelle cette injonction devra prendre place, fixant ainsi la cadre de la future prise en charge médico-socio-judiciaire ».

En 2012, le Rapport d'information déjà cité sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel [1], rappelle et condense ces éléments formels : « les expertises psychiatriques connaissent, depuis quelques années, une évolution radicale. Alors que les experts devaient initialement se prononcer sur la responsabilité pénale de la personne (...), ils sont aujourd'hui appelés à évaluer leur dangerosité. Le dispositif juridique relatif aux auteurs de violences sexuelles a introduit en France un nouveau type d'expertise psychiatrique. Il s'agit de l'expertise post-sentencielle, dont l'objectif est radicalement différent de l'expertise en phase pré-sentencielle, qui consiste pour l'expert à déterminer si la personne était, au moment des faits, atteinte d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes. Dans le cas de l'expertise post-sentencielle, la personne expertisée est déjà condamnée. Il s'agit alors pour l'expert de donner un pronostic sur l'évolution du condamné en milieu libre, c'est-à-dire sur son risque de récidive. La place de l'expert psychiatre est ainsi passée d'une mission rétrospective – évaluer l'état psychique du délinquant au moment de l'acte – à une mission prédictive. La dangerosité sur laquelle la justice

demande aux experts de se prononcer est une notion relativement floue. Elle revêt de fait un caractère relativement nouveau et complexe dans la mesure où elle suppose une appréciation de nature psychiatrique et criminologique ».

Maladie mentale, troubles de la personnalité et indication

Le guide, outil de cadrage et non manuel d'aide au diagnostic, ne fournit pas non plus d'éléments cliniques susceptibles de constituer des critères d'évaluation. Il invite aussi l'expert à interroger la place de la loi dans l'organisation psychique du sujet et note ou rappelle toutefois que « dans les soins juridiquement contraints, les pathologies psychiatriques sont rares et il s'agit de troubles de la personnalité plus ou moins graves ». Ce que confirment les propos de JM Villon lorsqu'il écrit « les agressions et crimes sexuels ne relèvent pas uniquement d'une structure perverse de la personnalité, des pathologies du « passage à l'acte » ou des conduites névrotiques graves : nous devons nous poser la question d'une absence de pathologie mentale sous-jacente ». Se pose donc pour Villon la question de « la proposition de psychothérapie en l'absence de troubles mentaux de dimension psychiatrique dans le cadre de l'injonction de soins ». Et finalement, de demander « que prescrire ? » [2]. En 2011, le Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soins [11], s'appuie sur les experts pour convenir que la plupart des auteurs d'infractions à caractère sexuel ne sont pas malades mentaux, mais aussi pour indiquer qu'ils possèdent cependant des troubles de la personnalité « avec un extrême polymorphisme des conduites de déviance sexuelle. Les associations de troubles environnementaux (familiaux, sociaux...) sont fréquentes et ne facilitent pas la catégorisation psychiatrique ».

S'interrogeant sur les critères d'indication de l'injonction de soins, Spriet et *al.* [12] rappellent que « deux acceptions des troubles mentaux peuvent être envisagées ». Celle, large, développée par le DSM et la CIM-10 « qui prend en compte l'altération significative du sujet dans son environnement et la souffrance causée par ces troubles » et celle plus restrictive proposée par Hodgins et *al.* [13] en 1996 qui a permis à la conférence de consensus de 2010 sur la dangerosité psychiatrique de définir la maladie mentale sévère [14]. Hodgins et *al.*, dans ce cadre, ne retiennent que les maladies mentales sévères, c'est-à-dire les troubles schizophréniques, les psychoses non schizophréniques, et les troubles de l'humeur. Finalement, faute de consensus, « la commission santé-justice dans son rapport sur la prévention de la récidive propose une définition des troubles mentaux : manifestations psychopathologiques s'organisant le plus souvent en maladie psychiatrique aiguë ou chronique et s'exprimant dans la sphère intellectuelle, affective ou comportementale. Ils nécessitent des soins psychiatriques codifiés » [12].

Considérant l'absence de consensus autour des troubles de la personnalité et de la maladie mentale, il apparaît complexe d'obtenir un accord autour des critères permettant de conduire ou non à l'indication d'une injonction de soins. Suivant la même logique, la notion de soin fait aussi débat, qu'elle soit prise au sens large, c'est-à-dire d'accompagnement, de soins de confort, ou de manière restrictive « dans le cadre d'un investissement actif dans une thérapie ou dans le cadre de la mise en place d'un traitement médicamenteux ». Or, précisent Spriet et *al.*, il n'existe aujourd'hui pas de traitement médicamenteux pour les troubles de la personnalité. On notera aussi avec Ababei et Trémine en 2011 [15], qu'en « psychiatrie la problématique de la gravité des troubles de la personnalité reste très vaste et n'est pas encore bien explorée ni clairement définie. Selon les auteurs, les pays et les orientations théoriques, le concept de

gravité a peu de consistance interne, en dehors peut-être des conséquences sociales ou juridique de la pathologie ».

C'est donc sur cette question problématique de l'indication de l'injonction de soins que porte l'étude menée par Spriet et al. en 2013. Cette recherche descriptive rétrospective de niveau 4 et menée auprès de 3 médecins coordonnateurs d'Ile et Vilaine, comprend 68 dossiers et 123 expertises. Les auteurs rappellent que « l'injonction de soins confronte la psychiatrie aux limites de son champ d'action. Il ne s'agit pas de traiter des sujets dans le but d'amender les symptômes d'une maladie mentale, mais de diminuer le risque de récurrence, c'est-à-dire la répétition d'un comportement de transgression de la norme sociale ». Et d'ajouter ou d'en déduire que « l'inscription du psychiatre dans la prévention de la récurrence repose sur le postulat selon lequel les auteurs d'infractions présenteraient des troubles mentaux à l'origine du comportement infractionnel » [12]. Pour autant les auteurs constatent qu'aucune recommandation n'a été émise par les autorités judiciaires quant aux types de troubles mentaux susceptibles de relever d'une injonction de soins.

Leur étude montre à cet égard que sur les 123 expertises étudiées, 91 % orientaient vers une injonction de soins. Et, le détail des résultats montre que « parmi les expertises concluant à l'opportunité d'une injonction de soins, la catégorie diagnostique « absence de trouble » était la plus fréquemment retrouvée (27 %, n=30). Suivait la catégorie « troubles non catégorisables selon le DSM-IV-TR (26 %, n=29) ». La recherche montre aussi à l'inverse que « parmi les expertises ne retenant pas d'indication à une injonction de soins, les catégories étaient par ordre croissant « absence de trouble » (45 %, n=5), « troubles de l'axe II » (36 %, n=4), « troubles de l'axe I » (9 %, n=1), « troubles non catégorisables selon le DSM-IV-TR » (9 %, n=1).

Ces résultats, à petite échelle, suggèrent que l'absence de maladie mentale constatée peut conduire l'expert à proposer une injonction tandis que la présence de troubles mentaux peut le mener à ne pas retenir cette orientation. Les auteurs concluent alors sur ce constat : « en l'absence de recommandations des autorités de santé sur les indications d'une injonction de soins, ces indications reposent sur la libre appréciation de l'expert psychiatre. Cette libre appréciation peut témoigner de l'indépendance qui sied à l'exercice de l'expertise, mais elle peut aussi relever d'une subjectivité, subordonnant l'avis technique qu'est l'expertise à une appréciation personnelle de ce qu'est le trouble mental, de ce qu'est le soin et, partant, de la finalité de l'injonction de soins ». La recherche de niveau 4 de Tesson, Cordier et Thibaut [16] menée auprès de cinq médecins coordonnateurs de Haute-Normandie indique que sur 100 sujets soumis à une injonction de soins, un diagnostic de paraphilie a été retenu dans 19 % des cas, que dans 57 % des cas, un diagnostic psychiatrique a été posé et que pour 65 % des cas, on notait des troubles de la personnalité. Ils ajoutent cependant que tous les médecins coordonnateurs sont unanimes pour dire que tous les sujets condamnés pour délit sexuel ne relèvent pas de soins psychiatriques. Ils montrent alors l'aspect primordial de l'évaluation initiale.

Dans leur étude d'observation socio-anthropologique de niveau 4, tirée du rapport « Politiques de l'expertise psychiatrique » réalisée pour la mission Recherche-Justice, Fernandez, Lezé et Strauss [17] s'étonnent de cette apparente contradiction : « il faut souligner l'ambiguïté de cette expertise, si pour l'expert le prévenu ne souffre aujourd'hui d'aucune anomalie ou de pathologie mentale, il préconise l'injonction de soins sur les seules déclarations du prévenu (« dans le sens où le sujet se décrit » comme victime de violence) ». Et de conclure leur observation de 8 mois entre 2008 et 2009 et de 60 procès en chambre correctionnelle : « Cette parole [du prévenu], mo-

bilisée dans le cadre de l'expertise, sollicitée dans le contexte du procès s'avère être un point d'ancrage décisif sur lequel repose l'évaluation du potentiel de réinsertion du sujet et la nécessité de soins... C'est un certain type de recours à la parole du prévenu qui va permettre au psychiatre de juger de l'opportunité d'un suivi psychiatrique. De même, c'est une certaine façon de se raconter qu'à l'accusé, qui au cours du procès, va convaincre ou non le procureur et le tribunal de l'utilité d'une injonction de soins ».

Éléments prédictifs et facteurs de risques

- La conférence de Consensus de 2001 aborde succinctement des « éléments prédictifs du devenir » soit les facteurs de risque de récurrence. Elle souligne que ces facteurs sont essentiellement statiques « la recherche sur les facteurs de risques dynamiques (...) est beaucoup moins avancée » [5]. Ces facteurs statiques sont dans le cadre de la récurrence sexuelle :
 - la déviance sexuelle ;
 - Les antécédents d'infraction sexuelle ;
 - la précocité de ces infractions ;
 - l'existence d'une enfance douloureuse.

L'interruption volontaire du traitement constituerait aussi un facteur de risque tandis que « certaines caractéristiques habituellement considérées comme des éléments favorisant l'adhésion aux soins ne constitueraient pas des facteurs qui préservent de la récurrence ». En conclusion de ces recommandations et précisions, la conférence concevait cependant que « les connaissances actuelles sur la psychopathologie et les traitements des auteurs AS sont encore fragmentaires et empiriques ».

D'autres travaux ultérieurs à cette dernière s'attachent à développer ces éléments prédictifs, en insistant sur le fait que la mission de l'expert a changé avec la loi du 17 juin 1998 puis avec les évolutions de la loi. Peu à peu de 2001 à nos jours, les travaux vont certes toujours contribuer à fournir des éléments empiriques mais en les associant davantage à des mesures statistiques permettant, selon les auteurs qui s'y réfèrent, de sortir peu à peu d'une appréciation subjective de l'expert à une décision argumentée par des données approuvées scientifiquement.

Ainsi Alexandre Dailliet explique en 2008 [18] qu'il ne « s'agit plus de déterminer l'état de l'agent au moment des faits pour en évaluer la responsabilité, mais de déterminer en quoi cet agent est susceptible de représenter un danger, après que la sanction soit prononcée et au moins partiellement accomplie, et quelles mesures peuvent éventuellement réduire celle-ci ». En ce sens, la loi 2007-1198 du 10 août 2007 apporte des modifications visant à « renforcer la lutte contre la récurrence des majeurs et des mineurs ». Ces modifications, selon l'auteur, feraient de l'injonction de soins, la règle dans le suivi socio-judiciaire. Cette nouvelle mission est parfois source *a priori* de critiques par les psychiatres : ainsi Halleguen et Baratta observent en 2012 [19], dans leur étude de niveau 4, que « la justice attend de la psychiatrie une diminution de la récurrence, dans la dispensation de soins à visée normative ». Mais elle suscite aussi des questionnements et l'invitation à développer de nouveaux critères d'évaluation : « L'expertise évolutive et comparative vise à éclairer le juge, en particulier le juge d'application sur les possibilités thérapeutiques, l'évolution sous traitement, le risque de récurrence ou la dangerosité. Il s'agit d'un type d'expertise spécifique qui implique une approche nouvelle ». L'auteur indique par ailleurs, rejoignant ici les interrogations mentionnées ci-avant par ses collègues, que « ces types d'expertise n'ont plus

comme vocation le « tri » des pathologies en vue de l'exercice d'une juste sanction, mais bien vocation de protéger la société en identifiant les facteurs cliniques de récidive ou de dangerosité. Sommes-nous cependant en mesure de faire cet exercice ? ». Il s'agit ici d'une question récurrente dans la littérature psychiatrique. Ainsi Couhet, De Rocquigny, Verdoux [20] interrogeaient en 2012 « est-ce bien leur rôle de prévenir une éventuelle récidive criminologique ? En effet, seule une minorité de patients suivis en SPO présentent une pathologie psychiatrique au sens de l'axe 1 du DSM-IV-R (en dehors des troubles liés à l'usage de substances psychoactives) ». En 2000, Zagury [21] évoque aussi, de son point de vue d'expert, ce questionnement au sujet des auteurs d'agressions sexuelles : « Il nous faut donc aborder frontalement la question de base : peut-on aujourd'hui soigner des sujets condamnés pour infractions sexuelles, selon quelles indications et dans quelles limites ? ». Il y répond positivement en indiquant que ne pas le faire s'apparenterait à condamner « sans appel de tout espoir de changement, en contradiction avec les statistiques de récidive et avec l'observation clinique », précisant que c'est « du côté des victimes qu'il faut chercher le véritable fondement éthique du soin des abuseurs sexuels ». Pour pouvoir y prétendre, Zagury invite alors en 2001 [22] à poser certaines conditions ou pré-requis nécessaires à la qualité de l'expertise post-sentencielle : « la nécessité que l'expert dispose du dossier pénal et des expertises antérieures. Le fait d'éviter les opinions extrêmes : certitudes de récidive ou certitude de non-récidive ».

Poursuivant sa pensée et dans la lignée de ses collègues, Dailliet [18] distingue l'expertise pré-sentencielle de celle effectuée en situation de pré-libération ou en cours de suivi socio-judiciaire. Il indique que ces deux dernières comportent un examen clinique minutieux interrogeant les points suivants, qui constituent les premiers critères de « base », tel que « le sujet en parle actuellement » :

- Le passage à l'acte et ses facteurs déterminants ou précipitants ;
- La victime et sa souffrance (en prenant garde aux propos de circonstances et de convenances) ;
- La détention, ses effets et son déroulement ;
- La peine, sa signification, son impact et l'usage qu'il en a fait ;
- Les suivis, soins et prises en charge depuis l'écrou et les vraies raisons de leur absence éventuelle ;
- Ses liens affectifs et leur évolution ;
- Son état mental à l'évocation de sa proche libération ;
- Ses projets de vie et de thérapie ;
- Son discours sur l'ensemble de la situation et de son évolution.

Une fois ces éléments relevés, il importe cependant pour l'expert de ne pas mal les interpréter. Aussi Dailliet invite-t-il à associer les éléments recueillis lors de cet examen clinique, afin de les croiser, avec les échelles actuarielles, évoquant à son tour les variables statiques et dynamiques. Il note toutefois que si ces dernières sont « moins puissantes en termes de prédiction absolue du risque, elles constituent des indicateurs utiles pour le soin d'une part, pour la gestion du risque d'autre part ». Il précise enfin que les facteurs associés au risque sont de deux ordres : ceux associés à l'antisocialité et ceux liés à des états cliniques particuliers. Pour conclure, il affirme et défend l'idée selon laquelle « cette obligation de présenter des critères de validité de sa réflexion et de construire ses conclusions sur les bases d'une réflexion solide à propos d'une expertise est non seulement une nécessité déontologique

dans un souci de bonne justice, mais plus encore un droit fondamental de l'expertisé lui-même ».

Dans son article de 2011, expertise post-sentencielle et évaluation du risque de récidive, Baratta [23] suit la même logique que Dailliet [18], mais en s'appuyant sur de nombreux travaux internationaux et en effectuant une revue de littérature de ces recherches à grande échelle visant par-là à identifier « des liens statistiques entre des facteurs cliniques et sociologiques et un risque de réitération d'un comportement violent ». Il reprecise tout d'abord le nouveau cadre d'intervention de l'expert psychiatre : « la loi du 17 juin 1998 a permis de développer une nouvelle forme d'expertise psychiatrique, dite expertise de pré-libération conditionnelle. La mission de l'expert n'est plus de répondre à une éventuelle abolition du discernement, le sujet ayant été déjà reconnu coupable et condamné. La question centrale est celle de l'évaluation de la dangerosité criminologique et du risque de récidive (...). Le psychiatre (...) doit alors s'attacher à chercher des éléments cliniques lui permettant d'évaluer un tel risque ».

Là où dans l'expertise pré-sentencielle, le psychiatre fondera sa mission entièrement sur une lecture clinique du passage à l'acte, la réalisation de l'expertise post-sentencielle ne pourra s'y réduire. Se pose donc la question des éléments objectifs permettant de présager d'une particulière dangerosité et susceptibles de conduire à l'indication d'une injonction de soins.

« La loi du 17 juin 1998 consacre leur réalisation [aux expertises post-sentencielles] à l'évaluation du risque de récidive et à l'indication d'une injonction de soins. A ce jour, cette évaluation est dans la grande majorité des cas uniquement clinique. Il s'agit bien entendu d'une condition indispensable mais pas suffisante. (...) La question n'est plus de rechercher une pathologie mentale pour déterminer le degré de responsabilité. Il s'agit d'éclairer un magistrat (le plus souvent un juge de l'application des peines) concernant un risque de récidive » [23]. Ainsi selon Baratta, l'évaluation clinique fait l'impasse sur de nombreux autres facteurs déterminants tels que la trajectoire professionnelle, la vie conjugale, les antécédents d'infractions sans et avec violence, le profil cognitif, de même que le profil victimologique. Aussi, si les éléments relevés par l'analyse clinique s'avèrent intéressants, ils demeurent sans valeur dans l'évaluation du risque de récidive.

Comme l'ont souligné d'autres avant lui [24, 25, 26], « l'évaluation de la dangerosité criminologique nécessite une méthodologie radicalement différente d'une expertise psychiatrique pré-sentencielle. Concernant l'estimation du risque de récidive, celle-ci doit être de type « semi-quantitative ». En effet, répondre qu'un risque de récidive existe ou n'existe pas est un non-sens ». C'est selon cette logique que Baratta [23] propose des éléments prédicteurs sexuels généraux, puis spécifiques aux auteurs d'agressions sexuelles sur enfants et enfin, sur adultes.

Tout d'abord, comme le montrent les travaux de Proulx et *al.* [27] et ceux de Quinsey et *al.* [28], les auteurs d'agressions sexuelles d'enfants ont un taux de récidive globalement inférieur à celui des auteurs d'agressions sexuelles de femmes ce qui n'est pas sans incidence sur la lecture du risque de récidive par les experts. Ensuite, Baratta relève que certains critères sont propres à ces deux types d'agresseurs tandis que d'autres sont réellement spécifiques à chacun de ces deux types. On notera ici que ces caractéristiques concernent des agresseurs de sexe masculin. Autrement dit, les critères mentionnés ne valent pas pour les femmes auteurs d'agressions à caractère sexuel.

D'un **point de vue général**, il rapporte donc que le premier facteur de risque est un délit sexuel antérieur. Le statut (connue, inconnue) et le sexe de la victime constituent

deux autres points capitaux dans l'évaluation du risque de récidive. Ainsi une victime inconnue, ou une victime de sexe masculin est un critère de mauvais pronostic ainsi que le montrent Hanson et Bussière en 1998 [29] à partir de leur étude qui porte sur plus de 30 000 sujets. D'un point de vue psychopathologique, un diagnostic de trouble de la personnalité référé aux deux grandes classifications constitue « un risque accru de récidive ». La présence de préoccupations sexuelles figure aussi comme un marqueur du risque de récidive selon le travail de Kafka [30] en 1997. Le recours élevé à la masturbation ainsi qu'à la pornographie, des rapports sexuels impersonnels et l'absence de partenaire intime constituent des éléments à prendre en compte dans l'évaluation. Baratta rappelle aussi que la méta-analyse de Hanson et Morton-Bourgon publiée en 2004 [31] révèle que la déviance sexuelle et l'orientation anti-sociale évaluée par l'échelle de psychopathie de Hare sont « les deux meilleurs marqueurs du risque de récidive sexuelle ». Enfin, « l'existence de troubles cognitifs à type de difficultés d'apprentissage de la lecture a également été identifiée comme un marqueur associé à la récidive sexuelle ».

S'agissant des **prédicteurs de la récidive chez les agresseurs sexuels d'enfants**, il convient tout d'abord de distinguer les agresseurs intrafamiliaux (passage à l'acte sur fille, nièce, cousine, fille adoptive etc.) qui ont un taux de récidive inférieur à celui des agresseurs extrafamiliaux. Comme indiqué d'un point de vue général, l'orientation hétérosexuelle ou homosexuelle de l'agresseur sera déterminante. Ainsi Abel et al. [32] montraient à partir d'une population de 377 sujets étudiés « que les pédophiles hétérosexuels avaient en moyenne 19,8 victimes par sujet. Le nombre de victimes moyennes pour les pédophiles homosexuels s'élevait à 150,2. En outre, le type de passage à l'acte est aussi un facteur important. Marshall et Barbaree [33] ont montré qu'il y a un risque accru quand les passages à l'acte sont généralisés (pénétration digitale, coït, sodomie). L'expert devra aussi s'attacher à rechercher « une identification affective avec des enfants (...). La tendance des sujets à avoir des enfants comme amis, un mode de vie centré sur les enfants, accompagné de conflits avec des partenaires adultes intimes sont des éléments sur-représentés chez les auteurs d'agression sexuelle extrafamiliaux récidivistes ».

L'auteur note que plusieurs facteurs de récidive de violence générale se retrouvent comme **prédicteurs chez les agresseurs sexuels de femmes adultes**. Dans cette catégorie de violence générale apparaissent la commission antérieure d'un acte violent, une orientation antisociale, une impulsivité, une difficulté à gérer ses émotions ainsi qu'une addiction à l'alcool premièrement, à d'autres toxiques secondairement. Une personnalité psychopathique ainsi qu'une instabilité socio-professionnelle favorisent aussi le risque de récidive. Il est possible pour les agresseurs sexuels de femme de retrouver ces différentes caractéristiques (niveau d'impulsivité pathologique, haut résultat (30 et plus) à l'échelle de psychopathie de Hare). Baratta précise que ce haut score s'il est corrélé à un risque de réitération de violence sexuelle n'est par contre pas lié à une récidive de viol. Il ajoute pour terminer cette catégorie que « les récidivistes ont commis plus de délits sexuels, plus de délits violents et de délits non violents (...). Un profil de type antisocial est donc corrélé à un risque accru de violence sexuelle dirigée contre des femmes adultes ultérieure » [23].

Enfin, Baratta [23] achève son article en présentant **les éléments qui ne constituent pas des prédicteurs** de la récidive sexuelle. Ce point apparaît fondamental car il permet justement d'éviter la sur-interprétation d'éléments par les psychiatres qui *a priori* font sens dans l'indication d'une injonction de soins mais qui statistiquement s'avèrent nuls. Ces constatations « sont issues de deux méta-analyses différentes :

celle de Hanson et Buissière [29] en 1998 (près de 30000 sujets étudiés) et celle de Hanson et Morton-Bourgon⁴³ [31] en 2004 (près de 4000 sujets étudiés). Il en ressort premièrement que le **déni**, la **minimisation** ou la **banalisation de l'acte criminel** ne sont pas des marqueurs prédictifs du risque de récidive. Deuxièmement, « un **manque de motivation [à s'inscrire dans une obligation de soins]** n'est pas lié statistiquement à un taux de récidive majoré ». Troisièmement, le **manque d'empathie envers la victime** ne constitue pas non plus un critère majorant le risque de récidive. Quatrièmement, la présence de **problématiques psychologiques** (troubles anxieux simples, troubles dépressifs, manque d'estime de soi, faille narcissique) n'a pas pu non plus être statistiquement rattachée à un risque accru de récidive, ce qui conduit Baratta à écrire : « une discussion psychopathologique s'attachant à décrire la présence d'une « faille narcissique » par exemple n'apportera rien au questionnement du magistrat requérant concernant la dangerosité criminologique du sujet expertisé » [23]. Enfin, « la gravité des lésions ou blessures occasionnées à l'occasion de l'agression (physique ou sexuelle) n'est pas en soi un élément déterminant d'un plus grand risque de récidive » [23].

Concernant la question du déni ou de la minimisation, Coutanceau [35] en 2002 indiquait cependant sans préciser de fondement scientifique à son propos, que « l'accessibilité au suivi suppose un minimum de reconnaissance quant aux faits » Et de distinguer différents degrés de reconnaissance ne conduisant pas selon lui à la même indication quant au suivi : « On peut distinguer une reconnaissance totale ; une reconnaissance partielle, une reconnaissance indirecte ou implicite (...) ; une négation banalisante (...) ; une négation sthénique (...) ; une négation perverse (...). Seules les trois premières positions relèvent d'emblée d'un suivi médico-psychologique. (...) Toutefois, un groupe de parole est envisageable pour les sujets négateurs, dans un cadre médical ou psychocriminologique ». Et, il ajoute enfin ce commentaire au sujet des différences de positionnement où intervient la subjectivité des experts, relative au degré de reconnaissance des faits en lien avec une indication de suivi ou non : « en ce qui concerne l'accessibilité au suivi, le repérage des experts sera variable, avec un positionnement minimal pour certains (nécessité de la reconnaissance au moins partielle des faits), et un regard plus exigeant d'autres experts (reconnaissance au moins partielle des faits, adhésion authentique minimale au principe de suivi, amorce d'autocritique) ». Pour éviter cette subjectivité et instaurer des critères cliniques plus assis, Bernier [36] rappelait en 1999 à partir du travail de Barbaree [37] mené en 1991, que « 54 % des violeurs et 66 % des pédophiles d'une population d'agresseurs sexuels incarcérés nient leur délit. Marshall [38] rapporte des taux de 25 % (négation) et 32 % (minimisation) parmi ses 81 clients incarcérés. Aubut et McKibben [39] notèrent que 25 % de l'ensemble des agresseurs sexuels incarcérés dans les pénitenciers québécois niaient leur délit ». Il invitait donc au développement de critères « plus objectifs d'inclusion et d'exclusion du traitement » entendant par-là la nécessité de se doter d'un instrument de mesure du déni et de la minimisation. L'objectif de cet outil est selon Bernier triple. Il s'agit de « fournir des critères minimaux d'inclusion dans le traitement en deçà desquels le client est

43. On notera que Chudzik et Réveillère [34] ont tenu à relativiser les résultats de ces deux travaux de Hanson : « Certains auteurs ont pointé que les études de Hanson ne comprenaient qu'un très faible nombre de personnes présentant un déni complet des faits et que ce que les auteurs appelaient déni pouvait recouvrir différents degrés de minimisations (...). Ainsi, et là encore de façon contre-intuitive, le déni peut être un indicateur de risque de récidive pour les personnes présentant un faible risque de récidive et dont la victime est intrafamiliale (inceste). Pour les personnes présentant un risque de récidive élevé, les personnes déniaient les faits ont un taux de récidive moins élevés que ceux qui les reconnaissent ». Ainsi, pour ces deux auteurs, le lien entre déni et récidive n'existerait que dans des formes particulières d'agressions sexuelles.

plutôt intégré à un groupe pré-thérapeutique de travail sur le déni et la minimisation », de « fournir un outil de mesure de l'impact des interventions » sur le déni et la minimisation, et enfin d'identifier des profils de déni et de minimisation chez les agresseurs sexuels [36]. En ce sens, il présente une grille de déni et de la minimisation développée à l'Institut Pinel de Montréal par McKibben, Aubut et Dassylva en 1995 [40]. Celle-ci comprend quatre sous-échelles réparties ainsi : 1. Les faits relatifs au délit ; 2. la responsabilité par rapport au délit, 3. Les conséquences sur la victime, 4. les problèmes dans leur vie.

McKibben en 1999 [41] précise cette échelle en indiquant les ressorts du déni et de la minimisation et en différenciant les dénis et minimisations à étiologie psychologique, ceux à étiologie sociale et enfin ceux à provocation ou défi. Il importe donc pour ces auteurs de montrer que le déni ou la minimisation sont des défenses complexes, évolutives et qu'elles ne peuvent sans formalisation constituer un critère de contre-indication au soin. En 2014, Vanderstukken et Pham reviennent avec deux articles sur cette notion de déni [42, 43], étant donnée l'importance qui lui est accordée dans la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles. Ils se penchent tout d'abord sur les distinctions entre conceptions anglophones et françaises susceptibles de mener à des confusions. Ils montrent ensuite que deux écoles se distinguent quant à leur manière de concevoir le déni. L'une, plus ancienne, estime que la reconnaissance des faits, même partielle ou implicite, est une condition *sine qua non* à la mise en place d'un traitement et au succès de ce dernier. L'autre approche ne fait plus de la reconnaissance un pré-requis au traitement. L'accent est mis sur l'investissement dans le suivi. Ainsi, « contrairement à la première école percevant le déni comme un frein majeur à la prise en charge, et amenant à des méthodes de confrontation directe qui mettent à mal l'alliance « thérapeutique » », la deuxième appréhendera le déni comme un facteur de protection n'apparaissant pas comme un obstacle au traitement [43]. Les auteurs reviennent alors sur la position de la conférence de consensus de 2001, confirmée par l'audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale recommandant en effet de considérer le déni comme une contre-indication à l'injonction de soins : « cette position pourrait sembler contradictoire avec l'ensemble des théories présentées, percevant le déni comme dynamique (qu'il soit considéré comme conscient ou inconscient) » [43]. Ces auteurs préconisent ainsi de développer des outils d'évaluation du déni.

Gautron et *al.* sont revenus en 2017 [44] sur ces questions dans leur recherche de niveau 4, menée pour la Mission de Recherche Droit et Justice. Ils y ont étudié 99 affaires sur un territoire français donné, comprenant 229 expertises (127 pré-sentencielles, 91 de pré-libération et 11 en milieu ouvert). En complément de l'étude de ce matériau, ils ont réalisé une trentaine d'entretiens de type ethnographique auprès de 7 magistrats (3 juges de l'application des peines, 2 magistrats du siège et 2 du parquet), 11 conseillers et un directeur du service pénitentiaire d'insertion et de probation, 6 psychiatres, dont deux étaient médecins coordonnateurs et deux étaient experts, et enfin 6 psychologues dont deux étaient aussi experts. Les auteurs de cette recherche reprennent les éléments clés de ce débat entre évaluations non structurées ou semi-structurées d'un côté et échelles actuarielles de l'autre. Ils montrent que « Si tous les professionnels interrogés, quel que soit leur statut, ne ménagent pas leurs critiques à l'encontre de certaines pratiques expertales, la très grande majorité demeure à ce jour relativement, mais relativement seulement, imperméables aux injonctions visant l'objectivation des risques de récidive. La proposition d'intégrer dans leurs pratiques les instruments d'évaluation valorisés Outre-Atlantique ne rencontre

pas une franche adhésion, du moins concernant les échelles scorées ». En effet, il ressort de leur étude comme de la littérature critique, que les experts auraient tendance à sous évaluer « les éléments de nature sociodémographiques, environnementaux ou relevant de l'histoire du sujet, à l'exception de ceux concernant les violences antérieurement commises ».

Dans le détail de ces différents critères relatifs à la dangerosité et au risque de récidive, Gautron et *al.* montrent ainsi que « lorsque les experts psychiatres excluent un risque de récidive ou une dangerosité autre que psychiatrique, la proportion d'avis favorables à une injonction de soins est moindre (35,7 % des dossiers contre 81,3 % au minimum en cas de risques relevés). Dans cette hypothèse, les experts recommandent néanmoins des soins sans en préciser le type dans 64,3 % des cas. Plus les risques sont jugés importants, plus la recommandation d'une injonction est fréquente (55,6 % en cas de dangerosité ou de risque faible, 81,3 % en cas de risque sans précision de degré, 100 % en cas de risque élevé ou très élevé). En cas de dangerosité psychiatrique, cette recommandation fut systématique. Au-delà, le critère de la dangerosité constitue pour les acteurs judiciaires la principale indication justifiant le prononcé d'une injonction ». Cependant, ces auteurs précisent aussi qu'identifier « les critères d'évaluation que les experts mobilisent est une opération plus que complexe. En entretien, ils sont généralement restés évasifs sur le sujet, même lorsque nous les relançons après une question très ouverte, en suggérant des critères qu'ils n'avaient pas spontanément cités. Quant à l'interprétation des rapports d'expertise, leurs conclusions n'intègrent pas toujours les éléments d'appréciation spécifiquement pris en compte pour évaluer la dangerosité, *a minima* ceux qu'ils jugent utiles de formuler. Nombre d'entre eux se contentent de renvoyer à « l'ensemble des éléments cliniques », voire à l'ensemble des éléments évoqués dans l'expertise, aux « traits de personnalité » ou au « profil psychologique » décrits dans l'ensemble du rapport. De sorte que malgré la pluralité d'expertises dans la grande majorité des dossiers, nous avons été incapables d'identifier le moindre critère d'évaluation dans 7,3 % de ceux qui en comprenaient au moins une. En outre, il n'est pas toujours possible de déterminer si des caractéristiques comme, par exemple, le positionnement par rapport aux faits, aux victimes ou encore tel ou tel trait de personnalité, sont invoqués uniquement pour identifier des troubles psychiques, évaluer le risque de récidive ou bien les deux ».

Dans l'échantillon de leur étude, les experts mobiliseraient donc des facteurs de risque, dans une moindre mesure des facteurs de protection, sans pour autant avoir recours de manière claire aux échelles actuarielles. Ils se réfèrent donc à des critères, synthétisés dans le tableau suivant, sans pour autant quantifier leurs conclusions :

	Effectifs	Fréquence
Troubles psychiatriques et traits de personnalité	56	58,3%
Nature des faits, positionnement par rapport aux faits et au système pénal	45	46,9%
Antécédents judiciaires	26	27,1%
Consommation de drogue/alcool	25	26,0%
Intelligence, capacités de réflexion, d'introspection, d'autocritique sur le fonctionnement psychique	20	20,8%
Investissement dans les soins	19	19,8%
Environnement familial, affectif et social	14	14,6%
Histoire familiale et personnelle	6	6,3%
Éléments contextuels et situationnels	3	3,1%

Critères d'évaluation des risques mentionnés dans les expertises [44]

Les auteurs précisent en outre que ces données « ne nous informent que partiellement sur la variété des facteurs qu'ils prennent réellement en considération, certains pouvant être passés sous silence dans leur rapport écrit. Il est par ailleurs impossible de hiérarchiser leur importance, faute de disposer d'effectifs suffisants pour procéder à des analyses multivariées ». Cependant, les données fournies par leur étude révèlent que parmi ces critères, la nature des faits et les caractéristiques des victimes interviennent relativement peu dans l'évaluation des risques. A l'inverse, les antécédents judiciaires constituent vraisemblablement un élément-clé dans l'évaluation : « À tous les stades du processus pénal, la présence d'antécédents judiciaires oriente beaucoup plus sensiblement les résultats de l'évaluation expertale, ou du moins génère un discours plus tranché, le degré d'assurance des experts évoluant selon le nombre de condamnations antérieures. Dans 27,1 % des dossiers, le passé pénal intervient formellement au titre des facteurs justifiant l'évaluation. (...) L'absence de casier donne au contraire plus fréquemment lieu à des exclusions de risque ou se traduit par la mention de risques faibles ». De la même manière que les antécédents, la présence d'alcool et/ou de drogue augmente la présence d'un risque dans l'évaluation.

Par ailleurs, concernant les troubles psychiques, le rapport fait ressortir que « dans près de six dossiers sur dix (58 %), ce sont des justifications reliées aux troubles psychopathologiques et aux traits de personnalité du condamné qui apparaissent dans l'argumentation des experts ». Il reste que la psychose prend une place particulière dans cette catégorie de critères d'évaluation où « il n'y a guère d'écarts selon les types de troubles identifiés par les experts, à l'exception des psychotiques, systématiquement jugés à risque, surtout dans l'hypothèse d'une interruption du traitement, et de ceux qualifiés de névrotiques, pour lesquels les experts ont au contraire moins souvent retenu une dangerosité. S'agissant de ces derniers, des risques ont bien plus souvent été exclus ou qualifiés de faibles qu'ils n'ont été présentés comme élevés ou très élevés. En revanche, il n'y a pas de différences significatives entre les autres pathologies ou troubles de la personnalité. Ceux dont le discernement a été considéré comme altéré n'ont pas été présentés comme plus dangereux par les experts psychiatres au stade pré-sentenciel. Comme en ce qui concerne la nature des faits, ces catégories médicales apparaissent cependant nettement plus discriminantes en phase post-sentencielle. Les experts saisis après la condamnation ont en effet plus souvent retenu des risques de récidive (autre que faibles) au sujet des « pervers » (89,5 %) que des « psychopathes » (62,5 %), des « pédophiles » (57,1 %) et des psychotiques (50 %) ». Cependant, là où tous les experts ont indiqué une injonction de soins pour les personnes diagnostiquées psychotiques, les soignants, particulièrement en détention, estiment qu'il s'agit d'une contre-indication, dans la mesure où le dispositif de l'injonction de soins tendrait alors à criminaliser la pathologie mentale.

S'agissant des données sociodémographiques, l'enquête montre qu'elles sont moins explicitement sollicitées dans l'évaluation de la récidive. Le contexte d'environnement affectif et familial constituerait davantage un facteur protecteur, et, « ce sont les dangers d'un isolement familial et social et le désœuvrement en l'absence d'emploi qui sont généralement pointés comme facteurs de risque, parfois le fait de réintégrer un environnement social peu favorable à la réinsertion. L'insertion professionnelle et la vie de couple ne sont cependant pas toujours perçus comme la source directe d'une potentielle récidive, mais plutôt comme des vecteurs indirects en lien avec la reprise des conduites d'alcoolisation ».

Cela conduit les auteurs à conclure qu'en définitive, « les conditions sociales de la réinsertion occupent une place très relative dans le processus d'évaluation des experts. Certes, tous retracent la biographie sociale, familiale et scolaire des condamnés dans leurs anamnèses, mais celle-ci sert le plus souvent une démonstration purement diagnostique, médicale et psychologique ». Malgré tout, les auteurs rappellent que dans un contexte de climat sécurisant où ces questions sont à la fois politisées et médiatisées, les experts se trouvent d'autant plus responsabilisés en cas de récidive. Partant de la fréquence des indications d'un risque au sein des expertises étudiées, les auteurs font l'hypothèse d'une surévaluation de la dangerosité.

Enfin, l'enquête prend en compte, à l'instar des travaux mentionnés précédemment, la question du déni ou de la reconnaissance des faits ainsi que la prise en compte de la victime. Ils font cependant ressortir qu'il n'est pas évident « d'identifier l'incidence de la reconnaissance des faits et de l'éprouvé du condamné face à ceux-ci et aux victimes. Il en est presque systématiquement question dans les expertises, mais ces éléments d'appréciation servent autant, sinon davantage, l'analyse diagnostique que la seule évaluation des risques ». Il reste que « dans plus d'un tiers des dossiers comprenant des expertises (37,5 %), un ou plusieurs experts ont explicitement appuyé leur évaluation du risque sur des arguments en lien avec le ressenti de l'auteur quant aux faits, ses réactions face à la sanction judiciaire, les réflexions engagées par celui-ci sur le passage à l'acte et sur les souffrances des victimes ». Et plus précisément, « le discours du condamné sur la réalité des faits et leur gravité (déni, reconnaissance partielle ou totale, tendance à les minimiser ou à se déresponsabiliser, etc.) fonde effectivement le pronostic dans 15,6 % des dossiers, l'éprouvé ou non d'un sentiment de culpabilité dans 22,2 % des cas, l'empathie envers la victime dans 4,2 % des cas. Une fois sur six (16,7 %), c'est l'insuffisance perçue des affects (sentiment de culpabilité, d'empathie envers la victime) qui justifie la reconnaissance d'une dangerosité ou de risques de récidive ». A l'inverse, le remords et la honte seront considérés comme des facteurs de protection, à la condition qu'ils soient analysés comme authentiques par l'expert.

Par ailleurs, la recherche de Gautron et *al.* évoque aussi les critères d'exclusion de l'injonction de soins, indiquant que dans leur recherche, « les experts émettent rarement un avis défavorable au prononcé de l'injonction. On en trouve trace dans 12 % des dossiers. Dans huit de ces douze dossiers, l'absence de demande ou d'accessibilité au soin justifie l'exclusion de l'injonction ». Les auteurs notent qu'il subsiste des divergences qui tournent autour de cinq thématiques : l'absence de maladie mentale ou de déviance sexuelle, la présence d'une négation des faits, d'une perversion sexuelle, de déficience mentale et, comme déjà mentionnée, la présence de troubles psychotiques. De la même manière que l'exclusion de l'injonction de soins est peu prononcée, il ressort de cette dernière étude que la levée fait l'objet de rares demandes, apparaissant même pour certains, improbable [44].

Levée de l'injonction de soins

Pourtant, le législateur a prévu la levée du suivi socio-judiciaire ou d'une partie des obligations comprises dans ce dernier. Ainsi la loi n° 2010-242 du 10 mars 2010, dans son chapitre portant sur les dispositions relatives à l'injonction de soins et à la surveillance judiciaire, il est indiqué que « toute personne condamnée à un suivi socio-judiciaire peut demander à la juridiction qui a prononcé la condamnation ou, en cas de pluralité de condamnations, à la dernière juridiction qui a statué de la relever de

cette mesure. Si la condamnation a été prononcée par une cour d'assises, la juridiction compétente pour statuer sur la demande est la chambre de l'instruction dans le ressort de laquelle la cour d'assises a son siège.

La demande ne peut être portée devant la juridiction compétente qu'à l'issue d'un délai d'un an à compter de la décision de condamnation. En cas de refus opposé à cette première demande, une autre demande ne peut être présentée qu'une année après cette décision de refus. Il en est de même, éventuellement, des demandes ultérieures.

La demande de relèvement est adressée au juge de l'application des peines, qui ordonne une expertise médicale et la transmet à la juridiction compétente avec les conclusions de l'expert ainsi que son avis motivé.

L'expertise est réalisée par deux experts en cas de condamnation pour meurtre ou assassinat d'un mineur précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie.

La juridiction statue dans les conditions prévues par les troisième, quatrième et cinquième alinéas de l'article 703.

La juridiction peut décider de relever le condamné d'une partie seulement de ses obligations.

Après avis du procureur de la République, le juge de l'application des peines peut, après audition du condamné et avis du médecin coordonnateur, décider selon les modalités prévues par l'article 712-8 de mettre fin de manière anticipée au suivi socio-judiciaire comportant une injonction de soins, sans qu'il soit nécessaire de saisir la juridiction de jugement, dès lors qu'il apparaît que le reclassement du condamné est acquis et qu'un traitement n'est plus nécessaire. Le juge peut également décider de ne relever le condamné que d'une partie de ses obligations parmi lesquelles, le cas échéant, l'injonction de soins ».

La littérature ne fait pas ressortir d'éléments sur cette question, peu, voire pas, abordée par les auteurs. Cependant, on peut supposer qu'une expertise cherchant à évaluer la possible levée de l'injonction de soins soulèvera de nouvelles questions en matière de critères d'évaluation. En effet, elle aura à utiliser, si elle s'y réfère, des échelles actuarielles dynamiques, dans la mesure où les échelles statiques, fondées sur le passif et les antécédents, ne feraient probablement que ressortir le même risque que celui initialement évalué.

Conclusion

On perçoit donc chez les auteurs précédemment cités l'attention accrue portée aux travaux nord-américains et au développement de critères fondés sur des méthodologies actuarielles. Néanmoins, l'utilisation de telles échelles reste controversée et discutée, notamment en France, pour leurs limites méthodologiques, cliniques et parfois éthiques [44, 45]. Il reste que, comme le notent Voyer et Senon en 2012 [46], bien que critiquées, ces échelles « sont utilisées dans les pays anglo-saxons notamment pour « fixer les peines ou autoriser les libérations conditionnelles ». Les cliniciens auraient en France davantage recours aux outils semi-structurés, qui croisés avec l'évaluation clinique procurent une moindre fiabilité prédictive « mais semble plus pertinente pour adapter une prise en charge et juger de son efficacité ». C'est ce que soulignait déjà l'audition publique de 2007 sur l'expertise psychiatrique pénale [7], rapportant les débats entre approche actuarielle et semi-structurée, elle précisait : « Le débat fait rage

dans la littérature sur l'apport comparé de ces deux types d'instruments, les instruments purement actuariels étant généralement considérés comme ayant une meilleure validité prédictive que les jugements cliniques semi-structurés. Ces derniers sont, en revanche, plus adaptés à la démarche clinique... ». Et d'ajouter, « il convient, pour l'utilisation de ces outils, de tenir compte de l'existence ou non de travaux de validation de leur version française. La commission d'audition prenant en compte le caractère encore expérimental de nombre d'instruments anglo-saxons et le fait que les versions françaises ne sont souvent pas encore validées, recommande une grande prudence quant à l'utilisation de tels outils qui ne devraient être utilisés que par des professionnels de santé confrontant les résultats à ceux de l'évaluation clinique ». L'audition publique recommandait ainsi de ne pas seulement identifier et mettre en exergue, ni de fournir un score obtenu à partir d'une échelle pour en faire une donnée immuable. Elle préconisait bien plutôt de « restituer une image la plus fidèle possible de la compréhension de ce qui se joue sur la scène de la violence intime du sujet, en mettant en perspective autant son histoire, sa vulnérabilité clinique, les authentiques possibilités thérapeutiques ou existentielles que sa capacité à identifier ses propres facteurs de risque » [7]. Comme l'ont montré Voyer et Senon [46], certaines échelles (Statique-99, VRAG, HCR-20, *Sex offender risk appraisal guide*) ont été traduites, voire validées en langue française. Si elles ne permettent pas de résoudre le débat entre tenants de l'approche actuarielle et partisans d'une clinique semi-structurée, elles rendent néanmoins possible la prise en compte de critères jusque-là possiblement ignorés.

Il ressort de cette étude concernant les échelles actuarielles, que les professionnels, même les plus convaincus de leur fiabilité, « s'accordent à cantonner leur intérêt à une sorte de « *check-list* ». Il s'agirait au mieux d'un « aide-mémoire » recensant des éléments de connaissance, les champs à investiguer et les informations à récolter. Ces échelles pourraient accompagner, enrichir et conforter le jugement professionnel, mais ne devraient jamais s'y substituer » [44]. C'est aussi en ce sens que se développent des échelles de troisième ou quatrième génération, incluant des facteurs plus qualitatifs, des facteurs de protection, mais aussi et surtout davantage de marge d'interprétation pour les experts y ayant recours. En 2015, un numéro de la revue *Pratiques psychologiques* portait sur cette thématique de l'évaluation du risque de la récidive et de ces méthodes. S'y pose notamment pour Guay et Lafortune [47] la question de l'implantation de ces méthodes en France et des conditions de cette implantation reconnaissant que « ces programmes, développés principalement au Canada, nécessitent toutefois de faire l'objet d'une adaptation au contexte français ». Il ne s'agit pas tant ici de s'attarder sur cette question de l'importation d'outils mais plutôt sur les critères relevés par ces outils. Dans ce cadre bien précis, Guay, Benbouriche et Parent [48] mettent en avant l'intérêt du modèle Risque-Besoins-Réceptivité (R-B-R) dans lequel la *Risque* suppose que la prise en charge soit proportionnelle et adaptée au risque évalué, le *Besoin* attend que soient pris en compte les facteurs de risque en lien avec l'infraction commise, et la *Réceptivité* comprend la manière dont les prises en charge sont développées. Ce modèle « constitue le modèle d'intervention le plus probant en matière de prévention de la récidive. Développé à partir des années 1980 et présenté pour la première fois en 1990 (...), le modèle R-B-R a montré son efficacité pour prévenir la récidive générale (...), la récidive violente (...), la récidive sexuelle (...), et tend également à s'avérer probant auprès d'une population de PPSMJ présentant une problématique de santé mentale » [49].

Sans reprendre ici l'histoire de ces méthodes, il convient de mentionner plus en détail les critères pris en compte dans ces méthodes. Guay et al. [48] distinguent d'un

côté les évaluations cliniques non structurées, les évaluations fondées sur le jugement professionnel structuré, les évaluations de type actuariel et les évaluations intégrées. Relativement aux méthodes actuarielles et aux facteurs de risque statiques et dynamiques, ils présentent tout d'abord les meilleurs prédicteurs regroupés en huit grands domaines, le *big four*, incluant « l'historique infractionnel et les antécédents judiciaires les traits de personnalité antisociale, les attitudes antisociales et la fréquentation de pairs délinquants » et le *moderate four*, prenant en compte les relations familiales et de couple, les problèmes relatifs à l'éducation et à l'emploi, les loisirs et les activités récréatives et enfin les consommations de drogues ou d'alcool. Puis ils développent le modèle intégré LS/CMI, (*Level of service inventory/Case management inventory*), autrement appelé « l'inventaire de niveau de service et de gestion des cas » aussi mentionné par Gautron et *al.* [44] et considéré par Guay et *al.* comme « celui qui a fait l'objet de la plus grande mise à l'épreuve empirique ». Cet outil est coté après lecture attentive du dossier assortie d'un ou deux entretiens semi-structurés. L'échelle comporte 11 sections. La première comprend 43 items et porte sur les huit grands domaines liés au risque de récidive et évoqués précédemment. Mais à côté de ces facteurs de risque, l'échelle prévoit aussi de « consigner les forces des personnes, soit des domaines qui procurent une certaine protection contre la récidive ».

La deuxième section est consacrée aux caractéristiques personnelles de l'individu, susceptibles d'être indicatrices de « besoins criminogènes spécifiques ». C'est aussi dans cette section que seront pris en considération les antécédents judiciaires. La troisième section permet de renseigner les antécédents relatifs aux incarcérations. Le recueil d'informations concernant les besoins non criminogènes sera l'objet de la quatrième section, incluant les problèmes de santé, d'hébergement, ainsi que les épisodes de victimisations antérieures. La cinquième section est quant à elle consacrée à la réceptivité spécifique, c'est-à-dire de notifier les obstacles à la mise en place d'une prise en charge et les caractéristiques personnelles à prendre en compte dans l'accompagnement. La sixième étape consiste à se positionner sur la question du risque, soit en maintenant les résultats obtenus soit en les revoyant à la hausse ou à la baisse, tandis que la septième produit une représentation graphique de l'évaluation réalisée. C'est donc sur cette section, notent les auteurs que le programme de prise en charge va s'appuyer. La huitième section est la synthèse écrite de l'ensemble des données assortie des décisions et recommandations des professionnels. Les trois dernières sections portent plus directement sur la mise en place des suivis.

Guay et *al.* rappellent que les méthodes et outils d'évaluation se sont multipliés ces dernières décennies et qu'il en existe donc une multitude, certains étant fondés sur des données empiriques fiables, d'autres moins. Ces modèles, ainsi que le précisent ces auteurs, ne peuvent être utilisés sans connaissance des données actuelles sur la récidive et sans adaptation au contexte français.

Cette revue de littérature permet aussi de constater l'absence de travaux autour de la levée de l'injonction de soins, pourtant prévue par la loi.

Résumé

Si l'on veut à présent résumer l'ensemble de ces données, il apparaît pour l'ensemble des auteurs cités que la loi du 17 juin 1998 a considérablement modifié la pratique de l'expert psychiatre. Si l'expertise pré-sentencielle demeure peu ou prou identique à celles pour lesquelles il était jusque-là mandaté, l'expertise post-sentencielle vient solliciter d'autres méthodes et d'autres outils d'évaluation. Là où dans la première, il est

attendu que l'expert se prononce prudemment sur l'opportunité ou non d'une injonction de soins, dans la seconde des éléments prédictifs sur lesquels le magistrat pourra s'appuyer pour statuer sont souhaités. S'agissant des critères, il est possible de relever que si de nombreux auteurs francophones soulignent la nécessité d'une rigueur, de critères objectivés, peu de travaux francophones le font. Ceux qui le font s'appuient sur des travaux essentiellement nord-américains ayant développé des analyses actuelles dont certains pointent les limites méthodologiques et cliniques. Certaines de ces échelles n'ont par ailleurs pas fait l'objet de traduction et/ou de validation en France.

Bibliographie

1. Rapport d'information N° 4421 de M. Étienne Blanc déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République, en conclusion des travaux d'une mission d'information relative à l'exécution des décisions de justice pénale: le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel [Internet]. [cité 6 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i4421.asp>
2. Villon JM. L'expert prescripteur. *Information Psychiatrique*. 2001;vol 77 n°5:4537.
3. Guide de l'injonction de soins. | Base documentaire | BDSP [Internet]. [cité 5 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/404397/>
4. Fédération française de Psychiatrie. Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle: conférence de consensus, 22-23 novembre 2001, Paris, Hôpital de la Salpêtrière. John Libbey Eurotext; 2001. 600 p.
5. Boutet G. Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle (22 et 23 novembre 2001). *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 1 déc 2002;30:100513.
6. Conférence de consensus : Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 mai 2002;160(4):33748.
7. Fédération française de psychiatrie. Expertise psychiatrique pénale. Audition publique. 25-26 janvier 2007.
8. Ministère de la Justice et ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, Rapport de la commission présidée par Jean-François Burgelin. Santé, justice et dangers: prévention de la récidive. Juillet 2005.
9. Senon J-L, Manzanera C. Réflexion sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale. *Annales Médico-psychologiques*. 1 déc 2006;164:81827.
10. Code pénal | Legifrance [Internet]. [cité 6 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGI-TEXT000006070719>
11. Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soins - IGAS - Inspection générale des affaires sociales. 2011. [Internet]. [cité 6 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article176>
12. Spriet H, Abondo M, Naudet F, Bouvet R, LE Cueur M. L'indication d'injonction de soins repose-t-elle sur un diagnostic médical ? *L'Encéphale*. 2014;4 vol 40:295300.
13. Hodgins S, Mednick SA, Brennan PA, Schulsinger F, Engberg M. Mental disorder and crime. Evidence from a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*. juin 1996;53(6):48996.
14. Haute Autorité de Santé - Dangers de psychiatrie : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur [Internet]. [cité 5 avr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1069220/fr/dangerosite-psychiatrique-etude-et-evaluation-des-facteurs-de-risque-de-violence-hetero-agressive-chez-les-personnes-ayant-des-troubles-schizophreniques-ou-des-troubles-de-l-humeur
15. Ababei C, Trémine T. Les troubles graves de la personnalité : « gravité » psychiatrique, juridique ou sociale ? *L'information psychiatrique*. 2011;87(6):505.
16. Tesson J, Cordier B, Thibaut F. Loi du 17 juin 1998 : bilan de l'expérience des médecins coordonnateurs de Haute Normandie. *L'Encéphale*. 2012;2 vol 38:13340.
17. Fernandez F, Lézé S, Strauss H. Comment évaluer une personne ? L'expertise judiciaire et ses usages moraux, Summary. *Cahiers internationaux de sociologie*. 2010;(128129):177204.
18. Dailliet A. Approche expertale évolutive et comparative : un point de vue de défense sociale ? *L'information psychiatrique*. 2008; 84(1):359.

19. Halleguen O, Baratta A. L'injonction de soins. À propos d'une étude réalisée sur les régions Alsace et Lorraine. *L'Encéphale*. 1 févr 2014;40:42-47.
20. Couhet G, Rocquigny H de, Verdoux H. Soins pénalement ordonnés : étude des pratiques des psychiatres de la Gironde. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2012;8 vol 170:56972.
21. Zagury D. Vérité et Croissance : « l'injonction de soins ». *Champ Psychosomatique*. 2000;n°18:95106.
22. Zagury D. Place et évolution de la fonction de l'expertise psychiatrique. *Psychopathologie et Traitements Actuels des Auteurs d'Aggression Sexuelle*. Paris, John Libbey Eurotext ; 2001.
23. Baratta A. Expertise post-sentencielle et évaluation du risque de récidive. *L'information psychiatrique*. 2011;87(8):65762.
24. Archer E. Expertise psychiatrique de pré-litigation. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2006;vol 164(10):857-863.
25. Senon J-L, Voyer M, Paillard C, Jaafari N. Dangerosité criminologique : données contextuelles, enjeux cliniques et experts. *L'information psychiatrique*. 2009; 85(8):71925.
26. Bénézech M, Pham TH, Le Bihan P. Les nouvelles dispositions concernant les criminels malades mentaux dans la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental : une nécessaire évaluation du risque criminel. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 févr 2009;167(1):3950.
27. Proulx J, Pellerin B, Paradis Y, et al. Static and dynamic predictors of recidivism in sexual aggressors. *Sexual abuse. Journal of research and treatment* 1997;9:7-27.
28. Quinsey VL, Rice ME, Harris GT. Actuarial prediction of sexual recidivism. *Journal of interpersonal violence* 1995; 10: 85-105
29. Hanson, R. K., Bussière, M. T. Les prédicteurs de la récidive chez les délinquants sexuels: une méta-analyse. *Solliciteur général Canada, Secrétariat du Ministère*.1996. 50 p.
30. Kafka MP. Hypersexual Desire in Males: An Operational Definition and Clinical Implications for Males with Paraphilias and Paraphilia-Related Disorders. *Arch Sex Behav*. 1 oct 1997;26(5):50526.
31. Hanson RK, Bussière MT. Predicting relapse: a meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *J Consult Clin Psychol*. avr 1998;66(2):34862.
32. Abel GC, Becker JV, Mittelman M, Cunningham-Rathner J, Rouleau JL, Murphy WD. Self-Reported Sex Crimes of Nonincarcerated Paraphiliacs. *J Interpers Violence*. 1 mars 1987;2(1):325.
33. Marshall WL, Barbaree HE. The long-term evaluation of a behavioral treatment program for child molesters. *Behav Res Ther*. 1988;26(6):499511.
34. Chudzik L, Reveillere C. Déni complet des faits : une perspective interpersonnelle. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 août 2013;171:4903.
35. Coutanceau R. Les délinquants sexuels. *Santé mentale*. 2002;64:18-21.
26. Bernier L. Le travail des résistances auprès d'abuseurs sexuels intrafamiliaux en milieu pénitentiaire. *Forensic : revue de psychiatrie légale*. 1999;21:102.
37. Barbaree HE. Denial and minimization among sex offenders: Assessment and treatment outcome. In: *Forum on corrections Research*. 1991:30-33.
38. Marshall W. L. Treatment effects on denial and minimization in incarcerated sex offenders. *Behaviour Research and Therapy*. 1994;32(5):559-64.
39. Aubut J, McKibben A. La prise en charge des délinquants sexuels incarcérés dans les établissements du Service Correctionnel Canadien (scc), région Québec: L'analyse du problème, l'ordre des priorités. *Rapport remis au ministère du Solliciteur général du Canada*. 1985
40. McKibben A, Aubut J, Dassyva B. *Document de travail interne*. Institut Philippe Pinel de Montréal. 1995.
41. McKibben A. Le déni et la minimisation chez les agresseurs sexuels. *Forensic : revue de psychiatrie légale*. 1999;21:135.
42. Vanderstukken O, Pham T. Déni chez les auteurs d'agression sexuelle: perspectives théoriques et typologiques. *AJ Penal*. juin 2014;288-92.
43. Vanderstukken O, Pham T. Déni ou reconnaissance des faits chez les auteurs d'agression sexuelle : traitements et récidive en question. *AJ Pénal*. 1 janv 2014;3415.
44. Gautron V, Grunvald S, Retière J-N, Dubourg E, Trémeau C. (Se) soigner sous la contrainte : une étude du dispositif de l'injonction de soin. *Rapport final*. Mission de recherche Droit et Justice. Juin 2017;473 p.
45. Gautron V, Dubourg É. La rationalisation des outils et méthodes d'évaluation : de l'approche clinique au jugement actuariel. *Criminocorpus Revue d'Histoire de la justice, des crimes et des peines* [Internet]. 26 janv 2015 [cité 6 avr 2018];

Disponible sur: <http://journals.openedition.org/criminocorpus/2916>

46. Voyer M, Senon J-L. Présentation comparative des outils d'évaluation du risque de violence. *L'information psychiatrique*. 15 nov 2012;88(6):445-53.

47. Guay J-P, Lafortune D. L'évaluation du risque de récidive et l'intervention basée sur les données probantes : les conditions nécessaires à l'implantation de méthodes structurées d'évaluation et d'intervention efficaces.

Pratiques Psychologiques. 2015;21(3):293-303.

48. Guay J-P, Benbouriche M, Parent G. L'évaluation structurée du risque de récidive des personnes placées sous main de justice : méthodes et enjeux. *Pratiques Psychologiques*. 2015;vol 21(3):235-57.

49. Benbouriche M, Vanderstukken O, Guay J-P. Les principes d'une prévention de la récidive efficace : le modèle Risque-Besoins-Réceptivité. *Pratiques Psychologiques*. 2015 ; 21(3) :219-34.

Quels sont les critères pertinents pour proposer une injonction de soins ? Du point de vue du juge, y a-t-il des critères pour proposer la levée de la mesure ?

Cédric LE BODIC

Psychologue clinicien, docteur en psychologie, EPSM Morbihan,
pôle Saint-Avé-Ploërmel, Saint-Avé.

Interroger les critères des juges en matière d'injonction de soins conduit à questionner la motivation des décisions de justice, et peut-être la qualité de celles-ci. Ce questionnement renvoyant alors à une sorte d'exigence formelle, voire d'homogénéisation des pratiques pénales. C'est aussi supposer des attentes à l'égard de la justice, de la part de la société mais aussi de celle des juges eux-mêmes. Or, comme l'indiquait Lavielle [1] pour introduire son propos à l'occasion de l'audition publique de 2007 sur l'expertise psychiatrique pénale : « répondre à la question des attentes de la justice face à l'expert psychiatre en matière psychocriminologique, c'est poser le postulat que la justice pénale est d'une part uniforme, et que tous ses acteurs et à tous ses stades ont les mêmes attentes, et d'autre part qu'une analyse de ces attentes a été en son temps posée ».

Des critères généraux aux décisions de justice

Colombet et Gouttefangeas [2] ont mené une recherche autour de la qualité des décisions de justice et des critères de celles-ci. Elles affirment en 2013 que « la notion de qualité n'a fait son apparition dans le domaine de la justice que vers la fin des années 1990 ». Elles montrent ainsi que la conception de la décision a évolué dans le temps, passant d'une perception substantielle puis procédurale puis managériale. S'agissant de la première, l'objectif du juge est de rendre une décision équilibrée où la qualité de la décision se mesure à la qualité de l'argumentation développée par le juge pour motiver son jugement. Pour la deuxième, une décision de qualité tient à la place qu'elle fait au débat contradictoire en vue d'un procès équitable. Enfin la troisième focalise son intérêt sur l'évaluation de l'administration et du fonctionnement de l'institution judiciaire. Etudiant les critères de qualité des décisions, Colombet et Gouttefangeas mettent plusieurs éléments en avant tels que le contexte, une décision prend forme à un moment et dans un environnement donnés, tels que l'ensemble des acteurs du système juridictionnel. En effet, elles rappellent que le juge n'est pas seul avec sa décision, mais que chacun de ces différents acteurs, magistrats du siège et du parquet, police, greffiers, avocats, huissiers, y participent. En matière d'injonction de soins, les experts psychiatres sont sans aucun doute des acteurs intervenant dans le mécanisme de prise de décision. Colombet et Gouttefangeas ajoutent que du point de vue de la procédure, deux principes fondent la qualité des décisions. « Le premier est le respect des droits de la défense et le droit à la contradiction, qui constituent des éléments nécessaires au procès équitable. Le second principe est le droit à un tribunal indépendant et impartial ».

L'audition publique de 2007 [3] sur l'expertise psychiatrique pénale recommande un plan-type du rapport d'expertise, de la même manière qu'en 2005 la cour de cassation avait mis en ligne une fiche méthodologique de rédaction des arrêts [4]. On y retrouve la même attention portée au vocabulaire spécifique et à la nécessité de s'adapter. Le rapport de 2007 invitait ainsi l'expert « à utiliser un vocabulaire compréhensible par tous les protagonistes et particulièrement par le probationnaire » [3]. De la même manière, Colombet et Gouttefangeas le rappellent en indiquant que la clarté « permet de garantir une meilleure compréhension et acceptation de la décision. Certaines propositions ont été faites pour favoriser leur intelligibilité (...) Selon l'Association syndicale des Magistrats, la complexité du langage judiciaire est un des obstacles majeurs à l'accès du citoyen à la justice » [2]. Mais là où l'audition publique préconise des outils d'analyse en fonction des attentes du juge (expertise de niveaux 1, 2 et 3, évaluations semi-structurées ou échelles actuarielles), demeure la question de ceux qui permettent au juge de prendre une décision.

Concernant l'injonction de soins, et depuis sa systématisation en 2007 avec la loi, il s'agit peut-être moins pour le juge d'avoir à argumenter en faveur d'une injonction de soins, mais davantage d'avoir à expliciter les raisons pour lesquelles il décide de ne pas y recourir. C'est bien ce qu'indique la loi 2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs. Particulièrement avec l'article 131-36-4 du code pénal : « Sauf décision contraire de la juridiction, la personne condamnée à un suivi socio-judiciaire est soumise à une injonction de soins dans les conditions prévues aux articles L. 3711-1 et suivants du code de la santé publique, s'il est établi qu'elle est susceptible de faire l'objet d'un traitement, après une expertise médicale ordonnée conformément aux dispositions du code de procédure pénale ». L'article 7 est ainsi prolongé : « Si la personne condamnée à un suivi socio-judiciaire n'a pas été soumise à une injonction de soins, le juge de l'application des peines ordonne en vue de sa libération une expertise médicale afin de déterminer si elle est susceptible de faire l'objet d'un traitement. S'il est établi à la suite de cette expertise la possibilité d'un traitement, la personne condamnée est soumise à une injonction de soins, sauf décision contraire du juge de l'application des peines » [5]. C'est donc bien plus sur le fait de ne pas prononcer d'injonction de soins que le Juge a à statuer depuis le 1^{er} mars 2008 et la mise en application de cet article.

Dans leur rapport de recherche *Se soigner sous la contrainte* remis en 2017 à la Mission de recherche Droit et Justice, Gautron et *al.*, ont étudié 99 affaires sur un territoire français donné, comprenant 229 expertises (127 pré-sentencielles, 91 de pré-libération et 11 en milieu ouvert). En complément, ils ont réalisé une trentaine d'entretiens de type ethnographique auprès de 7 magistrats (3 juges de l'application des peines, 2 magistrats du siège et 2 du parquet), 11 conseillers et un directeur du service pénitentiaire d'insertion et de probation, 6 psychiatres, dont deux étaient médecins coordonnateurs et deux étaient experts, et enfin 6 psychologues dont deux étaient aussi experts, tous impliqués à un ou plusieurs niveaux du dispositif. Dans ce rapport de niveau 4, ils indiquent, que « face à ce public, le prononcé de l'injonction de soins, modalité de l'exécution du suivi socio-judiciaire par la juridiction de jugement ou par le juge de l'application des peines, est quasi systématique lorsque l'expertise médicale mentionne l'intérêt du soin à l'attention du condamné. À nouveau, le juge apparaît en difficulté pour contrer l'argumentaire médical » [6]. Dans le même sens, Naili Douaouda questionnait en 2007 lorsqu'il écrivait : « Le juge s'interroge sur les expertises à deux niveaux : d'un côté, comment peut-il garder une certaine distance vis-à-vis de l'expert et ne pas lui donner inconditionnellement « foi à la parole au nom

de la compétence » ? De l'autre, comment travailler quand l'expert doute ? » [7]. Rares sont les articles de magistrat évoquant les critères leur permettant de décider de prononcer ou non une injonction de soins. Bien souvent, leurs écrits visent à présenter le dispositif ou les rôles des différents acteurs sans réellement en préciser leurs critères et les attentes vis-à-vis des éléments leur permettant d'atteindre ou non ces critères. Par exemple, Iragnes [8] dans son article 2017 sur l'interaction entre juge et médecins dans l'injonction de soins ne se prononce pas sur de tels critères. Elle rappelle que la loi de 2007 systématise l'injonction de soins dans le cadre du suivi socio-judiciaire, et rappelle que « malgré tout, en dépit d'une forte incitation, la juridiction de jugement et le JAP restent toujours libres de leurs décisions et peuvent statuer, par décision spécialement motivée, de ne pas prononcer un SSJ ou une injonction de soins ». Or de ce qui constitue la « décision spécialement motivée » rien n'est dit.

Les données expertales comme critère de décision ?

Aussi, à la question des critères du juge pour prononcer une injonction de soins ou au contraire, pour décider de ne pas la retenir dans son délibéré, apparaît très vite celle du lien à l'expert psychiatre, étant supposé que ce dernier ne constitue pas l'unique référent dans cette décision. Comme le précisait Du Mesnil du Buisson au moment de la conférence de consensus de 2001 sur la psychopathologie et les traitements des auteurs d'agression sexuelle [9], « aucune étude n'a été effectuée sur l'incidence de l'expertise ou des soins suivis par l'auteur sur la décision de justice prise... ». De son point de vue, le juge apparaît comme un « synthétiseur des savoirs intermédiaires » faisant son choix en fonction des informations médicales et éducatives. De son côté, Lavielle [1], expert pour l'audition publique de 2007 sur l'expertise psychiatrique pénale propose une réflexion autour des « attentes de la justice face à l'expert psychiatre dans le domaine psycho-criminologique ». Il rappelle tout d'abord que « le dernier mot », celui de la décision, revient au juge et non à l'expert. Il insiste ensuite, et ce n'est pas le seul, sur l'importance du choix de l'expert, qui au-delà du simple critère, constitue une quasi-stratégie : « le choix du juge n'est jamais anodin. Il sait parfaitement quel expert étudiera vraiment le cas soumis et quel autre rendra un rapport plus superficiel. Il sait tout autant, que l'expert de son ressort, surtout s'il officie dans l'hôpital de secteur, sera moins enclin à conclure en faveur d'une abolition ou d'une altération du discernement que l'expert extérieur, notamment national. Il sait enfin quel expert se limite à l'exercice de son art et quel autre emprunte à la criminologie des notions qu'il maîtrise plus ou moins. Dire que les attentes du juge transpirent du choix d'expert est un euphémisme ». Lavielle revient ensuite sur les missions-type envoyées à l'expert rappelant que cette liste de questions émane « du logiciel dédié à la plupart des cabinets d'instruction » et d'interroger à propos de cette liste : « toutes les attentes de la justice apparaissent-elles à l'énoncé de ces questions ? ». Lavielle y répond par la négative, précisant que le juge d'instruction sera intéressé par la question « de l'application ou non des dispositions de l'article 122-1 du code pénal » tandis que le juge du siège, le juge de jugement sera tourné « vers la recherche d'un complément de renseignements d'ordre psycho-criminologique et donc d'éléments sur la personnalité du sujet ». L'attente s'avère donc différente pour le juge d'instruction et celui de l'application des peines. Le premier s'intéressera au rétrospectif tandis que le second s'attardera sur le pronostic « d'une projective criminologique ». Aussi propose-t-il de revoir, afin de satisfaire à ces différentes attentes, le format de l'expertise : « Si l'on veut que cette expertise [psychiatrique pénale] soit pertinente, utile et utilisée, c'est bien l'articulation de l'expertise en responsabilité pénale et en capacité pénale,

du diagnostic rétrospectif et de l'évaluation prospective, de la psychiatrie légale et de la criminologie clinique qu'il faut aborder ». Finalement, il estime que l'expertise médico-psychologique qui « avoue avoir pour objectifs la détermination d'un profil de la personne, de ses traits de personnalité et de ses caractères saillants et d'analyser sur le plan psycho-dynamique la question du passage à l'acte, est à nos yeux, à condition que les questions posées au psychiatre et aux psychologues ne soient trop mêlées, mélangées, la moins mauvaise des solutions. Aller plus loin à évidemment un coût et nécessite une double réponse préalable. Souhaitons-nous que des renseignements d'ordre psycho-criminologiques figurent nécessairement dans tous les dossiers pénaux, ou dans certains seulement et dans ce cas lesquels ? A quoi et à qui ces renseignements doivent-ils servir ». La question étant bien celle-ci : que fait le juge avec l'ensemble des informations dont il dispose ? Quelle grille de lecture applique-t-il ? Comment les éléments apportés par l'expert orientent-ils, ou non, sa décision ?

Alain Blanc [10] aussi expert en 2007 lors de l'audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale, intervenait sur les attentes et les difficultés rencontrées par le magistrat d'instruction et le président d'assises face à l'expert. Il rejoint Lavielle quant à la question du choix de l'expert. « D'où les filières, les réseaux qui font que les juges d'instruction, puis les présidents d'assises, commettent tel ou tel expert, et qui renvoie effectivement aux attentes en amont du juge par rapport à l'expertise ». Blanc attend qu'un débat soit favorisé avec l'accusé lui-même sur ce qui est susceptible d'expliquer le passage à l'acte. Or, il estime que « pour que ce débat ait lieu, avec l'expert et en présence de l'accusé et des parties, il est nécessaire que soit dépassé le niveau 1 évoqué par Senon et Manzanera⁴⁴ [11], et que les problématiques relevant du niveau 2 soient abordées. Quant au niveau 3 qui aborde la question du risque de récidive, tout dépend du dossier, du climat de l'audience, au moment de la déposition de l'expert ». Il rappelle alors « toujours est-il que ces audiences sont souvent l'occasion de réaliser que le crime a souvent été une sorte de court-circuit et que l'intervention de la justice et de la psychiatrie trace des balises à partir desquelles des gens cassés peuvent refaire surface. Sans déboucher sur des stratégies de contrôle social généralisées, il est toutefois possible de penser que c'est là aussi que se posent des enjeux d'accès aux soins et de prévention de la récidive ». Les éléments attendus sont ceux permettant de donner du sens et d'apporter une compréhension nécessaire au juge pour être en mesure de prendre une décision : « Juger, y compris si on attend du juge qu'il puisse prétendre à intégrer la prévisibilité de la récidive dans la définition de la peine, implique d'abord de comprendre ce qui s'est passé, comment et pourquoi ». D'où l'intérêt pour Blanc de la pertinence des questions posées à l'expert, et donc des réponses apportées : « Il est à cet égard logique que la première question qu'ait à résoudre ce dernier soit celle de savoir « qu'est-ce qui s'est passé ? ». Ensuite, toutes celles autour du « comment ça s'est passé ? » et la question du « pourquoi ? » qui n'est évidemment pas réductible à celle du mobile au sens policier ne se posera souvent qu'*in fine* ».

44. Senon et Manzanera ont proposé en 2006 de distinguer trois niveaux d'analyse clinique attendus dans l'expertise psychiatrique pénale : -« le niveau 1 d'analyse psychiatrique, quand l'expert se limite à la mission cardinale de l'expertise psychiatrique pénale : recherche de troubles mentaux, diagnostic et discussion de ceux-ci, recherche d'un rapport entre les troubles et le passage à l'acte criminel, discussion d'une abolition ou d'une altération du discernement ; -niveau 2 d'analyse psychopathologique du passage à l'acte à travers l'histoire du sujet, son aménagement défensif, la singularité de sa relation aux autres... Dans cette perspective, l'expert psychiatre se situe dans un champ proche de l'expert psychologue réalisant l'examen médico-psychologique (...) ; -niveau 3 d'analyse psycho-criminologique, de plus en plus sollicité par la Justice quand il s'agit de donner des éléments sur la dangerosité non seulement psychiatrique mais aussi criminologique du sujet et d'évaluer les risques de récidive ». Il est ici aussi précisé que dans ce cas l'expert nécessite une formation complémentaire en psychocriminologie [11].

De son côté, Faucher [12] a centré son propos lors de l'audition publique de 2007 autour des attentes du juge de l'application des peines dans l'expertise de pré-libération. Il rejoint Lavielle et Blanc lorsqu'il indique que pour le juge, le second problème (le premier étant celui de trouver un psychiatre expert compte-tenu de la chute démographique de cette catégorie professionnelle) « consiste dans les compétences de l'expert psychiatre. Suivant les exigences de la loi, les attentes du juge de l'application des peines ne se limitent pas à une expertise mentale, comme celle pratiquée dans l'avant-procès pénal. La commande légale, en ce qu'elle inclut des objectifs en termes de dangerosité ou de récidive, implique que l'expert dispose d'une formation complémentaire à celle nécessaire pour l'exercice de son métier de psychiatre ». Il rappelle ensuite que son premier critère sera celui de l'applicabilité de la loi, c'est-à-dire que le premier objectif du juge de l'application des peines est d'abord de satisfaire à l'obligation légale. Ensuite, prenant acte du renforcement des dispositions législatives et de l'augmentation du nombre d'expertises attendus au niveau pénal, Faucher rappelle, à l'instar de Naili Douaouda [7] et de Gautron *et al.* [6] déjà cités, « qu'il peut être tentant pour le juge de se réfugier derrière l'avis de l'expert. Le législateur l'y pousse d'ailleurs : désormais, pour les condamnés les plus préoccupants, l'expert psychiatre n'a pas seulement à se prononcer sur l'existence d'une maladie mentale, mais il lui est demandé par les textes de se prononcer sur la dangerosité et, désormais, sur le risque de commission de nouvelles infractions. Le juge de l'application des peines peut facilement succomber à ce mouvement de « surmédicalisation » de normativité expertale (...) Il en va là de la prise de responsabilité du juge dans l'élaboration de sa mission d'expertise. L'expérience démontre que la plupart du temps, un profil préoccupant ne l'est pas que sur le versant psychiatrique ». Faucher proposait alors l'élaboration d'une grille méthodologique conçue de concert : « il est donc nécessaire pour le juge de fixer au mieux la mission d'expertise et pour l'expert de ne pas hésiter à la discuter si elle dépasse ses compétences. Un guide méthodologique de la mission d'expertise pourrait être utilement élaboré de manière bilatérale, au moins au niveau local, les attentes d'un juge de maison d'arrêt pouvant être sensiblement différentes de celles d'un magistrat chargé d'une maison centrale ou d'un centre de détention accueillant des détenus de longues peines ».

En somme, Faucher rappelle que la mission de l'expert est d'aider le magistrat dans sa prise de décision, et que « le juge de l'application des peines attend tout d'abord un diagnostic psychiatrique de l'expert ». Ensuite, il décline une série de questions auxquelles le juge tente de répondre en interrogeant les limites du juge dans ses questions et celles de l'expert dans ses réponses :

- « Quel enseignement tirer du discours du détenu sur les faits ? Sur la victime ?
- Quelle est la réalité de l'engagement du condamné à des soins en détention ?
- Quelle cohérence entre le profil psychiatrique et/ou psychologique du condamné avec le projet de sortie qu'il propose ?
- Quels préalables peut-on exiger raisonnablement du condamné pour rendre visible un projet futur ? » [12].

Il reste, comme mentionné précédemment, que l'expert psychiatre n'est pas la seule source d'information utile au juge. Ce dernier dispose en effet de sources pénitentiaires, policières et sociales. Ainsi, « pour de nombreux cas, il devra consulter de nombreuses personnes avant de prendre sa décision : victime(s), administration pénitentiaire, commission, avocat, procureur ».

S'agissant de l'expert, le juge n'attend pas que son rapport soit une synthèse « exhaustive sur la dangerosité englobant tous les aspects du condamné (...) [il] attend

avant tout de l'expert qu'il soit explicite sur ses propres critères utilisés pour déterminer la dangerosité, sur leur application au cas donné. Le juge attend aussi de l'expert une position humble par l'indication des limites éventuelles de ses conclusions » [12].

L'ensemble de ces avis d'experts énoncés lors de l'audition publique de 2007 procure ainsi un éventail des attentes du juge (du siège, de l'application des peines etc.) à l'égard des psychiatres.

Ils mettent en avant l'indépendance et l'impartialité (notamment au regard de médiatisations d'affaires susceptibles d'intervenir dans le jugement), l'applicabilité de la loi, le choix de l'expert, le diagnostic, le lien entre la personne et son acte et/ou sa victime, celui entre son profil et son projet, sa capacité à s'engager authentiquement dans des soins. Cependant cet ensemble ne renseigne pas sur la manière dont les juges exploitent ces informations, autrement dit sur la façon dont elles orientent leur décision dans un sens ou dans l'autre. Elles ne procurent pas d'enseignement sur le lien entre ces données réunies, synthétisées par le juge, et l'énonciation ou non d'une injonction de soins.

Des critères spécifiques à l'injonction de soins ?

D'une manière générale, la recherche menée par Ventéjoux et Hirschelmann [13] indique que les soins pénalement ordonnés sont finalement déterminés par les juges en fonction de deux critères. Publiée en 2014, leur étude exploratoire de niveau 4 s'appuie sur des entretiens semi-directifs de recherche auprès de dix-huit professionnels (12 CPIP, 4 psychologues et 2 juges de l'application des peines). Les auteurs montrent alors que l'obligation de soins comme l'injonction de soins sont ordonnées dans les cas de violences aux personnes, qu'elles soient physiques ou sexuelles, intra ou extrafamiliales. L'autre critère de « prescription » par les juges de soins pénalement ordonnés relève de la présence d'abus de substances psychoactives « licites et/ou illicites, lors de la commission de l'infraction, qu'il s'agisse d'une consommation (alcool, stupéfiants) ou de trafic (stupéfiants) ». Elles résument ainsi, citant Cornier en 2007 [14] : « c'est parce que le délinquant est dangereux et que sa dangerosité est due à une maladie qu'on le soigne. Tel pourrait être très schématiquement le fondement du recours aux soins par le juge pénal ».

L'enquête, déjà mentionnée, de Gautron et *al.*, [6] réalisée en 2017 apporte cependant quelques précisions et nuances à ce sujet. Les auteurs rappellent les textes de loi en vigueur relatifs au prononcé de l'injonction de soins et reviennent sur les relations déjà énoncées ici entre juge et expert : « Contrairement à l'obligation de soin classique, le prononcé de l'injonction exige une expertise médicale préalable indiquant que la personne est susceptible de faire l'objet d'un traitement (article 131-36-4 du Code pénal), de sorte que les conclusions de l'expert lient théoriquement le magistrat. Le juge ne se substitue pas au médecin au moment de sa décision sur la sanction, il ne se fait pas « prescripteur de soins ». Pour prononcer l'injonction de soins, la décision judiciaire est subordonnée à l'expertise concluant à l'intérêt du soin pour le condamné. (...) Cette obligation du recours à l'expertise médicale est également mentionnée à l'article 706-47-1 al. 3 du code de procédure pénale pour les personnes poursuivies pour l'une des infractions à caractère sexuel visées à l'article 706-47 du même code. En revanche, le magistrat qui ne souhaite pas prononcer l'injonction de soins, n'est pas contraint par l'expertise qui conclut à l'indication du traitement. L'autorité judiciaire en principe, conserve toute latitude pour fixer la peine, même

si la pression se fait de plus en plus forte puisque, depuis la loi du 10 août 2007, le juge qui renonce à l'injonction de soins, doit motiver cette mise à l'écart de l'accompagnement thérapeutique ». Les auteurs précisent encore ce lien, indiquant aussi, que l'expert psychiatre n'est pas le seul intervenant dans la décision du juge. Ainsi en est-il des conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP) qui fournissent nombre d'informations utiles au juge. Cependant, « si les évaluations des CPIP ne sont pas sans effet sur la décision des magistrats, notamment en ce qui concerne l'investissement dans les soins en détention, l'influence des experts est toutefois beaucoup plus formelle, puisqu'une injonction de soins ne peut être prononcée en l'absence d'expertise validant la possibilité d'un traitement, de sorte que leurs conclusions lient théoriquement les magistrats. En réalité, ce filtre fonctionne peu, dès lors qu'il se trouve presque toujours un expert pour recommander des soins. Si la dangerosité ne constitue pas, textuellement, un critère du prononcé de cette mesure, il s'agit d'une indication majeure pour les acteurs judiciaires. Or, les experts tendent à valider l'existence de risques de récidive aussi souvent qu'ils recommandent des soins. En conséquence, on observe une quasi-systématisation de l'injonction parmi les condamnés à un SSJ. Si l'on constate un processus sélectif au stade du jugement, les juges de l'application des peines ont tendance à ajouter cette mesure lorsqu'elle n'a pas été prononcée par le tribunal correctionnel ou la cour d'Assises » [6].

En outre, dans cette recherche, comme dans les exposés précédemment cités, la question du choix de l'expert psychiatre croisée à celle de la difficulté déjà soulignée d'en trouver semble relever d'une stratégie : « Dans un contexte de pénurie, les magistrats peuvent toutefois difficilement se séparer des « brebis galeuses ». Sur l'ensemble du territoire, 465 experts étaient inscrits sur les listes en 2014, contre 800 en 2007, sans compter un récent mouvement de grève qui les oppose aux ministères de la Justice et de l'Économie et des Finances au sujet des modes de tarification et des cotisations sociales. Au stade post-sentenciel, la multiplication des expertises obligatoires n'aurait d'ailleurs fait qu'aggraver le phénomène. Le nombre d'expertises a augmenté de 149 % de 2002 à 2009, avec un ratio de 61 expertises par expert psychiatre et par an en 2002, de 151 en 2009. (...) Dans la mesure du possible, les magistrats tendent à confier aux moins réputés les expertises obligatoires mais jugées inutiles ou redondantes, afin de privilégier ceux qu'ils estiment les plus compétents lorsque l'expertise est susceptible d'apporter une véritable plus-value » [6]. Dans leur étude de 2014, Palaric et Moulin [15] confirment ces derniers propos de Gautron et al. En effet, ils analysent les critères intervenant dans le choix de l'expert judiciaire et en relèvent six : le critère de célérité, le critère d'habitude, la relation de confiance, le domaine de spécialité, la sollicitation d'une discipline, et aussi une forme de stratégie. Ils précisent enfin trois raisons principales conduisant à ne pas retenir un expert : l'absence de respect des délais, l'inconsistance de l'expertise et le déficit d'argumentation dans la construction de l'écrit.

Ressort des entretiens réalisés avec des magistrats autour de l'injonction de soins, la difficulté pour ces derniers, à motiver l'exclusion d'une injonction lorsqu'elle a été recommandée par un expert dans la mesure où ils se trouvent devoir contre-argumenter un rapport médical sans être formés pour. Malgré tout, Gautron et al. observent aussi que « si certains magistrats et d'autres professionnels soulignent de plus amples marges de manœuvre en cas d'expertises contradictoires, il n'en demeure pas moins que les magistrats ne se saisissent guère des expertises défavorables pour écartier le prononcé de l'injonction, sauf à de très rares exceptions. Ainsi, huit des neuf condamnés au sujet desquels un expert écartait l'intérêt ou la possibilité de soins en amont du jugement ont malgré tout fait l'objet d'une telle mesure. Au stade post-sentenciel,

le JAP a également ajouté une injonction dans une affaire malgré l'avis contraire de l'expert. Toutefois, *a contrario*, les magistrats des juridictions de jugement écartent parfois le dispositif malgré une recommandation en ce sens. (...) En réalité, le prononcé d'une injonction de soins par les juridictions de jugement est loin d'être systématique, puisqu'elle touche un peu moins de six condamnés sur dix (57). Si l'on ajoute le prononcé de simples obligations (17), les trois quarts sont néanmoins entrés dans le dispositif des soins pénalement ordonnés (74,8 %) dès le stade de la condamnation ». Au travers de ces commentaires, c'est donc la question des critères qui se trouvent à nouveau en premier plan. Qu'est-ce qui conduit un magistrat à prononcer une injonction de soins, d'autant plus lorsque l'expert a pu émettre un avis défavorable et à l'inverse, qu'est-ce qui motive sa décision d'écartier l'injonction de soins, *a fortiori* quand l'expert a clairement argumenté pour. Les entretiens ainsi que les données collectées au sein des 229 expertises permettent aux auteurs de cette recherche de décliner *a minima* un certain nombre de critères, à commencer par les critères pénaux : « notre échantillon d'affaires révèle que ce sont la nature des faits et leur gravité, davantage que des indicateurs proprement médicaux, qui constituent les principaux critères décisionnels des magistrats. La présence d'infractions à caractère sexuel suffirait à justifier le prononcé de la mesure, qui serait également privilégiée en cas d'atteintes graves aux personnes ». Ils ajoutent que « dans le champ délictuel, le critère de la gravité des faits semble également prédominer, les auteurs de simples atteintes sexuelles sur mineurs ayant moins souvent fait l'objet d'une injonction (40 %) qu'en cas d'agression sexuelle, alors même que les pronostics de risque ou les recommandations de soins par les experts n'étaient pas moins fréquents. Les exhibitionnistes, pourtant systématiquement perçus à risque par au moins un expert, sont les moins concernés par la mesure (33,3 %). Les magistrats des tribunaux correctionnels ont par ailleurs uniquement ciblé des faits à caractère sexuel. (...) Cette concentration sur les délits à caractère sexuel et, parmi eux, sur les faits jugés les plus graves, ne résulte pas simplement de la volonté des magistrats de cibler le prononcé de la mesure selon les critères qu'ils jugent les plus pertinents. Elle découle plus prosaïquement de leurs précautions pour ne pas asphyxier le dispositif, ne pas entraver sa viabilité eu égard au manque de médecins coordonnateurs. Au-delà de la nature des faits, c'est alors la capacité du dispositif à absorber l'ensemble des mesures prononcées qui orienterait leurs pratiques décisionnelles ». Ainsi on perçoit qu'un critère, celui de la gravité des faits, ne peut être pris pour lui-même. Il doit être confronté aux difficultés contextuelles interférant avec la gestion du dispositif, de la même manière que l'expert, praticien hospitalier, comme le soulignait Lavielle [1], aura en tête l'idée de ne pas surcharger le secteur en prononçant une abolition ou une altération du discernement. Gautron et al. complètent leur propos au sujet de la gravité des faits, indiquant que la qualification pénale retenue aura davantage de poids que les détails factuels des passages à l'acte, même s'ils conviennent que les magistrats ne sont pas insensibles à ces derniers.

Leur enquête apporte d'autres précisions relatives à la gravité des faits. Cela concerne notamment le statut de la victime : « si le critère de la minorité de la victime n'est pas en soi discriminant, il en va différemment en présence d'une victime de moins de 15 ans. Une injonction a en effet plus souvent été prononcée à l'encontre de ceux qui ont violé (70,8 %) ou agressé sexuellement (61 %) des enfants de cet âge (contre respectivement 57,1 % et 40 % lorsque la victime avait entre 15 et 18 ans). Ce sont d'ailleurs ceux dont les victimes avaient entre 15 et 18 ans qui apparaissent les moins concernés par le prononcé d'une telle mesure, du moins au stade du jugement. Alors qu'ils

ont moins souvent été présentés comme dangereux, 62,5 % des détenteurs d'images pédopornographiques ont été visés par la mesure. Il semble donc que la figure du pédophile, avec ou sans passage à l'acte, justifie plus que d'autres le cadre de l'injonction dans l'esprit des magistrats. À la différence des experts, ils ne sont en outre pas insensibles aux liens entre auteur et victime. Si la circonstance aggravante d'ascendance ou d'autorité joue peu (53,3 % contre 61 %), les pères ont un peu plus souvent échappé à cette mesure au stade de la condamnation (45,5 %). Le sexe de la victime n'exerce en revanche aucune influence (52,2 % en présence de victimes de sexe masculin, contre 59,2 %). D'autres éléments confortent néanmoins l'hypothèse suivant laquelle les qualifications pénales et leur gravité auraient davantage d'influence que les caractéristiques précises du passage à l'acte et la personnalité de l'auteur, ou du moins suffiraient en elles-mêmes à justifier l'injonction. Ainsi, le nombre de victimes identifiées est étonnamment inversement corrélé au prononcé de l'injonction. Tant en matière criminelle que délictuelle, celle-ci a plus souvent été prononcée en présence d'une seule victime (71,2 %, contre 42,9 % des condamnés en présence de plusieurs victimes), y compris en présence d'une victime mineure.

Il convient ici de distinguer la peine prononcée de l'injonction de soins. Ainsi là où les antécédents pénaux, la lourdeur du casier judiciaire vont intervenir dans la délibération, il n'en ira pas nécessairement de même pour le prononcé d'une injonction de soins. Gautron et *al.* montrent ainsi que la « présence d'une récidive légale ne joue pas davantage que le nombre de victimes. (...) En matière criminelle autant que correctionnelle, il n'y a pas plus de corrélations avec le nombre d'antécédents, y compris en présence d'antécédents de nature sexuelle.

Un second critère étudié dans cette enquête est la reconnaissance des faits. Les auteurs observent alors un hiatus entre les discours obtenus lors des entretiens et l'analyse des dossiers pénaux. Là où les magistrats « ont plutôt tendance à écarter son influence sur le prononcé de l'injonction, même si elle ne serait pas toujours sans effet sur la peine prononcée », il ressort de leurs données, qu'une injonction a été plus fréquemment prononcée lorsque les condamnés reconnaissent totalement les faits. Apparaît en outre une forme d'incompréhension entre magistrats et experts quant au déni, les premiers restant dubitatifs lorsque, face à un déni, l'expert ne recommande pas de soin. Ainsi en est-il du témoignage suivant : « On peut avoir des expertises, mais je les trouve pas très fréquentes nous... enfin moi, ce que j'ai à voir, qui concluent que c'est pas nécessaire de lui imposer, dès lors qu'il veut pas. C'est vrai que nous par exemple, on va un peu raisonner différemment des fois, par rapport à ça, en disant justement, ben justement nous, la justice, dès lors que les gens veulent pas, c'est le sens justement de l'injonction ». Néanmoins, les magistrats tiendraient ici compte des contre-indications exposées par les experts.

Un troisième critère à prendre en compte dans la décision de prononcer ou non une injonction de soins est celui de la personnalité de l'auteur incluant notamment sa trajectoire biographique et sa situation sociale. Cette dernière semblant davantage intervenir dans le prononcé du suivi socio-judiciaire et moins dans celui de l'injonction de soins. À l'inverse, les magistrats seront sensibles à la trajectoire et notamment à la présence de traumatismes vécus dans l'enfance, ce qui rejoint les propos de Blanc [10], lorsqu'il évoque des « gens cassés », des « courts-circuits » dans les parcours. Les résultats obtenus par Gautron et *al.* montrent qu'aussi bien au tribunal correctionnel qu'en cour d'Assises, « que les victimes soient mineures ou majeures, ceux pour lesquels les experts ont souligné l'absence de difficulté d'ordre familial dans l'enfance ont moins souvent été visés par la mesure (45,8 %, contre 62,5 % en présence de vio-

lences parentales, 72,7 % de violences conjugales sur la mère, 70,6 % en cas d'alcoolisme parental, 58,3 % en cas de placement en foyer ou famille d'accueil, 62,5 % en cas de parent inconnu, 76,9 % de parent décédé). En revanche, le fait d'avoir été victime d'un abus sexuel dans l'enfance n'apparaît pas discriminant (58,1 % contre 57,8 % en l'absence d'abus). Le prononcé d'une injonction de soins semble également moins fréquent lorsqu'un expert évoque l'absence de difficultés scolaires, voire une bonne aptitude scolaire (50 %), qu'en cas d'illettrisme (100 %), de problèmes disciplinaires à l'école (73,3 %), d'absentéisme (63,6 %), de déscolarisation avant 16 ans (66,7 %). En revanche, ce n'est pas le cas dans l'hypothèse d'une scolarisation en établissement spécialisé (56,5 %) » [6].

Les addictions, bien que mentionnées dans les entretiens réalisés auprès des magistrats, n'apparaissent pas dans l'étude des dossiers comme un critère discriminant. Cependant, une distinction s'opère entre types d'addictions : « Au stade de la condamnation, une injonction de soins fut plus rarement ordonnée à l'encontre de ceux considérés comme alcooliques (47,5 %, contre 64,7 % en l'absence d'addiction). En revanche, ce n'est pas le cas en présence d'un abus de drogues ou d'une toxicomanie, particulièrement lorsqu'il s'agit de drogues autres que le cannabis (75 %, 69,2 % en présence d'une d'addiction au cannabis) ».

Un autre critère orientant la décision concerne la présence ou non d'une pathologie psychiatrique, selon le type de pathologie diagnostiquée : « Si la mesure ne fut pas plus fréquemment prononcée qu'en moyenne s'agissant de ceux qualifiés de « pervers » (52,2 % contre 57,6 % en moyenne), ceux présentés comme « pédophiles » (65,7 %) et « psychopathes » (66,7 %) ont un peu plus souvent été visés, à l'inverse des « névrotiques » (41,2 %) ou « états-limites » (45,5 %) qui sont sous-représentés. Si la moitié des « psychotiques » a fait l'objet d'une injonction au stade du jugement, leur situation présente quelques spécificités qu'il convient de détailler. S'ils n'ont pas subi les peines d'emprisonnement les plus lourdes 527, en matière criminelle autant que délictuelle, il n'en va pas de même quant à la durée du SSJ prononcé, et partant quant à la durée des soins qui devront être engagés. En effet, 37,5 % des « psychotiques » ont été condamnés à un SSJ de dix ans ou plus, contre 23,9 % des « pervers », 14,3 % des « pédophiles », 20,8 % des « psychopathes », 11,8 % des « névrotiques », 18,2 % des « états-limites ». (...) Le même constat prévaut concernant les condamnés au sujet desquels les experts ont retenu une altération du discernement, mais ceci n'est pas sans lien avec la présence de pathologies psychotiques. Si les injonctions de soins ne sont alors pas plus fréquentes 530 et les peines privatives de liberté globalement plus courtes, la durée du SSJ apparaît un plus longue en cas d'altération (20,5 % de dix ans ou plus contre 15,2 % en l'absence d'altération). En revanche, la peine encourue en cas de manquement est moindre (64,7 % de moins de 3 ans, contre 43,5 % en l'absence d'altération). En outre, (...) les condamnés affectés par des déficiences intellectuelles ont plus souvent été visés par à une injonction de soins au stade du jugement (75 %) que ceux dont l'intelligence a été située dans les limites de la normale (59,6 %) ou estimée faible (56,7 %) ».

Les magistrats attendent davantage des experts qu'ils rapportent des éléments psycho-criminologiques en lien avec une évaluation de la dangerosité et celle de la récidive. Pour autant, Gautron et *al.* indiquent que « étonnamment, cette mesure a plus souvent été retenue en présence d'une expertise pré-sentencielle écartant tout risque (75 % des cas), mentionnant un risque faible (50 %) ou sans précision de degré (50,9 %), qu'en présence d'une expertise évoquant un risque élevé ou très élevé (41,7 %), étant néanmoins rappelé qu'un même dossier peut contenir des expertises

contradictoires sur ce point. Par ailleurs, au-delà des conclusions de l'expert, les magistrats ont leurs propres représentations de la dangerosité, souvent déduites des faits eux-mêmes ».

Au sujet enfin des recommandations par les experts, il semble au regard des résultats obtenus dans cette enquête qu'elles ne constituent pas un critère de décision pour les juges : « la recommandation de soin apparaît tellement fréquente dans les expertises qu'elle n'a jamais été évoquée par les professionnels au titre des critères décisionnels des magistrats. Son influence ne transparait pas davantage à la lecture des dossiers. En présence d'une expertise défavorable à une injonction de soins, cette mesure a néanmoins été prononcée dans 75 % des cas, ce qui supposait toutefois la présence d'au moins une autre expertise concluant à la possibilité d'un traitement ».

Au-delà de décider ou non de prononcer une injonction de soins, les juges ont aussi la possibilité de lever la mesure. Existe-t-il des critères et sont-ils formalisés ?

Critères de levée de l'injonction de soins

Le rapport d'information sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes majeures placées sous main de justice, publié en 2009 et présenté par le député Etienne Blanc [16], revient sur les dispositions de la loi relatives à l'injonction de soins : « en second lieu, si aux termes de l'article 763-3 du code de procédure pénale, le juge de l'application des peines, pendant la durée du suivi socio-judiciaire, « peut après audition du condamné et avis du procureur de la République, modifier ou compléter » les obligations imposées au condamné, il ne peut en revanche pas lever l'injonction de soins, qui doit donc s'appliquer pendant toute la durée du suivi socio-judiciaire, alors même que les soins peuvent ne plus s'avérer nécessaires ».

Le rapport illustre alors la façon dont les professionnels gèrent ces situations dans lesquelles le soin ne représente plus une nécessité : « ainsi, un conseiller d'insertion et de probation, rencontré par votre Rapporteur lors de son déplacement au service pénitentiaire d'insertion et de probation de Seine-Saint-Denis, a indiqué qu'il suivait actuellement une personne condamnée, à titre principal, à un suivi socio-judiciaire d'une durée de dix ans pour attouchement sexuel sur mineur. Ce suivi comporte une injonction de soins, qui conduit le condamné à rencontrer une fois par semaine son psychiatre. Or, la thérapie engagée dans le cadre de l'injonction de soins a permis d'établir que les soins n'étaient aujourd'hui plus nécessaires. Cependant, l'injonction ne pouvant être levée avant la fin du suivi socio-judiciaire, la personne condamnée continue, à la suite d'un « arrangement » conclu entre le juge de l'application des peines et le conseiller d'insertion et de probation, de faire l'objet d'une prise en charge médicale « très formelle et très allégée » ».

Face à ce constat, le rapport d'information soumet une proposition : « afin de lever cette difficulté, votre Rapporteur propose que le juge de l'application des peines, après audition du condamné et avis du médecin coordonnateur, puisse mettre fin de manière anticipée à l'injonction de soins ordonnée dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire ».

Proposition n° 23 : Modifier l'article 763-3 du code de procédure pénale afin que le juge de l'application des peines puisse, après audition du condamné et avis du médecin coordonnateur, mettre fin de manière anticipée à l'injonction de soins ordonnée dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire » [16].

Il semble que cette proposition a été entendue car en 2010, le législateur a revu la loi entraînant par là une modification du code de procédure pénale. L'article ciblé par la proposition 23 du rapport présenté par Etienne Blanc, l'article 763-3 a donc été modifié par l'article 10 de la loi n° 2010-242 du 10 mars 2010 : « Toute personne condamnée à un suivi socio-judiciaire peut demander à la juridiction qui a prononcé la condamnation ou, en cas de pluralité de condamnations, à la dernière juridiction qui a statué de la relever de cette mesure. Si la condamnation a été prononcée par une cour d'assises, la juridiction compétente pour statuer sur la demande est la chambre de l'instruction dans le ressort de laquelle la cour d'assises a son siège.

La demande ne peut être portée devant la juridiction compétente qu'à l'issue d'un délai d'un an à compter de la décision de condamnation. En cas de refus opposé à cette première demande, une autre demande ne peut être présentée qu'une année après cette décision de refus. Il en est de même, éventuellement, des demandes ultérieures.

La demande de relèvement est adressée au juge de l'application des peines, qui ordonne une expertise médicale et la transmet à la juridiction compétente avec les conclusions de l'expert ainsi que son avis motivé.

L'expertise est réalisée par deux experts en cas de condamnation pour meurtre ou assassinat d'un mineur précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie.

La juridiction statue dans les conditions prévues par les troisième, quatrième et cinquième alinéas de l'article 703.

La juridiction peut décider de relever le condamné d'une partie seulement de ses obligations.

Après avis du procureur de la République, le juge de l'application des peines peut, après audition du condamné et avis du médecin coordonnateur, décider selon les modalités prévues par l'article 712-8 de mettre fin de manière anticipée au suivi socio-judiciaire comportant une injonction de soins, sans qu'il soit nécessaire de saisir la juridiction de jugement, dès lors qu'il apparaît que le reclassement du condamné est acquis et qu'un traitement n'est plus nécessaire. Le juge peut également décider de ne relever le condamné que d'une partie de ses obligations parmi lesquelles, le cas échéant, l'injonction de soins » [5].

Cette modification de la loi permet en 2011, que le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale des services judiciaires sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soins [17], rappelle et commente le fait qu'une personne condamnée à un suivi socio-judiciaire peut légalement faire la demande de sa levée ou d'une partie des obligations comprises dans la mesure, dont l'injonction de soins : « Juridiquement, une personne condamnée à un suivi socio-judiciaire peut demander à être relevée de cette mesure. (...) Cette procédure lourde, et par trop générale, peut cependant être simplifiée lorsque le reclassement du condamné est acquis et qu'un traitement n'est plus nécessaire. (...) En application de cette procédure introduite par la loi du 10 mars 2010 le juge de l'application des peines peut ainsi mettre fin de manière anticipée à tout ou partie des obligations du suivi socio-judiciaire et, plus particulièrement, à l'injonction de soins » Cependant, le présent rapport souligne ne pas avoir rencontré d'application de cette nouvelle modalité : « la mission n'a pu recueillir aucune donnée statistique sur ces procédures de relèvement. D'après les entretiens réalisés avec les magistrats en charge de l'exécution et de l'application des peines rencontrés, la formalisation de telles procédures est rare mais il faut tenir

compte du caractère relativement récent de sa mise en application ». Les auteurs de ce rapport notent cependant que toutes les injonctions ne sont pas considérées ni traitées de la même manière du fait de leur nature.

Ainsi, ils observent « que si, dans certains dossiers, une vigilance toute particulière est partagée par le juge de l'application des peines, le service d'insertion et de probation, le médecin coordonnateur voire le médecin traitant, le suivi d'autres cas d'injonctions de soins est effectué de façon allégée. En effet lorsque le service pénitentiaire d'insertion et de probation interprète l'évolution sociale et professionnelle du condamné comme significative d'une bonne insertion, le suivi socio-judiciaire dans toutes ses composantes tend à être moins contraignant. Sur le plan du traitement enjoint, la fréquence des consultations peut se trouver réduite à l'initiative du praticien traitant et à la connaissance du médecin coordonnateur. Ce dernier lui-même peut décider d'espacer ses rencontres avec la personne soumise à l'injonction. » Malgré cela, le rapport montre qu'une évolution positive constatée par les différents professionnels impliqués dans le dispositif ne conduise que rarement à soit entreprendre une procédure de relèvement soit à ce que cette dernière soit acceptée. Selon les auteurs, deux motivations viennent expliquer ce constat : « d'une part, une véritable incertitude accompagne souvent les acteurs de l'injonction de soins. La psychiatrie et la psychologie ne sont pas des sciences exactes et, s'agissant plus particulièrement des auteurs d'infraction sexuelle, la prudence des praticiens est importante. D'autre part, de manière certaine et parfois même clairement formulée, les praticiens judiciaires et sanitaires intervenants dans la mise en œuvre des injonctions de soins ne peuvent qu'être marqués par des mises en cause médiatiques qui accompagnent souvent les faits divers spectaculaires que constituent certains crimes odieux commis par tel ou tel auteur d'infraction sexuelle en état de récidive ».

Cependant le rapport convient que les acteurs du dispositif modulent leurs suivis dans certains cas : « ces pratiques de suivi modulé sont au demeurant tout-à-fait compréhensibles. En effet le traitement enjoint est entrepris longtemps après le prononcé de la peine ; d'autre part l'accompagnement du service pénitentiaire d'insertion et de probation pour les autres composantes du suivi socio-judiciaire ayant vocation à aider à la réinsertion du condamné et à prévenir la récidive, il est tout à fait normal que, dans certains cas, la durée du suivi et de l'injonction de soins puisse être réduite. La simplification apportée en 2010 semble pourtant encore méconnue. Si elle ne conduisait pas à une multiplication relative des relèvements, il conviendrait de réfléchir à une autre forme de procédure. Il est en effet essentiel que des dossiers devenus objectivement inutiles qui encombrant les juges de l'application des peines, les services pénitentiaires d'insertion et de probation et les médecins coordonnateurs soient écartés au bénéfice du traitement particulièrement attentif qu'appellent certains cas préoccupants ». Il transparaît donc que plutôt que de prendre le risque de lever une mesure, les différents acteurs optent pour un allègement des suivis notamment en espaçant les rendez-vous.

Le rapport de Gautron et *al.*[6], publié sept ans après la modification de la loi, c'est-à-dire avec un recul plus important que n'en avait le rapport mentionné précédemment, revient aussi, brièvement sur cette question. Les auteurs rappellent le cadre juridique permettant la levée de l'injonction de soins et constatent ensuite, se référant au rapport de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale des services judiciaires : « Pour autant, comme au moment du prononcé de la mesure, l'évitement de toute prise de risque professionnel, tant du côté des JAP, des CPIP que des médecins coordonnateurs, expliquerait en grande partie l'inexis-

tence de décisions en ce sens, sauf de très rares exceptions ». Ils poursuivent ainsi : « L'improbabilité d'un relèvement apparaît tellement intégrée que peu de condamnés et de professionnels s'aventureraient à en solliciter auprès du juge, d'autant que l'ouverture de parapluie n'épargne aucune profession. Il en va ainsi pour les CPIP, qui considèrent par ailleurs qu'une telle proposition ne peut provenir que du médecin coordonnateur. Dans nos dossiers, nous n'avons trouvé qu'une seule exception, dans une demande effectuée en toute fin de suivi mais qui sera malgré tout refusée par le JAP ». On peut donc lire à travers ces lignes que la modification de la loi n'a pas réellement changé les pratiques, pour des raisons principalement liées au contexte social mais peut-être aussi à la question de la responsabilité des acteurs engagés.

Résumé

Malgré le peu de littérature sur le sujet, il est possible de faire ressortir des critères généraux relatifs aux décisions de justice et des critères plus spécifiques liés à l'injonction de soins. Les premiers renvoient tout d'abord à l'impartialité et l'indépendance, au choix de l'expert. Les seconds se traduisent par la nature des faits c'est-à-dire la qualification pénale retenue, la reconnaissance des faits, la personnalité de l'auteur et sa trajectoire biographique, la consommation de drogues, la présence de certaines pathologies. On repère alors que ces critères spécifiques rejoignent pour une grande part ceux pris en compte par les experts psychiatres. Cependant il ressort de l'ensemble des éléments soulevés que bien souvent, psychiatres et magistrats n'auront pas, pour un même élément, la même grille de lecture et la même interprétation. D'où parfois des incompréhensions, des recommandations de l'expert par le magistrat d'un côté, des décisions du juge par le psychiatre, de l'autre. Il apparaît enfin, qu'en dehors des critères légaux, notamment d'applicabilité de la loi, les autres marqueurs dans la décision des juges sont peu ou pas formalisés ou structurés. Concernant la levée de l'injonction de soins, il a été possible de repérer que malgré la modification de la loi en 2010, permettant pour une personne condamnée, mais aussi pour un professionnel impliqué dans le dispositif de l'injonction de soins, d'engager une procédure de relèvement. Les travaux mentionnés ici, bien que peu nombreux rapportent un faible recours en ce sens, au bénéfice d'un allègement des prises en charge.

Bibliographie

1. Lavielle B. Quelles sont les attentes de la justice face à l'expert psychiatre dans le domaine psychocriminologique et quels sont les arguments en faveur et défaveur de l'expertise contradictoire ? Textes des experts. Audition publique L'expertise psychiatrique pénale. Fédération française de psychiatrie. 25-26 janvier 2007.
2. Colombet H, Gouttefangeas A. La qualité des décisions de justice. Quels critères ?, The Quality of Judicial Decisions: Which Criteria ? Droit et société. 21 mai 2013;(83):155-76.
3. Fédération française de psychiatrie. Expertise psychiatrique pénale. Audition publique. 25-26 janvier 2007.
4. Cour de cassation. Fiche méthodologique : La rédaction des arrêts. Bulletin d'information. 613;15 février 2005
5. Code pénal. Legifrance [Internet]. [cité 6 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719>
6. Gautron V, Crunvald S, Retière J-N, Dubourg E, Trémeau C. (Se) soigner sous la contrainte : une étude du dispositif de l'injonction de soin. Rapport final. Mission de recherche Droit et Justice. Juin 2017;473 p.
7. Naili Douaouda B. Réflexions sur la prise en charge d'auteurs d'agressions sexuelles en injonction de soin. Nervure : Journal de psychiatrie. 2007;3 vol 20:14-7.
8. Iragne Frédérique. L'interaction entre juge et médecin dans l'injonction de soins. Soins Psychiatrie. 2017;309 vol 38:17-21.

9. Du Mesnil du Buisson G. Quelles sont les implications juridiques de l'obligation de soin, injonction de soin, soin volontaire dans la prise en charge des auteurs d'agression sexuelles ? Archer E, Aubut J, Danan M, Lamothe P, Mesnil du Buisson G (du). Conférence de consensus. Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle : Conférence de consensus 22 et 23 novembre 2001. Montrouge: Fédération Française de Psychiatrie; 2002. 341-48.
10. Blanc A. Quelles sont les attentes et les difficultés rencontrées par le magistrat d'instruction et par le président des assises face à l'expert ? Quelles sont les spécificités de la déposition orale aux assises et quelles recommandations faire à l'expert ? Textes des experts. Audition publique L'expertise psychiatrique pénale. Fédération française de psychiatrie. 25-26 janvier 2007.
11. Senon J-L, Manzanera C. Réflexion sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale. *Annales Medico-psychologiques*. 2006;164:818-27.
12. Faucher P. Quelles sont les attentes de juge de l'application des peines dans l'expertise de pré-libération ? Textes des experts. Audition publique L'expertise psychiatrique pénale. Fédération française de psychiatrie. 25-26 janvier 2007.
13. Ventéjoux A, Hirschelmann A. Soins pénalement ordonnés et positionnements professionnels : des pratiques au carrefour de la santé et de la justice. *Pratiques psychologiques*. 2014;20:95-110.
14. Cornier K. Les soins pénalement ordonnés. *Sève*. 2007;17(4):87-95.
15. Palaric R, Moulin V. Critères intervenant dans le choix de l'expert judiciaire, psychiatre ou psychologue, en France. *Annales médico-psychologiques*. 2014;7;172:489-94.
16. Rapport d'information de M. Étienne Blanc déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes majeures placées sous main de justice. Rapport N° 1811 - [Internet]. [cité 17 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1811.asp>
17. Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soins - IGAS - Inspection générale des affaires sociales. 2011. [Internet]. [cité 6 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article176>

Quels critères d'évaluation clinique sont pertinents dans le parcours des auteurs ?

Cédric LE BODIC

Psychologue clinicien, docteur en psychologie, EPSM Morbihan, pôle Saint Avé-Ploërmel, Saint-Avé.

Introduction

S'intéresser au parcours de soin des auteurs d'agressions sexuelles conduit à constater d'une part que les approches thérapeutiques diffèrent entre professionnels et entre institutions et d'autres part que les objectifs eux-mêmes varient selon les équipes qui prennent en charge ce public. Tout d'abord, la littérature fait état de distinctions fortes, entre approches cognitivo-comportementales d'un côté, orientations psychodynamiques de l'autre, et des professionnels tentant de combiner ces deux types de courants enfin. Cette hétérogénéité du soin entraîne-t-elle un impact sur le soin et les parcours de soin ? Par ailleurs, avant même de pouvoir proposer un accès au soin au patient, qu'il soit individuel ou groupal, qu'il soit durant l'incarcération ou en milieu ouvert, d'orientation psychodynamique ou non, il semble que ce soin fasse systématiquement l'objet d'une évaluation préalable. Evaluation dont le contenu reste à déterminer selon plusieurs critères eux-mêmes à établir. Cela n'est évidemment pas sans lien avec l'objectif donné au soin. En effet, un débat émerge entre ceux qui estiment avoir à prévenir la récurrence et ceux affirmant ne pas avoir à traiter (avec) cette dernière, visant alors parfois exclusivement le mieux-être de la personne. Après avoir évoqué cette question du soin et des outils dans la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel, il conviendra donc de tenter de mieux appréhender le parcours de soin auquel ces derniers sont confrontés en France. Pour ce faire, un détour par une littérature quasi-exclusivement faite de témoignages de la pratique par les professionnels du soin sera nécessaire. Les prises en charge incitées en milieu carcéral seront alors distinguées des soins procurés en milieu ouvert, dont on verra qu'ils se déroulent majoritairement dans les centres médico-psychologiques. Peu de travaux font état de prises en charge hors condamnation. Quelques mentions apparaissent cependant concernant des auteurs en attente de jugement, pour lesquels la présomption d'innocence prévaut. Par ailleurs, bien qu'évoqués par le biais des types de prises en charge et des parcours, les programmes et la nature des soins ne seront pas ici détaillés.

De quelques débats préalables au parcours

Il ressort aussi de la littérature que les théories cognitivo-comportementales ont profondément évolué, conduisant à modifier leurs modalités et approches, proposant des modules différents selon les types de prise en charge. Ainsi, Vanderstukken et Benbouriche [1] indiquaient en 2012 qu'il « existe une grande diversité d'interventions cognitivo-comportementales à destination des auteurs d'agressions sexuelles. Toutes présupposent que l'agression sexuelle est un « comportement acquis résultant d'une interaction dysfonctionnelle entre comportements, pensées et émotions » ». Il ressort de leur article que les interventions auprès des auteurs d'agressions sexuelles fonc-

tionnement essentiellement à partir de modules⁴⁵ bien souvent inscrits dans des programmes à destination de groupes thérapeutiques. Vanderstukken et Benbouriche ajoutent que dans le contexte judiciaire ou carcéral lié aux problématiques traitées ici, « un intérêt croissant est porté aux questions relatives à la motivation, à la préparation à la prise en charge, ainsi qu'à l'alliance thérapeutique ». Il est alors préconisé d'en passer préalablement par des entretiens motivationnels avant-même l'inscription dans un travail thérapeutique. Les auteurs rappellent aussi que l'attention ainsi portée à la motivation suppose que cette dernière soit réévaluée périodiquement.

C'est notamment ce que proposent Bertsch et Cano [2] qui estiment de la même manière en 2015, qu'étant donné « les particularités cliniques de ces patients, le cadre d'intervention, la nature des faits commis et l'impact de ces trois paramètres sur le thérapeute, font des premières rencontres un enjeu particulièrement important pour le déroulement du suivi (...). C'est dans ce cadre que l'approche motivationnelle pourrait tenir une place facilitante ». Ces auteurs conçoivent ainsi un temps motivationnel attaché à la phase d'évaluation initiale : « Parmi les auteurs de violences sexuelles, ceux présentant un discours de dénégation des faits et des conséquences sur leurs victimes pourraient notamment en bénéficier (...). Des équipes ont déjà conçu des modèles intégratifs. Ainsi, au Canada, Marshall et *al.* ont publié en 2008 [3] une étude dont l'objectif était d'évaluer un programme préparatoire (*Rockwood preparatory program*) élaboré principalement autour de l'entretien motivationnel, avant un programme de thérapie. Ce programme était proposé en début de détention pour des groupes ouverts. Sa durée allait de six à huit semaines pendant lesquelles chaque participant suivait deux séances hebdomadaires de 2h 30. « L'objectif était d'améliorer la motivation de l'auteur de violences sexuelles pour qu'il participe plus efficacement à un programme de prise en charge ultérieure » [2].

Cette phase pré-thérapeutique achevée, se pose alors la question de l'objectif des programmes thérapeutiques. Et, dans ce cadre, les professionnels ayant recours aux thérapies cognitivo-comportementales n'utiliseront pas nécessairement les mêmes outils. Vanderstukken et Benbouriche [1] par leur retour sur l'évolution des thérapies cognitivo-comportementales montrent ainsi comment objectifs, modèles et contextes sont liés : « Au Canada, le modèle de réhabilitation d'Andrew et Bonta (2006) constitue actuellement l'approche dominante dans le traitement correctionnel des AAS. Ayant pour objectif de réduire le risque de récurrence, leur modèle dit « R-B-R » (Risque-Besoins-Réceptivité) postule que pour être efficace, tout traitement doit correctement identifier le niveau de risque et les besoins de l'individu, tout en étant donné de manière appropriée ». Cependant, Vanderstukken et Benbouriche précisent que si ce modèle est « intéressant lorsque l'objectif premier d'une intervention est de réduire le risque de récurrence, il semble important de questionner sa pertinence lorsqu'il s'agit d'améliorer la qualité de vie des individus » [1]. Leur article montre par ailleurs qu'à ce modèle est venue s'ajouter la prise en compte des facteurs de protection. En effet, certains auteurs ne concevaient pas une approche thérapeutique fondée uniquement sur les facteurs de risque, perçus comme des déficits, et qui ne prendrait pas en compte les ressources et points d'étayage des patients. S'appuyant sur ces deux versants, risque et protection, le *Good lives model* a cependant été fortement critiqué relativement à son manque d'appui empirique.

45. Acquisition et développement d'habilités sociales, identification des schémas cognitifs et restructuration des distorsions cognitives, et plus largement des attitudes antisociales, gestion des émotions, en particulier négatives, acquisition de stratégies adaptées de résolution des problèmes et des conflits, aspects relatifs à l'intimité et aux relations sociales, diminution et/ou contrôle des préférences et de l'excitation sexuelle déviantes.

Cependant, comme énoncé précédemment, le contexte de prise en charge apparaît fondamental. C'est suivant cette logique que Vanderstukken et Benbouriche soulignent l'importance de ne pas s'approprier les modèles nord-américains sans réfléchir préalablement à une adaptation : « Il serait ainsi peu pertinent, voire contre-productif, d'importer *in globo* en France, des programmes de traitement mis en place Outre-Atlantique, et sans les avoir pensés, questionnés et adaptés. En effet, au Canada, les ICC [interventions cognitivo-comportementales] centrées sur la diminution de la récidive sont menées par des criminologues, des psychologues ou encore des sexologues payés par le Ministère de la Sécurité Publique. Dans ce cadre, ces ICC correspondent à une modalité de traitement social, visant prioritairement la prévention de la récidive : ce qui se rapproche davantage des missions du Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) en France que de celles des soignants. L'adaptation de ces programmes de traitement à notre culture d'intervention et de soin constitue donc une question fondamentale à débattre pour penser l'articulation Santé-Justice sans clivage ». Ces mêmes auteurs affirment ainsi qu'en France, « l'objectif premier est de soigner l'individu ; protéger la société et diminuer la récidive sont des bénéfices secondaires à celui-ci. Les objectifs du soin sont l'amélioration de la santé et du bien-être du patient, la diminution des troubles, ainsi que la qualité du lien intersubjectif ». Et dans ce cadre, selon eux, l'approche cognitivo-comportementale favorise la mise en place de ponts de réflexion entre Santé et Justice car elle propose « de travailler sur des thèmes abordant tant la prévention de la récidive d'un individu que l'amélioration du bien-être d'un sujet ». Ils estiment que ces deux versants, bien souvent opposés par les thérapeutes, gagneraient, pour le patient, à s'articuler.

En effet, depuis la loi de 1998 cette question relative à la nature et aux objectifs du soin ne cesse de ressurgir et d'entraîner des désaccords entre praticiens. A ce titre, dans ses recommandations de 2009 pour la prise en charge des auteurs d'agression sexuelle, la Haute Autorité de Santé [4] indique au sujet du suivi, que « la prise en charge thérapeutique des auteurs d'agression sexuelle s'adresse à la personne, qui ne doit jamais être réduite ni à ses actes ni à ses symptômes. Elle a pour objectif : la prise en charge de la souffrance du sujet, l'amélioration des fonctionnements psychologiques, relationnels et sociaux, ce qui peut contribuer à une réduction des conduites sexuelles inappropriées et à une diminution du risque de récidive ». Ce document de recommandations complète par ailleurs selon la même logique : « La première étape de la prise en charge consiste à faire émerger la demande, y compris dans les cas fréquents où la demande n'est ni apparente ni explicite. Elle permet également la construction du cadre de soin. Les objectifs de la prise en charge de l'auteur d'agression sexuelle visent à créer les conditions d'une bonne relation thérapeutique (alliance thérapeutique, bonne observance), à améliorer le fonctionnement psycho-social du patient et à diminuer l'activité sexuelle inappropriée. Elle peut aussi contribuer à éviter la récidive de l'agression sexuelle, sans jamais pouvoir l'exclure. Dès lors, l'absence de récidive ne saurait apparaître comme le premier et le seul objectif du soin ». Pour autant, il reste que certains auteurs soulignent le défaut de prise en compte du risque de récidive par les thérapeutes et le décalage supposé qui s'instaure alors entre les attentes du législateur et celles des thérapeutes. C'est le cas notamment de Halleguen et Baratta [5] qui en 2014 écrivent à partir d'une étude de niveau 4 réalisée auprès de 16 médecins coordonnateurs de la région Alsace-Lorraine, dont six ont répondu au questionnaire, comprenant ainsi 50 patients en injonction de soins : « Les soins proposés, s'ils peuvent avoir un bénéfice individuel indéniable pour le patient, ne sont pas susceptibles de modifier significativement le risque de récidive (...). Les attentes

du législateur ne sont pas celles des thérapeutes. L'esprit de la loi du 17 juin 1998 et encore plus ses récentes modifications (...) envisage le recours aux soins dans un objectif explicite de diminution du risque de récidive. Logique n'étant pas partagée par les acteurs sanitaires. Pour la plupart d'entre eux, la diminution du risque de récidive n'est pas l'objectif premier affiché des soins y compris dans une injonction de soins ». Si comme ils le notent, cette conception est effectivement celle de l'ARTAAS qui indique dans sa charte que « la prévention de la récidive n'est pas l'objet premier de l'ARTAAS », Baron-Laforêt indiquait aussi en 2009 [6] que « si le soin vise l'individu, c'est de surcroît et s'il peut concourir à prévenir la récidive, ce ne sera pas l'objectif essentiel du soin. On ne pourra pas valider le caractère « licite » ou pas du soin selon le seul critère d'évaluer la récidive ou pas. Si on se risque à organiser ce genre de soin, qu'est-ce qu'on va avoir comme critères ? ». Elle invitait donc à un élargissement du concept de soin » interrogeant, plus que ne proposant, les limites et cadres de ces nouvelles formes de soin à destination des auteurs d'agression sexuelle. En 2012, Couhet et *al.* [7] ré-interrogeaient ce point de discordance questionnant les missions des psychiatres : « est-ce bien leur rôle de prévenir une éventuelle récidive criminologique ? En effet, seule une minorité de patients suivis en SPO présentent une pathologie psychiatrique au sens de l'axe 1 du DSM-IV-R (en dehors des troubles liés à l'usage de substances psychoactives), *a contrario* des patients en hospitalisation d'office, souffrant majoritairement de troubles psychotiques ». C'est aussi sur ce point qu'en 2014, Ventéjoux et Hirschelmann [8] reviennent et concluent leur article. En effet, s'appuyant sur leur étude exploratoire de niveau 4 menée par des entretiens semi-directifs de recherche auprès de dix-huit professionnels (12 CPIP, 4 psychologues et 2 juges de l'application des peines) elles observent tout d'abord que du point de vue des acteurs concernés, les soins pénalement ordonnés s'inscrivent dans le registre de la prévention de la récidive. Elles décrivent cependant un hiatus, rejoignant ici les propos ci-avant mentionnés de Halleguen et Barrata [5] entre les professionnels de la justice, pour qui il s'agit là de l'objectif premier et les professionnels de la santé, « qui se défendent de tout rôle de garant d'une non-récidive ». Elles précisent le fond de ce décalage de la manière suivante : « Les professionnels de la Justice considèrent les soins pénalement ordonnés comme un outil supplémentaire dans la lutte contre la récidive, et le travail sur la compréhension du passage à l'acte dans une visée d'évitement de la récidive, en lien avec une protection de la société. Pour les psychologues, s'ils reconnaissent travailler la question des faits dans les prises en charge, ils ne l'interrogent que sous l'angle de son vécu par le patient ». Elles en arrivent à la conclusion suivante, se référant aussi à Baron-Laforêt : « Nécessairement, les soins pénalement ordonnés appellent à la création de nouvelles pratiques professionnelles ». Puis ajoutent, que le « soin » pénalement ordonné « semble alors prendre un sens bien particulier, non plus comme soin médical, mais comme souci porté à l'autre, l'autre condamné. Il s'agit de sortir d'une considération purement psychiatrique de traitement d'une pathologie ou de troubles mentaux et de considérer les soins pénalement ordonnés comme une offre faite au sujet ». Elles invitent pour terminer, à « donner aux soins un sens pour la PPSMJ, dès leur prononcé. Ne plus chercher à guérir la délinquance, mais « soigner » dans le sens de « se soucier de », « s'intéresser de » la démarche transgressive mise en œuvre par la personne. Ne pas soigner un imaginaire « symptôme » de la délinquance mais la vague de choc et ses répercussions, également sur l'entourage. Chercher avec la PPSMJ à réinscrire l'acte dans un parcours de vie singulier ». Ces débats ne sont pas sans soulever de nouvelles interrogations ayant un impact sur le parcours de soin des personnes placées sous main de justice. Ils sous-tendent en effet, outre la question de la nature du soin, classique ou spécifique, celle du lieu de soin. Ce que l'on peut

résumer ainsi : faut-il des lieux de soin spécifiques, avec des professionnels spécialisés et apportant des thérapies spécifiques ?

La conférence de consensus de 2001 sur la psychopathologie et les traitements des auteurs d'agression sexuelle, organisée par la Fédération française de psychiatrie [9] soulignait déjà que « la prise en charge thérapeutique des auteurs d'A.S. s'adresse à la personne. Celle-ci ne doit jamais être réduite ni à ses actes ni à ses symptômes ». Et au sujet de la spécificité des lieux elle préconisait que « les patients concernés doivent pouvoir être accueillis comme les autres par l'ensemble des secteurs de psychiatrie. La création de centres de ressources et de formation, l'organisation de réseaux de soins incluant les praticiens libéraux, apparaissent aujourd'hui indispensables afin d'assurer cette continuité des soins en milieu ouvert (...). La pertinence de structures spécifiques accueillant exclusivement les auteurs d'agressions sexuelles n'est pas établie. Elle risquerait de renforcer la stigmatisation dont ils font déjà l'objet et favoriserait le désengagement des secteurs ». Cependant, en 2011, le rapport d'information sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel [10] ne suivait pas cette voie et avançait la proposition, particulièrement dans ses recommandations 16 et 17, de « favoriser l'émergence et le développement de consultations post-pénales, identifiées et spécialisées dans le traitement des auteurs de violences sexuelles et de confier à un centre post-peine spécialisé le suivi médical, psychologique et psychiatrique des cas les plus complexes ». De la même manière, et entre temps, une circulaire relative à la campagne tarifaire des établissements de santé [11], invitait à « renforcer et structurer l'offre de soins en direction des auteurs de violences sexuelles incarcérés, par la mise en place d'une organisation générale coordonnée, articulée avec la spécialisation de certains établissements pénitentiaires dans l'accueil de ce type de personnes détenues ». Ce qui amène Saetta a commenté ainsi en 2016 [12] : « Cette spécialisation s'est concrétisée en 2009 par l'établissement d'une liste de 22 établissements labellisés et par l'octroi d'un complément de dotation pour chaque région accueillant un tel établissement ».

Partant de ces constats, où « l'absence de protocole standardisé de prise en charge laisse le champ libre à une pluralité d'acteurs et d'institutions » [8], où la nature, la forme et les lieux de soins peuvent différer, il s'agit à présent de se pencher plus précisément sur les parcours de soin proposés aux auteurs de violences à caractère sexuel. Il est alors possible de voir que nombreuses sont les propositions d'aménagement du soin, les innovations en matière de prise en charge des auteurs de violences sexuelles. Cependant, ainsi que le rappelle le rapport sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel [10], il existe « une véritable gradation dans les soins s'effectuant dans un cadre judiciaire, de la simple incitation en milieu fermé au placement dans un centre socio-médico-judiciaire de sûreté, en passant par l'injonction de soins qui prend place en milieu ouvert ». Il conviendra donc pour la suite et dans un souci de clarté de distinguer les soins en milieu carcéral de ceux pratiqués en ambulatoire.

De l'incitation au soin et du pré-thérapeutique en milieu carcéral...

L'article 131-36-4 du code pénal [13] prévoit que la juridiction de jugement « doit lorsqu'elle prononce une peine privative de liberté et un SSJ assorti d'une injonction de soins, informer le condamné qu'il aura la possibilité de commencer un traitement pendant l'exécution de sa peine. Cette information devait initialement être réitérée par le JAP tous les six mois, chaque année seulement depuis 2010, en cas de refus per-

sistant (...). La loi du 10 août a généralisé le dispositif de l'incitation à tous les auteurs d'infractions relevant du champ d'application du suivi socio-judiciaire, au-delà des seuls condamnés à cette peine complémentaire. Le législateur a parallèlement prévu la privation du bénéfice d'une libération conditionnelle (art.729 du CPP). Le dispositif de l'incitation au soin fut de nouveau durci par la loi du 25 février 2008. En cas de suivi irrégulier ou de refus de traitement, le JAP peut désormais ordonner le retrait du crédit de réduction de peine des condamnés pour un crime ou délit, commis sur un mineur, de meurtre ou assassinat, tortures ou actes de barbarie, viol, agression sexuelle ou atteinte sexuelle (art. 721 CPP) » [14]. Sans reprendre le débat ici sur la possibilité de réellement consentir ou de se soumettre à un « chantage » qui a vu de nombreux auteurs s'y intéresser [12, 15, 16], il demeure cependant important de saisir que c'est dans ce contexte que les soins sont proposés aux personnes détenues et que c'est aussi dans ce même contexte qu'elles se présentent aux soignants. Le guide de l'injonction de soins [17] paru en 2009 à l'initiative conjointe du Ministère de la Santé et des Sports et du Ministère de la Justice rappelle le cadre de l'incitation au soin et les objectifs de ce dernier. Il est tout d'abord rappelé que dans le cas d'une incarcération avant jugement, la présomption d'innocence doit être respectée face à des personnes niant les faits, et donc interroger la pertinence d'un suivi. Après le jugement, il convient de « s'assurer que la personne condamnée a compris le sens de la peine prononcée et ses modalités d'exécution et de la mission des équipes soignantes dans un milieu où il va rencontrer de multiples intervenants. Il s'agit de l'informer des rôles du juge de l'application des peines et des agents du service pénitentiaire d'insertion et de probation, voire du médecin et/ou psychologue traitants et du médecin coordonnateur si la libération est proche. L'objectif poursuivi est de permettre à la personne détenue soumise à une injonction de soins dont elle a accepté l'occurrence, de s'engager dans le soin, si ce n'est déjà fait ».

En 2002, plusieurs articles paraissent, témoignant de prises en charge en centre de détention de personnes auteurs d'agression sexuelle. Ces témoignages portent essentiellement sur des prises en charge groupales. Les auteurs y indiquent alors la manière dont les détenus intègrent ces groupes. Ainsi Trinquet et *al.* [18] rendent compte de leur expérience de deux groupes de parole mis en place à partir de 1999 au centre de détention de Ney-de-Toul (54) et élaborés autour de la chaîne d'agression. Cette approche est directement inspirée des travaux nord-américains et référés aux écrits de Aubut [19]. La chaîne d'agression y est ainsi définie : « chaîne d'événements, de pensées, d'affects et fantaisies représentant la partie visible et observable de la vie d'un agresseur sexuel ». Le dispositif mis en place vise donc ainsi directement la prévention de la récidive en s'étayant « sur des théories de l'apprentissage, élaborant une psychologie de la compréhension et une approche de groupe à caractère cognitif et éducatif ». Les postulats fondamentaux sont par conséquent eux aussi axés autour du délit :

« – un délit sexuel est la résultante d'un ensemble de facteurs cognitifs, affectifs, biologiques, sociaux (pornographie, judiciarisation, sanctions légales etc.) ;

– un délit sexuel peut être envisagé comme la réponse inadaptée à un ensemble de stimuli anxiogènes ;

– un délit sexuel survient rarement dans un climat serein, sans signe précurseur ; bien souvent une chaîne d'événements le précède ».

Dans ce cadre, Trinquet et *al.* [18] proposent donc un travail de groupe constitué de sept personnes condamnées pour viol. Ce groupe est animé par deux infirmières et une psychologue. Ce groupe se réalise en douze séances d'une heure et demie tous

les 15 jours. L'équipe de soignants souligne que les patients inclus au sein du groupe « étaient déjà suivis individuellement et ont été rencontrés préalablement au groupe par les thérapeutes, en entretien individuel afin de fixer le cadre du programme et de contractualiser le projet de soin. Ce contrat s'appuie sur la prescription du psychiatre référent et un travail sur la demande du patient qui adhère volontairement et de façon « éclairée » à cette prise en charge spécifique ». On retrouve ici l'ensemble des éléments abordés précédemment. Les détenus deviennent donc patients et accèdent au groupe par prescription. En outre, les auteurs soulignent aussi la notion de contrat, condition *sine qua non* à la participation. Cependant, ils ne développent pas ni ne précisent le contenu et les critères permettant d'orienter vers un suivi groupal. Comment le passage du suivi individuel au groupe s'est-il décidé ? Le suivi individuel a-t-il été interrompu et remplacé ? Que se passe-t-il pour les détenus n'accédant pas au groupe ? Par la suite, ils ont amélioré leur dispositif et proposé un deuxième groupe au centre de détention d'Ecrouves (54). La durée de ce nouveau groupe est passée à un an au même rythme que précédemment et l'effectif est passé à 5 patients. Ils ont par ailleurs ouvert à un public plus large (quant au choix d'objet, à l'âge de la victime, à la nature des faits) d'agresseurs sexuels.

La même année, Descarpentries et Chapel présentent aussi un travail de groupe mené auprès de détenus auteurs d'agression sexuelle [20]. Concernant le mode d'entrée dans le soin, on repère qu'il comprend plusieurs étapes et requiert des présupposés. Ils indiquent dans un premier temps que « tous les détenus arrivant en maison d'arrêt rencontrent systématiquement, s'ils l'acceptent, un infirmier de l'équipe. Cet entretien d'accueil a pour objectif le dépistage des pathologies et d'une présentation des prestations proposées par le service ». Ensuite, « à la condition qu'il existe une reconnaissance au moins parcellaire ou indirecte de l'acte, on considère qu'un traitement psychocriminologique centré au départ sur l'acte peut être proposé ». Enfin, les auteurs invitent à un ou plusieurs entretiens d'évaluation. Cette dernière est réalisée « avec un membre de l'équipe, psychiatre ou psychologue, formés en criminologie ». C'est ensuite lors d'une discussion clinique en réunion d'équipe que les auteurs tentent de « cerner la structure de personnalité du patient, son orientation sexuelle prévalente, son degré d'appropriation de l'acte, son rapport à la loi, sa perception du vécu de la victime, son désir de changement, son consentement à participer à un groupe ». Si l'on perçoit ici un ensemble de critères d'évaluation, il reste que les auteurs ne détaillent pas les outils utilisés pour mener ces entretiens d'évaluation. Ils ne fournissent pas non plus d'indications quant à la manière dont les éléments recueillis sont utilisés, combinés ensemble.

Dans ces deux groupes présentés en 2002, la prévention de la récidive apparaît clairement comme l'objectif premier appuyé par une approche éducative pour l'un et par la référence à la psychocriminologie pour l'autre. On repère aussi que l'entretien préliminaire au soin, conduisant à une prescription pour l'un, à une décision d'équipe pour l'autre, vaut pour évaluation. L'entrée dans le soin dans ces deux dispositifs se fait en plusieurs étapes par lesquelles le détenu se doit donc de passer.

En 2009, Alvarez et Gourmelon dans le rapport de l'Ecole Nationale de l'Administration Pénitentiaire portant sur la prise en charge pénitentiaire des auteurs d'agressions sexuelles [21], reviennent sur les pratiques conduites Outre-Atlantique, particulièrement au Canada. Ils évoquent l'Institut Philip Pinel de Montréal et leur programme d'évaluation et de traitement des auteurs d'agressions sexuelles. Lorsqu'ils viennent à l'Institut Philip Pinel, ces derniers sont généralement déjà incarcérés dans un pénitencier pour des peines supérieures à deux ans. Alvarez et Gourmelon précisent

que ce programme s'articule en « continuité avec le programme externe (...) et les différents traitements offerts dans les pénitenciers pour cette clientèle ». Concernant le programme de l'Institut Philip Pinel, elles écrivent : « de l'évaluation au traitement proprement dit, différentes étapes ponctuent le parcours du délinquant au sein de cette unité de soins destinée exclusivement aux agresseurs sexuels, tous volontaires. Ils y sont intégrés au terme d'une évaluation (concernant notamment leur motivation, leurs capacités à reconnaître les faits, là encore au moyen d'une grille), pour une période pouvant aller de 6 mois à un an voire un peu plus, vers la fin de leur peine ». A la fin du traitement, qui peut durer de 12 à 14 mois, les détenus sont ré-intégrés dans leur pénitencier d'origine, ce jusque leur libération.

Puis concernant les prises en charge menées durant l'incarcération en France, les auteurs reviennent sur le débat déjà soulevé ici de la spécificité : « Le domaine de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire auprès des auteurs d'agressions sexuelles est d'autant plus exposé ici qu'il s'est construit sur un paradoxe, à savoir l'idée d'une non-spécificité de l'AAS sur un plan psychopathologique et la recherche d'une légitimité autour de la construction progressive d'un champ de savoirs et de pratiques autour de cette question. (...) Ce paradoxe qui fonctionnait relativement bien jusqu'à présent, puisque utilisé dans un cadre restreint de « l'entre-soi » (...) se voit éminemment fragilisé dès lors qu'il subit diverses influences et pressions de l'extérieur, qui dépassent le cadre du contexte savant qui l'a porté jusqu'ici. C'est donc à travers un ensemble de pratiques différenciées, dont certaines ne sont pas toujours identifiées, de l'intérieur, comme faisant partie du soin, que le champ se présente aujourd'hui ; ce qui n'est pas sans faire débat en son sein ».

Alvarez et Gourmelon présentent alors deux types d'interventions auprès d'auteurs de violences sexuelles et en montrent les divergences. La première dite « largement majoritaire au sein des SMPR français prend ouvertement appui sur l'histoire du champ et ses fondateurs tels que C. Balier ». On retrouve ici à nouveau plusieurs étapes avant d'accéder au soin proprement dit. « Un travail d'incitation aux soins dans un premier temps, partant d'un rendez-vous proposé en individuel ou en groupe selon les établissements. (...) Puis commence le travail thérapeutique proprement dit pour les personnes volontaires. Il débute par une évaluation psychologique et/ou psychiatrique qui vise à repérer et identifier des signes pathologiques ou des troubles éventuels chez l'AAS. Plusieurs outils peuvent être utilisés pour ce faire, qu'il s'agisse du DSM IV (...) ou de grilles d'évaluations tels que le QICPASS (...) ou encore la HCR-20 ». Puis, les professionnels consultés utilisent le jeu du « Qu'en-dit-on » pour finaliser leur évaluation. Ce n'est qu'après avoir fourni un compte-rendu individuel proposant ou différant l'entrée dans le soin, que la thérapie *stricto sensu* pourra débiter, tant individuellement qu'en groupe.

Cette approche est similaire à celle présentée par Emeraud en 2010 et appliquée au SMPR de Grenoble-Varces (38) [22]. Dans son article, il revient sur l'histoire des SMPR créés en 1986 à la suite de la loi du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique et faisant suite aux CMPR apparus en 1967. Emeraud résume les profils psychopathologiques rencontrés parmi les auteurs de violences sexuelles. Selon lui, ils relèvent majoritairement de troubles de la personnalité sévères caractérisés par un moi très fragile, une relation d'objet en étayage, des angoisses sous-jacentes du registre de l'abandon, voire de l'anéantissement, des mécanismes de défense tels que l'identification projective, le déni et le clivage du moi. Le dispositif qu'il présente s'inscrit pleinement dans la suite des travaux de Claude Balier, puisque directement élaboré par ce dernier au sein du même SMPR. L'objectif de cette mise en place est

de « mettre à disposition une zone transitionnelle située entre la réalité interne du détenu patient et la réalité externe » pour restaurer chez celui-ci, au fur et à mesure de la thérapie, un « contenant de pensée ». Dans ce cadre, la demande d'admission dans l'unité d'hospitalisation doit être motivée par le détenu. Ce dernier aura des entretiens individuels hebdomadaires avec des infirmiers et d'autres, plus espacés, avec le médecin. Les comptes-rendus des entretiens permettront de faire ressortir les éléments contre-transférentiels qui seront analysés par le chef de service, psychiatre et psychanalyste, puis retravaillés en réunion de supervision. Tous les deux mois se tiendront des synthèses auxquelles le patient sera, pour partie, convié. En parallèle de ces activités, le patient sera sollicité pour participer à une réunion hebdomadaire institutionnelle rassemblant soignants et soignés, à du psychodrame, à un atelier de photo-langage, de relaxation et à d'autres formes d'activités avec médiation. On perçoit ici au champ lexical convoqué que la prise en charge vise moins la prévention de la récurrence qu'une approche psychodynamique et un mieux-être du patient.

A l'inverse, le deuxième programme présenté par Alvarez et Gourmelon [21], s'inspire directement des canadiens et vise explicitement la prévention de la récurrence. Les auteurs soulignent sa forme systématisée, c'est-à-dire construite autour d'un programme clairement établi et déterminé dans le temps avec des thématiques pré-définies, contrairement aux groupes de parole classiques dans lesquels la parole circule bien souvent autour d'un thème décidé en début de séance par les patients. Ici aussi une évaluation précède l'intégration au programme. On perçoit donc à travers l'ensemble de ces dispositifs que le patient n'accède pas directement au soin, malgré l'incitation qui lui en est faite. L'évaluation s'avère donc quasi-systématique. Cependant, comme on le voit avec ce dernier exemple d'Alvarez et Gourmelon, les critères pris en compte dans ces évaluations demeurent bien souvent nébuleux, en tout cas, non précisés.

Le rapport d'information de 2011 sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel [10] revient à son tour sur les soins durant l'incarcération. L'incitation y apparaît alors comme une première étape nécessaire. Cette dernière consiste en une information procurée lors du prononcé de la condamnation ainsi que le notaient Gautron et *al.* précédemment [14]. En détention, c'est d'abord le personnel pénitentiaire qui redonne cette information, puis le personnel médical, amené à voir la personne détenue dans les 48 heures suivant la mise sous écrou. Suivant les établissements, en particulier dans ceux spécialisés dans la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel, des parcours de soins sont mis en place. Le rapporteur l'illustre avec le centre de détention de Melun qui convoque la personne détenue à son arrivée par un courrier de rendez-vous avec le psychologue de l'unité sanitaire. Si la personne refuse, alors la proposition est réitérée dans les trois mois. Le rapport estime ensuite que les prises en charge en milieu carcéral seraient davantage « pré-thérapeutiques », servant à préparer le suivi post-carcéral : « il s'agit alors avant tout de permettre aux auteurs d'infractions à caractère sexuel de reprendre leur position de sujet, afin qu'ils reconnaissent leurs actes et prennent conscience de leurs responsabilités » [10].

Ces deux dernières années, plusieurs auteurs [par exemple 23-26] ont témoigné de leur travail en détention auprès des auteurs de violences sexuelles montrant encore une fois la nécessité d'un temps d'évaluation [23], la combinaison d'outils nord-américains axés sur la prévention de la récurrence et sur l'acte à des postures plus cliniques ou humanistes, où la personne détenue est prise en compte dans sa globalité et l'importance d'un temps motivationnel [24, 26]. Saetta [12] dans son étude ethnographique d'un établissement pénitentiaire et d'un service de soins spécialisés rapporte

un temps pré-thérapeutique dont l'objectif est « moins d'effectuer un diagnostic que d'évaluer l'attitude de l'individu et notamment son désir de soin ». Il s'agit de « faire venir le détenu, l'évaluer, susciter et entrevoir un désir de soin. Cette phase (...) vise à transformer l'opportunisme en désir de soin ». Il souligne d'ailleurs à ce titre dans l'exercice d'amener le détenu au soin, l'intervention d'un professionnel non encore mentionné dans les autres travaux. Il s'agit du psychologue du parcours d'exécution des peines qui est notamment chargé d'informer oralement le détenu incarcéré de la possibilité d'entreprendre des soins. Saetta comme Le Bas et *al.* [24] démontrent aussi la nécessité d'un travail autour de la collaboration entre professionnels de la santé et de la justice pour que les soins puissent se dérouler sans encombre. Ainsi, outre des arrangements matériels (disposition de salle par exemple) peut-on lire des formes de contractualisations ou d'accords mis en place, pour notamment que les détenus puissent rester le temps du programme sur un même lieu de détention [24, 26]. Par son travail d'observation, Saetta [12] relève que ce sont les équipes qui vont rencontrer, chercher les potentiels patients, qu'elles sont actives dans cette démarche de provoquer la demande. Mais il fournit aussi des détails quant au lien qui peut s'établir entre santé et justice pour orienter le parcours du détenu et faire que ce dernier devienne un patient : « La convention cadre a décrété l'affectation d'un agent de l'administration pénitentiaire au DSAVS [Dispositif de soins pour les auteurs de violences sexuelles] (...). Une présence prolongée au sein du service permet de remarquer que ses missions ne visent pas uniquement à surveiller mais concernent également le dispositif d'incitation aux soins. Un document (...) intitulé « Attentes au niveau des missions du surveillant pénitentiaire », le charge « de la distribution quotidienne dans les quartiers de la détention des bons de rendez-vous mis en main propre aux patients ».

En 2017, Gautron et *al.* ont réalisé une recherche de niveau 4 intitulée *Se soigner sous la contrainte : une étude du dispositif de l'injonction de soins* [14] pour la Mission de Recherche Droit et Justice. Ils ont étudié 99 affaires sur un territoire français donné, comprenant 229 expertises (127 pré-sentencielles, 91 de pré-libération et 11 en milieu ouvert). En complément de ce matériau, ils ont réalisé une trentaine d'entretiens de type ethnographique auprès de 7 magistrats (3 juges d'application des peines, 2 magistrats du siège et 2 du parquet), 11 conseillers et un directeur du service pénitentiaire d'insertion et de probation, 6 psychiatres, dont deux étaient médecins coordonnateurs et deux étaient experts, et enfin 6 psychologues dont deux étaient aussi experts. Une partie de leur rapport est consacrée aux prises en charge en milieu carcéral.

Concernant l'incitation aux soins, ils indiquent que « dès l'incarcération, les agents de probation abordent la question de la prise en charge thérapeutique à l'occasion de leurs entretiens avec les détenus, dans un premier temps pour lever d'éventuelles résistances et expliquer l'intérêt d'un tel suivi, ensuite pour évaluer leurs évolutions au fil de la détention ». Rejoignant les observations de Saetta [12], Gautron et *al.* notent aussi qu'outre les CPIP, « l'ensemble du personnel pénitentiaire se mobilise autour de l'incitation au soin ». Ils relèvent aussi le sentiment des CPIP qui estiment que l'offre de soins est d'une part diversifiée (entre le SMPR, le CSAPA, les associations de type Alcooliques anonymes) et d'autre part « trop décentrée du passage à l'acte ». Il ressort aussi la difficulté, avec la mise en place des Programmes de Prévention de la Récidive (PPR) réalisés par les CPIP en direction des détenus, une confusion et parfois des tensions entre personnel pénitentiaire et soignants : « Ces nouvelles formes d'intervention génèrent parfois quelques tensions avec les professionnels du SMPR, lorsque les thérapeutes ne jugent pas la méthode adaptée pour tel ou tel condamné dirigé vers

un PPR. Un CPIP évoque pour sa part un phénomène de concurrence, les soignants organisant leurs propres groupes de parole, de sorte qu'ils communiqueraient peu sur leurs dispositifs respectifs ».

Du point de vue du soin et de sa mise en place, Gautron et *al.* rappellent le constat fait ici d'une diversité des manières de faire. Ils précisent cependant que « les textes prévoient que le chef d'établissement signale immédiatement aux psychiatres l'incarcération de tous les délinquants sexuels condamnés ou non à un SSJ assorti d'une injonction de soins (art. R57-8-4 CPP) ». Selon les SMPR, les condamnés peuvent avoir à écrire un courrier formalisant leur demande de prise en charge. Bien souvent, c'est alors un infirmier qui réalisera le premier entretien, informant sur l'offre de soins et visant à recueillir des informations, à la fois cliniques et pénales. Il s'agit aussi, « de créer un lien de confiance propice à la poursuite des rencontres mais aussi, par une déconstruction des représentations des condamnés, de lever les résistances vis-à-vis de l'approche psychothérapeutique. Par cette approche « pré-thérapeutique », ils espèrent dépasser progressivement la contrainte et les faire accéder à une véritable démarche de soin ». Ce rapport de recherche pointe aussi la question des temporalités souvent longues pour les détenus condamnés à un suivi socio-judiciaire entraînant des mutations des détenus comme des professionnels mais aussi des stratégies de « pauses thérapeutiques » souvent incomprises par les professionnels de la justice (JAP et CPIP) mais également par les experts. Enfin, le rapport fait état d'une faible proportion de détenus à ne pas adhérer au dispositif de soin proposé, malgré une difficulté plus accrue à mobiliser les jeunes délinquants sexuels.

Par l'ensemble de ces travaux, par la multitude d'innovations, de propositions de prises en charge, il est possible de mesurer la diversité des activités menées auprès des détenus et les différences de durée des programmes mis en place. Par conséquent, lorsque les détenus sortent d'incarcération et ont à entreprendre un suivi thérapeutique en milieu ouvert, certains ont pu déjà être pris en charge pendant plusieurs années, ou pas, avoir travaillé, ou non, sur les faits pour lesquels ils avaient été condamnés etc. C'est donc relativement inégaux qu'ils se présentent au nouveau thérapeute. Cependant eu égard aux parcours, il ressort de l'ensemble de la littérature relative à la prise en charge en détention, que les auteurs de violences sexuelles se seront tous vus proposer des soins, conformément à la législation, cette incitation aux soins se déroulant différemment selon les lieux, que ceux qui auront consulté le service de soins auront bénéficié d'une évaluation, différente aussi selon les lieux, et auront pu s'inscrire dans une prise en charge individuelle et/ou de groupe, par des psychiatres et/ou des psychologues et/ou des infirmiers, dont les outils et objectifs varient aussi selon les lieux et les professionnels. La littérature fait aussi régulièrement référence à la notion de pré-thérapeutique. On a pu voir que cette dernière recouvre diverses acceptions (du temps informatif, motivationnel, évaluatif, voire de l'ensemble de la prise en charge réalisée en détention alors perçue comme l'amorce de la thérapie).

Aux prises en charge en milieu ouvert

La littérature sur les auteurs sexuels et sur les soins proposés en milieu ouvert apparaît quelque peu différente de celle consacrée aux prises en charge en détention. Si l'on trouve comme pour cette dernière des témoignages de la pratique et des présentations de dispositifs, davantage d'enquêtes ont été réalisées par des équipes, en particulier après 2010, sur les prises en charge, leurs modalités et leurs publics ainsi que des rapports prenant appui sur le discours des professionnels.

En 2011, le rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soins [27] insistait sur l'importance de maintenir une continuité dans la prise en charge entre la détention et le milieu ouvert, précisant que « la récidive intervient souvent dans les mois qui suivent la sortie de prison et [qu'] il est donc crucial que le suivi socio-judiciaire et l'injonction de soins soient effectifs dans les jours qui suivent la sortie et non pas, comme la mission l'a constaté en consultant certains dossiers d'auteurs de violence sexuelle y compris dangereux, dans les mois qui la suivent ». Pour se faire, il est ainsi préconisé que « les premiers rendez-vous se réalisent dans un très court délai si possible avant la sortie » et fait remarquer que « lorsque la personne est un criminel particulièrement dangereux (par référence à l'article 706-53-13 du code de procédure pénale, qui traite de la rétention de sûreté et de la surveillance de sûreté), la première convocation par le médecin coordonnateur doit intervenir avant sa libération, ainsi que le choix du médecin traitant. S'agissant du médecin coordonnateur, l'article R. 3711-8 du code de la santé publique prévoit sa désignation précoce avant la libération « dans la mesure du possible » et la rend obligatoire pour certaines infractions ». De plus, l'article R. 3711-17 du code de la santé publique prévoit quant à lui que « le médecin traitant soit désigné « dans la mesure du possible » avant la libération du condamné ». Ainsi dans le cas où le traitant ne pourrait être disponible immédiatement, le rapport invite à favoriser, si elle est possible, une consultation post-pénitentiaire. Malgré ces recommandations, en 2011, le rapport sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel, [10] soulignait à nouveau et à plusieurs reprises l'insuffisance des structures de prise en charge en milieu ouvert, entre autres dans le secteur public, ainsi que la pénurie de médecins coordonnateurs. Les auteurs du rapport font par conséquent ressortir la difficulté pour les personnes en injonction de soins d'accéder au soin, notamment du fait des délais d'attente de rendez-vous trop importants, de refus, de consultations irrégulières ou espacées. Néanmoins, à côté des structures classiques de secteur (CMP), des structures spécialisées se sont créées, certes en faible nombre, sur le territoire. Ils ajoutent à cela le fait que l'accès au secteur libéral n'apparaît pas moins compliqué d'accès, mettant en avant un coût trop prohibitif. Dans ce secteur, les patients s'adresseraient donc en priorité aux psychiatres dont les consultations sont, au moins partiellement, remboursées, contrairement aux consultations des psychologues. En 2017, l'étude de Gautron et al. [14] en arrive au même constat : « Notre étude confirme en effet des difficultés de prise en charge au démarrage du suivi médical en milieu ouvert, qui concernent peut-être davantage les quelques condamnés qui n'ont pas été condamnés préalablement à une peine privative de liberté. Les thérapeutes ne se bousculent pas pour prendre en charge les personnes sous main de justice, *a fortiori* lorsqu'il s'agit de délinquants sexuels, de sorte que le principe de liberté de choix du psychiatre ou psychologue traitant n'est le plus souvent que pure théorie ». Néanmoins, les services de la psychiatrie de secteur demeurent tant pour l'injonction que pour l'obligation de soins majoritairement sollicités. Certains CMP refuseraient tout public placé sous main de justice tandis que d'autres requerraient, avec un objectif de dissuasion, une lettre de motivation de la part des personnes condamnées, ou encore une copie du jugement. En 2014, Arena [28] faisait état d'un certain nombre de questionnements autour de ces prises en charge tout en pointant les conséquences produites sur le parcours des auteurs de violences sexuelles, synthétisant en quelque sorte les propos rapportés des soignants par Gautron et al. Elle déplorait que pour les auteurs d'agressions sexuelles, « rien n'a été prévu en milieu ouvert. Comment organiser les soins hors des murs de la prison ? (...) Les psychiatres de secteur ont reçu tant bien que mal les auteurs de violences sexuelles, intégrés dans la file active habituelle de leur consultation, avec un sentiment très fort de ne

pas répondre correctement à la demande ». Elle poursuit son questionnement ainsi : « comment engager des soins avec un individu qui n'est pas demandeur ? Ces sujets ne se plaignent de rien et sont dans le refus d'un questionnement. Que dire des traitements ? Du côté du sujet : le déni, la minimisation, la banalisation des actes transgressifs commis. Du côté des soignants : des difficultés pour engager des soins avec, comme prétextes évoqués, l'absence de demande, d'empathie, l'incurabilité du pervers, le contre-transfert négatif par rapport à des histoires inaudibles et des crimes irréprésentables ». D'où l'initiative de penser un lieu spécifique dont l'objectif n'est plus de soigner un sujet « malade » mais « de proposer un accompagnement psycho-éducatif, de proposer un espace de parole en évitant ainsi, si possible, la récurrence pour protéger des victimes potentielles » [28, 29].

Concernant la continuité des soins, peu voire pas discutée dans la littérature, Gautron et *al.* indiquent que « désormais les psychiatres et psychologues du SMPR poursuivent leurs prises en charge en milieu ouvert. Ils assurent des permanences extérieures par demi-journées ». Cette continuité présenterait alors l'avantage pour les patients de se voir « épargner la honte, la crainte et la fatigue d'avoir à répéter de nouveau leur histoire et les infractions commises ». Et, « lorsqu'ils ne poursuivent pas leur suivi, ces soignants accompagnent néanmoins le futur sortant de prison dans ses démarches pour trouver un thérapeute à la sortie. Ils expliquent le déroulement de l'injonction en milieu ouvert, notamment le rôle du médecin coordonnateur ». C'est aussi ce qu'indiquait Boudon-Bruzel [26] qui écrivait en 2010 qu'« afin de constituer un réseau de soins, ce qui permettrait d'adresser les patients à leur sortie à des professionnels identifiés, voire à des partenaires, les coordonnées du psychothérapeute sont demandées à chaque patient sortant de la session ». A Bruxelles, il semble que la situation soit similaire quant à la difficulté à trouver des thérapeutes acceptant de telles prises en charge, mais aussi organisée par une structuration des liens partenariaux afin d'y répondre : « Du côté des intervenants de santé, la question de la « thérapie sous contrainte » fait toujours débat. Certains refusent de coopérer avec la justice en argumentant que la demande doit émaner du patient et pas d'un tiers. L'aide contrainte est considérée comme paradoxale. De plus, la question de la délinquance sexuelle peut susciter des craintes chez les thérapeutes. C'est pourquoi, après l'évaluation clinique de chaque AICS, le CAB [Centre d'appui bruxellois] est chargé de rechercher et sélectionner une équipe offrant un cadre thérapeutique adapté à sa problématique » [30]. Par ailleurs, « à Bruxelles, la commission communautaire française a agréé deux équipes de santé spécialisées qui disposent d'un double dispositif de traitement, individuel et en groupe. Le CAB y oriente les AICS ayant un diagnostic de problématique sexuelle déviante. Etant donné l'insuffisance de places disponibles et la variabilité des profils d'AICS, le CAB oriente aussi des patients vers d'autres équipes thérapeutiques. Il communique à cette équipe un avis d'évaluation détaillé et prend contact avec le thérapeute pour aménager la prise en charge. En cas d'admission, le CAB transmet à l'équipe thérapeutique le dossier judiciaire et les documents officiels. Une convention de traitement est alors signée entre l'équipe thérapeutique, le justiciable-patient, l'assistant de justice et le CAB. Elle fixe le cadre et la durée de l'intervention » [30]. En somme le Centre d'appui bruxellois fonctionne dans une certaine mesure comme les centres ressources français, avec des missions communes⁴⁶, mais aussi supplémen-

46. Les missions du CAB sont composées de 8 volets : 1. Remplir une fonction de consultant pour les intervenants du réseau ; 2. Assurer une fonction de coordination à l'attention des équipes spécialisées dans la guidance et le traitement des AICS ; 3. Contribuer à une meilleure connaissance de la problématique de la délinquance sexuelle ; 4. Mettre à disposition des informations scientifiques et de la documentation ; 5. Organiser des formations spécifiques pour les intervenants du réseau en concertation avec ceux-ci ; 6. Participer à des recherches

taires, dans la mesure où il intervient dans l'orientation du patient, ce qui le rapproche aussi du médecin coordonnateur.

Une fois un thérapeute trouvé, il s'avère parfois complexe de le conserver. En effet, Gautron et *al.* [14] écrivent que « plus de la moitié des condamnés de l'échantillon visés par une injonction de soins a connu un changement de thérapeute pendant le suivi (57,2%), un sur quatre plusieurs fois ». Ces thérapeutes sont majoritairement des psychiatres et plus rarement des psychologues. Dans leur échantillon un thérapeute sur dix relèverait du secteur libéral. Les changements de thérapeutes seraient entre autres raisons, liés au déménagement de la personne condamnée, à la mutation du professionnel ou encore à une réorganisation de service.

Ces modalités pratiques des parcours de soins des auteurs de violences sexuelles présentées, il convient à présent de s'intéresser non pas tant, une nouvelle fois, au contenu, c'est-à-dire aux modalités thérapeutiques, mais à la forme des prises en charge. À cet égard, Coutanceau présentait en 2002 [31] le fonctionnement de l'antenne de psychiatrie et psychologie légales, unité fonctionnelle spécialisée et greffée à un CMP. Il en fait le descriptif suivant : « Il est proposé à chaque consultant un entretien d'accueil et d'évaluation, puis un espace thérapeutique variable par sa fréquence (hebdomadaire ou bimensuelle), par son cadre (individuel, groupe, couple, familial), par la durée des séances (30 à 45 minutes en individuel, 1h 30 à 2 heures pour les groupes) ».

Concernant le premier entretien Coutanceau signale qu'il est « à la fois un moment d'évaluation, un travail sur la compréhension par le sujet de sa motivation thérapeutique (souvent un peu floue). Ce temps d'accueil et d'évaluation débouchera tantôt en une proposition de quelques entretiens, tantôt sur une thérapie à durée déterminée ou encore sur un suivi psychologique longitudinal structuré à durée indéterminée (ou accompagnant la mise à l'épreuve). L'évaluation est de type pluridisciplinaire (psychiatrique, psychologique, psychosexologique, psychocriminologique) ».

Enfin, du point de vue thérapeutique, Coutanceau préconise un abord dit multi-axial, c'est-à-dire une prise en charge comprenant une prescription médicamenteuse, un travail psycho-thérapeutique, sur l'intrapsychique, un recours aux techniques de l'apprentissage et un abord systémique. Dans ce cadre, si la thérapie est déterminée par l'évaluation, il reste que le contenu, les critères évalués dans chacun des quatre domaines mentionnés ne sont pas détaillés.

C'est dans la même structure qu'interviennent Smith et Petibon qui en 2005 ont décrit [32] les groupes de prévention de la récidive qu'elles mènent donc en milieu ouvert. Elles indiquent d'emblée qu'il est apparu compliqué pour des raisons pratiques d'appliquer le modèle des thérapies cognitivo-comportementales tel qu'il est réalisé sur le continent nord-américain. En effet, « l'organisation en modules au sein d'un programme pré-établi nous a paru trop rigide et s'est avérée difficile à accepter de la part de nos patients qui vivaient alors la thérapie sur un mode scolaire et infantilisant (...). Au niveau du cadre proposé enfin, le programme d'origine, intensif et nécessitant plusieurs heures par semaine, nous semblait peu compatible avec la prise en charge que nous étions en mesure de proposer, soit une heure trente tous les quinze jours ». C'est aussi ce que soulignent certains professionnels interrogés par Alvarez et Gourmelon [21], les thérapeutes français rappelant et comparant leurs disponibilités, effectifs et ratio effectif professionnel/nombre de patients à ceux par exemple de l'Institut Philip Pinel de Montréal. Les auteurs indiquaient en 2002 dans un autre ar-

scientifiques ; 7. Echanger régulièrement avec les autres centres d'appui pour partager informations et expérience ; 8. Rédiger un rapport annuel d'activités [30].

ticle [33] que les groupes de prévention de la récidive peuvent durer de une à quatre années. Elles s'inspirent directement des travaux sur la chaîne délictuelle de Pithers [34] et complètent leur cadre thérapeutique par une approche analytique et pragmatique. Elles ne travaillent donc pas selon un programme déterminé.

Par ailleurs, elles argumentent le choix du groupe plutôt que celui d'une prise en charge individuelle à partir des caractéristiques psychopathologiques notamment, des patients : « La plupart des auteurs d'agressions sexuelles sur enfants sont une indication de psychothérapie de groupe. En effet, l'absence de capacités d'introspection ou d'élaboration, une ambivalence face au suivi, l'importance de l'égoïsme et la fragilité narcissique, les mécanismes pervers – dont l'emprise, le déni d'altérité, la manipulation, la séduction... – sont des caractéristiques fréquentes de ces patients. Si ces éléments psychopathologiques entravent considérablement le travail psychothérapeutique individuel classique, ils peuvent néanmoins être réduits lorsqu'ils sont abordés par l'intermédiaire du groupe » [32]. Il demeure cependant des contre-indications à la participation au groupe. Elles estiment en ce sens que les patients psychotiques non stabilisés constituent une contre-indication majeure. Tardif [35] complète la liste des contre-indications à la participation à un groupe en indiquant que les délinquants psychotiques, les déficients mentaux ou ayant des troubles organiques ne sont pas accessibles au groupe : « certains patients qui présenteraient des déficits trop importants de l'estime de soi, la présence de traits paranoïdes ou encore l'émergence d'un épisode dépressif ne peuvent bénéficier de cette modalité thérapeutique, à tout le moins en première instance ».

Par la suite plusieurs auteurs signent des articles faisant état des soins pénalement ordonnés en psychiatrie de secteur. Ainsi Rault, Latourelle et Piquemal présentent en 2006 [36] le travail mis en place à destination des agresseurs sexuels à Niort (79). De même que Smith et Petibon [32], ils privilégient l'approche groupale. Les groupes sont semi-ouverts et comprennent cinq ou six patients. Ils se déroulent sur une durée allant de 18 mois à trois ans, à raison d'une séance d'1 h 30 tous les quinze jours. Leur prise en charge débute par une évaluation menée en binôme par un psychologue et une infirmière axée autour de la biographie, incluant le parcours scolaire et professionnel, la vie affective et sexuelle et le positionnement par rapport aux faits. Le dispositif mis en place par ces auteurs a la particularité de réunir dans des temps communs, une fois tous les deux mois, le patient, les soignants et le service pénitentiaire d'insertion et de probation, dans l'objectif de « vérifier d'abord que l'obligation de soins est bien respectée et surtout de souligner, de travailler l'écart entre la réalité du jugement, de la condamnation ou de la victime par exemple (écart comme résultat des modes de défense, de déni et de clivage du sujet) avec pour but ici de travailler et d'assouplir ces éléments défensifs. Ces réunions triangulaires font pour nous partie intégrante du dispositif de soin... » [36].

Cagnoli et al. [37] présentent quant à eux un dispositif différent au sein d'une consultation spécialisée au CMP de Perray-Vaucluse Paris. Ils indiquent en ce sens que « le parcours du sujet auteur de violences sexuelles débute par une évaluation pluridisciplinaire qui lui est annoncée dans son premier rendez-vous avec le médecin ». L'évaluation est construite en trois axes (médico-psychiatrique, psychanalytique, psychomotrice) et dure de trois à six mois. Les auteurs y voient l'intérêt de consolider l'alliance thérapeutique. Cette évaluation permet ensuite d'ouvrir sur le projet thérapeutique décidé en synthèse et proposé par le médecin au patient.

De leur côté, Di Rocco et Ravit décrivent [38] la manière dont ils conçoivent l'approche des auteurs de violences sexuelles, indiquant que la demande de soin ne constitue

pas le fondement de la relation de soin, fondement qu'ils situent davantage dans la possibilité pour le patient de pouvoir se confier. Aussi selon eux, la justice « contraint avant tout à une rencontre avec un clinicien ». Ce n'est que dans un deuxième temps que le clinicien aura à « intégrer dans le cadre de sa prise en charge, comme « méta-cadre » les éléments issus des procédures judiciaires », tels que les jugements, expertises... ». Il n'est dans leur travail pas fait mention d'évaluation préalable à la prise en charge, à l'inverse de celui déjà mentionné de Arena [28], qui après avoir éprouvé la nécessité de mettre en place un lieu de consultation spécialisé, décrit le fonctionnement du CMP de Noisy-le-Sec (93). Le patient se rendant au CMP sera accueilli par un infirmier. Ce premier contact consiste à comprendre le parcours judiciaire du patient, sa situation socio-professionnelle, les obligations qui lui ont été signifiées. L'infirmier nomme les qualifications pénales et « centre d'emblée le travail autour des actes délictueux commis ». Ce premier contact qui permet de rassurer la personne se poursuit par la proposition d'une consultation pour évaluation. Cette dernière est réalisée en plusieurs entretiens par un binôme, psychiatre/infirmier ou psychologue/infirmier. Les critères alors évalués sont les suivants : les antécédents personnels, familiaux, judiciaires, les addictions ; la biographie du sujet ; la vie affective et sexuelle, l'état actuel incluant les troubles psychiatriques, les troubles de la personnalité ; l'étude du passage à l'acte, prenant en compte les facteurs criminologiques ; le contexte pré-délictuel, faisant état des signes avant le projet délictuel ou criminel ; le choix de la victime, la fréquence, le contrôle pulsionnel ; le ressenti par rapport à l'arrestation ; le rapport au soin, reprenant l'adhésion au soin, les traitements antérieurs, actuels ainsi que les suivis en prison.

D'autres professionnels, tels que Le Bodic et *al.* [39], sans constituer de structure spécialisée, ont néanmoins estimé nécessaire la mise en place d'un dispositif pour les personnes placées sous main de justice au sein d'un secteur de psychiatrie (56). Les auteurs décrivent ainsi leur organisation : « le dispositif mis en place suppose qu'afin d'obtenir un rendez-vous dans le contexte des soins pénalement ordonnés, les personnes fassent préalablement parvenir un courrier au chef de service. Nous attestons de la réception du courrier et demandons par retour aux personnes de nous transmettre tous les documents concernant le jugement : la copie du jugement relatif à votre situation ; tous documents permettant d'éclairer les motivations de ce jugement (avis médicaux, conclusions d'expertise etc...) ; les coordonnées du médecin responsable des soins qui vous sont dispensés ; un compte-rendu synthétique relatif à la démarche que vous avez engagée et ce que vous attendez de la poursuite d'une prise en charge.

Le service pénitentiaire d'insertion et de probation, de même que le médecin coordonnateur ont connaissance de la mise en place de ce dispositif. Aussi, sont-ils susceptibles d'informer les personnes condamnées de la démarche à suivre pour obtenir un rendez-vous. Recevoir ces documents directement du patient (et non du médecin coordonnateur ou du juge comme cela est possible) nous permet de poser avec lui la raison de sa présence, ce qu'il en comprend et de vérifier la manière dont il se situe par rapport aux faits qui lui sont reprochés ». A la réception du courrier, les auteurs proposent une évaluation menée autour de cinq axes : « Les trois ou quatre premiers rendez-vous sont consacrés à une évaluation de la situation de la personne, réalisée par un psychologue et discutée avec un collègue psychologue et le chef de service. L'objectif est ainsi de faire en sorte que tous rencontrent le psychologue qui de son côté répertorie l'ensemble de ces situations. Cette évaluation est ordonnée autour 5 axes : 1/ le contexte de la rencontre et le cadre légal dans lequel elle s'inscrit, 2/ les

antécédents personnels et familiaux, 3/ les antécédents médicaux et éventuellement psychiatriques, ainsi que les éléments sémiologiques, 4/ la perception et le vécu du ou des actes, 5/ la perception du soin et de sa contrainte, la demande, la mise en place ou non du suivi et sa nature. La passation de tests projectifs peut venir compléter cette évaluation. À l'issue de cette dernière, sont décidées la mise en place ou non d'un suivi, sa régularité, sa nature (suivi psychologique et/ou suivi psychiatrique) et son orientation ».

Tesson et *al.* en 2012 [40] ont réalisé une étude construite à partir de deux questionnaires envoyés aux médecins coordonnateurs de Haute-Normandie, regroupant un total de 100 personnes suivies dans le cadre d'une injonction de soins. Ils font ressortir que dans 77 % des cas, c'est un psychiatre qui prend en charge, dans 21 % c'est un psychologue, en collaboration ou non avec un psychiatre et dans 7 % c'est un autre médecin (alcoolologue ou généraliste). Ils montrent par ailleurs que certains médecins traitants se « montrent réticents à l'utilisation des traitements anti-androgènes, le plus souvent parce qu'ils maîtrisent mal les conditions de leur prescription et la surveillance nécessaire ». Concernant les prises en charge des sujets en injonction de soins, 21 % des sujets reçoivent un traitement psychotrope, « 7 reçoivent des neuroleptiques à action prolongée et 5 des anti-dépresseurs, les autres ne reçoivent aucun traitement médicamenteux ». Ils ajoutent que seuls 6 sujets bénéficient d'un traitement anti-androgène. A l'inverse, tous ont une psychothérapie de soutien. Aucun des patients n'était intégré dans une thérapie cognitivo-comportementale spécialisée, « faute de professionnels spécialisés dans la région ». Du point de vue des diagnostics rencontrés, les auteurs rapportent donc pour leur échantillon qu'un diagnostic de paraphilie concernait 19 % des patients, dont 10 % de pédophiles et 9 % d'exhibitionnistes. 7 % avaient un diagnostic de schizophrénie, 50 % présentaient une addiction, dont 53 % à l'alcool et 12 % au cannabis. 65 % présentaient des troubles de la personnalité dont 20 % antisociale. 6 % avaient un retard mental et 2 % une pathologie cérébrale. On retrouve des résultats plus ou moins similaires dans l'enquête parue en 2014 et conduite par Halleguen et Barrata réalisée dans les régions Alsace et Lorraine [5].

A partir d'une enquête menée par questionnaires auprès des 16 médecins coordonnateurs de la région, et dont 6 ont répondu (soit 50 patients), Halleguen et Barrata observent que « la majorité des sujets a choisi un médecin traitant (82 %), le psychologue traitant constitue une alternative choisie par 18 % de l'échantillon ». Pour 40 % des patients, c'est un psychiatre exerçant en CMP qui assure la prise en charge et pour 38 % un psychiatre installé en libéral. 4 % consultent un alcoolologue. Dans 16 % des cas, le suivi est assuré par un psychologue en CMP alors que dans 2 % des cas, il l'est auprès d'un psychologue en libéral. Dans cette enquête, ce sont donc 56 % des patients qui bénéficient d'une prise en charge en CMP, par un psychiatre ou un psychologue.

Du point de vue des traitements proposés, leur étude montre que dans 66 % des situations, il s'agit d'une thérapie simple, c'est-à-dire non spécifique, sans prescription pharmacologique associée. Dans 26 % des cas, des neuroleptiques sont associés à la psychothérapie et dans 4 % des cas, le patient s'est vu prescrire des antidépresseurs. Les auteurs de l'enquête commentent ces résultats, notamment au sujet de la psychothérapie, comme suit : « Le traitement concerne aussi bien des sujets présentant une pédophilie primaire, un retard mental ou un trouble de la personnalité. Un tel constat est intéressant, car il met en évidence la difficulté de traitement de tels sujets en adéquation avec les données actuelles de la science et pose les limites d'un cadre législatif certes cohérent, mais pour lequel les moyens médicaux, notamment en formation, ne sont pas toujours accessibles au présent ».

Comme pour le milieu carcéral, on observe donc en milieu ouvert, une diversité de pratiques, allant de consultations spécialisées à des prises en charge plus classiques. Il en va de même concernant l'évaluation.

En passant (plus ou moins) par l'évaluation

Nombreux sont en effet les auteurs à avoir signalé l'évaluation comme étape préliminaire à l'entrée dans un processus de soin. Cependant, nombreux sont aussi ceux à être restés plus ou moins imprécis quant au contenu de ces entretiens, n'indiquant bien souvent que des thématiques ou champs généraux, ne précisant pas nécessairement s'ils recouraient ou non à des outils d'évaluation (grilles, questionnaires, tests) et ne mentionnant pas toujours non plus l'objectif de ces évaluations en lien avec l'orientation thérapeutique. Autrement dit, quel résultat d'évaluation indique la mise en place d'un suivi et quel type de prise en charge. D'autres néanmoins y ont travaillé et ont entrepris d'en définir les contours. Ainsi, lors de la conférence de consensus de 2001, Coutanceau [41] établit une forme de « stratégie de prise en charge » tant en milieu fermé qu'ouvert. Son propos pour développer une telle stratégie est le suivant : « il y a lieu tout d'abord de procéder à une évaluation qui se doit d'être pluridisciplinaire (à la fois psychiatrique, psychologique, psychosociologique et psychocriminologique) ». Il présente ensuite les critères de l'évaluation. Cette dernière s'intéressera aux aspects biographiques, à la sémiologie, à la « quête de vécus émotionnels significatifs (...) [et à] la dynamique de leur gestion pour le psychisme du sujet », ainsi qu'à la présence ou non d'antécédents traumatiques, de types sévices, dans l'enfance. Du point de vue du champ affectivo-sexuel, Coutanceau invite à s'intéresser au couple parental, aux connaissances sexuelles, à la vie auto-érotique de l'individu, et préconise de produire une description de l'histoire psychosexuelle adulte concrète en portant un intérêt particulier sur l'axe relationnel.

D'un point de vue psychocriminologique, Coutanceau précise que « dans une évaluation de première intention, les éléments pré-délictuels ou présents au moment du délit sont souvent peu émergents du fait d'une position défensive du sujet lors de son interpellation, en début de processus judiciaire. En revanche, le positionnement post-délictuel (...) s'inscrit à notre sens comme éclairage fondamental dans l'appréciation du sujet dans l'après-coup de son passage à l'acte. On peut étudier par exemple le degré de reconnaissance des faits, celui de la contrainte exercée, le vécu surmoïque d'après-coup, l'appréhension ou non du retentissement psychologique pour la victime, le rapport à la loi ». Il suggère alors d'avoir recours à des échelles relatives à la reconnaissance ou au déni des faits. Enfin, l'analyse psychocriminologique décrira aussi le rapport à la situation et proposera une analyse du mode opératoire.

Par cette évaluation, Coutanceau détermine trois types de profils qui renvoient moins à des fonctionnements psychopathologiques et structuraux de la personnalité qu'à des « sensibilités dans la manière dont la personnalité réagit à l'interpellation sociale ». Ces profils établis, une orientation thérapeutique pourra alors être déterminée. Ainsi l'immature-névrotique relèvera d'une thérapie classique. L'immature-égocentrique étant quant à lui rarement dans une demande spontanée, bénéficiera de l'intérêt d'une obligation ou injonction de soins, qui sera préférentiellement réalisée sous la forme de groupes thérapeutiques. L'immature-pervers enfin s'avère complexe à prendre en charge malgré l'obligation de soin. Coutanceau perçoit davantage d'intérêt pour lui, dans une « évaluation longitudinale préalable pour tenter de modifier quelque peu leur positionnement, et finalement les rendre accessibles à une prise en charge thérapeutique *stricto sensu* ».

La psychothérapie individuelle sera en outre indiquée « pour les patients au niveau intellectuel au moins moyen, ayant des capacités d'auto-analyse, de symbolisation, d'*insight*, une attitude à saisir certains auto-leurres et une métabolisation authentique. L'approche groupale sera quant à elle pertinente pour les patients ambivalents face au suivi, ayant une lucidité suffisante, quel que soit le niveau intellectuel, faisant état d'un égocentrisme prévalent et d'une inhibition sociale habituelle ».

On retrouve une approche évaluative similaire dans l'entretien clinique criminologique tel que décrit par Hamon en 2002 [42]. Selon l'auteur, infirmier en centre pénitentiaire, « l'entretien criminologique s'intègre dans un dispositif d'investigation de l'agir transgressif et de son mode opératoire en repérant à la fois les motivations conscientes de l'individu et les dimensions inconscientes qui les sous-tendent. (...) Il est aussi un outil d'évaluation longitudinal offrant une vue instantanée de la problématique d'une personnalité où se profile la question de l'agressivité, de la dangerosité potentielle et du passage à l'acte, que celui-ci soit ou non un mode relationnel privilégié ». Il distingue cet entretien crimino-clinique de l'évaluation psychiatrique réalisée préalablement. Pour autant, « l'entretien crimino-clinique permet « un premier contact et renseigne sur la situation administrative de l'individu, déclinaison du ou des actes commis et l'ébauche d'un premier questionnaire sur le sens des agirs, leur place et leur contexte dans la vie du sujet ». Et il complète ainsi : « à défaut d'une demande clairement exprimée, ce temps est celui d'un questionnaire ou d'une prise de conscience relative concernant le ou les agirs (...). L'évaluation de la personnalité de l'individu se déroule au cours d'un ou plusieurs entretiens, ce qui laisse ainsi au sujet le temps d'une élaboration maturante et favorise l'ébauche d'une demande ». Comme pour Coutanceau [41], une évaluation de ce type remplit un double emploi. Celui de renseigner sur le parcours délinquantiel de la personne et sur le discours qu'elle tient à son propos dans un but d'évaluation du risque de récidive, et d'autre part de mettre l'auteur dans des dispositions « *ad hoc* » en vue d'un travail thérapeutique. Il ressort aussi par l'apparition du terme *criminologique* utilisé par ces deux auteurs qu'une distinction est clairement opérée avec le psychiatrique ou le psychologique, distinction qui suppose donc des objectifs de travail différents mais aussi des formations professionnelles complémentaires.

En 2009, la Haute Autorité de Santé, dans ses recommandations pour la prise en charge des auteurs d'agression sexuelle sur mineur de moins de 15 ans [4] distingue différents types d'entretiens et d'évaluations. Elle recommande tout d'abord de « réaliser un ou plusieurs entretiens à visée diagnostique, permettant d'établir s'il existe ou non une indication de soins et d'en définir les orientations et les modalités en s'appuyant sur toutes les informations dont on peut disposer ». Selon le rapport, cette évaluation va permettre de prendre la mesure des ressources et des vulnérabilités, dit autrement des facteurs de protection et de risque, susceptibles d'orienter le thérapeute dans le choix des modalités de soin à mettre en place. Dans ce cadre, l'évaluateur doit pouvoir réunir des données sociodémographiques, cliniques, c'est-à-dire recouvrant les champs suivants : antécédents personnels et familiaux, qualité des relations interpersonnelles, modalités de fonctionnement psychologique, de relation à la réalité et à la loi, recherche de troubles psychiatriques caractérisés et de troubles de la personnalité, description de la ou des paraphilies ». Une description du passage à l'acte est aussi conseillée de même qu'un recueil d'informations sur le cadre judiciaire est recommandé, en s'aidant autant que faire se peut, du dossier pénal. Le rapport propose en annexe une fiche récapitulative des informations à aller chercher durant cette première étape. Cette première évaluation est distincte de l'évaluation psychologique qui repose « avant tout sur l'entretien clinique ».

Enfin, elle suggère aussi la possibilité d'évaluer des dimensions plus spécifiques à l'aide d'outils « principalement d'origine anglo-saxonne ou issus d'études sur des populations francophones canadiennes ». Cependant, comme rappelé avec Vanderstukken et Benbouriche [1], « leurs propriétés n'ont pas toujours été évaluées sur des populations françaises ». Le rapport offre une liste de ces outils, citant entre autres le QICPAAS, le guide d'évaluation clinique, mais aussi les méthodes projectives. Les recommandations poursuivent en fournissant aussi des indicateurs servant à l'évaluation en cours de suivi, particulièrement relativement à l'amélioration du fonctionnement psycho-social et à l'activité sexuelle.

Chudizk présente en 2015 [42] une évaluation thérapeutique structurée en 6 temps tels qu'ils sont pratiqués au centre de soins et d'études des troubles externalisés (Centre psychothérapeutique de l'Orne) à Alençon (61). Six temps préalables à la mise en place d'une prise en charge thérapeutique dont le premier renvoie au premier entretien. Présentée comme une étape nécessaire, l'évaluation y prend différentes formes, mais il est toujours indiqué qu'elle sera conduite avant toute prise en charge, qu'elle « inclura une évaluation du risque de récurrence et de la personnalité. Cette évaluation a généralement pour objectif de spécifier un type d'agresseur et de lui proposer une prise en charge adaptée. Dès lors, l'évaluation est bien souvent systématisée tant dans sa réalisation que dans la forme qu'elle prendra ». Chudizk définit l'évaluation thérapeutique comme « un processus thérapeutique collaboratif bref, utilisant le bilan psychologique comme un « amplificateur d'empathie », afin d'aider les patients à modifier l'histoire qu'ils ont d'eux-mêmes pour une narration plus réaliste et indulgente qui permettra un changement ». Il considère alors ce premier temps avec les personnes sous main de justice comme une véritable intervention thérapeutique brève.

La première étape est donc consacrée à la « formulation des questions que la personne souhaite voir abordées dans l'évaluation ». L'objectif est ici de favoriser la curiosité de la personne sur elle-même, tout en la rendant active dans le processus. C'est aussi dans cette première rencontre que « nous expliquons le fonctionnement du service et notamment nos liens avec la justice, et notamment les services pénitentiaires d'insertion et de probation, les limites du secret professionnel ». Dans ce contexte, si le psychologue perçoit des réticences au début de l'entretien, il débute par des considérations techniques avant d'évoquer ensuite les raisons de la demande de consultation. Selon l'auteur, « cette première étape va consister avant tout à tenter de repérer et évoquer les différents moments où ils se sont sentis humiliés, trahis, jugés, dans les différents rendez-vous et les différentes rencontres avec des professionnels qu'ils ont eus dans leur parcours judiciaire ». Le critère fondamental est de faire en sorte que la personne ne soit pas confondue avec les actes commis.

Le deuxième rendez-vous porte sur les questions apportées par la personne. Vient ensuite la phase d'évaluation « conduite à partir et pour ces questions. Chaque test est choisi dans l'objectif de répondre à ces questions et nous expliquons à la personne pourquoi nous les choisissons. Généralement, certaines passations se prolongent par une enquête élargie qui consiste à aller explorer certaines réponses avec la personne pour comprendre le sens qu'elles peuvent avoir d'elle-même ». L'auteur a alors recours à une batterie de tests choisis en fonction des questions rapportées. Il distingue les questions actuelles pour lesquelles des tests tels que le MMPI, le Rorschach peuvent être utilisés, tandis que les questions relatives au passé feront plutôt appel à des échelles telles que la PCL-R de Hare. Le quatrième temps porte sur l'interprétation des résultats, en l'absence de la personne. Le 5^{ème} temps, nommé « la séance

d'intervention », sert quant à lui à « tester une hypothèse issue de l'interprétation des tests en lien avec une ou plusieurs questions de départ. L'objectif va être d'amener la difficulté dans la séance et d'essayer de la comprendre et d'y faire face avec la personne ». Enfin, le 6^{ème} et dernier temps est une séance de résumé-échange où sont discutés les résultats obtenus et les réponses apportées aux questions. Il s'agit aussi durant ce dernier temps, d'établir une orientation de suivi pour la suite. Bien souvent, notamment du fait des difficultés de relais, l'auteur poursuit lui-même la prise en charge.

La même année, Guay et *al.*, [44] indiquent dans un article que « l'évaluation est par conséquent la première étape de la mise en place de stratégies visant à favoriser la réinsertion sociale des PPSMJ » et ils poursuivent en complétant : « finalement, le processus d'évaluation du risque, peu importe sa forme, devrait être directement lié au processus d'intervention. On devrait donc prévoir une réflexion sur l'intensité de l'intervention et du suivi individuel (fréquence et durée des rencontres), sur les cibles prioritaires d'intervention, les modalités à préconiser (individuelles, groupales), et les caractéristiques des PPSMJ susceptibles d'influer sur le déroulement d'une intervention ». Selon eux, il s'avère nécessaire d'évaluer pour permettre que l'intervention, ou prise en charge soit proportionnelle au risque. Ils situent dès lors l'intervention clairement dans la prise en charge de la récidive, s'appuyant ici sur le modèle R-B-R déjà évoqué précédemment. Guay et *al.* présentent ce modèle, où le principe du risque « stipule que l'intensité de l'intervention doit être proportionnelle aux risques que posent les PPSMJ ». Cela vient renforcer la nécessité d'évaluer préalablement à la prise en charge. Celui des besoins renvoie à la prise en compte des facteurs de risque en lien avec les comportements infractionnels, celui de la réceptivité concerne « la façon dont sont mises en œuvre les interventions » (ici sont préconisées les TCC) [44, 45]. Se pose par conséquent de comment évaluer un tel risque de récidive. Les auteurs de l'article retracent succinctement l'histoire des outils d'évaluation insistant les profondes modifications que ces derniers ont pu connaître durant ces quarante dernières années. « Les principaux changements par rapport à l'évaluation basée sur le jugement clinique structuré concernent principalement deux choses : l'augmentation du niveau de structuration de l'évaluation et la nature des facteurs examinés ». S'ils indiquent qu'il existe plus de 150 outils d'évaluation répartis en trois générations (statiques, facteurs statiques et dynamiques, évaluation intégrée), il reste que deux courants se sont développés en parallèle, celui de l'évaluation de type actuariel et celui fondé sur le jugement clinique structuré. Du point de vue des facteurs de risque statiques et statiques, les auteurs décrivent le *big four* et le *moderate four*, qui, associés ensemble, sont considérés comme les meilleurs prédicteurs⁴⁷. Dans l'évaluation intégrée, fondée sur le modèle R-B-R, l'objectif est de pouvoir concevoir le programme de prise en charge. Les auteurs illustrent leur propos avec le LS/CMI, (*Level of service inventory/Case management inventory*), présenté comme un « instrument actuariel dynamique visant à évaluer le risque et les besoins criminogènes auquel on a ajouté des sections permettant la mise en place d'une intervention cohérente ». En effet, onze sections ont été pré-définies, les huit premières sections « servent à documenter de manière précise les principaux aspects à prendre en compte pour évaluer le risque et proposer un plan d'intervention », les trois dernières contribuant à renseigner la démarche de prise en

47. Concernant, le *big four*, les facteurs pris en compte sont « l'historique infractionnel et les antécédents judiciaires, les traits de personnalité antisociale, les attitudes antisociales et la fréquentation de pairs délinquants ». Pour le *moderate four*, les auteurs identifient les relations familiales et de couple, les problèmes relatifs à l'éducation et à l'emploi, les loisirs et les activités récréatives et enfin les consommations de drogues ou d'alcool.

charge, incluant, à partir du niveau de risque évalué, les modalités pratiques telles que la fréquence des rencontres, les objectifs de suivi etc.

Les auteurs illustrent enfin la manière dont se construit le jugement professionnel structuré, dont ils précisent qu'il constitue une forme d'intermédiaire entre l'évaluation clinique non structurée et l'évaluation actuarielle, tout en insérant dans son approche des éléments de l'évaluation intégrée. En somme la première étape dans une évaluation de ce type est de recueillir les informations relatives aux PPSMJ, telles que le dossier pénal, judiciaire et médical, les résultats d'évaluation psychologiques et psychométriques, la réalisation d'entretien avec la personne mais aussi avec son entourage proche, et enfin une observation directe (en unité de soin ou en groupe de parole). Puis, ils préconisent l'utilisation d'une échelle telle que la HCR-20.

Les auteurs présentant ces outils mettent en garde contre un usage de ces outils sans formation particulière et complémentaire, sans une connaissance des données scientifiques consacrées à la récidive. De plus, il n'est pas toujours aisé de savoir exactement à quels professionnels ces grilles s'adressent dans la mesure où elles combinent les approches visant la réinsertion sociale et celle ayant pour objectif le soin, qui sont dans le contexte français, des champs bien distincts. On repère d'ailleurs, qu'elles trouvent à s'adapter aux interventions des CPIP [46]. Cela renvoie aux propos de Vanderstukken et Benbouriche [1] sur la difficulté à appliquer ces modèles en France et à penser « les conditions nécessaires à l'implantation » de ces méthodes en France [47] et d'où aussi la volonté de certains professionnels cités ici, de travailler et d'articuler les liens entre santé et justice.

Conclusion

Il ressort de l'ensemble de ces travaux, des témoignages de soignants, comme des rapports de recherche, des enquêtes menées, qu'il est complexe d'obtenir une vision claire du parcours des patients. En somme, lorsqu'ils passent par l'incarcération, une multitude de professionnels de différents champs (justice, soin, administration pénitentiaire) tentera de les inciter au soin. Bien souvent, ils auront une évaluation, puis accès à une prise en charge individuelle et/ou groupale. A leur sortie, ils pourront bénéficier d'un nouveau suivi, souvent individuel, et bien souvent aussi, après évaluation. Si l'on se penche davantage sur les détails de cette trajectoire, les choses s'obscurcissent quelque peu. Notamment pour cet entre-deux que constitue la sortie d'incarcération. Peu d'écrits documentent la continuité des soins ou l'absence de continuité des soins. Cela apparaît logique dans la mesure où les auteurs témoignent de leurs pratiques et non des patients qu'ils ne voient pas, des patients sans thérapeute. De la même manière, les auteurs développent peu leur approche de l'évaluation et décrivent rarement la façon dont ils s'en servent pour décider des prises en charge conduites ensuite. Concernant les travaux nord-américains, on repère que les critères ou facteurs étudiés et pris en compte ne sont pas si différents de ceux mentionnés par une part des professionnels français, sans pour autant que ces derniers se rattachent nécessairement à ces courants. Il demeure cependant un décalage profond entre les deux continents, dans la formalisation de ces critères.

Bibliographie

1. Vanderstukken O, Benbouriche M. Interventions cognitivo-comportementales et prise en charge des auteurs d'agression sexuelle en France: entre Santé et Justice. *Psycho-criminologie: Clinique, prise en charge, expertise*, 2^{nde} édition revue, mise à jour et augmentée. 2012;235-41.
2. Bertsch I, Cano J-P. Approche motivationnelle auprès des auteurs de violences sexuelles : état de la littérature et aspects cliniques. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. juin 2015;25(2):4857.
3. Marshall LE, Marshall WL, Fernandez YM, Malcolm PB, Moulden HM. The Rockwood Preparatory Program for Sexual Offenders: Description and Preliminary Appraisal. *Sex Abuse*. 1 mars 2008;20(1):2542.
4. Haute Autorité de Santé - Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans. *Recommandations*. [Internet]. [cité 28 avr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_930913/fr/prise-en-charge-des-auteurs-d-agression-sexuelle-a-l-encontre-de-mineurs-de-moins-de-15-ans
5. Halleguen O, Baratta A. L'injonction de soins. À propos d'une étude réalisée sur les régions Alsace et Lorraine. *L'Encéphale*. févr 2014;40:42-7.
6. Baron-Laforêt S. Quels objectifs pour les soins aux auteurs de violences sexuelles ? Repères éthiques du soin obligé. *Psychiatries*. 2009;151:6776.
7. Couhet G, Rocquigny H de, Verdoux H. Soins pénalement ordonnés : étude des pratiques des psychiatres de la Gironde. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2012;8 vol 170:56972.
8. Ventejoux A, Hirschelmann A. Soins pénalement ordonnés et positionnements professionnels : des pratiques au carrefour de la Santé et de la Justice. *Pratiques Psychologiques*. 2014;2 vol 20:95110.
9. Boutet G. Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle (22 et 23 novembre 2001). *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. déc 2002;30:100513.
10. Rapport d'information N° 4421 de M. Étienne Blanc déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République, en conclusion des travaux d'une mission d'information relative à l'exécution des décisions de justice pénale: le suivi des auteurs d'in-
- fractions à caractère sexuel [Internet]. [cité 6 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i4421.asp>
11. Circulaire DHOS/F2/F3/DSS/IA n° 2008-356 du 8 décembre 2008 relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé - APHP DAJ [Internet]. [cité 28 avr 2018].
12. Saetta S. Inciter des auteurs d'infractions à caractère sexuel incarcérés à se soigner. *Ethnographie d'un établissement pénitentiaire et d'un service de soins spécialisés*. *Champ pénal/ Penal field* [Internet]. 29 févr 2016 [cité 28 avr 2018];(Vol. XIII). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/champpenal/9401>
13. Code pénal | Legifrance [Internet]. [cité 6 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719>
14. Gautron V, Grunvald S, Retière J-N, Dubourg E, Trémeau C. (Se) soigner sous la contrainte : une étude du dispositif de l'injonction de soin. *Rapport final. Mission de recherche Droit et Justice*. Juin 2017;473 p.
15. Mistretta MP. L'illusion du consentement du délinquant à l'acte médical et aux soins en droit pénal. *Revue internationale de droit pénal*. 2011;82(1):1939.
16. Lameyre X. Penser les soins pénalement obligés. Un impératif éthique. Les soins obligés. XXXIII^e Congrès français de criminologie Les soins obligés XXXIII^e Congrès français de criminologie Thèmes et commentaires. Paris: Dalloz, 2002, 70-85.
17. Guide de l'injonction de soins. | Base documentaire | BDSP [Internet]. [cité 5 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/404397/>
18. Trinquet S, Ferry D., Bruant M., Kahn J.P. *La chaîne d'agression : outil d'analyse et de prévention du passage à l'acte sexuel*. *Forensic*, 2002;9: 37-44.
19. Aubut J. *Les agresseurs sexuels : théorie, évaluation et traitement*. Montréal; Maloine ; 2000. 328 p.
20. Descarpentries F, Chapel J. *Les groupes thérapeutiques en prison. Santé mentale*. janv 2002;64:569.
21. Alvarez J, Gourmelon N. *La prise en charge pénitentiaire des auteurs d'agressions sexuelles : un objet révélateur d'évolutions institutionnelles et professionnelles*. *Mission de recherche Droit et Justice*. 2009. 192 p. [Internet]. [cité 28 avr 2018]. Disponible

- sur: <http://www.gjp-recherche-justice.fr/publication/la-prise-en-charge-pniteniaire-des-auteurs-dagressions-sexuelles-un-objet-rvla-teur-dvolutions-institutionnelles-et-professionnelles/>
22. Emeraud PY. Un dispositif de soins adapté aux détenus. *Soins Psychiatrie*. avr 2010;267:32-5.
 23. Chaufer A. Existe-t-il une spécificité de la clinique en milieu carcéral ? *Le Journal des psychologues*. 3 févr 2016;(334):2831.
 24. Le Bas P, Bonvalot T, Kerommes F, Gallas J, Palaric R, Roquebert A. Articulation santé et justice en milieu carcéral. *Soins Psychiatrie*. avr 2016;303:p.24-9.
 25. Cochez F, Lesueur M, Fayet M, Bouchard J-P. Prendre en charge des sujets relevant de l'injonction de soins. *Soins Psychiatrie*. 1 mars 2017;38:315.
 26. Bodon-Bruzel M. Un programme thérapeutique pour les personnes détenues. *Soins Psychiatrie*. 2010, 267, p. 29-31.
 27. Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soins - IGAS - Inspection générale des affaires sociales. 2011. [Internet]. [cité 6 avr 2018].
 28. Arena G. La prise en charge des auteurs de violence sexuelle. *Soins Psychiatrie*. Juillet 2014;293;20-3.
 29. Estano N, Arena G, Bouvry E, Brochet S. Pourquoi une consultation spécifique pour auteurs d'infractions à caractère sexuel : regard sur six années à l'Unité de Psychiatrie et Psychologie légales de Ville-Evrard. *Annales Médico-psychologiques*, Sous presse. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448718300660>
 30. Janssens M. Injonction de soins, le cas des délinquants sexuels de Belgique. *Soins Psychiatrie*. 2017;309 vol 38:402.
 31. Coutanceau R. Un espace thérapeutique. *Santé mentale*. janv 2002;64:328.
 32. Smith J, Petibon C. Groupes de prévention de la récidive destinés à des pédophiles : adaptation française. *L'Encéphale*. 1 nov 2005;31(5):528.
 33. Smith J, Petibon C, Racheter G-J. Prévenir la récidive. *Santé mentale*. janv 2002;64:523.
 34. Pithers W. D. Relapse prevention with sexual aggressors: A method for maintaining therapeutic gain and enhancing external supervision. In W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree (Eds.), *Applied clinical psychology. Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender* (pp. 343-361). New York, NY, US: Plenum Press, 1990.
 35. Tardif M. La psychothérapie de groupe avec les agresseurs sexuels adultes : approches psychodynamique et systémique. *Forensic: Revue de Psychiatrie et de Psychologie Légales*. 1 janv 2004;4:104.
 36. Rault A, Latourelle J, Piquemal A. Soigner des agresseurs sexuels à l'hôpital, Curing sexual offenders in hospital. *L'information psychiatrique*. 2006;82(2):1458.
 37. Cagnoli S, Laroche P, Pitteri F. Une consultation spécialisée pour les auteurs de violences sexuelles. *Soins Psychiatrie*. 2010;267:367.
 38. Rocco VD, Ravit M. La psychiatrie de secteur confrontée aux soins pénalement ordonnés. *Psychothérapies*. 26 juin 2014;34(2):7583.
 39. Le Bodic C, Michelot M, Robin D. Les soins pénalement ordonnés (II). Mise en place d'un dispositif d'accueil de patients sous main de justice au sein d'un service de psychiatrie de secteur. *Annales Médico-psychologiques*. 2015;2 vol 173:20310.
 40. Tesson J, Cordier B, Thibaut F. Loi du 17 juin 1998 : bilan de l'expérience des médecins coordonnateurs de Haute Normandie. *L'Encéphale*. 2012;2 vol 38:13340.
 41. Coutanceau R. Délinquants sexuels : stratégies de prise en charge et associations de techniques thérapeutiques, dans Collectif, *Psychopathologie et traitements des auteurs d'agression sexuelle* (Conférence de consensus, 22 et 23 novembre 2001), Paris, John Libbey Eurotext et Fédération Française de Psychiatrie, 2001, p. 307-313.
 42. Hamon F. L'entretien crimino-clinique. *Santé mentale*. janv 2002;64:66-73.
 43. Chudzik Lionel. Evaluation thérapeutique et obligation de soins. *Pratiques psychologiques*. 2015;vol 21(4):33143.
 44. Guay J-P, Benbouriche M, Parent G. L'évaluation structurée du risque de récidive des personnes placées sous main de justice : méthodes et enjeux. *Pratiques Psychologiques*. 2015;vol 21(3):235-57.
 45. Benbouriche M, Vanderstukken O, Guay J-P. Les principes d'une prévention de la récidive efficace : le modèle Risque-Besoins-Réceptivité. *Pratiques Psychologiques*. 2015;21(3):219-34.
 46. Lafortune D. Parcours : développement d'une stratégie de prévention de la récidive adaptée aux milieux ouverts. *Pratiques Psychologiques*. 2015;21(3):275-92.
 47. Guay J-P, Lafortune D. L'évaluation du risque de récidive et l'intervention basée sur les données probantes : les conditions nécessaires à l'implantation de méthodes structurées d'évaluation et d'intervention efficaces. *Pratiques Psychologiques*. 2015;21(3):293303

Existe-t-il des éléments d'évaluation partageables entre les différents acteurs ? Si oui, lesquels, et comment peut-on les partager ?

Julien DA COSTA

Interne de psychiatrie, UFR Médecine Toulouse – Purpan,
Université Paul Sabatier, Toulouse.

Notes sur les niveaux de preuve

Le(s) secret(s) professionnel(s), et *a fortiori* le secret médical, étant des concepts réglementés par la législation en vigueur, la majorité de nos sources est constituée par de la littérature juridique (lois, décrets d'application, décisions de justice, plans de l'Assemblée Nationale, etc.) où la gradation par niveau de preuve selon la méthodologie développée par la Haute Autorité de Santé n'est pas applicable.

Cependant, on peut voir que d'autres sources sont issues de la littérature grise, faisant état des dispositions existant lors de leur rédaction au vu de la législation alors en vigueur.

Enfin, il est à noter, concernant d'autres occurrences, qu'il s'agit pour la plupart d'avis d'experts.

Du (des) secret(s) professionnel(s)

Le secret professionnel correspond à l'interdiction faite à celui qui y est soumis de divulguer les informations dont il a été dépositaire. Il est une obligation et non un droit pour le professionnel qui y est soumis.

Définitions

En vigueur depuis l'instauration du nouveau code pénal en 1994, l'article 226-13 pose le principe de l'atteinte au secret professionnel. En effet, ce dernier énonce que « la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende ». De plus, le non-respect du secret professionnel, outre les sanctions pénales énoncées, peut faire encourir des sanctions civiles mais aussi disciplinaires.

Le secret professionnel est à distinguer de :

- Le devoir de réserve : « tout agent public doit faire preuve de réserve et de mesure dans l'expression écrite et orale de ses opinions personnelles. Cette obligation ne concerne pas le contenu des opinions, mais leur mode d'expression. » (1).

La violation de ce devoir ne peut être sanctionnée que sur les plans disciplinaire ou administratif ;

- Le devoir de confidentialité ou de discrétion professionnelle : énoncé par l'article 26 de la loi du 13 juillet 1983 (2), il affirme le principe selon lequel « les fonctionnaires sont tenus au secret professionnel dans le cadre des règles ins-

tituées dans le code pénal. Les fonctionnaires doivent faire preuve de discrétion professionnelle pour tous les faits, informations ou documents dont ils ont connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de leurs fonctions. En dehors des cas expressément prévus par la réglementation en vigueur, notamment en matière de liberté d'accès aux documents administratifs, les fonctionnaires ne peuvent être déliés de cette obligation de discrétion professionnelle que par décision expresse de l'autorité dont ils dépendent ».

La violation de ce devoir ne peut être sanctionnée que sur les plans disciplinaire ou administratif ;

- Le respect de la vie privée : « Chacun a droit au respect de sa vie privée. Les juges peuvent, sans préjudice de la réparation du dommage subi, prescrire toutes mesures, telles que séquestre, saisie et autres, propres à empêcher ou faire cesser une atteinte à l'intimité de la vie privée : ces mesures peuvent, s'il y a urgence, être ordonnées en référé. » (3).

Sa violation est sanctionnée sur le plan civil.

Définition large du secret professionnel, nous verrons que celui-ci possède des applications plus spécifiques et qu'il ne s'applique pas uniquement aux professionnels de la santé mais également à d'autres acteurs intervenant auprès, notamment, des auteurs de violences sexuelles.

Les personnes soumises au secret professionnel

Reprenant la définition de l'article 226-13 du code pénal, on distingue quatre situations possibles de soumission au secret professionnel : par état, par profession, par fonction ou mission temporaire.

Dans chacune des situations, un texte législatif ou réglementaire se doit de mentionner cette obligation au secret professionnel.

Soumises au secret professionnel par état

Concernant les ministres du culte, une circulaire de 2004 (4) a permis de préciser le contour des obligations en matière de secret professionnel.

Soumises au secret professionnel par profession

Pour être soumis au secret professionnel par profession, il est indispensable qu'existe un texte de loi stipulant que cette profession est soumise à ce dernier.

Sont notamment soumises au secret professionnel, les professions suivantes :

- Les infirmiers et les étudiants des écoles se préparant à l'exercice de cette profession (articles L.4314-3 et R.4312-4 du code de la santé publique) ;
- Les sages-femmes et les étudiants des écoles se préparant à l'exercice de cette profession (article R.4127-303 du code de la santé publique) ;
- Les médecins et les étudiants des écoles se préparant à l'exercice de cette profession (article R.4127-4 du code de la santé publique) ;
- Les assistants de service social et les étudiants des écoles se préparant à l'exercice de cette profession (article L.411-3 du code de l'action sociale et des familles) ;
- Les pharmaciens (article R.4235-5 du code de la santé publique) ;
- Les avocats (article 66-5 de la loi du 31 décembre 1971) (5) ;
- Les policiers et gendarmes (article R.434-8 du code de la sécurité intérieure) ;
- Le personnel de l'administration pénitentiaire (article 10 du décret du 30 décembre 2010) (6).

Soumises au secret professionnel par fonction ou mission temporaire

Les professionnels, quel que soit leur métier, qui exercent dans le cadre des missions ou fonctions suivantes sont « astreints au secret professionnel par mission » :

- Mission d'aide sociale à l'enfance (ASE) (article L221-6 du code de l'action sociale et des familles) ;
- Mission protection maternelle et infantile (PMI) (article L2112-9 du code de la santé publique) ;
- Mission revenu de solidarité active (RSA) (article L262-44 du code de l'action sociale et des familles) ;
- Les professionnels des services pénitentiaires de probation et d'insertion (SPIP) (article D.581 du code de procédure pénale) ;
- Les personnels des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) (article L345-1 du code de l'action sociale et des familles) ;
- Les personnes intervenant dans l'instruction, l'évaluation et l'orientation d'une demande SIAO (article L345-2-10 du code de l'action sociale et des familles) ;
- Les personnels participant à un service de soin (article L1110-4 du code de la santé publique) ;
- Les professionnels concourant aux enquêtes et instructions judiciaires (article 11 du code de procédure pénale) ;
- Les professionnels du service national d'accueil téléphonique pour l'enfance en danger (article 226-9 du code de l'action sociale et des familles) ;
- Les personnels de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) (article 5 du décret du 30 octobre 2013) (7) ;
- Les médiateurs et délégués du Procureur (article R15-33-34 du code de procédure pénale) ;
- Les membres des CCAS et CIAS intervenant dans l'instruction, l'attribution et la révision des admissions à l'aide sociale, ainsi que toute personne dont ces établissements utilisent le concours (article L133-5 du code de l'action sociale et des familles) ;
- Les personnels de l'assurance maladie (article L161-29 du code de la sécurité sociale) mais également ceux des organismes de sécurité sociale ;
- Certains professionnels intervenant dans le système de santé et des professionnels du social ou médico-social qui travaillent dans certains établissements ou services relevant de l'article L312-1 du code de l'action sociale et des familles (article L1110-4 du code de la santé publique).

Le cas particulier des psychologues

Dans la mesure où aucun texte de loi ne vient stipuler explicitement que les psychologues sont soumis au secret professionnel, il est donc à noter que cette profession n'y est pas soumise, du moins par profession.

Bien qu'il existe un code de déontologie des psychologues affirmant, dans son article 7 que « les obligations concernant le respect du secret professionnel s'imposent quel que soit le cadre d'exercice » ainsi que dans son article 19 stipulant que « le psychologue évalue avec discernement la conduite à tenir en tenant compte des dispositions légales en matière de secret professionnel », ce code de déontologie n'est pas

légiféré au même titre que le code de déontologie médicale, dont tous les articles sont inscrits dans le code de la santé publique.

Le code de déontologie des psychologues constitue donc une norme déontologique et non une norme légale. Le secret professionnel dont il est alors question ne peut s'entendre ainsi qu'au sens déontologique et non légal. Enfin, il est à noter qu'il n'existe actuellement pas d'ordre des psychologues qui pourrait avoir pouvoir de sanction sur le plan disciplinaire en cas de non-respect de ce code de déontologie.

Néanmoins, le secret professionnel pouvant s'appliquer aux professionnels, quel que soit leur métier, qui exercent dans le cadre des missions ou fonctions précitées, un psychologue travaillant dans un des services mentionnés au paragraphe précédent sera ainsi soumis au secret professionnel.

Les informations couvertes par le secret médical

Bien que le code pénal ne propose pas de définition des informations couvertes par le secret professionnel, se contentant simplement de sanctionner « la révélation d'une information à caractère secret », le code de déontologie médicale, dans son article 4 pose le principe que « le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. » (8), principe réaffirmé par la décision du 24 septembre 2014 de la chambre disciplinaire nationale, confirmée par le Conseil d'Etat (9).

Les dérogations au secret professionnel

Le droit français a posé quelques dérogations au secret professionnel que l'on retrouve dans différents textes de loi.

Ainsi, l'article 223-6 du code pénal pose le principe de « l'entrave aux mesures d'assistance et de l'omission de porter secours ». Il énonce en effet que « quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours. ».

De plus, l'article 40 du code de procédure pénale affirme que « toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs ».

L'article 226-14 du code pénal, modifié par la loi du 5 novembre 2015 (10), énonce quant à lui que l'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre il n'est pas applicable dans les cas suivants :

- A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;
- Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives

aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, mentionnée au deuxième alinéa de l'article L.226-3 du code de l'action sociale et des familles, les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;

- Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

En outre, ce même article dispose que « le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi ».

De plus, en ce qui concerne les dérogations au secret médical, la loi impose au médecin la déclaration des éléments suivants :

- Déclaration des naissances (article 56 du code civil) ;
- Déclaration des décès (article L.2223-42 du code général des collectivités territoriales) ;
- De déclarer au médecin de l'ARS les maladies contagieuses dont la liste est fixée par voie réglementaire (article L.3113-1 du code de la santé publique) ;
- D'indiquer le nom du patient et les symptômes présentés sur les certificats d'admission en soins psychiatriques (articles L.3212-1 à L.3213-10 du code de la santé publique) ;
- D'établir, pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, des certificats détaillés décrivant les lésions et leurs conséquences (articles L.441-6 et L.461-5 du code de la sécurité sociale) ;
- De fournir, à leur demande, aux administrations concernées des renseignements concernant les dossiers des pensions militaires et civiles d'invalidité ou de retraite (article L.31 du code des pensions civiles et militaires de retraite) ;
- De transmettre à la CRCI ou à l'expert qu'elle désigne, au fonds d'indemnisation, les documents qu'il détient sur les victimes d'un dommage (accidents médicaux, VIH, amiante...) ;
- De transmettre au médecin responsable de l'antenne les constatations évoquant une pratique de dopage (article L.232-3 du code du sport) ;
- Déclaration au procureur de la République de la nécessité de placer une personne sous sauvegarde de justice (articles 434 du code civil et L.3211-6 du code de la santé publique) ;
- De communiquer à l'Institut de veille sanitaire les informations nécessaires à la sécurité, veille et alerte sanitaires (articles L.1413-4 et L.1413-5 du code de la santé publique) ;
- De communiquer, lorsqu'il exerce dans un établissement de santé, au médecin responsable de l'information médicale, les données médicales nominatives nécessaires à l'évaluation de l'activité article L.6113-7 du code de la santé publique).

Enfin, le médecin peut être autorisé :

- A transmettre au président du Conseil général toute information préoccupante sur un mineur en danger ou risquant de l'être (article L.226-2-2 du code de l'action sociale et des familles) ;
- A communiquer les données à caractère personnel qu'il détient strictement nécessaires à l'exercice de leur mission, aux médecins conseils du service du contrôle médical, aux médecins inspecteurs de l'inspection générale des affaires sociales, aux médecins inspecteurs de la santé, aux médecins inspecteurs des agences régionales de santé (article L.1112-1 du code de la santé publique), aux médecins-conseils des services du contrôle médical (article L.315, V du code de la sécurité sociale), aux médecins experts de la Haute Autorité de Santé (article L.1414-4 du code de la santé publique), aux inspecteurs médecins de la radioprotection (article L.1333-19 du code de la santé publique) ;

Cependant, il est à noter que « ces dérogations au secret médical prescrivent ou autorisent seulement une certaine révélation et pas n'importe quelles indiscretions, à n'importe qui, de n'importe quelle manière ».

La transmission d'informations dans le cadre des soins pénalmente ordonnés

Depuis la loi du 17 juin 1998 et la création de l'injonction de soins, le secret médical est régulièrement débattu au gré des différents projets de loi. En l'état actuel, seule l'injonction de soins est concernée par des dérogations spécifiques au secret médical, ce qui n'est pas le cas de l'obligation de soins ou des soins demandés spontanément par un auteur de violences sexuelles.

Le but de cette section sera donc de préciser le cadre de la transmission d'informations en fonction des soins pénalmente ordonnés.

Dans le cadre d'une injonction de soins

Que dit la loi ?

Dans le cadre d'une injonction de soins, plusieurs dispositions existent quant au partage d'informations. Ainsi, l'article L.3711-1 du code de la santé publique (11) rappelle que le médecin coordonnateur est chargé « de transmettre au juge de l'application des peines ou à l'agent de probation les éléments nécessaires au contrôle de l'injonction de soins ».

Ainsi, M.N. Vacheron (12) en 2009 détaillait ce que pouvait recouvrir ces informations, à savoir « un rapport écrit mentionnant le type de mesure de soins ou de surveillance médicale mis en place, la régularité du suivi et, sous réserve du secret médical, tous autres renseignements permettant d'apprécier l'effectivité de l'adhésion de l'intéressé à cette mesure ». Pour l'auteur donc, le médecin coordonnateur renseigne sur « une évaluation longitudinale de l'impact du soin. Il ne partage pas toutes les informations avec le juge mais sert de médiation entre l'espace judiciaire et l'espace de soins. Le médecin peut également conclure son rapport par une proposition motivée de modification, de prorogation ou d'arrêt de la mesure de soins ou de surveillance ».

L'article R.3711-10 du code de la santé publique (13) stipule quant à lui que « le juge de l'application des peines adresse au médecin coordonnateur la copie des pièces de la procédure utiles à l'exercice de sa mission. Le médecin coordonnateur lui restitue ces pièces lorsqu'il cesse de suivre la personne ».

De plus, l'article L.3711-2 du code de la santé publique (14) apporte plusieurs éléments dans la transmission d'informations entre les différents acteurs de la prise en charge des personnes placées sous injonction de soins. Ainsi le juge de l'application des peines peut-il communiquer « au médecin traitant, par l'intermédiaire du médecin coordonnateur, copie de la décision ayant ordonné l'injonction de soins. Le juge communique également au médecin traitant, à la demande de ce dernier ou à son initiative, par l'intermédiaire du médecin coordonnateur, copie des rapports des expertises médicales réalisées pendant l'enquête ou l'instruction, du réquisitoire définitif, de la décision de renvoi devant la juridiction de jugement, de la décision de condamnation ainsi que des rapports des expertises qu'il a ordonnées en cours d'exécution de la peine. Le juge peut, en outre, adresser au médecin traitant toute autre pièce utile du dossier ».

Régis Goumilloux (15) explicitait en 2014 ce que pouvait contenir ces pièces à savoir :

- L'ordonnance de désignation du médecin coordonnateur ;
- Le procès-verbal de notification des obligations de la mesure de suivi socio-judiciaire ;
- Le procès-verbal de l'audition par le juge de l'application des peines ;
- Le jugement ;
- L'ordonnance de mise en accusation, établie par le juge d'instruction ;
- Le réquisitoire, établi par le procureur de la République ;
- Les expertises psychiatriques :
 - o Expertise sur réquisition, effectuée au début de la procédure ;
 - o Expertise demandée par le juge d'instruction ;
 - o Expertise demandée, en fin de peine, par le juge de l'application des peines ;
- L'expertise psychologique ;
- L'enquête de personnalité.

De plus, il indiquait que ce « dossier peut être transmis, en partie ou en totalité, au psychiatre ou au psychologue traitant », et proposait une manière de procéder, notamment par « contact téléphonique. Le psychiatre ou le psychologue peut alors indiquer s'il souhaite recevoir ce dossier (la plupart le souhaitent) ».

De plus, l'article L.3711-2 du code de la santé publique autorise la transmission d'informations d'ordre médical des praticiens chargés de dispenser des soins en milieu pénitentiaire au médecin coordonnateur afin qu'il les transmette au médecin traitant.

Enfin, ce même article impose au médecin traitant de délivrer au condamné, des attestations de suivi à intervalles réguliers, afin que ce dernier puisse justifier auprès du juge de l'application des peines de l'accomplissement de la mesure.

L'article L.3711-3 du code de la santé publique (11) expose quant à lui les cas où les médecins coordonnateurs et traitant peuvent être amenés à dévoiler des informations au juge de l'application des peines ou à l'agent de probation. Ces dérogations portent notamment sur les éléments suivants :

- En cas d'interruption du traitement : le médecin traitant est habilité à en informer le juge de l'application des peines ou l'agent de probation et en avise immédiatement le médecin coordonnateur ;
- Lorsque le refus ou l'interruption intervient contre l'avis du médecin traitant : le médecin traitant signale cette information au médecin coordonnateur qui

en informe immédiatement le juge de l'application des peines, dans le respect des dispositions relatives au secret médical. Si le médecin coordonnateur est indisponible, le médecin traitant peut alors informer directement le juge de l'application des peines ;

- En cas de difficultés survenues dans l'exécution du traitement : le médecin traitant peut en informer le médecin coordonnateur qui est habilité à prévenir le juge de l'application des peines ou l'agent de probation.

A noter que concernant le suivi de l'injonction de soins, le Guide de l'injonction de soins paru en 2009 précise que « le médecin coordonnateur est alerté par le juge de l'application des peines, ou l'agent de probation, d'événements susceptibles d'influer sur l'efficacité du suivi ou l'engagement de la personne (déménagement, changement d'emploi, attitudes ou propos lors des rendez-vous...). De plus, il communique avec les représentants de la justice en tant que de besoin. Il transmet au juge de l'application des peines au moins une fois par an un rapport comportant les éléments nécessaires au contrôle du respect de l'injonction de soins (lorsque la personne a été condamnée pour un crime mentionné à l'article 706-53-13 du code de procédure pénale, ce rapport est adressé au moins deux fois par an). Ce rapport doit dresser un bilan précis de la mise en œuvre de l'injonction de soins. Le cas échéant, il comporte des éléments d'appréciation sur l'évolution de la personne au regard de son besoin de soins ainsi que des propositions sur les modalités de poursuite de la mesure. Enfin le médecin traitant et/ou le psychologue traitant peut solliciter à tout moment le médecin coordonnateur pour une concertation, une question technique ou une difficulté ».

Des dérogations qui font débat

Bien que la loi ait énoncé le cadre des dérogations au secret médical, certains auteurs ont relevé les difficultés de la mise en pratique de telles dispositions.

Les premières réserves concernant les dérogations au secret médical ont été énoncées dès le début de la mise en place des injonctions de soins. En effet, Aubut J. (16) en 1999 nuançait ces inquiétudes en opposant le fait que « il ne s'agit pas de révéler le verbatim des rencontres, mais de faire état des grands mouvements de la thérapie, des avancées et des résistances. La règle essentielle à respecter par ailleurs, est d'en informer le patient, dès le début de la thérapie, de préciser les règles du jeu et d'obtenir son consentement. », puis d'ajouter que « il ne s'agit pas d'adopter des attitudes draconiennes, mais plutôt d'évaluer chaque situation au mérite et surtout d'être pro-actif dans le dénouement de situations à risque. Celles-ci ne sauraient être niées ou évacuées au simple nom de confidentialité. ».

Ensuite, Dubret G. (17) en 2001 alertait sur les risques d'échanges d'informations entre le sanitaire et le judiciaire, à savoir que « sans confidentialité, la première difficulté sera celle de thérapies vides, de consultations où il ne se passe rien, avec des sujets qui viendront répéter inlassablement que tout va bien. » Cependant, l'auteur mettait déjà en avant une nécessité de « trouver une articulation avec les services du tribunal. A terme, il s'agit de mettre en place un travail de partenariat. », et d'ajouter que « le premier objectif est donc une meilleure connaissance mutuelle du travail de l'autre : c'est-à-dire de ses possibilités, mais surtout de ses limites ».

Cochez F, Guitz I, Lemoussu P. (18) soulevaient en 2010 quelques questions à ce sujet. En effet, les auteurs soulignent que ces dérogations « rendent la pratique soignante complexe voire antinomique car ce n'est pas en fonction d'un état de santé ou d'une situation, mais d'un cadre, que la dérogation existe ou non » selon que le condamné

sera soumis à une injonction de soins ou à une obligation de soins (où les dérogations au secret médical précitées ne sont pas applicables). En outre, les auteurs reviennent également sur les notions de « refus de traitement » et « d'interruption de traitement », réaffirmant que « le médecin ne fait que proposer les soins qui lui semblent les plus adaptés au cas du patient ». Enfin, ils rappellent que « le Conseil national de l'ordre des médecins s'est prononcé contre le partage du secret médical entre médecin traitant et médecin coordonnateur, décision qui s'explique par le fait que le médecin coordonnateur n'est pas considéré comme un soignant ».

Il semblerait que le Guide de l'injonction de soins (19) paru en 2009 réaffirme le caractère absolu du secret médical, considérant que les médecins et/ou psychologues traitants « n'ont pas à transmettre les informations qui les incitent à entrer en contact avec le médecin coordonnateur ou le juge de l'application des peines [...] ils n'ont pas à justifier leur position ou à argumenter leur point de vue ; ils doivent simplement (leur) permettre de réinterroger l'évolution de la personne et les besoins d'accompagnement ou de contrainte ».

Dans le cadre d'une obligation de soins

Définie par les articles 132-45 du code pénal (20) et 138 – 10° du code de procédure pénale, l'obligation de soins consiste en l'obligation de « se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation. ». Une copie de la décision ordonnant ces mesures est adressée par le juge de l'application des peines/juge d'instruction au médecin ou au psychologue qui doit suivre la personne condamnée. Les rapports des expertises réalisées pendant la procédure sont adressés au médecin ou au psychologue, à leur demande ou à l'initiative du juge de l'application des peines/juge d'instruction. Celui-ci peut également leur adresser toute autre pièce utile du dossier.

Le Guide de l'injonction de soins (19), sur la question du secret médical et du partage d'informations, précisait que « le dispositif repose sur la production d'un justificatif de suivi par l'intéressé ; la concertation entre l'autorité judiciaire et le personnel de santé reste à la discrétion des acteurs de terrain. »

Florent Cochez (21) résumait assez bien cette différence en 2017 en énonçant que « pour faire court, à situation clinique identique, le soignant doit se taire dans le cadre d'une obligation de soins et doit alerter dans une situation d'injonction ».

La transmission d'informations en milieu pénitentiaire

Comme le rappelaient l'IGAS et l'IGSJ dans leur rapport sur l'organisation des soins aux détenus, « la gestion du secret médical est le motif le plus fréquent de conflits entre l'administration pénitentiaire et le personnel médical ». Cependant, comme l'affirmaient Blanc E. et Warsmann JL. dans leur rapport de 2009 (22) « la prison est un lieu où tout se sait et dans lequel le secret médical est difficile à préserver. Le passage obligé par un surveillant pour toute convocation, médicale ou non, l'étroitesse et l'insonorisation relative des locaux de soins, les jours de consultation et le nom du médecin qui assure la consultation spécialisée, la prise de traitements en présence de codétenus, sont quelques-uns des éléments qui concourent à la rupture de la confidentialité ».

Ce même rapport rappelle en outre qu' « il est donc important de reconstituer un filet de sécurité autour de la personne pour qu'elle ne soit pas coupée symboliquement en morceaux, ce qui implique, la mise en place du secret professionnel partagé (entre

les services pénitentiaires, les unités sanitaires, les SMPR et les SPIP), afin que les différents intervenants se parlent ».

Ainsi plusieurs dispositions sont apparues afin de favoriser cette transmission d'informations en milieu carcéral.

L'échange d'informations opérationnelles

La loi du 25 février 2008 (23) met en place « l'échange d'informations opérationnelles », entre administration pénitentiaire et personnel soignant. A cette occasion, deux grandes évolutions ont été créées.

L'échange d'informations des personnels pénitentiaires vers les personnels de santé

L'article 1^{er} de la loi du 25 février 2008 a modifié l'article 717-1 du code de procédure pénale. En effet, il prévoit désormais que « les agents et collaborateurs du service public pénitentiaire transmettent aux personnels de santé chargés de dispenser des soins aux détenus les informations utiles à la mise en œuvre des mesures de protection des personnes ».

Bien que ne précisant pas ce que regroupe ces « informations utiles à la mise en œuvre des mesures de protection des personnes », le rapport Blanc de 2009 précise que « pour bien assurer cette protection, les médecins qui interviennent en détention doivent disposer de certaines informations que pourraient détenir les personnels pénitentiaires : motif de l'incarcération, comportement dans un précédent centre de détention, projets à la sortie de la détention, notamment ».

L'échange d'informations des personnels de santé vers les personnels pénitentiaires

L'article 8 de la loi du 25 février 2008 a modifié l'article L. 6141-5 du code de la santé publique, qui dispose que « dès lors qu'il existe un risque sérieux pour la sécurité des personnes au sein des établissements mentionnés au premier alinéa du présent article, les personnels soignants intervenant au sein de ces établissements et ayant connaissance de ce risque sont tenus de le signaler dans les plus brefs délais au directeur de l'établissement en lui transmettant, dans le respect des dispositions relatives au secret médical, les informations utiles à la mise en œuvre de mesures de protection. »

Ce même article précise en outre que « les mêmes obligations sont applicables aux personnels soignants intervenant au sein des établissements pénitentiaires ».

Ainsi, le rapport d'Etienne Blanc (22) recommande-t-il que « le médecin, sans rien divulguer du diagnostic ni du traitement engagé, doit, dans un dialogue constructif avec les personnels pénitentiaires, évoquer les risques qui pèsent sur l'individu en termes de dangerosité (risque de suicide, risque d'agression sur des personnels ou sur des co-détenus) ».

Enfin ce même rapport conclut à la méconnaissance de cette disposition législative sur le terrain et recommande ainsi « que la clarification du niveau de confidentialité des informations passe par une sensibilisation accrue des acteurs médicaux et pénitentiaires à la nécessité d'échanger le maximum d'informations dans le cadre réglementaire et législatif existant. ». Pour cela il recommande « aux ministères de la Santé et de la Justice de rédiger et diffuser un guide des bonnes pratiques, destiné à harmoniser dans l'ensemble des établissements pénitentiaires les usages en matière de secret médical et d'échanges d'informations. En second lieu, chaque ministère doit engager à destination de l'ensemble des personnels intervenant en détention (médecins, surveillants, directeurs d'établissements) des actions de formation conjointes et répétées sur le thème du secret médical et du partage d'informations ».

La participation des personnels de santé à la commission pluridisciplinaire unique (CPU)

C'est dans le cadre des nouvelles dispositions législatives apportées par la loi du 25 février 2008 qu'a été rédigée la circulaire interministérielle du 21 juin 2012 (24). Ainsi cette circulaire prévoit que « le partage d'informations est organisé dans le cadre de procédures et outils formalisés au sein des commissions telles que la CPU, la réunion hebdomadaire de l'équipe pluridisciplinaire lorsque l'établissement accueille des personnes mineures ou la commission santé prévue par le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues ».

En outre, cette circulaire prévoit que « les professionnels de santé – représentants des équipes soignantes de l'unité de consultation et de soins ambulatoires ou du service médico-psychologique régional désigné par l'établissement de santé de rattachement – sont invités à y participer en fonction de l'ordre du jour et apportent des éléments permettant une prise en charge plus adaptée des patients détenus grâce à une meilleure articulation entre les professionnels, dans le respect du secret médical. Suivant le principe du partage d'informations au sein de ces instances, ils peuvent également être destinataires d'informations de la part des autres professionnels présents et qui seront utiles à la prise en charge thérapeutique de leurs patients ».

D'un point de vue méthodologique, la circulaire pose les principes d'application suivants :

- Le représentant du personnel soignant est désigné par l'établissement de santé de rattachement. Si un médecin a été désigné, il peut déléguer cette fonction de représentant à un personnel infirmier. À l'occasion de cette délégation, le médecin rappelle à l'infirmier ses conditions d'intervention au sein de la CPU au regard du droit au respect du secret médical reconnu aux personnes détenues ;
- L'ordre du jour des réunions doit être communiqué au moins cinq jours avant leur tenue au représentant désigné, lorsque la CPU examine le parcours d'exécution de la peine. Dans les autres cas, aucun délai n'est prescrit. Toutefois, il est recommandé de respecter un délai minimum de trois jours pour permettre de préparer dans de bonnes conditions la réunion. L'ordre du jour devra alors comporter la liste des personnes détenues dont la situation sera évoquée afin de permettre à l'équipe soignante de préparer ces réunions, et notamment d'informer les personnes détenues concernées de l'échange d'informations envisagé. Si la personne détenue concernée est mineure, les titulaires de l'autorité parentale sont informés de l'échange d'informations envisagé ;
- La participation effective des professionnels de santé aux réunions de la CPU qui traitent de la prévention du suicide est fortement recommandée ;
- Chaque réunion fait l'objet d'un relevé des avis, communiqué aux professionnels de santé, qui peuvent formuler, par écrit, toute remarque qui est intégrée dans le dossier de la personne détenue ;
- L'instauration de protocoles dans ce domaine est indispensable pour garantir dans la durée un fonctionnement efficace et harmonisé. Ces protocoles doivent tenir compte des éventuelles spécificités concernant les personnes mineures incarcérées.

Le partage d'informations entre le juge de l'application des peines et le service pénitentiaire d'insertion et de probation

Le rapport Blanc de 2012 (25) faisait état des « relations qui s'établissent, au plan local, entre les juges de l'application des peines et les conseillers d'insertion et de probation [...] loin d'être aisées. ». En effet, alors que les magistrats « déplorent la trop faible transmission de rapports », les conseillers d'insertion et de probation « se sentent quant à eux méprisés par l'institution judiciaire et non appréciés à leur juste valeur. »

Mis en place pour permettre au juge de suivre le déroulement des mesures pénalement ordonnées, le logiciel APPI (Application des peines, probation et insertion) serait, d'après le rapport Blanc de 2012, « très peu utilisé ». Afin d'expliquer cette sous-utilisation, Etienne Blanc apporte quelques éléments d'explication.

D'une part, il fait état d'un « manque de moyens humains qui ne permet pas l'accomplissement de cette tâche supplémentaire. ». De plus, il semblerait qu'en milieu fermé notamment, les conseillers d'insertion et de probation utilisent préférentiellement « d'autres outils informatiques plus adaptés à leurs pratiques professionnelles. »

Cependant, le même rapport souligne les failles du logiciel en lui-même. En effet, en 2012, le logiciel APPI n'étant pas encore interconnecté ni à GIDE (logiciel de gestion informatisée des détenus en établissement), ni au logiciel CASSIOPEE (Chaîne Applicative Supportant le Système d'Information Opérationnel pour le Pénal et les Enfants), il « ne permet aucun gain de temps. ». Par ailleurs, il semblerait que « cet outil (soit) particulièrement peu ergonomique. ». Enfin, le rapport souligne que « APPI ne permet pas d'accéder aux données des autres départements ni de réaliser des statistiques sur l'activité des SPIP. »

Ainsi, suite à ce constat, le rapport Blanc de 2012 énumère un certain nombre de recommandations afin de faciliter le partage de l'information :

- Recommandation n° 11 : « rénovier le logiciel APPI afin qu'il soit effectivement utilisé par les juges et conseillers d'insertion et de probation et qu'il assure un gain de temps réel à ses utilisateurs » ;
- Recommandation n° 12 : « accélérer la mise en service du Répertoire des données à caractère personnel collectées dans le cadre des procédures judiciaires (11) ».

Autres cadres de partage d'informations

Précisé par la circulaire du 14 mai 2012 (26), le partage d'informations a été étendu aux responsables d'établissements scolaires ainsi qu'aux personnes hébergeant les mis en examen ou les condamnés en matière criminelle ou sexuelle.

Ainsi, que les personnes soient poursuivies ou condamnées, qu'elles soient majeures ou bien mineures, l'information pourra ou devra être transmise dans les cas suivants :

- personnes poursuivies ou condamnées soit pour un crime, quelle que soit la nature de ce crime ;
- personnes poursuivies ou condamnées soit pour une infraction mentionnée à l'article 706-47 du code de procédure pénale, c'est-à-dire pour les délits suivants :
 - o agression sexuelle ;
 - o atteinte sexuelle sur mineur ;

- o proxénétisme à l'égard d'un mineur ;
- o recours à la prostitution d'un mineur.

Information obligatoire de l'autorité académique ou du chef d'établissement

Dans les cas où le destinataire de l'information est une autorité académique ou un chef d'établissement si la personne est poursuivie ou condamnée à une des infractions pré-citées, le partage d'informations sera alors obligatoire.

Cette information consistera alors en la transmission de la copie de l'ordonnance de placement sous contrôle judiciaire par le magistrat qui a ordonné la mesure. De plus, la circulaire précise que « le magistrat doit informer également ces autorités des décisions modifiant les obligations du contrôle judiciaire ayant une incidence sur le lieu ou le mode de scolarisation de la personne. ».

A noter également que cette transmission d'informations concerne à la fois les personnes scolarisées mais aussi les personnes ayant vocation à poursuivre leur scolarité dans un établissement scolaire.

La circulaire précise également que cette transmission d'informations ne doit se faire qu'aux « personnels qui sont responsables de la sécurité et de l'ordre dans l'établissement. Sont ainsi concernés les personnels de direction, les conseillers principaux d'éducation et, le cas échéant, dans les structures chargées de l'hébergement des élèves, les personnels sociaux et de santé tenus au secret professionnel, chargés du suivi des élèves. » Ainsi la circulaire exclut de cette transmission d'informations judiciaires, les enseignants de l'établissement, les parents d'élèves ainsi que les élèves.

Enfin, si la simple qualification juridique des faits ne permet pas une connaissance suffisante de ces faits, la circulaire recommande au magistrat de contacter verbalement ces autorités, ou d'autoriser « les personnes chargées du suivi de la personne, contrôleurs judiciaires ou agents du service pénitentiaire d'insertion ou de probation ou du service de la protection judiciaire de la jeunesse à le faire. »

Information facultative de la personne chez qui le mis en examen ou le condamné est hébergé

Créé par la loi du 27 mars 2012 (27), l'article 138-2 du code de procédure pénale permet au juge d'instruction ou au juge des libertés et de la détention de pouvoir transmettre à la personne chez qui le mis en examen ou le condamné est hébergé, « si cette transmission apparaît nécessaire pour prévenir le renouvellement de l'infraction », une copie de l'ordonnance de placement sous contrôle judiciaire. Au regard de la circulaire du 14 mai 2012, cette personne « s'entend soit du propriétaire du lieu s'il y réside également, soit du titulaire ou co-titulaire du bail. »

A noter que par rapport aux personnes scolarisées, cette transmission s'avère facultative dans ce cadre-là et doit « faire l'objet d'une décision expresse du magistrat justifiée par le risque de renouvellement de l'infraction ».

La circulaire distingue plusieurs cas de figure :

- En matière de contrôle judiciaire : dans la mesure où cette transmission d'informations est une exception au secret de l'instruction, la loi prévoit expressément que la décision doit figurer dans l'ordonnance de placement ;
- En matière d'application des peines et de mesures de sûreté : il n'y a pas de nécessité de faire figurer la décision dans l'ordonnance de placement ;
- Lorsque la décision est prise en cours de mesure par le juge de l'application

des peines : la décision devra faire l'objet, en pratique, d'une ordonnance de ce magistrat.

La circulaire précise en outre que « les informations transmises à la personne hébergeant la personne placée sous contrôle judiciaire ou condamnée ne devront pas être révélées à des tiers ».

Zoom sur le concept de « secret partagé »

Bien que n'ayant aucune définition sur le plan légal, le législateur a voulu introduire l'idée d'une possibilité d'échange d'informations à caractère secret entre les différents intervenants de la prise en charge médicale d'un patient.

Ainsi, l'article L.1110-4 du code de la santé publique (27) énonce, entre autres, les dispositions suivantes :

- Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, (le) secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé ;
- Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social ;
- Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12 du code de la santé publique, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe ;
- Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés ;
- La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment.

L'équipe de soins a été récemment définie comme tel par l'article L.1110-12 du code de la santé publique (28) : « l'équipe de soins est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes, et qui : soit exercent dans le même établissement de santé, au sein du service de santé des armées, dans le même établissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles ou dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale figurant sur une liste fixée par décret, soit se sont vu reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient

qui s'adresse à eux pour la réalisation des consultations et des actes prescrits par un médecin auquel il a confié sa prise en charge, soit exercent dans un ensemble, comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du ministre chargé de la santé.»

Ainsi, nous avons pu voir que la notion de secret professionnel pouvait s'appliquer à différents acteurs intervenant auprès d'auteurs de violences sexuelles, et qu'il peut, selon la profession, faire l'objet de sanctions pénales, civiles ou disciplinaires. De plus, dans le cadre des soins pénalement ordonnés, la loi prévoit certaines dérogations à ce secret professionnel tout en garantissant le respect du secret médical. Cependant, au cours de notre revue de la littérature, il a été difficile d'obtenir des précisions quant à la nature exacte des informations partageables entre les différents intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles.

Bibliographie

1. République française. (page consultée le 20/04/2018). Devoir de réserve, discrétion et secret professionnel dans la fonction publique, [en ligne]. <https://www.service-public.fr>
2. République française. Loi n°83-634 DU 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. [en ligne] Paris : DILA (Direction de l'Information Légale et Administrative), 1983. [consulté le 20/04/2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>
3. République française. Article 9 du code civil. [en ligne] Paris : DILA (Direction de l'Information Légale et Administrative), 1983. [consulté le 20/04/2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>
4. République française. Circulaire relative au secret professionnel des ministres du culte et aux perquisitions et saisies dans les lieux de culte. CRIM 2004-10 E1/11-08-2004. NOR : JUSD0430163C. [en ligne] Paris : Bulletin officiel du Ministère de la Justice n°95, 2004. [consulté le 20/04/2018]. Disponible sur : <https://justice.gouv.fr>
5. République française. Loi n°71-1130 du 31 décembre 1971 portant réforme de certaines professions judiciaires et juridiques modifiée par la loi n°2011-331 du 28 mars 2011 [en ligne] Paris : DILA (Direction de l'Information Légale et Administrative), 2011. [consulté le 20/04/2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>
6. République française. Décret n°2010-1711 du 30 décembre 2010 portant code de déontologie du service public pénitentiaire – article 10. [en ligne] Paris : DILA (Direction de l'Information Légale et Administrative), 2010. [consulté le 20/04/2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>
7. République française. Décret n°2013-977 du 30 octobre 2013 modifiant le décret n°2007-1573 du 6 novembre 2006 relatif aux établissements et services du secteur public de la protection judiciaire de la jeunesse. [en ligne] Paris : DILA (Direction de l'Information Légale et Administrative), 2013. [consulté le 20/04/2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>
8. République française. Article R.4127-4 du code de la santé publique. [en ligne] Paris : DILA (Direction de l'Information Légale et Administrative), 2004. [consulté le 20/04/2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>
9. République française. Conseil d'Etat, 4ème SSJS, 17/06/2015, 385924, Inédit au recueil Lebon. [en ligne] Paris : DILA (Direction de l'Information Légale et Administrative), 2015. [consulté le 20/04/2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>
10. République française. Loi n°2015-1402 du 5 novembre 2015 tendant à clarifier la procédure de signalement de situations de maltraitance par les professionnels de santé. [en ligne] Paris : DILA (Direction de l'Information Légale et Administrative), 2015. [consulté le 20/04/2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>
11. République française. Loi n°2010-242 du 10 mars 2010 tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédure pénale. [en ligne] Paris : DILA (Direction de l'Information Légale et Administrative), 2010. [consulté le 20/04/2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>
12. Vacheron MN. Le point sur l'injonction de soins et le médecin coordonnateur. *Nervure : Journal de Psychiatrie*, 1 vol. 22. 2009. pp. 3-4
13. République française. Décret n°2008-1129 du 4 novembre 2008 – article 8 relatif à la surveillance de sûreté et à la rétention de sûreté.

- [en ligne] Paris : DILA (Direction de l'Information Légale et Administrative), 2018. [consulté le 20/04/2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>
14. République française. Loi n°2012-409 du 27 mars 2012 – article 5 de programmation relative à l'exécution des peines. [en ligne] Paris : DILA (Direction de l'Information Légale et Administrative), 2018. [consulté le 20/04/2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>
15. Goumilloux R. Médecin coordonnateur de suivis socio-judiciaire : une nouvelle fonction. *L'information psychiatrique*, vol. 90. Mars 2017. pp. 213-219
16. Aubut J. Réflexion éthique autour de la prise en charge des agresseurs sexuels. *Forensic: Revue de psychiatrie légale*, N°21. 1999. pp. 16-18
17. Dubret G. Obligation et continuité de soins pour les auteurs d'infractions sexuelles: modalités d'accès aux soins, difficulté du suivi ambulatoire. *Information psychiatrique*, 5 vol 77. 2001. pp. 476-482
18. Cochez F, Guitz I, Lemoussu P. Chapitre V. La prise en charge thérapeutique. *Actualités Sociales Hebdomadaires*, N°2664 : Le traitement judiciaire des auteurs d'infractions sexuelles. Les numéros juridiques. Juin 2010. pp. 111-135
19. Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. Guide de l'injonction de soins ; [en ligne] Paris : Ministère de la Santé, 2009. [consulté le 20/04/2018]. Disponible sur : <https://www.solidarites-sante.gouv.fr>
20. République française. Loi n°2016-1547 du 18 novembre 2016 – article 34 de modernisation de la justice du XXI^e siècle. [en ligne] Paris : DILA (Direction de l'Information Légale et Administrative), 2016. [consulté le 20/04/2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>
21. Bouchard JP. « La meilleure des lois ne fera jamais l'économie d'une réflexion sur le terrain ». *Soins Psychiatrie*, n°309. Mars/avril 2017. pp. 36-39
22. Blanc E, Warsmann JL. Rapport sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes majeures placées sous main de justice. Assemblée Nationale. 2009. 248 p. Disponible sur : <https://www.assemblee-nationale.fr>
23. République française. Loi n°2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. [en ligne] Paris : DILA (Direction de l'Information Légale et Administrative), 2016. [consulté le 20/04/2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>
24. République française. Circulaire interministérielle DGS/MCI/DGOS/R4/DAP/DPJJ n°2012-94 du 21 juin 2012 relative aux recommandations nationales concernant la participation des professionnels de santé exerçant en milieu carcéral à la commission pluridisciplinaire unique (CPU) prévue par l'article D.90 du code de procédure pénale ou à la réunion de l'équipe pluridisciplinaire prévue par l'article D.514 du même code et au partage d'informations opérationnelles entre professionnels de santé et ceux de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse. [en ligne] Paris : DILA (Direction de l'Information Légale et Administrative), 2016. [consulté le 20/04/2018]. Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/06/cir_35431.pdf
25. Blanc E. Rapport d'information sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel. Assemblée Nationale. 2012. 194 p. Disponible sur : <https://www.assembleenationale.fr>
26. République française. Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. [en ligne] Paris : DILA (Direction de l'Information Légale et Administrative), 1983. [consulté le 20/04/2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>
27. République française. 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. [en ligne] Paris : Bulletin officiel du Ministère de la Justice, 2012. [consulté le 20/04/2018]. Disponible sur : <https://www.textes.justice.gouv.fr>
28. République française. Loi n°2012-409 du 27 mars 2012 – article 6 de programmation relative à l'exécution des peines. [en ligne] Paris : DILA (Direction de l'Information Légale et Administrative), 2012. [consulté le 20/04/2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>
29. République française. Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 – article 96 de modernisation de notre système de santé. [en ligne] Paris : DILA (Direction de l'Information Légale et Administrative), 2016. [consulté le 20/04/2018]. Disponible sur : HYPERLINK «<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00003191264>»<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00003191264>»<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00003191264>»<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00003191264>»

Quels critères d'évaluation proposer pour mesurer l'efficacité de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles ?

Emmanuelle DUSACQ

Psychiatre - Assistant spécialiste, Unité sanitaire maison d'arrêt Villeneuve-lès-Maguelone, CRIAVS-LR, CHU de Montpellier.

Le but de cette question est de discuter la notion d'efficacité appliquée à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles (AVS), et de proposer les critères d'évaluation afférents et leur modalité de recueil. On veut donc savoir comment, dans la littérature, est évaluée l'efficacité des prises en charge des AVS (c'est-à-dire sur quels critères et avec quels outils). On ne cherche pas à donner des résultats sur l'efficacité des prises en charge proposées à l'heure actuelle.

Notion d'efficacité

L'efficacité (*efficiency* en anglais) est la capacité à atteindre le but recherché en utilisant de manière optimale les ressources disponibles. L'efficacité est différente de l'efficacités, qui est la capacité à atteindre le but recherché sans considération sur les moyens utilisés. L'efficacité se décline en deux concepts, il existe d'ailleurs deux mots différents en anglais : *efficacy* renvoie à l'efficacité théorique (par exemple : résultat obtenu avec un traitement testé en condition de laboratoire), alors que *effectiveness* renvoie à l'efficacité pratique (par exemple : résultat obtenu avec un traitement pris en conditions réelles).

Le critère d'efficacité « met en regard le bénéfice apporté par une action ou un produit de santé et les ressources qui sont nécessaires. Chaque action ou produit de santé se voit ainsi attribuer un coût par unité de résultat obtenu. » Les critères d'efficacité généralement documentés dans la littérature sont les « coûts par unité de résultat final obtenu (année de vie gagnée, événement évité, année de vie gagnée ajustée sur la qualité) » [1]. La connaissance de l'efficacité d'une stratégie permet ensuite aux décideurs publics de faire un choix éclairé pour mettre en place une stratégie plutôt qu'une autre à grande échelle, en tenant compte du prix à payer pour obtenir un certain résultat.

Le type d'étude approprié pour évaluer l'efficacité d'une intervention de santé est l'étude médico-économique : elle permet de confronter les résultats de l'intervention avec les ressources financières consommées pour la produire. Une étude médico-économique suit une démarche comparative visant à mettre en concurrence deux ou plusieurs interventions, généralement une intervention nouvelle versus l'intervention de référence [2].

Plusieurs méthodes existent pour faire une étude médico-économique :

- analyse coût-efficacité : l'effet de l'intervention est évalué par un indicateur naturel exprimé en unité physique (ex : nombre d'années de vie gagnées, nombre de cas détectés, tension artérielle, glycémie...);
- analyse de minimisation des coûts : uniquement appropriée quand l'équiva-

lence de l'effet de l'intervention est préalablement établie, cette analyse permet de déterminer l'intervention la plus efficiente comme étant celle qui coûte le moins cher ;

- analyse coût-utilité : l'effet de l'intervention est évalué sur la durée de vie ajustée sur la qualité ;
- analyse coût-bénéfice : l'effet de l'intervention est évalué par les économies qu'elle engendre, ce qui permet de les confronter directement aux coûts de l'intervention dans la même unité monétaire. Ce type d'analyse n'est pas recommandé par la HAS car il est plus compliqué à mettre en oeuvre [3, 4].

En terme chronologique, une étude médico-économique ne devrait avoir lieu qu'après la recherche clinique ayant démontré l'efficacité de l'intervention.

La notion d'efficience appliquée à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles

La prise en charge des AVS se fait dans plusieurs domaines, notamment par des soins (traitements pharmacologiques et psychothérapie) et par des programmes de prévention de la récurrence délivrés par la communauté. Ainsi pour l'évaluation de ces interventions on parlera d'études économiques au sens large, et non uniquement d'études médico-économiques. La méthode est transposable.

Sur l'ensemble de la littérature fournie, nous avons trouvé 5 articles qui traitaient de l'efficience de prise en charge des AVS [5-9]. Un sixième article (revue systématique) reprenait deux de ces articles, nous ne le détaillons donc pas [10]. Le tableau 1 présente les critères d'évaluation de l'efficience utilisés dans ces articles, en détaillant notamment les deux termes de l'efficience (ressources mobilisées et effet de l'intervention) et la présentation globale du résultat.

Discussion sur les critères d'évaluation de l'efficience

Perspective

La perspective dans laquelle on envisage l'efficience d'une intervention est déterminante pour faire une étude cohérente. Dans la prise en charge des AVS, on attend spontanément un effet positif pour la société et pour les victimes, bien plus que pour l'AVS lui-même. Pourtant sa place d'être humain ne doit pas être négligée. Le questionnement éthique est donc central pour notre sujet.

Critères d'évaluation des ressources consommées

Dans les 5 articles, les ressources consommées étaient à chaque fois représentées par le coût financier de l'intervention, ce qui est cohérent avec la méthode "évaluation économique". Toutefois on pourrait s'intéresser à d'autres formes de ressources consommées, par exemple le nombre de personnes à mobiliser pour faire une prise en charge (un groupe de parole co-animé mobilise plus de thérapeutes qu'une prescription d'anti-dépresseur par un médecin), ou la simplicité/difficulté de mise en œuvre d'un traitement (un traitement freinateur de libido nécessite un bilan sanguin pré-thérapeutique, pas un antidépresseur).

Le fait de rapporter ces dimensions à des coûts financiers présente l'avantage de faciliter les comparaisons inter-études puisque les résultats s'expriment dans la même unité. Mais tout n'étant pas monnayable, cela conduit également à négliger certains aspects importants.

Tableau 1 : synthèse des critères d'évaluation de l'efficacité de la prise en charge des AVS

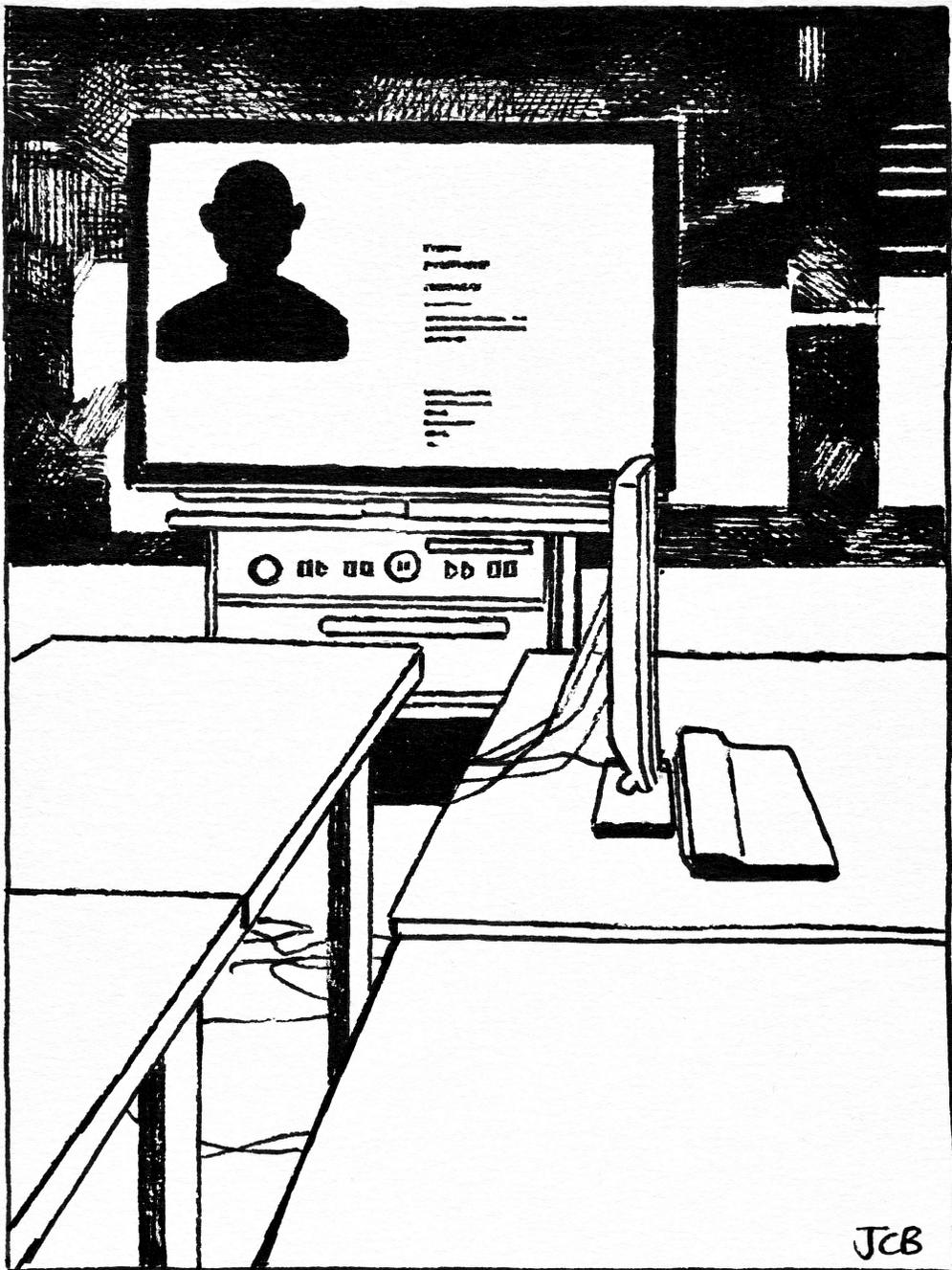
MST-PSB = multisystemic therapy for problem sexual behaviors UCS = Usual Community Services ISRS = inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine
 WSIPP = Washington State Institute for Public Policy (WSIPP) REA = Rapid Evidence Assessment
 *Le ratio coût/bénéfice s'exprime par la somme économisée par unité d'argent dépensée dans le programme

Référence	Type d'étude Type d'analyse	Type d'AVS	Intervention (lieu)	CRITÈRES D'ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ				Expression du résultat
				Terme 1 de l'efficacité : ressources mobilisées pour l'intervention		Terme 2 de l'efficacité : effet de l'intervention (source de données)		
				Phénomène observé 1	Critère de jugement 1 (source de données)	Phénomène(s) observé(s) 2	Critère(s) de jugement 2 (source de données)	
Borduin (2015) USA	Etude économique Analyse coût-bénéfice	Mineurs AVS condamnés	thérapie multisystémique MST-PSB (soins dans le milieu naturel) versus intervention standard UCS (communauté)	Coût financier de l'intervention	Dépenses (centres fournisseurs du traitement)	Diminution des réitérations Diminution des coûts financiers, via la diminution des réitérations	Condamnations (essai contrôlé randomisé) Dépenses pour contribuables et victimes (modèle WSIPP et revue de littérature)	Bénéfice (somme économisée pour un participant au programme) Ratio coût/bénéfice*
Swedish Council on Health Technology Assessment (2011) Suède	Etude économique Analyse coût-bénéfice	AVS condamnés détenus	Programme national suédois de réinsertion "Relationships ans life Together" pour les AVS détenus (prison)	Coût financier de l'intervention	Dépenses (estimation basée sur le coût d'un autre programme de réinsertion suédois)	Diminution des réitérations Diminution des coûts financiers, via la diminution des réitérations	Réitérations d'agressions sexuelles évitées (étude de cohorte prospective) Dépenses liés aux AVS et victimes (revue de littérature)	Bénéfice (somme économisée pour chaque réitération évitée)
Adl (2002) Royaume-Uni	Etude économique Analyse coût-conséquence	Non précisé	Antidépresseurs ISRS en add-on de toute autre intervention ou sans autre intervention (lieu non précisé)	Coût financier du traitement par ISRS	Dépenses pour une durée déterminée de traitement (index des tarifs des médicaments)	Réduction du risque de réitération Diminution des réitérations et du nombre de victimes Diminution des coûts financiers	Scores à des échelles et tests psychométriques (revue systématique) Nombre de réitérations et de victimes (revue systématique) Dépenses (revue systématique)	/
Duwe (2013) USA	Etude économique Analyse coût-bénéfice	Non précisé	Cercle de soutien et responsabilité (communauté) versus intervention contrôle non précisée	Coût financier de l'intervention	Dépenses (source non précisée)	Diminution des réitérations Diminution des coûts financiers, via la diminution des réitérations	Réarrangements (essai contrôlé randomisé) Dépenses de l'Etat (estimation basée sur une autre étude)	Bénéfice (somme économisée pour un participant au programme) Ratio coût/bénéfice*
Elliott (2013) Royaume-Uni	Etude économique s'appuyant sur une revue de la littérature Analyse coût-bénéfice	Non précisé	Cercle de soutien et responsabilité (communauté)	Coût financier de l'intervention	Dépenses (fournisseurs de l'intervention)	Diminution des réitérations Diminution des coûts financiers, via la diminution des réitérations	Taux de réitération par AVS (revue REA + données du Gouvernement) Dépenses tangibles et intangibles (estimation basée sur d'autres études et données du Gouvernement)	Ratio coût/bénéfice*

pourtant une donnée capitale pour permettre d'orienter les politiques de prise en charge, il est donc indispensable de continuer les recherches dans ce domaine pour guider les décisions publiques concernant la prise en charge des AVS.

Bibliographie

2. Haute Autorité de Santé. Efficacité et efficacité des hypolipémiants : Une analyse centrée sur les statines. 2010. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/5_statines-argumentaire_complet_maj_sept_2010.pdf
3. Page internet : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc_1250026/fr/evaluation-medico-economique. Consultée le 18 avril 2018.
4. Riche V-P et al. Fiche d'économie de la santé n°1 : L'évaluation médico-économique. La recherche clinique du CHU de Nantes n°14. 2014. Disponible sur : http://www.chu-nantes.fr/medias/fichier/fiche_eme-numero-1-v2_1410442139009-.pdf?INLINE=FALSE
5. Haute Autorité de Santé. Guide méthodologique. Choix méthodologiques pour l'évaluation économique à la HAS. 2011. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/guide_methodo_vf.pdf
6. Borduin CM, Dopp AR. Economic impact of multisystemic therapy with juvenile sexual offenders. *J Fam Psychol.* 2015;29(5):68796
7. Swedish Council on Health Technology Assessment. Medical and Psychological Methods for Preventing Sexual Offences Against Children. A Systematic Review. Appendix 1. A tentative cost-benefit calculation of rehabilitation programmes for child molesters. 2011.
8. Adi Y, Ashcroft D, Browne K, et al. Clinical effectiveness and cost-consequences of selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of sex offenders. *Health Technol Assess.* 2002;6(28):166.
9. Duwe G. Can Circles of Support and Accountability (COSA) work in the United States? Preliminary results from a randomized experiment in Minnesota. *Sex Abuse.* 2013;25(2):14365
10. Elliott IA, Beech AR. A U.K. cost-benefit analysis of circles of support and accountability interventions. *Sex Abuse.* 2013;25(3):21129
11. Clarke M, Brown S, Völlm B. Circles of Support and Accountability for Sex Offenders: A Systematic Review of Outcomes. *Sex Abuse.* 2017;29(5):4467



JCB

Synthèse du rapport de la commission
d'audition, 17 juin 2018.

35 propositions concrètes pour lutter
efficacement contre les violences sexuelles

Commission d'audition

Indépendante des autres instances de l'audition publique, la *commission d'audition* avait pour rôle de proposer une synthèse des débats ayant eu lieu durant la séance publique et de formuler des recommandations sous forme de propositions. Cette commission est, conformément à la méthodologie HAS, pluridisciplinaire et multi professionnelle.

Président

Jean-Marie DELARUE, Ancien contrôleur général des lieux de privation de liberté (2008-2014), président de la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme.

Vice-président

Charles ALEZRAH, Psychiatre, criminologue, président du CREAL-ORS Occitanie.

Membres de la Commission d'audition

Safia ALLAG-MORRIS, Journaliste et enseignante.

Patrick BLACHÈRE, Médecin psychiatre, expert près la cour d'appel de Chambéry, Responsable du groupe de travail médico-légal de l'AIUS.

Jean-Claude BOUVIER, Vice-président chargé de l'application des peines au TGI de Paris.

Bernard CORDIER, Psychiatre, chef de service à l'hôpital Foch de Suresnes, ancien expert près la cour d'appel de Versailles.

Humbert DE FRÉMINVILLE, Médecin généraliste, maître de conférences associé à l'université Lyon 1, expert judiciaire près la cour d'appel de Lyon en médecine générale et médecine légale du vivant.

Dominique FRÉMY, Médecin pédopsychiatre, responsable de l'unité du psychotraumatisme (CH Novillars), responsable du CRIAVS mineurs de Franche-Comté, expert près la cour d'appel de Besançon, médecin coordonnateur.

Olivier GIRON, Praticien hospitalier, chef de service, SMPR, CHU de Nantes.

François GOETZ, Directeur interrégional adjoint des services pénitentiaires, détaché à la délégation générale à l'administration pénitentiaire et à la réinsertion du royaume du Maroc en qualité Docteur en psychologie, psychothérapeute, praticien ICV (Intégration du Cycle de la Vie), président de Eido, centre de soin des traumatismes et violences.

Isabelle SADOWSKI, Directrice juridique et de la coordination de l'aide aux victimes, France Victimes.

Joséphine TRUFFAUT, Psychologue clinicienne, docteur en psychologie, chargée de cours à l'université Paris Descartes, trésorière adjointe de l'ARTAAS.

Synthèse du rapport

Au terme de ces développements, par lesquels il a été dressé l'état des lieux de la situation existante, de la prévention, de l'évaluation et de la prise en charge, qui a conduit à la formulation de propositions et de souhaits, il est permis d'esquisser une conclusion en forme de synthèse.

La loi du 17 juin 1998, qui a aujourd'hui vingt ans, est le fruit de pratiques antérieures originales et de l'inquiétude née de la place, dans la délinquance, des violences sexuelles, notamment de celles exercées à l'encontre de mineurs.

Conçue de manière audacieuse, en rupture avec des habitudes ancrées, par les ministères de la justice et de la santé, elle se préoccupe d'abord très légitimement d'améliorer le sort des victimes de ces violences, très gravement et très durablement atteintes dans leur corps mais aussi dans leurs relations avec autrui.

S'agissant des auteurs de violences sexuelles, dont la loi traite aussi, le texte repose sur une conviction profonde qui doit être d'emblée mise en relief, parce qu'elle va à rebours d'une part au moins des représentations sociales : celle qu'au-delà de la sanction pénale évidemment nécessaire pour punir l'auteur, il est possible de modifier à l'avenir le comportement de ce dernier, par une prise en charge appropriée, mêlant l'approche sociale et un dispositif de soins.

Profondément originale lorsqu'elle a été décidée, cette conception l'était dans son esprit. Elle l'était aussi dans l'organisation mise en oeuvre, associant étroitement l'institution judiciaire (magistrats, agents d'insertion et de probation ou de la protection judiciaire de la jeunesse notamment), le système de soins (psychiatres, psychologues, infirmiers travaillant en milieu « ouvert » ou en prison) et des personnes tierces (par exemple éducateurs de l'aide sociale à l'enfance, associations de prévention), un médecin « coordonnateur » étant chargé d'assurer, pour chaque auteur de violences sexuelles et entre ces différentes personnes, les continuités nécessaires.

Dresser, vingt ans après, un bilan de la loi est l'occasion, à travers une procédure d'audition publique, conduite les 14 et 15 juin 2018 sous l'égide de la fédération des CRIAVS (Centre ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles), de s'interroger sur les conditions d'une prise en charge de plus en plus efficiente des auteurs de violences sexuelles en France dans les années à venir.

À cet égard, plusieurs interrogations sont nécessaires, dont les réponses font naître des propositions d'améliorations du système, en gardant précieusement le principe fondateur.

1/ En premier lieu, on doit mesurer l'efficacité, en termes de nombre de personnes prises en charge, du dispositif actuel alliant la peine, d'une part, la surveillance socio-judiciaire et l'injonction de soins, d'autre part.

Le nombre d'auteurs de violences sexuelles ne peut être connu, comme il est fréquent en matière délinquante, que de manière indirecte, par le nombre de victimes.

Or, ce nombre est considérable, d'une part, et il est sous-estimé, d'autre part.

Il est considérable puisque, à prendre appui non sur les enregistrements administratifs qui sont lacunaires mais sur les enquêtes directes auprès d'échantillons importants de population, il apparaît que près de huit cent mille personnes déclarent être victimes chaque année de violences sexuelles et que, par exemple, un viol est

commis toutes les sept minutes dans notre pays (cf. chapitre 1). Ces données sont, en elles-mêmes, très préoccupantes.

Mais elles sont sous-estimées puisque, d'une part, dans un pourcentage difficile à évaluer, les victimes, même dans les enquêtes, répugnent à faire état de ces événements du fait même de leurs suites traumatiques ; que, d'autre part, les mineurs figurent en nombre significatif parmi les victimes, pour autant qu'on puisse le savoir, puisque qu'ils n'entreprennent aucune démarche de plainte et ne sont pas inclus dans les enquêtes de victimation. Certes, les majeurs peuvent faire état de faits remontant à leurs années d'enfance, mais avec le même biais que celui, qui vient d'être mentionné, d'une aversion à l'égard d'une évocation des faits.

Il en résulte que le nombre de violences sexuelles est mal connu mais, en toute hypothèse, très élevé.

Le nombre d'auteurs est donc lui aussi très élevé même s'il est inférieur, du fait d'actes répétitifs dans certains contextes de violences sexuelles (au sens où elles ont été définies dans le premier chapitre du document), sans exclure non plus un pourcentage d'accusations infondées qui ne saurait être élevé.

Mais le nombre d'auteurs susceptibles de rentrer dans le dispositif de la loi de 1998 est très faible, là encore en raison de deux phénomènes cumulatifs.

D'une part, le nombre d'actes portés par les victimes à la connaissance des services de police et de gendarmerie est faible, en raison de la propension mentionnée à garder le silence.

D'autre part, parmi les plaintes dûment transmises au parquet, ce dernier en classe sept sur dix sans suite, en raison de l'impossibilité, le plus souvent de caractériser les faits selon les définitions que donne le code pénal des « agressions sexuelles » (en particulier aux articles 222-22 à 222-33 du code pénal) ou des faits « mettant en péril des mineurs » (aux articles 227-22-1 et suivants du même code).

Ces circonstances expliquent que le nombre de condamnations au titre de ces dispositions, d'ailleurs en baisse ces dernières années, n'excède guère, pour le viol, le millier par an (1012 en 2016). Il est donc très éloigné du nombre d'actes commis. En d'autres termes, peu d'auteurs sont poursuivis et condamnés. Par conséquent, peu d'entre eux entrent chaque année dans les prévisions de la loi de 1998 qui a, de fait, une application sur une population marginale parmi les personnes concernées. Il y a là une anomalie qui doit être corrigée.

Une autre anomalie réside dans l'incapacité du ministère de la justice comme de celui de la santé de fournir des données relatives au nombre de suivis socio-judiciaires et d'injonctions de soins en cours d'exécution à un moment déterminé. Dans un rapport de 2011, les inspections générales (IGAS – IGSJ) donnaient un nombre compris entre 3 800 et 7 800 mesures (donc avec une marge d'erreur très élevée). Quelle que soit l'exactitude de ces données, elles sont donc sans rapport avec le nombre d'auteurs de violences sexuelles.

Il en résulte que les considérations faites sur le fonctionnement de l'injonction de soins ne reposent que sur une prise en charge minoritaire d'auteurs (1%, 5% ?) dont la composition est, par conséquent, biaisée.

De ce constat préoccupant, découlent trois ordres d'objectifs.

D'une part, dès lors que le dispositif de prise en charge des auteurs ne bénéficie qu'à une faible part d'entre eux, des moyens doivent être trouvés pour encourager les victimes à se faire connaître « utilement », c'est-à-dire que, dans le recueil des faits et les

moyens de preuve requis, les plaintes (ou signalement de tiers) puissent aboutir à ce que les auteurs entrent dans le dispositif.

D'autre part, alors que le système actuel peine à trouver les compétences nécessaires pour une prise en charge efficace, il faut à terme (sous forme d'une loi de programmation ?) en élargir substantiellement les capacités, par conséquent, songer à la fois à intéresser, à former et à rémunérer les personnels nécessaires, si l'on veut, en vertu du principe initial de 1998, avancer dans la résolution des graves problèmes que posent les violences sexuelles. Il convient aussi de disposer, comme le recommandaient déjà les inspections générales mentionnées, des données nécessaires et, par conséquent, de compléter les sources statistiques par des données claires et fiables dans ce domaine.

Enfin, il est crucial d'innover de sorte que, à titre préventif, les personnes qui ne sont pas prises en charge par l'institution judiciaire, soit qu'elles ne soient pas encore passées à l'acte, soit qu'elles ne soient pas poursuivies, puissent se voir proposer, elles aussi, des mesures d'écoute, d'accompagnement et de soins possibles (voir le chapitre 2). Cette perspective suppose que soient remplies au moins deux conditions : d'une part que des personnes auteurs qui, avant interpellation, ne se sentent souvent aucunement coupables, acceptent d'être suivies ; d'autre part, compte tenu des effectifs en cause, le renforcement des moyens ; il passera nécessairement par un concours très actif d'associations éclairées et formées – il en existe déjà quelques exemples.

Ces élargissements, « curatifs » mais aussi préventifs supposent qu'à la prise en charge soient associés tant de nouveaux acteurs institutionnels (réseau des PMI...) que privés et surtout associatifs (cf. chapitre 2).

2/ En deuxième lieu, depuis l'origine, la réunion de deux objectifs de sanction pénale, d'une part, et de prise en charge de personnes, d'autre part, crée des tensions dans la mesure où la conciliation entre deux visées de nature bien différente n'est pas toujours aisée à définir. Il est vain d'espérer faire disparaître ces tensions. En effet, dès 1998, le juge a pour fins essentielles le prononcé et l'exécution de la peine, d'une part, la prévention de la récidive, d'autre part ; le thérapeute, de son côté, entend certes mesurer les facteurs de risque mais aussi les facteurs protecteurs. Le médecin coordonnateur est au cœur de ces tensions (chapitres 1 et 4).

Il est clair qu'alors qu'on pouvait espérer qu'avec le temps ces difficultés s'atténueraient, l'évolution législative les a sans aucun doute renforcées.

Cette évolution est double (chapitres 1 et 4) et les intentions du législateur ne sont pas toujours aisément déchiffrables.

D'une part, alors que quelques textes de lois contribuaient à faciliter une évolution des représentations sociales et des procédures pénales (déconnexion du mariage et de la reproduction ; reconnaissance de droits accrus – PACS puis union maritale – pour les personnes de même sexe ; juridictionnalisation et élargissement de l'aménagement des peines), de nombreux autres renforçaient la répression des agressions sexuelles (accroissement des circonstances aggravantes en cas de viol, définition de l'inceste en 2010 puis, après intervention du Conseil constitutionnel, en 2016). Les lois ont en outre érigé aussi en principe de distinction entre délinquants la « dangerosité ». Les plus hautes marches de celle-ci sont incontestablement occupées par les auteurs de violence sexuelle, en vertu des dispositions législatives ou des représentations sociales : pour pallier les effets du danger présenté par ces auteurs, le législateur a défini plusieurs mesures de « sûreté » (surveillance judiciaire, surveillance et rétention de sûreté), dans le contexte « sécuritaire » que l'on connaît. Au fond, en

matière de violences sexuelles comme dans les autres délinquances, la rédemption du coupable lui importe moins que le fait de pouvoir le tenir, tant que ce dernier est considéré comme dangereux, en lisière de la société.

D'autre part, il a modifié le suivi socio-judiciaire de 1998, en le rapprochant de l'esprit des mesures de sûreté, en élargissant le champ des infractions (aujourd'hui tout à fait hétéroclite) à l'occasion desquelles il peut être prononcé (en 1998, seules les agressions sexuelles pouvaient en être le motif), en rendant obligatoire la condamnation à une injonction de soins (dès lors que l'expert juge l'auteur accessible à un traitement) sauf décision contraire du juge : en somme, l'injonction de soins est devenue, pour la loi, donc le juge, un moyen de contrôle comme un autre, intéressant par une durée pouvant être prolongée éventuellement longtemps. C'est si vrai que, dans un département de l'Ouest, le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) a créé un « pôle » chargé des mesures de sûreté – initiative par ailleurs estimable – auquel il a naturellement rattaché le suivi des personnes relevant du suivi socio-judiciaire. Le soin à la personne disparaît ici presque entièrement. Tel ne peut être pourtant le point de vue du soignant, toujours également mobilisé.

Ces évolutions sont regrettables. Outre qu'elles aggravent les tensions au cœur du dispositif, elles obèrent ses chances de succès, la personne qui en est l'objet percevant davantage la méfiance dont son infraction le rend, par l'effet de la loi, l'objet que la bienfaisance des soins dont elle est entourée.

Il doit être mis un terme à cette évolution pour retrouver l'esprit de la loi de 1998. Il apparaît souhaitable que l'injonction de soins soit limitée aux auteurs d'infractions pour lesquels l'intervention d'un soignant a un sens. Le caractère obligatoire de l'injonction de soins doit être abandonné. Le découplage entre définition de mesures de sûreté et définition du suivi socio-judiciaire doit être assuré. La prise en charge ne saurait, de manière générale, se résumer, à des mesures de police vaguement colorées par du médical. Enfin il devrait être possible de dissocier la durée de l'injonction de soins, éventuellement plus réduite, de celle d'autres mesures ordonnées au titre du suivi socio-judiciaire. Et, à cette fin, d'éclairer les conditions selon lesquelles l'injonction de soins peut être levée (chapitre 3).

3/ En troisième lieu, il convient d'interroger le fonctionnement du dispositif tel qu'il est mis en œuvre dans le contexte de la période à laquelle ce rapport a été rédigé.

Comme dans d'autres domaines sanitaires, y compris la psychiatrie, les moyens, notamment humains, alloués au suivi socio-judiciaire varient très sensiblement d'une zone géographique à l'autre (chapitres 1 et 4). Dans certains départements, il ne peut être prononcé faute, par exemple, de médecins coordonnateurs prévus par la loi. Cette circonstance a pour effet de rétrécir encore la population éligible à la mesure, déjà restreinte pour les motifs déjà mentionnés. Elle est constitutive d'inégalité d'accès à une mesure judiciaire et discrimine les chances de modifier un comportement source d'infractions. Il doit être remédié à de tels écarts par l'allocation des moyens nécessaires, par le développement des formations les plus utiles : les agences régionales de santé doivent être sensibilisées par l'administration centrale ministérielle à cette question et, plus généralement, à celle de la santé sexuelle (cf. définition de l'OMS évoquée au chapitre 2), dans le cadre de la Stratégie nationale de santé sexuelle (2017-2030). Les CRIAVS doivent prendre toute leur part en la matière. Dans ces politiques, une attention particulière doit être portée aux mineurs, auteurs et/ou victimes de violences sexuelles, avec l'aide des agents nationaux comme les juges des enfants, ceux de la protection judiciaire de la jeunesse, ou départementaux déjà impliqués (ASE...).

Là où ils existent, les médecins coordonnateurs voulus par la loi de 1998 apparaissent comme les symboles de l'existence du dispositif. Mais si leurs missions sont clairement définies, les moyens d'y parvenir sont trop largement laissés à l'initiative et aux marges de manœuvre de chacun. Il est étonnant que, depuis leur apparition, leur activité n'ait pas fait l'objet d'un cahier des charges précisant, sans contraintes excessives, les moyens de remplir leurs tâches (par exemple ce qu'indiquer dans le rapport annuel exigé d'eux). On doit espérer que soient en outre créées entre eux des occasions d'échanges (par exemple sur leurs rapports avec l'autorité judiciaire), au niveau régional ou national.

La mécanique du suivi socio-judiciaire dans sa composante de l'injonction de soins met en oeuvre des rouages complexes, inhabituels en ce qu'ils associent des personnes n'ayant pas l'habitude de se rencontrer pour des fins communes (cf. chapitre 1). Des expériences de terrain étudiées et des témoignages recueillis lors de l'audition publique, ressort la nécessité de rencontres régulières – pas nécessairement fréquentes – sur un pied d'égalité et en pleine liberté d'appréciation, en particulier pour mettre en place une lecture commune des finalités, délimiter le champ de compétences de chacun et évoquer les cas individuels complexes. Le respect des objectifs communs ne saurait délier chacun de ses obligations au titre des obligations qui lui sont applicables comme celles relatives au secret médical ou professionnel. Inversement, dès lors que rien ne s'y oppose, les informations utiles doivent circuler, sous forme aisément accessible, lorsqu'elles sont nécessaires à l'action. La fluidité, l'efficacité, doivent être recherchées, dans le cadre d'une culture partagée.

La prise en charge intervient souvent dans un espace relativement étendu (changement de domicile, sortie de prison...) et dans un temps qui peut être très court (notamment s'agissant d'adolescents) ou bien long (plusieurs années). Les personnes prises en charge se trouvent confrontées à des ruptures non seulement dues à des changements de personnes (accrus par la rotation des effectifs ou la fréquence des changements d'affectation de certaines professions) mais également à des modifications de résidence géographique induisant des changements de ressort de juridiction ou de thérapeute. À cet égard, la discontinuité existante entre soins dispensés au sein des établissements pénitentiaires et soins du milieu libre, connue depuis longtemps sans qu'une solution satisfaisante autre que locale y ait jamais été vraiment apportée est paradigmatique de ces ruptures. L'injonction de soins suppose, outre le développement du travail interdisciplinaire, que les professionnels s'organisent aussi en réseaux aptes à transférer les informations à ceux des confrères qui assureront la suite de la prise en charge. Il n'est rien de plus désespérant pour les personnes objet de ces mesures que d'avoir le sentiment qu'elles reviennent au point de départ, avec des évaluations et des bilans toujours recommencés (cf. quatrième chapitre). La notion de « parcours » si souvent invoquée est souvent un itinéraire chaotique. Des efforts substantiels doivent permettre aux professionnels de s'organiser (des « fiches navette » ont été montrées durant l'audition publique), ainsi que cela s'est fait dans le déroulement de prises en charge dans d'autres domaines.

4/ Enfin, en quatrième lieu, la prise en charge doit mettre la personne qui en est l'objet au centre des dispositifs et des préoccupations.

Cette personne doit bénéficier sans aucune restriction du respect des droits attachés à chaque être humain. Cette garantie va, dira-t-on, de soi. Elle est moins évidente compte tenu des représentations que l'opinion, à travers les médias ou parfois le politique, attache aux auteurs de violences sexuelles ; même lorsque ceux-ci sont, en vertu d'évaluations ou d'expertises, placés dans une catégorie d'individus très dange-

reux. Une part de la réticence de professionnels à s'engager dans leur prise en charge s'explique sans doute ainsi. L'attachement à la dignité de la personne ne saurait se relâcher à leur endroit, quel qu'ait été le déroulement des événements qui ont conduit à la prise en charge, quelles que soient, aussi, les contingences des moyens dévolus à cette dernière (le rapport évoque dans son chapitre 4 la baisse très préoccupante de nombre des experts et du faible nombre des médecins coordonnateurs).

De manière plus précise, dans les hypothèses qui sont l'objet de l'audition publique, on doit veiller, quelles que soient les formes thérapeutiques arrêtées, à ce que le thérapeute soit effectivement investi dans sa tâche, condition de toute réussite en la matière. On se doit aussi d'être vigilant, alors même que les indications thérapeutiques sont essentiellement de nature psychiatrique ou psychologique, de veiller aux soins somatiques que requièrent les personnes, et à la compatibilité des traitements ordonnés au titre de ces indications avec l'état somatique.

Dans le même domaine, la commission d'audition regrette que, si la question de la dispensation des soins en détention a été abordée avant l'audition publique et pendant son déroulement, celle des difficultés d'accès aux soins des personnes détenues n'ait été qu'effleurée, comme si celles-ci étaient des patients ordinaires du milieu libre.

Les évaluations de la personne et les expertises dont elle est l'objet doivent obéir aux mêmes règles. Les échanges d'information doivent respecter le secret médical déjà mentionné ; les expertises, les règles de l'art et celles rappelées dans le chapitre 3 ci-dessus. On ne peut leur faire faire davantage que ce que les textes en vigueur prévoient, ni leur faire dire plus qu'elles ne peuvent dire, particulièrement en matière de dangerosité ou de risque ; il y a trop d'attentes excessives, trop de conséquences autres que médicales, conférées aux opinions d'experts issues de l'utilisation d'échelles de plus en plus élaborées, appliquées à des sujets qui peuvent ne présenter aucune pathologie mentale.

Certaines personnes prises en charge se trouvent dans des situations particulières et doivent être évoquées (voir sur ce point le chapitre 4). Tel est le cas des personnes en institution (établissements de santé mentale, établissements pour personnes en situation de handicap, prisons...). Il existe dans ces établissements des violences sexuelles parfois graves, qui génèrent parmi les personnes prises en charge (en particulier les femmes) des angoisses constantes. A l'exception de cas très particuliers (comme les personnes âgées démentes), et outre les mesures prises pour les prévenir, de tels faits doivent donner lieu à des signalements à l'autorité judiciaire, seule à pouvoir juger de la suite à leur donner.

Très particulière à bien des points de vue est aussi la situation des enfants mineurs, que ce soit en famille ou en établissement. L'appréhension de leur situation (on estime à 40% la part des auteurs mineurs de violences sexuelles ayant été victimes de violences de même nature), le signalement, et la prise en charge ne sauraient être semblables à ceux des adultes dès lors que, comme il a été dit lors de l'audition publique, et comme le veut la loi pénale en vigueur, ils ne sauraient être regardés comme des adultes en réduction.

La prise en charge met en oeuvre des réponses thérapeutiques. La variété des situations et des temps de prise en charge conduit à préconiser une relative souplesse non dans ce qui est au principe de ces thérapeutiques mais dans leur choix. Le chapitre 4 décrit l'approche psychodynamique, d'une part, les techniques cognitivo-comportementales (TCC), d'autre part, les thérapies systémiques, enfin. Il peut être particu-

lièrement intéressant, dans un parcours de prise en charge psychothérapeutique, de recourir à des techniques relevant d'approches différentes, psychodynamiques, cognitivo-comportementales et systémiques. Pour en déterminer la proportion, là aussi, l'intérêt de la personne prise en charge doit toujours primer.

Enfin, la prise en charge mentale ne peut se résumer à des réponses en termes de soins directs de plus en plus techniques. Elle doit englober une dimension de « prendre soin » (combinaison du *cure* et du *care*). Dans ce domaine, elle doit s'appuyer sur un accompagnement socio-éducatif à visée de réhabilitation psycho-sociale, d'une intensité adaptée à chaque situation, de manière évolutive dans le temps. Cet accompagnement doit s'adapter à la configuration née de l'évolution du métier de conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation (CPIP), davantage tourné vers la seule prévention de la récidive au détriment de ses tâches traditionnelles d'accompagnement social. En complément des équipes intervenant habituellement auprès des auteurs de violences sexuelles, il est important de renforcer et développer la place du personnel social et éducatif dans l'accompagnement du parcours, de telle sorte que ne soient pas omises les questions essentielles de l'accès au logement, à une formation, à un travail et plus généralement de l'accès à la vie sociale.

C'est en effet la novation de la loi de 1998 d'avoir posé comme perspective qu'une prise en charge réussie est plus bénéfique non seulement pour la personne qui en est l'objet, mais aussi pour la société dans son ensemble. Cette perspective doit être consolidée et son fonctionnement mieux assuré, conformément à l'état des lieux et aux préconisations ou souhaits qui ont été exposés dans le présent rapport. Toutefois, elle ne peut prendre sens que s'il est rappelé que la psychiatrie est une discipline médicale centrée sur les soins aux personnes présentant des troubles mentaux. Elle ne doit en aucun cas être utilisée à des fins de contrôle social.

Telles sont les conclusions de l'audition publique des 14 et 15 juin 2018.

35 propositions concrètes pour lutter efficacement contre les violences sexuelles

Définir le cadre d'intervention

Proposition 1 : Se donner les moyens méthodologiques de mesurer la prévalence des violences sexuelles chez les mineurs.

Proposition 2 : Concevoir un livret sur le secret professionnel des intervenants auprès des Personnes Placées Sous Main de Justice (PPSMJ).

Proposition 3 : Introduire des enseignements spécifiques dès la formation générale et renforcer la formation continue des professionnels de santé et des psychologues.

Améliorer la prévention des violences sexuelles

Proposition 4 : Faire bénéficier d'une prévention spécifique les enfants âgés de moins de 12 ans qui se livrent à des *Comportements Sexuels Problématiques* (CSP). Les parents ou les adultes en charge de leur éducation doivent, sauf exception, y être associés.

Proposition 5 : Quel que soit le type de handicap, mental ou sensoriel, mettre l'accent sur le développement des compétences psychosociales et de la vie affective des personnes, en tenant compte de leur santé sexuelle.

Proposition 6 : Prévoir des interventions tout au long d'un cursus d'études, primaires et secondaires, sur l'hygiène, l'hygiène alimentaire, la sexualité, la prévention des violences, les addictions.

Proposition 7 : Elaborer des programmes de prévention des violences sexuelles destinés à des publics particuliers : personnes âgées, migrants, lesbiennes, gay, bisexuels et transgenres (LGBT).

Proposition 8 : Inscire les actions de prévention des violences sexuelles aux quatre niveaux : individuel, relationnel, communautaire, et sociétal.

Proposition 9 : Développer la recherche et l'évaluation permettant de construire des programmes efficaces de prévention des violences sexuelles en intégrant des recherches sur les facteurs protecteurs.

Proposition 10 : Evaluer les risques liés à la précarité et la déscolarisation afin de promouvoir éventuellement des campagnes de prévention des violences sexuelles spécifiques.

Proposition 11 : Développer et faire connaître des lieux ressources, services, et associations proposant une permanence téléphonique ou un accueil pour les personnes directement concernées par les violences sexuelles.

Proposition 12 : Bannir du vocabulaire le terme de « castration chimique » pour le remplacer par un terme simple et non stigmatisant (par exemple « traitement anti-hormonal »).

Proposition 13 : Augmenter le nombre et la visibilité des structures qui prennent en charge les mineurs auteurs de violences sexuelles.

Proposition 14 : Evaluer et développer au niveau national l'expérience de réseaux d'écoute pour proposer un numéro d'appel unique à destination des personnes sexuellement attirées par les enfants.

Proposition 15 : Mieux informer les victimes de violences conjugales comportant des violences sexuelles de l'existence de l'ordonnance de protection de la victime qui s'applique à l'auteur et lui impose un certain nombre d'obligations et d'interdictions.

Proposition 16 : Développer les recherches sur les facteurs de protection des auteurs de violences sexuelles et sur les facteurs qui sont de nature à limiter le risque de récidive.

Proposition 17 : Renforcer l'accompagnement social et socio-éducatif dans le cadre de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles.

Proposition 18 : Conduire des recherches-actions sur les dispositifs de rencontre auteurs-victimes, afin d'en mesurer la pertinence, et d'en organiser le déploiement en opportunité.

Améliorer l'évaluation des auteurs de violences sexuelles et des dispositifs de prise en charge

Proposition 19 : Confier l'expertise à une collégialité d'experts ou à une unité spécialisée de psychiatrie légale, notamment pour les expertises nécessitant une évaluation précise de la dangerosité.

Proposition 20 : Donner une formation criminologique complémentaire aux outils d'évaluation aux experts psychiatres réalisant ce type d'expertise spécifique.

Proposition 21 : Proposer une sensibilisation à la méthodologie et aux limites des outils d'évaluation lors de la formation initiale de tout psychiatre.

Proposition 22 : Pouvoir dissocier la durée du Suivi Socio-Judiciaire (SSJ) de celle de l'Injonction de Soins (IS).

Proposition 23 : Proposer l'évolution de la législation permettant au magistrat de se prononcer en faveur d'une obligation de soin, ou bien d'une injonction, et ce en fonction de la nature des soins requis par l'expert.

Proposition 24 : Promouvoir des lieux et temps de rencontre entre les différents intervenants en charge du condamné.

Proposition 25 : Appliquer rigoureusement le secret médical dans l'utilisation du Logiciel de l'administration pénitentiaire (GENESIS).

Proposition 26 : Transmettre toutes les informations nécessaires à la prise en charge aux professionnels du soin dès lors qu'elles ne sont couvertes par aucun secret légal.

Proposition 27 : Permettre de lever plus facilement l'injonction de soins lorsque l'évaluation du risque de dangerosité du sujet expertisé (et le traitement associé) est proche de celle d'un sujet de la population générale.

Améliorer la prise en charge des auteurs de violences sexuelles

Proposition 28 : Garantir aux sortants de prison, sur le plan de l'accès et de la continuité des soins, la possibilité de consultations ambulatoires assurées par les thérapeutes exerçant en détention.

Proposition 29 : Donner la possibilité aux CRIAVS de développer une offre de soins spécialisée en complément de l'offre de droit commun ; corolairement, celle-ci doit pouvoir mettre en œuvre des soins spécialisés intersectoriels.

Proposition 30 : Modifier la loi du 17 juin 1998 afin, notamment, de redéfinir un en-

semble de critères justifiant l'opportunité de la mise en place d'une injonction de soins, réaffirmer le principe d'individualisation dans le prononcé de l'injonction de soins, et découpler la durée de l'injonction de soins de celle de la peine de suivi socio-judiciaire.

Proposition 31 : Renforcer le maillage « SantéJusticeSocial » afin de garantir le champ d'intervention de chacun des acteurs du dispositif d'injonction de soins.

Proposition 32 : Evaluer la faisabilité et la pertinence des dispositifs de justice restaurative et de leur éventuelle application à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles.

Proposition 33 : Renforcer la formation initiale des psychologues aux échelles standardisées et aux méthodes de jugement clinique structuré.

Proposition 34 : Renforcer les dispositifs de formation continue sur des modules de psychocriminologie clinique afin de favoriser la montée en compétence des professionnels de santé.

Proposition 35 : Développer au sein des réseaux de PMI des consultations de soutien à la parentalité auprès des familles impactées par les problématiques de violence sexuelle afin d'en prévenir précocement les effets à long terme.

Table des matières

Préface.....	5
Considérations méthodologiques.....	7
Comité d'organisation	9
Partie 1 - Rapports des experts	11
Quelles évaluations de l'auteur de violences sexuelles dans le cadre de son parcours de peine ? #1 Pierre ROUVIERE.....	12
Quelles évaluations de l'auteur de violences sexuelles dans le cadre de son parcours de peine ? #2 Hanin HEDJAM.....	35
Quelle évaluation et sur quels critères peut-on demander à l'expert judiciaire psychiatre ou psychologue en fonction du parcours ? #1 Roland COUTANCEAU.....	40
Quelle évaluation et sur quels critères peut-on demander à l'expert judiciaire psychiatre ou psychologue en fonction du parcours ? #2 Frédéric MEUNIER.....	51
Quelle évaluation et sur quels critères peut-on demander à l'expert judiciaire psychiatre ou psychologue en fonction du parcours ? #3 Valérie MOULIN.....	71
Quels sont les critères pertinents pour proposer une injonction de soins ? Du point de vue de l'expert, y a-t-il des critères pour proposer la levée de la mesure ? Pierre LAMOTHE.....	100
Quels sont les critères pertinents pour proposer une injonction de soins ? Du point de vue du juge, y a-t-il des critères pour proposer la levée de la mesure ? Ivan GUITZ.....	110
Quels critères d'évaluation clinique sont pertinents dans le parcours des auteurs ? Bruno GRAVIER.....	124
Existe-t-il des éléments d'évaluation partageables entre les différents acteurs ? Si oui, lesquels, et comment peut-on les partager ? François ARNAUD.....	152
Quels critères d'évaluation proposer pour mesurer l'efficacité de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles ? Thierry PHAM.....	167
Partie 2 - Rapports du groupe bibliographique.....	175
Recherche documentaire - Gaëlle FANELLI.....	176
Quelles évaluations de l'auteur de violences sexuelles dans le cadre de son parcours de peine ? Nora LETTO.....	185
Quelle évaluation et sur quels critères peut-on demander à l'expert judiciaire psychiatre ou psychologue en fonction du parcours ? Nora LETTO.....	198
Quels sont les critères pertinents pour proposer une injonction de soins ? Du point de vue de l'expert, y a-t-il des critères pour proposer la levée de la mesure ? Cédric LE BODIC.....	207

Quels sont les critères pertinents pour proposer une injonction de soins ? Du point de vue du juge, y a-t-il des critères pour proposer la levée de la mesure ? Cédric LE BODIC.....	229
Quels critères d'évaluation clinique sont pertinents dans le parcours des auteurs ? Cédric LE BODIC.....	244
Existe-t-il des éléments d'évaluation partageables entre les différents acteurs ? Si oui, lesquels, et comment peut-on les partager ? Julien DA COSTA.....	268
Quels critères d'évaluation proposer pour mesurer l'efficacité de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles ? Emmanuelle DUSACQ.....	284
Synthèse du rapport de la commission d'audition, 17 juin 2018.	
35 propositions concrètes pour lutter efficacement contre les violences sexuelles.....	291
Commission d'audition.....	292
Synthèse du rapport	293
35 propositions concrètes pour lutter efficacement contre les violences sexuelles....	300

La Fédération Française des Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (FFCRIAVS)

N°Siret : 794 076 927 00019

Siège social : CRIAVS de Haute-Normandie. 106 rue Lafayette. 76100 ROUEN

Mail : contact@ffcriavs.org / Site : www.ffcriavs.org

Bureau de la FFCRIAVS (2016-2019)

Président : Mathieu LACAMBRE (Languedoc-Roussillon)

Vice-présidents : Roland COUTANCEAU (Ile-de-France Ouest) et Jean-Philippe CANO (Aquitaine)

Secrétaire : Adelyne DENIS (Languedoc-Roussillon)

Secrétaire adjoint : Ingrid BERTSCH (Centre) et Olivier VANDERSTUKKEN (Nord Pas-de-Calais)

Trésorière : Anne-Hélène MONCANY (Midi-Pyrénées)

Trésorière adjointe : Nathalie CANALE (Auvergne)

COPIL de l'audition publique

Mathieu LACAMBRE (Languedoc-Roussillon)

Aurélie MAQUIGNEAU (PACA)

Cécile MIELE (Auvergne)

Anne-Hélène MONCANY (Midi-Pyrénées)

Sabine MOUCHET-MAGES (Rhône-Alpes)

Remerciements

L'ensemble des professionnels des CRIAVS pour leur enthousiasme et leurs indispensables contributions à tous les niveaux du processus, et en particulier le réseau documentaire pour son travail considérable en matière de recherche bibliographique, l'équipe du CRIAVS Ile-de-France pour l'accueil de qualité réalisé lors de la séance publique, et Sylvie Vigourt-Oudart pour son précieux regard lors de la mise en œuvre du projet d'édition, et Cédric Paindavoine qui fût notre valeureux guide durant cette odyssée.

Signé signé Cat's eyes !

Images

Univers graphique de l'audition publique conçu et réalisé par Cécile MIELE.
Dessins originaux de l'édition Collector réalisés par Jean-Claude BOUVIER.

ACHEVÉ D'IMPRIMER
E N M A I 2 0 1 9
DANS LES ATELIERS
DES PRESSES LITTÉRAIRES
66240 SAINT-ESTÈVE

D.L. : 2^e TRIMESTRE 2019
N° D'IMPRIMEUR : 23750

Imprimé en France