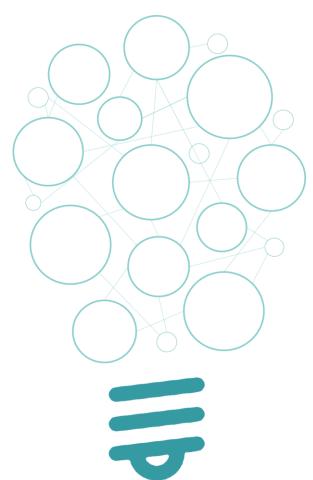
AUTEURS DE VIOLENCES SEXUELLES

Prévention, évaluation, prise en charge



CHAPITRE 3

« L'évaluation »





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

Table des matières

3.1. Quelle évaluation pour quel champ, quel objet, quels objectifs? Quand, qui, quoi, commen	
pourquoi et où ?	
3.1.1. Quelles évaluations de l'auteur de violences sexuelles dans le cadre de son parcours de peine?	
3.1.1.1. Arrestation	
3.1.1.2. Incarcération	
3.1.1.3. Aménagement de peine ou Fin de peine	
3.1.1.4. Propositions d'évaluation dans le cadre du parcours de peine	
3.1.2. Quelle évaluation et sur quels critères peut-on demander à l'expert judiciaire psychiati psychologue en fonction du parcours ?	
3.1.2.1. L'expertise pré-sentencielle	18
3.1.2.2. Expertise pendant l'incarcération	19
3.1.2.3. Expertise post-sentencielle	19
3.1.2.4. Recommandations	23
3.1.3. Quels sont les critères pertinents pour proposer une injonction de soins? Y a-t-il des cr pour proposer la levée de la mesure du point de vue de l'expert et du juge ?	
3.1.3.1. Point de vue de l'expert	25
3.1.3.2. Point de vue du juge	45
3.1.4. Quels critères d'évaluation clinique sont pertinents dans le parcours des auteurs ?	59
3.1.4.1. Introduction	59
3.1.4.2. De quelques débats préalables au parcours	59
3.1.4.3. De l'incitation au soin et du pré-thérapeutique en milieu carcéral	
3.1.4.4. Aux prises en charge en milieu ouvert	68
3.1.4.5. En passant (plus ou moins) par l'évaluation	74
3.1.4.6. Conclusion	
3.1.5. Existe-t-il des éléments d'évaluation partageables entre les différents acteurs ? Si oui, lesquels, et comment peut-on les partager ?	81
Notes sur les niveaux de preuve :	81
3.1.5.1. Du (des) secret(s) professionnel(s)	81
3.1.5.2. La transmission d'informations dans le cadre des soins pénalement ordonnés	86
3.1.5.3. La transmission d'informations en milieu pénitentiaire	89
3.1.5.4. Le partage d'informations entre le juge de l'application des peines et le service	
pénitentiaire d'insertion et de probation	91

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

3.1.5.5. Autres cadres de partage d'informations	92
3.2. Quels critères d'évaluation proposer pour mesurer l'efficience de la prise en charge de violences sexuelles ?	
3.2.1. Notion d'efficience	
3.2.2. La notion d'efficience appliquée a la prise en charge des auteurs de violences se	xuelles 98
3.2.3. Discussion sur les critères d'évaluation de l'efficience	101
3.2.3.1. Perspective	101
3.2.3.2. Critères d'évaluation des ressources consommées	101
3.2.3.3. Critères d'évaluation de l'effet de l'intervention	101
3.2.3.4. Présentation des conclusions des études économiques	102
3.2.4. Conclusion	102



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

3. Evaluation

3.1. Quelle évaluation pour quel champ, quel objet, quels objectifs? Quand, qui, quoi, comment pourquoi et où ?

3.1.1. Quelles évaluations de l'auteur de violences sexuelles dans le cadre de son parcours de peine?

Nora LETTO

La recherche bibliographique n'a permis de trouver qu'un petit nombre d'articles sur la question de l'évaluation de l'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.

3.1.1.1. 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 1er, 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.

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

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.

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

3.1.1.2. 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 UCSA 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 la 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.

7

AUDITION PUBLIQUE

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

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 ;
 - 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).

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

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 ;
 - 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;
 - 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-médicojudiciaire de sûreté de Fresnes (CSMJS) 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).

9

AUDITION PUBLIQUE

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

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.

10

AUDITION PUBLIQUE

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

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.

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

Initié de façon expérimentale en mai 1996 par l'administration pénitentiaire dans dix établissements pour peine, 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 UCSA 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 peine 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 UCSA / 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 :
 - 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;
 - Du suivi de l'évaluation de la dangerosité et de la vulnérabilité des personnes incarcérées;
 - 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;
 - De la prévention du suicide;

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

- De l'identification des personnes détenues dépourvues de ressources suffisantes susceptibles de bénéficier d'aides en nature ou en numéraire;
- 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'UCSA ou du SMPR.

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 risques, 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 socioculturel 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/non/NSP et pouvant être mise à jour à tout moment), à la

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

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.

UCSA / 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 établissement 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.

3.1.1.3. 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

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

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 spécialisée 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

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

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 ainsi réalisée ne pourrait-elle devenir une véritable expertise judiciaire et se substituer à la désuète et insuffisante expertise mentale ? » (9).

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 réévaluation 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.

3.1.1.4. 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

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

la juridiction de jugement pour lui permettre de prononcer éventuellement une peine privative de liberté dissuasive avec, si nécessaire, 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 réévaluations 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 réévalué si des signes ou des comportements inquiétants, liés au risque de récidive, faisaient leur apparition » (9).

BIBIOGRAPHIE

- 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/leguide-de-bonnes-pratiques-relatif-l-intervention-dumedecin-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=affi cherCirculaire&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/JUSK1140048 C.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

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

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

Nora LETTO

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).

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

3.1.2.1. 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 neuropsychique 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 présentencielle, dans la mesure où elle éclaire le juge sur la décision de suivi sociojudiciaire à prendre (8).

L'article 706-47 du CPP prévoit d'ailleurs que l'expertise pré-sentencielle réponde de même à la question de l'opportunité de l'injonction de soin, et donc affirme un premier pronostic quant au caractère curable du trouble : « Les personnes poursuivies pour l'une des infractions mentionnées à

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

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 soin 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).

3.1.2.2. Expertise pendant l'incarcération

Nous n'avons trouvé aucun article sur l'expertise à ce moment-là du parcours de l'AVS.

3.1.2.3. 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 récidive 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 sociojudiciaire 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 ».

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

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 d'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 récidive ?

Baratta (5) a entrepris d'effectuer une revue de la littérature internationale, afin d'identifier dans celleci les liens statistiques entre des facteurs cliniques et sociologiques et un risque de réitération 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 prédicteurs de la violence sexuelle, par exemple, diffèrent de ceux de la récidive violente physique.

Prédicteurs de la récidive 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 récidive globalement inférieur à celui des agresseurs sexuels de femmes. On ne peut donc comparer ces deux groupes de délinquants.

Prédicteurs sexuels généraux

À l'image de ce qui est établi quant à la récidive 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.

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

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 pédophile, 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 ».

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

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 débats 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 antisociaux 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.

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

Ainsi, une autre génération d'outils, de jugement professionnel (clinique) structuré, 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 récive sexuelle chez des AVS. La RSVP (Risk Sexual Violence Protocole) 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 réévaluer le risque de manière périodique » (10).

Finalement, « 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) ?

3.1.2.4. 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 :

24

AUDITION PUBLIQUE

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

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
 - Échelle de classement par niveau de sécurité (ECNS)
- Évaluation du risque de récidive violente
 - Approche actuarielle avec la VRAG
 - Évaluation de la violence et gestion du risque futur avec la HCR-20

Pour les AVS:

- Approche actuarielle
 - o Statique-99
 - SORAG
- Guide structuré RSVP (Risk Sexual Violence Protocol)

BIBIOGRAPHIE

- 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 dangerosités ? L'information psychiatrique. 2012;88(8):617 29.
- 10 Pham T. Évaluation du risque de récidive 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 récidive d'agresseurs sexuels français : Statique-99 et Sorag. Annales Médicopsychologiques, revue psychiatrique. mars 2012;170(2):106 8.

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

3.1.3. Quels sont les critères pertinents pour proposer une injonction de soins? Y a-t-il des critères pour proposer la levée de la mesure du point de vue de l'expert et du juge ?

Cédric LE BODIC

3.1.3.1. Point de vue de l'expert

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 soin ». 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 ?

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

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 ou le prévenu est présumé innocent, de considérer la négation des faits comme une contreindication totale à toute injonction. Et de préciser « pour conseiller l'opportunité d'une injonction de soin, 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 intrafamilial ».

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	Expertise post-sentencielle de pré-libération	
pénale		

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

Discernement et contrôle des actes au moment	Conduite en milieu ouvert après la libération
des faits	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 favorisants, 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 psychocriminologique 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 (psychocriminologique, sociocriminologique, 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

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

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 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 médicopsychologique (...);
- niveau 3 d'analyse psychocriminologique, 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.

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 soin [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 soin ». 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 soin, 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

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

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 soin 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 soin 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 psychocriminologique 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 présentencielle, 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 pace 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 devrons nous poser la question d'une absence de pathologie mentale sous-jacente ». Se pose donc pour Villon la question

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

de « la proposition de psychothérapie en l'absence de troubles mentaux de dimension psychiatrique dans le cadre de l'injonction de soin ». Et finalement, de demander « que prescrire ? » [2]. En 2011, le Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soin [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 acception 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'Ille et Vilaine, comprend 68 dossiers et 123 expertises. Les auteurs rappellent que « l'injonction de soin 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 récidive, c'est-à-dire la réitération 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 récidive 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 soin. Et, le détail des résultats montre que « parmi les expertises concluant à l'opportunité d'une injonction de soin, 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%,

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

n=29) ». La recherche montre aussi à l'inverse que « parmi les expertises ne retenant pas d'indication à une injonction de soin, les catégories étaient par ordre croissant « absence de trouble » (45%, n=5), « troubles de l'axe II » (36%, n=4), « troubles de l'axe II » (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 soin, 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 soin ». 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'expertises 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 soin 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], mobilisée 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 récidive. 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 récidive 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 récidive ». En conclusion de ces recommandations

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

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 récidive 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 récidive, 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 récidive 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 présentencielle de celle effectuée en situation de prélibération 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);

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

- 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 reprécise 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 d'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.

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

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 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 antisociale 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 moyens 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 génitalisés (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

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

ces différentes caractéristiques (niveau d'impulsivité pathologique, haut résultat (30 et plus) à l'échelle de psychopathie de Hare). Barrata 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 surinterprétation 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 métaanalyses différentes : celle de Hanson et Buissière [29] en 1998 (près de 30000 sujets étudiés) et celle de Hanson et Morton-Bourgon¹ [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 soin] 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,

¹ 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 degrès 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 déniant 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.

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

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 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, Vanderstuken 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 prérequis 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 soin : « 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 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. 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

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

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 soin 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 relancions 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	45	46,9%
pénal		
Antécédents judiciaires	26	27,1%
Consommation de drogue/alcool	25	26,0%
Intelligence, capacités de réflexion, d'introspection, d'autocritique sur le	20	20,8%
fonctionnement psychique		
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%

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

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 soin 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

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

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 soin et à la surveillance judicaire, 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.

AUDITION PUBLIQUE

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

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 <u>l'article 712-8</u> 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 nordaméricains et aux développements 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

AUDITION PUBLIQUE

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

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-Besoin-Réceptivité (R-B-R) dans lequel le 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 risques 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 côté 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 ».

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

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 re-voyant 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 soin, 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 actuarielles 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°5:453-7.

[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:

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

- 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). Gynecologie Obstetrique & Fertilite. 1 déc 2002;30:1005-13.
- [6] Conférence de consensus: Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 1 mai 2002;160(4):337-48.
- [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 dangerosités: 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 Medico-psychologiques. 1 déc 2006;164:818-27.
- **[10]** Code pénal | Legifrance [Internet]. [cité 6 avr 2018]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719
- [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 Gueut M. L'indication d'injonction de soins repose-t-elle sur un diagnostic médical ? L'Encéphale. 2014;4 vol 40:295-300. [13] Hodgins S, Mednick SA, Brennan PA, Schulsinger F, Enghage M. Mantal dicardes and spine. Evidence from a
- Engberg M. Mental disorder and crime. Evidence from a Danish birth cohort. Arch Gen Psychiatry. juin 1996;53(6):489-96.
- [14] Haute Autorité de Santé Dangerosité psychiatrique : 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.hassante.fr/portail/jcms/c 1069220/fr/dangerosite-psychiatrique-etude-et-evaluation-des-facteurs-derisque-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 38:133-40.
- [17] Fernandez F, Lézé S, Strauss H. Comment évaluer une personne ? L'expertise judiciaire et ses usages moraux, Summary. Cahiers internationaux de sociologie. 2010;(128-129):177-204.
- [18] Dailliet A. Approche expertale évolutive et comparative: un point de vue de défense sociale? L'information psychiatrique. 2008; 84(1):35-9.

- [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 Médicopsychologiques, revue psychiatrique. 2012;8 vol 170:569-72.
- [21] Zagury D. Vérité et Croyance: « l'injonction de soins ». Champ Psychosomatique. 2000; n°18:95-106.
- [22] Zagury D. Place et évolution de la fonction de l'expertise psychiatrique. Psychopathologie et Traitements Actuels des Auteurs d'Agression Sexuelle. Paris, John Libbey Eurotext; 2001.
- [23] Baratta A. Expertise post-sentencielle et évaluation du risque de récidive. L'information psychiatrique. 2011;87(8):657-62.
- **[24]** Archer E. Expertise psychiatrique de prélibération. 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 expertaux. L'information psychiatrique. 2009; 85(8):719-25.
- [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):39-50.
- [27] Proulx J, Pellerin B, Paradis Y, et al. Static and dynamic predictors of recidivism in sexual agressors. 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):505-26.
- [31] Hanson RK, Bussière MT. Predicting relapse: a metaanalysis of sexual offender recidivism studies. J Consult Clin Psychol. avr 1998;66(2):348-62.
- [32] Abel GG, Becker JV, Mittelman M, cuuningham-Rathner J, Rouleau JL, Murphy WD. Self-Reported Sex Crimes of Nonincarcerated Paraphiliacs. J Interpers Violence. 1 mars 1987;2(1):3-25.
- [33] Marshall WL, Barbaree HE. The long-term evaluation of a behavioral treatment program for child molesters. Behav Res Ther. 1988;26(6):499-511.
- [34] Chudzik L, Reveillere C. Déni complet des faits : une perspective interpersonnelle. Annales Médicopsychologiques, revue psychiatrique. 1 août 2013;171:490-3.

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

- [35] Coutanceau R. Les délinquants sexuels. Santé mentale. 2002;64:18-21.
- **[36]** Bernier L. Le travail des résistances auprès d'abuseurs sexuels intrafamiliaux en milieu pénitentiaire. Forensic : revue de psychiatrie légale. 1999;21:10-2.
- [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 Quebec: L'analyse du problème, l'ordre des priorités. Rapport remis au ministère du Solliciteur général du Canada. 1985 [40] McKibben A, Aubut J, Dassylva 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;21:13-5.
- **[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;341-5.

- **[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.

44

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

3.1.3.2. Point de vue du juge

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 gualité 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 participe. 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 la 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 soin, 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

AUDITION PUBLIQUE

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

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 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, 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 soin, 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

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

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 apparaissentelles 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 médicopsychologique 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 a 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 apportées 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 Manzanera² [11], et

² 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

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

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 ».

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'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 psychologique réalisant l'examen médicopsychologique (...) ;

⁻niveau 3 d'analyse psychocriminologique, 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].

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

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 d'application des peines attend tout d'abord un diagnostic psychiatrique de l'expert ». Ensuite, il décline une série de questions auxquelles e juge tente de répondre en interrogeant les limites du juges 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 : victimes, 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 attendes du juge (du siège, d'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

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

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 soin, 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 soin, 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 soin, 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 soin 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

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

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 soin, 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 écarter 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 soin 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'écarter 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

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

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 soin. 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 reconnaissaient 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 estil 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 soin 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. A 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 difficultés d'ordre familial dans l'enfance ont moins souvent été visés par la mesure (45,8%, contre

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

62,5% en présence de violences 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 soin 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 soin 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 lourdes527, 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 fréquentes530 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 soin 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 psychocriminologiques 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 ».

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

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 transparaît pas davantage à la lecture des dossiers. En présence d'une expertise défavorable à une injonction de soin, 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 soin

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 soin : « 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

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

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 <u>l'article 703</u>.

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 <u>l'article 712-8</u> 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 de 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

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

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 encombrent 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 allégement 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 soin 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'inexistence 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.

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

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 soin. 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, 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.
- [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] Iragnes 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 Medicopsychologiques. 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.

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

[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

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

3.1.4. Quels critères d'évaluation clinique sont pertinents dans le parcours des auteurs ?

Cédric LE BODIC

3.1.4.1. 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 récidive 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 auguel 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.

3.1.4.2. 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 fonctionnent essentiellement à partir de modules³ 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

³ 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.

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

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 2H30. « 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 cognitivocomportemtales n'utiliseront pas nécessairement les mêmes outils. Vandertsukken 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 récidive, 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 récidive, 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.

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

60

AUDITION PUBLIQUE

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

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] réinterrogeaient ce point de discorde 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

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

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 ».

AUDITION PUBLIQUE

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

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.

3.1.4.3. 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, 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 persistant (...). 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 de 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, torture 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 soin [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 chaine d'agression. Cette approche est directement inspirée des travaux nord-américains et référés aux écrits de Aubut

AUDITION PUBLIQUE

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

[19]. La chaine d'agression y est ainsi définie : « chaîne d'évènements, 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'évènement 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 soulignent 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.

AUDITION PUBLIQUE

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

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 débuter, tant individuellement qu'en groupe.

AUDITION PUBLIQUE

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

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 crées 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 défenses 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 récidive 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 récidive. 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 paroles 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'UCSA. 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].

AUDITION PUBLIQUE

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

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 récidive 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 ente 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 présentencielles, 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 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

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

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 soin (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 soin et visant à recueillir des informations, à a 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 mobilier 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 égards 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 au soin 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 préthérapeutique. 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).

3.1.4.4. 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.

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

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 publique, ainsi que la pénurie de médecins coordonnateur. 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 prétexte évoqués, l'absence de demande, d'empathie, l'incurabilité du pervers, le contre-transfert négatif par rapport à des histoires inaudibles et des crimes irreprésentables ». D'où l'initiative de penser un lieu spécifique dont l'objectif n'est plus de soigner un

69

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

sujet « malade » mais « de proposer un accompagnement psycho-éducatif, de proposer un espace de parole en évitant ainsi, si possible, la récidive 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 communes⁴, mais aussi supplémentaires, 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.

⁴ 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 scientifiques ; 7. Echanger régulièrement avec les autres centres d'appui pour partager informations et expérience ; 8. Rédiger un rapport annuel d'activités [30].

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

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. A 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, 1h30 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 thérapeutique 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 cognitivocomportementales 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 article [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'égocentrisme 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

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

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'1h30 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 soin 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 « métacadre » 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 d'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 prédélictuel, faisant

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

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 une 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 (alcoologue 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 antidépresseurs, 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 coginitivo-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

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

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 alcoologue. 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'enquêtent 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.

3.1.4.5. 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] établi 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 psychocrminologique ». 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.

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

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'immaturo-névrotique relèvera d'une thérapie classique. L'immaturo-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'immaturo-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 criminoclinique de l'évaluation psychiatrique réalisée préalablement. Pour autant, « l'entretien criminoclinique 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 questionnement 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 questionnement 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

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

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 risques, 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 Vandertsukken 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 récidive 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

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

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 6ème 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 77

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

meilleurs prédicteurs⁵. 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 prédéfinies, 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 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 Vandertsukken 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.

3.1.4.6. 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

⁵ 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.

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

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, 2nde 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):48-57.
- [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):25-42.
- [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.hassante.fr/portail/jcms/c 930913/fr/prise-en-charge-desauteurs-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;151:67-76.
- [7] Couhet G, Rocquigny H de, Verdoux H. Soins pénalement ordonnés: étude des pratiques des psychiatres de la Gironde. Annales Médicopsychologiques, revue psychiatrique. 2012;8 vol 170:569-72.
- [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 20:95-110.
- [9] Boutet G. Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle (22 et 23 novembre 2001). Gynecologie Obstetrique & Fertilite. déc 2002;30:1005-13.
- [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'infractions 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/1A 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):19-39.
- [16] Lameyre X. Penser les soins pénalement obligés. Un impératif éthique. Les soins obligés. XXXIIIe Congrès français de criminologie Les soins obligés XXXIIIe 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;64:56-9.
- [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.gip-recherche-justice.fr/publication/la-prise-en-charge-pnitentiaire-des-auteurs-dagressions-sexuelles-un-objet-rylateur-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):28-31.

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

- [24] Le Bas P, Bonvalot T, Keromnes 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;38:31-5.
- [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/S0003 448718300660
- **[30]** Janssens M. Injonction de soins, le cas des délinquants sexuels de Belgique. Soins Psychiatrie. 2017;309 vol 38:40-2.
- **[31]** Coutanceau R. Un espace thérapeutique. Santé mentale. janv 2002;64:32-8.
- [32] Smith J, Petibon C. Groupes de prévention de la récidive destinés à des pédophiles : adaptation française. L'Encéphale. 1 nov 2005;31(5):552-8.
- [33] Smith J, Petibon C, Racheter G-J. Prévenir la récidive. Santé mentale. janv 2002;64:52-3.
- [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;4:10-4.
- [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):145-8.

- [37] Cagnoli S, Laroche P, Pitteri F. Une consultation spécialisée pour les auteurs de violences sexuelles. Soins Psychiatrie. 2010;267:36-7.
- [38] Rocco VD, Ravit M. La psychiatrie de secteur confrontée aux soins pénalement ordonnés. Psychothérapies. 26 juin 2014;34(2):75-83.
- [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 Médicopsychologiques. 2015;2 vol 173:203-10.
- **[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 38:133-40.
- **[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):331-43.
- **[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):293-303.

AUDITION PUBLIQUE

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

3.1.5. Existe-t-il des éléments d'évaluation partageables entre les différents acteurs ? Si oui, lesquels, et comment peut-on les partager ?

Julien DA COSTA

Notes sur les niveaux de preuve :

Le(s) secret(s) professionnel(s), et a fortiori le secret médical, étant des concepts règlementer 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 vue 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.

3.1.5.1. 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 instituées 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 l'exercice 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

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

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 professionnles 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).

AUDITION PUBLIQUE

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

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 cide 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

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

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 précités, 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 même 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

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

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 constations 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

AUDITION PUBLIQUE

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

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 indiscrétions, à n'importe qui, de n'importe quelle manière ».

3.1.5.2. La transmission d'informations dans le cadre des soins pénalement 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 pénalement 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 d'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 ordonnée 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

AUDITION PUBLIQUE

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

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 réquisitioire, 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 médicales 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 coordonnateur 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

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

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 essentiel 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 ses 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) soulevait 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 réaffirment 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

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

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. ».

3.1.5.3. 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 quelquesuns 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 UCSA, 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.

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

L'échange d'informations des personnels pénitentiaires vers les personnels de santé

L'article 1er 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 même 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 codétenus). ».

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. ».

90

AUDITION PUBLIQUE

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

En outre, cette circulaire prévoit que « les professionnels de santé — représentant 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.

3.1.5.4. 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, insertion et probation) serait, d'après le rapport Blanc de 2012, « très peu utilisé ». Afin d'expliquer cette sous-utilisation, Etienne Blanc apporte quelques éléments d'explication.

AUDITION PUBLIQUE

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

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 : « rénover 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) ».

3.1.5.5. 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 condamnés 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

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

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 condamne 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 ».

AUDITION PUBLIQUE

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

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

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

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 secteru 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 XXIe 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

AUDITION PUBLIQUE

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

- (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.assembleenationale.fr
- (23) : République française. Loi n°2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité penale 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/MC1/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_354 31.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 = JORFTEXT000031912641"https://www.l

AUDITION PUBLIQUE

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

3.2. Quels critères d'évaluation proposer pour mesurer l'efficience de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles ?

Emmanuelle DUSACQ

Le but de cette question est de discuter la notion d'efficience appliquée à la prise en charge des auteurs de violences sexuelle (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'efficience 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'efficience des prises en charge proposées à l'heure actuelle.

3.2.1. Notion d'efficience

L'efficience (efficiency en anglais) est la capacité à atteindre le but recherché en utilisant de manière optimale les ressources disponibles. L'efficience est différente de l'efficacité, 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'efficience "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'efficience 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'efficience 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'efficience d'une intervention de santé est l'étude médicoéconomique : 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'équivalence 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

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

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.

3.2.2. La notion d'efficience appliquée a 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 récidive 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.

98

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

Tableau 1 : synthèse des critères d'évaluation de l'efficience 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

	Type d'étude Type d'analyse	Type d'AVS	Intervention (lieu)	Critères d'évaluation de l'efficience				
				Terme 1 de l'efficience : ressources mobilisées pour l'intervention		Terme 2 de l'efficience : effet de l'intervention		Expression du résultat
				Phénomène observé 1	Critère de jugement 1 (source des données)	Phénomène(s) observé(s) 2	Critère(s) de jugement 2 (source des 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)
Adi (2002) Royaume-Uni	Etude économique Analyse coût-conséquence	Non précisé	Antidépresseurs ISRS en <i>add-on</i> 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)	/

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

Tableau 1 : synthèse des critères d'évaluation de l'efficience 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

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	Réarrestations (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*

100

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

3.2.3. Discussion sur les critères d'évaluation de l'efficience

3.2.3.1. 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.

3.2.3.2. 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'antidépresseur par un médecin), ou la simplicité/difficulté de mise en oeuvre 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.

Par ailleurs le prix d'une action de santé n'est pas simple à déterminer puisque beaucoup de critères entrent en jeu (prix d'un médicament, salaire des thérapeutes, prix des locaux et du matériel, perte de productivité de la personne qui reçoit le traitement pendant le temps normalement travaillé, etc), il faut donc s'assurer de comparer ce qui est comparable.

3.2.3.3. Critères d'évaluation de l'effet de l'intervention

Pour choisir les critères d'évaluation dans une étude d'efficience, il faut déterminer quel effet de la prise en charge on veut évaluer. Les 5 articles ont utilisé la diminution des réitérations chez les AVS pris en charge et les conséquences de cette diminution en terme économique. Le critère "diminution des réitérations d'infractions" pourrait servir dans une analyse coût-efficacité mais n'a pas été utilisé tel quel, il était utilisé pour permettre le calcul des économies réalisées par évènement évité. C'est un critère difficile à recueillir en pratique, il fait parfois l'objet d'estimations.

D'autres critères seraient aussi envisageables pour des analyses coût-efficacité, par exemple l'intensité de la paraphilie dans une cohorte d'AVS pédophiles (évaluée par le score à une échelle avant et après l'intervention, ou par une étude qualitative), l'état de santé mentale des AVS (évalué par la survenue d'un évènement psychiatrique : épisode dépressif, tentative de suicide, etc, ou par le score à une échelle d'évaluation avant et après l'intervention, ou par une étude qualitative) ou toute autre dimension possiblement impliquée dans les passages à l'acte.

Une évaluation correcte de l'effet de l'intervention devrait être faite avec un protocole prospectif et contrôlé randomisé. Cependant la question éthique reste centrale au sujet de l'allocation d'un AVS dans le groupe test ou témoin.

101

AUDITION PUBLIQUE

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

Enfin lorsqu'on estime le coût d'une agression sexuelle ou le coût d'une réitération (pour ensuite estimer les économies réalisées via la diminution du nombre d'agressions sexuelles ou de réitérations) il faut préciser sur quel poste se reporte cet effort financier : coûts directs (ex : budget de l'Etat pour le fonctionnement de la Justice en charge de juger l'agression, montant des impôts pour le contribuable), coûts indirects (ex : perte de productivité de la victime), coûts intangibles (ex : perte de qualité de vie pour la victime). La multitude de postes budgétaires qui existent rend difficile la collecte des données sur le terrain et doit faire considérer prudemment les comparaisons inter-études.

3.2.3.4. Présentation des conclusions des études économiques

Au total dans ces analyses coût-bénéfice, l'efficience est évaluée par un ratio coût-bénéfice qui indique le bénéfice réalisé pour chaque unité d'argent investi dans l'intervention. Le retour sur investissement est un argument pour choisir de garder ou rejeter une intervention. D'autres conclusions, portant par exemple sur des ratios différentiels coût-résultat, restent à tirer pour enrichir la méthode d'évaluation de l'efficience des prises en charge des AVS.

3.2.4. Conclusion

Le nombre d'articles traitant de l'efficience des prises en charge des AVS est très limité. La majorité des publications sont des études économiques avec analyse coût-bénéfice. Seuls sont envisagés la consommation de ressources financières et les gains apportés par l'intervention. Les études sont souvent basées sur des hypothèses et des estimations, et non sur la réalité du terrain qui reste très difficile à cerner par des critères mesurables et identiques. L'efficience d'un traitement (au sens large) est 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

- Haute Autorité de Santé. Efficacité et efficience des hypolipémiants: Une analyse centrée sur les statines. 2010. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/5 statinesargumentaire complet maj sept 2010.pdf
- Page internet : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc 1250026/fr/evaluation-medico-economique. Consultée le 18 avril 2018.
- 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/ficheeme-numero-1-v2 1410442139009pdf?INLINE=FALSE
- 4. 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
- Borduin CM, Dopp AR. Economic impact of multisystemic therapy with juvenile sexual offenders.
 J Fam Psychol. 2015;29(5):687-96.
- 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.
- 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):1-66.

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

- 8. 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):143-65.
- 9. Elliott IA, Beech AR. A U.K. cost-benefit analysis of circles of support and accountability interventions. Sex Abuse. 2013;25(3):211-29.
- Clarke M, Brown S, Völlm B. Circles of Support and Accountability for Sex Offenders: A Systematic Review of Outcomes. Sex Abuse. 2017;29(5):446-78.

103