

**MINISTÈRE DE LA SANTE  
DE LA FAMILLE  
ET DES PERSONNES HANDICAPEES**

**DIRECTION GENERALE DE LA SANTE**  
Sous-direction santé et société  
Bureau de la santé mentale

**DIRECTION DE L'HOSPITALISATION  
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS**  
Sous direction de l'organisation du système de soins  
Bureau de l'offre régionale de soins  
et des populations spécifiques

**MINISTERE DE LA JUSTICE**

**DIRECTION DE L'ADMINISTRATION  
PENITENTIAIRE**  
Sous-direction des personnes  
placées sous main de justice  
Bureau des politiques sociales  
et d'insertion

Sous-direction des ressources humaines  
et des relations sociales  
Bureau de la gestion prévisionnelle  
des emplois et des compétences

**DIRECTION DES AFFAIRES CRIMINELLES  
ET DES GRACES**  
Sous-direction de la justice  
pénale générale  
Bureau de l'exécution des peines  
et des grâces

**DIRECTION DE LA PROTECTION  
JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE**  
Sous-direction de l'action éducative  
et des affaires judiciaires

**RECOMMANDATIONS DU GROUPE DE TRAVAIL  
MENE PAR LE MINISTERE DE LA JUSTICE ET LE MINISTERE DE LA SANTE  
SUR**

**« LA PRISE EN CHARGE DES AUTEURS D'INFRACTIONS SEXUELLES  
SOUMIS A UNE INJONCTION DE SOINS  
DANS LE CADRE D'UNE MESURE DE SUIVI SOCIO-JUDICIAIRE »**

**MARS 2001- AVRIL 2002**

# SOMMAIRE

<b>ABREVIATIONS</b>	<b>p. 5</b>
<b><u>I. MISSION DU GROUPE DE TRAVAIL</u></b>	<b>p. 6</b>
<b><u>II. METHODE</u></b>	<b>p. 6</b>
<b><u>III. ETAT DES LIEUX</u></b>	<b>p. 7</b>
<b><u>III.1. DISPOSITIONS PREVUES PAR LA LOI DU 17 JUIN 1998</u></b>	<b>p. 7</b>
III.1.1 CADRE LEGISLATIF	p. 7
III.1.2 CONTEXTE	p. 8
III.1.3 PRINCIPES EN MATIERE D'INDIVIDUALISATION DE LA PEINE	p.10
III.1.4 PRINCIPES EN MATIERE DE SOINS	p.10
<b><u>III.2. PROBLEMES RENCONTRES PAR LA MISE EN ŒUVRE DE LA LOI DU 17 JUIN 1998</u></b>	<b>p.11</b>
<b><u>III.3. ETAT DES TRAVAUX EN COURS</u></b>	<b>p.12</b>
<b><u>III.4. CONFERENCE DE CONSENSUS CLINIQUE</u></b>	<b>p.13</b>
<b><u>III.5. RETENTISSEMENT SUR L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DE L'OFFRE DE SOINS</u></b>	<b>p.14</b>
<b><u>III.6. RETENTISSEMENT SUR L'ORGANISATION PENITENTIAIRE</u></b>	<b>p.14</b>
<b><u>IV. OBJECTIFS DU GROUPE DE TRAVAIL</u></b>	<b>p.15</b>
<b><u>V. RECOMMANDATIONS</u></b>	<b>p.16</b>
<b><u>V.1. AMELIORATION DES CONNAISSANCES ET DE LA QUALITE DE L'ENSEMBLE DES PRATIQUES</u></b>	<b>p.16</b>
V.1.1. MISE EN ŒUVRE D'UNE POLITIQUE DE FORMATION	p.16
V.1.2. DEVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE	p.18
<b><u>V.2. AMELIORATION DE LA QUALITE ET DES PRATIQUES DE L'EXPERTISE PENALE</u></b>	<b>p.18</b>

**V.3. DEVELOPPEMENT D'UNE CULTURE COMMUNE DES PROFESSIONNELS RELATIVE AU PUBLIC PRIS EN CHARGE**

p.19

**V.4. ARTICULATION DES CHAMPS SANTE ET JUSTICE**

p.20

**V.4.1. CLARIFICATION PAR VOIE DE CIRCULAIRE DES MESURES DE SOINS PENALEMENT OBLIGES**  
p.20

**V.4.2. CLARIFICATION DU ROLE DES SPIP LORSQU'IL EXISTE UN TROUBLE DE SANTE MENTALE EN LIEN AVEC LA PROBLEMATIQUE AIS**  
p.20

**V.4.3. CLARIFICATION DU ROLE DU MEDECIN COORDONNATEUR**  
p.21

**V.4.4. MISE EN ŒUVRE DE GROUPES DEPARTEMENTAUX DE COORDINATION**  
p.21

**V. 5. AMELIORER L'ACCES AUX SOINS ET LA PRISE EN CHARGE GLOBALE**

p.22

**V.5.1. CREATION DE CENTRES RESSOURCES**  
p.23

**V.5.2. RESEAUX**  
p.23

**V.5.3. PRISE EN CHARGE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE EN MILIEU PENITENTIAIRE**  
p.24

**V.5.4. ADAPTATION DE L'ORGANISATION PENITENTIAIRE**  
p.25

**V.5.5. IMPLICATION DU PLUS GRAND NOMBRE DE PROFESSIONNELS**  
p.26

*V.5.5.1. Les professionnels du soin*  
p.26

*V.5.5.2. Leurs partenaires*  
p.26

**V.5.6. SUPERVISION DES PROFESSIONNELS QUI INTERVIENNENT AUPRES D'AIS**  
p.27

**V.5.7. ARTICULATION DES DIFFERENTES EQUIPES PROFESSIONNELLES PRENANT EN CHARGE VICTIMES ET AGRESSEURS**  
p.27

**V.5.8. AMELIORATION DE LA CONTINUTE DU SUIVI**  
p.28

**V.5.9. PRISE EN COMPTE DES ASPECTS SPECIFIQUES**  
p.29

*V.5.9.1. Auteurs mineurs*  
p.29

*V.5.9.2. Milieux fermés et institutions collectives*  
p.30

**V.6. DEVELOPPEMENT DE LA PREVENTION**

p.30

<b>V.7. <u>ELARGISSEMENT DE LA PROBLEMATIQUE</u></b>	<b>p.31</b>
<b>V.8. <u>REALISATION D'EVALUATIONS</u></b>	<b>p.31</b>
<b>VI. <u>CONCLUSION</u></b>	<b>p.31</b>
<b>TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES</b>	<b>p.33</b>
<b>PERSONNES AYANT PARTICIPE AU GROUPE DE TRAVAIL</b>	<b>p.34</b>
<b>PERSONNES AUDITIONNEES</b>	<b>p35</b>

## ABREVIATIONS

<b>AIS</b>	Auteur d'agressions sexuelles
<b>ANAES</b>	Agence nationale accréditation et d'évaluation en santé
<b>ARH</b>	Agence régionale de l'hospitalisation
<b>ARTAAS</b>	Association pour la recherche et le traitement des auteurs d'agressions sexuelles sous main de justice
<b>ASE</b>	Aide sociale à l'enfance
<b>CAVAS</b>	Centre d'accueil des victimes d'agressions sexuelles
<b>CHRS</b>	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
<b>DACG</b>	Direction des affaires criminelles et des grâces
<b>DAP</b>	Direction de l'administration pénitentiaire
<b>DDASS</b>	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
<b>DGS</b>	Direction générale de la santé
<b>DHOS</b>	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
<b>DRASS</b>	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
<b>DRSP</b>	Direction régionale des services pénitentiaires
<b>ENAP</b>	Ecole nationale de l'administration pénitentiaire
<b>ENM</b>	Ecole nationale de la magistrature
<b>ENSP</b>	Ecole nationale de la santé publique
<b>FFP</b>	Fédération française de psychiatrie
<b>IMP</b>	Institut médico-psychologique
<b>IMpro</b>	Institut médico-professionnel
<b>IR</b>	Institut de rééducation
<b>PJJ</b>	Protection judiciaire de la jeunesse
<b>PMI</b>	Protection maternelle et infantile
<b>RESP</b>	Réseau des écoles de service public
<b>SMPR</b>	Service médico-psychologique régional
<b>SPIP</b>	Service pénitentiaire d'insertion et de probation

## **I. MISSION DU GROUPE DE TRAVAIL**

La création d'un groupe interministériel santé-justice s'inscrit dans une volonté politique forte d'agir sur les récidives et les conséquences des agressions sexuelles. Le groupe interministériel a été missionné afin d'accompagner la mise en œuvre de la **loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs**. Cette loi a introduit un dispositif nouveau, le « suivi socio-judiciaire », lequel peut comporter une « injonction de soins » après expertise médicale qui doit être évaluée par un « médecin coordonnateur », véritable interface entre les praticiens des soins et ceux de la justice pénale. Dans ce contexte, il était important de définir et de mettre en œuvre les actions facilitant la pleine application de cette loi ainsi que de dégager des éléments et une stratégie d'évaluation du dispositif mis en place.

Le groupe interministériel sur « la prise en charge des auteurs d'infractions sexuelles soumis à une injonction de soins dans le cadre d'une mesure de suivi socio-judiciaire » a eu pour mission de **définir les éléments non cliniques de connaissances et de pratiques nécessaires à une prise en charge conjointe (sanitaire, judiciaire, pénitentiaire) de personnes placées sous main de justice - qui nécessitent des soins tout en étant susceptibles d'être réinsérées -, et de traduire ces différents éléments en recommandations relatives à la réglementation et l'action.**

Le champ couvert par le groupe de travail concernait la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles soumis à une injonction de soins dans le cadre de la loi du 18 juin 1998. Les propositions du groupe ne visaient toutefois aucunement la création d'un dispositif spécifique de prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles régis par la loi de 1998, mais permettant au contraire d'améliorer le dispositif existant de prise en charge.

## **II. METHODE**

Un groupe interministériel santé-justice a été constitué parallèlement à l'organisation d'une conférence de consensus clinique sur la psychopathologie et les traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles, confiée à la Fédération française de psychiatrie (FFP) et réalisée selon la méthodologie codifiée de l'ANAES. La conférence, qui s'est tenue à Paris fin novembre 2001, avait pour rôle de faire des recommandations cliniques tandis que le groupe interministériel devait présenter des recommandations sur les déterminants non médicaux influant sur la prise en charge des auteurs d'infractions sexuelles.

Ce groupe était piloté par les ministères de la santé et de la justice. La direction générale de la santé (DGS) et la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) pour le ministère de la santé, la direction de l'administration pénitentiaire (DAP) et la direction des affaires criminelles et des grâces (DACG) pour le ministère de la justice. De plus, la direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ) a participé également aux travaux.

Le groupe comprenait une trentaine de personnes qui représentaient les deux administrations impliquées, de la santé et de la justice, ainsi que les principaux professionnels qui ont à intervenir dans le cadre d'une prise en charge médico-psychologique des auteurs d'infractions sexuelles (AIS) : médecins, psychiatres, pédo-psychiatres, médecins légistes, psychologues, infirmier, professionnel de prévention, directeur d'établissement pénitentiaire, personnels des services pénitentiaires d'insertion professionnelle (SPIP), magistrats, criminologue et chercheur en sciences sociales. Le groupe comprenait également un représentant de la fédération française de psychiatrie en charge de l'organisation de la conférence de consensus clinique, afin que les deux démarches menées en parallèles soient articulées.

Le groupe s'est réuni une dizaine de fois au ministère chargé de la santé, du 27 avril 2001 au 4 juin 2002. Il a procédé à deux séries d'auditions : la première série destinée à confronter les missions respectives de travailleurs sociaux des services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) et des travailleurs sociaux appartenant au personnel des services médicaux psychologiques régionaux ; la deuxième série destinée à recueillir des expériences de dispositifs départementaux et méthodes de travail conduites par des SPIP.

Les travaux du groupe ont été intégrés dans l'élaboration du programme national sur la santé des détenus qui comportait un axe relatif aux AIS, un membre du groupe a participé à la présentation de ce programme national au cours de la conférence de presse des ministres de la santé et de la justice du 16 avril 2002.

Il est à noter que le groupe de travail interministériel traite des auteurs d'agressions sexuelles qui à la fois présentent un trouble diagnostiqué de santé mentale et relèvent de la justice du fait d'une infraction commise et condamnée. De ce fait, après qu'un débat sémantique a eu lieu, le groupe a utilisé conformément aux termes introduits par la loi du 17 juin 1998, l'expression « auteurs d'infractions sexuelles (AIS) », afin de désigner les personnes faisant l'objet de ce travail. Le terme « auteurs d'agressions sexuelles » a été utilisé dans le cas plus général des personnes ayant commis une agression sexuelle et présentant un trouble de santé mentale diagnostiqué, mais ne relevant pas systématiquement de la justice. Il s'agit par exemple de la population étudiée lors de la conférence de consensus clinique. Dans ce travail, la dimension des soins concernera l'ensemble des agresseurs sexuels présentant un trouble de santé mentale.

### **III. ETAT DES LIEUX**

#### **III.1. DISPOSITIONS PREVUES PAR LA LOI DU 17 JUIN 1998**

##### **III.1.1 CADRE LEGISLATIF**

La loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, prévoit la possibilité d'une condamnation à un suivi socio-judiciaire dans le cadre duquel, après expertise médicale, une injonction de soins peut être prononcée. Le suivi socio-judiciaire, avec ou sans injonction de soins, peut être exécuté à la place

ou à la suite d'une peine privative de liberté. La personne condamnée à une injonction de soins est alors placée sous le contrôle du juge d'application des peines, qui désigne un médecin coordonnateur inscrit au préalable sur la liste des médecins coordonnateurs établie par le procureur de la république, dont le rôle est à la fois de permettre et de s'assurer du bon déroulement de la prise en charge médico-psychologique par une équipe psychiatrique, représentée par son médecin traitant. Le médecin coordonnateur se situe à l'interface des champs relevant de la santé et de la justice.

En cas d'injonction de soins, aucun traitement ne peut être entrepris sans le consentement du condamné. Celui-ci encourt cependant la mise à exécution d'une peine d'emprisonnement ou le non-octroi de mesures d'aménagement de peine s'il refuse les soins proposés. Lorsque la mesure de suivi socio-judiciaire s'ajoute à une condamnation de réclusion criminelle ou d'emprisonnement, l'injonction de soins ne s'applique qu'à la libération du condamné, la personne devant être incarcérée dans un établissement pénitentiaire permettant de lui assurer un suivi médical et psychologique adapté ; en outre, elle est immédiatement informée par le juge d'application des peines de la possibilité d'entreprendre un traitement. Si elle ne consent pas à suivre un traitement en milieu pénitentiaire, cette information est renouvelée au moins une fois tous les semestres. Un refus de soins étant considéré comme un manque d'efforts sérieux de réadaptation sociale, il ne permet pas au détenu de bénéficier de réductions supplémentaires de peine.

Rappelons que toute personne condamnée incarcérée pour crime ou délit sexuel, même si elle n'est pas condamnée à une mesure de suivi socio-judiciaire à titre de peine complémentaire, ne peut obtenir un aménagement de peine (semi-liberté, placement extérieur, libération conditionnelle, permission de sortie, suspension ou fractionnement de peine) que si elle se soumet préalablement à une expertise psychiatrique ordonnée par le juge de l'application des peines.

### III.1.2 CONTEXTE

La problématique des auteurs d'agressions sexuelles est ancienne. Cependant l'augmentation massive des incarcérations est un phénomène récent, et ceci partout dans le monde occidental.

Cette évolution des chiffres s'est d'abord manifestée en Amérique du Nord il y a une vingtaine d'années, puis en Europe au début des années 90, entraînant une réflexion des professionnels de santé mentale et l'émergence de modes de prise en charge nouveaux. Si actuellement en France, 20 à 25% des personnes condamnées et détenues sont des auteurs d'infractions sexuelles, elles ne présentent pas toutes un trouble de santé mentale et ne relèvent donc pas toutes systématiquement d'une prise en charge psychiatrique.

Concernant les condamnés à de longues peines, plus de la moitié d'entre eux est condamnée pour au moins une infraction sexuelle et ne font pas l'objet d'une mesure de suivi socio-judiciaire, eu égard à la date de leur condamnation. La plupart des condamnés pour infractions sexuelles actuellement incarcérés l'ont été avant l'entrée en vigueur de la loi du 17 juin 1998 ; de ce fait, ils ne peuvent légalement faire l'objet d'un suivi socio-judiciaire. Il s'agit alors, les concernant, d'utiliser comme un levier l'exécution de la peine, laquelle doit faire sens ; quant à la réinsertion



future, elle doit prendre en compte les objectifs de la personne tant sur le plan socioprofessionnel (travail/hébergement) que sur celui des efforts d'évolution (soins/indemnisation de la victime)

Le contexte légal, judiciaire et pénitentiaire (expertise clinique, projet d'exécution de peine, possibilités d'aménagements de peine...) peut créer de fait une forte incitation aux soins en détention pour les condamnés à des crimes ou délits sexuels, alors même qu'ils ne sont pas soumis à une mesure de suivi socio-judiciaire.

Toutefois, rien ne s'oppose à ce qu'un condamné non soumis à une mesure socio-judiciaire (parce que condamné avant la mise en œuvre de la loi de 1998) refuse toute expertise, tous soins, et renonce par-là même à toute réduction de peine supplémentaire, toute permission de sortie, et tout aménagement de peine.

Cependant, la mesure de suivi socio-judiciaire, nouvelle dans ses possibilités d'application, devrait connaître une montée en charge importante, notamment dans les affaires les plus graves, du fait d'un intérêt grandissant de la part des magistrats, de la société et des médecins.

Dans le même temps, la majorité des professionnels de psychiatrie méconnaissent cette question complexe, ce qui est préjudiciable à l'accès aux soins et à la qualité de la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles présentant un trouble mental.

On peut également observer, à la suite de l'entrée en vigueur de la loi et des textes réglementaires d'application ( les derniers étant les arrêtés du 7 mars 2001, publiés au Journal officiel du 12 mai 2001, réglementant l'intervention des médecins coordonnateurs ), des difficultés à mettre en place une liste de médecins coordonnateurs dans chaque département, faute de candidats et professionnels compétents en nombre suffisant. Ainsi, près d'un tiers des départements n'avait pas établi de liste après un an d'application de la loi. Ces départements peuvent cependant s'appuyer sur un réseau régional, à un stade encore embryonnaire le plus souvent.

Cette situation nécessite la mise en œuvre a minima d'une politique volontariste d'accroissement des compétences des professionnels qui à la fois poursuive la réflexion et la recherche engagées, afin d'approfondir les connaissances et améliorer les pratiques, et qui permette au plus grand nombre d'acquérir ces compétences, à travers la mise en place de formations.

Dans ce contexte, la DGS a lancé dès 1990 une série de travaux, dont le rapport BALIER paru en 1995, qui a posé les bases de tous les travaux ultérieurs. Ce rapport, qui faisait suite à un groupe de travail auquel avaient participé les services du ministère de la justice, insistait déjà sur l'intérêt d'une approche complémentaire judiciaire et psychiatrique et sur la nécessaire articulation des deux dispositifs. Par la suite, un certain nombre de professionnels ont acquis les savoirs et les pratiques nécessaires pour intervenir dans ce domaine et ont participé aux recherches en cours.

De la même façon, partout en Europe, des groupes de professionnels compétents se sont constitués, qui échangent depuis au niveau international et font évoluer les théories cliniques et l'expertise.

### III.1.3 PRINCIPES EN MATIERE D'INDIVIDUALISATION DE LA PEINE

Tout projet de sortie anticipée et toutes permissions de sorties (maintien des liens familiaux, recherche d'emploi, etc.) sont assujettis à une évaluation de l'évolution de la personne (reconnaissance de la gravité de l'acte commis, prise en compte de la victime, intégration du sens de la peine, efficacité d'une démarche de soins effectuée en cours de détention..., autant d'aspects qui permettent d'évaluer le risque de récidive et d'inciter la personne à faire une démarche de soins ou à l'approfondir). C'est pour la personne détenue un rendez-vous judiciaire avec le juge de l'application des peines, qui a lieu avant et/ou après l'expertise. Le travailleur social du SPIP a pour mission de rédiger un rapport sur la personne, son projet de réinsertion, sa prise en compte de la victime. Le juge d'application des peines et le travailleur social doivent pouvoir s'appuyer sur les données de l'expertise.

De plus, lorsque la personne condamnée n'a pas encore fait de démarche de soins, le contact avec un expert psychiatre peut être incitatif pour entreprendre une telle démarche.

Les démarches de soins sont prises en compte par les juges de l'application des peines (qui président les commissions d'application des peines) pour l'octroi de réductions de peine supplémentaires pouvant aller jusqu'à 2 mois de réductions de peine par an.

### III.1.4 PRINCIPES EN MATIERE DE SOINS

Les différents travaux menés au niveau national et international montrent que les auteurs d'infractions sexuelles ne présentent pas tous le même trouble mental, et qu'une pathologie n'est pas spécifique d'un type d'agression donnée. Au contraire, différentes pathologies conduisent à différents passages à l'acte. Ces travaux montrent également qu'un grand nombre d'agresseurs ont des capacités de manipulation telles, qu'elles nécessitent l'intervention de plusieurs thérapeutes (qu'ils soient psychiatres, psychologues, infirmiers ou autres...).

De plus, la question du déni de la pathologie est centrale dans beaucoup des troubles mentaux rencontrés, alors que la prise en charge en psychiatrie se fonde sur la demande du patient, hormis les cas d'hospitalisation d'office ou à la demande d'un tiers.

Ces différents constats entraînent des conséquences tant en matière de pratiques que d'organisation des soins, ainsi :

- Les soins ne peuvent être entrepris qu'après un diagnostic ou une expertise médicale qui à la fois détermine l'existence d'un trouble mental et en définit la nature
- La capacité de manipulation de certains auteurs d'agressions sexuelles, ainsi que leur propension à se poser en victime, nécessite l'intervention d'au moins deux, voire trois thérapeutes, dont l'un au moins doit être médecin
- Les groupes de parole, ou d'autres formes de travail de groupe, ont fait la preuve de leur intérêt dans un domaine où règne le plus souvent la loi du silence, comme en témoignent

notamment différentes expériences internationales restituées dans le cadre des travaux lancés par l'Union Européenne

- Des échanges entre les équipes en charge des agresseurs et en charge des victimes sont parfois souhaitables, notamment lors de commissions d'incestes, afin d'harmoniser les interventions et leur donner un cadre cohérent
- Une supervision des professionnels doit être systématisée, ainsi que cela existe pour d'autres champs cliniques, les équipes de soins palliatifs par exemple, de façon à leur permette de prendre suffisamment de distance et de se protéger face à des situations parfois très difficiles
- Une évaluation périodique des effets de la prise en charge par un tiers compétent, médecin coordonnateur ou autre, doit permettre à l'équipe soignante d'ajuster régulièrement son projet thérapeutique
- Les professionnels de santé doivent articuler leurs interventions à la fois avec les magistrats, les professionnels de l'administration pénitentiaire concernés ainsi qu'avec l'ensemble des professionnels du champ de l'insertion sociale, de façon à définir là aussi une démarche d'ensemble qui soit cohérente, et permettre d'éviter ainsi un certain nombre de rechutes ou récidives

### **III.2. PROBLEMES RENCONTRES PAR LA MISE EN ŒUVRE DE LA LOI DU 17 JUIN 1998**

Le contexte de la prise en charge médico-psychologique des auteurs d'agressions sexuelles est particulier, puisqu'il existe une forte demande de soins, répercutée par les magistrats et la société en général, et que les professionnels de psychiatrie, en dehors de quelques équipes expérimentées, ne se sentent encore que peu concernés.

Cette situation a des conséquences multiples :

- Une méconnaissance clinique sur une thématique complexe, ce qui retentit sur l'accès aux soins et la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles
- Des pratiques qui ne sont pas toujours opérantes, voire même contre-productives
- Des difficultés dans les départements à mettre en place une liste de médecins coordonnateurs, faute de candidats et de professionnels compétents en nombre suffisants
- Un manque d'experts formés dans le domaine

On observe cependant des éléments de contexte positifs :

- Le débat est lancé chez les professionnels de psychiatrie
- Les équipes pionnières trouvent actuellement leur maturité et se sont regroupées au sein d'une association commune, l'ARTAAS

- Ces équipes expérimentées, bien que peu nombreuses, ont su se mobiliser afin d'apporter aux autres professionnels l'appui et le contenu nécessaires au débat actuel et sont en capacité d'assurer les formations programmées
- Le débat est également engagé avec des magistrats, des criminologues et des chercheurs, notamment en sciences sociales
- Il est en lien avec ce qui se discute dans les autres pays occidentaux, également préoccupés de ce problème émergent

L'Union Européenne a financé une série de travaux, les programmes « STOP », qui ont été l'occasion pour beaucoup de professionnels d'échanger et d'élargir le débat à une diversité d'approches, de pratiques et de résultats. Le programme « STOP V », sur la prise en charge médico-psychologique des AIS, regroupait ainsi 17 pays européens.

### **III.3. ETAT DES TRAVAUX EN COURS**

En 1993, le ministère de la santé et le ministère de la justice ont constitué un groupe de travail afin de définir le traitement et le suivi médical des auteurs de délits et crimes sexuels. Ce groupe a réalisé le rapport BALIER, déjà cité, paru en 1995 et qui insistait sur l'intérêt d'une approche complémentaire judiciaire et psychiatrique et sur la nécessaire articulation des deux dispositifs.

A la suite de cela, la DGS a financé une étude cas-témoins réalisée en milieu pénitentiaire par A. Ciavaldini et M. Girard-Khayat et terminée en 1998, année de parution de la loi. Les résultats de cette recherche ont été diffusés à l'ensemble des SMPR et ont fait l'objet de plusieurs articles parus dans la presse professionnelle.

Après cette première phase de recherche et de théorisation dans un domaine peu exploré, il s'est agi de diffuser les savoirs constitués et de permettre la prise en charge effective des auteurs d'agressions sexuelles par des équipes et des praticiens formés. A cet effet, deux processus complémentaires ont été initiés par le ministère en charge de la santé, la conférence de consensus clinique pour la partie clinique, et la participation au groupe interministériel santé-justice pour ce qui concerne l'articulation de professionnels d'horizons divers devant intervenir conjointement auprès des personnes sous main de justice.

Au sein de l'administration pénitentiaire, il existe une forte attente des SPIP sur les modes de prises en charge socio-éducatives et l'articulation avec les soins, ce qui a conduit à des travaux menés localement, comme par exemple la formation-action organisée par la Direction régionale des services pénitentiaires de Paris et qui a donné lieu à la publication d'un fascicule en juin 1999.

La pertinence et les modalités de mise en œuvre de la mesure de suivi socio-judiciaire (avec ou sans injonction de soin) pour les mineurs est une question qui reste à approfondir. En ce sens, la direction de la protection judiciaire de la jeunesse a fait réaliser, dans un premier temps, une étude portant sur les jeunes auteurs et victimes d'agressions sexuelles accueillis par les services

de la protection judiciaire de la jeunesse. Cette étude a permis d'appréhender quantitativement et qualitativement cette population au 31 décembre 1999. Parallèlement, la direction a organisé deux journées d'étude regroupant des professionnels sur le thème « comment intervenir auprès des victimes et des auteurs d'agressions sexuelles ». Le principe de traiter ensemble ces deux problématiques spécifiques des auteurs et des victimes a été dans un premier temps induit par la loi du 17 juin 1998. En outre, il est apparu au cours des travaux que les professionnels de la protection judiciaire de la jeunesse devaient disposer d'un savoir particulier sur la construction de l'adolescence et son rapport à la sexualité pour pouvoir remplir leur mission éducative autant en direction des victimes que des auteurs.

En outre, la prise en charge médico-psychologique des auteurs d'agressions sexuelles étant en lien avec d'autres problématiques : victimes ; violences intra-familiales ; soins obligés ; organisation des soins de santé mentale en milieu carcéral, notamment en ce qui concerne l'hospitalisation et la continuité des soins et du suivi..., elle constitue la composante d'autres travaux :

- Mise en œuvre du programme national sur la santé des détenus présenté par les deux ministres le 16 avril 2002
- Réflexion sur le psycho-traumatisme des victimes, en vue d'une conférence de consensus clinique en 2003
- Prise en compte de la problématique dans l'évolution des services d'urgences

#### **III.4. CONFERENCE DE CONSENSUS CLINIQUE**

La conférence de consensus clinique initiée par la DGS et confiée à la Fédération française de psychiatrie, selon la méthodologie de l'ANAES, s'est déroulée les 22 et 23 novembre 2001. Bien suivie par les professionnels de santé, elle a également intéressé un grand nombre de professionnels de la justice. Le niveau des débats a été à la hauteur de la complexité du sujet et ceux-ci ont été enrichis par la participation d'experts étrangers (francophones et anglophones du Canada et de Belgique notamment). Cette conférence a donné lieu à l'édition d'un ouvrage, ainsi qu'à la publication sur le site de la FFP des textes des experts et d'une base documentaire qui sera réactualisée annuellement.

Les recommandations faites par le jury de la conférence mettent l'accent sur la place de l'expertise ; le rôle du médecin coordonnateur ; l'importance de la recherche ; des formations interprofessionnelles ; la nécessité d'évaluer et de diffuser les savoirs et les pratiques ; l'importance des co-thérapies ; des thérapies de groupe ; du travail en réseau. Les conditions de mise en œuvre de la thérapeutique sont l'adhésion aux soins ; la pluralité de méthodes, dont le travail de groupe ; l'analyse critique des résultats. Enfin, il est particulièrement recommandé aux professionnels du soin de ne pas exercer de façon isolée, mais d'intervenir en équipe ; d'avoir une pratique de contrôle individuel ou de groupe ; de développer les partenariats nécessaires entre soignants, intervenants socio-éducatifs et acteurs judiciaires.

La thématique avait été initialement déclinée en trois questions, dont deux seulement ont pu être abordées dans le cadre contraint d'une conférence de consensus clinique, celle de l'expertise et celle de la prise en charge. La troisième question, non abordée, est celle des conséquences du traumatisme pour les victimes, qui s'intégrera dans la conférence de consensus sur les victimes, déjà prévue par la Fédération française de psychiatrie.

A l'issue, une série de formations a été mise en œuvre dans toutes les régions, afin d'élargir le vivier des professionnels compétents susceptibles d'être thérapeutes ou médecins coordonnateurs. Ces formations s'adressent à des médecins, psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux et autres professionnels qui peuvent avoir à intervenir dans la prise en charge d'AIS.

### **III.5. PRISE EN COMPTE DANS L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DE L'OFFRE DE SOINS**

La prise en charge médico-psychologique des auteurs d'agressions sexuelles repose sur une clinique et des stratégies thérapeutiques complexes et encore peu diffusées, où l'intervention de co-thérapeutes et le travail de groupe ont une place prépondérante et où les partenariats à mettre en place avec les acteurs socio-éducatifs et judiciaires ont une place primordiale dans la prévention de la récidive. De plus, un long travail de préparation aux soins est souvent nécessaire avant une adhésion aux soins eux-mêmes, à mener en concertation entre professionnels socio-éducatifs et soignants.

Les constats faits dans le cadre des différents travaux menés en France et au niveau international montrent que la prise en charge médico-psychologique des auteurs d'agressions sexuelles entraînent des conséquences tant en matière de santé, qu'en matière pénitentiaire. La préoccupation première est la prévention de la récidive et les actions retenues viseront à une évolution de l'organisation pénitentiaire, une plus grande implication des professionnels, une évolution des savoirs et des pratiques, une réorganisation de l'offre de soins et une évaluation du dispositif.

### **III.6. PRISE EN COMPTE DANS L'ORGANISATION PENITENTIAIRE**

Les conséquences de la prise en charge des auteurs d'infractions sexuelles sur l'organisation pénitentiaire sont de deux ordres, d'une part sur la répartition des détenus, d'autre part sur le temps de détention qui précède la sortie.

La logique sanitaire nécessite de ne pas regrouper en un même lieu de vie les auteurs d'agressions sexuelles, parce que le déni dont ils font preuve est renforcé par un effet de groupe, comme l'ont montré plusieurs travaux (Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels: C. Balier, A. Ciavaldini, M. Girard-Khayat: novembre 1996; travaux étrangers). Cette vie en commun est à distinguer de groupes de paroles ou de groupes thérapeutiques, où une douzaine de

patients au maximum sont regroupés, avec un minimum de deux professionnels formés, dans un objectif de soins et de réinsertion.

La direction de l'administration pénitentiaire et ses services déconcentrés sont conscients des difficultés que peuvent engendrer un regroupement des auteurs d'infractions sexuelles. Il est important de souligner néanmoins qu'à cet égard, la distinction doit être faite entre les personnes détenues dans les maisons d'arrêt et celles détenues en établissements pour peine. Il est difficile de contrecarrer les phénomènes de stigmatisation frappant cette population pénale.

Autant que faire se peut, les AIS participent à la vie ordinaire de la détention. Cependant pour leur propre sécurité ou à leur demande ils sont souvent isolés, voire regroupés.

Mais on ne peut concevoir de les isoler toute la durée de leur incarcération, ce qui ne manquerait d'engendrer d'autres difficultés d'ordre psychologique. Il existe certains établissements pénitentiaires où se concentre plus fortement cette population. Il sera nécessaire d'étudier si cette situation facilite ou non l'accès aux infrastructures de formation et de réinsertion.

Peut être doit t-on envisager la difficulté en terme de seuil ? En tout état de cause, la question de la formation du personnel se pose avec acuité.

Par ailleurs, lors de la sortie, plusieurs situations peuvent se présenter, qui toutes cependant nécessitent un temps de préparation et d'articulation avec les professionnels sanitaires et sociaux qui interviennent en milieu ouvert : sortie dans la même région ou dans une région différente de celle d'origine ; maintien ou non de liens avec un entourage familial, professionnel ; mise en œuvre d'un suivi socio-judiciaire...

#### **IV. OBJECTIFS DU GROUPE DE TRAVAIL**

Le groupe de travail a défini un certain nombre d'objectifs :

- 1. Améliorer les connaissances et la qualité de l'ensemble des pratiques**  
(sanitaire, pénitentiaire, judiciaire, sociale)
- 2. Améliorer la qualité et la pratique des expertises pénales**
- 3. Développer une culture commune aux différents professionnels**
- 4. Articuler santé et justice**
- 5. Améliorer l'accès aux soins et la prise en charge clinique globale**  
(accessibilité et précocité) (repérage, soins, prévention de la récidive, réinsertion...)
- 6. Développer la prévention**

7. **Elargir le champ clinique**  
(maltraitements, psycho-traumatisme des victimes...)
8. **Evaluer les recommandations et le dispositif**  
(validité des objectifs, effets produits...)

## **V. RECOMMANDATIONS**

Le groupe a également défini une stratégie d'action afin d'atteindre l'ensemble de ces objectifs.

Cette stratégie se décline en une série de recommandations, pour lesquelles des groupes thématiques, constitués d'experts, pourront approfondir la réflexion au préalable sur des aspects plus complexes. Les conclusions des groupes feront l'objet d'une annexe au rapport et seront diffusées en leur temps.

Il est souhaitable que les groupes communiquent entre eux lors de leurs travaux. Il peut être également utile d'y associer un sociologue ou des professionnels d'autres disciplines.

### **V.1. AMELIORATION DES CONNAISSANCES ET DE LA QUALITE DE L'ENSEMBLE DES PRATIQUES**

Le souci est d'améliorer les connaissances et les pratiques des professionnels soignants et non soignants qui interviennent de près ou de loin dans la prise en charge des AIS. A cet effet, le groupe souhaite développer les conférences de consensus clinique, l'information des partenaires, la formation des professionnels et la recherche. L'un des axes à développer concerne la clinique et la prise en charge médico-psychologique des victimes.

*R.1. Poursuite de la politique d'amélioration des connaissances et des pratiques professionnelles par la tenue de conférences de consensus cliniques et la diffusion large de leurs recommandations. (La prochaine conférence de consensus clinique organisée par la Fédération française de psychiatrie en 2003 concerne les victimes, elle sera suivie de la parution d'un ouvrage, d'articles dans la presse professionnelle et de formations).*

*R.2. Information des équipes soignantes et socio-éducatives, ainsi que de leurs partenaires, qui prennent en charge la souffrance psychique des victimes.*

#### **V.1.1. MISE EN ŒUVRE D'UNE POLITIQUE DE FORMATION**

Le développement de la formation permet une diffusion des connaissances et l'évolution des pratiques. De ce fait, l'ensemble des acteurs concernés doit pouvoir bénéficier d'une formation, que ce soit une simple sensibilisation ou une formation plus approfondie. Le contenu de la



formation sera fondé sur un référentiel commun de connaissances, dans lequel s'inscrivent notamment des éléments de cliniques, des informations légales et réglementaires (en particulier, relatives à la législation introduite en 1998), des informations concernant l'expertise ainsi que le rôle des différents intervenants.

Les vecteurs de formation seront soit les circuits déjà existant en formation initiale ou continue, soit la mise en place spécifique de formations communes ou croisées. Les formations pourront être nationales ou régionales et pourront relever de façon complémentaire du travail en réseau.

Les ministères de la santé et de la justice initieront si besoin, avec les partenaires adéquats, les stratégies de formation par domaines professionnels.

*R.3. Formation des soignants (stratégie définie par la DGS, l'éducation nationale, des universitaires, des professionnels).*

*R.4. Formation des médecins coordonnateurs (DGS, DAP, DACG, professionnels).*

*R.5. Formation des médecins inspecteurs de santé publique qui ont en charge le dossier psychiatrie ou le dossier santé des détenus dans les directions départementales (DDASS) ou régionales (DRASS) des affaires sanitaires et sociales (école nationale de la santé publique (ENSP), DGS).*

*R.6. Formation des magistrats (DACG, école nationale de la magistrature (ENM), professionnels, DGS).*

*R.7. Formation des personnels pénitentiaires (surveillants, directeurs d'établissement, travailleurs sociaux...), (DAP, école nationale de l'administration pénitentiaire (ENAP), directions régionales des services pénitentiaires (DRSP), professionnels, DGS).*

*R.8. Formation des personnels de la PJJ (PJJ, DGS).*

*R.9. Plan de formation des cadres qui interviennent dans les écoles de formation de la justice (ENM, ENPJJ, ENG, ENAP).*

*R.10. Formation des personnels sociaux et éducatifs qui interviennent dans le projet de réinsertion : travailleurs sociaux et éducatifs des conseils généraux, de l'aide sociale à l'enfance (ASE), les associations habilitées par la justice à recevoir des mineurs, les soignants et travailleurs sociaux qui interviennent dans les services de protection maternelle et infantile (PMI), à l'éducation nationale, en médecine du travail...(DGS, professionnels et institutions concernées).*

*R.11. Développement de formations croisées et de formations interdisciplinaires, s'appuyant notamment sur le réseau des écoles des services publics (RESP) et sur leurs rencontres interprofessionnelles de services publics (RISP). Ces formations pourraient, en particulier, concerner la pratique complexe des soins pénalement obligés.*

## V.1.2. DEVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE

La recherche dans le domaine des AIS est actuellement impulsée au niveau international, elle associe un grand nombre de disciplines, extérieures au champ de la santé. Il est maintenant nécessaire de lui donner corps au niveau national, afin de soutenir les professionnels qui innoveront, d'impliquer un plus grand nombre d'acteurs et d'y intéresser les étudiants.

La recherche devra permettre en premier lieu l'évolution des connaissances cliniques, des pratiques et des organisations. Elle pourra être clinique, fondamentale, épidémiologique, évaluative. Il est intéressant que l'ensemble des professionnels puisse être associé à un moment ou un autre à un travail de recherche, car elle constitue un facteur dynamique pour les équipes. De plus, cela permettra à terme d'élargir le vivier des chercheurs en santé mentale, trop restreint actuellement.

Il est ainsi nécessaire de développer à la fois des sujets et des compétences en matière de recherche.

*R.12. Développement d'un programme de recherche par la DGS, ayant comme finalité première l'amélioration de la prise en charge et les éléments de prévention.*

*R.13. Poursuite de la participation à la recherche internationale.*

Un certain nombre de sujets est déjà proposé par le groupe, en lien notamment avec les thématiques faisant l'objet de travaux plus approfondis :

- Modalités de l'hormonothérapie
- Facteurs de risque individuels et familiaux des agressions ou des maltraitances et prévention
- Prise en charge des mineurs auteurs
- AIS, victimes et institutions
- Diffusion des savoirs et des compétences auprès des professionnels (des milieux public, privé, libéral, institutionnel...) et évolution des pratiques (richesse et utilisation d'un panel thérapeutique, co-thérapies, travail de groupe, supervisions, évaluations...)
- Articulation des équipes AIS/victimes
- Contenu, acteurs et méthodes du travail de préparation aux soins
- Types de réseaux mis en place (profils, objectifs, fonctionnements, résultats...)
- Place et acteurs du social dans une prise en charge globale
- Place et acteurs de l'éducatif

## **V.2. AMELIORATION DE LA QUALITE ET DES PRATIQUES DE L'EXPERTISE PENALE**

Il s'agit de clarifier les enjeux de l'expertise pénale, préciser ses finalités, en améliorer la qualité, augmenter le nombre des praticiens, améliorer les demandes et les réponses entre magistrats et experts.

*R.14. Systématisation par tous les moyens de l'accès au corps de l'expertise par le justiciable concerné, et assurance qu'il existe une offre régulière d'accompagnement par un professionnel sanitaire ou socio-éducatif lors de la communication de l'intégralité du rapport d'expertise, afin que le cadre de cet acte puisse être resitué par le justiciable.*

*R.15. Elaboration d'un référentiel de l'expertise pénale, par un groupe thématique, comportant des psychiatres, psychologues et magistrats. Le groupe devra clarifier les objectifs et les champs de l'expertise, les enjeux pour un AIS, la victime, la justice. Il devra définir l'expertise psychiatrique, l'expertise psychologique, l'articulation des différentes expertises, les compétences requises. Il devra également clarifier les questions des magistrats, les éléments d'information attendus, leur pertinence. Enfin, il proposera un protocole d'expertise des AIS et à terme dans tous les cas d'agression et de maltraitance, qui convienne aux experts et aux magistrats et qui sera mis en œuvre et enseigné. Ce groupe s'attachera également à formuler toutes propositions utiles visant à remédier au manque d'experts psychiatriques.*

### **V.3. DEVELOPPEMENT D'UNE CULTURE COMMUNE DES PROFESSIONNELS RELATIVE AU PUBLIC PRIS EN CHARGE**

L'efficacité du dispositif est liée à la connaissance qu'en auront les acteurs. Il est donc utile d'informer l'ensemble des intervenants sur le sujet, leur rôle, les enjeux.

Le premier groupe thématique sera chargé de définir le contenu d'un référentiel commun des connaissances destiné aux différents professionnels et utilisé lors des formations.

*R.16. Elaboration d'un référentiel de formation commun à l'ensemble des intervenants auprès d'AIS, en partenariat avec les professionnels participant à la prise en charge globale des AIS. Un groupe thématique élaborera ce référentiel commun, ainsi qu'une stratégie d'information des professionnels.*

*R.17. Information des magistrats ainsi que des institutionnels pénitentiaires, et institutionnels et professionnels de santé, par l'organisation conjointe DGS/DACG/DAP d'une journée nationale ou série de journées interrégionales. Ces manifestations devront être relayées par des articles dans la presse professionnelle des différents secteurs concernés.*

*R.18. Information des personnels pénitentiaires, des soignants intervenant en milieu pénitentiaire ou auprès de personnes sous main de justice (SMPR, UCSA, secteurs de psychiatrie). L'information mettra l'accent sur les éléments et conditions de continuité du suivi lors des changements d'équipes. Elle s'appuiera sur la diffusion des résultats de la conférence de consensus clinique, ainsi que l'organisation d'une journée spécifique si nécessaire.*

*R.19. Intérêt, parmi les experts désignés pour examiner l'(les) auteur(s) et la(les) victime(s), que l'un d'eux puisse être désigné pour examiner à la fois auteur(s) et victime(s), chaque fois que l'auteur est connu de la victime, afin de mesurer les interactions, notamment lorsqu'elles se situent dans le champ intra-familial.*

## **V.4. ARTICULATION DES CHAMPS SANTE ET JUSTICE**

### **V.4.1. CLARIFICATION PAR VOIE DE CIRCULAIRE DES DIFFERENTES MESURES DE SOINS PENALEMENT OBLIGES**

La différence entre l'injonction de soins dans le cadre de la mesure de suivi socio-judiciaire et l'obligation de soins qui peut être posée dans différentes mesures pré-sententielles et post-sententielles, les notions d'injonction thérapeutique (relative aux usagers de stupéfiants) et la contrainte aux soins appellent nécessairement une clarification pédagogique, tant pour les professionnels du champ sanitaire que du champ judiciaire.

L'objectif est de clarifier l'indication posée par l'expert, l'évaluation réalisée par le médecin coordonnateur et les soins pénalement obligés applicables aux auteurs d'infractions sexuelles. La loi du 17 juin 1998 a en effet introduit l'injonction de soins comme élément de prévention de la récidive, sans pour autant supprimer l'obligation de soins. La question se pose alors de savoir s'il est utile de conserver deux mesures pour les auteurs d'infractions sexuelles, et d'en expliciter alors les contenus respectifs par une circulaire, ou s'il ne faut conserver que la mesure nouvelle, l'injonction de soins.

*R.20. Explicitation des différentes modalités de soins pénalement obligés qui s'appliquent aux AIS et suppression éventuelle de l'obligation de soins les concernant. Un groupe thématique constitué de psychiatres, psychologues, personnels pénitentiaires et magistrats débattera de la question, qu'il pourra aborder au-delà du champ strict des infractions sexuelles.*

### **V.4.2. CLARIFICATION DU ROLE DES SPIP DANS LA PRISE EN CHARGE PENITENTIAIRE DES AUTEURS D'INFRACTIONS SEXUELLES EN DETENTION ET DANS LE CADRE DE LA MESURE DE SUIVI SOCIO-JUDICIAIRE**

Il est ressorti des travaux du groupe que dans le cadre de leurs missions, les SPIP avaient un rôle central dans l'incitation aux soins en milieu carcéral et dans le suivi socio-judiciaire à la sortie d'incarcération. Les SPIP peuvent également mener ou participer à des groupes de paroles, dans une démarche de réinsertion, voire de préparation aux soins dans certains cas, et dans le respect de leur champ de compétence. En effet, une telle action ne peut se concevoir que dans le cadre strictement éducatif, en étroite collaboration avec l'équipe soignante.

L'ensemble de ces actions se fait en partenariat avec d'autres intervenants et notamment des soignants. Des formations comportant un référentiel commun faciliteront les échanges entre professionnels des différents champs professionnels. Cependant, le suivi d'un AIS qui présente un trouble mental peut se révéler d'une difficulté telle, qu'il est préférable de définir au préalable le champ et les principales règles précisant le rôle des d'intervention auprès de cette population difficile.

Le décret n°2000-412 du 18 mai 2000, pris en application de la loi du 18 juin 1998 règle précisément les rôles respectifs du juge de l'application des peines, du médecin coordonnateur et du médecin traitant, mais n'évoque pas la mission confiée aux services pénitentiaires d'insertion et de probation par la loi du 18 juin 1998 dans le cadre du suivi socio-judiciaire avec ou sans injonction de soins. Il existe une forte attente des services pénitentiaires d'insertion et de probation de définition de l'articulation de leur mission avec celle du médecin coordonnateur.

*R.21. Circulaire précisant le rôle des SPIP dans la prise en charge globale des auteurs d'infractions sexuelles et élaboration d'un guide de pratiques professionnelles.*

#### **V.4.3. CLARIFICATION DU ROLE DU MEDECIN COORDONNATEUR**

L'objectif est de clarifier le rôle du médecin coordonnateur dans la prise en charge des AIS auprès de l'ensemble des professionnels. Selon le groupe de travail, ce rôle est double : évaluer l'effet des soins et garantir le secret professionnel. La motivation qui conduit à une modification du décret n°2000-412 du 18 mai 2000 devra être argumentée et engager une saisine du conseil national de l'ordre des médecins.

*R.22. Circulaire définissant plus précisément le rôle du médecin coordonnateur, au-delà de ce qui est défini dans le décret du 18 mai 2000.*

*R.23. Arrêté fixant les caractéristiques de la formation permettant à des médecins non-psychiatres d'être médecins coordonnateurs.*

*R.24. Modification du décret n°2000-412 du 18 mai 2000 pris pour l'application du titre IX du livre III du code de la santé publique et relatif à l'injonction de soins concernant les auteurs d'infractions sexuelles et modifiant le code de la santé publique, article R. 355-40, afin que l'expert qui a été désigné au cours de la procédure judiciaire puisse exercer à la suite les fonctions de médecin coordonnateur pour la même personne, permettant une évaluation longitudinale de celle-ci, sous réserve de l'accord de l'auteur d'agression sexuelle.*

#### **V.4.4. MISE EN ŒUVRE DE GROUPES DEPARTEMENTAUX DE COORDINATION**

La mise en œuvre de la loi du 17 juin 1998 nécessite un accompagnement dans les départements, au moins lors de la période de montée en charge, qui devra être assurée en concertation avec les professionnels de la santé et de la justice, à l'initiative des préfets et des procureurs.

Des expériences décrites dans le cadre du groupe de travail, et plus particulièrement dans le Val d'Oise et dans le Doubs, ont conduit à proposer des groupes départementaux, dont l'objectif premier est de promouvoir la coordination des institutions et les professionnels qui interviennent dans le domaine, afin de développer une culture qui leur soit commune et de favoriser l'élaboration de projets globaux de prise en charge qui soient cohérents et partagés par les acteurs. Ces groupes pourront être pilotés par les instances sanitaires régionales sur la santé des détenus (programme national sur la santé des détenus), en articulation avec les administrations départementales. Il s'agit pour les groupes d'initier et maintenir une dynamique commune à

l'ensemble des intervenants, sans pour autant institutionnaliser leurs échanges. Le relais pourra en être assuré par les centres ressources ou les réseaux AIS, en partenariat avec les administrations de la santé et de la justice.

*R.25. Groupe départemental sur la prise en charge des AIS majeurs, regroupant les administrations sanitaire et judiciaire, ainsi que les professionnels les plus concernés (professionnels du soin, personnels pénitentiaires, magistrats, travailleurs sociaux...)*

*R.26. Groupe départemental sur la prise en charge des mineurs auteurs d'agressions ou de maltraitances, regroupant les administrations sanitaire, scolaire et judiciaire, l'ASE, des professionnels (soignants, sociaux, personnels pénitentiaires, de la PJJ, magistrats...) et des représentants des institutions accueillant des enfants et adolescents en difficultés.*

Ce dernier groupe devra s'appuyer sur les recommandations des groupes techniques concernant les auteurs mineurs et la problématique des milieux institutionnels.

## **V. 5. AMELIORER L'ACCES AUX SOINS ET LA PRISE EN CHARGE GLOBALE**

L'objectif est de faire évoluer l'organisation des soins afin de permettre à terme une prise en charge de proximité adaptée pour l'ensemble des personnes qui font l'objet d'une injonction de soins, d'une obligation de soins ou font une démarche de soins spontanée.

Un schéma d'organisation pour la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles se dessine actuellement à travers le travail des deux groupes interministériels santé-justice sur la santé mentale des détenus et la prise en charge des auteurs d'infractions sexuelles.

Ce schéma, qui concerne l'ensemble des auteurs d'agressions sexuelles qu'ils soient ou non sous main de justice, est centré sur la constitution de centres ressources composés de professionnels expérimentés qui participent à un réseau de santé et développent les articulations nécessaires avec les professionnels qui interviennent dans les domaines judiciaires et sociaux.

La conception du schéma tient compte de la nécessité de continuité de suivi et, s'il y a lieu, permet une articulation privilégiée avec les équipes intervenant auprès des victimes. La déclinaison et les modalités de mise en œuvre d'un tel schéma, en fonction de particularités locales, relèvent des missions de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH).

### **V.5.1. CREATION DE CENTRES RESSOURCES**

Les centres ressources se situent dans le champ sanitaire. Ils ont une mission :

- de formation des professionnels de santé dans le domaine de la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles ;
- d'information : accueil et conseil aux professionnels de santé, orientation des particuliers ;

- de recours : évaluation des stratégies de soins dans les cas difficiles ;
- de recherche et de réflexion sur l'évolution de la clinique et des pratiques.

Ils sont constitués de psychiatres, de psychologues et d'infirmiers expérimentés dans le domaine de la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles et disposent d'un secrétariat et d'une fonction documentaire. Du fait de leur action, ils concourent à la constitution d'un vivier de professionnels compétents : médecins coordonnateurs, soignants (psychiatres, psychologues et infirmiers), superviseurs et experts judiciaires et à la création de réseaux de santé. Chaque région devra disposer d'un centre ressource, voire de plusieurs dans les régions à forte densité de population.

*R.27. Création de centres ressources dans toutes les régions ayant une quadruple mission de formation, d'information, de recours et de recherche. Ils auront pour objectif de favoriser la constitution de réseaux de santé dans le domaine de la prise en charge des auteurs d'infractions sexuelles.*

### **V.5.2. RESEAUX**

Les réseaux de santé ont pour objet, conformément aux dispositions de l'article L.6321-1 du code de la santé publique, de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils doivent être centrés sur la personne et tendre à sa prise en charge globale. Ils doivent être formalisés afin de garantir leur pérennité et leur financement.

Ils permettront la coordination des professionnels des établissements de santé ou exerçant à titre libéral et la mise en œuvre de thérapies de groupe et de co-thérapies, ainsi que l'exige cette clinique particulière.

Ils mettront en place une articulation avec les professionnels pénitentiaires (notamment les SPIP et les personnels de surveillance), judiciaires et socio-éducatifs (des conseils généraux, de l'aide sociale à l'enfance ; de la protection judiciaire de la jeunesse et de l'éducation nationale). Il existe en effet une logique d'amont, autour de l'expertise et du jugement (notamment le prononcé de l'injonction de soins dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire) et une logique d'aval, avec le suivi de la peine et l'incitation aux soins qui n'impliquent pas toujours les mêmes professionnels.

*R.28 Création de réseaux de santé de proximité sous l'impulsion des centres ressources, favorisant la coordination des professionnels de santé et leur articulation avec les professionnels pénitentiaires, judiciaires et socio-éducatifs intervenant dans ce champ.*

### **V.5.3. PRISE EN CHARGE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE EN MILIEU PENITENTIAIRE**

La prise en charge médico-psychologique des auteurs d'agressions sexuelles réalisée par les équipes de psychiatrie intervenant en milieu pénitentiaire comporte des particularités qui doivent être prises en compte dans l'organisation des soins.

La première de ces particularités est l'incitation aux soins qui est proposée systématiquement lorsqu'une injonction de soins a été prononcée, et dont l'acceptation par la personne détenue conditionne les modalités d'exécution de la peine.

En second lieu, le déni de l'acte et du trouble mental qui s'oppose à une adhésion réelle aux soins, ainsi que la grande capacité à manipuler de nombreux auteurs d'agressions sexuelles, impose que l'ensemble des intervenants auprès de ce public ait des éléments de connaissance communs et qu'ils articulent leurs interventions dans un cadre explicite et cohérent, afin que certains détenus ne se saisissent de la méconnaissance et du cloisonnement de professionnels.

Enfin, la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles nécessite la mise en place de groupes thérapeutiques, constitués d'au moins deux thérapeutes pour un maximum de 12 patients. Ces groupes doivent avoir les mêmes conditions de déroulement qu'en milieu libre, leur périodicité et leur durée notamment doivent pouvoir découler des seuls besoins de soins.

Par ailleurs, les centres ressources et les réseaux peuvent offrir un rôle de superviseur pour les équipes sanitaires et pénitentiaires, et un rôle éventuel d'évaluateur des pratiques, notamment au cours de la période qui précède la sortie.

L'articulation des équipes de psychiatrie avec les SPIP est centrale, elle comporte trois points principaux : la connaissance de la personnalité des auteurs d'agressions sexuelles ; les objectifs de l'incitation aux soins ; l'élaboration d'un projet global de réinsertion, comprenant une dimension santé, sociale et environnementale.

L'expertise psychiatrique ordonnée par le juge de l'application des peines avant toute décision concernant une mesure d'aménagement de sa peine est versée au dossier individuel au greffe de l'établissement pénitentiaire de la personne. Elle doit pouvoir être consultée et peut être utilisée comme levier tant par le juge d'application des peines que par les travailleurs sociaux des SPIP et par l'équipe sanitaire, ce dans un objectif de soins et en vue de l'élaboration cohérente d'un projet d'aménagement de peine ou d'une sortie en fin d'exécution de peine..

Un autre axe fort d'articulation concerne les UCSA, qui ont aussi à intervenir auprès de ces publics, lors de violences subies notamment. Il est important d'inscrire leur intervention dans la démarche d'incitation ou de soins en cours, afin que chacun ne soit pas contre-productif.

Dans le cadre général qui vient d'être décrit, s'inscrivent des approches cliniques et organisationnelles spécifiques selon que la durée d'incarcération est brève ou longue, selon que l'agresseur est mineur ou adulte.

En effet, les modalités d'interventions et les projets socio-éducatif et thérapeutique ne peuvent pas être les mêmes en maisons d'arrêt - où est regroupé un nombre important de détenus, aux profils variés, ayant des statuts pénaux différents (condamnés ou prévenus), avec une rotation rapide - et en centres de détention pour longues peines. De même, la clinique et les pratiques diffèrent pour les adolescents et jeunes adultes, ainsi que le réseau des partenaires qui comprend notamment la protection judiciaire de la jeunesse, l'aide sociale à l'enfance, les secteurs de pédopsychiatrie...



*R.29. Formation systématique des équipes pénitentiaires à la prise en charge des AIS.*

*R.30. En milieu pénitentiaire, réorganisation et renforcement des moyens sanitaires afin de permettre les co-thérapies et le travail de groupe.*

*R.31. Participation des équipes sanitaires intervenant en milieu pénitentiaire au réseau sanitaire AIS.*

#### **V.5.4. ADAPTATION DU FONCTIONNEMENT INTERNE DES ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES**

L'objectif est de mettre en concordance les logiques et les organisations sanitaires avec les logiques et les organisations pénitentiaires pour la prise en charge des AIS, afin d'éviter qu'elles ne soient antagonistes.

En matière d'organisation pénitentiaire, plusieurs études ont montré, ainsi que nous l'avons vu, que le regroupement de fait d'un trop grand nombre d'auteurs d'infractions sexuelles en un même lieu pouvait avoir un effet péjoratif sur leur prise en charge. En conséquence, la prise en charge des AIS en milieu pénitentiaire nécessite l'élaboration d'un projet spécifique, validé par les instances sanitaires et pénitentiaires compétentes en la matière.

Par ailleurs, le moment de la sortie est un temps particulier pour toute personne détenue, de déstabilisation et de risque de récidive, avec une acuité accrue chez les AIS présentant un trouble mental. De ce fait, la préparation à la sortie devra comporter une prise de contact systématique et précoce avec les équipes sanitaires et sociales qui interviennent en milieu libre, afin de faciliter la réinsertion et prévenir la récidive, particulièrement lorsqu'un suivi socio-judiciaire suit l'incarcération.

Il paraît utile dans ce contexte d'envisager une organisation pénitentiaire qui tienne compte de ces considérations.

*R.32. Réorganisation et renforcement des équipes pénitentiaires en appui des dispositifs sanitaires, afin de permettre à ceux-ci la mise en œuvre de co-thérapies et de thérapies de groupe, ainsi que la concertation nécessaire entre personnels pénitentiaires et soignants.*

*R.33. Existence systématique d'un projet coordonné santé-justice, validé par les instances sanitaires et pénitentiaires compétentes pour tous les AIS ayant un trouble de santé mentale.*

*R.34. Incarcération lors de la dernière année de peine qui devra particulièrement tenir compte - à l'instar des autres personnes détenues - du projet de sortie et du lieu de retour en milieu libre. La préparation à la réinsertion doit prendre en considération la victime, les liens familiaux, les interdictions de séjour... Il est également préconisé que les équipes qui prennent en charge l'agresseur et la victime s'articulent de façon précoce pour une préparation à la sortie concertée.*

## V.5.5. IMPLICATION DU PLUS GRAND NOMBRE DE PROFESSIONNELS

L'objectif est d'accroître le nombre des professionnels compétents, soignants et non-soignants, qui interviendront dans la prise en charge des AIS.

### *v.5.5.1. Les professionnels du soin*

Le contexte actuel particulier de répartition des compétences en matière de prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles amène, d'une part à soutenir les professionnels déjà compétents, et d'autre part à former l'ensemble des professionnels du soin concernés.

Le renforcement des compétences s'inscrit d'emblée dans la mission des centres ressources et des réseaux, et plus particulièrement dans leur mission de participation à la recherche clinique et de formation.

*R.35. Développement d'une culture de recherche chez les professionnels, par le biais des formations, du travail en réseau, des partenariats mis en place avec les pôles universitaires dans le cadre des centres ressources, d'autres partenariats avec les organismes de recherche, la FFP (et son site Psydoc-France)... Cette culture comprendra les finalités, les méthodologies et les acteurs de la recherche. Elle doit déboucher sur l'acquisition de compétences.*

*R.36. Implication de réseaux sentinelles qui participeront au développement de réseaux de recherche (clinique, thérapeutique, santé publique...).*

*R.37. Développement de la recherche appliquée, notamment dans le cadre des centres ressources et des réseaux.*

### *v.5.5.2. Leurs partenaires*

Les partenaires des professionnels du soin seront impliqués par des formations spécifiques, ainsi que par des formations communes ou croisées qui pourront être le fait des circuits classiques ou entrer dans le cadre de l'activité des centres ressources et des réseaux.

En ce qui concerne les partenaires de la justice, un travail plus spécifique a été entrepris avec les directions de l'administration pénitentiaire et celle des affaires criminelles et des grâces pour la formation des personnels pénitentiaires et des magistrats. Ce travail concerne les référentiels métiers, la diffusion d'une information à tous les personnels concernés et l'élaboration de cahiers des charges de formations et formations communes et croisées.

*R.38. Formations spécifiques et formations communes et croisées pour des professionnels de champs différents, mises en œuvres par les circuits classiques de formation, les centres ressources et les réseaux.*

## **V.5.6. SUPERVISION DES PROFESSIONNELS QUI INTERVIENNENT AUPRES D'AIS**

L'intervention auprès d'AIS peut conduire les professionnels à connaître des situations parfois insoutenables, auxquelles ils ne sont pas toujours préparés. Cela peut alors entraîner des conséquences sur la nature de leur intervention, voire même sur leur santé. Afin d'y pallier, il est nécessaire de proposer un accompagnement systématique à ces professionnels, effectué par un psychologue ou un psychiatre. Il s'agit de proposer une analyse des pratiques dont l'objectif est de permettre aux professionnels de garder un recul suffisant en toutes circonstances et de ne pas être impliqués contre leur gré.

Selon les cas, cet accompagnement pourra aller d'un simple soutien aux membres d'une équipe à une véritable supervision.

Cette démarche diffère d'une démarche de suivi individuel qui s'impose lorsqu'une situation génère une souffrance chez un professionnel, ce que l'on peut parfois observer.

*R.39. Supervision systématique des professionnels de santé par un psychiatre ou un psychologue.*

*R.40 Supervision systématique des personnels pénitentiaires par un psychiatre ou un psychologue expérimenté, le temps de supervision étant inclus dans le temps de travail et financé par l'administration pénitentiaire*

*R.41. Supervision systématique des personnels socio-éducatifs de La PJJ, par un psychiatre ou un psychologue extérieur à l'institution, ayant une compétence spécifique de l'enfance et de l'adolescence, financé par celle-ci.*

*R.42. Proposition d'offre de supervision de la part des réseaux aux professionnels, notamment lorsqu'ils sont concernés plus épisodiquement.*

## **V.5.7. ARTICULATION DES DIFFERENTES EQUIPES PROFESSIONNELLES PRENANT EN CHARGE VICTIMES ET AGRESSEURS**

L'objectif est de permettre l'articulation des différentes équipes soignantes et non soignantes qui interviennent dans la prise en charge de l'agresseur pour les unes et de la victime pour les autres.

Il existe deux temps forts pour l'articulation de ces équipes : le procès et la sortie d'incarcération.

Dans le temps qui précède le procès, il n'est pas rare en effet que l'agresseur tente de jouer de son ascendant sur sa victime, par le biais de la famille notamment, afin d'éviter ou de minorer une condamnation. C'est ce que l'on peut observer par exemple lors d'incestes. Il est donc important que les équipes se coordonnent, de façon à avoir une meilleure connaissance de la situation et pouvoir ainsi bâtir en concertation un cadre thérapeutique qui soit cohérent à la fois pour l'agresseur et la victime.

Les enjeux lors de la sortie sont en lien avec le lieu de sortie et l'attitude de la famille. Ainsi, soit la famille souhaite le retour de l'agresseur à son domicile, il faut alors entreprendre un travail articulé entre les deux équipes sanitaires et socio-éducatives, afin que la réinsertion et le suivi se fassent dans les meilleures conditions, sans préjudice pour la victime, ni rupture de soins pour l'agresseur. Soit la famille ne souhaite pas ce retour, mais l'agresseur sort tout de même à proximité de son ancien domicile, et il est alors nécessaire d'articuler l'ensemble des partenaires, dont éventuellement l'aide sociale à l'enfance, afin qu'aucune récidive ne puisse avoir lieu.

Une telle articulation, indispensable, n'est pas aujourd'hui de pratique courante, malgré les enjeux.

*R.43. Mise en place d'échanges interdisciplinaires sur les informations à transmettre d'équipe à équipe afin de préserver la cohérence des objectifs poursuivis.*

#### **V.5.8. AMELIORATION DE LA CONTINUITE DU SUIVI**

L'objectif est de conserver le projet de prise en charge globale, sanitaire et socio-éducatif, lors des changements d'équipes, ce qui suppose une connaissance du suivi antérieur et une poursuite de la prise en charge qui soit en cohérence avec ce qui a été engagé précédemment.

La continuité des soins en psychiatrie est particulière, en ce qu'il est nécessaire, au-delà de la continuité de l'accès aux soins, de maintenir une continuité du processus thérapeutique engagé. Cela suppose un travail de « passage », qui permette au patient de changer d'équipe soignante sans remettre en cause le processus en cours. Un tel passage nécessite du temps et un contact entre les équipes et la préparation de la personne.

Les conditions pénitentiaires ne permettent pas toujours l'anticipation et donc la préparation d'un changement d'équipe soignante. Ceci est particulièrement préjudiciable pour les auteurs d'infractions sexuelles, toujours susceptibles de revenir à un déni et de manipuler de nouveaux acteurs.

Les changements d'équipes soignantes ont lieu lors d'un transfert de maison d'arrêt en centre de détention, entre deux centres de détention, lors du passage du milieu fermé vers le milieu ouvert, quand intervient le médecin coordonnateur qui suit l'injonction de soins. Chacun de ces changements doit se travailler de façon spécifique, selon le degré d'anticipation possible, et nécessite des échanges, tant des soignants que des socio-éducatifs, afin de maintenir une cohérence des interventions et par-là une continuité du travail entrepris.

La préparation à la sortie est un temps fort qui doit se prévoir. Outre l'articulation avec le médecin coordonnateur, cette préparation doit s'appuyer sur le réseau de prise en charge des auteurs d'infractions sexuelles du lieu de sortie, et l'élaboration commune d'un projet global pour la personne suivie qui intègre la dimension soins et la dimension réinsertion, dans ses composantes sociale et sanitaire, en tenant compte de la famille et de l'environnement.

*R.44. Continuité du suivi au fur et à mesure des changements de lieux d'incarcération et à la sortie par la transmission des informations sur le suivi en cours entre professionnels d'un même champ qui prennent le relais.*

*R.45. Préparation à la sortie dans l'année qui précède la libération avec les équipes sanitaires et sociales qui prendront le relais en milieu libre, et prise de contact avec le médecin coordonnateur.*

### **V.5.9. PRISE EN COMPTE DES ASPECTS SPECIFIQUES**

La problématique AIS peut se décliner de façon spécifique dans des domaines particuliers, les mineurs et les milieux institutionnels, ce qui a amené le groupe à proposer des politiques adaptées. Ces politiques seront approfondies dans le cadre de deux groupes de travail thématiques.

Ces deux groupes auront en commun une réflexion sur des recommandations et des actions de prévention, qui seront diffusées ultérieurement.

#### ***V.5.9.1. Auteurs mineurs***

La clinique des auteurs mineurs correspond à d'autres troubles mentaux ou à de mêmes troubles, mais à un stade différent, par rapport à ceux observés chez les adultes. De plus, lorsqu'un mineur a lui-même été victime avant d'être agresseur, le psycho-traumatisme récent devra être pris en charge dans le même temps thérapeutique. La prise en charge d'un agresseur mineur nécessite de prendre en considération de façon spécifique les dimensions familiale et environnementale, qui sont partie prenante de la clinique et de la thérapie. La prévention et la prévention de la récurrence présentent ici une acuité particulière.

Par ailleurs, le réseau des partenaires sanitaires, sociaux et judiciaires est spécifique et fait intervenir notamment l'ASE, la PJJ, et le réseau associatif habilité à prendre en charge des mineurs.

Pour ces différentes raisons, il est nécessaire de définir une politique particulière, qui s'appuiera sur l'avis de professionnels qui interviennent auprès de ce public.

*R.46. Elaboration et diffusion d'un guide, par un groupe thématique, sur la prise en charge médico-psychologique des auteurs mineurs, ainsi que sur la prévention d'un premier passage à l'acte et de la récurrence. Le groupe devra faire des propositions d'actions facilitant l'évolution des connaissances et des pratiques.*

A cet effet, sera constitué au préalable un véritable groupe pluridisciplinaire de réflexion et d'analyse sur cette question.

Quatre axes seront d'ores et déjà à privilégier :

1. Engager un recueil de données épidémiologiques sur la problématique des mineurs auteurs, afin notamment d'évaluer les corrélations mineurs auteurs/mineurs victimes, ainsi que les caractéristiques des actes commis par les mineurs
2. Garantir la désignation de médecins coordonnateurs spécialistes de la psychiatrie infanto-juvénile et une meilleure formalisation de la place et du rôle de ce médecin auprès des mineurs délinquants. La question des conditions de l'accès du coordonnateur au dossier pénal de jugement en lien avec les autres éléments d'information concernant le mineur, devra être approfondie (dossiers d'assistance éducative)
3. Développer des modalités de travail avec les familles présentant des problématiques d'inceste
4. Assurer une coordination propre à intégrer l'action éducative menée par les services de la PJJ

#### ***V.5.9.2. Milieux clos et institutions collectives***

Beaucoup de milieux fermés et institutions collectives (foyers d'accueils, école, institutions spécialisées (IMP ; IMpro ; IR), institutions pour personnes handicapées, CHRS, établissements pénitentiaires...), accueillant des mineurs ou des adultes, peuvent favoriser à leur insu des agressions, par une méconnaissance des comportements ou la création de situations à risque, comme la mise en présence de personnes fragiles et de personnes ayant déjà commis des agressions, ce que l'on observe encore trop souvent.

Dans ces milieux, la prévention des agressions et des récidives, ainsi que le repérage des situations à risque nécessitent là aussi de définir une politique particulière, qui s'appuiera sur l'avis de professionnels intervenant dans ces milieux.

Pour la PJJ, il apparaît en outre nécessaire que les institutions œuvrant dans son domaine inscrivent dans leur projet d'établissement des recommandations précises pour la prévention de la séduction, de l'agression sexuelle et de la pédophilie.

*R.47. Elaboration et diffusion d'un guide, par un groupe thématique, sur la problématique en milieux clos et institutions collectives. Le groupe devra mettre en évidence les caractéristiques et les risques propres à ces milieux et institutions, ainsi que les organisations et pratiques qui peuvent réduire les risques. Il devra faire des propositions d'actions facilitant l'évolution des connaissances et des pratiques, ainsi que la prévention dans ces milieux jugés à risque.*

Dans le domaine de l'enfance, la DPJJ préconise comme référence le travail très utile conduit par la direction générale de l'action sociale dont est issu le guide méthodologique édité par l'ENSP en 2000 sous le titre « prévenir, repérer et traiter les violences à l'encontre des enfants et des jeunes dans les institutions sociales et médico-sociales ».

## **V.6. DEVELOPPEMENT DE LA PREVENTION**

L'objectif est de prévenir un premier passage à l'acte ou la récurrence, à partir des connaissances cliniques et de l'analyse des situations repérées comme étant à risque. Les éléments de connaissance et d'analyse pourront être issus notamment des groupes thématiques sur mineurs auteurs et sur institutions et milieux fermés.

*R.48. Elaboration et diffusion d'un guide sur les fondements et les modalités de la prévention par des membres des groupes thématiques mineurs auteurs et institutions et milieux clos.*

## **V.7. ELARGISSEMENT DE LA PROBLEMATIQUE**

La démarche est de mobiliser à terme les compétences rassemblées dans le cadre de la prise en charge des AIS, afin de traiter des problèmes d'agressions et de maltraitances liés à un trouble mental dans leur ensemble, dans la mesure où ils relèvent le plus souvent des mêmes causes cliniques, et plus particulièrement de troubles de la personnalité.

*R.49. Elargissement éventuel des centres ressources et des réseaux AIS à la problématique des agressions et maltraitances liées à un trouble mental.*

## **V.8. REALISATION D'EVALUATIONS**

L'évaluation doit permettre d'améliorer de façon continue les connaissances et pratiques, l'offre de soins, l'articulation santé-justice, le suivi des files actives, le suivi des récurrences, le dispositif mis en place. Un tel processus nécessite de développer une culture de l'évaluation chez les professionnels, et notamment en ce qui concerne la recherche évaluative et l'évaluation de terrain.

*R.50. Information et formation des professionnels qui interviennent dans les centres ressources et les réseaux, sur les fondements et méthodes d'évaluation.*

*R.51. Elaboration d'une stratégie d'évaluation par des membres du groupe santé-justice en partenariat avec des professionnels compétents en méthodologie d'évaluation. Le groupe définira les domaines, les objectifs et les méthodes de l'évaluation.*

*R.52. Evaluation des pratiques.*

*R.53. Evaluation des formations.*

*R.54. Evaluation nationale périodique du dispositif.*

## **VI. CONCLUSION**

Le groupe interministériel santé-justice propose une série d'actions qui constituent une politique ambitieuse en matière de prévention et de prise en charge médico-psychologique des auteurs d'infractions sexuelles.

En l'état actuel des connaissances, des pratiques, de l'organisation de la santé mentale en milieu pénitentiaire, de l'offre sanitaire et sociale et de la démographie professionnelle en psychiatrie, le développement d'une telle politique ne peut se faire sans qu'ait lieu pour cela un octroi de moyens conséquents.

La DGS et la DHOS ont à cet effet réalisé un chiffrage présenté dans le cadre de la préparation du budget 2003.

Les moyens permettront une amélioration de l'offre sanitaire par la mise en place de réseaux, la création de centres ressources et le renforcement des soins en milieu pénitentiaire. Ils permettront également l'implication des professionnels à travers l'élaboration et le développement d'un programme de recherche et la mise en œuvre de formations interprofessionnelles faisant suite à la conférence de consensus. Ils permettront enfin, de suivre l'activité du dispositif et d'en réaliser des évaluations périodiques.

Les recommandations du groupe interministériel s'inscrivent dans la politique développée dans le plan de santé mentale présenté par le ministère chargé de la santé en novembre 2001. Elles ont été de plus à l'origine des préconisations pour la prise en charge médico-psychologique des AIS dans le programme national sur la santé des détenus présenté par les ministres de la santé et de la justice en avril 2002.

Au-delà de la thématique AIS, la politique mise en œuvre concerne à terme l'ensemble de la clinique liée aux agressions et maltraitances.



## **TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES**

- Loi n°98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs
- Décret n°2000-412 du 18 mai 2000 pris pour l'application du titre IX du livre III du code de la santé publique et relatif à l'injonction de soins concernant les auteurs d'infractions sexuelles et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : décrets en conseil d'Etat)
- Arrêté du 7 mars 2001 pris pour l'application de l'article R.355-43 du code de la santé publique relatif à l'indemnité versée aux médecins coordonnateurs
- Arrêté du 7 mars 2001 pris pour l'application de l'article R.355-40 du code de la santé publique relatif au nombre maximum de personnes condamnées suivies par un même médecin coordonnateur

## PERSONNES AYANT PARTICIPE AU GROUPE DE TRAVAIL

- **Institutionnels**

- Direction des affaires criminelles et des grâces :

Monsieur BRICARD, Monsieur CLOT, Monsieur ZUCHOVICZ

- Direction de l'administration pénitentiaire :

Madame KEROMES, Madame LEGERON, Madame ROCCHI, Madame RODIER-GUILPART, Madame VUILLEMIN

- Protection judiciaire de la jeunesse :

Dr ALECIAN

- Direction régionale des services pénitentiaires de Paris

Madame ROBERVAL

- Direction générale de la santé :

- Bureau de la santé mentale

Madame CUVILLIER, Dr GUYOT, Madame MACHU, Madame PREVOT

- Bureau de la santé des populations

Madame CLEMENT, Dr PATUREAU, Madame PREVOT

- Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins :

Monsieur FEUILLERAT, Madame HEYRAUD, Madame VIARD

- Direction départementale des affaires sanitaires et sociales :

Dr BOUVIER, DDASS de GIRONDE (33)

- **Professionnels des soins**

- Infirmiers psychiatriques : Monsieur HAMON (56), Madame PETIBON (92)

- Médecin généraliste : Dr JEANDENANS (01)

- Pédopsychiatres : Pr DALIGAND (69), Dr FREMY (25)

- Psychiatres : Dr BARON-LAFORET (66), Dr DUBRET (95), Dr LAMOTHE (69), Dr RECASSENS (94)

- Psychologues : Dr BESSOLES (34), Monsieur PIERSON (56), Monsieur GENUIT (35), Dr VIAUX (76)

- **Professionnels de la Justice**

- Directeur d'un établissement pénitentiaire : Monsieur DAUMAS (14)

- Juge d'application des peines : Monsieur LAMEYRE (91)

- SPIP : Madame MANCINI (94), Madame GROH et Madame NAVEILLAN (78)

- **Partenaires du dispositif de suivi**

- Professionnel chargé par la justice de concevoir une proposition de dispositif départemental : Madame CHOUKROUN (comité départemental d'éducation à la santé, CODES 78)

- Criminologues (AFC), chercheurs en sciences sociales : Madame CHAUVENET

- **Organisateur de la conférence de consensus**

- Fédération française de psychiatrie : Dr THURIN

Rapporteur : Sylvia Guyot, médecin inspecteur de santé publique, Direction générale de la santé,  
Bureau de la santé mentale.

**PERSONNES AUDITIONNEES**

- **Antenne de psychiatrie et psychologie légale de la Garenne Colombe**

Docteur COUTANCEAU

- **Centre pénitentiaire de SAINT-QUENTIN FALAVIER**

Monsieur MOYOU

- **SPIPS de CHARENTE**

Monsieur CAZENAVE

Madame SAUVEUR

Madame SENECHAL

- **Travailleurs sociaux du SMPR de LOOS LES LILLES**

Madame CAIGNY

Monsieur POISSONNIER

- **Stagiaire au bureau PMJ1 de la DAP**

Madame CONSTANTIN