

**LA PRISE EN CHARGE PENITENTIAIRE
DES AUTEURS D'AGRESSIONS SEXUELLES :
UN OBJET REVELATEUR D'EVOLUTIONS
INSTITUTIONNELLES ET PROFESSIONNELLES**

Joséfina ALVAREZ

Nathalie GOURMELON

(Énap-CIRAP)

Recherche réalisée avec le soutien de la Mission de recherche Droit et Justice

Novembre 2009

LA PRISE EN CHARGE PENITENTIAIRE DES AUTEURS D'AGRESSIONS SEXUELLES : UN OBJET REVELATEUR D'EVOLUTIONS INSTITUTIONNELLES ET PROFESSIONNELLES

Joséfina ALVAREZ

Nathalie GOURMELON

**(École Nationale d'Administration Pénitentiaire
Centre Interdisciplinaire de Recherche Appliquée au champ Pénitentiaire)**

Le présent document constitue le rapport scientifique d'une recherche réalisée avec le soutien du GIP Mission recherche Droit et Justice (convention n° 27.09.03.03). Son contenu n'engage que la responsabilité de ses auteurs. Toute reproduction, même partielle, est subordonnée à l'accord de la Mission.

Conception et mise en page : Énap - CIRAP / Unité Édition Diffusion.

Impression : Énap - Unité Édition Diffusion - Atelier de reprographie.

Nous remercions l'ensemble des personnes qui ont bien voulu, le temps d'un entretien, participer à cette recherche.

SOMMAIRE

LISTE DES SIGLES UTILISÉS.....	7
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	8

PREMIÈRE PARTIE : LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE ET SOCIALE DES AUTEURS D'AGRESSIONS SEXUELLES : DES ÉVOLUTIONS CROISÉES.....

11

I – La prise en charge sanitaire des auteurs d'agressions sexuelles sous le sceau de la santé mentale.....

14

1 - Une évolution générale.....

14

1-1 Les effets d'une perspective en terme de santé mentale.....

14

1-2 : Des répercussions internes.....

18

2 –L'étranger en ligne de mire.....

24

2-1 – Du « milieu thérapie » au « Good life model » : l'exemple canadien.....

24

2-2 – D'autres apports de l'étranger.....

31

3 – La psychiatrie en milieu pénitentiaire auprès des AAS ou « l'idéal type » d'une pratique à risque.....

34

3-1 Des frontières peu étanches.....

34

3-2 Le cadre comme base de la thérapie.....

42

II – Les avancées de la prise en charge sociale.....

48

1 – Les nouveaux territoires de l'insertion.....

48

1-1 Les changements à l'œuvre depuis quelques années et le regard vers l'étranger.....

48

1-2 Le centrage sur la prévention de la récidive et sur l'approche collective.....

52

2 – Les PPR en pratique.....

57

2-1 Le cadre : les éléments objectifs.....

57

2-2 La plasticité du cadre.....

61

2-3 Des répercussions positives.....

65

III - Des enjeux de définition.....

67

1 - Sur le fil.....

67

1-1 Les limites du collectif ou des problèmes de fond.....

67

1-2 Des dispositifs-limites.....

72

2 – Des enjeux professionnels.....

75

2-1 Le sens de la parole.....

75

2-2 Trouver sa place.....

78

BIBLIOGRAPHIE85

DEUXIÈME PARTIE : LE SUIVI SOCIO-JUDICIAIRE : LA PRISE EN CHARGE POST-PÉNALE DES AAS À L'ÉPREUVE DU TERRAIN87

I - Une refonte de la politique criminelle sous le sceau de la dangerosité et de la prévention de la récidive.....93

1 - L'extension du domaine du contrôle pénal.....93

2 - La multiplication des lois : quelles caractéristiques, quelle cohérence ?.....96

II - Le prononcé du suivi socio-judiciaire : une (courte) analyse statistique98

1 - Dix ans de progression soutenue du prononcé de la mesure, mais une incidence encore très limitée98

2 - Le SSJ : infractions concernées, durée de la mesure et profil des condamnés..... 100

III - Le suivi socio judiciaire et la politique pénale envers les AAS: la parole des professionnels 105

1- La perception des acteurs sur la mise en place et sur la pertinence de la mesure : entre satisfaction et doutes..... 107

2 - Quelques transformations dans l'exécution des peines suite à l'adoption des nouvelles lois modifiant le dispositif initial du SSJ 122

3 - Les programmes de prévention de la récidive (PPR) ou la mise en œuvre de nouvelles pratiques par les personnels d'insertion et de probation 129

IV - Le point de vue des agresseurs : retour sur parcours et prises en charge.....133

1 - Parcours personnels, parcours pénaux 135

2 - Discussion..... 143

V - Deux interprétations possibles des évolutions de la politique pénale en matière d'infractions sexuelles : le « droit pénal de l'ennemi » et la « nouvelle pénologie »176

1 - Le « Droit Pénal de l'Ennemi »..... 176

2 - Une « *nouvelle pénologie* » envers les infracteurs sexuels ?..... 179

BIBLIOGRAPHIE 187

ANNEXES 189

Liste des sigles utilisés

AAS	Auteurs d'agressions sexuelles
AP	Administration pénitentiaire
ARTAAS	Association pour la recherche et le traitement des auteurs d'agressions sexuelles
CAP	Commission d'application des peines
CIP	Conseiller d'insertion et de probation
CMP	Centre médico-psychologique
CRASC	Centre de recherche-action en sexo-criminologie (Belgique)
CRIAVS	Centre Ressource pour les Intervenants auprès Auteurs de Violences Sexuelles
DSPIP	Direction des services pénitentiaires d'insertion et de probation
JAP	Juge de l'application des peines
LC	Libération conditionnelle
MC	Médecin Coordonnateur
MT	Médecin Traitant
OS	Obligation de soins
PEP	Projet d'exécution des peines
PPR	Programme de Prévention de la Récidive
PSE	Placement sous Surveillance Electronique
PSEM	Placement sous Surveillance Electronique Mobile
PPSMJ	Personne placée sous main de justice
QIPASS	Questionnaire d'investigation pour les auteurs d'agressions sexuelles
RPS	Réduction de peines supplémentaire
SME	Sursis avec mise à l'épreuve
SMPR	Service médico-psychologique régional
SPIP	Services pénitentiaires d'insertion et de probation
SSJ	Suivi socio-judiciaire
TAP	Tribunal de l'application des peines
TS	Travailleurs sociaux
UCSA	Unité de consultation et de soins ambulatoires

Cette recherche fait suite à une étude que nous avons réalisée en 2006 pour le Ministère de la Justice : « La prise en charge pénitentiaire des AAS : état des lieux et analyse de nouvelles pratiques »¹. Il s'agit, partant des constats de cette précédente étude, de questionner certains éléments saillants de cette réalité, afin d'en approfondir l'analyse dans une perspective dynamique, explicative (au-delà du constat) des pratiques à l'œuvre, mais aussi de leurs fondements et de leurs répercussions.

Plusieurs aspects ont été soulignés dans notre étude qui suggèrent un objet révélateur d'évolutions importantes dans différents domaines, notamment de par sa qualité d'archétype de la dangerosité.

Ainsi, fortement sollicitée dans le traitement des AAS, la psychiatrie en milieu pénitentiaire s'interroge aujourd'hui sur son rôle à jouer, s'il en est, et sur les moyens à mettre en place sans risquer de perdre les fondements toujours fragiles de cette clinique particulière, plus qu'ailleurs sujette à instrumentalisation.

Par ailleurs, mis à mal dans ses rapports avec ces justiciables de plus en plus nombreux, le travailleur social « conseiller d'insertion et de probation » (CIP), s'efforce de répondre à ses missions par la sollicitation de partenariats (notamment vers la psychiatrie) et la mise en place de dispositifs nouveaux comme les groupes de parole. S'il soulève la question des limites et du sens particulier du travail social dans ce contexte pénitentiaire et judiciaire, ce mouvement questionne plus précisément les frontières historiques entre le social et le sanitaire. En témoignent notamment la mission « d'incitation aux soins » des CIP et surtout la remise en question de plus en plus vive, par ces personnels, du secret médical.

Enfin, une autre particularité importante de cet objet, est de mettre au jour l'extension du domaine de l'action pénale. Les AAS font aujourd'hui l'objet de mesures (comme le suivi socio-judiciaire) qui visent, par delà les murs des prisons et plusieurs années après leur sortie, à encadrer, surveiller leur comportement. Outre le milieu fermé, le milieu ouvert interroge ainsi également les positionnements et les rapports qu'entretiennent dans ce cadre les JAP, les médecins et les travailleurs sociaux.

Figures exemplaires ou idéales-typiques de cette dangerosité à la fois bien réelle jusque dans l'horreur (à travers l'acte commis) et à la fois éminemment abstraite (eu égard notamment aux difficultés de sa prévision), les AAS sont aujourd'hui au cœur de nombreux questionnements mais aussi de nouveaux dispositifs qui engagent différentes institutions et professionnels. Si ces nouveaux « barbares de la civilisation » occupent tant les débats c'est bien sûr parce qu'ils font en quelque sorte « bouger » les institutions. Pour autant, la place qui est la leur aujourd'hui est aussi le fruit du cheminement d'une société qui s'attache, à travers la désignation et le traitement médical et pénal de certaines populations, à pallier un nombre croissant d'incertitudes. C'est aussi dans le cadre de cette évolution plus globale que nous situons aujourd'hui notre analyse en deux parties.

La première partie de cette recherche intitulée « la prise en charge sanitaire et sociale des auteurs d'agressions sexuelles : des évolutions croisées », s'attache à montrer les transformations en cours dans ces deux domaines de pratique, partant d'une perspective en terme de gestion des risques.

La prise en charge sanitaire des AAS sous le sceau de la santé mentale (chapitre I) prend le parti de montrer que les questionnements à l'œuvre aujourd'hui concernant la prise en charge des AAS dans le secteur de la psychiatrie en milieu pénitentiaire s'inscrivent aussi dans l'évolution récente de la psychiatrie générale depuis la mise en place du secteur (dont la psychiatrie en milieu pénitentiaire est issue), de l'imprégnation de la psychanalyse, jusqu'à l'instauration de la politique de santé mentale qui va ouvrir la voie à de nouvelles modalités de pratique en matière de gestion d'un certain nombre de troubles comportementaux. Le soin se décale ainsi progressivement vers des techniques de type cognitivo-

¹ Alvarez J., Gourmelon N., la prise en charge pénitentiaire des auteurs d'agressions sexuelles, Paris : La documentation Française, 2007, 197p. Etude réalisée sous le financement du GIP-Justice

comportementalistes à visée de réadaptation sociale. La prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles hérite, logiquement, de ces évolutions, d'autant plus d'ailleurs qu'une vision large du soin a dès le départ prévalu en ce domaine. Compte tenu de la place tout à fait particulière occupée par la figure de l'AAS dans notre monde social, elle en porte même de façon exemplaire tous les ingrédients. En témoignent les débats en cours dans le champ sur l'évaluation de la dangerosité, l'extension au sein des Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) des pratiques cognitivo comportementalistes, l'inscription massive des professionnels dans une logique de prévention de la récidive. Largement requis dans la légitimation du modèle de la gestion des risques, l'étranger (le Canada ou la Belgique) arrive également à point nommé pour appuyer la mise en place de pratiques à destination des AAS.

Les avancées de la prise en charge sociale (chapitre II) témoignent à peu près des mêmes évolutions. Les programmes de Prévention de la Récidive (PPR), analysés ici dans leur mise en place et leur première phase de déroulement empruntent pour une large part aux programmes développés au Canada et aux guidances développées en Belgique, l'approche consistant à confronter le détenu à ses actes, à son rapport à la loi et aux normes de la société. Mais ces dispositifs à vocation criminologique témoignent aussi, en creux, des limites de telles pratiques dont les visées, essentiellement pragmatiques, comblent mal un manque de problématisation générale. Si ce type de pratique comme la place occupée par l'éducateur et/ ou travailleur social se conçoivent aisément dans la configuration d'une prise en charge globale pluridisciplinaire telle qu'elle se présente par exemple au Québec à l'Institut Pinel, on voit mal le sens qu'elles occupent en France, dans un contexte institutionnel largement plus cloisonné (entre le sanitaire et le social notamment) et dans le cadre d'une assise beaucoup moins assurée de la criminologie. L'irruption régulière des problématiques psychologiques, voire psychiatriques dans le cadre collectif des PPR, l'inconfort manifesté par les Conseillers d'Insertion et de Probation à cet égard, leur difficulté à se mouvoir comme ils le souhaiteraient au sein de ces dispositifs, sont autant d'éléments qui interrogent quant à leur portée et leur validité.

Il découle de ces incohérences et difficultés dans cette approche des AAS, un certain nombre d'enjeux (chapitre III) autour de la définition du métier de CIP aujourd'hui. Entre le CIP-animateur requis au sein des PPR et le « criminologue clinicien » que certains appellent de leurs vœux, la distance est grande et difficilement résorbable à court terme. Elle remet surtout en question le caractère essentiellement utilitaire, pragmatique (dont les PPR sont emblématiques), sans véritable fond que l'action, des évolutions à l'œuvre depuis quelques années, sous la bannière de la gestion des risques,

La deuxième partie de ce rapport, « Le suivi socio-judiciaire : la prise en charge post-pénale des AAS à l'épreuve du terrain », étudie la politique pénale en matière de traitement des infractions sexuelles de ces dernières années. Elle prend comme point de départ l'application de la loi du 17 juin 1998 *relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles et à la protection des mineurs*, loi qui créa le suivi socio-judiciaire (SSJ).

S'analysent ici dans un premier chapitre (I) *Une refonte de la politique criminelle sous le sceau de la dangerosité et de la prévention de la récidive*, les différentes lois qui ont été adoptées ces dernières années en la matière. On constate que la loi de 1998 -et, en particulier, le SSJ-, a été profondément et systématiquement modifiée ces cinq dernières années (4 modifications en 5 ans) par des lois successives qui ont élargi chaque fois un peu plus le champ de compétence et le pouvoir de frappe de cette peine. Il existe peu d'exemples où le politique ait autant bouleversé une modalité pénale jusqu'à la faire devenir presque une peine-symbole de la nouvelle politique pénale, nouvelle politique qui tiendra comme maîtres-mots: dangerosité, sûreté, prévention de la récidive.

Dans un deuxième chapitre (II), *Le prononcé du suivi socio-judiciaire : une (courte) analyse statistique*, nous nous arrêtons sur l'analyse de l'application concrète du SSJ, à partir de l'étude de certaines statistiques nationales existantes, provenant du Ministère de la Justice. Ces données montrent globalement que, malgré une augmentation progressive du prononcé de la peine pendant les dix

premières années depuis son adoption, le SSJ reste encore une mesure d'application limitée. Il a été prononcé seulement dans 11% des condamnations où cela était possible et, malgré l'élargissement de son champ d'application à d'autres infractions, les SSJ représentent à peine 3.7% des peines prononcées en 2007. Il ressort de l'étude que cette réalité statistique peut être la traduction d'une certaine retenue de la part des instances d'impartition de la justice dans le prononcé du SSJ, dont le dispositif est lourd et qui apparaît comme une mesure sévère, réservée aux infractions les plus graves.

Le troisième chapitre (III), *Le suivi socio judiciaire et la politique pénale envers les AAS: la parole des professionnels* présente les données recueillies par l'étude de terrain concernant, en premier lieu, la façon dont les différents acteurs (JAP, TS, MC, MT) évaluent la mise en place du suivi socio-judiciaire, les difficultés rencontrées mais aussi les avancées observées. Nous en faisons ressortir, les éléments essentiels, ressortant d'entretiens semi directifs menés auprès de tous les professionnels confondus, dans les trois sites retenus, Agen, Montpellier et Périgueux. Egalement, et à partir des propos des magistrats interviewés, nous analysons quelques transformations dans l'exécution des peines, conséquence de l'adoption des nouvelles lois modifiant le dispositif initial du SSJ. Enfin, nous abordons la perception qu'ont les personnels du SPIP sur la mise en place des programmes dits de prévention de la récidive (PPR), impulsés par la Direction d'Administration pénitentiaire (DAP).

Quant au quatrième chapitre (IV), *Le point de vue des agresseurs : retour sur parcours et prises en charge*, son objectif est d'éclairer certains aspects soulevés par la recherche par une connaissance du vécu personnel des auteurs d'agressions sexuelles relativement à leur prise en charge dans le cadre du suivi socio-judiciaire. Au delà cet aspect, il s'agissait d'interroger le parcours global de la personne ainsi que les diverses formes d'interventions auxquelles elle avait été confrontée, y compris la prison. Nous avons rencontré 9 auteurs d'agressions sexuelles suivis en milieu ouvert auprès desquels nous avons réalisé des entretiens semi-directifs d'une durée moyenne d'une heure trente. Les personnes auditionnées ont toutes été volontaires et ont montré une très bonne disponibilité pour les entretiens. Six des personnes interviewées avaient été condamnées à un SSJ et pour celles-ci leurs dossiers ont été également dépouillés. Avec ces éléments, un « récit » de chaque cas a été construit. La partie analytique qui suit met en exergue, dans une approche transversale, les convergences et les singularités. Notre grille d'analyse part de quatre thématiques permettant de retracer les moments les plus importants des parcours individuels des personnes interviewées : 1. Les affaires ; 2. La détention ; 3. La sortie de prison ; 4. Le suivi post-pénal.

Enfin, le dernier chapitre (V), *Deux possibles interprétations des évolutions de la politique pénale en matière d'infractions sexuelles : le « droit pénal de l'ennemi » et la « nouvelle pénologie »* est davantage portée par un esprit de débat. Nous y développons une réflexion sur l'orientation de ce qui pourrait être appelé la « gouvernementalité de la délinquance sexuelle ». Pour aborder cet aspect, nous faisons appel à deux perspectives d'analyse toutes deux polémiques. La première a fait débat ces dernières années notamment parmi des juristes allemands et hispanophones. Il s'agit de ce que l'on a nommé le « droit pénal de l'ennemi ». La seconde, plus connue en France, mais ayant ses origines dans des pays anglo-saxons est celle de la « nouvelle pénologie ». Si la première approche se situe au niveau de la définition même de la politique criminelle, la deuxième concerne plutôt « le traitement » que l'on fait de la criminalité. Appliquer le prisme de ces deux approches à la lecture des récentes évolutions dans la politique relative aux infractions sexuelles et aux résultats de la recherche pouvait, à notre avis, contribuer à mieux comprendre l'évolution en cours dans notre pays à partir de certaines clés d'interprétation.

Première partie : La prise en charge sanitaire et sociale des auteurs d'agressions sexuelles : des évolutions croisées²

² Par Nathalie Gourmelon

INTRODUCTION

L'analyse des évolutions récentes de la prise en charge sanitaire et sociale des auteurs d'agressions sexuelles dépasse, de loin, le simple cadre de telles pratiques. Plusieurs éléments participent à cet état de fait : la place sociale tout d'abord occupée par la figure monstrueuse de l'AAS : objet de cristallisation des peurs d'une société-monde pacifiée mais surmédiatisée, à la recherche de formes de contrôle toujours plus anticipatrices des méfaits et atteintes physiques de toutes sortes. Ce n'est d'ailleurs plus l'agression qui préoccupe tant, que l'idée de l'agression, le risque qu'elle survienne à nouveau ; la société du risque, comme l'a montré U. Beck³ faisant de l'avenir la question du présent. Les professionnels du soin et du social, particulièrement ceux exerçant en milieu pénitentiaire, sont ainsi logiquement convoqués pour œuvrer à la mise en place des mesures et pratiques susceptibles non pas tant de traiter les individus ainsi désignés, que d'identifier les risques de récurrence et de gérer leur progression. L'ordre des choses n'est cependant pas univoque. Si les gouvernements savent très bien solliciter tels ou tels types de professionnels pour pallier tel ou tel problème, les professionnels eux-mêmes sont également en mesure de faire valoir leurs visions des choses, leurs projets, à des fins d'expérimentation et/ou d'extension de leur champ de pratique. C'est ainsi que l'AAS est également objet de cristallisation de nombreux déplacements et donc d'enjeux professionnels et institutionnels.

Mais tout ceci ne se déroule pas que dans un temps immédiat. Ces logiques sont ancrées dans une Histoire (celle de notre société) et des histoires (celle des hommes – professionnels et institutionnels qui la composent). Toutes les évolutions sociales prennent leur source dans une lente évolution antérieure qu'il est nécessaire de prendre en compte pour saisir ce qui se joue, dans le présent ; car c'est aussi dans de telles conditions que sont produits les discours qui les portent et qui contribuent à leur tour à inscrire dans le réel les représentations du réel par les individus.

Mais cette grille socio-historique qui nous a amené à chercher dans l'histoire certaines des attaches et des principes explicatifs des processus à l'œuvre aujourd'hui dans la prise en charge des AAS n'a pas qu'une valeur heuristique. Elle a aussi joué comme point d'ancrage visant à ne pas nous égarer nous-mêmes dans les mouvements que nous nous efforçons d'analyser. Les périodes troubles, de crise voire de conflit sont particulièrement riches de sens pour le sociologue dans la mesure où elles laissent entrevoir des mécanismes d'objectivation, des modes de construction de la réalité sociale qui d'ordinaire demeurent masqués. Mais une telle voie n'est pas non plus sans difficultés. La compréhension d'un monde en ébullition, soudainement mobile et malléable, aux frontières estompées, aux objets éclatés ne va pas de soi et le chercheur lui-même peut bien finir par s'y égarer. Ce type d'objet de surcroît, émotionnellement chargés, placés dans le même moment au devant de la scène médiatique, sociale et politique, présentent une force d'attraction telle qu'il peut être difficile de garder la tête et « la plume froide » selon l'expression du sociologue M. Pollack.

Deux niveaux d'analyses sociologiques sont ainsi mobilisés ici : le premier concerne l'observation des pratiques professionnelles (sanitaires et sociales) autour des AAS, leur évolution propre, les discours (institutionnels et professionnels ; officiels et moins officiels) qui les sous-tendent. Un second niveau d'analyse plus macrosociologique puise sa source dans la politique de gestion des risques sociaux telle qu'elle s'est notamment manifestée, dans le champ de la santé en France autour des années 80⁴ et que concrétise le passage, dans les années 90, du modèle de la maladie mentale à celui de la santé mentale. Dans ce contexte, les frontières se sont estompées entre le traitement des pathologies mentales proprement dites et celui des troubles du comportement ou de l'inadaptation sociale. La question n'est plus tant ici de soigner ou de guérir une pathologie que d'apprendre à l'individu porteur de « troubles » à

³ Beck U., La société du risque, sur la voie d'une autre modernité, Paris : Ed Aubier, 2001.

⁴ Dont la « politique de réduction des risques » au moment de la jonction du sida avec les questions de toxicomanie constitue sans doute la manifestation la plus emblématique.

gérer leurs effets, voire adapter son comportement aux normes de la société, la thérapie au long court laissant place aux programmes courts ciblés sur telle ou telle déficience. C'est bien dans cette lignée là - et nous le montrerons- que s'inscrit depuis quelques années la prise en charge sanitaire et sociale des AAS. Mais son ancrage dans le champ judiciaire et pénitentiaire donne à voir, en filigrane, une autre forme de manifestation de la gestion des risques apparue Outre- Atlantique autour des années soixante-dix dans le champ judiciaire, à travers ce qu'il est devenu courant d'appeler « la nouvelle pénologie ». D'une pénologie centrée « sur l'individu, sa punition et/ou son traitement [on est ainsi passé] à une pénologie axée sur la gestion de groupes à risques ; leur surveillance et leur contrôle afin de réguler les niveaux d'une délinquance considérée comme un risque normal dans la société. L'objectif [comme pour la maladie] ne serait dès lors plus d'éliminer ce risque, mais de le rendre tolérable, de le circonscrire dans des limites sécuritaires acceptables »⁵. Ces deux lignes d'une même évolution globale sont ainsi parties prenantes dans cette analyse, elles se joignent autour de la question des AAS telle qu'elle se manifeste aujourd'hui, en France à travers des débats sur les questions de dangerosité, de lutte contre la récidive et à travers la mise en place de certaines pratiques. Nous verrons que loin de se présenter, de façon univoque, les évolutions en cours suggèrent, notamment dans le champ de la santé (les Services Médico-psychologiques en milieu Pénitentiaires – SMPR), des pratiques hybrides empruntant à la fois à la clinique thérapeutique, aux approches comportementalistes et aux techniques actuarielles. Le champ du travail social (les Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (SPIP) offre la même tendance à ceci près que, moins assuré dans ses bases, il donne mieux à voir les zones d'ombre et les incertitudes de cette évolution.

Quelques données à présent sur la méthode : ce travail sociologique nous l'avons dit prend appui sur l'histoire, partant de diverses traces du passé, en premier lieu sous forme de documentations dites indirectes : articles de presse, témoignages, textes de loi, circulaires ; rapports officiels ; analyses aussi bien sûr que d'autres chercheurs ont avant nous entrepris dans les domaines qui nous intéressent. Cette recherche fait aussi largement appel aux techniques directes d'investigations : observations de terrain (institut Pinel ; Centre régional de réception - Québec) et entretiens qualitatifs (en France comme au Canada) avec un certain nombre de professionnels (psychiatres, psychologues, infirmiers psychiatriques, assistants de service social, Directeurs de Services d'Insertion et de Probation, Conseillers d'Insertion et de Probation) dont nous avons recueilli le récit à la fois concernant leur trajectoire (leur propre version du passé, leur cheminement, tout comme leur positionnement présent) et l'appréhension de leur pratique professionnelle. 35 professionnels en tout exerçant en SMPR, en Centre ressource et en SPIP ont été sollicités⁶ pour s'exprimer dans le cadre de ces entretiens (18) généralement individuels parfois en groupe.

⁵ Mary Ph., Pénalité et gestion des risques : vers une justice « actuarielle » en Europe ? *Déviante et Société*, 2001, vol.25, N°1, p. 35.

⁶ Pour des questions de confidentialité aucun professionnel et aucune structure ne sont nommés ici.

I – La prise en charge sanitaire des auteurs d’agressions sexuelles sous le sceau de la santé mentale

1 - Une évolution générale

1-1 Les effets d’une perspective en terme de santé mentale

Les questionnements à l’œuvre aujourd’hui concernant la prise en charge des AAS dans le secteur de la psychiatrie en milieu pénitentiaire méritent d’être en partie analysés à la lumière de l’histoire récente de la psychiatrie en France. Sans mettre de côté les particularités de la psychiatrie en milieu pénitentiaire (sur lesquelles nous reviendrons), on trouve en effet à la lecture de ce cadre plus élargi, certains éléments des enjeux qui la traversent aujourd’hui.

Bien qu’elle existait auparavant sous la forme de Centres Médico-Psychologiques Régionaux (les premiers CMPR) mis en place localement par les pionniers du champ dans les années 1950-60 (M. Colin à Lyon, P. Hivert à Paris), la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire doit véritablement son essor à la politique du secteur officialisée en France en 1960 (circulaire du 15 mars 1960) et réellement mise en place à partir de 1970 (loi du 31 décembre 1970). Il en découle en 1986, la création (via un décret du 14 mars 1986) des « secteurs de Psychiatrie en milieu pénitentiaire ». Chaque SPMP est rattaché à un établissement hospitalier public. Il comprend notamment un service medico-psychologique régional (SMPR), qui est un service hospitalier de consultations ambulatoires implanté au sein d’un établissement pénitentiaire. Désormais des équipes complètes avec à leur tête un médecin chef psychiatre travaillent en milieu pénitentiaire.

A son origine, la politique du secteur visait pour ses promoteurs, à humaniser les conditions de la pratique psychiatrique existante, c’est-à-dire essentiellement à transformer l’asile pour en faire un « milieu thérapeutique », et à déplacer l’ensemble du dispositif institutionnel pour aller au devant des véritables besoins de la population »⁷. L’un des objectifs de la politique de sectorisation était de limiter le plus possible le recours à l’hospitalisation au profit des soins ambulatoires et du suivi individuel des soins. La psychiatrie en milieu pénitentiaire constitue ainsi, à partir de 1986 le 3ème type de secteur psychiatrique après le secteur de psychiatrie générale et le secteur de psychiatrie-infanto-juvénile. En touchant une population marginalisée, généralement peu demandeuse de soins, la prison devient un élément à part entière du dispositif de prévention et de lutte contre les maladies mentales énoncé par la politique de secteur.

En 1994 un pas de plus est franchi avec le transfert vers le service public hospitalier de l’ensemble des soins somatiques en milieu pénitentiaire. Jusque là du ressort du Ministère de la Justice, les soins somatiques, comme les soins psychiatriques, entrent dans le giron du Ministère de la Santé. Dans la foulée de nouveaux SMPR sont créés (26 aujourd’hui) et les moyens existants également augmentés.

Les missions attachées aux SMPR sont sensiblement les mêmes que celles attachées à la psychiatrie générale : Ils sont chargés de mettre en œuvre des actions de prévention, de diagnostic et de soins des troubles mentaux au bénéfice de la population incarcérée. La circulaire de 1994 établit toutefois les exigences particulières auxquelles les professionnels de santé doivent se soumettre ici. Ainsi doivent-ils « prendre en compte la spécificité du lieu et les contraintes liées à l’organisation de la vie en détention ; élaborer un projet thérapeutique prenant en considération les aléas de la durée d’incarcération ; délimiter les champs d’intervention respectifs du soins et de l’exécution de la peine »⁸. On mesure bien que, allié

⁷ Cf. *Recherches* : Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible ? mars 1975, n° 17, p. 527.

⁸ Manzanera C., Senon J-L Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : organisation, moyens, psychopathologie et réponses thérapeutiques., *Annales médico-Psychologique* 162 (2004), p. 688.

aux spécificités des patients-détenus, de telles exigences allaient conduire à la mise en place d'un dispositif psychothérapeutique adapté.

Sur un plan plus théorique, ici comme ailleurs, la psychanalyse a servi de socle, de grille d'interprétation des techniques psychothérapeutiques à partir duquel s'est organisé ce dispositif (nous verrons de quelle manière ultérieurement).

Cette évolution de la psychiatrie sur le plan organisationnel (la sectorisation) va trouver un essor théorique plus marqué en 1990 avec la circulaire relative aux orientations de la politique de santé mentale⁹. Cette circulaire du 14 mars 1990 consacre le passage de préoccupations en terme de maladie mentale à des préoccupations en terme de santé mentale. Nous ne sommes plus désormais dans une logique de soins, dans une visée réparatrice, mais dans une logique essentiellement préventive.

La santé mentale devient ici « une valeur dans le sens où le terme désigne un idéal vers lequel l'individu doit tendre et sur lequel doivent s'axer les pratiques de la psychiatrie publique et les orientations en matière de santé publique ». ¹⁰ Le glissement est important : il implique, pour la psychiatrie, un repositionnement vis-à-vis d'objets nouveaux qui ne faisaient jusque là pas partie intégrante de son champ de pratique. La question n'est plus tant ici de soigner et/ou guérir une pathologie que d'apprendre à l'individu porteur de « troubles » à gérer leurs effets voire à adapter son comportement aux normes de la société. « Le soin se décale vers le déploiement de techniques particulières et de programmes (souvent et de plus en plus cognitivo-comportementalistes) visant la réinsertion et la réadaptation » ¹¹. Contrairement à la maladie mentale envisagée sur un plan individuel, la santé mentale s'inscrit résolument dans le social. Ainsi la circulaire précise t-elle que les problèmes doivent être envisagés « sous un angle élargi et selon une conception positive et dynamique de la santé : en cherchant à promouvoir des facteurs de santé, en s'intéressant davantage aux aptitudes des individus et des groupes vis-à-vis de leur santé. Pour ce faire, trois niveaux sont à considérer : l'individu, la famille et le groupe social » ¹². Témoigne par exemple de cette perspective, l'investissement nouveau de psychiatres vers des problématiques telles que les violences intra familiales ou conjugales.

Concomitant à l'enracinement sur la scène politique et médiatique d'un discours en terme d'insécurité, ce passage du modèle de la maladie mentale à celui de la santé mentale tend à consacrer la possibilité d'une gestion préventive, populationnelle, à court terme, d'un grand nombre de problèmes, non forcément reliés au pathologique, au détriment finalement d'une relation thérapeutique individualisée construite sur le long terme, et donc aussi plus coûteuse.

La politique de gestion des risques telle que pensée par R. Castel au début des années 80 apparaît bien en toile de fond d'une telle évolution. Elle se couple paradoxalement, dans ce champ médico-judiciaire ¹³, d'un discours plus ancien si ce n'est archaïque en terme de dangerosité, que la notion de risque précisément (depuis Castel), semblait avoir supplanté. La notion au demeurant, dont le flou est régulièrement dénoncé, a fait l'objet d'un certain nombre de précisions. Ainsi s'est on efforcé de distinguer la dangerosité psychiatrique définie comme « le risque à un temps t, de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif » ¹⁴, de la dangerosité criminologique envisagée en terme de risque de récidive : « un phénomène psychosocial caractérisé par les indices révélateurs de la grande probabilité de commettre

⁹ circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale.

¹⁰ Lovell A., Etude sur la surveillance sanitaire dans le champ de la santé mentale, Paris : Institut de Veille sanitaire, 2003, p. 12.

¹¹ A. Golse [Dir], Transformation de la psychiatrie et pratiques des psychologues, rapport de recherche pour la MIRE, Lasar, Université de Caen, 2002, p. 19.

¹² Circulaire du 13 mars 1990.

¹³ En France depuis peu, comme un peu plus tôt à l'étranger sous l'influence des criminologues. Cf notamment Dozois J., Lalonde M., et Poupart J., : la dangerosité : un dilemme sans issue ? réflexion à partir d'une recherche en cours, *Déviance et Société*, Genève, vol.5, N° 4, 1981, pp 383-401.

¹⁴ Mission d'information du Sénat sur les mesures de sûreté concernant les personnes dangereuses, audition du Dr C. Paulet, 14 juin 2006, *II* Rapport relatif à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, par M. Georges Fenech, Paris : Assemblée Nationale, n° 497, p. 14.

une infraction contre les personnes ou les biens »¹⁵. Ainsi s'est-on attaché également à mettre en relief la non corrélation entre la maladie mentale et le passage à l'acte violent¹⁶. Il n'empêche que dans un contexte dominé par le concept de santé mentale où se côtoient « la santé mentale positive, la détresse psychologique réactionnelle et les troubles psychiatriques qui renvoient à « des troubles de durée variable plus ou moins sévères et handicapants »¹⁷, on conçoit que le flou quant à la notion ait quelques difficultés à se dissiper.

En réalité, deux formes de discours et de pratiques fonctionnent ici de concert : la gestion des risques comme mode d'action publique transversale, pragmatique, pour faire face à une dangerosité insaisissable incarnée aujourd'hui par la figure emblématique de l'auteur d'agressions sexuelles ; les techniques telles que la statistique ou les méthodes actuarielles d'évaluation ou encore les méthodes collectives d'inspiration cognitivo-comportementalistes côtoient, dans ce contexte, les psychothérapies individuelles classiques.

Ce glissement de sens ne concerne pas que la psychiatrie. Si la psychiatrie, selon les termes de la circulaire de 1990 « a un rôle moteur à jouer » au sein de ce dispositif, elle « ne représente pas à elle seule l'ensemble des ressources en matière de santé mentale ». C'est ainsi notamment que les travailleurs sociaux ou Conseillers d'Insertion et de Probation (CIP) ont aussi ici un rôle important à jouer, nous y reviendrons.

Nous sommes ainsi depuis quelques années et pour paraphraser A. Ehrenberg « dans une période de redistribution générale des cartes »¹⁸. La « question mentale »¹⁹ n'est plus l'apanage de la nosographie psychiatrique, du psychiatre ni même du malade mental. Ses liens multiples avec le social la rendent perméable à toute forme de problème. Inversement, tout problème social peut désormais légitimement être passé sous le crible de la « question mentale » via diverses techniques adaptées par une série élargie d'acteurs et d'institutions. Tel est le cas par exemple des actions engagées au titre de la prévention de la récidive par les travailleurs sociaux (conseillers d'insertion et de probation – CIP) exerçant en prison.

On conçoit dès lors que, dans un tel contexte, la question éminemment sensible (humainement comme politiquement, médiatiquement, socialement) de la prise en charge pénitentiaire des AAS soit un point de cristallisation de ces déplacements.

« Quand vous avez à faire aux auteurs de violences sexuelles, principalement, c'est qui les auteurs de violences sexuelles ? C'est les troubles de la personnalité, principalement. En psychiatrie générale, les troubles de la personnalité on ne les soigne pas et on ne les hospitalise pas. On soigne les malades mentaux, pas les troubles de la personnalité. Qui va prendre en charge ces sujets là ? » (Un psychologue – responsable d'un Centre Ressource)

« On a un travail important qui est plus... Enfin ! Je dirais sur, plus sur les troubles graves de la personnalité, qui sont un chapitre, je dirais, où les psychiatres des fois se disputent. Et tout le monde n'est pas d'accord. Certains disent : « C'est de la psychiatrie ! », d'autres disent : « Cela n'en est pas ! » ... Enfin ! C'est à la marge de la psychiatrie, bon ! C'est vrai que ce n'est pas de la psychiatrie comme une bouffée délirante, qui arrive à l'hôpital, c'est simple ! Les troubles de la personnalité, on les voit à l'hôpital quand ils font des passages à l'acte ! Les gens qui ont des troubles graves de la personnalité, ils font des passages à l'acte en général, ou auto hétéro agressif ! Ils fréquentent les services d'urgences. Ils sont orientés en psychiatrie, ils y restent 8 jours ou 48h... et puis, où ils ne veulent pas rester ou, de toute

¹⁵ *Ibid.* p. 15.

¹⁶ *Ibid.* p. 15

¹⁷ Psychiatrie et santé mentale, Plan 2005-2008.

¹⁸ Ehrenberg A., Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale, Revue Française des Affaires Sociales, n01, 2004, pp. 77

¹⁹ *op cit.* p. 79

façon, en psychiatrie on leur dit : « Vous n'avez rien à faire à l'hôpital ! ». Alors ! C'est vrai que... C'est quand même une majorité de ce que l'on voit des gens où... Moi, je ne suis pas choqué ! Si vous voulez, quand ils sont... que les experts ne les « ir-responsabilisent » pas parce que ce ne sont pas d'authentiques malades mentaux. Bien que des fois, à certains moments, ils sont plus près d'être des malades mentaux, à d'autres moments, un peu moins. Mais effectivement, je trouve que le gros de notre travail, c'est plutôt les troubles graves de la personnalité ; qui est un chapitre un peu compliqué et je dirais même, un chapitre assez fréquent dans le registre des agresseurs sexuels ». (Une psychiatre, médecin-chef d'un SMPR)

Conjuguée à l'augmentation du nombre des incarcérations en France et aux constats d'un nombre important de troubles psychiatriques chez les détenus (comparativement à la population générale²⁰), cette évolution n'est pas sans produire, sur le terrain, un certain nombre de brouillages. Brouillages concernant les fondements du travail psychiatrique en milieu pénitentiaire de plus en plus axé sur la prévention...

« Est-ce que c'est du domaine de la psychiatrie que de travailler la prévention de la récidive... ? Qu'en est-il de la dangerosité psychiatrique, criminologique ? Enfin, bon ! Là, aussi, il y a une confusion des champs et des genres, enfin, bref ! Voilà ! » (Un psychiatre en SMPR)

...dans un contexte marqué par un accroissement du nombre de cas-limites jusque là minoritaires en milieu pénitentiaire, situés aux frontières du champ médico-psychiatrique, du champ socio-éducatif et du champ judiciaire.

« On trouve peu ou prou en prison ce que l'on voyait au début de notre internat dans les années 70 (...) Par rapport à certains on se dit : « bon, il y a trente ans ils auraient été dans des unités de patients un peu chronicisés à l'hôpital(...). Enfin moi je trouve sans avoir de statistique bien précise que globalement avec plus de quinze ans de recul, l'état mental de la population pénale, je dirai, se dégrade assez nettement. Les gens sont déjà dans des états, je dirai psychologiques dégradés quand ils arrivent ! Je pense qu'on peut avoir un peu la même analyse, en milieu ouvert aussi ou un certain nombre de patients pour des raisons diverses et variés, des problèmes de chômage, des problèmes de couple ...et divers problèmes font que, un certain nombre de personnes ne vont pas bien, sans être pour autant dans le registre de la pathologie mentale grave, je dirai. (...)« On a un certain lot de détenus qui sont des gens qui ont des parcours de vie compliqués avec des séquelles de carence affective et bon on a aussi, de plus en plus, sans doute, de malades mentaux mais aussi de gens, je dirais, carencés si on veut faire simple. Dans le temps on aurait dit des gens débiles légers, débiles et des gens qui ont des cursus IME²¹ et CAT²² ou des cursus dans le handicap, qui se sont retrouvés incarcérés. Notamment, pour des atteintes sexuelles mais pas uniquement» (Un psychiatre médecin-chef de SMPR)

« Le malheureux quand on l'a eu, on l'a appelé pour le groupe la première fois, on l'a pris pour avoir des informations, quand il est sorti, moi il m'a dit : « Docteur, quand même, ça ne va pas, depuis

²⁰ A titre d'exemple : « 3,8% des détenus souffrent d'une schizophrénie nécessitant un traitement, soit environ 4 fois plus qu'en population générale ; 17% présentent un état dépressif majeur, soit 4 à 5 fois le taux en population générale et 12% souffrent d'une anxiété généralisée ». Cf Duburq A et Alii., Etude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues, Rapport Rapport final – Résultat des 3 phases de l'étude et synthèse, Etude pour le Ministère de la Santé (DGS) et le Ministère de la Justice (DAP), janvier 2006.

²¹ Institut Médico-Educatif

²² Centre d'Adaptation par le Travail

que je suis là, je n'ai pas pu téléphoner chez moi et puis quand même, il faudrait quand même que j'ai une chambre plutôt avec la vue sur la cour. » Bon d'accord ! Il était complètement débile le pauvre garçon, bon c'est tout ! Et alors le juge était un peu écoeuré, le jour où il est allé à son jugement, il a fait la bise à celle qu'il avait violé, enfin ! Vous voyez le genre ? Non mais, il est resté quand même en tôle dans un truc infernal, le type ne comprenait absolument pas où il était » (Un psychiatre médecin-chef de SMPR)

« Ce n'est pas si simple que cela ! Parce que, quand quelqu'un est schizophrène et puis qu'il est condamné à des années de prison. Je pense que la prison n'est pas forcément le lieu le mieux adapté pour le prendre en charge ! En tout cas, la prison n'a pas été conçue pour prendre en charge des malades mentaux de type schizophrène ou délirant... Si vous voulez... Mais c'est devenu une partie de notre travail » (un psychiatre, médecin-chef de SMPR).

Face à de tels brouillages s'amorcent aujourd'hui un certain nombre de réflexions de la part des équipes. L'accroissement de ces « cas-limites », la mise en difficulté de certaines prises en charge et les pressions que cela fait peser sur les équipes impliquent, pour beaucoup (en témoignent les colloques sur la question), que soient repensés les fondements de la psychiatrie en milieu pénitentiaire.

« Il est temps, si on veut aménager les temps de détention, si on veut changer un tout petit peu, que l'on réfléchisse aussi sur ce qui devient des défenses identitaires ! Parce que les périmètres des métiers changent, ben oui ! Mais il faut réfléchir un petit peu avec ces périmètres de métier. Il est important qu'aussi le champ de la psychiatrie puisse se dire à la fois, nous sommes le garant d'une certaine éthique et c'est vrai ! Je pense qu'il ne faut pas se méprendre mais en même temps est-ce qu'il n'y a pas, aussi, toute une révision à faire, de quelque chose qui nous opprime ? (Un psychologue dans un Centre Ressource)

1-2 : Des répercussions internes

Le champ de la psychiatrie en milieu pénitentiaire n'apparaît pas uni derrière une même marche à suivre face à ces évolutions. Si l'affichage d'une politique de gestion des risques sociaux permet à certains d'élargir leur domaine d'investigation (à travers par exemple la prise en charge des violences conjugales), d'autres s'interrogent sur cette déclinaison potentiellement infinie (le risque étant, par définition, partout) de leur objet et sur le sens à donner à ces évolutions notamment concernant la question de la demande de soin.

La pratique auprès des AAS apparaît au cœur de ces interrogations. Placée « au plus près de l'endroit où s'exprime la souffrance »²³ ; mais également en charge des passages à l'acte les plus violents et les plus socialement répréhensibles (et les agressions sexuelles notamment sur enfants sont ici placées en première ligne), elle se voit dans cette évolution particulièrement exposée et sollicitée.

Poussée vers un devoir de santé visant à réduire les risques de récidive, la psychiatrie en milieu pénitentiaire s'interroge tout à la fois sur les moyens à mettre en œuvre pour y parvenir et sur sa légitimité d'action dans un tel contexte. Ce dilemme se reflète ainsi dans de très nombreux colloques et débats sur la question au sein desquels se côtoient des interventions telles que « l'évaluation scientifique de la dangerosité » ; « le changement de paradigme de la psychiatrie face à l'emprise sécuritaire » ou encore « le retour à la clinique ». Il n'y a rien d'étonnant soulignons le, à ce que ces questions soient ici

²³ B. Gravier., L'évolution des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire : vers une clinique de la dignité, In C. Louzoun et D. Salas [Dir]., Justice et psychiatrie. Normes, responsabilité, éthique. Paris : Erès, 1998, pp. 281-282

plus qu'ailleurs débattues. La psychiatrie en milieu pénitentiaire est un exercice à risque comme l'a écrit le psychiatre B. Gravier : « risque de la confusion des rôles, des missions et des interventions, risque que fait courir tout bouleversement des points de repères qui balisent les pratiques du soin ». Ici plus qu'ailleurs est-on ainsi « obligé de prendre à bras le corps des problématiques que l'on abordait trop souvent à coup de certitudes ou de considérations définitives »²⁴. Cette incitation à la prudence et à la distanciation laisse à penser, non pas que les approches objectivistes des troubles mentaux et autres déficiences n'ont aucun avenir en France, mais plutôt que « l'éclectisme thérapeutique »²⁵ comme l'écrivait R. Castel faisant parler Falret, doit l'emporter. Plusieurs éléments (schématiquement distingués ici), nous semblent porter cette configuration actuelle de la prise en charge des AAS en France : l'histoire même de ce domaine de prise en charge d'une part, certaines caractéristiques communes à l'ensemble des professionnels de la première génération (les « pionniers » du champ) d'autre part, les évolutions enfin qui se dessinent, sous l'influence des professionnels de la « nouvelle génération ».

Portée par le psychiatre et psychanalyste Claude Balier au début des années 80, les premières réflexions concernant la prise en charge des AAS en milieu pénitentiaire présentent d'emblée la particularité d'être construites sur une diversité des approches. Si la matrice psychanalytique se révèle encore ici prégnante, plusieurs aspects de cette prise en charge (la singularité du sujet ; le contexte de sanction et de contention et le cadre de la prison elle-même comme contenant), nécessitent une adaptation. « Nous sommes en deçà des possibilités courantes de la psychanalyse qui travaille avec des représentations, des contenus psychiques (...). Pour parvenir à des résultats, il faut généralement plusieurs intervenants et pouvoir bénéficier, dans les cas difficiles, de techniques de soins, dites de « médiation symbolique » réalisées par des soignants ou des psychologues : approche corporelle, art thérapie, thérapie de groupe ou familiales, psychodrames. (..) En toute occasion le but visé est de restaurer la subjectivation en aidant le patient à affronter la réalité, l'existence des autres, au prix d'une certaine souffrance »²⁶. Finalement, au moment même où elle entre dans l'institution pénitentiaire et travaille auprès des AAS et autres criminels dangereux, la psychiatrie de mouvance psychanalytique en milieu pénitentiaire se voit amenée à réviser, adoucir, adapter son approche et à s'ouvrir, dans un souci d'efficacité indépassable dans un tel contexte, à d'autres modalités. La dévaluation épistémologique de la psychanalyse se trouve ici, de fait, justifiée. Elle est la condition sine qua non de son entrée et son maintien en milieu pénitentiaire.

La plupart des psychiatres qui travaillent à l'heure actuelle en milieu pénitentiaire en France et auprès des AAS, se réclament de cette histoire. D'ailleurs, nos entretiens nous amènent à faire le constat que cette génération des héritiers de C. Balier²⁷ a investi ce domaine non tant par vocation que par goût des alternatives à la psychiatrie « classique » hospitalière et des articulations. En position marginale dans le champ de la psychiatrie du 20^{ème} siècle, la psychiatrie en milieu pénitentiaire n'a pas attirée d'emblée de vocation particulière. A l'image de C. Balier, précurseur (avec quelques autres) du champ, les professionnels interrogés y sont arrivés disent-ils « par un concours de circonstances », au terme d'un parcours ponctué d'une multitude d'expériences, de postes occupés en psychiatrie notamment en pédopsychiatrie, dans la prise en charge des toxicomanies ou addictions ou encore les thérapies familiales. C'est en tant que « touche à tout » qu'ils se présentent en mettant en relief leurs expériences diverses et variées. La prison n'a pas été un choix pensé, construit, et le « hasard » est généralement convoqué dans leur propre explication de leur trajectoire. Notre analyse nous amène à avancer l'idée (en se gardant d'une vision téléologique du problème), que c'est en réalité plutôt le positionnement en interface que suppose le travail en prison, qui a pu être ici décisif. Les domaines d'intérêts énoncés par ces professionnels sont porteurs, en eux-mêmes, des éléments clés d'une habitude de pratique en

²⁴ .Ibid

²⁵ Castel R., La gestion des risques, Paris : Ed de Minuit, 1984, p. 112

²⁶ Balier C., La psychanalyse confrontée à la violence criminelle, Conférence Vulpian, mai 2002, Société Psychanalytique de Paris.

²⁷ Qui ont notamment été formés par Balier et qui occupent aujourd'hui une position dominante dans le champ

interface, de même qu'un positionnement adéquat. La toxicomanie, on le sait depuis un certain nombre d'études sur les facteurs du passage à l'acte et de la récidive, n'est pas sans liens avec la thématique des agressions sexuelles et bien sûr, avec la justice, la prison. Il en est de même en ce qui concerne le champ des thérapies familiales, dont le lien s'avère relativement probant avec la question des violences (intra-familiales) et celle des victimes. Si la pédo-psychiatrie retient aussi notre intérêt dans cette analyse, c'est encore une fois moins par son rapport direct à l'enfance que par sa position carrefour, à l'intersection de différents monde sociaux (l'enfance, la parentalité) et aussi univers professionnels (le médical, le social, le judiciaire...). De fait ces professionnels détiennent-ils une certaine habitude des transpositions professionnelles : il existe des principes de base dans leur pratique professionnelle tels que l'accueil, l'écoute, le respect, la définition d'espaces propres à chaque profession, qu'ils sont en mesure de transposer dans différents contextes et différents lieux institutionnels. S'observe ainsi, à mesure de leur récit sur leur trajectoire professionnelle un goût particulier pour les aménagements institutionnels, la recherche d'alternatives, les articulations. L'intérêt pour la psychiatrie de liaison est ainsi régulièrement convoqué par ces professionnels pour expliquer leur motivation à travailler en prison et pour justifier les adaptations du dispositif thérapeutique.

Ce n'est ainsi pas par hasard si ces psychiatres se sont massivement investis dans la mise en place des Centres Ressources Interrégionaux déjà prévus dans le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 et annoncés par une circulaire datée du 13 avril 2006 « relative à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles ». Au cœur de ces dispositifs : l'instauration de partenariats avec les professionnels de la Justice, les acteurs de la prévention et les patients eux-mêmes ainsi que leur famille. Transférer les pratiques et transmettre les savoirs sont les maîtres mots de ces dispositifs.

« Ces centres ressources sont basés sur une idée de la clinique. Travailler avec les auteurs de violences sexuelles c'est renforcer le cadre, c'est créer des environnements qui soient favorables aux soins. Ce n'est pas uniquement des savoirs, c'est avant tout des savoir-faire. Les équipes ont plein de savoir en psychiatrie, elles n'ont pas besoin que l'on rajoute des savoirs. Par contre, peut-être qu'avec ces sujets qui ont des configurations, tout à fait particulières, il y a des savoir-faire que certaines équipes ont développés, que d'autres n'ont pas et qui sont alimentés par énormément de prévention. Donc, voilà ! Notre travail c'est essentiellement de transférer des savoir-faire. Transférer et transmettre. Il y a du « trans », donc on travaille dans le cadre d'une interdisciplinarité, donc, on travaille en transdisciplinarité ». (Un psychologue dans un Centre Ressource interrégional)

L'encadrement du patient et, par extension, la prévention de la récidive, font partie intégrante de tels projets qui visent également à éviter les ruptures de suivis. De fait, le concept pragmatique de la prévention de la récidive côtoie-t-il ici celui de la clinique proprement dite.

« Mais par rapport aux agresseurs sexuels, l'ARH²⁸ nous a octroyé un budget que l'on n'a pas sollicité dans le cadre de prévention de la récidive. Dans le cadre de la prévention de la récidive, j'imagine qu'il y a des mesures socio-judiciaires, mais il y a aussi un volet sanitaire, donc les ARH ont été destinataires d'un budget, en tout cas, le Ministère de la santé a intitulé un budget « prévention de la récidive d'auteur d'agression sexuelle. » pour « l'amélioration de la prise en charge pour le développement des centres ressources » (Un psychiatre, médecin-chef d'un SMPR)

« Puisqu'il y a quand même un souci dans les CRIAVS²⁹, c'est quand même d'harmoniser, d'arriver à terme, à harmoniser les différentes pratiques de soins auprès des sujets. Un sujet qui quitte Strasbourg ou qui se retrouve à Toulouse pour des raisons souvent il peut ne pas pouvoir poursuivre un

²⁸ Agence Régionale d'Hospitalisation

²⁹ Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles

soin parce qu'il n'y a plus la possibilité de poursuivre. Notre souci à nous, c'est de dire, quand on quitte, quand on va quitter effectivement quelqu'un, à Strasbourg, mais que l'on puisse rencontrer, quand même un soin, qui soit assez proche, c'est-à-dire d'un seul coup qu'il retrouve un cadre. Qui sera évidemment dans le contenu peut-être pas le même, mais en tout les cas qui permette de poursuivre le processus, dans lequel il est engagé au niveau de la réélaboration, de son appareil psychique ». (Ce même psychologue, responsable d'un Centre Ressource)

Un changement est intervenu récemment au sujet du statut des Centres Ressources Interrégionaux à partir de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 qui définit la liste des établissements et services sociaux et médico-sociaux. A leur mission de formation, d'information, de recours pour les professionnels et de recherche, s'adjoint désormais la possibilité d'accueil et de prise en charge des patients. Ce glissement, qui interroge grandement les professionnels, n'est pas anodin.

« Alors c'est ce qu'on craint depuis le début, c'est vrai ! »: « Et bien que les centres ressources soient utilisés, deviennent des centres de soins aussi, et pas simplement des centres de ressources qui ne participent pas aux soins mais qui, évidemment, ont dans leur mission d'appuyer les services de type CMP ! (...). Ce n'est pas du tout dans les premières directives mais dans la deuxième directive c'est inscrit... Alors, bon ! C'est... C'est à re-préciser. mais manifestement, il va y avoir des financements par rapport à ça et puis en même temps que ça, il y a eu la mise en place des PPR; les fameux programmes de prévention de récidives ! Au niveau des CIP... ». (Une psychiatre, responsable d'un Centre Ressource)

En venant combler personnellement sur un plan pratique, les lacunes qu'ils étaient sensés pallier à partir de leur travail d'information et de collaboration, ces dispositifs prennent le risque de perdre les fondements même de leur existence. En somme, cette évolution, si elle s'avère mise en pratique tendrait à entériner les lacunes persistantes de la psychiatrie auprès de ce type de public (sur le plan démographique – manque de psychiatres- mais aussi économique) et, par ricochet le caractère intrinsèquement spécifique de ces prises en charge, justifiant par là même le renvoi de ces patients vers des psychiatres identifiés comme étant « spécialistes auteurs d'agressions sexuelles », ce qu'ont toujours récusé précisément ces psychiatres. Par ailleurs, la distanciation (à l'égard de la pratique) nécessaire au travail d'information, de mise en lien, requise par les centres ressources, pourrait s'en trouver fortement mise à mal. Interface entre les différents professionnels oeuvrant, de près ou de loin, autour de cette question, les centres ressources n'échapperaient pas, dès lors, à un étiquetage exclusivement « santé » préjudiciable à l'instauration nécessaire de partenariats, notamment du côté de l'institution pénitentiaire et particulièrement des Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation engagés dans une même lutte contre la récidive.

« L'idée des Centres Ressources c'est ne pas penser forcément qu'à la clinique, de penser aussi à... aux dispositifs, à la cohérence des dispositifs. Quand on rencontre le SPIP, ce n'est pas pareil, quand on a notre casquette centre ressource, que lorsqu'on les rencontre en tant que SMPR, ça n'a rien à voir. Et du coup ça permet, enfin je trouve que ça nous décale un peu et ça nous permet, sans doute, des dialogues beaucoup plus enrichissants et bon à développer bien sûr ! » (Une psychiatre, responsable d'un Centre Ressource)

Les budgets sanitaires au titre de la prévention de la récidive permettent par ailleurs le renforcement des possibilités d'accueil et de prise en charge extérieure de certains publics (dont les auteurs d'agressions sexuelles), sous main de justice ou non. Ils permettent notamment à la psychiatrie de redéployer qualitativement et quantitativement certains dispositifs extérieurs. La rhétorique employée signale parfois (comme ci-dessous) un alignement sensible sur la logique institutionnelle du champ judiciaire.

« Les moyens de prévention de la récidive, on va plutôt les mettre sur notre structure extérieure qui est très pauvre parce que c'est deux temps et demi, c'est deux temps d'infirmier, un mi-temps de psychologue, et on est ouvert du lundi au vendredi ; c'est notre centre de consultation en milieu ouvert que l'on a développé. A l'époque ce qui s'appelait « le post- pénal », sauf que l'on fait plus que du post pénal, on fait aussi du pré-pénal, et si vous voulez sur notre structure, c'est un ensemble médico-psychologique rattaché au SMPR où on voit tout type de personnes, dont une certaine proportion de gens sous main de justice, et majoritairement des auteurs de violences sexuelles, et puis après des violences conjugales, et puis des délits des fois un peu particuliers. Les alcooliques et les toxicomanes, on les renvoie vers les CCA et les SST. Donc, on se retrouve à suivre des auteurs de violences sexuelles qui viennent, qui sortent de prison, qui sont condamnés à des peines autres que la prison, qui sortent en conditionnelle ou des gens pré-sentenciel, c'est-à-dire qu'ils sont entendus par la police ou la gendarmerie ou quelqu'un leur dit qu'il ne faut pas aller bien dans sa tête pour avoir commis tel acte, donc la semaine d'après, ils prennent rendez-vous. On les voit aussi en pré-sentenciel, donc on va plutôt étayer cette structure qui est effectivement très pauvre. Les personnels qui travaillent là-bas sont plutôt des personnels qui dans le passé ont travaillé en prison ». (Un psychiatre, médecin-chef d'un SMPR)

On mesure, à travers ces évolutions combien la psychiatrie en milieu pénitentiaire a été dès le départ une psychiatrie particulière, à mi chemin entre des convictions théoriques, des enjeux thérapeutiques et des adaptations pragmatiques, en somme un compromis nécessaire entre Santé et Justice. C'est précisément ce compromis, fragile, que certains estiment aujourd'hui menacé par les évolutions à l'œuvre et l'arrivée de nouveaux intervenants sur ce terrain volontairement peu balisé.

Certaines autres pratiques récemment mises en place témoignent d'un alignement sur le concept de santé mentale et des formes de gestion des risques : ainsi la mise en place d'entretien d'arrivée systématique pour ces détenus, dans le but d'une incitation au soin régulièrement rappelée (entretiens qui outrepassent, de fait, l'attente de la sacro-sainte « demande »), ou encore l'instauration de groupes de paroles destinés à tous les auteurs d'agressions sexuelles prévenus ou condamnés (la majorité des psychiatres de SMPR tenant habituellement à cette distinction par souci éthique et volonté de ne pas interférer dans le processus judiciaire). L'essor des thérapies de groupes d'inspiration cognitivo-comportementalistes au sein de quelques SMPR représente sans doute l'exemple le plus probant de cette évolution. Adaptée de l'étranger³⁰, la technique groupale est généralement basée sur un « programme » qui vise la lutte contre la récidive. Ces programmes sont également basés sur un travail, plus ou moins explicité, autour de la « chaîne de l'agressivité »³¹. Différents thèmes de travail ou différents groupes thématiques peuvent être développés dans ce cadre et donner lieu à des exercices : l'histoire du délit, les connaissances et représentations de la sexualité, le travail sur l'empathie. Au cœur de ces programmes: la recherche de distorsions cognitives³² et l'enseignement de moyens visant à combler les déficits

³⁰ S'agissant du modèle canadien, il ne s'agit effectivement pas d'une adaptation à l'identique, les fondements psychanalytiques étant plus prégnants en France et les équipes non pluridisciplinaires c'est-à-dire essentiellement composées de psychiatres ou psychologues alors que des travailleurs sociaux sont aussi présents dans le cadre des programmes canadiens.

³¹ « La chaîne de l'agressivité renvoie au constat de base qu'une agression sexuelle est un acte qui se situe dans une trame, un continuum fait de chutes (qui regroupe l'ensemble des éléments ou événements même apparemment anodins qui précèdent une agression) et de rechutes (récidives). Partant du principe qu'une chute « n'est pas un délit en soi mais une étape avant l'acte délictuel, qu'elle n'est pas une défaite mais une occasion d'apprendre quelque chose, une occasion d'éviter la récidive », la thérapie de groupe va consister, à partir de différents exercices, à identifier les éléments constitutifs de « la chaîne » de chacun, les comprendre, les analyser et les intégrer de manière à pouvoir, à l'avenir, anticiper les situations à risque de rechute ». Cf Alvarez J. Gourmelon N. *op. cit.*, p 44

³² « Ce terme a été introduit par A T Beck en 1963 dans un travail sur la dépression pour décrire « un contenu de pensée idiosyncrasique reflétant des conceptualisations irréalistes ou déformées ». Cette définition fait référence à une représentation mentale incorrecte de la réalité. Concernant les auteurs d'agressions sexuelles on y fait généralement référence dans le sens où elles représentent « des arguments, des croyances, des pensées sur les comportements sexuels déviants qui ont pour fonction de minimiser, justifier et rationaliser les actions des délinquants. Elles jouent le rôle de facilitateur réduisant la responsabilité de l'agresseur et rendant son comportement sexuel déviant acceptable ». Cf sur ces points Vanderstukken O., Schiza G., Archer E.,

cognitifs associés au passage à l'acte déviant ou criminel. Le patient apprend ainsi à développer des compétences afin de pouvoir être à l'écoute de son fonctionnement psychique. Cette connaissance de lui-même, le repérage de ses propres failles et faiblesses sont un préalable à l'apprentissage de moyens concrets d'évitement de situations à risques pour lui-même et pour la société.

Ces pratiques bien connues au Canada sont encore minoritaire au sein des SMPR français et à tout le moins sont plutôt l'apanage des psychologues que des psychiatres. Nous sommes ainsi loin pour l'heure en France, de la « révolution cognitive » voire du « renversement paradigmatique » tel qu'il s'est produit Outre Atlantique³³. Si la culture professionnelle de la nouvelle génération de psychiatres et de psychologues (de plus en plus nombreux dans la prise en charge des AAS) semble moins marquée par l'influence de la psychanalyse, celle-ci n'en disparaît pas pour autant du projet thérapeutique. L'ensemble des techniques sont en réalité convoquées, à égalité, ici. Elle participent toutes d'un même projet thérapeutique. Pour autant, un discours se fait entendre aujourd'hui, de façon plus nette qu'auparavant sur les liens entre thérapie et lutte contre la récidive. Au centre de cette question le concept de dangerosité à partir duquel certains professionnels construisent leur projet tout entier, en référence, bien souvent aux expériences étrangères.

« Je ne suis pas d'accord avec mes confrères qui disent : « Nous, on n'est pas là pour ça ! C'est à la police, à la justice, à la machine de s'en occuper, leur job, c'est leur job ! Nous, notre job c'est autre chose ! » Je ne suis pas d'accord. Je pense qu'on doit s'impliquer plus fortement que ça, ça fait partie de la santé de la personne, de sa capacité ou pas à passer à l'acte et en tant qu'acteur de soin, se substituer aux autres acteurs sociaux. On est directement impliqué là-dedans et ce n'est pas une idée géniale de moi. Au Canada, ça fait longtemps qu'ils ont des groupes qui s'appellent « prévention de la récidive », ce sont des aides soignants qui les portent, je suis désolée (...). Idéologiquement, beaucoup sont contre, en disant que... « on n'a pas, nous...les soignants... à nous intéresser à la prévention de la récidive, ce n'est pas notre problème ! » Moi, je ne suis pas du tout d'accord avec cela, (...) On a une représentation de notre profession. On doit représenter notre profession. Et si un patient est dangereux, c'est un symptôme clinique, il n'y a pas à culpabiliser de ça et à faire comme si ce n'était pas ça, parce que si on le dit, ça veut dire qu'on est méchant. C'est un symptôme clinique, la dangerosité. Moi je suis très à l'aise avec ça. » (Une psychiatre, médecin-chef d'un SMPR)

L'intégration du concept dans le quotidien de la clinique est loin, cependant, de faire l'unanimité eu égard particulièrement à la superposition qu'il implique entre Justice et Santé, ce d'autant que la définition de la notion est loin d'être assurée.

« Enfin des fois, on voit des pères incestueux qui ont commis des viols, qui nous ne nous inquiètent pas tellement, au niveau clinique et on peut voir des gens qui ont commis des agressions sexuelles, je dirai mineures avec des guillemets, c'est-à-dire condamnés à quelques mois qui sont des individus très inquiétants pour leur devenir » (Une psychiatre, médecin-chef d'un SMPR)

Pour autant, si pour une majorité « la notion d'état dangereux doit sûrement être combattue comme disposition ou déterminisme particulier. Elle peut, par contre être travaillée comme mise en perspective de points de repères forts utiles pour construire une démarche clinique »³⁴. Comme l'indique par ailleurs J-L Senon : « ceci ne s'oppose pas à la possibilité d'unités pénitentiaires expérimentales se donnant les

Pham T., Evaluation des distorsions cognitives chez des agresseurs sexuels auprès d'une population carcérale française, *In* L'agression sexuelle : coopérer au-delà des frontières, Le livre du CIFAS 2005, Chapitre 17, pp. 275-294.

³³ Quirion B., Traiter les délinquants ou contrôler les conduites : le dispositif thérapeutique à l'ère de la nouvelle pénologie, *Criminologie*, vol. 39, n° 2, 2006, p. 148.

³⁴ Gravier B., De la perception de la dangerosité à l'évaluation du risque de violence, *In* Senon JL., Lopez G., Cario R et alii., *Psycho-criminologie : clinique, prise en charge, expertise*, Paris : Ed Dunod, 2008, p. 58

moyens d'une évaluation criminologique et d'un accompagnement socio-psycho-éducatif susceptible de limiter le risque de réitération »³⁵.

2 –L'étranger en ligne de mire

2-1 – Du « milieu thérapie » au « Good life model » : l'exemple canadien

Les évolutions françaises les plus récentes en matière de pratiques professionnelles et d'orientations institutionnelles trouvent leur source à l'étranger. Compte tenu des différences de contexte, ces pratiques et dispositifs ne sont pas reproduits à l'identique. C'est en réalité plutôt le fondement qui les anime que l'on retrouve ici, dans un même mouvement de renforcement progressif de formes de gestion des risques à l'égard des AAS en général et des pédophiles en particulier. L'idée prédominante est celle de la responsabilisation des individus par la prise de conscience de leurs déficiences en terme de conduite et l'adoption de comportements socialement adaptés. Ce principe de la responsabilisation est au cœur de la politique de gestion des risques sociaux : en prenant conscience de ses troubles ou déficiences (psychologiques ou socio-éducatives) et en intégrant -non sans mal voire parfois dans une grande souffrance- certains moyens d'y pallier qui lui auront été indiqués ou suggérés, l'individu, perçu dans cette optique avant tout comme un délinquant, endosse désormais la pleine responsabilité de sa situation présente et future.

Le Canada constitue aujourd'hui un modèle de référence en matière de traitement à l'égard des AAS. A partir des années 70 le service correctionnel du Canada a innové dans la mise au point de programmes de traitements intensifs spécialisés, destinés aux AAS et administrés dans différentes régions du pays. Ces programmes sont assez diversifiés, mais ils adoptent tous une orientation axée sur les méthodes comportementalistes et cognitives et s'attachent en particulier aux carences qui caractérisent selon les spécialistes (équipes pluridisciplinaires composées de psychiatres, de psychologues, de criminologues, d'éducateurs), les AAS à savoir : faible estime de soi, aptitudes sociales médiocres, difficultés de communication, modes d'excitation sexuelle déviants. Ces programmes sont ainsi proposés aux AAS selon les facteurs de risque et les carences qu'ils présentent, évaluées au départ.

Née de nécessités de gestion des pénitenciers (dans un souci d'uniformité notamment et de compte-rendu des activités) et de controverses en matière de prédiction des comportements à risques de récidive, la mise en place de ces programmes découle elle-même de l'instauration et la généralisation d'outils dits actuariels, déjà en vogue aux Etats-Unis dans les années 1920, qui vont venir s'opposer aux évaluations cliniques estimées trop subjectives et arbitraires. Parce qu'elles reposent sur l'exploitation purement statistique de certaines caractéristiques de l'individu (à partir de certains outils tels que le VRAG³⁶ par exemple, dont chaque réponse renvoie à une cote spécifique positive ou négative) et ne reposent pas sur le jugement du clinicien, on considère désormais que ces évaluations sont indispensables pour prédire le risque et la récidive. Comme l'ont souligné K. Hannah-Moffat et M. Shaw : « une gestion fondée sur le risque présente diverses caractéristiques qui la rendent attrayante et compatible avec les orientations correctionnelles bureaucratiques de sécurité (...) : elle est orientée vers l'avenir (...) ; elle se préoccupe surtout d'analyser les statistiques du risque plutôt que de se pencher sur

³⁵ Senon J-L., De peurs en insécurité : comment articuler justice et santé... ? *In* Mbanzoulou P., Bazex H., Razac O., Alvarez J., Les nouvelles figures de la dangerosité, Paris : Ed L'Harmattan, 2008. p. 283.

³⁶ Violence Risk Appraisal Guide, élaboré en 1993 pour évaluer le risque de récidive violente à partir de 12 items, facteurs historiques et statiques.

des problèmes individuels ; elle semble plus technique (...) ; elle ne cherche pas à identifier les causes mais plutôt à repérer les facteurs spécifiques du risque »³⁷. Ces méthodes actuarielles présentent un autre avantage important qui est de permettre la mise en place de programmes de traitements fondés sur les risques et les besoins identifiés des individus, sortes de guides standardisés sensés faciliter à la fois la prise en charge de l'individu et le compte-rendu des activités. Ces programmes ciblés vont, logiquement, être appliqués à des catégories définies de délinquants, regroupés en fonction des facteurs de risques (biologiques, psychopathologiques, sociaux) qu'ils présentent. La catégorisation des délinquants sexuels découle, logiquement, de cette opération.

Dans le droit fil de ces évolutions, l'Institut Philip Pinel de Montréal a mis au point en 1979 un programme d'évaluation et de traitement destiné aux AAS incarcérés. Ces derniers proviennent en général des pénitenciers où ils purgent des peines de prison de plus de deux ans. Il s'inscrit en continuité avec le programme externe (mené notamment, depuis 1985 au Centre de Psychiatrie Légale de Montréal) et les différents traitements offerts dans les pénitenciers pour cette clientèle.

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)³⁸, pour une période pouvant aller de 6 mois à un an voire un peu plus, vers la fin de leur peine. A l'issue du traitement le détenu retourne dans son pénitencier d'origine jusqu'à sa libération.

Le traitement en lui-même peut aller de 12 à 14 mois. Il s'inscrit en continuité avec une sentence légale. Ce type de problématique étant définie à la fois comme étant criminelle, sociale, médicale, le traitement se veut multidisciplinaire aussi bien au niveau de la constitution des équipes (éducateurs, psychologues, psychiatres, criminologues, infirmiers) que des approches proposées (individuelles ou groupales, psychothérapeutiques ou comportementalistes). Le cadre est celui d'une confidentialité limitée (exprimée au détenu) c'est-à-dire élargie à l'équipe, à la Direction de l'hôpital et aux services correctionnels du Canada. Ces limites peuvent être à nouveau élargies en cas de manquement grave au contrat thérapeutique (violence, mise en jeu de la sécurité de la victime...)³⁹.

Le concept global du traitement est celui du « milieu thérapie ». On part ici du principe de base que par delà leur grande hétérogénéité, les agresseurs sexuels présentent tous un mode relationnel perturbé. On leur propose ainsi une approche individualisée dans une vie de groupe. « Les agresseurs sexuels amènent avec eux et reproduisent dans la situation thérapeutique et le milieu institutionnel les conflits qui leur sont propres et leurs façons inadaptées d'y faire face »⁴⁰. Plus que de véritables symptômes pathologiques, leurs attitudes et comportements témoignent généralement de particularités dans la gestion des conflits par exemple ou encore des habiletés sociales (ils seraient moins habiles que la population normale au niveau de la conversation, témoigneraient d'une plus grande anxiété dans leurs

³⁷ Hannah-Moffat K., Shaw M., Situation risquée : le risque et les services correctionnels au Canada, *Criminologie*, vol 34, n° 1, 2001, p. 51.

³⁸ Cette grille dénommée DM pour « déni et minimisation » (McKibben, Aubut et Sassyva, 1993) évalue les faits relatifs au délit à savoir : la responsabilité personnelle quant au délit ; les fantasmes sexuelles déviantes ; les conséquences sur les victimes, les problèmes dans leur vie et le besoin de traitement.

³⁹ En cas de mise en danger d'un enfant, toute personne (parents, instituteur, amis etc) peut alors être avertie par l'équipe de soins des pratiques (en tant qu'agresseurs sexuel) de l'individu en question. Le cas d'un homme libéré après avoir purgé une peine pour pédophilie, alors en soins externes, qui venait d'entamer une relation amoureuse avec une femme et qui témoignait, à propos du jeune enfant de cette femme, d'une attitude ambiguë a été discuté en équipe au moment de notre présence. Malgré les demandes répétées de l'équipe l'homme en question refusait de « dévoiler » à cette femme son passé de pédophile. L'équipe a alors pris la décision de « faire un signalement » auprès de la mère c'est-à-dire de l'informer directement.

⁴⁰ McKibben A., Guay J-P., La mesure des progrès en traitement chez les agresseurs sexuels : problématique, cadre théorique et approche phénoménologique, Institut Pinel, Document interne, juillet 2002

rapports avec les femmes)⁴¹. De fait, les différents traitements proposés, l'application, dans leur vie quotidienne au sein de l'institution, de certains comportements adaptés, doivent permettre d'engendrer une prise de conscience de leurs déficiences et un changement de comportement.

« Ici, c'est 24h sur 24, c'est un milieu thérapie, on s'attend à ce qu'ils apprennent des choses puis qu'ils le mettent en application, autant au sport que dans tous les lieux, c'est du traitement (...). Ça c'est vraiment notre spécificité. Donc l'individu, on essaye... souvent bon dans la thérapie de bureau, le gars peut dire un peu n'importe quoi ! Il apprend du vocabulaire, un langage thérapeutique mais nous ici, il peut être performant dans les modalités et faire des bons retours en entrevue mais si dans le quotidien ça n'est pas ça...C'est sûr qu'on ne s'attend pas qu'après une semaine il soit transformé ! Mais si on ne voit pas qu'il y a de l'effort pour mettre en application, là ils vont être rencontrés, on va discuter sur les problèmes. Donc voilà, c'est de la responsabilisation. (...) La logique du milieu thérapie c'est qu'avant tout, l'agression sexuelle c'est un problème relationnel. C'est des individus qui ne sont pas capables d'avoir accès aux relations qu'ils anticipent ou ils sont dans des relations conflictuelles insatisfaisantes ou bien justement, qu'ils perdent toutes les relations, enfin ! Peu importe qu'on ait des pédophiles, des violeurs, des meurtriers sexuels, c'est ça, peu importe le type ! Le but : c'est vraiment les exposer à des rapports inter-personnels donc pour des pédophiles, d'être en contact, en rapport de confiance avec des adultes, pour le violeur qui a des problèmes avec des femmes en autorité, donc d'être exposé avec des jeunes infirmières qui vont lui faire des interventions du style : « Bon ! Ce n'est pas correct ce que tu as fait ! Va dans ta chambre. » (Un criminologue de l'Institut Pinel)

L'unité de vie composée de 21 lits, d'une salle commune (salon, télévision), d'une cuisine, d'une buanderie, constitue ainsi le cadre d'application et d'observation des AAS durant tout leur séjour. Précisons que les individus peuvent être observés visuellement à travers des cloisons vitrées ou bien la présence d'un membre du personnel dans les lieux de vie, mais aussi par le fait d'enregistrements sonores fonctionnant 24h/24h. Les intervenants sont ainsi les témoins des progrès et régressions des patients, ces progrès en terme de traitement s'incarnant d'abord par des changements au quotidien. Le milieu de vie constitue en somme le lieu d'application des apprentissages travaillés au moment des séances de thérapie.

Schématiquement, les apprentissages se déploient sur trois niveaux différents sur un plan chronologique auxquels se réfèrent aussi des professionnels différents. Le premier, nous l'avons vu, concerne le vécu au quotidien sur l'unité de vie, avec la mise en pratique notamment de stratégies visant à faire face à des problèmes ponctuels. Ce niveau est particulièrement géré par les éducateurs. Un second niveau concerne le lien avec le vécu antérieur : amener la personne à reconnaître l'existence chez elle d'une problématique ancienne, l'amener, à partir de cette prise de conscience, d'un travail de mentalisation, à des modifications de son comportement à moyen terme. Un troisième niveau enfin concerne le lien avec le délit : la reconnaissance de la signification du délit comme prenant sa source dans une dynamique qui leur est propre. Ces deux derniers étant gérés par les psychiatres ou psychologues-criminologues.

« Dans les trois niveaux d'intervention, on a chacun notre spécificité. Dans la première partie du séjour, c'est sûr que ça va être, c'est plus... on va intervenir sur des situations du quotidien, c'est plus ce que les éducateurs vont faire. Je donne un exemple : un pédophile évitant, qui ici dans son fonctionnement au quotidien est toujours, à l'écart qui a peur de s'affirmer, qui dit toujours oui à tout mais qui accumule ses frustrations. Là on va lui faire des réflexions au quotidien en lui disant : « Là tu vois, sur telle occasion, tu étais retiré...On sentait que... ». Ça c'est le premier niveau, ce n'est pas à ce moment là qu'on va pouvoir dire à l'individu :« Ben ! Regarde ce que tu fais là, c'est les mêmes enjeux,

⁴¹ Raymond M., L'entraînement aux habiletés sociales auprès des délinquants sexuels, Forensic, 1999.

que quand tu as commis dans ton délit. ». Ensuite on va travailler sur le vécu extérieur, avant et on va relier ça à ce qui se passe aujourd'hui en disant « ben regarde, c'est tout nouveau ça ici ou... ? » Là l'individu, progressivement il va se rendre compte : « Ben ! Non. Au long cours, depuis que je suis adulte j'ai toujours eu peur de m'affirmer, je me suis toujours isolé. » Ainsi de suite, pour finalement arriver à notre troisième niveau qui vise la pleine responsabilisation ». Nous en tant que psychologues, criminologues c'est surtout notre lecture dynamique autant dans les rapports du quotidien que dans notre suivi individuel qui est importante donc on est surtout en charge de ce niveau là, mais le milieu thérapie nous nourrit énormément, pour faire tout ce travail là. Comme quand on est au sport, s'ils sont dix, je vois par exemple au hockey, je peux analyser leur type de personnalité, là aussi on a du matériel pour travailler, on est dans le bain des choses, on peut faire des liens très significatifs avec tous leurs problèmes sur la gestion de la colère etc. » (Un criminologue de l'Institut Pinel)

Les réunions d'équipes quotidiennes (l'équipe de jour fait le point sur les événements de la journée à l'équipe de nuit) ou hebdomadaires (concernant le suivi de chaque patient), permettent de faire le point sur l'avancement du traitement. Chaque patient ayant son référent au sein de l'équipe, chaque référent présente son patient ouvrant ainsi à la discussion.

Outre cet aspect général appliqué à tous, des programmes et groupes spécifiques sont proposés, le traitement se voulant avant tout adapté aux besoins et facteurs criminogènes individuels. Ainsi, un groupe thérapeutique intitulé la « reconnaissance des émotions ». Il vise à permettre, à partir de discussions autour d'exemples, de récits de situations, une identification de l'émotion à sa source, pour en analyser la dynamique et les effets en termes de comportements.

« Comment gérer ses émotions ? Pour la plupart des délinquants, c'est du chinois ! Puis, d'en être à l'écoute... La plupart vont être capables de dire quand ils sont fâchés ou quand ils sont de bonne humeur. Mais souvent quand ils sont fâchés, c'est qu'avant ils se sont sentis humiliés, parce qu'ils se sentent honteux et ça les met en colère, un peu tout ça ! On travaille là la première étape de reconnaissance, qui pour moi, est un outil énorme ! ». (Un criminologue de l'Institut Pinel)

Un autre groupe similaire est intitulé « gestion de la colère », son but étant là encore de favoriser une prise de conscience de sa propre violence et de son agressivité et de proposer une variété de stratégies visant le contrôle de la colère et des comportements d'agression. L'objectif étant de responsabiliser le sujet vis-à-vis de sa violence et de développer les habiletés nécessaires pour contrôler sa colère et prévenir l'agression.

Le programme « gestion du stress » a lui pour objectif le maintien d'un comportement d'adaptation dit optimal. Il s'agira de permettre au participant d'identifier et de prévenir un stress excessif par l'apprentissage de techniques d'auto-contrôle, la réduction des éléments stressants du quotidien.

Le programme « habiletés sociales » aura pour but de corriger certains comportements dits malhabiles et d'acquérir de nouvelles habiletés dans le but d'améliorer la qualité des relations sociales et d'augmenter l'estime de soi. Pour ce faire, les membres du groupe seront sollicités pour faire part des difficultés qu'ils rencontrent dans leurs relations sociales quotidiennes (l'éducateur se faisant parfois témoin de certaines situations). Ces discussions donneront lieu ensuite, par le biais de jeux de rôle et de retours sur vidéo, à l'enseignement d'habiletés telles que faire la conversation, formuler une demande, refuser, exprimer une critique. Charge ensuite au participant d'appliquer ces enseignements dans ses relations quotidiennes au sein de l'institut.

Le programme « prévention de la récidive » : il part de l'idée que le comportement sexuel déviant résulte d'une succession d'événements comportementaux, cognitifs et affectifs qui ne relèvent pas du hasard (prédisposant, précipitant, déclencheur) et qu'il est possible de reprendre le contrôle des pulsions sexuelles et de certaines réactions aux situations conflictuelles. Le travail sera mené autour de la chaîne

d'événements ayant conduit au délit (par exemple ennui, tristesse, alcoolisation, sortie du domicile, promenade vers l'école au moment de la sortie des classes...) ; la compréhension du processus du délit (de la tristesse à l'alcoolisation par ex) ; la reconnaissance des déficits à modifier (savoir rompre l'ennui...) ; l'identification des signaux d'alarme qui permettent d'éviter d'entrer dans une de ces chaînes et le développement de stratégies pour rompre ce cycle.

« Donc, on part vraiment sur l'analyse comportementale des excès, c'est-à-dire chaque comportement est déterminé par l'interprétation d'une situation. Comment la personne la perçoit ? Soit c'est une distorsion : toutes les pensées qui sont associées qui amènent certains sentiments et ce sont ces sentiments là qui vont déterminer le comportement. Je donne toujours l'exemple d'un classique aux gars : « Imaginez-vous, vous êtes dans un métro vous tenez la tige d'un métro ! Il y a beaucoup de monde, puis il y a l'individu qui en arrière vous envoie un gros coup de coude. Bon la première fois, vous vous dites : « Ok ! je reçois un coup de coude, la personne s'est peut être mal accrochée ». Une deuxième fois : « Oh, mais là 2 fois ! Là, pour moi, il fait exprès ! » La troisième fois, là ça va être plus agressif. La personne va se dire : « Là, je me détourne et puis je suis en colère ! » Et là, la personne se détourne pour apprendre finalement que c'est un aveugle avec une canne ! Ah ! C'est pas la même situation ! Ce que l'on fait dans le fond, concrètement, on va reprendre tout ce qui a précédé : les années qui ont précédé leur passage à l'acte, on va en ressortir des situations problématiques et on va se demander comment ils les ont interprétées Quel sentiment ça a emmené ? Est-ce qu'il y a eu des fantaisies déviantes à la suite de ça ? Les comportements et les conséquences surtout ! On travaille l'enchaînement de tout ça. Donc, la première étape c'est de faire dans les années qui précèdent pour après reprendre les heures qui ont précédé le délit, la journée même. Bien souvent, juste cette partie là, nous fait faire une liste assez exhaustive des distorsions cognitives qu'ils peuvent avoir pour ensuite...Bon ! Une fois que ces deux parties là sont faites, déjà les gars ils se connaissent plus. Déjà là, ils comprennent un peu plus ce qui les a amenés à faire ça ». (Un criminologue à l'Institut Pinel)

Deux autres volets complètent ce programme « prévention de la récidive » : le travail sur l'empathie (via l'écriture d'une lettre – non envoyée - à la victime) et le travail sur les distorsions cognitives.

Le volet supplémentaire que l'on travaille, c'est l'empathie que l'on fait par les lettres aux victimes, ça c'est quelque chose d'assez standard dans les programmes de traitement. Nous, à la différence, on parle de lettres au pluriel. Ça veut dire qu'il va écrire une lettre à la victime mais par la suite il doit se mettre à la place de la victime et écrire comme s'il était sa victime et il se répond. Donc, ce que l'on vise par ça, c'est qu'ils prennent un petit peu leurs responsabilités. Bien sûr ils vont se sentir coupable ou quoi que se soit. Mais est-ce que justement ils voient les conséquences pour la victime ? Et pour les proches de la victime ? Et finalement, le volet distorsions cognitives, on fait un volet en fait, qui reprend tout ce qui a été problématique et là on leur demande de se projeter dans le futur : « Quelles seraient pour vous les situations à risques que vous pourriez vivre ? » Ça peut être des choses très concrètes comme vivre une rupture ou sentir la solitude un certain temps. Ça peut être quelque chose d'associé aux sentiments et là, d'un côté on met les situations à risques et là une énumération de toutes les solutions, les alternatives possibles que l'on a pu travailler. On fait vraiment une espèce de mode d'emploi, c'est quoi les choses à risques ? Qu'est-ce qu'ils peuvent faire ? C'est un petit peu, moi quand les gars sont libérés à l'extérieur, moi je les reprends, souvent à l'extérieur. Souvent je leur reparle de cet exercice là, je leur dis : « il y a des choses que tu vis, qu'est-ce que tu peux faire avec ça ? » Ça donne un outil de travail. Finalement, dans l'avant dernier volet, on travaille les distorsions cognitives. On les a déjà toutes énumérées, on demande d'en faire l'inventaire le plus exhaustif même si ce n'est plus ce qu'ils pensent aujourd'hui ! » (Un criminologue de l'Institut Pinel)

Un « reconditionnement orgasmique et une thérapie aversive » (via notamment la technique de la plethysmographie pénienne)⁴² viennent parfois compléter ce dispositif, bien que, de l'avis des professionnels interrogés, la technique soit de moins en moins utilisée ou pour des cas de déficience mentale importante, que la thérapie cognitivo-comportementale ne peut atteindre.

Le « milieu thérapie » implique que, tout au long du développement de ces programmes, l'individu soit en quelque sorte « mis à l'épreuve », par le biais de certaines tâches ou rôles qui lui sont confiés.

« Un individu qui va avoir, bon alors là je reviens à l'exemple de celui qui a de la difficulté à s'affirmer, au milieu du traitement, quand on sent qu'il est un plus avancé, on va lui donner la tâche de la cantine, de distribuer les choses. Comme là il va être beaucoup sollicité par les autres, il va devoir mettre une limite, il va devoir s'affirmer. Mais un individu qui a une problématique de contrôle, d'emprise, quelque part dans le traitement, on va lui donner la tâche d'être responsable de l'entretien ménager. Il aura à exercer un rôle d'autorité. Est-ce qu'il va tomber dans le sur-contrôle ? Donc, chaque tâche est traitée, détermine des objectifs. Le sport donne aussi énormément de matériel pour travailler. Bien souvent le lendemain au rapport, on lit ce qui a été noté dans les dossiers, et puis bon : « tel individu a eu telle ou telle affaire au sport. ». Alors là, l'intervenant nous reflète la situation, il va dire : « voici Monsieur X, dans telle affaire tu n'as pas été capable de garder ton contrôle, tu as été menaçant, agressif ! ». Donc, ils vont le retirer de la situation, ce n'est pas à ce moment là de faire des grandes interprétations. Là c'est plus la gestion retrait. S'il y a une ouverture, là l'individu va récupérer. Mais nous le lendemain, quand on sait ça au rapport, un des professionnels, ici, si possible avec la personne référente, nous on va faire le retour : « Comment tu t'es senti avant ? Comment tu t'es senti après ? Pourquoi tu vis une telle émotion ? Tu sens que c'est justifié ou pas ? Et puis là éventuellement, arriver à un deuxième niveau d'intervention... vous avez compris la logique ? ». (Un criminologue de l'Institut Pinel)

L'évaluation des progrès de chaque client se fait au moyen du VIAOT (vérification Informatisée de l'Atteinte des Objectifs de Traitement). Elaboré en 1995 au sein de l'institut, le VIAOT est un questionnaire qui se présente sous la forme de 10 variables désignées comme étant les plus pertinentes pour la clientèle de l'Institut (par exemple en 3 : contrôle de la colère ; en 4 : empathie etc). Chaque mois chaque intervenant, témoin privilégié du comportement « in vivo » du client, est amené à coter de 1 à 5 ce comportement. Une moyenne est ensuite calculée. « Il s'agit d'un système d'observation environnementale qui enregistre, organise et traite des données cliniques qui, trop souvent, ne sont pas notées ou sont carrément irrécupérables lorsque consignées dans des fichiers cliniques habituels »⁴³. Chaque client est également amené à y entrer mensuellement ses cotes. Cela permet de vérifier la concordance entre les estimations des uns et des autres.

D'autres dispositifs sont actuellement à l'étude à l'Institut Pinel. Le « Good Life Model » (GLM) notamment, actuellement très en vogue (au Royaume Uni qui l'a vu naître ou encore aux Pays-Bas ou en Belgique). Le GLM suggère que le traitement des AAS doit se focaliser non pas simplement sur les risques mais sur l'ensemble des besoins de l'individu tels qu'ils peuvent être présents au sein des différents espaces de sa vie en société (particulièrement la famille, l'emploi, les loisirs, le bien-être personnel). Cette conception moins axée sur la gestion des risques et la prévention de la récidive que sur la

⁴² Cette méthode enregistre les variations de taille du pénis d'un individu soumis à un certain nombre et à un certain type de stimuli.

⁴³ McKibben A., La mesure des progrès en traitement des auteurs d'agressions sexuelles, Institut Pinel, Document interne,.

réhabilitation, amène à considérer le comportement sexuel délinquant dans le cadre du fonctionnement global de l'individu. Il s'agit de favoriser la réintégration et la ré-affiliation de l'AAS en tant que membre d'un réseau social fait de droits et d'obligations mutuels.

L'objectif principal, selon ses concepteurs, est « d'équiper l'AAS des habiletés, valeurs, attitudes et ressources nécessaires pour adopter un autre style de vie qui soit significatif et satisfaisant pour lui personnellement et qui n'occasionne de mal à personne »⁴⁴. La force particulière du GLM c'est son parti pris pour l'histoire de la personne et pour le développement de son potentiel. Cela par conséquent accentue la continuité entre l'ancien moi délinquant et la construction d'un nouveau moi. La continuité se fait car, selon le GLM les valeurs de base du délinquant restent les mêmes, c'est simplement le sens à partir duquel elles sont sollicitées qui est différent. C'est notre engagement, associé à nos orientations en matière de vie qui définissent ce que l'on est, qui construisent notre identité et nous permet d'avancer dans la vie. Dans le GLM il y a ce respect à l'égard de l'histoire de chacun, en lien avec son milieu social, sa culture⁴⁵.

Sur un plan pratique une 1^{ère} phase va consister à identifier les enjeux cliniques impliqués dans leur parcours délinquant. En d'autres termes, les problèmes et les besoins criminogènes qu'ils présentent, de type distorsions cognitives, déficits d'empathie, difficultés sociales, gestion des émotions. Lors d'une deuxième phase, la fonction de l'agression ou du passage à l'acte va être établie à travers l'identification des éléments directement ou indirectement liés à l'abus sexuel. Ce travail devra informer le thérapeute sur ce qui est le plus important dans la vie de la personne, ce qui joue dans ses engagements. Cela est constitutif de son identité personnelle et est un moyen pratique d'éclairer la façon dont la personne se voit elle-même et dont elle voit le monde qui l'entoure. Sur un plan pratique, cela consistera notamment à identifier, de manière extrêmement détaillée des éléments de la vie de l'AAS (activités, expériences, centres d'intérêts, entourage, goûts etc). Cela peut passer par des questions précises sur les liens à l'égard des membres de leur entourage, ceux qu'ils admirent le plus, ceux qu'ils aiment le moins et pourquoi etc ; à qui aimeraient-ils le plus ressembler et pourquoi ? A qui n'aimeraient-ils pas ressembler et pourquoi ? etc. L'entretien doit dans tous les cas inclure des questionnements de type : qu'est ce que cela signifie pour vous ? En quoi cela est important pour vous ? Est-ce que cette importance change souvent ? Comment en êtes-vous arrivé là dans la vie ? Quelles stratégies ont le mieux marché, lesquelles ont moins bien marché ? Qu'est ce qui selon vous, vous a empêché d'aller où vous vouliez aller dans la vie ? Où aimeriez-vous être dans un délai de un an ? Dans 5 ans ? Dans 10 ans ? A partir de cette étape, l'intervenant doit avoir une bonne connaissance de ce qui a mené l'AAS à l'agression, son niveau de risque, ses lacunes ou déficiences en matière de conduite de vie et leurs liens (ou non) avec le passage à l'acte. Dans une troisième phase les valeurs fondamentales autour desquelles sont orientés ses choix de vie positifs doivent être identifiées et former le premier axe d'un plan de suivi (basé sur l'identification de ses goûts et potentiels savoir-faire). Dans la 4^{ème} phase la sélection de valeurs secondaires qui vont exprimer comment la valeur primaire peut être traduite dans un style de vie. Par ex le type de relations. Dans une 5^{ème} phase : l'environnement le plus adapté. 6^{ème} phase : le thérapeute construit un plan de « bonne vie » et indique les capacités et compétences requises pour avoir une chance de mettre ce plan en action. Un traitement est alors développé.

« Par rapport au « Good Life Model », on va faire en sorte qu'ils se projettent : qu'est ce que serait pour eux un idéal de vie ? Ça permet une articulation plus positive que le fait d'énumérer : « Voici vos facteurs de risque ! » Ici l'idée c'est d'arriver à dire : « moi, j'ai tel besoin au même titre que tout être humain, un besoin d'intimité, un besoin de reconnaissance au travail. » Et là, d'essayer de voir quels

⁴⁴ Ward T., Mann R E., Gannon T A., The good lives model of offenders rehabilitation : Clinical implications, *In* Aggressions and violent behaviour, n°12, 2007.

⁴⁵ *Ibid.* p. 94

moyens, qu'est ce qu'ils pourraient mettre en place de façon réaliste pour atteindre leur idéal. » (Un criminologue de l'Institut Pinel)

2-2 – D'autres apports de l'étranger

D'autres types d'orientations, assez significatives, prises en France depuis quelques années, trouvent leur source en Belgique et aux Pays-Bas. La première concerne l'usage de pratiques d'inspiration cognitivo-comportementalistes et criminologiques à partir de « guidances » ou suivi groupal sous forme de programmes à destination des auteurs d'agressions sexuelles dont on retrouve certaines traces en France du côté du travail social (pour ce qui est de la représentation de l'AAS en tant que délinquant, à l'instar des programmes de prévention de la récidive mis en œuvre par les SPIP). La seconde concerne une version avancée du « Good Life Model » mise en place aux Pays-Bas.

Une étude précédente⁴⁶ nous avait amené à présenter les pratiques d'inspiration cognitivo-comportementalistes mises en œuvre dans les années quatre-vingt par le CRASC (Centre de Recherches-Action et de Consultation en Sexo-Criminologie), en Belgique. Parce qu'elles constituent sans nul doute l'exemple le plus probant, le plus idéal-typique, en la matière, nous les incluons à nouveau dans cette analyse.

Pour F. Gazan, criminologue belge et fondateur du CRASC, il s'agissait d'implanter en Belgique, un modèle d'inspiration anglo-saxonne en la matière, quasiment inconnu alors dans ce pays. Centre de recherche et de prise en charge, le CRASC fonctionne comme un service externe, indépendant et donc ouvert à toute personne nécessitant de soins en la matière et qui en fait la démarche. Le pré-requis de la démarche volontaire et motivée est essentiel ici.

Un programme type est développé dans ce centre. Il s'articule autour de plusieurs axes:

- L'identification de situations critiques pour le passage à l'acte :

« le PIG » (Problem of Immediate Gratification⁴⁷). Il s'agit, par un travail de guidance de groupe, d'identifier les éléments précipitant l'agression (ils sont à la fois propres à chaque individu et communs à certaines catégories d'agresseurs). A travers cette guidance, l'individu devra être capable d'identifier les éléments *à priori* disparates dans son esprit, qui l'ont mené (et l'amèneront encore s'il ne prend pas les choses en main) au passage à l'acte. « Un des premiers apprentissages que doit donc faire le sujet est de savoir identifier son propre PIG, notamment : à quoi reconnaît-il son PIG ? Comment se comporte t-il ? Qu'est ce qui le rend agressif ? Que craint-il ? Qu'est ce qui le calme ? »⁴⁸. Certaines techniques sont également déployées dans le cadre de ce travail. Ainsi un examen pléthysmographique pénien (mesure objective de l'excitation sexuelle face à certains stimuli prédéterminés) peut éventuellement aider le sujet à mieux se connaître à cet égard ⁴⁹.

⁴⁶ Alvarez J., Gourmelon N. , *op cit*

⁴⁷ Sigle dont le renvoi au terme « cochon » en anglais est volontaire et non fortuit.

⁴⁸ Gazan F., Le traitement des délinquants sexuels : Etat de la question, Revue internationale de criminologie et de police technique, 2/ 1991, p. 210. L'essentiel des informations présentées ici sont extraites de cet article ainsi que de données de terrain.

⁴⁹ Il s'agit ici de demander au sujet de placer en privé un extensomètre autour du pénis afin que le technicien, situé dans une pièce séparée puisse prendre connaissance, grâce au graphique qu'enregistre le polygraphe, des réactions du sujet face à certains stimuli – diapositives, films, cassettes audio – stéréotypés. L'auteur précise ici que ce « thermomètre » de l'excitation sexuelle est d'un usage limité, mais utile. Il n'est pas à lui seul l'instrument de mesure d'une pathologie, il n'est que (mais est quand même) un des instruments utiles à l'établissement d'un diagnostic.

- Le développement de méthodes d'actions permettant de ne pas céder au passage à l'acte agressif : L'individu ayant intellectuellement, par auto-observation portée par le groupe, appréhendé son comportement au cours de la première phase de guidance, il lui reste à trouver les moyens pour agir face au PIG. Les méthodes employées ici sont essentiellement comportementalistes et cognitives et parfois médicamenteuses. Elles peuvent être utilisées en même temps.

Parmi les méthodes comportementalistes il y a ainsi :

- l'évitement : tel sera le cas du violeur qui évitera par exemple de prendre en charge une auto-stoppeuse
- l'échappement : il s'agit pour la personne de développer des méthodes d'échappement face à des situations dangereuses qu'il n'a pu éviter.
- le développement de comportements de compensation : le patient aura à apprendre à ce stade les attitudes ou comportements de dernières secondes aptes à lui faire garder l'équilibre, sachant que le PIG est proche de son apogée. Ces comportements pourront aussi bien consister en une masturbation qu'en un rapport sexuel avec un adulte consentant, fût-il une personne prostituée.

Les méthodes cognitives proposées sont :

- Parler : parler à voix haute introduit une distanciation entre la sensation sexuelle vécue et le passage à l'acte qui se prépare ;
- Envisager les conséquences : envisager la rechute, le sentiment de culpabilité. Passer en revue toutes les conséquences à long terme ;
- Imaginer la situation vécue : l'individu est appelé à s'auto-observer dans la situation d'agresseur ;
- Pratiquer l'une ou l'autre forme de « stop mental » : par exemple s'obliger à compter calmement jusqu'à mille, s'occuper l'esprit à autre chose.

Les méthodes médicamenteuses : par anti-androgènes prescrits temporairement pour aider le patient à trouver un peu de détente dans la gestion de ses pulsions, le temps qu'il soit à même de se maîtriser.

- Le réaménagement, plus en profondeur, du vécu de l'individu

« Le danger d'une rechute soudaine étant en principe écarté par l'apprentissage des techniques d'identification précoces du PIG et d'intervention à son égard, reste à résoudre les vrais problèmes, puisque les auteurs sont quasi unanimes à estimer que la violence sexuelle est bien davantage l'expression sexuée de l'agressivité que l'expression agressive de la sexualité »⁵⁰. Il s'agit ici de travailler en groupe le style de vie de l'individu (par ex : pousser un oisif à s'occuper) et réaménager son existence sur des points particuliers.

Ce travail se fait autour de plusieurs axes :

- La prise en considération de la chaîne des faits. Il s'agit pour le sujet d'être capable d'élaborer la chaîne des comportements objectifs antérieurs à une agression ;
- Les AID (Apparently Irrelevant Decision). Il s'agit d'identifier l'ensemble des actes apparemment sans liens avec l'agression et qui y sont tout de même liés ;
- L'intérêt pour les victimes. Il s'agit de ne pas faire oublier que les actes commis ont eu des conséquences pour des victimes. Si le contexte est favorable, des contacts sont pris avec des proches de la victime afin d'avoir de ses nouvelles voire étudier les possibilités de lui apporter une aide. Le patient sera amené à expliquer la scène de l'agression, vue cette fois sous l'angle de la victime ;
- La prise de conscience d'un filtre d'appréhension de la réalité et la correction d'interprétations erronées. Il s'agit d'apprendre au patient à rationaliser certaines pensées qui l'amènent à avoir une

⁵⁰ *Ibid.* p. 213

interprétation déformée de la réalité (par exemple interpréter son propre désir comme étant celui de l'enfant) ;

- Favoriser le recours à l'utilisation d'une matrice de décision. Il s'agit d'amener le sujet à établir des tables de décisions considérant ludiquement le court, moyen et long terme (par ex : envisager le passage à l'acte dans ses conséquences positives à court terme : plaisir immédiat ; dans ses conséquences négatives à court terme : sentiment de culpabilité ; dans ses conséquences positives à long terme, etc) ;

- Un travail en profondeur sur les importantes composantes narcissiques et de faible estime de soi. Bien que le travail en groupe soit privilégié, toute séance de groupe est suivie d'un bref entretien individuel avec les participants. Des séances individuelles sont également proposées à certains individus inaptes à travailler en groupe ;

- Le recours à l'usage de méthodes spécifiquement orientées vers des problèmes particuliers. Les méthodes employées ici sont généralement psycho-dynamiques avec recours régulier à l'examen pléthysmographique en tant qu'instrument objectif de mesure de l'excitation sexuelle. Il s'agit ici d'élargir le champ d'attraction sexuelle du patient à d'autres horizons que ceux qui produisent l'agression ; de diminuer la sensibilité sexuelle aux stimuli déviants. Des traitements spécifiquement behavioristes sont également utilisés comme le biofeedback et la punition signalée (une lampe s'allume lors de l'érection sur un stimuli déviant, ce qui signifie que le patient doit être à même de juguler celle-ci en un certain laps de temps faute de quoi il sera prié de respirer une bouffée d'odeur d'ammoniac ou de viande pourrie). Cette technique associée à un stimulus déterminé une sensation désagréable.

Soulignons que la Belgique, pas plus que la France, n'a réellement généralisée ces pratiques comportementalistes d'inspiration anglo-saxonnes. Le CRASC demeure à ce jour une expérience unique en la matière mais également isolée. Pour autant, l'adoption, notamment en France, de concepts comme celui de guidance, la généralisation de la technique groupale, du travail sur la « chaîne de l'agressivité », la mise en place des programmes de prévention de la récidive (PPR) par les SPIP témoignent bien d'une influence certaine de ces expériences importées du modèle anglo-saxon.

D'autres pratiques sont à l'étude aussi bien au Canada qu'aux Pays-Bas qui laissent envisager des modalités de gestion largement moins marquées sur le plan institutionnel et professionnel. Cela ne signifie pas, bien au contraire, un allègement du contrôle ou de la surveillance. Le principe (calqué sur des dispositifs mis en place antérieurement pour des schizophrènes), est celui d'une jonction entre le soin et la surveillance à partir d'un encadrement plus important de l'AAS, dans sa vie quotidienne, passée la phase d'incarcération.

Dans certains cas comme celui qui nous a été décrit au Canada, les professionnels sortent de leur cadre institutionnel habituel de pratique pour se rendre dans le lieu de vie de l'individu et l'accompagner dans la gestion quotidienne de ses différentes activités. Il s'agit en quelque sorte de « l'entraîner » à un mode de vie qui soit conforme à la société dans laquelle il vit.

«Le positive instructive community training.» : il y a différents modèles qui existent, mais l'idée c'est de bâtir un programme de traitement où le ratio intervenant - patient est... moins élevé. Ou c'est beaucoup plus pro actif. Quand quelqu'un manque un rendez-vous on le relance. On va chez lui, on l'aide à trouver un emploi, à s'insérer dans la communauté. Bref, on n'attend pas le patient dans sa clinique, au bureau ! Et puis s'il ne vient pas ben ! On passe au suivant ! Donc, c'est beaucoup plus...et ce modèle là, il s'est développé pour les schizophrènes, qui avaient plusieurs hospitalisations, qui avaient de la difficulté à intégrer la communauté. Et donc, c'est un modèle où c'est une équipe, souvent coordonnée par un psychiatre mais où il y a des éducateurs externes, des travailleurs sociaux et tout ça. Ils ont des réunions d'équipes pour discuter du programme de la journée. Donc, un système d'accueil d'urgence et tout ça.

C'est vraiment prise en charge globale multidisciplinaire. Cela a été construit aux Etats-Unis. Il y a beaucoup de programmes maintenant comme ça au Canada, mais pour les schizophrènes. Moi, je pense que ce modèle là devrait être produit pour les délinquants sexuels à haut risque de récurrence. Parce que les besoins sont à peu près les mêmes. Mais même ici au Canada, on n'en est pas là ! On a l'équipe multidisciplinaire mais la surveillance est séparée du traitement. Alors que, l'idée de parler de traitement intensif, c'est qu'il n'y a pas que la surveillance qui doit être intensive. Le traitement aussi doit être intensif ! Et donc, de vraiment coordonner tout ça pour que ce soit dans un angle de supporter le patient dans son insertion dans la communauté. Parce que...la communauté rejette ces patients là. C'est le syndrome : « pas dans ma cour ! ». Et donc, l'idée ce serait vraiment d'aller à contre courant de ça. Les délinquants sexuels plus ils vont peuvent s'insérer dans la communauté moins ils sont à risque de récurrence. » (Un criminologue de l'institut Pinel)

Des « cercles de soutien et de responsabilité » ont également été mis en place aussi bien au Canada (par les Services Correctionnels) qu'aux Pays-Bas (par les Services de probation). Il s'agit globalement de disposer des cercles de soutien composés de volontaires bénévoles sélectionnés et formés pour l'occasion. Parce qu'ils vivent aux alentours du lieu de vie de l'AAS, ces volontaires (la boulangère, un voisin...) constitueront le premier cercle de recours, si l'AAS en exprime la nécessité ou le besoin. En cas de défaillance ou de difficulté de ce premier cercle, un second cercle composé de professionnels est susceptible d'intervenir.

Nous n'avons pas analysé en profondeur les modalités d'importation, en France, de ces pratiques et dispositifs. Différents canaux y ont participé. L'Enap en est un indéniablement. Des présentations du CRASC par ses représentants belges ont régulièrement eu lieu à destination des publics en formation (CIP notamment) à la fin des années 90-début des années 2000. Le concept de guidance n'est ainsi pas inconnu des travailleurs sociaux en poste depuis plusieurs années. Les liens développés à cette époque entre le fondateur du CRASC et certains psychiatres français (lors de colloques notamment) participent à ces processus d'importation. L'influence enfin de certains psychiatres ouverts à ce type d'approches et les liens qu'ils entretiennent avec le politique encourage aussi l'intérêt pour telle ou telle pratique ou tel dispositif.

3 – La psychiatrie en milieu pénitentiaire auprès des AAS ou « l'idéal type » d'une pratique à risque⁵¹

3-1 Des frontières peu étanches

Ces évolutions étrangères centrées sur la gestion collective du risque de délinquance, ne sont pas sans implications sur la prise en charge des AAS en France, d'autant qu'elles s'avèrent largement portées par le politique. Si certains soignants mettent en œuvre des programmes de type cognitivo-comportementalistes et des dispositifs d'évaluation de la dangerosité, ils demeurent minoritaires ; les pratiques restent dominées par les techniques classiques de prise en charge sur la base des psychothérapies (individuelles ou groupales sous la forme de groupes de parole). Sans nier l'efficacité des méthodes canadiennes, une grande majorité des soignants en milieu pénitentiaire met en avant la

⁵¹ « L'idéal-type » doit être entendu comme un « modèle »

différence de contexte institutionnel (un cloisonnement plus important en France), l'histoire, les fondements culturels des pratiques (notamment les équipes pluridisciplinaires quasiment inexistantes en France) et les différences de moyens, qui ne permettent pas, selon eux, le transfert pur et simple de ces expériences.

« En France, on a un système de Santé, depuis 72 en prison, sous l'égide d'une équipe qui est une équipe de Santé. Qu'est-ce que l'on va aller chercher au Canada ? Que l'on se nourrisse de l'expérience des autres, certes, mais le Canada, c'est une culture pragmatique nord-américaine, nous ne sommes pas la même culture ! » (Un psychologue, responsable d'un Centre Ressource)

« 420 détenus dans notre centre de détention, 380 à peu près auteurs de violences sexuelles, hein ! Ce n'est pas Pinel ! Ce n'est pas Pinel ! C'est-à-dire qu'on n'est pas dans le soin toute la journée, on n'est pas dans une dynamique du soin, hein ! » Pinel, il y a un programme, il y a des modules dans la journée ! Hein ! On est là-dedans ! Ici, on est, en général, à une demi-heure de thérapie au mieux dans la semaine ! Sinon c'est dans les 3 mois, sinon dans les 2 mois, on n'est pas dans le même programme ! ». (Une psychiatre dans un SMPR)

Si ces évolutions, en terme de dispositifs, n'ont pas encore beaucoup d'implications concrètes dans le champ de la psychiatrie en milieu pénitentiaire, elles en ont ailleurs, notamment on le verra dans le champ socio-éducatif. Insufflées par le politique, dans un contexte fortement marqué par les questions de sécurité, relayées par les médias au moment de certaines « affaires » de pédophilie, leur esprit même, à travers l'idéologie gestionnaire et pragmatique qu'elles véhiculent, participe néanmoins, de plus en plus, de certaines remises en question et d'une fragilisation des équipes psychiatriques en milieu pénitentiaire (SMPR). Beaucoup de psychiatres témoignent ainsi d'une pression plus importante dans le cadre de leur travail. Cela peut aller de l'évocation d'un climat général diffus à l'énonciation de changements concrets en terme de pratiques.

« C'est très pesant, parce que nous sommes quand même sous la commande publique, il ne faut quand même pas l'oublier. Moi j'ai un budget quand même important et je suis sous la commande publique et donc je fais avec cette commande publique. Mais qu'est-ce que je fais exactement comme travail aujourd'hui ? Je passe mon temps à expliquer ce que je fais ! » (Un psychologue, responsable de Centre Ressource)

« Depuis un an, j'ai eu trois fois le Ministère de la Santé. Deux fois le Ministère de la Justice. Qui viennent vous interroger sur vos pratiques. Bon, au bout d'un moment, ça lasse ! (...) C'est beaucoup plus pesant aujourd'hui que ça ne l'a été auparavant. Même dans nos rapports avec l'administration pénitentiaire, nos rapports avec la Justice. Moi, j'ai connu des temps où on se croisait avec des Juges d'Application des Peines, on se rencontrait, on pouvait discuter un petit peu du rôle de chacun. Sans parler de nos patients, des... Mais de quelle orientation on pourrait prendre en commun pour faire en sorte que la sortie soit de meilleure qualité. Ou que des aménagements de peines soient plus pensés en amont. Je trouve qu'aujourd'hui, on est chacun de notre côté, chacun avec les pressions de son administration. Et puis au milieu de ça, on a des hommes, parce que ce ne sont que des hommes. On a des hommes qui ne voient pas poindre l'aménagement de peine » (Une psychiatre d'un SMPR)

« Avec une sorte d'intrusion qui est là... permanente. C'est un peu paradoxal parce que c'est presque plus léger quand je travaille avec les patients qui sont sortis. Voilà ! Parce qu'on est tous les deux, on s'organise comme ça. Alors que ceux de l'intérieur... Peut-être que ça devrait être le contraire, je ne sais pas. Alors qu'il y a beaucoup plus de risque dehors. Il y a beaucoup plus de risques de

détérioration, de quoi que ce soit. Mais j'ai l'impression d'être parfois beaucoup plus léger (...) J'assume tout seul. Voilà ! Alors, que si je me mets la pression, c'est moi. Mais maintenant l'intrusion est permanente. Quand... j'ai un patient qui n'est pas venu à la séance, alors qu'il vient régulièrement tous les 15 jours, il n'est pas venu. Tous les patients ont mon numéro de portable. Ils m'appellent quand ça ne va pas. C'est dans le contrat. Là non, je m'en suis inquiété, je l'ai appelé. Mais je l'ai appelé parce que ce n'est pas.....dans ma tête, c'est que j'ai tellement de pression quand je travaille en établissement sur les choses comme ça, que j'arrive à me mettre la pression sur moi. Sur mon travail à l'extérieur. Vous voyez ? On est arrivé un petit peu à une situation schizophrénique ». (Un psychologue d'un SMPR)

Ce contexte exprimé par une large majorité comme difficile tend à faire voler en éclat le compromis (fragile) à l'origine de cette psychiatrie en milieu pénitentiaire. C'est précisément cet équilibre entre les missions traditionnelles des deux administrations concernées (le soin pour la Santé; l'application de la peine et le suivi social pour la Justice) et aussi la marge de manœuvre laissée aux professionnels impliqués qui semble ne plus fonctionner. Si le soin proprement dit se voit remis en question via l'introduction de certaines pratiques à visées comportementalistes, la peine tend aussi, pour ces professionnels, à perdre de son sens dans une configuration marquée par un accroissement du nombre de cas-limites, mi-délinquants, mi-malades ou déficient mental. En rendant les prises en charge plus complexes, ces évolutions pèsent sur la marge de manœuvre des soignants.

« Moi je me dis ça ne marche plus. Je suis un peu écoeurée. Je n'ai pas l'intention de faire des vieux os là dedans parce que si c'est pour fonctionner comme ça. Déjà travailler en prison ce n'est pas facile, c'est difficile. On a la pression de l'administration pénitentiaire, les clients ne sont pas commodes. On n'en finit pas d'avoir la pression de partout, d'avoir du stress, de travailler quand même dans des lieux pas simples donc, ça va quoi ! (Une psychiatre, médecin chef de SMPR)

Ce malaise s'accroît d'autant plus qu'un effet de brouillage s'instaure entre la prise en charge sanitaire et la prise en charge socio-éducative menée par les Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (SPIP) via notamment la mise en place des programmes de prévention de la récidive (PPR)⁵². L'implication des CIP dans ce type de dispositif, leur investissement dans une forme de prise en charge à visée criminologique, l'usage de concepts et d'outils similaires à ceux utilisés en psychiatrie (le « passage à l'acte », la mise en place de « groupes de parole »⁵³...) tend à estomper les frontières entre ces deux domaines de pratique. Ces déplacements professionnels ont pour autre conséquence l'émergence d'un espace vacant, celui du « travail social » ou de « la réinsertion » proprement dit – pourtant indispensable à la réussite du soin.

« On s'aperçoit de plus en plus que les CIP sont dispersés, distraits de cette activité de fond, et c'est ça qui permet aussi de mettre un lien, qui met aussi et qui relance un petit peu des lois et un espace, qui est l'espace des réalités, réalité humaine, réalité sociale. Et tout ça au profit d'une option qui est « prévention de la récidive », dont on voit très bien la complexité et les difficultés. Il y a cet espace qui est vide c'est l'assistance sociale, c'est-à-dire connaître l'individu, prendre en charge un individu sur le quotidien, sur la contingence, et cet espace là, il est abandonné. On voit de plus en plus, de CIP qui nous disent : « On n'a pas le temps, on ne peut pas faire ça, on ne fait plus ça et on ne fait pas ça ». Et moi, quand je suis arrivé ici j'ai renoncé au projet de recrutement d'une assistante sociale, parce que, j'étais un peu, je dirais, dans une sorte d'idéalisation ; il y avait un champ social, donc je me disais : « Ce n'est pas la peine qu'on multiplie les acteurs sociaux, c'est, bien sûr, aux CIP de s'intéresser à l'individu, à ses

⁵² Nous y revenons dans le détail dans le 2^{ème} chapitre de cette première partie.

⁵³ Si le terme est moins usité aujourd'hui, la notion de « groupe de parole » a bel et bien préfiguré les actuels Programmes de Prévention de la Récidive.

relations, ses moyens, sa famille, son boulot etc. et finalement c'est là où il y a du travail et ce travail n'est pas fait. Donc je me retrouve, moi, à réinterroger la question du social alors que cette question devrait être investie totalement. Mais que faire ? Par contre, ils sont sur un espace criminologique hyper complexe qui est pluridisciplinaire dont on ne voit pas très bien comment ils vont s'en saisir mais c'est un mot qui nous vient des Etats-Unis, d'Amérique du Nord, du Canada, qui est flatteur, qui recoupe parce qu'on est dans le champ de différentes disciplines, qui recoupe largement le chantier co-dynamique donc avec des confusions aussi d'ordre pratique, aussi dans les outils. Donc, voilà ! Moi si j'ai quelque chose à dire au final, c'est : « réintégrez, réinvestissez le champ social classiquement et je pense que l'on fera un bon boulot. » (Un psychiatre, médecin-chef d'un SMPR)

Le soin est généralement et logiquement convoqué par ces professionnels pour marquer la différence avec toute autre forme de prise en charge mise en place à l'extérieur. Mais dans un contexte de marquage d'une vision en terme de « santé mentale », l'affirmation de cette spécificité institutionnelle ne va pas de soi. De fait, c'est aussi de l'intérieur que le champ se voit fragilisé. Comment réaffirmer une définition et des limites du soin dès lors que, par souci originel d'ouverture, et dans un contexte de compromis institutionnel et politique, aucune pratique n'a été posée comme devant prévaloir sur les autres⁵⁴ ? Dès lors que ce champ se voit soumis à des évolutions exogènes (l'influence de l'étranger, d'une politique de santé mentale, d'une nouvelle génération de psychiatres-psychologues, des déplacements des CIP) qui lui sont en partie constitutives dès l'origine ?

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. En témoignent la dénommée Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Aggressions Sexuelles (l'ARTASS)⁵⁵ et des modalités de rencontres telles que le Congrès International Francophone sur l'Aggression Sexuelle (CIFAS). Ce paradoxe qui fonctionnait relativement bien jusqu'à présent, puisque utilisé dans un cadre restreint de « l'entre-soi » (le fait de travailler sur ces questions dans le cadre d'un réseau restreint) 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.

Globalement, le soin se déploie aujourd'hui dans un éventail qui va de la relation psychothérapeutique individuelle ou groupale (les groupes de parole) à l'application de programmes thérapeutiques. Pour plus de clarté, nous avons fait le choix ici de présenter deux modalités de soins telles qu'elles sont développées dans deux SMPR différents, significatifs des mouvements d'ensemble.

Soulignons tout de même, que le soin revêt ici une forme particulière plus proche, dans une majorité de cas, d'une perspective en terme de maladie chronique. Dans cette perspective, le soin est aussi une forme d'accompagnement qui implique, pour être efficace l'adhésion, au long cours, du patient.

« On ne va pas décréter : début de la maladie, signes cliniques, phase d'état, évolution, c'est plus compliqué que ça ! C'est pour ça qu'il faut des accompagnements. En même temps il y en a... je ne dis pas qu'il ne faut pas les accompagner hein mais ce que je trouve un peu insupportable, c'est de laisser croire aux gens que l'on peut...Pfft... que l'on peut les soigner, Moi, je dirais mieux, on peut accompagner. On peut les soigner peut-être mais oui ! Certains, le père incestueux qui est venu en prison, on sait très bien que cela le calme ! Hein ! C'est quand même les moins récidivants. Les plus

⁵⁴ L'une des recommandations de la Conférence de consensus de 2001 sur la question posait la nécessité du « maintien d'une diversité des approches »

⁵⁵ L'Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Aggressions Sexuelles créée en 1996.

récidivants ce sont les exhibitionnistes ! Bon, on ne les a pas ici la plupart du temps. Mais le serial violeur ? Celui là, vous n'allez pas l'amener dans les soins, le grand prédateur, celui là, il va faire sa carrière, hein ! C'est vrai ! Quand même ! » (Une psychiatre, médecin-chef d'un SMPR)

Le premier type de pratiques, largement majoritaire au sein des SMPR français prend ouvertement appui sur l'histoire du champ et ses fondateurs tels que C. Balier⁵⁶. Elles constituent à ce titre les fondamentaux de la clinique auprès des AAS.

« Moi, c'est ce que nous a appris Claude Balier, c'était le minima, le minima. Etre présent à la relation, être toujours là présent. Un socle dans lequel, et non sur lequel, dans lequel on pouvait s'appuyer. Ça, c'était important. Je ne crois que qu'il faut revenir sur les fondamentaux. (...) Effectivement de temps en temps, je me dis qu'il faudrait que je leur passe les cassettes de l'ARTAAS. Même aux professionnels qui y travaillent. Pour qu'ils puissent se poser des questions, des questions fondamentales, voilà ! » (Une psychiatre d'un SMPR)

Schématiquement, le soin se déroule ici selon une certaine progression : un travail d'incitation aux soins dans un premier temps, partant d'un rendez-vous proposé en individuel ou en groupe selon les établissements. Ce rendez-vous constitue le préalable à l'entrée dans le soin.

Déjà au groupe d'information, ça n'a l'air de rien mais on a des sketches, certain, il faut les contenir, ils sont là « qu'est-ce que c'est ? C'est scandaleux ! (...) Après, il faut quand même qu'ils viennent nous dire : « je demande un soin. » » (Une psychiatre, médecin-chef d'un SMPR)

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 ici pour ce faire, qu'ils s'agisse du DSM IV (outil américain de classification des troubles mentaux) ou de grilles d'évaluations tels que le QICPASS (Questionnaire d'Investigation Clinique Pour les Auteurs d'Aggressions Sexuelles) ou encore le HCR-20 (guide d'évaluation du risque de violence)⁵⁷. L'usage de telles méthodes nécessitant des compétences particulières (dans la conduite d'entretiens cliniques, dans le diagnostic des troubles mentaux et plus globalement comme cela est indiqué dans l'introduction du guide HCR-20 en matière de « travaux de recherche sur la nature, les causes et le traitement de la violence »)⁵⁸, les psychiatres et les psychologues sont chargés de ces évaluations. Elles visent à cerner la problématique de chaque individu dans le but d'une orientation thérapeutique adaptée.

« Alors le psychologue, il analyse comme il veut. Et nous on fait, ce que l'on appelle un mini, vous savez, un mini DSM4 et bon ! Voilà ! Le but du jeu pour nous psychiatre, c'est d'éliminer, de repérer les pathologies, si c'est vraiment une pathologie ou pas puis de voir aussi s'il y a un trouble de la personnalité vraiment marqué. Par exemple une personnalité antisociale, on sait qu'on va... Bon ! Voilà ! Mais... et puis surtout, on ne va pas passer non plus à côté d'un trouble anxieux gravissime ou qui va nécessiter du soin, c'est l'idée aussi, qu'avant de se lancer, d'aller embarquer des gens, qu'on soit sûr que... Il ne faut pas s'occuper d'un autre problème avant, c'est-à-dire, s'il est gravement déprimé, s'il a

⁵⁶ Histoire du champ que nous développons notamment dans notre premier rapport sur la question paru à la Documentation Française. Alvarez J., Gourmelon N., *op cit*

⁵⁷ Comme le QiPASS le HCR-20 est une méthode d'évaluation clinique du risque de violence et de récurrence reposant sur l'exploitation d'informations issues d'entretiens avec l'individu concerné. Le HCR-20 est l'outil le plus utilisé en Europe. Il résume des informations sur le passé du patient, sur son présent (appréciation clinique) et son avenir en tant qu'il peut être prévisible.

⁵⁸ HCR-20 : Evaluation du risque de violence, The mental Health, Law et Policy Institute, Université Simon Fraser, Copyright 1997 ; p.14

une phobie sociale du feu de Dieu, si... Enfin, vous voyez ? Le but après c'est de les faire travailler en groupe et tout ça, il faut quand même qu'ils puissent le supporter donc c'est aussi, pour nous donner une idée un peu, voilà ! Et surtout, on ne va pas prendre les schizophrènes en amont. Si le type, il a un contact avec la réalité un peu délirant, on ne va pas aller l'embarquer dans un groupe de paroles où il va délirer, où il va... Vous voyez ? Il y a un minimum quoi ! Voilà ! Donc on fait ça et après donc, on les évalue et on fait une synthèse. Donc après, on fait le travail, bon, on dit non, celui-là il ne va pas pouvoir venir en groupe, untel si on le met en groupe, on va voir un peu etc ». (Une psychiatre, médecin-chef d'un SMPR)

Une deuxième étape vient finaliser en quelque sorte l'évaluation. Elle se fait notamment à l'aide d'un outil spécifique, le « Qu'en-dit-on »⁵⁹.

« Et dans un deuxième temps, on utilise le jeu ! On s'est rendu compte que ça finalisait un peu l'observation. Alors le Qu'en-dit-on, on fait toujours ça à deux, donc soit le psychologue, soit le médecin, même deux ou trois. On note toutes les réponses sur des feuilles et tout ça on le fait donc pendant six semaines, on fait tourner ça pendant six semaines. Au début on pensait qu'on allait commencer la thérapie comme ça et en fait non. On s'est rendu compte que ça nous finalisait vraiment la manière dont ils vont se positionner, alors on fait ce travail là ». (Une psychiatre, médecin-chef d'un SMPR)

L'importance de ce type d'évaluation est ici soulignée à travers le qualificatif de « professionnel » qui sous tend la nécessité de compétences tout à fait particulières pour ce faire. S'il se dégage ici une spécificité de l'AAS, elle ne se situe pas dans l'acte commis, mais dans le fait que l'on peut trouver parmi ces patients un certain nombre de comportements qui, pour être appréhendés justement, nécessitent des connaissances et savoirs-faire spécifiques.

« C'est notre métier. On est des professionnels, on vient voir, on va repérer, donc on fait ça et on note les choses pour chaque patient, on note tout et on repère pour chacun, on repère pour l'ensemble du groupe les cartes qui ont posé problème et on repère pour chacun là où ils vont être en difficulté. On n'est pas formé pour prendre en charge des délinquants ou les voleurs de téléphone ou voyez ? Cela va venir, remarquez. Moi, je le crains. Par contre... il faut former les gens. Donc nous, on a tout un travail d'encadrement avec l'équipe parce que bon, ils ne savent pas faire. On a des tordus quand même, des pervers. On est obligés de faire du travail de synthèse quelquefois chez un type très compliqué qui pose problème et on travaille tous ensemble et on voit bien qu'on ne peut surtout pas travailler tout seul, il faut travailler en groupe et qu'il faut aussi intellectuellement réfléchir à ce que l'on fait et on doit envoyer aussi les gens en formation, faire de la psychopathologie un peu de base. Il faut former les gens, même pour les entretiens, il faut former les gens. Parce que même quand ils ont des ...et puis on doit les former aussi à des pratiques de groupe... pour gérer un groupe, pour le maîtriser. »(Une psychiatre, médecin-chef d'un SMPR)

⁵⁹ Cf notre précédente recherche : Alvarez J., Gourmelon N., op. cit, 46 Le « Qu'en dit-on » se présente sous la forme d'un jeu de 60 cartes illustrées réparties en 6 thèmes identifiés par des couleurs différentes. Tous ces thèmes traitent du lien social à travers diverses situations : la circulation routière, la responsabilité parentale, les conduites addictives, la violence, la sexualité, la femme. Chacun des thèmes évoquant une situation relationnelle ambiguë (par exemple : « elle sort de son bain, elle est nue, on sonne à la porte » ou encore « il confie sa fille à des copains pour une soirée », etc...). Une échelle de valeurs est constituée de 4 affichettes allant de « l'acceptable à l'interdit par la loi », en passant par le « discutable » et le « non acceptable ». Un dé à six faces de différentes couleurs correspondant aux couleurs des cartes indique au joueur dans quel tas il doit piocher. Le jeu proprement dit se déroule comme suit : chaque joueur jette le dé et pioche la carte de couleur correspondant. Il la lit puis la pose sur l'affichette de l'échelle de son choix, en argumentant sa décision. Les autres participants sont alors invités à réagir, dans le respect d'un cadre fixé par le ou les animateurs.

La suite du « Qu'en-dit-on » consiste en un compte-rendu individuel auprès de chaque personne visant à proposer une entrée dans le soin ou à la différer par manque de mobilisation psychique. Démarre alors la thérapie proprement dite en individuel et en groupe de parole. Ce dernier, qui peut donner l'apparence d'une simple discussion de groupe demande en réalité une attention et une capacité d'analyse et de compréhension extrêmement soutenues.

« Là on a fait un groupe de paroles où là, c'est le psychologue et moi et là, on est dans le vif du sujet. C'est un groupe de parole thérapeutique. C'est-à-dire qu'on prend des gens qu'on a remarqué, qui étaient capable d'élaborer, qui étaient capable de se remettre en cause, qui étaient capable de vouloir faire un travail et qui étaient suffisamment aussi capable de tenir psychologiquement pour faire un truc. Et là, on a commencé à regarder un peu, les laisser parler, dire un peu ce qu'ils avaient à dire, alors ils sont allés chercher leur histoire un peu personnelle d'enfance, mais on drive un peu. Tout ce qu'il dit là, ça ne sort pas de là, etc. etc. Et puis on drive un peu. C'est-à-dire qu'avec nos collègues on fait à chaque fois un petit débriefing et on a repéré des problématiques à un moment donné, on va driver des choses en disant : Mais tiens, il nous a semblé que vous avez par exemple parlé de ça, il me semble que c'est un problème. Alors les problèmes traditionnels que l'on va traiter c'est les problèmes de l'altérité et après, en fonction des gens c'est toujours la même chose, la relation à l'autre, le rapport à l'autre, vous voyez ? Après, bon ! Ben ! La place de l'enfant et de l'adulte, le truc classique. Mais on drive quand même, c'est-à-dire qu'à un moment donné on va les faire travailler sur... Des fois, ils sont tordus, on voit bien qu'ils sont dans des confusions, ils ont des confusions des plaintes, ils sont dans des confusions de rôles, l'enfant, l'adulte, ils attribuent des choses à l'enfant... enfin ! Bon ! Le truc classique des délinquants sexuels. Donc on drive un petit peu mais on les laisse aussi. » (Une psychiatre, médecin-chef d'un SMPR).

Le second type de pratiques que nous souhaitons mettre en relief se distingue du premier par le fait tout d'abord que, en se référant au modèle canadien, il inscrit ouvertement sa mission de soin dans le cadre de la prévention de la récidive .

« Je pense très clairement qu'il faut s'impliquer là-dedans, voilà ! (...)Je pense qu'on doit s'impliquer plus fortement que ça, ça fait partie de la santé de la personne, de sa capacité ou pas à passer à l'acte et en tant qu'acteur de soin, se substituer aux autres acteurs sociaux. On est directement impliqué là-dedans et ce n'est pas une idée géniale de moi. Au Canada, ça fait longtemps qu'ils ont des groupes qui s'appellent « prévention de la récidive », ce sont des aides soignants qui les portent, je suis désolée ! » (Une psychiatre, médecin-chef de SMPR)

Il se distingue aussi par sa formule systématisée (à travers l'application d'un programme déterminé limité dans le temps) et extrêmement large sur le plan des techniques susceptibles d'être utilisées.

« Je suis psychiatre et donc, j'ai toujours été avec une valise où dedans, j'ai des médicaments, j'ai les camisoles, j'ai les électrochocs, j'ai la psychothérapie, j'ai l'écoute analytique, j'ai le cognitivo-comportementalisme et... Je veux dire, je n'ai honte d'aucun élément qui compose le soin, parce que s'il faut avoir peur ou honte d'un soin, c'est que ce n'est pas un soin ! Moi, je pense cela ! Si on a peur ou honte de l'isolement ou bien de la camisole... Heu ! Alors, ce n'est pas un soin ! Alors, il ne faut pas dire : « j'y ai recours le moins possible ! » car cela ne veut rien dire ! Ou c'est indiqué, ou ce n'est pas indiqué ! Et quand c'est indiqué, ou on le fait éthiquement et c'est un vrai soin, donc c'est un mieux, ou bien il ne faut pas le faire ! Je pense qu'on a une... Moi, je ne suis pas d'accord avec les abords du genre « je le fais le moins possible. » Ça veut dire quoi ? Ça veut dire qu'on fait du mal ! Si on fait du mal, il ne faut pas le faire du tout ! » (Une psychiatre, médecin-chef d'un SMPR)

L'alignement résolu de ce type de pratiques sur la notion de dangerosité engage également une conception particulière des lieux où se déroule le traitement (qui ne font pas, ailleurs, l'objet d'aménagements particuliers).

« Moi quand je suis arrivée j'ai vu ici des tas d'erreurs. Ce qui fait que le patient est à la fois mal, quand on parle près de lui. On ne va pas se mettre à deux centimètres du patient, quand on le sent à cran. On enlève les stylos... Moi je pense que l'état dangereux, il est réel. Donc, on le repère et on travaille de façon adaptée professionnellement. Quand je suis arrivée ici, j'ai vu, on voyait le patient, il y avait une table basse, il avait des trucs collés au mur. J'ai dit « Vous me débarrassez tout ça ». Je ne reçois pas les patients avec une table basse qui voltige. Ce n'est même pas la peine d'y penser. Je ne reçois pas le patient autour d'une table basse. Les rôles ils sont carrément fixés. Il y avait les productions des patients au mur, des dessins des patients. J'ai dit « vous enlevez tout ça là, on n'est pas à l'école maternelle ». Ici, c'est un lieu professionnel. Tout le monde met la blouse. Personne ne mettait la blouse. Voilà. J'ai dit « vous mettez tous la blouse ».(...)C'est, comment dire, on a une représentation de notre profession. On doit représenter notre profession. Et si un patient est dangereux, c'est un symptôme clinique, il n'y a pas à culpabiliser de ça et à faire comme si ce n'était pas ça, parce que si on le dit, ça veut dire qu'on est méchant. C'est un symptôme clinique, la dangerosité. Moi je suis très à l'aise avec ça. » (Une psychiatre, médecin-chef d'un SMPR)

Là aussi, une évaluation précède l'entrée dans le programme. L'équipe rencontre les AAS présents au sein de l'établissement afin de leur proposer l'entrée dans le programme. D'emblée certains cas sont écartés.

« On s'est dit il faut une homogénéité des profils, on va prendre que des condamnés parce qu'on va partir sur l'idée qu'il faut que la défense judiciaire soit terminée pour que la parole soit plus libre ; on va pas prendre de déficitaires, on va pas prendre de schizophrènes voilà, on va partir sur ce projet là. » (Une psychiatre, médecin-chef d'un SMPR)

Le programme de soins d'une durée de six mois se déploie sur 3 périodes : une période d'observation, une phase de mobilisation et une phase enfin de changement. Chacune de ces périodes renvoie à des objectifs différenciés (ainsi trouve t-on en phase 1 un travail sur les territoires et les limites et un travail de responsabilisation ; en 2 un travail sur la prévention de la récurrence ; en 3 un travail sur la sanction et la réparation). Les moyens pour parvenir à ces objectifs font à chaque fois intervenir trois types de professionnels auxquels renvoient des outils spécifiques : les psychologues appliquant les TCC⁶⁰, les infirmières le relationnel plus classique, les psychiatres l'approche plus psychothérapeutique voire psychanalytique. En première période par exemple, dans le cadre d'un travail sur les limites, le psychologue traitera des habiletés sociales, l'infirmière de l'hygiène (qu'est ce que l'hygiène, les notions de propre et de sale etc.), le psychiatre-psychanalyste enfin se centrera sur les émotions et leur gestion. Au terme de ce programme, une évaluation est à nouveau réalisée. Le patient peut éventuellement, s'il le souhaite et si cela lui est proposé, entamer une psychothérapie en individuel cette fois.

Une spécificité forte par rapport au premier modèle de pratiques réside indéniablement dans une division des tâches professionnelles. Qu'il s'agisse du psychologue, de l'infirmière ou du psychiatre, chacun participe, différemment, de sa place et en fonction de ses compétences, au traitement. De façon plus générale, l'établissement pénitentiaire est aussi ouvertement convoqué dans cette participation aux soins, ce qui constitue une autre particularité de ce modèle. Il en découle une vision du secret médical qui est loin d'être partagée par l'ensemble des soignants en milieu pénitentiaire.

⁶⁰ Thérapies Cognitivo-Comportementales

« Le secret médical, cela ne veut rien dire, vous savez... On en parle encore, mais cela ne veut rien dire ! Il y a le secret professionnel partout ! Les médecins ont le leur et il y en a d'autres qui en ont d'autres.(...) Le secret professionnel, on y tient évidemment et on est tout à fait dans la réflexion sur l'échange, l'information à caractère organisationnel, ça on y est à 100% ! Ici le groupe de travail c'est aussi un groupe où il y a le gradé... On se dit comment travailler, on renvoie des choses, si on veut parler un petit peu de ce qui s'est passé.(...) Et on a une réunion ici avec le Directeur, le gradé et puis l'équipe de soins, sur tous les patients! Alors, on ne va pas raconter ce qui se passe, mais sur les problèmes éthiques : « qui sait qui sort ? Qui sait qui rentre ? Est-ce qu'il y a des problèmes de comportement dont on peut parler ? Est-ce qu'il y a des messages à faire passer ? Celui-là, il doit être doublé, celui-là, il faut faire attention ! Celui-là, il est auto-agressif... . On ne revient pas en détail sur le suicidaire mais, on présente les problématiques auto-agressives ou suicidaires donc à ce moment-là, il est doublé, il y a des contres-rondes... Vous savez, enfin ! Toutes ces techniques pénitentiaires parce que, si vous voulez, c'est quand même très intéressant de voir que les techniques pénitentiaires... Heu ! On les utilise en technique de soins ! Quand on demande une contre-ronde, il faut quand même faire attention, parce que l'on signale que quelqu'un est auto-agressif ou suicidaire ! Quand on dit qu'une personne doit aller dans la cour de promenade seul, parce qu'il est encore un petit peu fragile, c'est qu'il y a des problèmes, sans doute, d'hétéro-agressivité que l'on signale... Il faut signaler les choses sinon, ce n'est pas intéressant... Moi, je signale qu'une personne a l'impression qu'on lui veut du mal, c'est pour ça qu'il vaut mieux qu'elle soit seule encore en promenade, bon ! Ben ! Ça veut dire qu'il délire... » (Une psychiatre, médecin-chef d'un SMPR)

3-2 Le cadre comme base de la thérapie

Il est aujourd'hui relativement fréquent en France, d'entendre opposer au soin psychothérapeutique à moyen et long terme, une forme de pragmatisme, ancré dans la réalité, à court terme et dont les effets immédiats seraient immanquablement plus efficaces. Le modèle de la gestion des risques et, à travers lui, celui de la prévention de la récurrence tel qu'il est porté par le politique participe largement à cet état de fait. Traversé lui aussi par ces logiques, le champ psychiatrique n'est pas exempt de tensions à cet égard. Un discours s'y fait parfois entendre, dont les composantes telles que l'urgence à agir, la nécessité d'une vision a-théorique du problème au profit d'un interventionnisme appuyé signalent bien la nécessité d'une focalisation sur les exigences posées par une vision en terme de risques, qu'ils soient réels ou supposés (la « dangerosité »). Dans ce contexte l'intervention tend à se resserrer autour de projets déterminés, des supports conceptuels systématisés (des « programmes »), spécifiquement outillés (au moyen des TCC par exemple), aux finalités aisément identifiables. Ce mouvement enclenché vient en retour appuyer l'obsolescence, le non-sens voire (par un effet de contamination des risques) la dangerosité de certaines pratiques ou façon de faire plus anciennes. Une suspicion s'installe à l'égard de tout ce qui se rapproche un peu trop d'une démarche réflexive et théorique, perçue comme antinomique de l'action, de l'efficacité, de la rationalité. L'inconscient en somme serait presque en passe de devenir politiquement incorrect, pour reprendre le titre d'un ouvrage récent : « On voudrait bien (...) se débarrasser de ce gêneur qui trahit l'idéal de contrôle et de prévention promu par le discours scientifique, discours face auquel la psychanalyse a des allures de plus en plus « has been »⁶¹. Cette différenciation des pratiques est d'autant plus étonnante qu'elle n'apparaît pas comme telle au Canada par exemple, berceau de la prévention de la récurrence. Par ailleurs, à y regarder de plus près, l'explicitation de la prise en charge des AAS par les psychiatres eux-mêmes témoigne d'une forte cohérence, voire d'une analogie pourrait-on dire avec le social dans le sens où elle n'apparaît pas comme étant déconnectée des réalités mises actuellement sur le devant de la scène (en terme de nécessité de traitement par exemple mais

⁶¹ Floc'h I., Pellé A., L'inconscient est-il politiquement incorrect ?, Paris : Ed Erès, 2008, p. 8

aussi de lutte contre la récidive). L'explication la plus plausible de ce paradoxe nous semble résider dans le fait que ce type de pratiques et de connaissances ne coïncide tout simplement pas avec les attentes immédiates d'une pensée en terme de dangerosité telle qu'elle existe aujourd'hui en France. En écho aux analyses de M. Douglas⁶² on peut dire que l'attrait de tel ou tel type de connaissances ne dépend pas tant de ses qualités intrinsèques que de leur incidence sur la vie de tous les jours. La pensée ici ayant plus à voir avec l'action qu'avec la représentation générale du problème. Ainsi certaines critiques qui peuvent être faites à l'encontre de la clinique auprès des AAS a plus à voir avec le fait qu'elle n'est pas immédiatement soluble dans l'action, que dans sa cohérence et son efficacité propres. En témoigne notamment (nous le verrons) l'emprunt de plus en plus répandu de son discours à des fins de légitimation.

Pourtant, plusieurs éléments témoignent d'une certaine cohérence ou logique de cette approche clinique au regard de ses objectifs propres comme de certaines attentes politiques et sociales telles qu'elles se manifestent à travers les demandes fortes de mesures visant à lutter contre la récidive.

Le passage à l'acte par exemple, dans sa mécanique toute entière, apparaît au cœur de la pratique. Placé au cœur du sujet (la façon dont cet individu se perçoit et se réclame d'une trajectoire) et non pas uniquement en tant que acte délinquant, il apporte un éclairage sur son histoire et devient matière à un travail de reconnaissance de lui-même. Le passage à l'acte est, dans ce contexte, bien plus qu'un acte criminel.

« Nos actes, ils ont une histoire, on le sait très, très bien. Tous les actes que nous faisons, nous les avons appris. (...) Et tout acte que nous faisons engendre un mécanisme extraordinairement complexe. C'est d'abord un schéma, une histoire. La construction d'un schéma corporel, un circuit neuro-moteur et aussi un circuit de représentation (...) On est face à un système qui déborde et à ce moment là l'acte, c'est, c'est ce qui, c'est le faux-col, c'est ce qui déborde ». (Un psychologue dans un Centre Ressource)

« Le passage à l'acte, c'est : j'existe, quand même. Je me sens en train de mourir, donc je passe à l'acte et je me prouve que je suis vivant. Et qui plus est, quand l'autre, à travers ce passage à l'acte, nous renvoie notre présence en nous disant : « Voilà, je te subis ou je te reconnais dans mon regard comme étant quelqu'un d'existant » (...) Ca va nourrir ce vide-là pour éviter, si vous voulez, la mort » (Un psychologue dans un SMPR)

Cette question du passage à l'acte nécessite, pour être utilement travaillée, la prise en compte d'une dimension victimaire susceptible d'être présente dans leur histoire. La victime de l'acte lui-même n'est pas directement prise en compte en tant que telle ici :

« Qu'est ce que c'est qu'une victime ? C'est un élément de l'environnement qui sert à l'auteur de violences sexuelles pour réguler ce qu'à l'intérieur de lui, il ne peut pas réguler. Ce n'est pas uniquement un objet, c'est un élément régulateur, il ne faut jamais oublier ça » (Un psychologue dans un Centre Ressource)

« J'ai l'impression qu'il est quand même difficile pour eux de pouvoir avoir une réflexion, une compréhension de leur acte d'agresseur si on n'a pas déjà travaillé sur leur position de victime, c'est-à-dire que ce serait comme un préalable à tout travail sur la position d'agresseur pour qu'ils puissent se reconnaître comme victime et en éprouver quelque chose ». (Un infirmier en psychiatrie dans un SMPR)

⁶² Douglas M., Comment pensent les institutions, Paris : La découverte/MAUSS, 1999.

« Moi je suis d'abord sur la reconnaissance de ce qu'ils sont, avant de les amener sur la reconnaissance de ce qu'ils ont fait, de ce qu'ils vont faire, je pense qu'il faut partir que de soi dans un premier temps. »(Une psychologue dans un SMPR)

La difficulté de ce travail au long cours et les conséquences qu'il peut avoir sur le sujet (phase dépressive...) implique le marquage d'un cadre fort, un environnement stable et clairement identifié qui tiendra lieu de contenant.

« Quand on prend un sujet en charge, on doit mettre un cadre et un cadre qui est ferme. Sinon, on ne modifie pas les processus de pensée. Notre but c'est de transformer des processus de pensée pour espérer que ces sujets n'aient plus à avoir un recours à l'agir pathologique, violent, pour passer par d'autres systèmes de régulation psychique ». (Un psychologue dans un Centre Ressource)

Chaque professionnel en tant que membre d'une équipe solide a ici son rôle à jouer.

« C'est-à-dire que pour une personne qui a connu pas mal de ruptures de liens, je trouve que déjà ce qui est thérapeutique, à tout niveau, que se soit infirmiers, psycho, psychiatres, c'est qu'on a déjà un aspect qui est stable, qui tient le coup, à leurs attaques, tout ça, qui leur permet peut-être pour la première fois de rencontrer vraiment des personnes pouvant être supportées dans tout ce qu'ils peuvent donner de violent encore à l'autre. Une autorisation d'exister » (Un psychiatre, médecin-chef d'un SMPR)

On comprend, dans ce contexte combien les ruptures de soins, subites, peuvent être mal vécues voire tout à fait néfastes au processus de soin.

« Et bien c'est vrai que la continuité des soins, moi, je suis très, très attachée à cette notion là. Parce que c'est au moment des ruptures, justement, qu'il y a des problèmes ». (Un psychologue dans un SMPR)

« Quand on interroge leur histoire et quand ils interrogent leur histoire elle est faite de ruptures, elle est faite d'abandons, elle est faite de choses comme ça ! Et effectivement, je crois qu'il ne faut pas les rendre dépendants mais je veux dire c'est la question de la séparation qu'il faut travailler aussi mais il faut la travailler dans le temps ! » (Un psychologue dans un SMPR)

L'acceptation du lien de la part du soignant fait partie intégrante de ce processus de soin. On mesure ici combien ce type de prise en charge est à considérer dans le temps.

« Et j'ai des patients qui m'interrogent. Qui me disent :« Mais moi je sors dans quatre, cinq ans ...euh ! Si j'ai besoin vous serez où ? » Voyez, c'est la question des transferts, ce n'est pas aussi simple que ça. J'ai un patient cela fait quatorze ans qu'il vient me voir ! Il vient me voir tous les deux mois en ce moment, là maintenant. Mais c'est le lien. Du lien et de l'attachement. Je crois qu'il faut accepter ces choses là (...). La question du lien c'est vraiment, c'est primordial. Je revois des enfants devenus adultes, devenus parents en difficultés avec leurs propres enfants, qui reviennent. C'est une chance, je pense, de pouvoir avoir à nouveau accès au lieu où on a pu travailler cette confiance » (Un psychologue dans un SMPR)

L'attention portée au cadre sous-tend bien sûr la prise en compte de l'environnement carcéral et du contexte judiciaire susceptibles de favoriser ou de freiner le processus de soin.

« Je ne sais pas, j'ai une évaluation à faire de quelqu'un. Par exemple je prends un dépressif, un dépressif qui arrive, bon ! Moi, j'ai une certaine culture par rapport à ça, un savoir, j'ai tout ça, une certaine façon de faire. Mais j'ai besoin de savoir avec qui il est en cellule ? Comment ça fonctionne ? Comment à peu près sont les autres ? Comment il peut s'appuyer ? Comment... ? Vous voyez (...) Il y a des périodes difficiles comme ça sur leur parcours que j'ai pu repérer. Après il y a souvent, le moment du procès, l'après procès... ça, c'est des périodes importantes où l'événement, pour ceux qui ont une vie de famille quand l'épouse se sépare d'eux quand c'est vraiment signifié, il y a des étapes comme ça ! ? »
(Une infirmière en psychiatrie dans un SMPR)

La stabilité du cadre implique aussi finalement une certaine cohérence entre Santé et Justice. Les périodes troubles comme aujourd'hui ne sont pas perçues comme étant propices à cet équilibre et à l'engagement serein dans un travail en partenariat.

« Là, on est toujours dans la négociation du cadre entre santé, justice, les choses ne sont pas bien posées, ça change... ça change toutes les semaines, presque... Pff ! Les cadres sur lesquels on est sensé débloquer ce genre d'actions, si cela peut se développer sur du long terme, si on peut avoir du recul sur des modèles comme celui de Pinel, c'est aussi parce qu'on n'est plus dans ces négociations, là ! Les choses elles ont été formalisées, elles ont été actées dans ce sens là et c'est clair pour tout le monde ! Ce qui amène les difficultés c'est la confusion, la confusion des genres, presque ! » (Un psychiatre dans un SMPR)

Se pose la nécessité, dans ce brouillage, de créer des liens, de communiquer, de partager les savoirs de trouver pour cela un langage commun. C'est notamment le parti pris, fort, que se sont donnés certains Centres Ressources.

« Ca a été notre politique et ça a toujours été la mienne, de dire qu'on va faire des rencontres régulière et on va parler de situations. On ne va pas parler des sujets, en tant que tel, on va parler des situations. On va essayer de trouver un langage qui nous permette d'échanger entre gens de la Justice et de la Santé. Donc, on a travaillé pendant longtemps sur la mise au point d'un langage commun. Alors, un langage commun c'est par exemple, savoir ce que c'est que la vraie mission d'un juge d'instruction ? Savoir ce que c'est que la loi ? Leur expliquer ce que c'est, par exemple, un psychotique et leur expliquer ce que c'est qu'un borderline ? Bon, et puis on a commencé à faire des sessions comme ça. Au début, c'était des rencontres très informelles. Et maintenant, cela se passe très formellement, une rencontre au TGI et tous les trois mois une rencontre ici. Une rencontre au TGI, une rencontre ici... À chaque fois, on est dans les 35 ! (...) On crée véritablement une sorte de filet, un maillage. Un maillage, cela a un gros avantage, c'est que c'est souple. Ce n'est pas une structure, ça veut dire qu'il y a une diffusion des réflexions ! » (Un psychologue dans un Centre Ressource)

Les CIP occupent ici, de l'avis des professionnels du soin, une place tout à fait fondamentale et spécifique. Ils sont ainsi également au cœur du cadre tel qu'il est envisagé par la clinique auprès des AAS.

« Le CIP participe à l'environnement du sujet, c'est ce qu'il faut comprendre. (...) Les auteurs de violences sexuelles ce sont des sujets qui pour des raisons qui appartiennent à leur histoire ont connu très tôt des carences affectives, familiales, sociales etc... qui ne leur ont pas permis d'intérioriser ce que communément on appellerait des règles de vie en commun. Quand on est psy, on dit : « c'est du surmoi ». Un surmoi c'est ce qui va être à l'intérieur de nous, dire si c'est permis, si ça n'est pas permis,

c'est votre code moral intérieur un petit peu .Ces sujets n'ont pas suffisamment d'éléments à leur disposition pour leur permettre de dire :« Ah non ! Là stop tu es obligé d'attendre tu n'as pas le droit de faire ça, il va falloir que tu trouves d'autres solutions alors tu cherches ! ». Donc il y a cette dimension qui n'a pas été intériorisée et quand on a une dimension qui n'est pas intériorisée qu'est ce qu'on fait ? Et bien on va s'appuyer sur l'extérieur. Quand on est, à l'extérieur, très bien cadré, on a un passage positif parce qu'on fait très attention. Quand le cadre n'est pas très bien et bien la pulsionnalité qui est à l'intérieur commence à vous envahir...il faut effectivement que ça sorte, voilà ! Je vous le dit là en terme très...le plus simple possible » (Un psychologue dans un Centre Ressource)

Il est intéressant de constater ici combien la nécessité d'un travail avec les CIP participe pleinement d'un projet de soin. Pour autant c'est bien de sa place que le CIP est ici sollicité. Il n'y a pas de chevauchement des frontières. C'est au contraire parce qu'il fait partie intégrante de l'environnement de l'AAS, tout en étant différent, que le CIP a un rôle à jouer. Cette différence, identifiée comme telle, permet de travailler utilement le mécanisme du clivage présent chez de nombreux AAS.

« C'est à dire que les CIP se sont des gens qui font partie de l'environnement. Ils vont, à part entière, servir de régulateur comme d'autres éléments de l'environnement mais plus que d'autres puisque se sont des passages obligés. Il faut donc que nous, en tant que soignant, nous travaillons avec les CIP parce que nous travaillons avec des sujets qui sont clivés. Le clivage c'est : ce que fait ma main gauche est ignoré par ma main droite. En gros c'est quand ils disent « tous les pédophiles, faut les tuer », c'est grosso modo ce que disent beaucoup de pédophiles : « ce sont des salaud, ils font mal aux enfants ». Et puis d'un autre côté c'est :« Enfin, bon ! On ne leur fait pas de mal, faut pas exagérer ! Et puis les enfants ils aiment bien ça, hein ! » (Un psychologue dans un Centre Ressource)

Ce mécanisme du clivage explique également qu'un discours différent (positif/négatif) peut être tenu par l'AAS aux professionnels qu'il rencontre et engendrer, de fait, des incompréhensions d'un côté ou de l'autre. De l'avis des psychiatres, parce qu'il se manifeste au-delà du SMPR et notamment dans la relation avec le travailleur social, ce mécanisme du clivage doit être compris et intégré par tous pour pouvoir être contré.

« Si on ne travaille pas avec les CIP, on peut se trouver dans la configuration suivante : c'est qu'en soin tout va très, très bien et puis par ailleurs il y a quelque chose qui s'effondre mais que vous ne savez pas. Il y a quelque chose effectivement qui est en train de filer complètement mais le sujet vous dit :« Tout va très bien, ben oui ! Je me sens bien en ce moment». Parce qu'il ne peut pas vous dire que cela va mal, il a l'impression qu'il faut qu'il vous dise que tout aille bien, pour vous faire plaisir. Ce n'est pas forcément de la perversion manipulatrice mais... il vous fait plaisir... Bon ! Sauf que quand on travaille avec un CIP on peut toujours reprendre ça pour qu'il dise :« Attendez ! Il y a quelque chose qui ne va pas, vous me dites ça mais vous savez bien que je rencontre Monsieur ou Madame Machin, le Dr Machin et ce n'est pas du tout son point de vue. Vous êtes perdu ? Qu'est ce qui se passe pour que vous ne puissiez pas m'en parler ?Vous avez dit ça à gauche, vous ne le dites pas à droite. Mais qu'est-ce qui fait que ce que vous avez dit à droite, vous ne pouvez pas le redire à gauche ? » (Un psychologue dans un Centre Ressource)

Le but de ce travail est d'enclencher une mécanique nouvelle de la part de l'AAS. Nul besoin cependant pour cela, que le CIP se fasse thérapeute ; bien au contraire. La manifestation, de sa place, d'une empathie, suffit à la mise en marche d'un nouveau type de fonctionnement chez l'AAS.

« Quand on est perdu avec quelqu'un cela se sent, ça se sent complètement. Tout le monde à des expériences basiques :« J'avais l'impression que je parlais à un mur ». Ben oui ! Parce que le type est

pauvé il dit :« oui, oui... » mais il s'en fout complètement. Quand quelqu'un comprend ça, d'un seul coup, ça change complètement la position qu'il a. C'est-à-dire que d'un seul coup vous développez la position empathique et d'un seul coup ça transforme l'environnement puisque ces sujets sont pris par un environnement qui les écoute et qui essaye de les comprendre. Ils sont accueillis et cette fonction d'accueil, elle est tout à fait fondamentale. Quand on voit le parent d'auteurs de violences sexuelles, je peux vous assurer que la fonction d'accueil ne fonctionne pas très bien et qu'on a souvent des parents qui ne sont pas très empathiques. D'un seul coup, en travaillant avec l'environnement, on peut faire des expériences parce que le CIP qu'il va voir au début, ce n'est pas le même à la fin, c'est difficile, et puis aussi parce que chaque CIP a sa façon de faire (...). Ça leur fait des expériences avec des gens différents qui sont pareils et ça renforce l'identité d'un sujet. Tout en étant très vigilant, oui cela renforce notre identité de se dire que chaque personne va réagir à la fois différemment mais toujours dans le même axe. C'est un très bon renfort d'identité, si à un moment, vous vous prenez pour une martienne et la personne d'à côté vous prend pour un animal humain ce sera très difficile pour vous de conserver votre identité de base. Et bien c'est pareil pour ces sujets, il faudrait les réintégrer dans un maillage identitaire qui les contient» (Un psychologue dans un Centre Ressource)

L'idée de la souplesse du maillage revient à ce niveau pour montrer le dynamisme de cet accompagnement qui suit le sujet au fur et à mesure de son évolution.

« Il faut que ce soit souple, d'où le terme de maillage pas structure mais maillage, quelque chose de souple qui va s'articuler, qui va pouvoir changer, les deux dernières articulations vont pouvoir se déplacer pour suivre le sujet » (Un psychologue dans un Centre Ressource).

Une très grande majorité de soignants pointe ainsi l'impossibilité de ce travail des CIP auprès des AAS en dehors de l'élaboration d'un cadre commun de savoirs et de pratiques. Cette élaboration passe d'abord par l'échange entre les professionnels du soin et du social afin que les travailleurs sociaux s'autorisent, simplement, à travailler en ce sens.

« Le CIP quand il est avec quelqu'un, se représenter ce que fait un auteur de violences sexuelles, on ne peut se le représenter qu'avec ses images internes, et ça, c'est difficile ! Parce que les images internes, ça fait monter au créneau son histoire. On se représente ce qu'a fait l'autre, mais avec son histoire. la sexualité de l'autre, on se la représente peu... on le fait avec notre matériel. L'idée c'est comment leur permettre d'utiliser la relation pour en faire un véritable outil. Ce qu'ils auront vécu avec un sujet, on peut en parler, ça leurs permet dès lors de se comprendre en lien avec un autre et de comprendre que l'autre est en lien avec eux et pas uniquement sur des codes juridiques des mesures de surveillance mais aussi, sur le fait qu'il y a un homme qui est là avec sa souffrance... avec même sa souffrance qu'il cache parce qu'il ne peut pas la montrer, parce qu'il a perdu le contrôle une fois sur une petite fille de cinq ans et que ça, ça, ha !!!! Ça lui est, insupportable ! Parce qu'il voudrait bien avoir le contrôle sur lui. Et quand on permet aux CIP de pouvoir parler de ça, d'avoir suffisamment confiance, on opérationnalise véritablement ce qu'est le CIP. C'est-à-dire, on transforme un savoir-faire et ce savoir faire là, il l'aura avec un sujet mais il l'aura avec un deuxième sujet, voilà ! Et là, il y a un transfert de savoir-faire qui s'opère, à travers le souvenir qu'il a du lien qu'il a eu avec moi au moment où on parlait de ce sujet là » (Un psychologue dans un Centre Ressource)

« Mais en même temps, c'est leur donner cette autorisation qu'ils peuvent faire ça, que c'est vraiment leur champ, et c'est là-dedans qu'ils sont compétents et que l'on n'a pas à aller les balader ailleurs » (Un psychiatre, dans une SMPR)

II – Les avancées de la prise en charge sociale

1 – Les nouveaux territoires de l’insertion

1-1 Les changements à l’œuvre depuis quelques années et le regard vers l’étranger

Nous l’avons évoqué précédemment, les missions des Conseillers d’Insertion et de Probation (CIP) ont connu, ces dernières années, un certain nombre d’évolutions qui ne sont pas sans lien avec celles constatées dans notre monde social en général. Plusieurs éléments d’explications, croisés, peuvent à cet égard être avancés, du plus général, au plus particulier.

Placés, comme l’ensemble des travailleurs sociaux, en première ligne des modalités de prises en charge existantes à l’égard des plus démunis, les CIP subissent, logiquement et progressivement les contrecoups d’une société marquée par la persistance de la crise économique. « L’exclusion sociale », furtivement apparue au milieu des années soixante⁶³, n’allait plus désormais servir à désigner cette minorité scandaleuse des laissés pour compte de la société d’abondance mais un ensemble inflationniste de processus multiformes et évolutifs, pouvant mener comme l’a noté S. Paugam, à des « situations extrêmes ». L’idée est bien là, croissante, d’une « menace qui pèse sur des franges de plus en plus nombreuses et mal protégées de la population »⁶⁴. Dès lors que les problèmes ne trouvent plus de solutions à partir des modalités administratives et institutionnelles de l’Etat-Providence, c’est une révision globale des pratiques qui s’impose à partir de procédures nouvelles, dont les maîtres mots, dans la lignée de la toute nouvelle « politique de la ville » des années 1980 sont prévention, transversalité, partenariat, et citoyenneté. Le vent qui souffle alors apparaît radicalement nouveau ; il ne s’agit plus en effet de mettre sur pied de nouvelles institutions, mais d’inciter à la participation de toutes pour combler les failles des formes traditionnelles du lien social. Il faut agir à partir de la société dans son ensemble et non plus à partir de quelques îlots institutionnels désormais dépassés. Ce sont les risques croissants des formes diverses de désaffiliation parfois visibles, souvent perfides et sournoises qui l’imposent. F. Ewald et D. Kessler le soulignent : « le risque au sens propre est moins dans les choses que dans la manière de les considérer. Il renvoie à une forme de rationalité dont l’extension progressive transforme tout événement en risque et qui est la forme contemporaine de l’objectivité. (...) Le risque, en effet, dès qu’il est objectivé quelque part, est doué d’une tendance à proliférer partout. Il obéit à la loi du tout ou rien (...). Le risque a une sorte d’existence allusive, insidieuse, éventuelle, qui le rend à la fois présent et absent, douteux et suspect... »⁶⁵.

Comme l’a fait remarquer Y. Perrier⁶⁶, le début des années quatre-vingt marque également un tournant dans les modalités de travail des CPAL (Comité de Probation et d’Assistance aux Libérés, les anciens SPIP) avec une ouverture vers la « société civile » et le travail en partenariat. Poussée par des impératifs en terme d’évolution socio-économique, cette nécessité de recours aux dispositifs de droit communs

⁶³ Comme le souligne S. Paugam si la paternité du terme revient généralement à R. Lenoir pour son ouvrage « Les exclus, un français sur dix » paru en 1974, « en réalité, la notion d’exclusion avait déjà fait son apparition une dizaine d’année plus tôt sous la plume de P. Massé, alors secrétaire général au Plan, dans un essai intitulé « Les dividendes du progrès » et surtout à peu près à la même époque dans un ouvrage intitulé « L’exclusion sociale » et publié dans la mouvance du mouvement ATD-Quart Monde par un ami du père Joseph Wrésinski. (...) Elle désignait alors non pas le phénomène de dégradation du marché de l’emploi et d’affaiblissement des liens sociaux, mais plutôt une survivance visible et honteuse d’une population maintenue en marge du progrès économique et du « partage des bénéfices ». Cf PAUGAM S [Dir]., L’exclusion, l’état des savoirs, Paris : Ed La Découverte, 1996, p. 9.

⁶⁴ *Ibid.*

⁶⁵ Ewald F., Kessler D., Les noces du risque et de la politique. Le Débat, mars-avril 2000, n° 109, p. 64.

⁶⁶ Perrier Y., L’application des peines et le milieu ouvert, un développement difficile, présentation lors de la manifestation « les 50 ans du JAP », 23 janvier 2009, Agen.

engage également une réflexion sur le sens et les limites du travail social au sein de l'AP. Un certain nombre de questionnements vont se faire jour concernant les pratiques professionnelles et le fonctionnement de ces services. Les recommandations, en 1992, du Conseil de l'Europe relative aux « règles européennes sur les sanctions et mesures appliquées dans la communauté » donnent le ton en matière de conduites à tenir. Au cœur de ces règles l'idée de responsabilisation du délinquant : « l'imposition et l'exécution des sanctions et mesures appliquées dans la communauté doivent poursuivre le but de développer chez le délinquant le sens de ses responsabilités envers la société et, plus particulièrement, envers la ou les victimes » ; celle également de participation communautaire : « la participation communautaire doit être utilisée afin de permettre aux délinquants de développer des liens réels avec la communauté, de les rendre conscients de l'intérêt que la communauté leur témoigne et d'élargir leurs possibilités de contact et de soutien » soulignent assez nettement l'option prise en faveur de modalités gestionnaires des individus à risque, de leur surveillance et de leur (auto)-contrôle au sein de la communauté, au détriment d'une vision en terme de prise en charge sociale individuelle.

En 1993 intervient le changement relatif au statut des agents de probation et travailleurs sociaux de l'AP à partir de la création du corps des conseillers d'insertion et de probation. La réforme vise à fusionner, au niveau départemental, deux catégories de services (les Comités de Probation et d'Assistance aux Libérés – CPAL, oeuvrant en milieu ouvert et les Services Sociaux-Educatifs – SSE, oeuvrant en milieu fermé), en une unité administrative unique : le Service pénitentiaire d'insertion et de Probation (SPIP). Elle se met en place alors qu'un rapport de l'inspection générale des services judiciaires vient de souligner, entre autres, une aggravation très nette de la situation économique et sociale des publics suivis ; une transformation des méthodes de suivi des personnes confiées ainsi qu'une augmentation de la population carcérale et surcroît de travail pour les services socio-éducatifs des établissements pénitentiaires.

La réforme qui se veut inscrite dans l'évolution du travail social, doit permettre un meilleur suivi des condamnés qui dans leur parcours pénal peuvent être alternativement pris en charge en milieu ouvert et en milieu fermé. Les CIP sont désormais chargés à la fois de « l'aide à l'insertion », ils participent « à la prévention des effets désocialisants de l'emprisonnement et au maintien des liens sociaux et familiaux des personnes incarcérées et préparent les mesures d'individualisation prononcées par le magistrat ». Le décret précise également qu'« ils concourent, compte tenu de leurs connaissances en criminologie et de leurs compétences en matière d'exécution des peines, à la préparation des décisions de justice à caractère pénal et en assurent le suivi et le contrôle. Dans ce cadre, ils participent à la réinsertion des personnes placées sous main de justice et concourent à l'action de la prévention de la récidive »⁶⁷. Les éléments moteurs du travail actuel des CIP (criminologie, prévention de la récidive) sont ainsi posés, dès cette époque, alors même qu'aucune formation spécifique et conséquente n'est prévue en la matière. La « prévention de la récidive » n'est au demeurant pas un terme nouveau pour cette catégorie de personnel. La circulaire du 1^{er} février 1946 portant création des CPAL l'inscrit notamment, dans une visée de défense sociale, comme une fin donnée aux actions menées dans les CPAL. En revanche, la prévention de la récidive en tant que concept, moyen, intervention au service d'une gestion sécuritaire des risques et de la dangerosité à des fins de contrôle (dont on situe mal la fin) est une notion fondamentalement nouvelle.

Un Décret du 13 avril 1999 porte la création des SPIP anciennement « services socio-éducatif » des établissements pénitentiaires (milieu fermé) et « comités de probation et d'assistance aux libérés » (milieu ouvert). Cette réforme pour une meilleure visibilité (à la fois en milieu ouvert et en milieu fermé) et lisibilité du travail social en milieu pénitentiaire prend appui par ailleurs sur « l'évolution du contexte économique avec une aggravation très nette de la situation économique et sociale des publics suivis ; une diversification des mesures du milieu ouvert (...) ; une transformation des méthodes de suivi des personnes confiées ainsi qu'une augmentation importante des intervention des CPAL et de la population

⁶⁷ Décret n°93-1114 du 21 septembre 1993 « relatif au statut particulier du personnel d'insertion et de probation de l'administration pénitentiaire »

carcérale pour les services socio-éducatifs des établissements pénitentiaires⁶⁸. Une circulaire datée d'octobre 1999⁶⁹ précise, en de nombreux points, les missions des nouveaux SPIP. L'accent est notamment mis ici sur la nécessité d'une prise en charge globale intégrant différentes dimensions : « Le SPIP doit assurer le suivi individuel dans une perspective plus globale, c'est-à-dire en intégrant la dimension santé des personnes prises en charge par le service, afin de mieux coordonner les actions pour répondre aux besoins identifiés de ces personnes ». A ce titre le SPIP joue un rôle fondamental dans les actions d'éducation à la santé : « l'éducation pour la santé relève de la mission de réinsertion. Elle vise principalement pour la personne à intégrer des notions de prévention sanitaire dans le cadre de la vie quotidienne (alimentation, hygiène...). (...) le SPIP doit veiller à ce que les personnes placées sous main de justice dans son ressort puissent bénéficier des programmes d'éducation pour la santé qui leurs sont nécessaires en liaison étroite avec les services sanitaires départementaux ».

Parallèlement à cette diversification des missions des SPIP et des CIP, une autre ligne d'évolution se dessine au début des années 2000 orientée vers l'harmonisation et l'évaluation des activités. La circulaire du 21 novembre 2000 relative « aux méthodes d'intervention des travailleurs sociaux des SPIP » entérine une orientation plus marquée vers une prise en charge à court terme, en partenariat avec l'extérieur : « Alors que la relation individuelle et sur le long terme constituait jusqu'alors le cœur de l'action éducative des travailleurs sociaux, des orientations les ont engagés de plus en plus à travailler en complémentarité avec des partenaires concourant à des missions d'insertion, et à inscrire leur action dans des politiques plus globales. Or ces deux approches loin de s'exclure sont complémentaires ». Un constat est également fait sur l'accélération des procédures pénales dans un contexte marqué par une augmentation de la précarité des publics et l'urgence à agir et donc la nécessité, pour les travailleurs sociaux, d'une évaluation rapide des situations rencontrées et la mobilisation de réseaux partenariaux. Ce texte pose ainsi la nécessité de réaffirmer la nature du travail des CIP sous plusieurs aspects ; celui du contrôle notamment : « Il est nécessaire aujourd'hui que les services, principalement en milieu ouvert, s'engagent plus fortement à faire connaître aux autorités judiciaires, en amont et en aval de leurs décisions, les modalités du contrôle mis en œuvre à l'égard des personnes. (...) Il est donc aujourd'hui important que les autorités administratives et judiciaires puissent déterminer si l'action des SPIP mandatés par elle a une influence sur la prévention de la récidive. Il sera désormais nécessaire pour tout choix d'action prioritaire de créer concomitamment des indicateurs permettant d'évaluer l'impact des modalités d'action choisie ». L'harmonisation des pratiques quant à elle, est désormais jugée « impérative pour assurer la continuité de l'action des services et garantir une égalité de traitement des personnes ». A cette fin est-il précisé ensuite : qu'« il est nécessaire que les SPIP organisent leur action en vue d'une définition et d'une mise en œuvre rapide des modalités de prise en charge socio-éducative ». Ainsi le texte recommande-t-il le développement des actions collectives en milieu ouvert aux fins « d'informer, d'échanger voire de former ». Le contenu des écrits et les modalités du compte-rendu sont également soulevés, au nom de la « transparence » : « dans ses écrits, le travailleur social doit particulièrement veiller à mettre en évidence des données objectives et rester vigilant quant aux interprétations ou appréciations de ses écrits, dès lors que ces dernières n'apparaissent pas fondées sur des éléments fiables ». Il est d'autant plus important qu'une grande objectivité soit observée dans la rédaction des rapports relatifs aux personnes suivies, qu'il est aujourd'hui nécessaire qu'à minima le contenu de ces rapports soit porté à leur connaissance». Les modalités pratiques de la phase d'observation (3 mois maximum) et du diagnostic réalisé par les CIP sont également posées. Celui-ci est composé de trois parties : « les données recueillies auprès de la personne et des partenaires (situation personnelle, socio-professionnelle et pénale ainsi que les différents avis des partenaires) ; l'analyse de l'ensemble des informations recueillies puis les axes d'intervention à privilégier et les modalités de suivi. Une série de

⁶⁸ Décret n° 99-276 du 13 avril 1999 modifiant le code de procédure pénale et portant création des services pénitentiaires d'insertion et de probation.

⁶⁹ Circulaire du 15 octobre 1999 (NOR JUSE9940065C) relative aux missions des services pénitentiaires d'insertion et de probation et à leurs relations avec les autorités judiciaires

fiches méthodologiques relatives au déroulement des entretiens avec les personnes placées sous main de justice (y sont détaillés par exemple les différentes modalités de présentation du service ; de l'explicitation des droits ; du recueil de données ; de la création d'un espace de dialogue ; du repérage des besoins), complète cette circulaire.

En septembre 2000, une Recommandation⁷⁰ du Comité des Ministres aux Etats membres concernant l'amélioration de la mise en œuvre des règles européennes sur les sanctions et mesures appliquées dans la Communauté, insiste sur les modalités de mise en place de programmes et interventions à destination des PPSMJ. « Des critères d'efficacité devraient être définis de manière à permettre d'évaluer, sous différents angles le coût et les avantages des programmes et interventions afin d'améliorer autant que possible la qualité des résultats qu'ils produisent. Il convient d'établir des normes et indicateurs de performance pour la mise en œuvre de ces programmes et intervention ». De plus : « l'affectation des délinquants à des programmes et interventions spécifiques devrait se faire selon des critères explicites – capacité de réaction des intéressés à l'intervention, dangerosité présumée (...), facteurs personnels et sociaux directement liés à la probabilité de récidive. A cette effet, il conviendrait de concevoir et d'utiliser des outils d'évaluation fiables permettant de procéder à cette affectation. ». Enfin, « une attention particulière devrait être accordée à la conception de programmes et d'interventions destinées aux délinquants qui ont gravement récidivé ou qui risquent de le faire. Au vu des récents travaux de recherche ces programmes et interventions devraient faire appel notamment aux méthodes cognitivo-comportementales, qui consistent à apprendre aux délinquants à réfléchir aux conséquences de leur conduite criminelle, à les amener à mieux se connaître et à mieux se contrôler, à reconnaître et à éviter les situations qui précèdent le passage à l'acte et à leur donner la possibilité de mettre en pratique des comportements pro-sociaux ».

En 2002, un renforcement des effectifs (qui est alors de 2000 agents pour suivi et contrôle de 180 000 personnes) est prévu via la Loi d'orientation et de programmation pour la justice dite « Perben 1 »⁷¹. Il s'agit de « raccourcir les délais de prise en charge et intensifier le suivi des personnes prévenues et condamnées à l'égard desquelles les risques de récidive sont les plus importants ».

Sur le plan de l'évolution des pratiques, un Décret du 13 décembre 2004 prévoit que « le tribunal d'application des peines peut demander au SPIP de procéder à une synthèse socio-éducative du condamné détenu avant sa libération afin d'apprécier sa dangerosité et le risque de récidive. Une fiche intitulée «référentiel des méthodes d'intervention des SPIP » précise à cet égard que «les éléments d'ordre criminologique sont à différencier des éléments d'ordre psychiatrique». Cette synthèse socio-éducative spécifique doit à cet égard «reprandre les items d'une synthèse socio-éducative classique reflétant d'une part l'évolution du parcours de détention et d'autre part, les conditions de sortie de l'intéressé. Cette synthèse se distingue des autres synthèses par la mise en évidence d'éléments significatifs (en gras dans le texte) laissant pressentir une dangerosité probable et/ou un risque de récidive potentiel : parcours pénal ; rapport à la loi ; réflexions/attitudes par rapport à la victime ; comportement général en détention ; suivi médical et/ou psychiatrique ; condition de sortie (élaboration d'un projet...) ».

Différents rapports parlementaires⁷² vont, dans le même temps, insister sur la nécessité d'évaluer la dangerosité des détenus et les risques de récidive au cours de la détention. Le rapport Clément

⁷⁰ Rec (2000)22 adoptée par le Comité des Ministres le 29 septembre 2000

⁷¹ Loi n° 2002-1138 du 9 sept 2002

⁷² Citons notamment

- Le rapport Clément du 7 juillet 2004 sur le traitement de la récidive des infractions pénales
- Le rapport Fenech d'avril 2005 sur le placement électronique mobile
- Le rapport Burgelin de juillet 2005 portant sur la santé, la justice et les dangerosités
- Le rapport Goujon du 22 juin 2006 sur les mesures de sûreté concernant les personnes dangereuses
- Le rapport Garraud du 19 octobre 2006 sur la dangerosité et la prise en charge des individus dangereux

notamment souhaite voir « la mise en place d'instruments spécifiques tendant à mesurer la « dangerosité » des détenus et, en particulier, leur risque de récidive, notamment en matière sexuelle, afin que les juges soient en mesure de prononcer une mesure de contrôle adaptée à leur profil. Il s'agit de mettre en place une méthodologie pluridisciplinaire associant des expertises psychiatriques, médico-psychologiques et comportementales du condamné afin de détecter son risque de récidive et sa dangerosité sociale à l'instar des pratiques observées au Canada ».

La formation des CIP suit, progressivement, ces évolutions. Un Arrêté du 10 novembre 2006 fixant les modalités d'organisation de la formation des élèves et stagiaires CIP préconise ainsi une formation initiale qui permette « le développement de compétences sociales, humaines et juridiques mais aussi, au regard des récentes évolutions législatives et réglementaires, l'acquisition de compétences dans les domaines de la criminologie, du droit de l'exécution des peines, du droit des victimes, et des écrits professionnels ».

La mise en place des programmes de prévention de la récidive (objets du sous-chapitre suivant) par une note datée du 16 juillet 2007, découle, logiquement de ces évolutions. Elles se poursuivent à travers la circulaire du 19 mars 2008 relative aux missions et aux méthodes d'intervention des SPIP qui 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 ». Les PPR « centrés sur le passage à l'acte » sont ainsi cités en exemple. Concernant l'aspect social, la mise en place de « programmes » (de préparation à la sortie...) est également requise. Par ailleurs, « le dossier d'insertion et de probation est constitué dans le logiciel APPI, complété par un support papier comprenant les pièces du dossier ». L'utilisation de ce logiciel vise tout à la fois « la connaissance approfondie des PPSMJ » que « la continuité de la prise en charge » et la possibilité d'avoir « des statistiques fiables sur l'activité des SPIP ».

1-2 Le centrage sur la prévention de la récidive et sur l'approche collective

L'approche collective n'est pas nouvelle pour les travailleurs sociaux exerçant en milieu pénitentiaire, surtout pour les plus anciens. Pour autant, cette pratique était organisée différemment puisqu'il s'agissait de faire intervenir des professionnels extérieurs, dans le cadre d'activités diverses (ateliers d'écritures ; créations artistiques, expression orale, photographie...), le support, quel qu'il soit (écriture, peinture...) tenant lieu de média à la communication (sur soi et avec les autres). De plus, le travailleur social, initiateur du dispositif n'en était pas vraiment au centre sur un plan pratique. Néanmoins le travail en collectif a toujours eu, pour ces personnels, son intérêt.

« Moi, j'ai vu l'utilité aussi à l'époque quand j'étais à Fleury-Mérogis, de faire des actions collectives et pas forcément sur l'acte et je trouvais intéressant de voir des détenus pas forcément en entretien. Ils avaient un autre comportement avec les autres, alors c'était sur des activités socio-culturelles, cela pouvait être du théâtre avec un encadrement qui était professionnel mais c'était intéressant aussi de les voir dans ce cadre. Ça pouvait être des cours de code de la route, on était en binôme avec les étudiants du GENEPI et c'était intéressant de voir ce côté collectif. (...) On faisait une analyse des besoins, on faisait venir un professionnel mais le travail se faisait en binôme, et voilà ça a été bien, on allait voir, on avait une évolution, on faisait un bilan ». (Un CIP)

« Les éducateurs, donc, il y a vingt ans ou vingt-cinq ans avaient de fait cette nécessité d'intervenir de manière collective, alors, soit dans le cadre d'encadrement d'activités culturelles, sportives etc... Et donc, c'était pareil, la question ne se posait même pas, quoi ! C'est-à-dire, qu'effectivement, il y

avait un travail qui était fait individuellement avec les détenus, mais en complément de ce travail, il y avait aussi une action collective qui était mise en place par les personnes ».(Un DSPIP)

L'accent mis progressivement sur le suivi individuel, l'augmentation également des tâches administratives ont amené les CIP à délaisser ce type de pratique.

« Voilà ! C'était « on a le temps, on part avec un groupe faire de l'escalade, avec les jeunes et tout ». On se dit : « Tiens, ils ont fait de la photo, on va faire une expo photo, on y va etc ». Cela pouvait paraître ludique, c'est pour ça qu'à un moment donné, on a reculé en disant : « on n'a plus le temps de faire tous ces trucs ». Mais c'était très enrichissant et très intéressant puisqu'on voyait le détenu en dehors dans un groupe, et ça c'était et j'apprenais avec le groupe et tout ça du coup... pour moi c'est un grand regret ».(Un CIP)

« Et petit à petit on s'est déchargé de ça parce qu'on s'est retrouvé dans un côté très administratif qui nous prenait beaucoup de temps, on a arrêté ce truc, on n'y assistait plus, on ne participait plus » (Un CIP)

« Ça s'est fait progressivement. Moi quand j'ai commencé en 1993, on avait encore du collectif ! Et petit à petit on a perdu ce côté là, en se disant on va se concentrer plus sur quelque chose de criminologique en individuel, que d'aller vers du collectif, on va dire. » (Un DSPIP)

Plusieurs éléments participent en réalité à cette réorientation des pratiques : l'évolution des publics, la réorganisation des services et une certaine rationalisation des pratiques à partir de 1993, mais également un nouveau profil sociologique chez les travailleurs sociaux, moins axés que leurs aînés sur les sciences humaines et le travail social en général et issus, dans leur grande majorité, des facultés de droit. L'attrait nouveau de certains concours de la fonction publique en temps de crise, n'est probablement pas non plus sans lien avec ces évolutions.

« Et c'est vrai qu'à partir du moment où le statut a complètement changé, c'est-à-dire qu'on est passé d'éducateurs bon...à CIP, où le concours a été revalorisé... Nous on a noté, par exemple, sur le terrain, aussi, les nouveaux arrivants, dans les services, ont eu un profil complètement différent, c'est-à-dire, quasiment du jour au lendemain ! C'est-à-dire qu'on est passé d'un moment où on avait majoritairement des personnels qui arrivaient des sciences humaines à... systématiquement, de manière très majoritaire aujourd'hui des juristes, à 99, 99% » (Un DSPIP)

Dans cette configuration nouvelle, l'approche collective ne s'inscrit plus dans une problématique générale visant l'insertion du détenu ; elle devient le moyen par lequel les travailleurs sociaux vont s'efforcer de donner sens et cohérence à leur pratique.

La fin des années 90-début 2000, qui voit s'inscrire avec force dans le débat social la question de la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles, va voir apparaître un certain nombre d'initiatives locales autour d'une approche différente de ces PPSMJ. L'expérience de Angoulême dès cette époque, est intéressante car elle témoigne à la fois des interrogations de certains CIP à l'égard de cette population et de l'influence étrangère.

« L'expérience a démarré d'une chose assez simple, du constat que les travailleurs sociaux, les CIP voyaient les délinquants sexuels, c'est venu du milieu ouvert plutôt la discussion, en fait ils se rendaient compte qu'il y avait une supervision à ce moment-là avec les psychologues, et finalement beaucoup de cas qu'ils amenaient en supervision c'étaient des cas de délinquants sexuels et en fait ce qui ressortait derrière ça c'est qu'ils les amenaient parce qu'ils se disaient « mais qu'est-ce que je fais avec

eux ? ». (...) De là il y a eu une réflexion parce qu'ils se sont dit : « on doit pouvoir faire quelque chose avec eux ». Ce sont des professionnels qui avaient envie de s'interroger, donc ils se sont dit « c'est pas possible, il y a de plus en plus de gens comme ça et qu'on soit incapable de faire quelque chose... ». Et donc ils y ont réfléchi, et c'est là qu'ils ont pris contact avec le CRASC, par le biais de formations continues enfin bref et il y a eu le montage de ce projet axé sur la prévention de la récidive. Et en fait le fond du truc c'est ça, c'est qu'on considère les délinquants sexuels comme des délinquants avant tout, le mot sexuel vient après. Le mot sexuel c'est un qualificatif de plus qui ne justifie pas le fait qu'on s'occupe d'eux, si on s'occupe d'eux c'est parce qu'ils sont délinquants. (Un DSPIP)⁷³

Guidances, groupes de parole ou de réflexion, divers dispositifs de ce type se mettent en place dont l'objectif premier ne vise pas uniquement la construction de nouvelles modalités de prise en charge, mais aussi la mise en route d'une réflexion à ce sujet au sein des équipes.

« Quand j'arrive ici en 2000, j'ai un collègue qui reste très préoccupé par la prise en charge des auteurs de violences sexuelles, qui souhaite mener une réflexion parce que tout seul, il trouve que c'est risqué. Il souhaite mener une réflexion à plusieurs, et donc un groupe de professionnels où on évoque à chaque fois un cas. On a un groupe de professionnels autour d'un auteur de violences sexuelles. (...) Puis, y interviennent également des professionnels de l'enfance qui eux, sont préoccupés par la question des auteurs de violences sexuelles parce qu'ils en reçoivent les victimes, donc, les enfants qui leur sont confiés. Parce qu'à un moment donné, on se rend compte qu'on ne peut pas travailler seul de son côté, sans travailler les uns avec les autres. Donc, la question du groupe, elle se reforme là-dessus. » (Un CIP)

Bien avant la mise en place des PPR, l'idée finalement est là, émergente, d'autres modalités de pratiques auprès de ces individus. Au cœur du dispositif : le CIP qui n'en est plus seulement l'initiateur. Le mot d'ordre n'étant pas lancé sur un plan national, les attitudes de la hiérarchie divergent cependant de celle des intervenants de terrain.

« Donc ça a démarré avec 2 ou 3 groupes. Ça s'est arrêté parce que l'Administration régionale a considéré que c'était pas une priorité. (...) Et c'est assez frappant ça : une équipe qui se met à travailler sur le fond du problème, comment traiter un type de délinquance, et son administration qui lui dit à un moment donné, non ça peut pas être votre priorité, donc on voit le côté un peu fou du truc ». (Un DSPIP)

« Et je crois qu'en étant un groupe de professionnels, on s'est rendu compte très tôt que non, la question du groupe avait aussi un intérêt de rassembler les auteurs de violences sexuelles. On s'est aperçu moi et mes collègues qu'on était quand même dans un outil ambitieux en terme de groupe et qu'on recréait une intervention dans laquelle effectivement les travailleurs sociaux avaient un vrai rôle de coordinateur, pas uniquement des gestionnaires. Et donc, on propose à la Direction Interrégionale et au Directeur du service de monter ce groupe, et là, on rencontre d'énormes réticences qui sont de l'ordre « qu'est ce que des travailleurs sociaux vont faire dans un groupe d'auteurs de violences sexuelles ? Ce n'est pas leur rôle, ils n'ont aucune place, il faut que se soit animé par des psychologues. » (Une CIP)

La mise en place progressive, sur les terrains, de réflexions et de dispositifs collectifs destinés à la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles précède donc l'instauration officielle des PPR qui ne sont pas encore institutionnellement envisagés. On est ici pleinement dans ce que décrit l'anthropologue M. Douglas sur la dynamique individu-institution à savoir « qu'une institution ne peut pas avoir de desseins

⁷³ Entretien réalisé dans le cadre de notre première étude en 2006.

délibérés. (...) Seuls les individus sont capables d'avoir des intentions, d'élaborer consciemment des projets et d'inventer des stratégies obliques »⁷⁴ dont l'institution se saisira en retour.

C'est par une note du Directeur de l'Administration Pénitentiaire datée du 16 juillet 2007 que les PPR sont officialisés : « dès à présent, je souhaite que les SPIP développent des programmes basés sur la mise en œuvre de groupes de paroles de prévention de la récidive. J'attire à nouveau votre attention sur le fait qu'ils ne constituent qu'un aspect du projet plus global qu'est la mise en œuvre des programmes pénitentiaires ». Un Comité de Pilotage est créé, « chargé de déterminer, à partir des propositions des SPIP transmises par les DISP, les projets de constitution de groupe de parole de prévention de la récidive retenus dans le cadre de l'expérimentation, d'apporter une aide technique aux services chargés de développer ces projets et de faire une évaluation de cette expérimentation ». Une convention est par ailleurs signée avec l'Association Française de Thérapie des Violences Sexuelles et Familiales (AFTVSF) présidée par le Dr R. Coutanceau, psychiatre et avec M-F Bried, psychologue qui a notamment accompagné l'expérience menée à Angoulême. Ce choix du Dr Coutanceau, par ailleurs fondateur (1991) et Directeur de l'Antenne de psychiatrie et de psychologie légales de la Garenne Colombes n'est pas anodin eu égard aux débats qui ont cours depuis quelques années dans le champ de la psychiatrie. Résolument ancré dans une approche criminologique, pragmatique des AAS, le Dr Coutanceau se distingue en effet de la plupart de ses confrères de l'ARTASS et du champ de la psychiatrie en milieu pénitentiaire de façon générale. Sa conception concrète de la prise en charge des AAS en milieu pénitentiaire coïncide avec les attentes et besoins institutionnels de l'époque. Son savoir va en quelque sorte servir la légitimation et la montée en charge de ce type de pratique jusqu'alors en gestation.

« Ce qui pose problème c'est qu'il faut à mon sens que le suivi soit à la fois psychologique et criminologique ; psychologique pour que l'homme évolue, donc il faut essayer d'entraîner son adhésion, que la personne soit participante, qu'elle soit de plus en plus sincère, ça c'est un axe psychothérapeutique classique mais aussi il faut qu'il y ait un axe criminologique, c'est-à-dire bon voilà le type a défrayé la chronique, à tort ou à raison la société estime qu'il est responsable de ses actes, qu'il est coupable donc il est condamné aussi à un suivi dans le cadre d'une peine, n'ayons pas peur des mots, c'est une contrainte. Alors d'où notre expérience puisqu'on a accepté tous les gens qui venaient nous voir, c'est que quand on est carré et simple, par exemple je dis «monsieur, on entend ce que vous dites mais bon vous voyez avec le juge, sinon nous ici on fait notre travail, vous pouvez choisir de ne pas venir, c'est à vous de vous défendre à ce moment-là en tant que citoyen, c'est votre problème, mais nous si vous venez régulièrement on va vous proposer un espace qui de notre point de vue peut vous aider si vous êtes coupable.(...) Alors moi mon idée pour la prison, c'est que si on veut dynamiser les pratiques en prison, c'est très simple, il faut 1 : proposer un suivi de groupe à tous ceux qui le veulent ; 2 : il faut effectivement mettre en place des suivis de groupe ;3 : il faut que ces suivis soient à durée déterminée, parce que la prison on a un temps (...). Par exemple le type qui a un cycle d'un an, il a une peine de 5 ou 10 ans et on lui dit après au bout de cette année, on fait une évaluation et on lui repropose un autre cycle, une autre période avant la sortie ; moi mon idée c'est que pour faire ce qu'ont fait certains pays démocratiques, c'est-à-dire offrir un suivi à tous ceux qui le souhaitent, il faut avoir une vue plus criminologique que thérapeutique, en fait ce débat qui ne se tranche pas entre la santé et la Justice » (le Dr Coutanceau)⁷⁵

L'existence de réflexions et d'expériences antérieures, menées progressivement par les CIP depuis début 2000 expliquent sans doute, ce paradoxe que la mise en place des PPR par l'Administration Pénitentiaire ait été dans un premier temps mal vécue sur les terrains (reçue sous la forme finalement « d'injonctions »), mais que les services se soient ensuite rapidement saisis du concept.

⁷⁴ Douglas M., op. cit. p. 108.

⁷⁵ Entretien réalisé au premier semestre 2006 dans le cadre de notre étude précédente. Cf Alvarez J., Gourmelon N., op cit.

« Donc il y a eu une mise en place d'un groupe de pilotage à la DAP. Tout ça, était basé sur du volontariat, on m'a affirmé que c'était à titre expérimental et qu'il fallait après en tirer les conclusions pour savoir si ça devait se pérenniser ou pas et là-dessus, nous avons eu l'agréable surprise de savoir que nous avons été désignés volontaires dans notre établissement, avec en plus un public qu'on nous a imposé puisque l'expérimentation portait sur des groupes de paroles de toutes thématiques, qui pouvaient aller des conduites en état alcoolique, violence, enfin ! Chaque équipe volontaire, se déterminait sur un public à prendre en charge avec donc... Il y avait un budget qui était alloué pour les formations etc. » (Un CIP)

« Donc, du coup, c'est vrai que ici, dans le département, il y a environ 38 travailleurs sociaux, nous n'avons eu que quatre volontaires afin de participer à ces programmes. » (Un DSPIP)

« Donc au départ, on se posait des questions, à savoir, comment on aurait pu faire ? etc. et puis en fin de compte, c'est arrivé très vite, où effectivement au niveau de la DAP, on parlait des PPR. Quelque chose qu'on aurait souhaité faire lentement et avec une formation et réflexion et à un moment donné au niveau de la DAP, on nous a dit qu'il fallait le mettre en place, donc c'est pour ça que nous on a été assez très vite volontaire, parce que c'était une réflexion antérieure. Mais effectivement, pas de n'importe quelle façon. On souhaitait une formation, on souhaitait une certaine réflexion » (Une CIP)

Si l'idée d'autres modalités de prise en charge avait déjà émergée depuis quelques années dans les esprits, les personnels d'insertion et de probation envisageaient mal cependant la mise en place des PPR sans garde-fous préalables.

« Là-dessus, j'allais dire, même s'il y avait une pression au niveau de la DAP, au niveau du département, la hiérarchie nous a dit de prendre notre temps même si effectivement au-dessus je pense, il fallait effectivement une réponse très rapide. C'est-à-dire qu'il aurait fallu les mettre en place en janvier 2008. C'était un peu la... Et nous on souhaitait avoir une vraie formation, c'était quelque chose qui nous faisait, un petit peu, peur aussi de prendre un groupe en charge. On n'a pas été formé, d'autant plus « délinquants sexuels » avec tout ce que... on imagine, en se disant : « Comment on va... ? On va se retrouver en danger ! », donc, on souhaitait une formation, supervision donc tout ça... » (Une CIP)

« Parce que ça correspondait finalement à ce que l'on avait envie de faire. Et donc, en négociant quand même le fait qu'on ait une supervision. Ça on l'a dit : « On ne démarrera pas si on n'a pas de supervision. » Et on avait demandé du personnel supplémentaire et ça, on ne l'a pas eu ! Et on ne l'aura pas, mais bon ! Cela ne fait rien ! » (Une CIP)

« Ah ! Ben ! Nous, si vous voulez, on a vraiment clairement repositionné les choses sur la récidive et la prévention de la récidive qui est la mission principale du SPIP désormais, (...) et surtout en indiquant de manière claire, précise et qu'il n'y ait pas d'ambiguïté sur le fait que nous ne sommes pas sur le soin. Parce que c'est ça aussi c'était la crainte » (Un DSPIP)

A ces incertitudes par rapport au cadre s'ajoute un regard critique sur un dispositif que beaucoup, sans le rejeter dans sa totalité, estiment mal préparé, soupçonnant alors avant tout une volonté de contrôle de la part de l'institution et un effet d'instrumentalisation et d'affichage politique.

« L'entretien individuel n'étant pas quantifiable, c'est plus facile de quantifier le nombre de personnes qui passent dans des groupes, surtout quand il y a de l'événementiel derrière, au moins ça permet d'afficher et de dire : « Voilà, regardez ce qu'on fait » (Un CIP)

« Donc je veux dire... Voilà, nous, nous avons, enfin, ce qui est quand même remonté, c'est qu'il y a une vague impression d'un affichage politique, d'un outil d'affichage politique. Comme là, on parle du suicide... Au lieu de carrément s'interroger sur le pourquoi d'une population qui est plus dans l'acte suicidaire que la population extérieure et se dire : « Tiens merde ! Après tout c'est vrai que l'on a une population plus fragile puisque la population qui arrive en prison ce n'est pas Monsieur et Madame tout le monde ». Il est normal que quand vous concentrez un nombre de personnes fragiles, vous aurez plus de risque de suicide que dans une population extérieure. A partir du moment où... au lieu de se faire... on va dire : « Il faut être conscient aussi. On va pas faire baisser, je ne pense pas, on va peut être, diminuer un tout petit peu le nombre de suicide mais pas l'arrêter » (Une CIP).

Une circulaire datée 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 recommande « une intervention centrée sur les PPSMJ ». Elle entérine à ce titre les PPR dans le cadre de la progressivité du parcours d'exécution de peine. « 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 ». En avril 2008, une Note à l'attention des Directeurs régionaux prévoit que désormais la formation initiale des CIP (à compter de la 13^{ème} promotion) « comportera des modules de formation à la prise en charge collective et en particulier la technique d'animation de groupes de parole. Trois sessions de formation continue sont également prévues. Dans cette attente, et « afin de répondre aux besoins de formation immédiats » la note précise que les SPIP pourront faire appel à des organismes locaux ou régionaux (« dans le souci d'une certaine homogénéité dans la formation proposée »). La possible sollicitation de l'AFTVS présidée par le Dr Coutanceau chargé également, par convention nationale, d'assurer une journée de formation par site retenu, est par ailleurs soulignée. Le recrutement d'un psychologue « chargé d'assurer la supervision du groupe de parole » est également requis ici. La rédaction d'un bilan d'action (trame du bilan jointe avec la note) est également demandé aux équipes. En juin 2008, 40 projets de PPR (dont certains existaient déjà depuis plusieurs années) sont retenus pour expérimentation : 22 sont destinés spécifiquement aux délits sexuels, 13 aux violences (notamment conjugales) et 5 aux conduites addictives.

2 – Les PPR en pratique

2-1 Le cadre : les éléments objectifs

Des modalités de mise en place et d'animation de groupes de parole et de prévention de la récidive ont été énoncées dans une fiche délivrée à cet effet. Il y est précisé néanmoins que « les principes énoncés ne constituent pas des règles impératives mais des indications pouvant être adaptées en fonction du contexte local, de l'évaluation faite par les personnels pénitentiaires chargés de mettre en œuvre ces groupes de parole ».

Une définition est posée en préalable : « un groupe de parole est un lieu animé par un professionnel de la relation d'aide qui donne un espace aux participants afin d'échanger sur des difficultés rencontrées dans une problématique ayant une corrélation avec l'acte délinquant ».

Différents objectifs sont ensuite déclinés. Pour l'administration pénitentiaire tout d'abord :

- amener les délinquants à prendre conscience de leur comportement inadapté ou dysfonctionnement
- favoriser une adhésion personnelle et individuelle aux soins si nécessaire
- leur donner des outils en vue d'une meilleure insertion sociale.

L'approche criminologique est requise « en travaillant autour du passage à l'acte, en abordant 3 phases : avant, pendant et après le passage à l'acte.

Il s'agit d'une « approche criminologique ou éducative et non thérapeutique, dans un cadre différent (en groupe) afin de surmonter les difficultés ou blocages pouvant intervenir lors des entretiens individuels »

Les objectifs du groupe de parole pour les participants. « Le groupe de parole doit permettre aux participants de mieux appréhender leurs passages à l'acte, par :

- une meilleure connaissance des infractions sur le plan pénal
- la capacité à parler des barrières franchies lors du passage à l'acte
- un travail sur la chaîne délictuelle

Il vise également à prévenir la réitération par :

- un apprentissage à la gestion de situations à risque
- un contrôle de leur comportement
- un développement de l'empathie envers la victime
- le développement d'habiletés sociales

Viennent ensuite des règles sur la constitution des groupes :

La fréquence à raison d'une séance (de 1 à 2 heures) par semaine maximum. Le nombre de séances peut ne pas être déterminé à l'avance. Les groupes seront composés de 12 personnes maximum. Il peut s'agir de personnes prévenues ou condamnées ou les deux.

Concernant les règles relatives à l'animation : deux ou trois animateurs sont requis, les mêmes à chaque séance. Le psychologue (« qui bénéficie de connaissances en matière de criminologie ») peut intervenir soit en tant que superviseur, soit en tant qu'animateur. Pour autant, le psychologue superviseur n'animerait pas le groupe de parole. Des outils méthodologiques sont proposés : l'inscription des paroles des participants sur un tableau ; l'utilisation de films, de lettres de victimes comme support de discussion.

A titre indicatif des exemples de contenu des séances sont ensuite déclinés à travers :

- la signature d'un engagement de participation
- les thèmes abordés : « l'analyse du passage à l'acte ; le rapport à l'autre ; pour les AAS spécifiquement : l'orientation pédophilique exclusive ou pas ; l'histoire de la vie affective ».

Enfin il est précisé que ce dispositif doit s'articuler avec la prise en charge individuelle. Il doit également s'articuler avec l'établissement pénitentiaire, les autorités judiciaires et les personnels de santé. A ce titre, concernant les personnels de santé il est précisé qu'il est nécessaire de présenter le dispositif aux personnels ou aux autorités concernées en précisant le champ d'intervention de ces groupes de parole qui n'empiètent pas sur le champ sanitaire et qui interviennent en complément de la prise en charge sanitaire, dans un cadre criminologique ».

Si la distinction avec le travail thérapeutique et « l'approche criminologique ou éducative » est ici précisée, si l'orientation comportementaliste est également mise en avant (apprentissage à la gestion de situation à risques, développement d'habiletés sociales...), un certain nombre d'éléments avancés ici tendent à brouiller la compréhension de telles intentions dont on situe mal, finalement, les enjeux et les limites. Les thèmes susceptibles d'être abordés comme « l'analyse du passage à l'acte » ou encore « le rapport à l'autre » ou « l'histoire de la vie affective » engagent par exemple a priori un travail psychique potentiellement déstabilisant pour l'individu qui nécessite d'être cadré, et supporté dans le temps, jusqu'à sa stabilisation. De même la volonté d'un travail autour du « passage à l'acte », terme emprunté à la psychiatrie et à la psychanalyse via la criminologie, étonne si l'on admet l'idée, depuis Freud, que le passage à l'acte (de l'anglais « acting out » lui-même tiré de l'allemand « agieren ») représente une tentative pour rompre un état de tension psychique intolérable. On mesure ici que ce « travail » engage un retour sur soi forcément difficile pour l'individu.

Dans le même temps les CIP interrogés ne se représentent pas leur formation initiale comme étant à même de leur permettre de mener à bien ce type de pratique. Un décalage apparaît ici entre leurs compétences supposées et les tâches qui en découlent du point de vue de l'Administration et les compétences dont ils s'estiment effectivement dotés pour mener à bien les PPR.

« C'est vrai que dans la formation de CIP on a très peu de psycho et quand on en a c'est plus de la psychopathologie voilà avec des fiches un peu sur les malades mentaux. Qu'est-ce que c'est un malade mental ? Les traitements, enfin ! Voilà, ce genre de chose. Mais moi ce dont j'ai besoin c'est plus de la psychologie groupale quoi, de comment les interactions se jouent...! » (Une CIP)

« Il n'était pas question de groupe, dans ma formation initiale. » (Un CIP)

« C'était au contraire axé essentiellement et énormément sur l'entretien individuel. Comment préparer ses entretiens individuels ? Fixer des objectifs, voilà ! Le groupe n'était vraiment pas une prise en charge... » (Une CIP)

« Le passage à l'acte...on l'apprend, c'est beaucoup dire ! On nous dit de l'aborder. Mais pour l'aborder, on nous dit juste, il faut l'aborder, parce que c'est essentiel. Après, comment ? Sans porter de jugement de valeur, ... ça c'est plus difficile ». (Une CIP)

Les formations courtes⁷⁶ (5 jours en moyenne) délivrées dans le cadre de la mise en place des PPR, que tous réclamaient de leurs vœux, semblent les laisser plutôt perplexes. Si certains apports en terme de savoirs et de techniques sont perçus comme non négligeables, une majorité des CIP interviewées font part d'un manque d'approfondissements. Tout se passe comme si, au terme de ces formations, ils en savaient à la fois trop pour envisager de travailler comme auparavant et pas assez pour endosser ce nouveau rôle entre l'éducatif et le criminologique envisagé par l'Administration. Cette position les place, de leur point de vue, dans une posture difficile vis-à-vis des PPR, particulièrement en terme de maîtrise des situations difficiles.

« Oui, on a bénéficié donc d'une formation au public, une formation spécifique sur le type de public que nous allons aborder, donc de 5 jours faite par l'organisme X avec une psycho criminologue qui nous a un petit peu situés les différentes caractéristiques de ce public etc. Avec différentes problématiques que l'on pouvait rencontrer chez ce public. Puis nous avons eu une formation à l'animation de groupe de parole. Deux fois deux jours, plus généraliste, et c'est vrai qu'on a pu... enfin ! Moi pour ma part j'ai retrouvé les fils conducteurs (...) Mais moi je trouve que ce n'est pas suffisant ! (...) Ce n'est pas réactualiser dont on a besoin, c'est approfondir... Approfondir... Parce que les deux fois deux jours qu'on a eu, c'est vraiment général...C'est généraliste ! C'est apprendre à reformuler, comment distribuer la parole enfin des petits outils...» (Une CIP)

« Et nos craintes par rapport à cette frontière thérapeutique-non thérapeutique... Moi la formation pour ma part, ça a encore plus augmenté mes angoisses. C'est vrai que là, on a touché encore plus du doigt le sujet sensible dans lequel on allait se retrouver et quand on a commencé le groupe là, on a pris en pleine figure vraiment les sujets qu'on allait être amené à prendre en charge, hein ! ». (Une CIP)

Ces représentations ont un sens. Elles révèlent en soi un paradoxe au fondement des PPR, qui est de proposer un outil criminologique ou psychologique à des individus qui ne sont pas criminologues ni

⁷⁶ Formations que se partagent des formateurs officiels comme l'équipe de R. Coutanceau et des formateurs moins officiels repérés localement par les SPIP : GRETA ou associations locales, qui ont reçues l'aval de l'Administration Pénitentiaire

psychologues et qui n'ont pas, objectivement, vocation à l'être. En d'autres termes, les apports de la criminologie ou de la psychologie valent ici en tant qu'ils permettent en théorie, d'atteindre rapidement des objectifs pré-déterminés (la prévention de la récidive) dans le cadre d'une intervention groupale auprès d'un groupe préalablement défini; ils ne sont en rien les supports scientifiques d'une réflexion sur le sens à donner à telle conduite, tel comportement, telle parole, réflexion que le CIP ne serait de toutes façons pas en capacité temporelle de mener.

Nous sommes loin dans cette optique des « groupes de parole » ou des « guidances » au sein desquels est amené à s'exprimer chaque individualité ; ces dénominations constituent en ce sens ici un abus de langage. La personne, en tant que telle, n'occupe, à priori, que peu de place au sein des PPR.

« D'un côté, on évacue complètement la question de la guidance. Ce qu'on nous a présenté dès le premier jour de formation pour la prévention de la récidive, c'était : « vous allez intervenir dans un groupe. Un groupe n'est pas constitué de personnes. Il faut vous ôter de la tête le fait que ce sont des personnes, sinon vous n'y arriverez pas. Et puis vous verrez, quand on considère que c'est un groupe, que ce n'est pas des personnes, ce n'est pas bien méchant. Et ça se passera tout seul. On est sensé les considérer comme des actes puisque le PPR est un travail axé sur l'acte et pas sur la personne. » (Un CIP)

On comprend dès lors qu'une attention particulière soit demandée au choix des participants au groupe, afin que rien de trop fâcheux ne vienne déstabiliser l'intervention. Pour autant, hormis des cas lourds notamment mentionnés en tant que tels par la psychiatrie, cette sélection se fait sur des bases relativement floues qui semblent relever à la fois de jugements cliniques (les rapports des experts) et non cliniques. Le choix, en équipe, procure néanmoins une certaine assurance.

« Les critères d'exclusion c'est une pathologie mentale avérée, ou des personnes qui d'emblée, ne supporteraient pas l'aspect groupal et ne viendraient que pour justement mettre le groupe à mal. Ce sont des personnes qui, en entretien individuel, nous disent ou soit nous font part de leurs motivations qui sont aux antipodes de nos propres motivations. On a exclu quelqu'un par exemple qui était orienté, qui disait « je veux bien participer à votre groupe parce que j'ai envie d'être le cobaye de votre expérience. » Donc, là on s'est douté que l'on avait un positionnement très compliqué. Après, sur les personnes qui ont une pathologie mentale avérée qui nous apparaît quand même en entretien individuel. On a aussi un critère d'exclusion. L'objectif ce n'est pas non plus d'accroître la souffrance de la personne qui vient en groupe parce que derrière il y a quelque chose qui semble beaucoup plus compliqué ». (Une CIP)

La psychologue chargée de la supervision de l'équipe est parfois sollicitée à cette étape afin d'éviter une erreur de jugement. Par ailleurs, à la difficulté de trouver le participant idéal pour le programme se joint, dans certains établissements celle de ne pas accentuer leur stigmatisation.

« La sélection a été faite par l'équipe, par les collègues, qui ont interviewé chacun des détenus qu'elles pressentaient en capacité de pouvoir participer à un groupe, qui ont recueilli leurs consentements et qui nous les ont présentés par la suite. Et le groupe a été déterminé avec l'aide de la psychologue qui a regardé tous les dossiers, toutes les expertises et qui nous a dit pour certains : « non, celui-là au travers de l'expertise, il vaut mieux l'écarter parce que ça ... ». Donc il y a eu une sélection, et nous avons été, nous avons fait au maximum, nous avons œuvré avec la plus grande discrétion possible. Il faut savoir que c'est une des choses qu'ils nous ont dit dans les premières séances : la stigmatisation dont ils faisaient l'objet et la crainte d'être encore plus stigmatisé... » (Une CIP)

Dans le souci d'une certaine cohérence, certaines équipes ont souhaité, dans la mesure du possible, se donner du temps afin d'intégrer le dispositif à l'existant.

« Mais nous, on a souhaité donner du temps aux équipes, donner du temps aussi globalement pour que cette action-là ait du sens chez nous. Se mette en place. On est aussi dans ces interrogations là : comment, ce qui va se mettre en place, à l'initiative exclusive et piloté exclusivement par l'équipe, par les CIP, par le SPIP, à l'intérieur de l'établissement, Comment ça, ça va intégrer globalement la gestion des parcours en détention et tout ça ? On est aussi à travailler sur cet aspect-là qui est peut-être un peu moins lui pris en compte par l'administration centrale dans la commande institutionnelle » (Un DSPIP)

2-2 La plasticité du cadre

Eu égard aux paradoxes qui le composent, le cadre des PPR ne peut se prévaloir d'une application stricte d'un programme pré-déterminé. L'outil psycho-criminologique est sensé permettre le développement d'un programme de séances que chaque équipe peut finalement organiser (plus ou moins)⁷⁷ à sa guise. La nouveauté du dispositif en France fait aussi que les travailleurs sociaux partent finalement, de peu d'exemples.

« Par contre, ces programmes-là, groupes de paroles animées, parce que l'idée c'était ça aussi, animer uniquement par le personnel du SPIP, par l'administration pénitentiaire, là c'était quand même quelque chose de complètement nouveau ! Nous partions, quand même, quasiment de rien ! C'est-à-dire que les CIP volontaires, à partir du moment où il y a eu un appel au volontariat et, effectivement, on a eu que quelques personnes volontaires, on a dû construire, en fait, d'une part un programme et aussi la formation, donc, avec l'aide d'une psychologue, que nous avons recrutée. Mais c'était un choix aussi localement, de prendre cette option-là ! » (Un DSPIP)

La première séance de groupe, séance de « cadrage » a consisté, pour tous, à présenter le dispositif aux différents participants à savoir : ses objectifs, le règlement et parfois, la signature d'une charte ou d'un contrat.

« Donc la première séance c'était présentation du dispositif, présentation du règlement intérieur et du contrat avec donc... On a parlé longuement sur comment étaient arrivés les groupes de paroles au niveau des SPIP. Ils étaient inquiets de savoir, qu'est ce que l'on allait faire de la parole qu'ils allaient nous livrer au cours du groupe, par rapport aux autorités judiciaires, par rapport à l'établissement. Donc ça a été une première séance d'assurance sur la confidentialité, sur comment on allait travailler nous avec les collègues, travailleurs sociaux référents des suivis... Sur justement, ce qui pouvait se dire au cours du groupe ». (Une CIP)

Si l'inquiétude est de mise du côté de certains intervenants, elle apparaît également bien réelle du côté des participants qui s'interrogent sur leur rôle ici et sur les fins d'un tel dispositif d'autant que la plupart d'entre eux sont déjà familiers de prises en charge à visée psychothérapeutique. Cette opération peut devenir subtile car elle nécessite de savoir présenter, à leur juste valeur, les différents apports de ce travail de groupe, tout en se distinguant d'un travail de thérapeute ou encore de conseiller juridique.

« A la première séance, on propose toujours à la fois de rappeler les règles pour participer au groupe, des règles élémentaires, ce que chacun doit faire, l'interdiction de différer sa participation (...),

⁷⁷ Ce point sera développé dans le chapitre suivant

c'est ce qui nous permet de nous présenter les uns aux autres, et puis on explique pourquoi ce groupe existe et quelle est son importance dans le processus de réinsertion. On parle d'éléments qui sont d'ordre juridiques, qui sont d'ordre...oui, également thérapeutiques, on mélange un petit peu tout ça et on répond à beaucoup de questions, c'est-à-dire on jette quelques idées et puis on voit quels sont les éléments que les participants n'ont pas identifiés. Il y a un groupe par exemple qui s'est présenté dans un état de confusion complet entre le thérapeute, le psychologue, l'expert tout ça, c'était un ensemble indéterminé et on a fait une première séance et, on n'a fait que définir qui faisait quoi » (Un CIP)

« On a resitué notre mission et puis notre fonction, on n'est pas des thérapeutes, on n'a pas fait de la psychologie et on n'est pas psycho criminologue. On l'a posé en préambule...Nous, on s'est posé vraiment sur-le-champ socio-éducatif, en disant qu'on allait ... que le but de ce groupe de parole c'était d'aider les détenus à verbaliser un certain nombre de choses, sur des thèmes que nous, nous allions amener, qui tournaient autour des infractions sexuelles puisque c'est ce qui les réunit mais qu'à aucun moment c'était du soin et que c'était dans un parcours d'exécution de peine. (...)Et puis les amener à réfléchir aussi sur quelles attitudes les avaient amenés à passer à l'acte. Donc c'est à dire à réfléchir en disant, que j'évite de me mettre dans l'avenir dans telle situation, c'est le but socio-éducatif. C'est la prévention de la récidive. »(Une CIP)

« Nous, on est sur le rappel d'un certain nombre de règles de société, de la loi, Voilà, certaines règles de vie, déceler, éventuellement à un moment donné, des signes de tension qui feraient qu'un passage à l'acte pourrait être possible, ce genre de choses ! Mais on ne va pas au-delà ! C'est chacun son rôle, il n'y a pas d'empiétement sur le soin, ça c'est une matière... C'est quelque chose d'assez clair ! » (Un DSPIP)

Des présentations respectives ont également lieu lors de cette première séance.

« On leur a demandé dans la première séance, de se présenter : prénom, âge et de nous dire à combien ils avaient été condamnés. Alors pas forcément les faits, il y en a qui ont déroulé sur le motif, motif d'emprisonnement et depuis quand ils étaient détenus, et s'ils étaient dans un processus d'aménagement de peine, de permission de sortir pour situer un peu. Donc certains ont dit que la condamnation, d'autre ont dit les faits, mais après dans le groupe en filigrane, ils parlaient de leurs histoires et de leur passage à l'acte mais jamais il y a eu clairement énoncé, voilà ! « Ça s'est passé comme ça, c'était tel jour, j'ai fait ça, de telle manière. Voilà ! » (Une CIP)

Les programmes se déploient généralement sur une dizaine de séances (de une heure trente à deux heures) qui ont lieu de une fois par semaine à une fois par mois. Les séances qui suivent la première séance de présentation et de cadrage s'organisent autour de différents thèmes abordés en collectif : ainsi le thème de la loi, décliné à travers différentes séquences de travail (et selon les cas différentes séances) : le travail sur la peine prononcée (le sens que chacun donne à sa peine, la lisibilité de la sanction), le rapport à la loi, les normes ; autre thème, celui de la victime à partir d'un travail sur l'empathie (se mettre à la place de la victime), la notion de culpabilité ; le thème du délit à partir d'un travail sur la chaîne délictuelle qui vise à aborder trois périodes : la période qui a précédé le passage à l'acte (apprendre à repérer notamment des moments à risque comme la solitude, l'alcoolisation...), la capacité d'explicitation du passage à l'acte lui-même et enfin la période qui a suivie le passage à l'acte (la compréhension de l'arrestation, de la souffrance de la victime...) ; le thème enfin des stratégies d'évitement qui vise notamment à fournir aux participants des moyens d'apaiser certaines tensions, de reprendre en main certaines situations à risque de récidive.

En fonction de leur contenu, les séances se déroulent avec plus ou moins de facilité aussi bien pour les participants que pour les animateurs-CIP. La possibilité, pour ces derniers, de pouvoir exprimer ailleurs

certaines difficultés et d'y travailler (avec le psychologue dit « superviseur » notamment, recruté à cet effet) représente pour les CIP un support non négligeable, sorte de filet de sécurité à l'égard de situations trop difficiles voire bloquées.

« Cette séance-là a été un peu frustrante quoi ! Parce qu'on disait : « ça a bien démarré et là tiens, ça ne bouge plus, qu'est ce qui se passe ? » On s'est dit qu'on avait intérêt à assurer en débriefing et puis on a dit : « bon ! Ben ! On va quand même...pour la quatrième séance on va y aller carrément sortir des petits vélos, entrer dans le vif du sujet et aborder la position de la victime Voilà ! Au travers de textes, de témoignages de victimes. » (Une CIP)

Aux difficultés personnelles des participants à s'ouvrir aux autres, à verbaliser leurs émotions, s'ajoute la peur de la stigmatisation aussi bien au sein de l'établissement qu'à l'extérieur (en terme de projection de sortie). Très au fait, via la télévision et la presse écrite, des discours en terme de dangerosité qui s'expriment à leur égard, discours certainement amplifiés dans un contexte d'enfermement (surtout pour les longues peines), les participants témoignent parfois de peurs extrêmement invalidantes en terme de travail sur soi. Le CIP doit ici faire preuve d'une grande clairvoyance afin de pouvoir décoder l'origine de telles attitudes : une grande souffrance, une stratégie d'évitement, souvent les deux.

« Nous sommes dans une telle stigmatisation, c'est tellement prégnant à l'intérieur que même dehors, ils s'imaginent que...que c'est pareil dehors, que quand ils passent dans les rues c'est comme quand ils passent dans les coursives ici, qu'ils sont repérés et tout le monde les regarde. Et que dès qu'ils vont être en situation de rencontrer un enfant, le projecteur va se tourner vers eux. Enfin, voilà ! Ils ont des visions totalement... déformées ! Alors on leur a donné justement les signaux personnels, les moyens de... de travailler dessus : « si moi je sens monter une pulsion ou quoi, qu'est ce que je dois mettre en œuvre ? » Le but du jeu est là quoi ! C'est ce que l'on a essayé de leur faire toucher du doigt, justement de leur dire que effectivement ce n'est pas marqué sur leur front et que justement, c'est à eux de décoder ce qu'ils sont et les situations...qu'ils ressentent ... potentielles de passage à l'acte pour ça. Parce que c'est aussi une façon de se cacher, quand on revient sur la stigmatisation en disant « On souffre, on est stigmatisé ». (Une CIP)

Différents outils créés pour l'occasion ou adaptés sont utilisés comme support à la parole. Mais là encore il s'agit d'adapter en fonction des situations personnelles (niveau de compréhension, contexte psychologique et judiciaire). Il n'y a donc pas véritablement de règle générale, chaque équipe met en œuvre en fonction des besoins identifiés des participants. Pour autant, cet outillage pratique utilisé de façon systématique par les équipes socio-éducatives, révèle aussi un besoin d'équiper, de techniciser la relation.

« Sur quasiment chaque séance on prévoit un support, parce qu'on part de ce principe, qu'on reçoit les personnes qui ont quand même une grosse difficulté à verbaliser, à mentaliser ce qu'ils ressentent. »(Un CIP)

« On s'est équipé, on a quand même un écran et puis un lecteur de DVD. Donc on a moyen de diffuser, si on a quelque chose dans le cours de nos recherches, qui nous arrive. On a des idées, mais après, concrètement, on construit aussi au fil des séances les séances d'après. »(Un CIP)

« Voilà avec ce que l'on appelle le code de la route, avec des situations, on leur a demandé de nous proposer des situations vertes, oranges et rouges donc comme la signalisation du code de la route. L'objectif étant d'arriver à comprendre et à visualiser les situations qui à l'extérieur pouvaient ressembler à des situations à risque pour eux. La question c'était : « dans quelle situation il y a risque, dans quelle

situation ils mettraient un feu rouge ? Ils se mettraient un feu rouge ? Pour eux-mêmes ou pour quelqu'un à qui ils donneraient des conseils ou quelqu'un qui serait passé à l'acte ou que vous sentez, à risque de passer à l'acte, à qui vous donneriez des conseils. ? ». Donc il y avait les situations pour lesquelles c'était feu rouge, feu orange, puis des situations Feu vert. ! Les feux orange en fait, ils n'en ont pas trouvés, ils ont tout mis dans le rouge... Tout dans le rouge, et feu vert... Après c'est vrai que l'on s'est rendu compte de la difficulté puisqu'en milieu fermé, ils disaient, feu vert on n'est pas dehors, on ne peut pas savoir, on peut imaginer mais c'est difficile. » (Une CIP)

Il est intéressant à ce titre de constater ici l'emprunt d'outils élaborés par la psychiatrie (comme le « qu'en dit-on »). Pour autant, ces outils conceptuels ne sont pas utilisés dans leur globalité. Ils ne valent ici que dans la mesure où ils permettent d'enclencher certaines interrogations bien précises.

« On discute beaucoup en équipe du choix, du choix par exemple de certains textes, de thématiques, c'était plus un travail de groupe en disant : « peut-être que ça, ça sera trop dur, ça sera... Voilà, donc après, à la deuxième séance on a travaillé sur la parentalité, avec le travail sur les interdits, sur... Avec le Qu'en-dit-on on avait choisi en fait des plaquettes qui tournaient autour de la position du père, pour voir un petit peu où ils en étaient par rapport à ça, on a fait ça sur la deuxième et troisième séance. On l'a mixé avec un peu, le rappel à la loi, on travaillait sur les condamnations aussi en filigrane (...) En restant dans le champ autorisé etc, on se l'est approprié ce jeu. On ne peut pas aller à l'interprétation thérapeutique mais on va juste les faire travailler sur la règle, sur la norme. En fonction de l'évolution, on redéfinira des thèmes, que l'on exposera donc, suivant l'orientation que va prendre le groupe à partir d'une ou deux séances avec le jeu, on orientera les autres séances. Après, ça peut changer aussi, si on voit que ça marche bien. S'il faut, ça va être un bide et on abandonnera définitivement, s'il faut ça va marcher et on va le garder jusqu'à la fin, on ne sait pas mais a priori, dès le début, on s'était dit, on ne va pas leurs servir ça à chaque séance non plus ». (Une CIP)

Si le cadre formel d'un travail socio-éducatif sur la prévention de la récidive détermine l'usage qui est fait de certains outils, rien n'est établi au préalable sur la continuité des séances et des méthodes. C'est au coup par coup, en fonction du déroulement des séances précédentes que les CIP prévoient leur outillage et leur mode d'animation. La méthode n'est ainsi pas véritablement assurée, chacun recourt à une forme de bricolage intellectuel et conceptuel pour cadrer, au mieux, en fonction de ses compétences, avec la commande institutionnelle.

Si le bricolage permet de faire face à un manque de perspectives, il permet également de dépasser temporairement certaines tensions et contradictions tout à fait identifiables dans le discours des CIP. Ces tensions sont de plusieurs ordres mais trouvent leur source dans un même enchevêtrement de logiques différentes desquelles ces travailleurs sociaux ne peuvent que difficilement s'extraire : une logique relationnelle à la base du travail social proprement dit qui suppose un travail au cas par cas fondé sur des rapports de confiance qui ne s'instaurent que sur du long terme et une logique de gestion des risques qui implique d'évaluer, à court et moyen termes, les risques de récidive. Ajouté à la préoccupation constante de ne pas savoir ni pouvoir maîtriser des situations de dérapage au sein du groupe, on comprend, finalement, que la méthode ne soit pas assurée.

« La chaîne pénale, on n'a pas prévu, la chaîne...délictuelle, on n'a pas prévu de la traiter, sauf si on y est amené. On s'est dit, qu'on ne voulait pas rentrer dans des... on ne voulait pas que le contenu des séances, soit de la verbalisation d'un passage à l'acte individuel, quoi ! On voulait prendre des thèmes qui les réunissent tous mais sans que, après ça peut évoluer, mais sans qu'individuellement, ils racontent ce qui s'est passé, comment ils sont passés à l'acte, qu'est ce qu'ils ont ressentis, bon ! La chaîne délictuelle, c'est ça, qu'est ce qu'ils ont ressenti pour passer à l'acte ? Et éviter après la récidive, on voulait être plus général ». (Une CIP)

L'usage de certains outils dépend aussi des compétences propres de leur utilisateur. A ce titre certains CIP, ont pu, durant leur parcours antérieur (parfois universitaire) acquérir des connaissances particulières en matière de psychologie ou de criminologie ; compétences dont ils se saisissent ici par goût et souci aussi d'adhérer à la commande institutionnelle (notamment en matière de criminologie). Sans pour autant revêtir un caractère thérapeutique, le travail en groupe revêt alors une dimension plus large, moins centré sur de l'intervention-animation pure et simple et plus ouvert sur la connaissance globale du problème en question. Dans ce contexte le travail n'est pas tant centré sur le passage à l'acte que sur la personne en général. Le discours, dans ce type de positionnement, se veut aussi plus assuré.

« On présente un modèle circulaire. C'est un modèle après que j'ai retrouvé au cours d'une réunion au centre ressources où effectivement, la psychologue clinicienne qui intervient présentait un modèle quasiment identique. C'est vraiment un support projectif pour que, sur le tableau, les personnes aient quelque chose qui soit commun qui leur permette de commencer à penser par petits morceaux avant de fermer leur espace. Et puis, à chaque séance, on complète sur le tableau tout ce qui est écrit sur l'acte...et puis ça réveille certaines questions, ça nous permet de rebondir sur des notions, des explications qu'eux mêmes n'arrivaient pas à trouver. (...) On a gardé cette idée avec des possibilités de sortir du cercle, des possibilités de tourner en rond comme ça, plus qu'un modèle linéaire où on part de l'individu et on aboutit à l'acte. C'est vrai que là on est moins centré sur l'acte que sur la personne c'est clair ! Je crois qu'en termes de prévention de la récidive, on ne peut pas tellement traiter que de l'acte »
(Une CIP)

2-3 Des répercussions positives

S'il est encore tôt pour mesurer l'efficacité des PPR en terme de lutte contre la récidive, les CIP témoignent néanmoins d'ores et déjà d'un certain nombre d'apports de ces dispositifs. Une première série concerne la reconnaissance des faits de la part de l'AAS.

« Disons qu'un effet positif qu'on a vu, on l'a vu au travers d'une expertise notamment, d'un gars qui est passé en expertise et qui parle de son expérience de groupe de parole et qui dit que ça l'a aidé et l'expert note une évolution dans la reconnaissance des faits et dans l'expression sur le passage à l'acte donc on se dit : « là, bon ... ». Mais on se dit quelque part est-ce que c'est de la prévention de la récidive ou est-ce que c'est autre chose ? On a un autre participant qui a réussi à évoquer les faits aussi avec son travailleur social de manière ouverte sans que la question soit évoquée par elle, chose qui était très difficile pour lui avant le groupe. Voilà ! Donc on a des petites bribes, des petits signaux qui font dire que peut être le groupe de parole a permis de décoincer au moins certaines choses, mais après sur l'ensemble des participants, c'est un peu tôt parce que certains, en fonction de leur peine, ils ne sont pas au stade de préparer justement réellement la sortie donc en fait cela va venir un peu plus tard, donc on reste vigilant de toute façon là-dessus et c'est des choses qui ont été travaillées en grand groupe donc tout le monde au niveau de l'équipe est sensibilisé par le groupe... ». (Une CIP)

Cet apport positif du travail collectif à l'égard de la reconnaissance des faits est également sous tendu par le fait que les PPR proposent un cadre commun à l'ensemble des CIP. Ce qui pouvait dépendre auparavant de capacités individuelles (capacité d'aborder les faits avec la personne, d'approfondir certains aspects etc.) est ici porté par le groupe tout entier. En ce sens, les PPR participent à une forme d'harmonisation des pratiques.

« Puis je crois que justement, un des éléments du groupe, c'est justement de faire face à cette notion de déni et d'essayer d'en trouver les multiples raisons. Puis c'est vrai que, on se rend compte

souvent, quand les collègues nous disent : « Il est dans le déni », ce qui pose problème, c'est la difficulté de travailler avec cette personne. Mais qui est légitime parce qu'effectivement, il y a parfois des auteurs de violences sexuelles qui présentent des passages à l'acte tels qu'il est quasiment impossible de les mettre dans une relation individuelle. Tout seul dans le bureau face à une personne comme ça, c'est très compliqué ! » (Une CIP)

« Je pense qu'il y a eu, même sur l'approche individuelle, alors, effectivement, il y avait des... Le délit ou le crime est évoqué, le déni aussi, mais de manière, quand-même, beaucoup plus... Comment dire ? Enfin, moins en profondeur ! C'est-à-dire que si à un moment donné, effectivement c'est pris en compte, notamment, quand on arrive sur les temps d'aménagement de la peine, mais ça ne va guère au-delà, quand même ! Et en plus, c'était, quand même, plus ou moins travaillé selon les personnes. » (Un DSPIP)

Une autre série, d'apports, concerne l'instauration d'un dialogue avec les professionnels du soin ou son approfondissement, conduisant dans certains cas à la mise en place d'un travail de collaboration jusque là inédit.

« A l'issue du groupe, on avait prévu une réorientation justement sur les psychologues et les médecins, c'est-à-dire qu'on proposait à une personne qui nous semblait maintenant pouvoir rentrer dans cette relation, de se mettre en contact avec l'UCSA et de dire à l'UCSA : « Voilà ! vous avez reçu cette personne une fois, deux fois, il n'est pas revenu, il y avait des tas de difficultés, on a senti qu'il n'était pas prêt à revenir, à s'investir, maintenant il y a quelque chose qu'il a changé, est-ce que vous pouvez le recevoir ? ». C'est quelque chose que l'on fait avec les travailleurs sociaux aussi parce que du coup, à la fin du groupe, on va voir aussi nos collègues, on dit : « Voilà, où on en est avec telle personne » (Une CIP)

« L'UCSA, pas sur tous les cas, mais sur certains, on les appelle s'il y a des difficultés. Pour voir la préparation de la sortie, tel truc. Moi j'ai le cas d'un gars où je pensais le mettre en pension de famille à sa sortie. Heureusement qu'ils m'ont dit : « non, ce n'est pas du tout adapté. Il faut qu'il soit seul, il est machin, etc ». Pour moi dans mon esprit c'était : « Ça le rassurera, il aura une famille. ». Mais, ils m'ont dit : « Non, non. Oh là, lui il faut qu'il reste tout seul. C'est quelqu'un qui a besoin. ». Alors que le détenu, quand je lui en ai parlé, trouvait ça bien. Mais, voilà. Puis des choses, qui indirectement. Ils ne sont pas là pour, mais le fait aussi d'un travail partenarial, ça aide » (Une CIP)

Les liens avec la psychiatrie s'en trouvent également, dans certains cas, modifiés.

« Et du coup là aussi on leur a présenté dès le départ ce que l'on souhaitait faire en terme de groupe de parole en tenant compte de leurs remarques, de leurs conseils beaucoup, ainsi que de leurs expériences aussi et puis du coup on a pu se caler quand même sur une intervention qui soit cohérente à côté de leur intervention. Cela n'a jamais posé de difficultés, même le médecin chef, donc qui était réticent au début, finalement a pu trouver son compte dans le sens là où, là ou il n'y avait pas de relation avant, avec tout ça, ou que des relations très tendues, très difficiles ; Là, le fait qu'on s'intéresse et qu'on mette en place ce groupe et que ça crée nécessairement des échanges avec le psychologue, et bien ça a permis de détendre un peu l'ambiance. Ça a permis de se dire bonjour, c'est déjà énorme ! » (Une CIP)

Tout se passe comme si, cette approche nouvelle des AAS (via les PPR), autorisait, plus qu'auparavant les CIP à prendre des initiatives en terme de partenariat.

« On va aussi leur signaler très vite quelqu'un par exemple, en tant qu'arrivant, qui est fragile pour eux. Qui est fragile. Pour que tout de suite il y ait un relais. Maintenant, ce n'est pas une fois par trimestre. On prend aussi le téléphone et ça se fait très rapidement. Parce qu'il ne faut pas attendre, si on a un arrivant en janvier, on ne va pas attendre avril pour leur dire : « Au fait celui là il n'est pas bien. » Voilà ! » (Une CIP)

La psychiatrie de son côté estime que ce travail de sensibilisation mis en place dans les PPR est intéressant pour une catégorie d'AAS en terme de levier thérapeutique

« J'ai l'impression qu'ils font des liens. Il y en a un qui a écrit une lettre à la victime dans un groupe du SPIP. C'était le but, un peu. Et on a pu reprendre ça après, en individuel. On a réutilisé cette lettre, qu'il avait écrite. Notamment sur ce que ça représentait, la difficulté, la souffrance et tout ça. Ça avait été un bon levier thérapeutique par la suite, pour la prise en charge. » (Un infirmier psychiatrique dans un SMPR)

D'autres professionnels de la psychiatrie estiment que ce travail présente un intérêt certain pour des individus non accessibles au soin en général, en terme notamment de sensibilisation aux règles de la société.

« Ce que moi je remarquerais très simplement, c'est que c'est intéressant que pour une partie de cette population pénitentiaire, qui n'accède pas, qui n'a peut-être pas besoin d'accéder à des soins spécialisés, qu'il puisse y avoir un espace à caractère éducatif, pédagogique, qui rappelle un peu les règles. Voilà, qui sensibilise » (Un psychiatre dans un SMPR)

Il ressort finalement, pour l'heure, de ces dispositifs, des apports qui, bien que non négligeables, n'apparaissent pas propres aux attentes premières exprimées lors de la mise en place des PPR. Si les finalités « d'amener les délinquants à prendre conscience de leurs comportements inadaptés » ou de « favoriser une adhésion personnelle aux soins » semblent pouvoir, selon les cas, être atteintes, du point de vue des CIP, les autres apports principaux relèvent finalement de la mission des SPIP en général telle qu'elle figure notamment dans le décret d'avril 1999 : « le SPIP a pour mission de participer à la prévention des effets désocialisants de l'emprisonnement sur les détenus, de favoriser le maintien des liens sociaux et familiaux et de les aider à préparer leur réinsertion générale. Il assure les liaisons avec les divers services sociaux, éducatifs, médico-sociaux et prend tout contact qu'il juge nécessaires pour la réinsertion des détenus »⁷⁸. Ce n'est finalement pas la prévention de la récidive en tant que telle qui apparaît de prime abord que l'instauration d'une chaîne de prise en charge bénéfique à la prévention de la récidive certes, mais essentiellement à la prise en charge en général.

III - Des enjeux de définition

1 - Sur le fil

1-1 Les limites du collectif ou des problèmes de fond

⁷⁸ Décret n° 99-276 du 13 avril 1999 modifiant le code de procédure pénale et portant création des SPIP.

Ces dispositifs laissent aussi apparaître un certain nombre de limites intrinsèques mais aussi, plus largement significatives d'autres problèmes fondamentaux. Sur un plan tout d'abord très concret, le cadre de la détention n'est pas perçu comme étant favorable à la libre parole, en collectif, de l'AAS. Ce constat n'est d'ailleurs pas propre aux PPR puisque nous l'avons par ailleurs relevé à propos des groupes de parole thérapeutiques dans le cadre des SMPR.

« Au départ, le groupe vraiment, ce sont des personnes choisies sur un très grand groupe. Là, déjà, le groupe est restreint, alors il faut savoir qu'on a déjà eu du mal, les collègues on eu du mal à trouver des volontaires. Il faut l'entendre aussi, justement par rapport à la stigmatisation, au risque d'être encore plus repéré que si on ne l'avait pas été. C'est-à-dire que, quoi qu'on en dise, on fait un groupe de paroles en détention. La détention, c'est un petit village « Radio Tinette » ça marche très bien. Comme on est obligé d'en parler au PEP d'en parler enfin il y a toute une procédure qui se met en place dès que l'on met un groupe de paroles en route. Vous avez les surveillants qui en parlent. Les surveillants, dans les coursives, ils parlent entre eux, et quand on parle, on ne fait pas obligatoirement attention à ce qui est autour, les détenus font partie du paysage. Donc ça, ça se sait en détention, c'est-à-dire que : « ça m'intéresserait, mais après si c'est pour être étiqueté comme pointeur alors que pour le moment j'ai réussi à préserver ça, et ça », il faut en prendre conscience. C'est difficile de travailler, donc ! Voilà ! (Une CIP)

« Moi j'arrive pour le moment à me couler un petit peu dans la masse et là, je vais quand même m'auto désigner comme auteur d'une infraction qui est quand même très réprouvée enfin ! Très réprimée par les codétenus. » Il faut dire que, tous ne sont pas au courant, alors que là, quoi qu'on en dise, vous mettez en place quoi que ce soit dans un établissement comme ici, même si vous en gardez la confidentialité, cette confidentialité est percée très rapidement. » « Même si on met des garde-fous, c'est un petit village tout se sait, tout se discute. » « Ca, ça paraît ! C'est inentendable par les gens qui sont au-dessus de nous, on nous dit : « Mais non ! » On leur dit : « Mais venez sur le terrain, immergez vous et vous verrez que tout se sait, c'est un microcosme. » « C'est fermé les murs et de fait, les murs aussi renvoient, je veux dire que. La parole, ce qui se dit, ça fait écho » (Une CIP)

Si certains apports du collectif ont pu être soulignés par les CIP, il demeure un certain nombre d'inquiétudes par rapport à ce type de pratique. Ce n'est pas tant le collectif en soi que les CIP remettent en question que la nécessité de son utilisation dans le cadre de programmes (donc déterminés dans le temps), auprès d'une catégorie de population qu'ils perçoivent comme étant à la fois fragilisée mentalement et potentiellement non maîtrisable. En somme, le groupe tendrait à amplifier certaines inquiétudes initiales concernant l'abord de cette population.

« Ce qui nous fait peur, c'est que, c'est en très peu de séances. Donc, on avait peur de ne pas pouvoir se lancer là-dedans, en si peu de temps et aussi parce qu'on est un peu effrayé par tout ça, je veux dire, enfin ! Il ne faut pas se voiler la face. Moi, je sais que ce public là, même si au quotidien, j'en gère en entretiens individuels, c'est totalement différent d'une prise en charge collective, où des choses aussi intimes sont partagées, entre plusieurs personnes et ça, ça a forgé mon inquiétude. » (Une CIP)

« On est parti sur les chapeaux de roue : « ça va être super ! » Moi, j'anime déjà un groupe de parole, sur un tout autre thème (...). J'y vais avec plaisir parce que voilà, les thèmes m'intéressent me touchent (...), des thèmes d'éducation (...). Je n'y vais pas avec la boule au ventre, là je sais que je vais y aller un peu ... nouée. » (Une CIP)

Ces inquiétudes sont d'autant plus étonnantes qu'elles sont également le fait de CIP qui n'étaient a priori pas mis en difficulté dans leur relations individuelles avec les AAS. C'est en fin de compte la jonction du collectif et de l'agression sexuelle qui pose problème ici.

« Et finalement, c'est pas la thématique qui pose problème ! C'est les deux, c'est le groupe et la thématique . Je pense que si certains collègues disent que la thématique leur pose problème, c'est qu'ils ont eux-mêmes un autre problème quelque part. Ce public là, on sait qu'on doit le rencontrer. » (Un CIP)

« Quand les CIP disent que c'est effectivement particulier d'aborder ce type de passage à l'acte en entretien individuel, c'est particulier du fait des faits, parce que, encore une fois, c'est de l'intime. C'est vraiment des choses, la plupart du temps, horribles et qui renvoient beaucoup de choses personnelles voilà, en fonction de sa vie. Mais, moi, en tant qu'animatrice de groupe de paroles sur les auteurs d'infractions à caractère sexuel, j'ai beaucoup plus de difficultés à l'aborder en groupe qu'en individuel » . (Une CIP)

La perte de maîtrise du groupe, les dérapages, la mise en difficulté face au collectif sont autant d'éléments (réels ou anticipés) qui participent à ces inquiétudes.

« C'est plus délicat à stopper, parce que là, on peut tomber, on peut s'apercevoir que l'on a fait une erreur de casting. C'est ce qu'on disait avec la psychologue, et puis, tomber sur le pervers qui s'est bien camouflé, qui va se délecter...Alors que quelqu'un, en entretien individuel, on peut être capable de le réguler et puis de dire de manière plus facile, plus ferme : « ça, ce n'est pas de mon champ ». Alors que les groupes... » (Une CIP)

« On aborde les faits en individuel aussi mais, le fait que ce soit en groupe, c'est différent, parce qu'en individuel, quand ça va trop loin ou que ça dépasse notre champ, on est capable de renvoyer sur les professionnels qu'il faut. Là on doit aussi se soucier des autres, et de ce qui peut se jouer entre les participants, là on est vraiment dans un rôle d'animateur, pour distribuer la parole. » (Un CIP)

Un certain nombre de CIP déplore finalement le manque de latitude qu'offrent ces PPR par le fait d'être précisément centrés sur ce type de passage à l'acte. Le CIP-animateur n'est plus, dans ce cadre exclusif, vraiment maître de la situation. L'agression sexuelle est, quoiqu'il arrive, en ligne de mire du travail quel qu'il soit. Il devient difficile d'y échapper, ne serait-ce que pour un détour momentané.

« Et en plus, ce qui est différent, je pense aussi c'est que, quand on les voit en individuel, ces détenus là, moi je suis jeune maman, ça me renvoie aussi... je sais que j'ai plus de difficultés à aborder les faits avec quelqu'un qui a commis des actes pédophiles plutôt qu'un braquage. Mais je veux dire, ça ne me pose aucun souci de les aborder en sachant que c'est pas à tous les entretiens, qu'à un certain moment, on va être obligé dans le cadre, par exemple, d'une libération conditionnelle d'en parler, moi ça m'est arrivée de dire : « Bon ! Là ! On n'est pas prêt, ni vous, ni moi. De toute façon, ce n'est pas le lieu, mais il faudra qu'on n'en rediscute, il faudra qu'à moment donné on parle de ça.» Après, on décide nous aussi à quel moment on l'amène, en fonction de notre parcours avec la personne. Là, le public sait qu'il est thématique, c'est tout le temps, on ne va pas parler d'autre chose ». (Un CIP)

« Alors, c'est vrai que, quand on démarre dans la profession, c'est peut-être plus difficile. Je pense que les jeunes professionnels, comme on l'a été, c'est toujours plus difficile parce qu'on a toujours peur de heurter la personne en face. Après, une fois qu'on commence à avoir de la pratique, et puis à connaître les personnes. Je vous le dis, c'est une technique que j'utilise : partir du fait de la condamnation qui est quelque chose de réel, qui est inscrite, qui est là, elle est dans l'arrêt de condamnation. Point barre. Ça, c'est quelque chose que l'on ne peut pas nier. Puis même, moi je me dis, si à terme il n'y a que dans les groupes de paroles où les faits sont évoqués, enfin je veux dire... ça craint un peu, parce que quand tu évoques les faits avec quelqu'un en individuel, tu la prends, tu peux dire clairement : « Voilà, on en est à tel stade du travail, on est à tel moment de votre parcours pénal, vous

allez bientôt solliciter une permission, souvent, c'est comme ça que ça vient.». Moi je l'aborde dès le premier entretien... On n'est pas là pour écouter, qu'ils ont besoin de téléphoner, qu'il a besoin d'appeler maman, qu'il a besoin d'appeler sa femme. J'estime que ce n'est pas mon rôle que de servir d'intermédiaire avec tout le reste de la planète. Si on est là qu'à ce titre là, ça ne sert à rien ». (Une CIP)

C'est aussi, après-coup, le caractère artificiel de la démarche que les CIP mettent en avant. Le groupe ne serait pas favorable à la mise en route d'un travail sincère sur soi de la part des AAS. Ce qui semble finalement possible en entretien individuel (pousser un peu plus l'interrogation, remettre en question certains éléments verbalisés) devient ici plus difficile compte tenu des risques de dérapage du collectif. Entre le fait d'inciter à la parole et celui de demeurer dans un certain cadre (socio-éducatif), la limite est ainsi ténue. Les CIP-animateurs sont en quelque sorte pris dans cet étau du « faire sans en faire trop », ce qui dans un cadre collectif peut s'avérer fort périlleux.

« Je pense qu'on a évoqué des sujets qui étaient intéressants, on a donné peut-être quelques tuyaux, quelques petites pistes mais je me voile pas la face je sais que c'est du grand théâtre, que personne n'a été à 100 % authentique et...Comme ils le sont dans les entretiens individuels ». (Une CIP)

« Non et puis il y a des choses qu'ils auraient peut-être eu envie de dire et du fait, effectivement qu'ils soient en groupe avec cette notion de, certes, de confidentialité mais de détention qui est tellement présente...On a eu quand même un détenu participant au groupe qui est venu nous voir à la fin d'une des séances, pour nous dire à la 3^{ème} que c'était bien ce que l'on faisait, que ok c'était expérimental, que lui il avait été ok pour y participer mais qu'il se rendait bien compte que tous les participants, y compris lui, n'étaient pas authentiques et qu'il se jouait tellement de choses en sortant du groupe dans les relations de travail, dans les relations amicales, ou sociales qu'ils allaient avoir entre eux, qu'ils ne pouvaient pas, même s'ils le voulaient, être à 100 % authentiques au risque de choquer, de heurter ou que le groupe parte en éclat. Lui, il aurait eu envie de dire à certains, c'est ce qu'il nous a laissé comprendre « mais attend ! C'est complètement faux ce que tu racontes, je ne peux pas te laisser dire ça ! » Et qu'il se retenait parce que le groupe fait que, c'est impossible ! (Une CIP)

Dans le même temps, l'outil PPR n'est pas totalement remis en question par les travailleurs sociaux. C'est plutôt son caractère reproductible à l'identique, et finalement le manque de marge de manœuvre à son égard, dans le contexte de la prise en charge des AAS, qui transparaît dans le discours des CIP.

« Généraliser une action qui a été... Parce que c'est ça qui est parti à la base, comme Angoulême, qui a été érigée en modèle... C'est une équipe qui a réfléchi là-dessus, ils se sont effectivement mis tous d'accord et ils ont pris ça comme principe. Mais ce n'est pas parce que les choses se font à un endroit qu'il faut... les calquer. C'est bien qu'il y ait une harmonisation des pratiques mais il faut laisser quand même aux équipes le libre choix de comment ils ont envie de travailler !... » (Une CIP)

« Moi, c'est ça qui me gêne. D'un outil qui peut être intéressant, on vous dit : « Voilà ! Vous le faites parce qu'on a décidé que vous devez le mettre en place... ». C'est la crainte aussi que j'ai quelque part, en disant qu'un outil qui peut être très intéressant, pas forcément en plus sur ce public parce qu'il y a d'autre public que l'on pourrait toucher avec lesquels on pourrait travailler d'autres choses, on va se le casser parce qu'en imposant certains trucs et sans filet et ne contrôlant pas les choses qui se font sans filet et bien on va casser un très bon outil. La problématique elle est là. Et en même temps on en tire profit aussi en disant « vous voyez cela se met en place... » (Un CIP)

Cette conception critique des PPR en tant que « bonne pratique » ou modèle « clé en main » qui serait adaptable en tous lieux, en toutes circonstances, par n'importe quel CIP, est assez présente dans les discours. Elle apparaît de manière plus virulente encore dans le discours des psychiatres. Le danger,

selon ces derniers, est aussi de créer un amalgame, dans l'esprit des AAS entre ces pratiques à visée comportementaliste et le soin.

« Est-ce que l'on peut, humainement, trouver acceptable qu'on dépose comme ça un kit de PPR, dans une structure SPIP et se débrouiller avec ça ? Moi je crois que c'est dangereux et ce que je pense moi, mais ça c'est très personnel, c'est que c'est très contreproductif avec l'action qui est mise en place dans les différents SMPR au niveau national ». (Un psychologue dans un SMPR)

« Pourquoi j'irais voir, Monsieur Machin qui va me prendre quatre ans, cinq ans en groupe, à raison d'une séance tous les 15 jours d'1 heure et demi et qui ne me fera pas de cadeau, et qui me dira de venir au mois d'août ! Pourquoi je vais faire cet effort là ? Pourquoi je ferai l'effort de venir me poser des questions quand, en dix séances comme ça, ça doit résoudre mon problème ! Parce que si ça ne résout pas mon problème, je ne vois pas pourquoi je le ferais, en interne... Ca me fait penser à la pensée magique des enfants (...) comme si ça pouvait tout résoudre, voyez ! Comme si le groupe pouvait tout résoudre, comme si en dix séances, je pouvais tout résoudre (...). Dix séances ou douze séances, et puis ça y est, c'est fini, hein ! Ça marche fort bien pour les araignées, ça marche bien. On met l'araignée à trois mètres et puis après on la rapproche, ça marche bien ! (Une psychiatre, responsable d'un Centre-Ressource)

Encore une fois, y compris pour ces praticiens, ce n'est pas tant l'outil PPR en tant que tel qui pose problème, que son mode d'application sur le terrain auprès des CIP, le travail préalable en amont, dans le temps, qui aurait permis à chacun de s'appropriier le sens de la démarche

« On pense que c'est l'outil qui va changer l'Homme. Non ! C'est la méthode que l'on va transmettre à quelqu'un pour pouvoir utiliser un outil, qui va faire qu'il va pouvoir s'approprier cet outil. L'outil cela n'a jamais changé personne. C'est l'homme qui a inventé l'outil, ce n'est pas l'outil qui a fait l'homme, secondairement, secondairement. Mais il y a d'abord eu quelqu'un qui a su poser la question, comment ouvrir une noix ? Enfin bon ! Si je me pose la question. Même les oiseaux, ils lâchent les os de très haut pour pouvoir manger après et donc ils trouvent des outils. Le lâcher d'os c'est un outil, le lâcher d'os. ». (Un psychologue dans un Centre Ressource)

Une grande majorité de psychiatres témoigne également du danger de cette position ambiguë du CIP-animateur, déclencheur d'une parole en collectif qu'il n'est pas à même, théoriquement, d'entendre et de contenir. De ce point de vue, les inquiétudes des CIP seraient, selon eux, tout à fait légitimes.

« C'est que le risque, c'est que l'agent, en face des personnes ne va pas vouloir l'entendre. Le risque, c'est qu'il y a des choses qu'ils ne vont pas vouloir entendre, ils vont refuser d'entendre et que ça soit conscient ou inconscient, ils vont s'en tenir à leur cadre, à leur... à ne pas laisser du tout de place à un déroulement de ce qui peut y avoir derrière. ». (Un psychologue dans un SMPR)

« Quelqu'un commence à évoquer quelque chose et on lui dit : « Je ne suis pas médecin. » Il y a quand même cette question de, qu'est ce qu'on est capable, nous, de recevoir ? En fonction des choses préconstruites, qui nous permettent de recevoir d'ailleurs. Donc, quand on est lancé dans un projet en se précipitant ou on n'a pas forcément pensé le cadre des choses, c'est ennuyeux pour les personnes en face, mais aussi pour nous parce que, on a, enfin surtout dans un milieu comme la détention, je crois qu'on a vraiment besoin d'un cadre qui nous permet de recevoir ces choses là, sans que ça soit violent... ». (Un psychiatre, dans un SMPR)

La connaissance des PPR a été relativement tardive du côté de la psychiatrie. Beaucoup regrettent aujourd'hui qu'il n'y ait pas eu de concertations entre la Santé et la Justice pour affiner ce type de projet.

« Je trouve que, simplement cette initiative aurait mérité, c'est une initiative de la justice qui aurait mérité, vraiment, une liaison de la Santé avec la Justice (...°). Ils auraient pu dire, on va réfléchir ensemble. Mais non ! Ce n'est pas comme cela que ça s'est passé. » (Un psychologue dans un Centre Ressource)

1-2 Des dispositifs-limites

Les limites attachées ici au travail collectif renvoient au contexte psychologique ou psychiatrique fortement attaché à la figure des AAS. Les autres catégories de justiciables (« toxicomanes », « braqueurs », « auteurs de violences familiales »...) ne font pas, dans les discours des CIP interrogés, l'objet de telles interprétations. Cet état de fait nous amène à une visualisation du positionnement résolument « limite » de cette catégorie de population entre le socio-éducatif et le psychiatrique. La mise en place des PPR dans le but de faciliter (entre autres) le travail des CIP mis à mal en entretien individuel auprès de cette population, ne tient plus, dès lors que le collectif est également pointé comme soulevant des difficultés. Ce vécu d'une intrusion du psychiatrique ou du psychologique ressort constamment des récits sur le déroulement des séances. Si cela témoigne d'une réalité potentielle comme de l'attention soutenue des CIP à l'égard de ce qui est susceptible de sortir de leur champ de compétence, cela laisse entrevoir par ailleurs les limites du dispositif appliqué à ce type de population.

« C'était une séance un peu moins productive, ils étaient attentionnés mais banalisant, il étaient dans le déni, fuyant dans le...à nous amener sur des terrains où on n'avait pas trop envie d'aller, un peu agressifs quand on ne reformulait pas très bien en nous remettant en cause. Donc on reformulait en essayant d'étirer quoi ! Et dès qu'on titillait et ben, de suite, il y avait une réaction un peu... Donc, on a senti cette séance un peu dure quoi, enfin moi pour ma part on n'en a parlé entre nous, ça a été un peu compliqué. » (Une CIP)

« Alors je crois que nous de toute façon quand on sentait que ça pouvait basculer là-dedans, on revenait de suite au sujet qui nous intéressait. Pour rester vraiment dans le champ socio-éducatif parce que c'est vrai qu'on avait des craintes de tomber dans l'énoncer des faits, de tomber dans une prise en charge psychothérapique et voilà et puis que l'on ne soit pas armé pour le traiter. Parce que voilà ce n'est pas notre formation, ce n'est pas notre fonction et on voulait vraiment rester sur des choses bien précises. Mais c'est tout le temps sur le fil quand même. » (Un CIP)

La situation peut s'avérer d'autant plus difficile que de nombreux AAS sont à même, par expérience des suivis thérapeutiques, d'avoir un discours objectivé sur eux-mêmes.

« Ce qui m'a gêné c'est qu'on est parti de suite sans... Parce qu'il s'est nommé, il a parlé de sa problématique en terme enfin, en disant : « je suis pédophile. » Tout ça. Il est quand même parti, je dirais sur ce versant qui est le versant thérapeutique où on se livre et puis on parle de sa problématique. Avec un recul en plus ! Alors là, c'est vrai qu'il y a eu un petit flottement dans le groupe quand même. Il y a... moi, j'ai observé, il y a eu des expressions un petit peu de malaise, il a fallu gentiment, lui dire : il ne faut pas nommer, on n'est pas là pour nommer l'infraction, on est là pour travailler, donc pour, on ne va pas nommer les infractions, ce n'est pas le but de ce groupe là, on ne va pas les nommer, on ne va pas dire, voilà exactement les choses que chacun à pu faire, mais on va parler

sur une problématique beaucoup plus large, On leur a dit d'ailleurs. Pendant les entretiens on leur a dit que s'ils avaient envie d'évoquer des choses personnelles et que si ça allait trop loin, on peut l'envoyer vers le psy, quoi. » (Une CIP)

Dans le même temps, les travailleurs sociaux estiment être résolument inscrits dans le cadre des PPR. C'est justement à présent ce cadre qui leur pose problème car mal adapté, selon eux, aux spécificités des AAS. De toute évidence, ce type de passage à l'acte relève de façon fortement intriquée de différents champs à la fois (socio-éducatif, thérapeutique...), ce qui rend difficile l'exercice de la mission du CIP, compte tenu du cadre dans lequel elle s'inscrit en général, mais encore plus au sein des PPR, du fait surtout de l'exposition au collectif.

« Le groupe s'est réalisé, on en a tiré un bilan, justement à la frange entre le thérapeutique et nos missions, du fait du public, on pense (...) C'est dur parce qu'on est toujours sur le champ du soin, de l'analyse, de la thérapie. On se disait que c'est foncièrement lié au public d'être en difficulté avec ce groupe dans nos missions. Voilà ! Dans le rappel à la loi, rappel à la règle, ce sera, pour nous semble t-il plus évident de travailler avec des auteurs de violence. Ce sera plus facile d'être dans le champ socio-éducatif aussi. Plus facile avec ce type de public, on va voir. » (Une CIP)

Paradoxalement, le travail sur le passage à l'acte tend à perdre ici tout son sens comparé à ce qui peut exister en individuel.

« Ce n'est pas savoir pour savoir, mais c'est essayer de travailler avec lui sur le passage à l'acte pour comprendre où est-ce qu'il en est maintenant de son passage à l'acte. Et ça, on arrive très bien à le faire passer en entretien individuel, alors qu'en groupe on n'est pas du tout sur le même versant » (Une CIP)

On mesure ici, plus qu'ailleurs, que loin de n'être qu'un acte qui permet de l'appréhender en tant que délinquant, ce type d'agression s'inscrit dans une histoire (familiale, psychique, sociale, éducative etc...) qui résiste aux simplifications, aux visions partielles, aux visées pragmatiques. Participe amplement à cela l'ambiguïté d'un langage qui emprunte à la psychiatrie ou à la psychologie dans un cadre que l'on affiche comme non thérapeutique et dans un contexte qui n'est, en rien, du côté des CIP, porté par des connaissances scientifiques appropriées.

« Ils disent « on s'intéresse à l'acte », mais quand ils parlent de l'acte, on parle de quoi ? Non c'est très, très compliqué ! » (Un psychologue dans un Centre Ressource)

« Le passage à l'acte est un concept clinique. Le mot « passage à l'acte » ne fait pas parti du jargon de l'éducateur. Ça reste, ce n'est pas parce qu'on s'accapare, parce qu'on vous dit d'adapter et de discuter comme ça que... On partage le même vocabulaire mais dans la problématique, ça ne fait pas partie de la procédure éducative. C'est une connotation clinique, psycho-dynamique » (Un psychiatre dans un SMPR)

« Dans ce que j'entends, le champ, il n'est pas défini. C'est-à-dire, qu'on met le même mot à la place d'un autre, on va rappeler les mêmes souffrances » (Un psychiatre dans un SMPR)

L'amalgame est également très fort du côté des participants peu habitués à s'exprimer de la sorte en dehors d'un cadre thérapeutique. Cette difficulté de compréhension explique aussi leur difficulté de positionnement au sein des PPR.

« Pour beaucoup aussi, il y a tout ce problème de la confusion entre thérapeutique, groupe thérapeutique, groupe de parole, groupe de guidance. Voilà, je crois qu'il y a ça ! Le fait qu'on n'est pas formé à cela, le fait de prendre en charge un groupe sur une problématique, quelle soit de violence, alcool ou délinquance sexuelle. Et on n'est pas formé à ça ». (Une CIP)

« C'est vrai qu'ils se posaient des questions, en disant : « bon, voilà ! L'administration prend en charge ce genre d'intervention maintenant, donc le SMPR n'est plus du tout... N'est plus le seul à parler de prévention de la récidive, et bon ! Jusqu'où ? Comment ? Pourquoi ? Comment maintenant le SMPR va nous positionner ? Les détenus posent des questions, des choses qui ne sont pas forcément évidentes d'emblée ! » (Un DSPIP)

Ce trouble n'est pas non plus sans poser quelques problèmes du côté des SMPR déjà engagés dans des approches (thérapeutiques) de groupe.

« Comme jusqu'à maintenant le SMPR était le seul à faire des groupes, il se trouve que quand ils ont eu un courrier leur parlant d'un groupe, ils ont pensé que c'était le SMPR. En plus ça s'appelait : « prévention de la récidive », comme le groupe qui existait déjà. Il y a eu confusion, et ça n'a pas été simple (...) Là on a eu, les personnes suivies sont venus nous voir en disant « C'est quoi ? Pourquoi vous me demandez de participer...? ». C'est logique ils s'adressent à la personne qui les suit. En disant : « Pourquoi vous me mettez dans ce groupe ? ». Il a fallu bien replacer les choses, resituer dans quel champ. Enfin bon, parce que c'était très important, il y a eu confusion (...) Et le rapport que j'ai eu, c'était par deux patients, c'était que quelque part, on leur faisait évoquer des choses, que cela pouvait même des fois remuer des choses et que quelque part il n'y avait personne pour reprendre ça avec eux. Parce qu'on leur dit après, une fois qu'ils commencent un peu à avoir des souvenirs, des choses qui remontent, on leur répond : « Ha ! Mais nous on n'est pas médecin ! On n'est pas ceci, on n'est pas cela. ». Donc ça a quand même tendance à provoquer des choses sans qu'il y ait vraiment un contrôle après coup et sans qu'il y ait des débriefings, ou des choses comme ça et pour deux patients cela a été douloureux. Ils sont venus en parler ici. Ils nous en ont parlé beaucoup de ça. Untel nous disait que pour lui, c'était violent, ce qu'on leur faisait faire. Ils trouvaient ça violent, le fait d'être pris en charge par des gens, qui en fait, ne sont pas formés pour faire ça. ». (Une psychologue dans un SMPR)

Le problème peut également se poser sur un plan très concret : le fait par exemple que certains de ces programmes se déroulent le soir, laissant ensuite le détenu seul, face à lui-même, dans sa cellule sans possibilité de trouver, s'il le souhaite, une autre écoute (le SMPR étant à cette heure fermé).

« Il ne faut pas les larguer comme ça, sans comprendre, avec leurs problèmes et... attention, on ne fait pas comme ça, à n'importe quel moment. Le fait d'aller questionner des choses comme ça et de faire bouger les choses, mais de ne pas pouvoir les travailler, en faire quelque chose, accompagner ce moment-là. Alors c'est ce qu'ils nous disent : « on ne peut même pas venir vous voir après. » (Un infirmier psychiatrique en SMPR)

« Ils ont l'impression d'avoir commencé quelque chose et puis, ils restent avec leurs interrogations tout seul dans leur coin ». (Une psychologue dans un SMPR)

Cette « violence » du dispositif ressentie par les participants ne serait que l'autre face, selon certains soignants, de la violence symbolique créée par un dispositif imposé, insuffisamment construit et mal maîtrisé par les travailleurs sociaux.

« J'ai l'impression que cette violence du dispositif peut, peut-être se répercuter dans une certaine violence qui émergerait de ce groupe qui finalement est en panne d'avoir été pensé... Le fait qu'il n'est

pas eu le temps de penser ce dispositif, de se l'approprier, de l'animer! » (Une psychologue dans un SMPR)

2 – Des enjeux professionnels

2-1 Le sens de la parole

Un certain nombre de difficultés ont été exprimées par les personnels d'insertion et de probation dans le cadre de la « mission d'expertise et de proposition sur les SPIP » conduite, à la demande du Directeur de l'Administration Pénitentiaire, par C. Trabut⁷⁹. Elles relèvent notamment d'un sentiment de non reconnaissance aussi bien à l'intérieur de leur administration qu'à l'extérieur, « manque de reconnaissance mis en parallèle avec un recours systématique des SPIP dans les réformes récentes visant à prévenir la récidive »⁸⁰. Dans ses « propositions pour une définition du métier d'insertion et de probation », I. Gorce souligne également que « beaucoup de CIP expriment des craintes quant à leur capacité à mettre en œuvre sereinement les programmes de prévention de la récidive prévus par la circulaire du 19 mars 2008 »⁸¹. Une telle remarque étonne de prime abord. Si les PPR affichent, depuis leur officialisation, leur souci « d'apprendre aux délinquants à réfléchir aux conséquences de leur conduite criminelle »⁸², on ne peut manquer de rappeler que c'est aussi, avant tout pour faciliter le travail des CIP qu'ils ont localement été créés, il y a une dizaine d'années, sous l'appellation, le plus généralement de « groupe de parole ». Si la mise en place, localement, des groupes de parole dans ce souci de permettre aux intervenants sociaux d'aborder plus sereinement les AAS a pu trouver sa raison d'être⁸³, leur généralisation sous la forme « PPR », à l'ensemble du territoire, ne paraît pas avoir eu, pour l'heure, les effets escomptés. D'ailleurs une telle affirmation est un non sens car les CIP ne sont pas la principale préoccupation des PPR. Le dispositif a semble t-il, imperceptiblement, glissé d'un objectif à un autre. Rien d'étonnant alors que le malaise des CIP, finalement, persiste et qu'il trouve un écho, comme par jeu de miroir, dans celui des AAS bousculés, eux aussi parfois, par une telle approche. Ainsi est-on tenté de reprendre cette interrogation de D. Fassin dans sa sociologie des lieux d'écoute : « Qui souffre ? Qui doit-on écouter ? Par une sorte d'effet de contagion, la souffrance est passée de la victime à l'intervenant et l'écoute doit donc s'adresser aussi à l'écoutant »⁸⁴. Les PPR offrent effectivement cette possibilité par le biais des séances de supervision menées par un psychologue recruté à cet effet. Cette supervision occupe en réalité des fonctions multiples. S'il s'agit à la fois de faire le point sur les pratiques, de fédérer les savoirs, il s'agit aussi de suivre chaque séance et de réguler les tensions au sein de l'équipe d'animateurs en permettant de revenir après-coup sur certains aspects problématiques.

« On travaille sur la séance passée, voir un peu ce qui a été dit etc. Comment ils se positionnent les uns les autres ? Qu'est-ce qui change un peu ? Et après donc, on passe à la préparation de la

⁷⁹ Rapport de la mission d'expertise et de proposition sur les SPIP par C. Trabut, Inspectrice des services judiciaires mise à disposition du directeur de l'administration pénitentiaire, Août 2008.

⁸⁰ *Ibid.* p. 3 ;

⁸¹ Propositions pour une définition du métier de conseiller d'insertion et de probation par I. Gorce, Conseiller référendaire, Cour de cassation, Paris, 29 septembre 2008, p.3.

⁸² Circulaire du 19 mars 2008 relative « aux missions et aux méthodes d'intervention des services pénitentiaires d'insertion et de probation »

⁸³ Cf sur ce sujet notre précédente étude : Alvarez J., Gourmelon N., La prise en charge pénitentiaire des auteurs d'agressions sexuelles, op. cit.

⁸⁴ Fassin D., Des maux indicibles, sociologie des lieux d'écoute, Paris : La Découverte, 2004.

suivante... et là, elle apporte aussi quand même un peu de théorie et ça nous aide à avancer (...). C'est à dire par rapport à ce qui peut nous poser problème, enfin aux questions, comment aborder par exemple les faits ? C'est vrai qu'on ne sait pas trop, elle nous amène un petit peu son expérience à elle, etc. Parce que des fois, peut-être qu'on fait des choses pas adaptées à la personne qu'on a en face de soit. »(» (Une CIP)

« La psychologue, elle, participe à la construction des sessions toutes les semaines avec l'équipe, prépare les séances ensuite avec les animatrices et intervient en débriefing après les séances, également. » (Un DSIPI)

Si la supervision est généralement perçue comme une aide réelle à la pratique, certains CIP peuvent néanmoins être troublés par le fait qu'elle émane de la hiérarchie et s'exerce dans un cadre institutionnel.

« La question de la supervision pour nous était un peu plus compliquée à gérer parce qu'il y a toujours cette difficulté de : quel est le rapport entre le superviseur et le supérieur hiérarchique ? Il y avait quand même ces difficultés là. Et puis tant mon collègue que moi, nous avons opté pour une supervision que l'on paie nous-mêmes (...).J'avais opté pour ça pour me dégager quand même de ce rapport qui n'est pas toujours très sain entre un superviseur employé par un supérieur hiérarchique ; c'est même quelque chose qui est un peu difficile à éclaircir et qui peut poser des difficultés au superviseur comme à celui qui est supervisé » (Une CIP)

En se positionnant à la fois du côté des participants et du côté des CIP-animateurs (à travers les séances de supervision), les PPR rempliraient (comme les lieux d'écoute décrits par D. Fassin)⁸⁵ ce double objectif d'intervenir auprès des uns dans une visée de prévention de la récidive et de soulager les autres, mis à mal avec ce type de public parce qu'ils ne sont pas fondamentalement formés pour cela. Animateurs comme participants (car de ce côté-là aussi, nous l'avons vu, l'injonction à ne pas faire du « psy » fonctionne) sont ainsi convoqués pour faire de ces lieux quelque chose qui ne ressemble à rien d'existant, aux limites du travail socio-éducatif et de la prise en charge psychiatrique et psychologique dont on saisit mal la cohérence

Pourtant si l'on se positionne dans une perspective globale de santé mentale et de prévention, les fonctions des uns et des autres acquièrent une certaine logique d'articulation. Pour être présentable et compréhensible par tous (sans amalgame possible), ce type d'interventions globales, en chaîne, nécessite un net partage des rôles entre les différents acteurs : le CIP est ainsi requis pour des fonctions d'animateurs et c'est en cela qu'il lui est demandé d'appliquer certaines règles et pratiques en renonçant à la relation d'aide et à sa volonté d'en savoir plus (trop) sur son client; c'est en cela également que le psychologue doit renoncer à la clinique, au face à face direct avec le/les participants pour s'orienter vers un soutien des équipes d'animateurs.

Cet idéal de pratique est cependant sans cesse contrarié, dans les faits, par toute une série de déplacements de la part aussi bien des participants que des animateurs (et parfois même des psychologues⁸⁶). « Chassez le naturel, il revient au galop » dit le proverbe. D'autres éléments participent à ce brouillage : la rhétorique « psy » sans cesse convoquée dans l'explicitation d'un tel travail ; le terme même de programme voulu par le législateur supplante mal celui de groupe de parole initialement prévu et toujours fortement présent dans les discours. Cette labilité, polysémie, indécision des termes employés reflète une réalité aux contours mal définis, mal maîtrisés et induit immanquablement en retour un certain nombre de confusions auxquelles certaines équipes se sont efforcées, à un moment donné, de pallier.

⁸⁵ *Ibid.* p. 31

⁸⁶ Voir le point suivant

« On avait gommé le mot parole parce qu'on voulait gommer l'aspect thérapeutique et le mot parole était ce qu'il y a de plus thérapeutique. On avait dit un groupe d'échange et de réflexion et on a gardé le nom d'ailleurs un « groupe d'échange et de réflexion. »(Une CIP)

Quel sens finalement attribuer à la parole dite par les participants dans un tel contexte mal maîtrisé ? Quelle valeur donner à cette parole (tant bien que mal) encadrée ? Nous l'avons vu, la détention n'est pas perçue comme étant propice au dévoilement sincère des AAS

« Mais je pense qu'ils ont un discours plaqué en détention qui est fait de tout ça, de tout leur quotidien qu'ils vivent et que c'est dur de mettre entre parenthèses une heure de temps tous les quinze jours, sa situation de détenu et sa situation de détenu ayant commis des infractions à caractère sexuel. Sans compter qu'ils se retrouvent après, donc je pense comme pour tout le reste, la parole n'est pas entre guillemets « libre ». Elle est quand même tenue par le fait que lorsque l'on sort de la salle, on retourne en détention. On ne va pas chez soi et qu'on va retrouver les autres, la communauté obligée et la communauté obligée qui a un regard. Donc, même lorsque l'on s'exprime, lorsqu'on dit que la liberté, enfin, la parole est libre et qu'elle ne sortira pas, le groupe l'a quand même entendue même si nous sommes garant d'une certaine...d'un secret vis-à-vis de l'administration, vis-à-vis d'autres tiers, entre eux, ils ont quand même peur de ce regard de l'autre même s'il est du même groupe. Donc, à mon sens, le fait de l'enfermement, ça bride aussi la parole. C'est-à-dire que dès qu'il commence à y avoir un discours plaqué tout le monde s'y raccroche.» (Une CIP)

Comment le souci préventif, fort habituellement d'une certaine objectivité, peut-il trouver matière à peser sur cette réalité ? Si l'on comprend le sens de ce type de programme dans le contexte canadien de la « globale thérapie », on comprend mal, le rôle qu'il joue concrètement ici. Déconnectée du soin alors qu'ils en utilisent, en partie et y compris dans le flou, la démarche, les PPR présentent, selon les soignants plus d'inconvénients que d'avantages.

« Quand vous ouvrez la porte de la parole, mais c'est... Vous déstructurez complètement, les gens. On le sait bien ça, puisqu'on l'utilise comme technique. Vous savez, quand vous ouvrez la porte, c'est vraiment... c'est vraiment la boîte des vents mauvais, c'est la boîte de Pandore que vous ouvrez. Alors, bien sûr, que ces groupes ne sont pas fait pour ça ! Je pense que c'est très, très problématique (...). Le problème n'est pas tellement que le groupe, mais c'est à la sortie, parce que les gens, il y en a qui vont se mettre à parler, mais qu'est ce que vous allez répondre. Je veux dire, un travail thérapeutique c'est quand vous proposez au sujet de libérer quelque chose et ou au moins vous donnez au sujet, un moyen de le négocier, alors là oui ! Avant ça ne sert à rien. On sait bien, on appelle ça de l'interprétation sauvage» (Un psychologue dans un Centre Ressource)

Aucun des soignants interrogés n'a jamais pris résolument parti contre la mise en place par les CIP d'un dispositif de prise en charge spécifique des AAS. Ce sont véritablement les PPR, dans leur démarche de recueil d'une certaine parole, qui posent problème ici. A un tel point parfois que certains soignants n'y voient que des effets néfastes.

Dès qu'on parle de l'histoire, d'un seul coup le fantasme paraît ou peut paraître. Et donc on voit des apprentis sorciers qui n'ont aucune formation se mettre là-dedans, puis dire après : « Attendez, nous, ce que vous dites là, c'est trop fort pour nous, donc, on arrête. Chez les personnes que l'on suit, c'est grave, c'est très grave. Ça ressemble à du viol. Viol de ce qui est leur acquis. On n'improvise pas chez ces patients qui ont finalement une histoire de la souffrance, une histoire sous-jacente. C'est l'histoire de violer quelque chose, de leur propre histoire. Je pense qu'il faut y réfléchir à deux fois. Il faut

être très prudent et en même temps s'il faut faire quelque chose, il ne faut quand même pas être néfaste ». (Un psychiatre dans un SMPR)

La crainte, pour beaucoup est que cette parole suscitée et peu ou mal appréhendée signe la fin d'une ouverture à l'autre ; auquel cas la prévention de la récidive s'en trouverait fort compromise.

« On le sait bien ceux qui ne marchent pas. C'est ceux qui ont été, qui ont voulu faire des trucs, qui ont été découragés. On ne sent plus rien. Ils ne se mouillent plus, quoi ! Puisqu'ils ont pris les averses suffisantes... »(Une psychologue dans un SMPR)

2-2 Trouver sa place

« Malgré les efforts déjà faits en ce sens par l'institution, une évolution culturelle demeure nécessaire au sein de l'administration pénitentiaire, afin qu'elle fasse à la mission de prévention de la récidive conduite par les personnels des SPIP une place équivalente à celle de la mission de garde, en termes de reconnaissances institutionnelle, de connaissance des métiers et des problématiques des SPIP et de moyens de fonctionnement »⁸⁷. Cette conclusion apportée par C. Trabut dans le cadre de sa mission d'expertise sur les SPIP situe pleinement les différentes dimensions afférentes à la problématique des SPIP et du travail des CIP en particulier. L'approche nouvelle des AAS par les CIP telle qu'elle se réalise actuellement à travers la mise en place des PPR ne semble pas, pour l'heure, augurer de nettes améliorations sur ces différents aspects. Si un mouvement de « professionnalisation du métier sur le champ pénal »⁸⁸ est aujourd'hui requis, la démarche, telle qu'elle apparaît au travers des PPR ne semble ni assurée ni réellement assumée par l'Administration. Un point nous semble particulièrement significatif en la matière concerne celui de la criminologie que chacun semble ici appeler de ses vœux : « Il faut clairement positionner les CIP sur le champ pénal et criminologique qui constitue leur cœur de métier et les renforcer professionnellement sur ce champ »⁸⁹ ; « la formation des CIP (...) visera à former des professionnels développant une expertise criminologique, c'est-à-dire ayant des capacités d'évaluation permettant de construire et d'animer des parcours, en vue de prévenir la récidive »⁹⁰ ; « même s'il est toujours malaisé, en France, de parler de « criminologue clinicien » pour dire clairement ce qu'est le métier du CIP ; c'est bien de cela qu'il s'agit »⁹¹.

Le vocabulaire à l'égard du métier de CIP a ainsi sensiblement évolué ces dernières années, évoquant en 1993 des « connaissances en criminologie qui sert d'appui à la préparation des décisions de justice »⁹² pour aboutir, en 2008 à l'évocation officielle (l'idée n'étant pas fondamentalement nouvelle)⁹³ d'une fonction de « criminologue clinicien ». Cette évolution, que rien (en terme de formation notamment) n'est fondamentalement venu porter, engage un certain nombre de questionnements. Qu'est ce qui justifie concrètement, cette « promotion » ? En quoi les CIP sont-ils aujourd'hui formés à l'approche scientifique du phénomène criminel ? En quoi sont-ils objectivement en mesure de mettre en œuvre et de soutenir des diagnostics, des pronostics et des traitements criminologiques ? En quoi sont-ils en mesure d'adopter

⁸⁷ Rapport de la mission d'expertise et de proposition sur les SPIP par C. Trabut. *Op cit.*

⁸⁸ Propositions pour une définition du métier de conseiller d'insertion et de probation par I. Gorce. *op. cit.* p. 8

⁸⁹ *Ibid.* p. 3

⁹⁰ MEMO SPIP du 21 octobre 2008 par C. d'Harcourt

⁹¹ Pottier Ph., Insertion et probation : évolutions et questionnements contemporains, In Senon J-L, Lopez G., Cario et al. *Psychocriminologie, Clinique, prise en charge, expertise*, Paris : Dunod, 2008, p. 238.

⁹² Décret du 21 septembre 1993

⁹³ La criminologie clinique comme source d'inspiration pour les travailleurs sociaux en milieu pénitentiaire a antérieurement déjà fait l'objet d'analyse et de réflexions, notamment chez les élèves CIP en formation. Cf par exemple : Malfroy P. *La criminologie clinique comme mode d'approche de la délinquance chez les travailleurs sociaux de l'AP, Mémoire pour le Certificat d'Aptitude aux fonctions de Conseiller d'Insertion et de Probation*, 1999.

cette posture clinique qui nécessite notamment d'inclure dans l'évaluation du client les enjeux de l'évaluation elle-même ?

Ce type d'énoncé qui vient appuyer la nécessité d'une évolution culturelle du métier de CIP ressemble surtout, dans le contexte actuel, à un énoncé performatif dans un contexte marqué par des identités professionnelles fragilisées qu'il s'agit de remettre en mouvement. Le terme paré de scientificité est flatteur pour un néophyte ; il présente également l'avantage d'être suffisamment mal défini sur un plan objectal et disciplinaire ce qui rend possible son utilisation à diverses fins, notamment de rassemblement. Dans le même temps, en procurant au travailleur social (y compris de façon tronquée) l'alibi scientifique et thérapeutique, cette dénomination de « criminologue clinicien » « visibilise » son inscription dans une vision en terme de santé mentale.

Mais le positionnement des CIP tels qu'il se présente, pour l'heure, au sein des PPR ne semble pas pouvoir aller dans le sens d'une telle expertise criminologique que l'on imagine à l'interface des mécanismes individuels et sociaux du phénomène criminel et de la mise en œuvre des moyens de sa prévention. Cela n'invalide en rien la capacité d'analyse dont nombre d'entre eux font preuve concernant leur public, simplement la posture adoptée plus axée sur l'accompagnement, valeur forte du travail social que sur l'appréciation critique et la mise en perspective théorique des techniques (valeurs fortes de la clinique proprement dite) n'est pas la même. D'ailleurs, très concrètement, ce type d'activité, pour être valide, suppose une distanciation de la pratique et donc un temps accordé au travail réflexif que tous estiment impossible, en l'état, à aménager.

« Ca donne aussi très peu de temps à consacrer à une réflexion en disant, comment ?... Quel outil je vais pouvoir utiliser ? Et puis se documenter. C'est vrai qu'on apprend qu'il y a des films, qu'il y a ceci, qu'il y a cela, mais, c'est bien d'aller chercher de la documentation, mais comment on l'amène, comment on le met en place, c'est quand même un sacré boulot là aussi, je crois que c'est presque un métier à temps plein. » (Une CIP)

L'expérience de certains CIP en matière de PPR n'est au demeurant pas exempte d'innovations, fondées sur une problématisation singulière des modalités et objectifs de ce type d'intervention. Si ce type d'expérience se décale quelque peu d'une stricte application de techniques cognitivo comportementales (à partir de la chaîne délictuelle par exemple) en vue d'un accompagnement de la PPSMJ vers la gestion de son comportement, elles n'en demeurent pas moins, comme le veulent les textes de référence ancrées dans « une approche criminologique ou éducative et non thérapeutique, dans un cadre différent (en groupe) afin de surmonter les difficultés ou blocages pouvant intervenir lors des entretiens individuels ». C'est ainsi que certains s'attachent à porter une attention particulière au cheminement individuel de chaque participant au groupe ; un travail basé sur la conviction que le groupe est porteur de potentialités particulières auxquelles il convient de porter une attention soutenue au risque de « passer à côté » de phénomènes importants (en terme de crises vécues par certains individus par exemple) ; la conviction encore de se situer dans un travail qui échappe précisément au soin tout en étant « autre chose » que de l'animation ou du socio-éducatif. Mais ce type de positionnement qui sous-tend une réappropriation du dispositif par l'intervenant, de telle sorte qu'il soit aussi conforme à un niveau particulier d'engagement professionnel (deux des CIP interrogés ont par exemple affirmé avoir passé un diplôme universitaire en lien avec l'approche groupale) implique généralement un certain affranchissement d'une partie du cadre prévu par l'institution :

« Je crois que la limite, elle est aussi dans la limite de la psychiatrie. C'est-à-dire il y a ce qui est de l'ordre de la pathologie qui peut être prise en charge par la psychiatrie et puis il y a des situations comme ça, qui ne peuvent pas ou qui le peuvent mais sur des années et des années. Là, on voit qu'on a affaire à une personne sur lequel il n'y a pas de piste, puis à un moment donné, il va falloir faire un travail autre, que quand même les éléments commencent à se développer. Je crois que le PPR, il a un

intérêt justement important, c'est qu'il intervient sur quelque chose qui ne pouvait pas s'exprimer avant. La psychiatrie n'a pas pu parce que ça dépasse les limites de ce qu'elle peut faire, peut-être (...), le travail éducatif n'a pas pu se faire parce que ça dépasse aussi ses limites, donc on essaye d'inventer autre chose puisque tout est bloqué. Et là, on a un travail d'expertise. Ce qu'on va voir, c'est si ça va débloquent quelque chose, qu'est ce que ça va permettre de débloquent et quel type de prise en charge ça va ouvrir après. (...)Mais c'est clair que nous, on a aussi cette vocation de mesurer les conséquences de ce qu'on fait. On est toujours avec cette notion derrière. On s'arrête là où on sent quand même trop de souffrance, trop de difficultés. Et on tolère qu'un participant ne vienne plus en groupe. Un monsieur qui y est toujours, me disait « je suis malade, j'ai très froid, j'ai dormi tout habillé. Effectivement, systématiquement avant les séances, il vomissait toute la nuit, il avait la diarrhée toute la nuit, et le lendemain il était malade, il ne pouvait pas se lever. Alors bon, on l'a accompagné en disant « bon ne force pas trop ». Effectivement il pouvait arrêter. Il a arrêté avant que ce soit beaucoup plus grave. Mais parce que là on était aussi sur cette attention particulière. Il faut faire attention que ça ne les dégrade pas. Et ça, c'est aussi une des raisons pour laquelle je suis attaché à ce qu'il ai une psychologue clinicienne qui anime avec moi. Donc, il faut que quelqu'un soit même plus alerté que moi sur ces dégradations psychiques qui peuvent intervenir. Quitte à intervenir dans le bon sens, quitte à l'issue d'une séance qu'elle me téléphone en me disant « Hou là !, on a un participant qui ne va pas bien du tout, est ce qu'il peut être reçu par le spécialiste tout de suite ou dans la semaine ? » C'est souvent le cas. Par dégradation due au groupe, ou du à autre chose mais effectivement. Ça c'est un des effets du groupe aussi. C'est de révéler, de déclencher un tas de choses qui peuvent être important» (Une CIP)

Ce type d'approche qui dépasse le cadre de l'intervention-animation pure et simple et plaide en faveur d'une mise en perspective, d'une problématisation de la pratique n'est cependant pas entendable par l'institution ou plutôt si, elle l'est, mais dans le cadre unique d'une expérience particulière à court terme, un soupçon de subversion que l'institution en tant que telle ne saurait en aucun cas assimiler sur un long terme. M. Douglas l'a bien montré : « pour qu'un discours [effectivement], quel qu'il soit, devienne possible au sein de l'institution, on doit s'accorder sur des catégories de base. Or seules les institutions peuvent définir des rapports de ressemblances »⁹⁴. On pourrait certes imaginer qu'un individu -Cip en l'occurrence- s'acharne coûte que coûte à défendre sa vision des choses auprès de l'institution, mais nous dit M. Douglas « l'avantage qu'il y a pour l'individu à rallier le fonctionnement collectif des analogies fondatrices l'emporte sur celui qu'il aurait à travailler en indépendant sous sa propre bannière »⁹⁵. Cette intervenante l'exprime d'ailleurs de façon tout à fait lucide bien que désenchantée.

« Quel serait l'intérêt à faire quelque chose qui soit toujours à côté des attentes de l'Administration Centrale ? Parce qu'autant on avait envie justement que ces actions soient incluses dans le travail d'équipe dans la relation régulière entre le travailleur social et les auteurs de violences sexuelles, autant on a aussi besoin que ce soit inclus dans l'Administration Centrale. Sinon on va le faire en libéral ailleurs. En même temps, s'il n'y a pas cette marge de manœuvre qui permet de répondre aux choses d'une certaine manière, qui permet de mesurer ce que chacun fait et le fonctionnement de ce que chacun fait d'un peu original de son côté, ça va être un peu compliqué » (Une CIP)

Se manifeste ici ce paradoxe entre une volonté affichée de la part de l'institution d'une culture qui soit propre aux CIP, basée sur de la criminologie voire un statut de « criminologue clinicien » sans que ne soient portés, y compris de façon expérimentale, les moyens concrets de s'y approcher.

⁹⁴ Douglas M., *op. cit.*, p. 73

⁹⁵ *Ibid.*

Et puis il y a ces coups de buttoir sans arrêt de la DAP qui nous dit qu'on n'est pas dans l'orthodoxie. Qu'on ne peut pas se faire financer etc. etc. Donc ça devient compliqué (...) On nous a dit « Mais qu'est ce que vous faites ? Qu'est-ce que vous faites dans ce PPR ? C'est du travail de psy, on ne vous demande pas ça ! » Alors forcément, ça jette un froid » (Une CIP)

Il est intéressant de constater dans le même temps que ce type d'expérience, « en marge », est jugé positivement du côté de la psychiatrie, preuve en est, en quelque sorte, de sa plausibilité avec le réel.

« En même temps quand je me déplace pour des réunions, ou pour des formations au Centre Ressources, je n'entends pas ce discours » (Une CIP)

« Je trouve que s'engager sur des pratiques novatrices comme ça, qui ne sont pas anodines vis-à-vis des autres collègues c'est-à-dire où on peut effectivement imaginer que le secret professionnel est en jeu, que d'autres enjeux comme « est ce que c'est vraiment notre place sociale ? », des enjeux budgétaires aussi hein : « est ce qu'on est pas en train de... », des collègues peuvent nous dire « mais c'est des budgets qui devraient aller à tel et tel endroit et on les met sur les délinquants sexuels ». Et dans ces moments là c'est vrai que c'est important d'aller vérifier, valider et puis réfléchir (...). Moi je pense que le boulot des centres ressources c'est beaucoup de soutenir les professionnels qui se risquent, je pense que c'est fondamental » (Un psychiatre, responsable d'un Centre Ressource)

Ce n'est pas tant finalement le danger d'un chevauchement des pratiques que celui de la confusion des champs qui inquiète généralement les professionnels du soin. Un tel projet qui permet au contraire une pleine identification des rôles de chacun (le CIP, le psychologue, le psychiatre) n'est donc en soi pas problématique.

La présence de tels éléments porteurs d'innovation au sein de l'institution est, dans le même temps, extrêmement intéressante sur un plan sociologique. En prenant l'institution au pied de la lettre (« nous sommes des criminologues cliniciens »), ils en dénoncent involontairement les paradoxes et finalement la violence symbolique :

« En tant que CIP nous sommes des criminologues cliniciens. C'est-à-dire que l'on se penche aussi sur ce qui a fait tomber la personne, je crois que la clinique ça n'appartient pas qu'à la psychologie ou aux psychiatres, ça touche aussi le domaine de l'éducatif (...). Et je crois que, peut être qu'aussi, il y a ce fantasme du criminologue tel qu'on le voit dans les séries américaines, celui qui poursuit, celui qui a affaire à un crime monstrueux qui tente de dénouer, de déjouer ce piège et faire éclater la vérité ou de le faire condamner tout simplement. Évidemment c'est pas de ce genre de criminologie dont il est question ! Non ! Tout à fait simplement j'essaie de m'imaginer comment je pourrais travailler quarante ans avec des criminels sans essayer de chercher à comprendre pourquoi et comment ? Et puis, évoluer dans cette connaissance, parce qu'il y a aussi une évolution » (Une CIP)

La légitimité de ces professionnels est elle aussi paradoxale : alors qu'ils « se soumettent à l'autorité de l'institution », ils ne manquent pas dans le même temps d'en « subvertir les enjeux parce qu'ils ne jouent pas le jeu auquel se livrent les autres dans l'institution »⁹⁶. Dans le même temps, criminologie clinique ou pas, ces pratiques « à la marge » de celles prévues par l'institution témoignent incontestablement de la recherche d'un sens, d'une spécificité de l'intervention et de ses modalités, qui puisse suppléer les effets d'un pragmatisme mal maîtrisé tel qu'il se présente le plus souvent, au sein des PPR.

⁹⁶ Bourdieu P., Avant propos dialogué, *In* Maitre J., L'autobiographie d'un paranoïaque, Paris : Ed Anthropos, 1994, p. VII.

« Je crois qu'une des solutions à cette mise en place des PPR interviendra dans la formation. Dans la formation initiale, mais pas seulement. Intervenir dans un groupe, c'est être à l'écoute du groupe parce que sinon on risque de s'y faire malmener, dévorer. Il y a des groupes qui mordent, aussi. Tout ça, ce n'est pas des choses qu'on peut apprendre en deux années. Il faut le temps de se sensibiliser. Je crois que plus généralement il faut que la prise en charge globale, elle se développe sous tous ces aspects dans les SPIP. Il faut aussi que les travailleurs sociaux se remettent à travailler en groupe. Il faut qu'ils soient à l'écoute aussi de ce que ressent leur propre groupe, puisque c'est ça qui leur permettra d'être à l'aise sur le programme de prévention de la récidive. Voilà, tout simplement. Il n'y a pas d'autres solutions. Ça ne viendra pas d'une administration centrale, cela ne viendra pas des circulaires ou des commandes. » (Une CIP)

Sans doute la crédibilité des PPR passe t-elle, par cette possibilité de déploiement de la pratique, d'appropriation par les CIP, y compris dans le partenariat, de cet outil de travail.

« Alors on se pose la question est-ce que c'est vraiment des programmes de prévention de la récidive ou est-ce que c'est un affichage pour répondre à tout simplement à de l'événementiel, à une « opinion public », voilà entre guillemet. C'est ça qui est paradoxal, c'est que l'on nous dit : « c'est l'outil des SPIP, il faut vous en saisir, vous faites votre projet, enfin vraiment ! Saisissez-vous de cette opportunité » On vante au niveau de l'administration les mérites d'un tel outil de travail, donc nous on dit « ok ». Alors on s'en saisit mais de A jusqu'à Z et là on nous dit : « Oui mais bon ben quand même vous vous en saisissez mais bon avec quand même tel critère, tel truc... Donc bon ! Je veux dire, il faut arrêter que ça soit des commandes, je pense qu'il faut que l'on nous laisse ». (Un CIP)

Une autre vision des choses se dégage dans les discours, parallèlement à celle-ci, en réaction à la confusion engendrée par la mise en place des PPR. Il s'agirait de confier au CIP un rôle exclusivement pédagogique. La question est en tous les cas envisagée par les professionnels du soin, y compris au sein des SMPR.

« Il faut complètement revoir ça et je pense qu'il vaudrait beaucoup mieux dire, on fait de l'accompagnement pédagogique ou psychopédagogique. Et on fait des groupes ou on leur dit : « Voilà ce qui est permis, voilà ce qui est interdit. ». Alors nous, on était en train de réfléchir à un programme, comme ça. Un vrai programme, où on propose vidéo, rencontre de victimes etc. Qu'est-ce que c'est que la loi ? Pourquoi ? etc. (...). On fait de la prévention de la récidive mais, on ne laisse pas les gens parler » (Un psychologue responsable d'un Centre Ressource)

« Moi je ne dis pas qu'il ne faut pas non plus faire des groupes de parole mais sûrement pas avec du ciblé comportementalisme machin ! Ciblé, je pense, par rapport à la loi, par rapport à qu'est-ce que c'est qu'un adulte ? Qu'est-ce que c'est qu'un mineur ? Des trucs de base ! Parce que l'on est quand même surpris aussi que certains, ils ne connaissent pas ... tout est confondu et confusionnel. Il y a des règles quand même ! Le mineur, le majeur. Le droit du mineur, les obligations, les devoirs, des trucs comme ça » (Une psychiatre, médecin-chef d'un SMPR)

Autre gage de non confusion : penser finalement ce type de pratique en l'inscrivant certes dans un champ délimité mais également dans un temps différent, en articulation avec le soin.

« C'est des temps différents. Et je crois que c'est comme le fait de grandir. D'arriver à la maturité après être passé par des stades, par des temps différents. Et qu'il faut que le temps soit bien conforté pour pouvoir accéder à l'autre. Et si on veut accéder tout de suite à la phase de la justice, on ne peut pas progresser » (Un psychiatre, dans un SMPR).

CONCLUSION

En fournissant un cadre d'analyse commun aux deux mondes professionnels qui nous intéressent (le sanitaire et le social), une perspective en terme de santé mentale et de gestion des risques présente l'intérêt d'aider à comprendre certains enjeux actuels autour de la prise en charge pénitentiaire des AAS, en France. On comprend, mieux, dans ce contexte d'un effritement des frontières entre le sanitaire et le social, sous-tendu par un climat sécuritaire, les inquiétudes des professionnels concernant leur pratique, notamment pour la psychiatrie en milieu pénitentiaire une perte des fondamentaux et une possible instrumentalisation politique et, pour les SPIP une évolution des missions vers des fonctions essentielles de contrôle et/ou d'adaptation sociale au détriment de la relation d'aide et de la réinsertion.

Cette mise en perspective nous apprend d'abord que la situation actuelle est l'aboutissement d'un double processus : celui d'une part par lequel la psychiatrie (via la création des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire en 1986 et le transfert vers le service public hospitalier de l'ensemble des soins en milieu pénitentiaire en 1994) s'est attachée à promouvoir le soin aux détenus dans un esprit d'ouverture à l'égard de différentes formes de pratiques – qui ne sera pas sans conséquences sur la suite ; celui par lequel, d'autre part, le travail social (via la création des CIP en 1993 et des SPIP en 1999) s'est trouvé requis pour participer, en tant que corps professionnel identifié aux missions d'aide à l'insertion et aux actions de prévention de la récidive. Concomitantes à l'extension du modèle de la gestion des risques notamment porté, en France, par la politique de santé mentale (1990), et aux discours en matière de sécurité, ces évolutions professionnelles se sont trouvées par la suite toutes deux sollicitées à des fins plus gestionnaires et préventives que fondamentalement thérapeutiques et socio-éducatives. Le domaine de la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles en témoigne de façon exemplaire. Le compromis réalisé par la psychiatrie en milieu pénitentiaire, dont était ressorti une conception large du soin s'en est trouvé sensiblement fragilisé. Ce n'est pas pour soigner que la psychiatrie est ici sollicitée (et les psychiatres eux-mêmes s'accordent à le dire) ; ce n'est guère non plus pour réinsérer que le travail social est requis. Comme l'écrit N Rose : « il s'agit de minimiser les pertes, de diminuer les opportunités d'infractions et non de transformer les infracteurs ou la société en profondeur »⁹⁷. Dans ce contexte, les projets prennent leur source dans le principe souverain de l'action, à travers des formes d'interventions à court terme, aisément repérables et identifiables sur un plan technique (à travers l'usage des techniques cognitivo-comportementales). Sur un plan plus politique, la légitimité de ce type de pratique prend appui à la fois sur la mise en valeur des expériences étrangères en la matière et la remise en cause de formes de prises en charge (fondées sur la clinique) jugées obsolètes. Le critère de l'efficacité occupe peu de place ici. En empruntant à l'analyse de U. Beck⁹⁸ on peut dire que la rationalité scientifique est ici subordonnée à la rationalité sociale dans le sens où la survenue d'une seule récidive en matière d'agression sexuelle aura toujours un retentissement sans commune mesure avec les chiffres établis scientifiquement. Seul compte, dans de telles conditions la valorisation de l'action à venir. Expériences étrangères à l'appui, on démontre ainsi « le retard français » en la matière, indissociable de l'enfermement de la clinique. « Utilisé de façon polémique, le pragmatisme s'oppose ici à la déontologie et aux principes éthiques tournés en dérision »⁹⁹. Mais l'usage de la science n'en est pas moins existant, notamment lorsqu'il s'agit de valoriser l'action. Le recours à la criminologie dans le cadre de la pratique des PPR est tout à fait exemplaire de cet état de fait. Ce n'est pas tant le savoir scientifique (avec toute la distance, la posture critique que cela sous-tend, dans une temporalité qui plus est, longue) qui est ici recherché que la capacité du terme à susciter, dans l'urgence, une cohésion, un engouement, en vue de l'action.

⁹⁷ Rose N., Psychiatry as a political science : advanced liberalism and the administration of risk, *History of the human sciences*, Vol. 9, n° 2, 1996, 23p. Cité par Sicot F., La santé mentale comme mode de gestion politique de l'exclusion ? *In* Bresson M [Dir]., La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités, Paris : L'Harmattan, pp. 75-91

⁹⁸ Beck U., La société du risque, *op cit.*

⁹⁹ WIEVIORKA S., *op. cit.*, 1996, p. 4.

Bibliographie

- Alvarez J., Gourmelon N. , La prise en charge pénitentiaire des auteurs d'agressions sexuelles, Paris : La Documentation française, 2007.
- Beck U., La société du risque, Paris : Aubier, 2001
- Bourdieu P., Avant propos dialogué, *In* Maitre J., L'autobiographie d'un paranoïaque, Paris : Ed Anthropos, 1994.
- Bourdieu P., Ce que parler veut dire, Paris : Fayard, 1993
- Bresson M [Dir]., La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités., Paris : L'Harmattan, 2007.
- Castel R., La gestion des risques, Paris : Ed de Minuit, 1984.
- Cosyns P., Hoere J., De Doncker D. ? Psychothérapie cognitive et comportementale des auteurs d'agression sexuelle
- Douglas M., Comment pensent les institutions, Paris : La découverte/MAUSS, 1999.
- Dozois J., Lalonde M., et Poupart J., La dangerosité : un dilemme sans issue ? Réflexion à partir d'une recherche en cours, *Déviance et Société*, Genève, vol.5, N° 4, pp 383-401.
- Duburq A et Alii., Etude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues, Rapport final – Résultat des 3 phases de l'étude et synthèse, Etude pour le Ministère de la Santé (DGS) et le Ministère de la Justice (DAP), janvier 2006.
- Ehrenberg A., Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale, *Revue Française des Affaires Sociales*, n°01, 2004.
- Fassin D., Des maux indicibles, sociologie des lieux d'écoute, Paris : La Découverte, 2004.
- Gazan F., Le traitement des délinquants sexuels : Etat de la question, *Revue internationale de criminologie et de police technique*, 2/ 1991, p. 210. L'essentiel des informations présentées ici sont extraites de cet article ainsi que de données de terrain.
- Golse A [Dir], Transformation de la psychiatrie et pratiques des psychologues, rapport de recherche pour la MIRE, Lasar, Université de Caen, 2002, p. 19.
- Gravier B., L'évolution des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire : vers une clinique de la dignité, *In* C. Louzoun et D. Salas [Dir]., Justice et psychiatrie. Normes, responsabilité, éthique. Paris : Erès, 1998, pp. 281-282.
- Hannah-Moffat K., Shaw M., Situation risquée : Le risque et les services correctionnels au Canada, *Criminologie*, vol 34, n° 1, 2001, pp. 47-72
- Lovell A., Etude sur la surveillance sanitaire dans le champ de la santé mentale, Paris : Institut de Veille sanitaire, 2003.
- Malfroy P., La criminologie clinique comme approche de la délinquance chez les travailleurs sociaux de l'AP, Mémoire pour le Certificat d'Aptitude aux fonctions de Conseiller d'Insertion et de Probation, ENAP, 1999.
- Manzanera C., Senon J-L., Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : organisation, moyens, psychopathologie et réponses thérapeutiques., *Annales médico-Psychologique* 162 (2004),
- McKibben A., Guay J-P., La mesure des progrès en traitement chez les agresseurs sexuels : problématique, cadre théorique et approche phénoménologique, Institut Pinel, Document interne, juillet 2002

- Otero M., Les règles de l'individualité contemporaine, Santé mentale et société, Québec : Presses de l'Université Laval, 2003.
- Paugam S [Dir]., L'exclusion, l'état des savoirs, Paris : Ed La Découverte, 1996.
- Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles, Actes de la conférence de consensus des 22 et 23 novembre 2001 organisée par la Fédération française de psychiatrie, Paris : Ed de la fédération française de psychiatrie et Ed John Libbey Eurotext, 2001.
- Pinell P., Analyse sociologique de la formation des psychiatres en France (1968-2000), Centre de Sociologie Européenne, Rapport de recherche pour la MIRE, n° 28/00, Juin 2002.
- Quirion B., Traiter les délinquants ou contrôler les conduites : le dispositif thérapeutique à l'ère de la nouvelle pénologie, Criminologie, vol. 39, n° 2, 2006, p. 148.
- Raymond M., L'entraînement aux habiletés sociales auprès des délinquants sexuels, Forensic, 1999.
- Ward T., Mann R E., Gannon T A., The good lives model of offenders rehabilitation : Clinical implications, *In* Aggressions and violent behaviour, n°12, 2007.
- Senon J-L., Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire, Paris : PUF, 1998.
- Senon J-L., Lopez G., Cario et Alii., Psycho-criminologie, Clinique, prise en charge, expertise, Paris : Dunod, 2008.
- Senon J-L., De peurs en insécurité : comment articuler justice et santé... ? *In* Mbanzoulou P., Bazex H., Razac O., Alvarez J., Les nouvelles figures de la dangerosité, Paris : Ed L'Harmattan, 2008.

Deuxième partie : Le suivi socio-judiciaire : la prise en charge post-pénale des AAS à l'épreuve du terrain¹⁰⁰

¹⁰⁰ Par Josefina Alvarez

INTRODUCTION

Pour situer le contexte de la politique pénale actuelle en France, il convient de rappeler, avec J. Danet¹⁰¹, que ces dernières années ont été d'une activité intense en ce qui concerne la politique pénale et plus concrètement, l'application de peines. Ainsi, entre 2002 et 2007, quarante lois ont modifié le code de procédure pénale et trente le code pénal : « Cette activité législative exceptionnelle, sans équivalent dans le passé, a entraîné des mutations importantes de notre droit », ce qui amène à s'interroger sur l'impact de ces modifications sur notre modèle de politique criminelle en France et sur l'éventualité de l'apparition d'un nouveau modèle de justice pénale. La réponse donnée par J. Danet va néanmoins dans le sens d'une continuité de notre modèle libéral de politique criminelle, tout en constatant l'existence d'une évolution nette de ce modèle, évolution qu'il résume, de façon intéressante, comme étant globalement plus « garantiste » au plan de la procédure pénale, et plus sécuritaire au plan des incriminations et des sanctions¹⁰².

Trouver certaines « lignes de force » de cette évolution à travers la lecture spécifique de ce qui s'est opéré dans le champ de la « politique en matière de traitement des infractions sexuelles » (comme on parlait auparavant de la « politique des drogues »), va constituer l'un des axes importants de cette deuxième partie. Une ligne concrète de cette évolution peut être trouvée dans l'analyse de l'impact de cette politique sur l'application de la loi du 17 juin 1998 *relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles et à la protection des mineurs*, loi qui créa le suivi socio-judiciaire (SSJ). Nous analyserons ici cet impact avec une quadruple entrée : en le situant dans le contexte global de la politique criminelle mise en place ces dernières années (I) ; en l'étudiant à travers une analyse statistique concernant l'application du suivi socio-judiciaire au niveau national (II) ; en examinant les répercussions concrètes de cette application dans trois sites d'étude particuliers (Montpellier, Agen, Périgueux), à travers notamment l'analyse d'entretiens menés auprès des acteurs concernés par la mesure (III) ; en analysant les récits d'une dizaine d'auteurs d'agressions sexuelles interviewés, suivis en milieu ouvert (IV). Enfin, une proposition d'interprétation globale des évolutions observées dans la politique criminelle en matière d'infractions sexuelles sera proposée en guise de conclusion (V).

Le cadre global

Avant de traiter de ces aspects, il convient de préciser les raisons de cette focalisation sur la loi du 17 juin 1998 et quelles sont les principales caractéristiques de celle-ci.

L'importance de la loi du 17 juin 1998, vient du fait qu'il existe un large consensus en France pour la désigner comme la loi fondatrice d'une politique qui se voulait si non globale, du moins adaptée au public auquel elle s'adressait : les auteurs d'agressions sexuelles.

Rappelons que le principal aspect de cette loi est la création d'une mesure « phare », *le suivi socio-judiciaire* – une peine « pas comme les autres »¹⁰³. Cette mesure sera régulièrement mobilisée tout au long du rapport pour illustrer plusieurs aspects de notre analyse.

¹⁰¹ V. J. Danet, Cinq ans de frénésie pénale, in L. Mucchielli (dir), *La frénésie sécuritaire*, Editions La Découverte, Paris 2008, pp 19-29. p. 19.

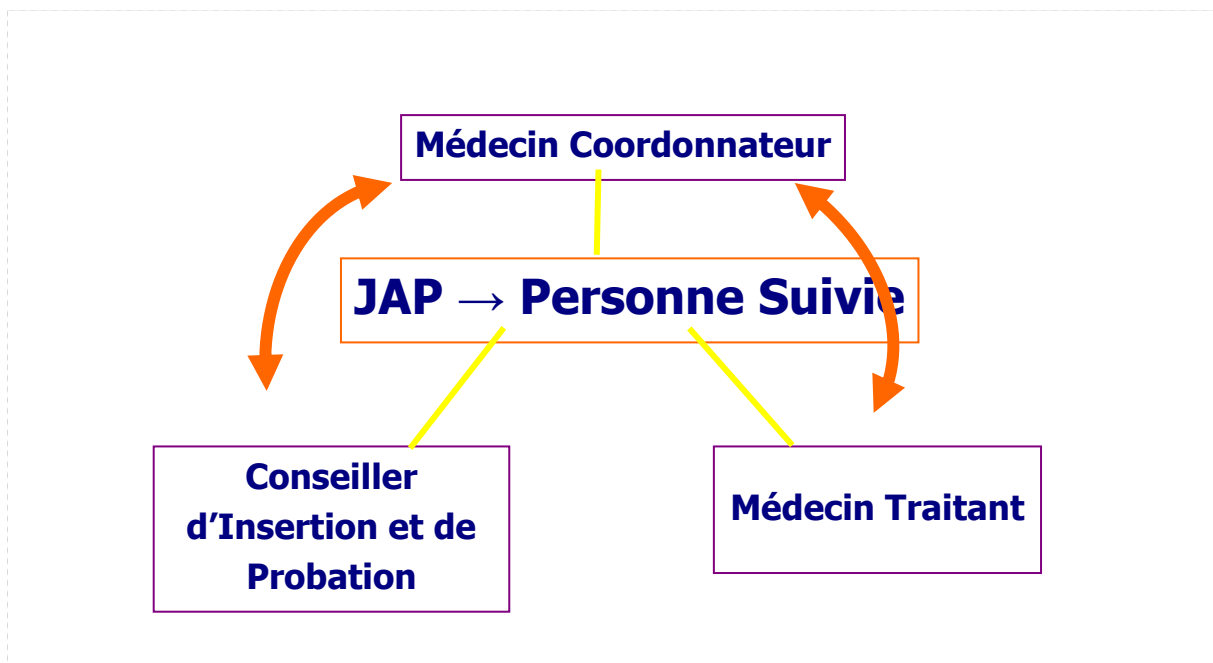
¹⁰² Ibidem, p.20.

¹⁰³ P. Couvrat, « Le suivi socio-judiciaire, une peine pas comme les autres », *RSC* 1999. p. 376.

Tel qu'il a été défini au vote de la loi en 1998, le suivi socio-judiciaire (SSJ) constitue une peine complémentaire temporaire (10 ans et 20 ans maximum selon qu'il s'agit de délits ou de crimes) aux peines privatives de liberté délictuelles et criminelles encourues pour un nombre limité d'infractions sexuelles. Il peut être prononcé à titre de peine principale pour les délits et à titre de peine complémentaire à la peine privative de liberté (avec ou sans sursis) pour les crimes. En ce qui concerne les auteurs d'agressions sexuelles, le SSJ peut comprendre, après expertise montrant sa pertinence, une injonction de soins. Celle-ci peut être prononcée lors du prononcé du SSJ par la juridiction de jugement, ou par le JAP (si le SSJ a été prononcé), après une nouvelle expertise. La loi prévoit que le condamné qui refuse de se soumettre au traitement proposé, devra exécuter une peine d'emprisonnement dont le principe et la durée (de 2 à 5ans) est fixée par la juridiction de jugement. Comme nous le verrons plus loin, plusieurs modifications sont intervenues depuis l'adoption de la loi, transformant en profondeur cette mesure.

Nous n'allons pas traiter ici des multiples points d'ancrage juridiques de cette peine, mais plutôt de certaines pratiques relevant de son application encore récente. Il apparaît néanmoins important de souligner, dès cette introduction, les différents écueils suscités par la complexité du dispositif inédit qu'elle met en place, notamment par la création d'un nouvel intermédiaire entre le système judiciaire et le système sanitaire : le médecin coordonnateur. Contrairement, par exemple, au sursis avec mise à l'épreuve (SME) avec obligation des soins, où le conseiller d'insertion et de probation (CIP) est le responsable du suivi de la mesure devant le JAP, pour le SSJ ce sera le médecin coordonnateur (un médecin psychiatre) le responsable du suivi opérationnel de la mesure devant le JAP. Nous reviendrons longuement sur cette question dans la troisième et quatrième partie de ce rapport.

Diagramme du partenariat dans le suivi socio-judiciaire



Destinée, dans son principe, aux seuls AAS, la loi de 1998 était une loi réfléchie, ce qui n'est pas toujours le cas dans le domaine de la politique criminelle envers les agresseurs sexuels, comme nous le verrons plus loin.

En effet, elle est le résultat d'une double réflexion. D'un côté, celle menée sur le plan juridique, par la commission Cartier (*Commission d'étude pour la prévention de la récidive des criminels*)¹⁰⁴ mise en place en 1993, suite à un fait divers dramatique. Le rapport de cette commission, remis en avril 1994, annonce l'ensemble des réformes qui depuis ont vu le jour. Pour certains auteurs, ce rapport, suivi de l'adoption de la loi de 1998, marque un tournant dans la politique pénale française notamment en ce qui concerne l'évolution vers des peines « indéterminées » et vers la lutte contre la récidive comme problématique centrale de la politique criminelle¹⁰⁵.

Sur le plan thérapeutique, cette loi est, par ailleurs, le résultat d'une réflexion de longue haleine impulsée notamment par les travaux d'un groupe de psychiatres agissant en milieu pénitentiaire, fédérés autour du Dr Balier, médecin psychiatre d'obédience psychanalytique et véritable précurseur d'une prise en charge spécifique auprès de ces auteurs. Les travaux du Dr. Balier ont commencé dès la fin des années 80, mais il faut attendre le milieu des années quatre-vingt-dix pour voir se former un champ spécifique de prise en charge de cette catégorie de détenus, dans un pays qui, comme la France, a toujours plutôt été réfractaire à la création de « programmes » spécifiques envers certaines catégories pénales.

Trois moments marquent le recentrage sur la prise en charge thérapeutique des auteurs d'agressions sexuelles. Le premier est la mise en place, par le Ministère de la Santé et le Ministère de la Justice d'une mission « d'évaluation et de propositions sur les traitements des auteurs de délits ou crimes à caractères sexuels », confiée au Dr Balier en mai 1993. Celle-ci rend son rapport, basé sur un double axe évaluatif et thérapeutique, en novembre 1996. Le deuxième moment est la fondation de l'Artaas¹⁰⁶, en 1996, à la suite des travaux de recherche dirigés par la Mission Balier ; et le troisième - quelques années plus tard, en 2001-, est l'organisation d'une conférence de consensus entre Ministère de la Santé et Ministère de la Justice¹⁰⁷ concernant l'application concrète de la loi de 1998, notamment sur le plan thérapeutique¹⁰⁸.

Il faut dire qu'il y avait une certaine urgence à formaliser une prise en charge plus spécialisée des auteurs des agressions sexuelles, compte tenu de l'augmentation progressive de cette population en milieu carcéral à partir notamment du début des années 90. Rappelons à ce sujet que le nombre de condamnés incarcérés pour ces infractions s'est vu multiplier par 8 entre 1980 et 2005, passant de

¹⁰⁴ V. *Commission d'étude pour la prévention de la récidive des criminels*, placée sous la présidence de Marie-Elisabeth Cartier, professeur de Droit Pénal.

¹⁰⁵ V. P. Poncela, Promenade de politique pénale sur les chemins hasardeux de la dangerosité, in P. Mbanzoulou, H. Bazex, O. Razac, J. Alvarez (dir), *Les nouvelles figures de la dangerosité*, L'Harmattan, Paris 2008. pp 93-112. Selon P. Poncela, ce rapport formule le problème de la récidive dans les termes d'une sorte de piège que la politique pénale se tend à elle-même, notamment quand il affirme que « La récidive est à coup sûr, l'un des problèmes les plus graves posés aux pouvoirs publics dans un Etat de droit. Elle révèle l'échec du système pénal dans son ensemble et remet en question les solutions répressives retenues au regard notamment des finalités de la peine ».

¹⁰⁶ Association pour la recherche et le traitement des auteurs d'agressions sexuelles.

¹⁰⁷ Cinquième conférence de consensus « Psychopathologies et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles », 22 novembre 2001.

¹⁰⁸ Pour approfondir cette partie historique, voir J. Alvarez et N. Gourmelon, *La prise en charge pénitentiaire des auteurs d'agressions sexuelles*, La documentation Française, Paris, 2007, notamment pp. 5-14.

1118 en 1980 à 8 670 en 2005. La proportion d'AAS (condamnés) est passée ainsi, dans les prisons françaises, de 6% en 1980 à 22% en 2005¹⁰⁹.

Il faut préciser également que depuis 2005, cette proportion va progressivement baisser (voir tableau 1). Ainsi, la proportion d'AAS condamnées sous écrou dans les prisons françaises représente, au 1^{er} janvier 2009, seulement 16% de la population totale. Les condamnés pour infractions sexuelles sont actuellement largement devancés par les condamnés pour « violences volontaires –non sexuelles–», qui représentent, à la même date, 23% de la population des condamnés sous écrou¹¹⁰.

Enfin, au terme de cette introduction, il convient de rappeler que pour ce qui est de l'évolution de la législation concernant les infractions sexuelles, une tendance à l'avènement d'un régime pénal spécial pour les AAS avait commencé à poindre depuis l'adoption du Nouveau Code Pénal en 1994. Ce régime a été marqué, dès ses débuts, par l'existence de pratiques pénales traversées par un triple mouvement : application des peines de plus en plus lourdes ; mise en place d'une surveillance probatoire accrue de ces auteurs ; mise en place des soins auxquels ils sont obligés ou enjoins, soins conditionnés par des expertises médicales préalables. Nous verrons, par la suite, que ces tendances n'ont pas cessé de s'accroître ces dernières années.

¹⁰⁹ Ibidem, pp. 15-21

¹¹⁰ Voir, P. V. Tournier, *Infractions sexuelles, victimation, traitement pénal des mis en cause, évaluation de la récidive*. Conférence présentée au colloque, *Le renouveau de la sanction pénale : évolution ou révolution ?*, Université de Caën, avril 2009.

Tableau 1**Personnes sous écrou, condamnées pour violences sexuelles (1975 – 2009)***Champ : France métropolitaine*

1 ^{er} janvier	Total des écroués Condamnés	Condamnés pour viols ou autres agressions sexuelles	
		Effectif	% par rapport au total
1975	12 972	633	4,9
1976	16 364	693	4,2
1977	17 096	743	4,3
1978	18 052	789	4,4
1979	18 747	942	5,0
1980	19 416	1 051	5,4
1981	21 221	1 256	5,9
1982	14 892	1 292	8,7
1983	16 646	1 473	8,8
1984	18 110	1 451	8,0
1985	20 570	1 627	7,9
1986	21 091	1 694	8,0
1987	26 100	1 921	7,4
1988	28 932	2 071	7,2
1989	25 320	2 020	8,0
1990	23 797	2 144	9,0
1991	27 976	2 465	8,8
1992	28 334	2 649	9,3
1993	27 667	3 051	11
1994	29 934	3 431	11
1995	29 166	3 633	12
1996	31 509	4 418	14
1997	30 033	4 835	16
1998	30 175	5 523	18
1999	30 215	6 103	20
2000	30 848	6 763	22
2001	29 445	7 135	24
2002	30 049	7 061	23
2003	32 021	7 331	23
2004	34 798	7 446	21
2005	36 310	7 962	22
2006	37 033	7 838	21
2007	39 010	7 621	19
2008	43 933	7 698	17
2009	46 960	7 458	16

Source des données : DAP et Base Sept / Pierre V. Tournier Université Paris 1 CHS XXe siècle

I - Une refonte de la politique criminelle sous le sceau de la dangerosité et de la prévention de la récidive

Pour mieux comprendre l'orientation prise par la politique criminelle actuelle, il suffit de jeter un rapide regard sur les différents rapports rendus ces dernières années ainsi que sur la diversité de lois adoptées dans ce domaine.

Ainsi, entre 2004 et 2006, cinq rapports parlementaires¹¹¹ font apparaître la notion de dangerosité et la prise en charge de personnes dites dangereuses ainsi que la prévention de la récidive.

Par ailleurs, ces cinq dernières années plusieurs lois se sont succédé en France en référence à la lutte contre la récidive et à la dangerosité des auteurs (souvent en donnant suite aux rapports précités) et dont le but principal est celui de contrôler de plus en plus les auteurs d'agressions sexuelles, même si leur objet était plus large. Ces lois ont été souvent adoptées à la suite d'événements dramatiques de récidive de certains délinquants sexuels. Celles qui ont le plus d'impact sur le régime concernant ces auteurs et plus particulièrement sur la loi de décembre 1998, sont la loi du 12 décembre 2005, relative au traitement de la récidive des infractions pénales et celle du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs ; mais il y en a d'autres, comme nous le verrons. Le laps de temps si bref qui sépare une loi de l'autre, alors qu'elles agissent sur le même objet, invite à une réflexion d'ensemble sur cette politique, ce que nous essayerons de faire plus loin.

1 - L'extension du domaine du contrôle pénal

Voyons maintenant quels sont les aspects les plus importants de ces lois modifiant le régime concernant les auteurs d'agressions sexuelles¹¹²:

- 1. Loi du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité

Cette loi introduit la première modification importante du suivi socio-judiciaire notamment en ce qui concerne ses durées maximales qui se voient allongées en passant à 20 ans pour les délits et à 30 ans, voire la perpétuité, pour les crimes. Ceci est assorti d'un plus grand nombre d'obligations et une nouvelle sanction est prévue en cas de refus de se soumettre à un traitement : l'impossibilité d'obtenir des réductions de peine supplémentaires, accordées pour efforts de réinsertion.

¹¹¹. Les rapports parlementaires sont :

- le rapport Clément du 7 juillet 2004 sur le traitement de la récidive des infractions pénales ;
- le rapport Fenech d'avril 2005 sur le placement électronique mobile ;
- le rapport Burgelin de juillet 2005 sur la santé, la justice et les dangers ;
- le rapport Goujon du 22 juin 2006 sur les mesures de sûreté concernant les personnes dangereuses ;
- le rapport Garraud du 19 octobre 2006 sur la dangerosité et la prise en charge des individus dangereux.

¹¹² Nous suivrons de près, pour l'analyse en particulier de la loi du 12 décembre 2005, les propos de P. Poncela dans son article, Promenade de politique pénale sur les chemins hasardeux de la dangerosité, *op. cit.*

- 2 Loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive

L'aspect le plus important de la loi du 12 décembre 2005 est, pour ce qui est du suivi socio-judiciaire, que celui-ci cesse d'être une peine complémentaire spécifique aux infractions sexuelles. Son champ d'application est ainsi étendu à d'autres infractions graves d'une grande variété : crimes d'atteintes volontaires à la vie, violences volontaires commises dans un contexte familial, crimes d'enlèvement et de séquestration, tortures et actes de barbarie, et destructions, dégradation ou détérioration de bien par explosifs, incendie ou tout autre moyen de nature à créer un danger pour les personnes. Cette extension, comme nous l'analyserons plus loin, n'est pas sans inquiéter les JAP et les travailleurs sociaux compte tenu des difficultés déjà existantes dans l'application du SSJ aux seuls auteurs d'infractions sexuelles.

Par ailleurs, des mesures de sûreté sont créées. Elles vont avoir également un impact important sur la politique envers les AAS. Ainsi, dès lors que le suivi socio-judiciaire est encouru pour l'infraction commise, une « surveillance judiciaire », applicable à la libération du condamné, pourra être prononcée. La surveillance judiciaire est expressément qualifiée de « mesure de sûreté »¹¹³. A ce titre, elle est d'application immédiate, c'est-à-dire, elle peut être rétroactive. Le législateur contourne ainsi le problème de l'inapplicabilité rétroactive du suivi socio-judiciaire. La surveillance judiciaire sera applicable dans des cas où le risque de récidive paraît avéré, celui-ci étant constaté par une expertise médicale, dès lors que la peine prononcée est une privation de liberté égale ou supérieure à 10 ans et que le suivi socio-judiciaire était encouru. Sa durée sera égale aux réductions de peine dont le condamné a bénéficié pendant son incarcération.

La surveillance judiciaire sort ainsi des limites de la peine prononcée, l'une des conditions d'applicabilité étant liée à la peine encourue (le suivi socio-judiciaire) qui, précisément, n'a pas été prononcée¹¹⁴.

Une autre modification importante est la possibilité créée par la loi d'assortir le SSJ, à titre de mesure de sûreté, d'un placement sous surveillance électronique mobile (PSEM). Celui-ci ne peut être ordonné par la juridiction de jugement qu'à l'encontre d'une personne majeure condamnée à une peine privative de liberté d'une durée égale ou supérieure à sept ans, dont une expertise médicale a constaté la dangerosité¹¹⁵.

La mise en œuvre du PSEM n'est possible qu'avec le consentement du condamné ; cependant, en cas de refus, l'emprisonnement prononcé par anticipation lors de la condamnation à un suivi socio-judiciaire pourra être mis à exécution. La mesure peut être retirée à la demande du condamné ou bien encore en cas de manquement à ses obligations, d'inobservation des interdictions, d'une nouvelle condamnation ou d'inconduite notoire.

La loi du 12 décembre 2005 apporte, enfin, des modifications au régime de l'enregistrement au fichier judiciaire national automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes (FJAVIS) créé en 2004 pour le fichage des auteurs, majeurs ou mineurs, d'infractions sexuelles commises à l'encontre de mineurs. Son domaine est élargi. Toute personne dont l'identité est enregistrée dans le FJAVIS est soumise, à titre de mesure de sûreté, à des obligations permettant de la localiser avec précision (notification d'adresse).

Enfin, des commissions interdisciplinaires des mesures de sûreté sont instituées, chargées de rendre un avis motivé sur le prononcé d'une mesure de sûreté. Par ailleurs, des récidives spéciales

¹¹³.V. Art. 723-29 CPP.

¹¹⁴ Dans son contenu, la surveillance judiciaire comporte diverses modalités de suivi : les mesures de surveillance et huit des obligations du sursis avec mise à l'épreuve, les obligations spécifiquement prévues pour le suivi socio-judiciaire, ainsi que l'injonction de soins et un placement sous surveillance électronique mobile.

¹¹⁵ Selon le nouvel article 131-36-10 du code pénal.

supplémentaires sont créées ; les prononcés successifs de sursis avec mise à l'épreuve se voient limités, sursis dont le champ d'application est cependant élargi (peines d'emprisonnement égales ou inférieures à 10 ans et non plus 5 ans), et la durée d'épreuve allongée (5 ou 7 ans et non plus 3 ans).

- 3. Loi du 5 mars 2007, relative à la prévention de la délinquance

Cette loi étend encore le champ d'application du suivi socio-judiciaire notamment aux auteurs de violences conjugales et accroît les contrôles pour les personnes inscrites au FIJAIS quand leur dangerosité le justifie¹¹⁶.

- 4. Loi du 10 août 2007, renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs

Quant à la loi du 10 août 2007, elle prévoit des peines minimales (peines plancher) pour les crimes ou délits commis en état de récidive légale. Mais elle va encore modifier l'application du SSJ car l'injonction de soin devient automatique, soit en cas de condamnation à un suivi socio-judiciaire – sauf décision contraire de la juridiction –, soit en cas de placement sous surveillance judiciaire – sauf décision contraire du juge de l'application des peines –. Quand le suivi socio-judiciaire encouru n'a pas été prononcé, le juge de l'application des peines pourra remédier à cette absence, soit pendant la libération conditionnelle, soit pendant l'incarcération, et ordonner une injonction de soins, après expertise médicale¹¹⁷. Enfin, des sanctions spécifiques viennent s'ajouter à l'emprisonnement déjà prévu en cas de refus de se soumettre aux soins : la privation de toute réduction de peine supplémentaire, sauf décision contraire du juge de l'application des peines, et l'impossibilité d'obtenir une libération conditionnelle.

- 5. Loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.

Enfin, la loi du 25 février 2008 mérite également d'être évoquée. Même si celle-ci n'apporte pas une modification directe à la loi de 1998 et au SSJ, elle représente un tournant majeur dans la politique pénale en la matière. La « rétention de sûreté » qu'elle instaure consiste en un placement dans un établissement fermé appelé « centre socio-médico-judiciaire de sûreté » des personnes « dont il est établi, à l'issue d'un réexamen de leur situation intervenant à la fin de l'exécution de leur peine, qu'elles présentent une particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive parce qu'elles souffrent d'un trouble grave de la personnalité »¹¹⁸. Elle est applicable aux personnes condamnées à une réclusion criminelle de 15 ans au moins pour une infraction figurant dans une liste légale, mais qui ne se limite pas aux seuls AAS. Le placement, renouvelable chaque année et impliquant une « prise en charge médicale, sociale et psychologique », résulte d'une procédure contradictoire et relève de « juridictions régionales de rétention de sûreté » composées de trois conseillers à la Cour d'appel. Un recours est prévu devant une « juridiction nationale de la rétention de sûreté » composée de trois conseillers à la Cour de Cassation.

Cette loi, il faut le rappeler, fut adoptée à la suite de la récidive d'un AAS sortant de prison qui avait commis un viol sur un enfant de 8 ans. Sa spécificité par rapport à d'autres lois est le caractère

¹¹⁶ Voir, art. 706-53-5 al. 3 CPP

¹¹⁷.L'injonction de soins devient aussi possible dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve, dès lors que le suivi socio-judiciaire était encouru.

¹¹⁸ Articles 706-53-13 à 706-53-22 du code de procédure pénale

renouvelable de la mesure, pouvant aller jusqu'à la perpétuité, alors que la personne a déjà purgé sa peine. Nous rentrons ainsi dans le champ d'une peine appliquée pour un crime susceptible d'être commis, la probabilité de celui-ci étant évaluée par deux expertises psychiatriques complétées par un bilan de six semaines dans un « service spécialisé ».

Comme l'indiquent J-L Senon et C. Manzanera, cette loi, plus qu'aucune des multiples lois pénales promulguées depuis 2002, « interroge les rapports entre la société, la justice et la psychiatrie autour des peurs qui envahissent les citoyens et animent nos politiques »¹¹⁹. Ces auteurs mettent en garde contre le risque de raviver les vieux phantasmes qui amenaient à l'assimilation mécanique entre criminel et malade mental, en s'interrogeant sur cette tendance à croire que la psychiatrie publique ait les compétences et les moyens de répondre aux besoins de prise en charge de tous ceux qui relèvent de la loi¹²⁰. Cela alors même que la pénurie de psychiatres en France est criante, surtout dans le secteur public. Les plus de 800 postes de psychiatres vacants dans les hôpitaux publics en constituent l'expression la plus claire.

2 - La multiplication des lois : quelles caractéristiques, quelle cohérence ?

Comme on l'a déjà expliqué, il y a inflation législative en France et le champ concernant les AAS semble être un des plus touchés. On peut ainsi constater qu'une politique née au départ d'une volonté concertée entre le judiciaire et le médical de donner une certaine cohérence et efficacité à la prise en charge des AAS, s'est transformée en très peu de temps en un paquet de lois superposées les unes aux autres. Cela vient accentuer ce que d'aucuns définissent comme une justice millefeuille qui, aux dires des magistrats interviewés, est actuellement source d'insécurité juridique.

La conséquence la plus immédiate est de rendre très difficile le travail des professionnels de la justice (magistrats et travailleurs sociaux), mais aussi de ceux de la santé, comme nous avons pu le constater au travers des entretiens menés. La conséquence de fond est de rendre cette politique de moins en moins lisible.

Il est dès lors intéressant de rechercher quelques caractéristiques communes à ces lois et rapports afin de nous aider à comprendre les contours de cette nouvelle politique :

- Ces lois sont pour la plupart une réponse à certains « faits divers » impliquant des auteurs d'agressions sexuelles, notamment récidivistes;
- Elles proposent de durcir la pénalité, mais non seulement dans le sens traditionnel d'élévation de la peine de prison encourue¹²¹, mais surtout (et cela est l'une des caractéristiques fondamentales de la nouvelle politique) dans le sens de prolonger de plus en plus la surveillance post-carcérale ainsi que les divers dispositifs « accompagnant » celle-ci, comme l'usage du bracelet électronique mobile ou la multiplication d'obligations à respecter de la part des placés sous main de justice;

¹¹⁹ J-L Senon et C Manzanera, Psychiatrie et justice : de nécessaires clarifications à l'occasion de la loi relative à la rétention de sûreté, in *A J Pénal*, n° 4/2008, avril 2008, p. 176.

¹²⁰ Ibidem, p. 179.

¹²¹ Comme le montrent différents articles de l'ouvrage de L. Mucchielli (dir), *La frénésie sécuritaire*, op cit. Sur les conséquences de cette politique, voir en particulier, l'article de B. Aubusson de Cavarlay, *La nouvelle inflation carcérale*, op. cit. pp. 52-63.

- Elles préconisent une application des peines en fonction de la dangerosité supposée de criminels. L'étude de la dangerosité criminologique¹²² est devenue en effet l'une des clefs de voûte de la nouvelle politique, alors que, à ce jour, on ne forme pas réellement des criminologues en France.
- Elles ambitionnent de lutter contre la récidive, ce qui revient à modifier substantiellement, pour ce qui est de l'institution pénitentiaire, la mission de réinsertion, telle qu'elle est préconisée par la loi de 1987 sur le service public pénitentiaire.
- Elles donnent une place de plus en plus importante au médical (et en particulier, à la psychiatrie) à travers des soins thérapeutiques -largement préconisés-, mais aussi à travers des expertises à réaliser à plusieurs moments de l'exécution de la peine, ce qui amène à une délégation accrue de la justice au médical.

Ce qui ressort de ces différents éléments est l'archétype du criminel, et tout particulièrement du criminel sexuel, comme étant : un criminel dangereux, un criminel récidiviste, un criminel malade mental et un criminel à surveiller tout au long de sa vie. De ce fait, et sans remettre en question le caractère abominable des actes commis par certains auteurs, ces différentes lois contribuent à une diabolisation de ce public, rendant, par ailleurs, de plus en plus difficile la conduite d'une prise en charge (judiciaire, médicale ou sociale) sereine de ceux-ci¹²³.

Cette diabolisation légale et sociale des AAS est très bien saisie par A. Garapon et D. Salas¹²⁴ quand ils parlent de ces délinquants comme étant les « nouvelles sorcières de Salem », en ce sens qu'ils seraient en première ligne d'une évolution de la justice marquée par ce que les auteurs dénomment « la panique morale anti-pédophiles » (au regard notamment de « l'affaire Outreau »): « *Car le pédophile est un « démon familier » de l'imaginaire démocratique et de ses paniques morales. Il est représentatif de nos sociétés où l'atteinte sexuelle aux personnes (et à la plus vulnérable d'entre elles, l'enfant) est devenue la transgression majeure. Les paniques antipédophiles qui en résultent provoquent une émotion collective sans commune mesure avec la réalité. La répétition et l'affirmation de ce danger relancé à chaque fait divers provoquent les effets de croyance et de contagion décrits par Le Bon. Orchestrées par les médias de masse, nourries d'un flot de mots et d'images, les réactions sociales portent ce mécanisme à l'incandescence. Toutes les attentes se dirigent alors vers une justice présumée capable de nous délivrer enfin du mal* »¹²⁵.

Nous constatons ainsi comment la loi de 1998 et, en particulier le SSJ, a été profondément et systématiquement modifiée ces 5 dernières années (4 modifications en 5 ans) par des lois successives qui ont élargi chaque fois un peu plus le champ de compétence et le pouvoir de frappe de cette peine. Peu d'exemples existent où le politique ait autant bouleversé une modalité pénale jusqu'à la faire devenir presque une peine-symbole de la nouvelle politique pénale. Une nouvelle politique qui tiendra comme maître mots: *dangerosité, sûreté, prévention de la récidive*.

¹²² Sur le manque d'études en criminologie et les besoins criants existants dans ce domaine, notamment en relation avec des études de la dangerosité et la prise en charge des publics, voir, entre autres, J. Alvarez, Préface, in P. Mbanzoulou et al, *op. cit.*, pp. 11-13; P. Mbanzoulou, La dangerosité des détenus. Un concept flou aux conséquences bien visibles : le PSEM et la rétention de sûreté, in *A J Pénal*, numéro cité, pp. 171-175 ; M. Herzog-Evans, *op. cit.*

¹²³ Cela a été exprimé à plusieurs reprises par les différents professionnels interviewés.

¹²⁴ A. Garapon et D. Salas, *Les nouvelles sorcières de Salem. Leçons d'Outreau*, Paris, Ed. du Seuil, 2006.

¹²⁵ *Ibid*, pp 32-33.

II - Le prononcé du suivi socio-judiciaire : une (courte) analyse statistique

Avec le recul de 10 ans depuis le vote de cette loi-symbole, nous nous arrêterons sur l'analyse de l'application concrète du SSJ, à partir de l'étude de certaines statistiques nationales existantes, provenant du Ministère de la Justice. Cela sera suivi, dans la partie trois, par une analyse de son application, à partir des informations recueillies sur le terrain.

Nous verrons ainsi que, comme souvent en France, des nouvelles législations sont adoptées sans que les résultats de l'application de celles déjà existantes soient évalués. Dans le cas qui nous occupe, la succession des modifications a été tellement rapide et rapprochée que cette évaluation était, par la force des choses, presque impossible.

Néanmoins, ce qui ressort des statistiques que nous allons analyser, tout comme de l'étude de terrain, c'est que, pour plusieurs raisons que nous développons par la suite, le SSJ (première génération) montre encore une application relativement limitée, aussi bien par rapport à la fréquence avec laquelle il est prononcé, que par rapport à l'opérationnalisation même de la mesure. En ce sens, imaginer l'élargissement du champ de son application notamment à tant d'autres infractions paraît actuellement difficile. Il aurait été donc plus pertinent d'évaluer l'application de cette mesure avant de prévoir son extension à d'autres domaines.

Il va de soi que les aspects qui seront traités à la suite, concernent uniquement ce que nous appelons les SSJ « première génération » (ceux impliquant uniquement les AAS), car ceux concernant les autres infractions, résultant de la loi de décembre 2005, n'ont presque pas encore vu le jour. Ils ne font pas partie, de toute façon, de notre objet d'étude.

1 - Dix ans de progression soutenue du prononcé de la mesure, mais une incidence encore très limitée

- **Le nombre de mesures prononcées**

Il convient d'analyser quelques données statistiques générales concernant l'application de cette mesure au niveau national, aussi bien sur le plan de sa fréquence que sur celui des publics qui en sont les destinataires, ainsi que des modalités de son application. Nous utiliserons ici des données provenant de deux études statistiques réalisées par le Ministère de la Justice et par la DAP ; celles de V. Carrasco (2004)¹²⁶ et A. Kensey (2007)¹²⁷.

¹²⁶ V. Carrasco, *Les Condamnations à une mesure de suivi socio-judiciaire. Analyse statistique à partir des données extraites du Casier Judiciaire*, février 2007, 28 p. Du même auteur : *Infostat Justice N° 94*, Le suivi socio-judiciaire : bilan de l'application de la loi du 17 juin 1998, Mai 2007.

¹²⁷ A. Kensey, La réalité statistique des peines et mesures concernées par l'obligation de soins, le suivi socio-judiciaire, in *AJ Pénal N° 2/2009*, février 2009, pp.58-62.

A partir de ces études, on constate globalement que l'application du SSJ est encore limitée. La mesure reste ainsi relativement mineure, avec 1285 prononcés en 2007. Cette première impression doit être néanmoins nuancée car étant applicable uniquement aux infractions sexuelles commises après le 18 juin 1998, elle n'a réellement été utilisée qu'à partir de 2000 (265 mesures) et son application a montré une augmentation constante durant les 10 années depuis son adoption, comme le montre le tableau suivant :

Tableau 2
Evolution du nombre de mesures de suivi socio-judiciaire prononcé par les juridictions de jugement

	Total	crime	Délit
1998	5		5
1999	75	4	71
2000	265	38	227
2001	421	142	279
2002	642	250	392
2003	853	367	486
2004	1063	440	623
2005	1136	474	662
2006	1209	489	720
2007	1285	527	758

Source : casier judiciaire national/SDSED
(études 2004 +2007)

Il convient de souligner qu'en 2007, le SSJ a été uniquement prononcé dans 11% des condamnations où cela était possible. Si en 2004 les condamnations au SSJ en représentaient 2,1 % de l'ensemble de condamnations prononcées sur l'année, en 2007, deux ans après l'élargissement de son champ d'application à bon nombre de nouvelles infractions, son application ne représente que 3.7%. Cela veut dire, comme nous l'indiquions, que le SSJ reste une mesure encore assez « confidentielle ». Le champ d'application de la mesure s'est élargi, sans que, pour le moment, le prononcé de la mesure n'évolue dans le même sens. Le prononcé du SSJ était en 2004, tout de même, d'un ordre de grandeur comparable à la réclusion criminelle, qui a représenté 1198 condamnations dans la même année.

En faisant référence à l'étude de terrain et aux propos tenus par certains JAP interviewés, il se pourrait que les juridictions tiennent compte des difficultés d'application du SSJ et que, de ce fait, il existe un certain retenu dans le prononcé de la mesure. En effet, dans le rapport d'activité de l'application des peines que les JAP doivent présenter annuellement -pour des raisons statutaires-, auprès de l'assemblée générale des magistrats, ils essayent souvent de « conscientiser » leurs collègues sur les difficultés rencontrées dans l'application de certaines peines ou mesures. Cela pourrait avoir donc une influence sur les choix des peines ou sur la durée de celles-ci¹²⁸.

¹²⁸ Les propos de l'un des JAP interviewés sont très révélateurs à ce sujet: « C'est-à-dire que nous, tous les ans, on a une assemblée générale avec l'ensemble des magistrats, et les Juges d'application des peines ont l'obligation de présenter un

Tableau 3**Les peines prononcées en 2004 avec un suivi socio-judiciaire**

Peines prononcées	Ensemble		Crime		Délit	
	nb	%	nb	%	Nb	%
Toutes condamnations avec SSJ	1055	100,0	452	100,0	603	100,0
Suivi socio-judiciaire seul	129	12,2	0	0,0	129	21,4
SSJ + prison ferme (au moins en partie)	823	78,0	447	98,9	376	62,4
-dont condam. avec une autre peine	213	20,2	121	26,8	92	15,3
SSJ + prison avec sursis total	91	8,6	5	1,1	86	14,3
-dont condam. avec une autre peine	13	1,2	0	0,0	13	2,2
SSJ + autre mesure	12	1,1	0	0,0	12	2
Champ : condamnations à une mesure de suivi socio-judiciaire prononcées en 2004						

Source : ministère de la Justice - SDESED - exploitation statistique du Casier judiciaire

2 - Le SSJ : infractions concernées, durée de la mesure et profil des condamnés

- **Le type d'infractions**

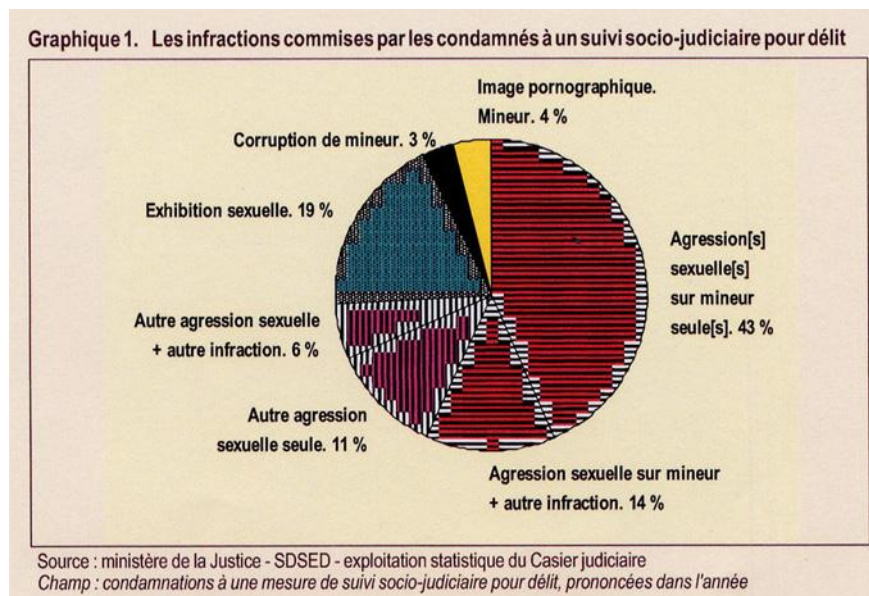
Quant aux infractions concernées, le SSJ est –ce qui paraît cohérent-, beaucoup plus fréquemment utilisé en matière criminelle que délictuelle : 33% en matière criminelle et 7% en matière délictuelle, par rapport aux condamnations entrant dans son champ d'application. Il apparaît comme une mesure lourde, réservée aux infractions les plus graves.

Ainsi, le SSJ s'ajoute systématiquement à une peine de réclusion ou d'emprisonnement ferme en matière criminelle, alors qu'une fois sur cinq, il est prononcé seul en matière délictuelle (21%), les autres accompagnant presque toujours une peine d'emprisonnement, parfois avec sursis.

rapport sur l'activité de l'application des peines, c'est statutaire, c'est prévu. Donc, on présente, et puis on pointe un certain nombre de difficultés dans le prononcé de la peine, le suivi etc... On essaie de sensibiliser un peu les magistrats qui sont amenés à juger. Je pense que ça participe sur les délais des mesures, sur la nature des mesures etc... On essaie de leur indiquer un peu où on en est des difficultés qu'on a. Après, ça permet un peu de faire le point des situations et d'attirer leur attention sur un certain nombre de difficultés ou sur un certain nombre de souhaits que l'on voudrait qui soient pris en compte. » (JAP)

Plus de la moitié des SSJ pour délit sont prononcés pour une atteinte ou une agression sexuelle sur mineur (57%). Si on analyse également l'ensemble des « agressions sexuelles seules », on constate qu'elles représentent 54% de l'ensemble des infractions. Ces données étant relatives à l'année 2004, il faut préciser que dans l'étude plus récente réalisée par A. Kensey (2007), ces chiffres montrent néanmoins une évolution. On observe ainsi que le nombre de SSJ prononcés pour une atteinte ou une agression sexuelle sur mineur représente 48% (diminution de 11 points) et que l'ensemble des « agressions sexuelles seules » s'élève, quant à lui, à 36%. La variation la plus importante s'enregistre dans les « agressions sexuelles sur mineur seules ». Comme on peut le voir dans le graphique ci-dessous, en 2004 elles représentaient 43%, tandis qu'en 2007, elles représentent 22%¹²⁹.

Une autre donnée importante, par rapport à l'étude de 2007, est que 98% des personnes condamnées pour crime à un SSJ avaient commis un viol, tandis que les 2% restant de crimes correspondaient aux « assassinats, meurtres, enlèvements, séquestrations et torture ou acte de barbarie ». Quant aux délits, 98% également ont commis une « infraction aux mœurs ». Ceci montre que malgré la loi du 12 décembre 2005 qui élargissait le champ d'application à d'autres infractions, le SSJ continue d'être utilisé, par les juridictions, prioritairement envers les infractions à caractère sexuel.

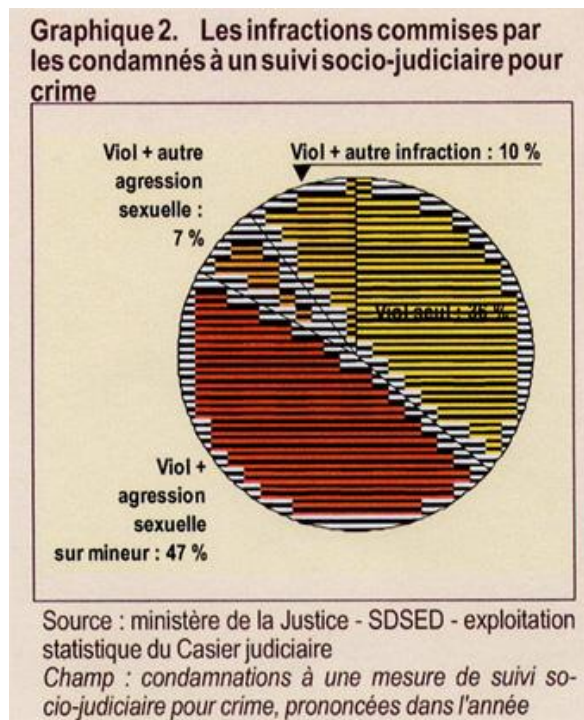


(2004)

Il convient de souligner, en faisant référence à quelques résultats de l'enquête de terrain, que le fait de trouver, effectivement, des auteurs d'agressions sexuelles qui ont été condamnés à un SSJ sans peine de prison peut surprendre au premier abord (tant la représentation de cette mesure correspond à *l'archétype de la peine des criminels*) ; tout comme le fait de constater l'existence d'un certain nombre d'AAS condamnés à des sursis avec mise à l'épreuve et donc, n'exécutant plus une peine de prison. Cela concerne normalement les infractions sexuelles les moins graves (exhibitionnisme, par exemple), mais il nous est arrivé de consulter des dossiers ou de rencontrer des auteurs d'actes plus importants -comme des attouchements-, où un sursis avec mise à l'épreuve avait été prononcé.

¹²⁹ Il se peut que ces chiffres varient aussi en fonction de l'échantillon, qu'en 2007 était de N=744.

Cela permet de penser que la machine répressive et la tendance à prononcer une peine lourde, ne s'applique de façon ni systématique ni inopinée chez les magistrats. Des interrogations ont été néanmoins exprimées par quelques TS interviewés concernant le choix pour eux parfois inexplicable d'application d'un SSJ ou d'un SME dans certains cas, la gravité de l'acte n'expliquant pas toujours -à leurs yeux-, la nature du choix de la peine. L'explication de ces choix parfois surprenants, il faut aller la chercher souvent dans les résultats de l'expertise ou parfois dans son absence¹³⁰. Cela vient confirmer la tendance observée ces dernières années à la subordination de la peine au sanitaire, dont l'expertise reste le point d'orgue fondamental.



(2004)

- **La longueur de la peine, plus la longueur de la mesure**

Globalement, plus de 75% des condamnés à un suivi socio-judiciaire pour crime sont également condamnés à une peine de prison ferme. L'étude de 2004 montre qu'il y a proportionnalité directe entre la durée de la peine de prison et la durée du suivi socio-judiciaire. C'est-à-dire qu'aux peines d'emprisonnement les plus longues s'ajoutent les SSJ les plus longs. Ainsi, pour les auteurs de crime condamnés à une peine de prison ferme d'au moins 15 ans, la durée moyenne de la peine de prison est de 17 ans, à laquelle s'ajoute un SSJ de 9 ans en moyenne¹³¹.

¹³⁰ Rappelons que l'application d'un SSJ, avec « injonction de soins », ne peut se faire que s'il existe une expertise le préconisant, tandis que le SME avec « obligation de soins », se fait sans nécessité d'expertise.

¹³¹ Il faut rappeler que depuis la Loi du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité le SSJ peut aller jusqu'à 20 ans pour les délits et jusqu'à 30 voire la perpétuité pour les crimes.

Cela fait évidemment des peines très longues et une surveillance en dehors de la prison de plus du 50% du quantum de la peine d'emprisonnement subie. La possibilité de donner un contenu aussi bien thérapeutique (psychiatre ou psychologue traitant) ou socio-judiciaire (travailleur social ou magistrat) à des peines aussi longues est l'une des questions qui a été souvent soulevée par les professionnels interviewés. Pour d'autres raisons, la question de la longueur des SSJ a été également remise en question par la presque totalité des personnes sous main de justice rencontrées, et ceci indépendamment de leur adhésion ou non à la mesure.

En 2007, les statistiques montrent que la durée moyenne des SSJ prononcés par les juridictions est de 5.3 ans pour les délits et de 7 ans pour les crimes. Ces durées moyennes sont stables depuis 2004. On constate, également, qu'il n'y a pratiquement pas de SSJ d'une durée inférieure à deux ans et globalement, un quart seulement des durées sont inférieures à 5 ans. La durée la plus fréquente est donc de 5 ans (47% en cas de délit ; 38% en cas de crime). Suit, par ordre de fréquence décroissante, la durée de 10 ans, prononcée dans 22% de l'ensemble des suivis (16% en cas de délit ; 31% en cas de crime). Une durée supérieure à 10 ans, possible en cas de crime, reste rare : 5% des SSJ pour crime prononcés en 2004 (23 cas sur les 440).

Tableau 4

Répartition des condamnations ordonnant une mesure de suivi socio-judiciaire, selon les différentes peines et mesures ordonnées et la qualification de l'infraction principale

Peines prononcées	Crime		Délit		ensemble	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
SSJ seul	0	0,0	130	20,9	130	12,2
SSJ + prison ferme (au moins en partie)	319	72,5	306	49,1	625	58,8
SSJ + prison avec sursis total	6	1,4	81	13,0	87	8,2
SSJ + prison + autre mesure	115	26,1	94	15,1	209	19,7
SSJ + autre mesure	0	0,0	12	1,9	12	1,1
total condas avec SSJ	440	100	623	100	1063	100

Source : casier judiciaire national/SDSED

Champ : condamnations à un suivi socio-judiciaire en 2004

• **L'impact de la variable « âge »**

Il apparaît que l'âge, au moment de l'infraction, est un élément déterminant dans la fréquence du recours au SSJ. Il semblerait que plus la personne est âgée, plus elle a de chance d'être condamnée à un SSJ, sauf pour les plus de 60 ans. Elle est rarement utilisée pour les mineurs qui ne représentent que 1% des condamnés à un SSJ, mais pourtant 14% de l'ensemble des condamnés ayant commis une infraction sexuelle. Elle reste limitée même lorsque l'infraction principale est un crime où elle passe à 10%, alors qu'il est de 42% pour les majeurs. Pour les mineurs condamnés suite à un crime sexuel, la décision la plus fréquente est la peine de prison avec sursis probatoire, partiel (33%) ou total (32%). On peut dire au passage que le peu d'utilisation du SSJ pour les mineurs, en cas de

crime, peut paraître un peu surprenant car l'utilité d'un traitement psychologique et d'un encadrement rapproché prendrait ici tout son sens¹³².

Pour les condamnés majeurs, on constate que le taux de recours au SSJ varie également selon l'âge à la condamnation : il est plus fréquent pour les âges intermédiaires (30 à 60 ans) avec 13,7%, que pour les moins de 30 ans : 10,6%. En revanche, il est moins fréquent pour les condamnés plus âgés : 8%.

- **Les condamnés à un SSJ en tant que population à profil spécifique**

Pour conclure, on peut dire, en suivant l'analyse faite par l'étude de V. Carrasco, que les condamnés à un SSJ forment une population aux caractéristiques très différentes de celles des autres AAS, statistiquement parlant, car « 43% d'entre eux ont commis un crime, contre seulement 10% des autres condamnés, les deux tiers d'entre eux ont entre 30 et 55 ans, contre la moitié des autres condamnés ayant commis une infraction sexuelle. A l'inverse, les mineurs ne représentent que 1% des condamnés à un SSJ, mais 14% de l'ensemble des autres condamnés ayant commis une infraction sexuelle. La part des femmes est encore plus faible que parmi l'ensemble des AAS (1,3% contre 1,9%) »¹³³.

Les données statistiques ici décrites montrent que malgré une augmentation progressive du prononcé de la peine pendant ces 10 dernières années, le SSJ reste encore une mesure d'application limitée, avec une incidence de 1285 en 2007. Il a été prononcé seulement dans 11% des condamnations ou cela était possible et, malgré l'élargissement de son champ d'application à d'autres infractions, les SSJ représentent simplement 3.7% des peines prononcées en 2007. Cette réalité statistique peut être la conséquence d'une certaine retenue de la part des instances d'impartition de la justice dans le prononcé du SSJ, dont le dispositif est lourd et qui apparaît comme une mesure sévère, réservée aux infractions les plus graves.

¹³² En cas de délit sexuel commis par un mineur, le SSJ est presque inexistant, les décisions les plus fréquentes étant dans ce cas une mesure éducative (37%), une peine d'emprisonnement avec sursis probatoire (31%) ou une peine de prison avec sursis total simple (20%), V. Carrasco, *op. cit.*, p. 8.

¹³³ V. Carrasco, *op. cit.* (2), p. 4.

III - Le suivi socio judiciaire et la politique pénale envers les AAS: la parole des professionnels

Nous allons nous pencher maintenant sur les données recueillies par l'étude de terrain concernant, d'abord, la façon dont les différents acteurs (JAP, TS, MC, MT) évaluent la mise en place du suivi socio-judiciaire, les difficultés rencontrées mais aussi les avancées observées. Nous ferons ressortir, dans un premier temps, les résultats recueillis, sur la base d'entretiens semi-directifs menés auprès de tous les professionnels confondus, dans les trois sites retenus (III.1). Dans un second temps, et à partir des propos des magistrats interviewés, nous analyserons quelques transformations dans l'exécution des peines, conséquence de l'adoption des nouvelles lois modifiant le dispositif initial du SSJ (III.2). Enfin, et ceci à partir notamment des entretiens menés auprès des représentants du SPIP, nous aborderons la perception qu'ont ces professionnels sur la mise en place des programmes dits de prévention de la récidive (PPR), impulsés par la DAP (III.3).

Les sites retenus

Avant d'initier l'analyse thématique, il convient de présenter une brève description des sites retenus en rappelant ce qui avait été proposé dans le projet de la recherche, c'est-à-dire, « l'étude de trois territoires choisis en fonction de leur degré de réussite dans l'application du SSJ : un territoire où la mise en place du SSJ est considérée comme réussie ; un territoire où, en raison des diverses difficultés soulevées par la première étude, les SSJ n'ont pas pu -à ce jour-, être mis en place ; un territoire enfin, estimé comme intermédiaire entre ces deux extrêmes ».

Toujours en fonction des résultats de la première étude, le « territoire Montpellier » a été défini comme celui où la mise en place du SSJ était considérée comme réussie. Pour sa part, le « territoire Agen » a été défini comme étant « intermédiaire ». Enfin, le « territoire Périgueux » a été défini comme celui où la mise en place du SSJ avait pour le moment échoué. L'étude de terrain est venue néanmoins contredire cette hypothèse initiale, car si l'implémentation de la mesure a été en effet tardive et laborieuse en raison des difficultés à trouver un médecin coordonnateur, une fois sa mise en route réalisée, celle-ci fonctionne de façon satisfaisante, selon les propos des différents professionnels interviewés.

En résumant, les trois sites étudiés peuvent ainsi être décrits :

Site de Montpellier (244 500 Habitants). Dans le ressort du Tribunal de Grande Instance de Montpellier¹³⁴.

- SPIP : 1 DSPIP, 1 DIP, 1 CSIP, 26 Travailleurs Sociaux (24 temps plein), pour
- 3 000 mesures (stock), milieu ouvert, milieu fermé confondu. Cela fait un ratio de 115 mesures en milieu ouvert/TS et 140/TS mesures en milieu fermé.
- JAP : Depuis l'an 2000, un seul JAP a été nommé comme référent pour l'application des SSJ (suivi des dossiers, sélection des médecins coordonnateurs, rencontre avec la PPSMJ, relation avec les MC et avec les TS...).
- MC : 4, travaillant uniquement pour ce qui est du ressort du TGI de Montpellier (3 sur Montpellier, 1 sur Sète). Chacun d'entre eux suit 20 mesures en moyenne¹³⁵.
- Nombre de SSJ actifs : 80

¹³⁴ Dans le ressort du TGI de Montpellier il y a le TI de Béziers, où une antenne SPIP existe aussi. Ils suivent également des dossiers de SSJ, mais Béziers n'a pas fait partie de notre territoire.

¹³⁵ Il faut rappeler que si initialement chaque MC n'était autorisé qu'à suivre 15 mesures. Actuellement, ils peuvent en suivre 20.

- Etablissement pénitentiaire du ressort : MA de Villeneuve-lès-Maguelone, capacité : 720 détenus.
- Caractérisation générale du site : Montpellier, ville universitaire, a une tradition dans le médical assez importante (première Faculté de Médecine créée en Europe...), possède une offre confortable de service médico-psychiatrique-psychologique privée et compte également avec plusieurs Centres Médico-Psychiatriques (CMP) publics, dotés de prise en charges spécialisées en plusieurs domaines. La région possède des professionnels formés à la prise en charge des AAS. Certains psychologues de la prison de VNM ont participé à l'étude réalisée par le Dr Balier, qui a donné lieu à son rapport de 1996, précurseur de la loi de 1998 (voir *supra*). Jusqu'en janvier 2008, la même équipe qui intervenait à la MA de VNM, intervenait également en milieu ouvert, au sein de l'hôpital psychiatrique de Montpellier. Le Médecin chef de cette équipe est également Médecin Coordonnateur. Ils ont mis en place des prises en charge en binôme¹³⁶. Depuis janvier 2008, et pour des raisons de « gouvernance » définies par le Ministère de la Santé, le suivi post-pénal a été supprimé, ce qui a affaibli le dispositif global de réponse aux AAS sur ce site, au grand regret des professionnels impliqués. Forte tradition de travail en réseaux.
- Entretiens réalisés : 1 DSPIP, 1 CSIP, 1 DIP, 2 CIP suivant des SSJ, 1 JAP, 2 MC, 2 MT, 7 personnes AAS en SSJ.

Site d'Agen (32 180 habitants). Dans le ressort du Tribunal de Grande Instance d'Agen.

- SPIP: 1 DSIP, 1 CSIP¹³⁷, 11 travailleurs sociaux (6 CIP, 5 assistants sociaux)¹³⁸ pour un total de 1 073 mesures en stock dont 895 mesures en milieu ouvert et 178 en milieu fermé, ce qui fait un ratio de 119 mesures par TS, temps plein.
- JAP : 1 JAP a été nommé référent pour l'application de la mesure (suivi des dossiers, nomination des médecins coordonnateurs, rencontre avec la PPSMJ, relation avec le MC...) mais compte tenu de l'arrivée récente de ce JAP au TGI d'Agen, le JAP qui suit le milieu fermé, ancien référent pour le SSJ, a été également interviewé.
- MC : 1 (qui suit aussi les SSJ relevant du TI de Marmande, ce qui fait qu'actuellement le MC suit 20 personnes condamnées au SSJ).
- Nombre de SSJ actifs : 10 dans le ressort du TGI d'Agen.
- Etablissement pénitentiaire du ressort : MA d'Agen et CD d'Eysses, capacité : 300 détenus (dont 75% approximativement sont des AAS).
- Caractérisation générale du site. Agen, ville moyenne semi-rurale, a très peu d'offre en personnel en santé mentale (psychiatre, psychologue), avec peu de spécialisation dans le domaine des pathologies sexuelles. Le Médecin coordonnateur même reconnaît n'avoir eu de connaissance particulière sur la thématique avant de prendre cette responsabilité. Le travail en réseau n'est pas une tradition et les relations du SPIP avec les services médicaux sont plutôt difficiles.
- Entretiens réalisés : 1 DSPIP, 1 CSIP, 3 CIP suivant des SSJ, 2 JAP (milieu ouvert, milieu fermé), 1 MC, 1 CIP travaillant au CD d'Eysses, 1 MT (psychologue) ; 2 personnes AAS en SSJ.

Site de Périgueux (31 046 habitants). Dans le ressort du Tribunal de Grande Instance de Périgueux.

- SPIP: 1 DSIP, 1 CSIP, 7 travailleurs sociaux (5.5 temps-plein) et une secrétaire, pour un total de 1 259 mesures en stock, ce qui fait un ratio de 220 mesures par TS, temps plein.
- JAP : 1 JAP a été nommé référent, depuis 2003, pour l'application de la mesure (suivi des dossiers, nomination des médecins coordonnateurs, rencontre avec la PPSMJ, relation avec le

¹³⁶ Voir, dans notre première étude, certaines particularités de fonctionnement de l'équipe de Montpellier, dans les annexes.

¹³⁷ Il faut compter aussi 1 adjoint administratif et 1 secrétaire administrative (le DSPIP et la secrétaire administrative travaillent pour tout le département).

¹³⁸ Des 11 TS, 5 travaillent à temps plein, 5 à temps partiel, 1 en congé maladie de longue durée

MC...). Quelques dossiers sont parfois suivis par le JAP du milieu fermé, quand il les a eus déjà en détention.

- MC : 1, qui suis les SSJ relevant du TGI de Périgueux.
- Nombre de SSJ actifs : 14 dans le ressort du TGI de Périgueux.
- Etablissement pénitentiaire du ressort : MA de Périgueux et CD de Neuvic, capacité : 400 détenus.
- Caractérisation générale du site. Périgueux, ville moyenne compte avec très peu d'offre en personnel en santé mentale (psychiatre, psychologue), avec peu de spécialisation dans le domaine des pathologies sexuelles. Le travail en réseau est néanmoins plutôt bien implanté et les relations entre la justice (magistrats, SPIP) avec les services sanitaires semblent adéquates. Difficultés initiales pour mettre en place les SSJ pour manque de MC. Premiers SSJ avec MC : 2005.
- Entretiens réalisés : 1 CSIP, 2 CIP suivant des SSJ, 1 JAP (milieu ouvert), 1 MC.

1- La perception des acteurs sur la mise en place et sur la pertinence de la mesure : entre satisfaction et doutes

Si l'on tient compte des résultats soulevés par notre précédente étude¹³⁹, on fera ressortir des entretiens menés, et ce globalement, l'acquisition d'un certain « savoir faire » de la part des acteurs en relation à l'application de la mesure.

Si tous les acteurs s'accordent à dire que le SSJ est une mesure qui requiert une forte implication en temps et en finesse du suivi, on observe des différences entre les trois sites étudiés, aussi bien dans les discours que dans les pratiques mises en place. Si sur le site de Montpellier, les professionnels sont plutôt satisfaits par rapport à l'application de la mesure (même si des nuances sont apportées notamment par les TS), sur le site d'Agen les avis sont beaucoup plus mitigés, tandis que sur le site de Périgueux, et contrairement à ce que nous avons pu formuler comme hypothèse, après une mise en route difficile du SSJ, le dispositif fonctionne actuellement avec fluidité en raison, notamment, d'un partenariat consolidé. Les problèmes liés aux moyens humains et professionnels (notamment concernant le nombre et le degré de formation des médecins coordonnateurs et traitants s'impliquant dans le dispositif) qui différencient de façon pertinente les trois sites, sont à la base des difficultés qui, malgré les avancées, continuent d'exister notamment sur les sites de Périgueux et d'Agen. Il existe aussi, en particulier sur le site d'Agen, un problème de partenariat qui n'est pas observable sur celui de Montpellier ni sur celui de Périgueux, même si, paradoxalement, la participation des TS dans le dispositif paraît soulever moins de difficultés à Agen et à Périgueux qu'à Montpellier.

Une question importante abordée par la recherche était la perception des acteurs (JAP, TS, MC, MT) sur la pertinence du SSJ pour une prise en charge « adaptée » aux besoins des AAS. Avec 10 ans de recul dans l'application de la mesure, ces professionnels considèrent-ils que le suivi est assez efficace pour garantir un traitement adéquat de cette population? En termes de meilleure prise en charge (par rapport, par exemple, à d'autres mesures comme le SME)? Jugent-ils le dispositif mis en place comme étant trop lourd? Considèrent-ils, en synthèse, la loi de 1998 comme une « bonne loi »?

¹³⁹ J.Alvarez et N. Gourmelon, *op. cit.*

- ***Une relation inédite entre le judiciaire et le médical, facilitée par la figure du MC***

L'un des aspects les plus compliqués de la prise en charge psychologique ou psychiatrique de tout auteur d'infraction relevant d'une obligation de soin en France a été, traditionnellement, la difficile relation entre la justice et le monde médical. Ce dernier se dresse souvent pour se défendre de ce qu'il perçoit comme des tentatives d'instrumentalisation de la part de la justice, voire des violations de son autonomie dans la relation patient-soignant. Nous avons longuement traité dans notre précédente étude de ces difficultés, présentes aussi bien en milieu fermé qu'en milieu ouvert, comme relevant souvent de la protection du secret professionnel.

Ce qui ressort justement de l'analyse des entretiens est que l'aspect le plus positif de la loi de 1998 est d'avoir trouvé un cadre, sinon idéal, du moins satisfaisant pour établir, enfin, un canal de communication entre ces deux mondes. Pourquoi la loi de 1998 est-elle jugée positivement par la plupart des acteurs ? Probablement parce qu'elle rassure. Elle rassure avant tout le monde judiciaire (JAP et CIP) qui, dans une formulation déjà repérée, dit n'avoir « aucune prise » sur les traitements quand il s'agit d'obligation de soin (par exemple dans le cadre d'un SME). Concernant le SSJ, en revanche, c'est le médecin coordonnateur qui exerce le contrôle réel sur le suivi du traitement. C'est lui qui, en tant que médecin, rencontre beaucoup moins de résistance de la part de ses collègues, « médecins traitants », à être informé des avancées de la mesure. Si cette loi rassure également le monde judiciaire, c'est parce que le contrôle du suivi de la mesure est « délégué » au MC.

On peut ainsi déduire que, lorsque le cadre juridique est clairement posé, il peut y avoir communication entre le judiciaire et le médical, sans que les acteurs, notamment le médecin coordonnateur et le médecin traitant, sentent attaquer le secret professionnel. Le MC, dont la mission est précisément celle de transmettre, une fois par an, les évaluations de chaque personne suivie au JAP, n'a pas « d'états d'âme » par rapport à cette transmission, justement parce qu'il a été mandaté par la loi, et qu'il a accepté de plein gré de jouer ce rôle-là. En ce sens, nous pourrions assimiler le rôle du MC à celui du psychiatre expert auprès des tribunaux qui, dans un cadre donné -celui d'un mandat de la part du juge-, accepte de livrer un diagnostic et un pronostic sur l'état mental et la dangerosité d'un individu qui a commis une infraction.

Pourquoi les différents acteurs sont rassurés ? Parce que le cadre légal est bien posé et qu'il ne se prête pas à des ambiguïtés. Il ne faut pas oublier, par ailleurs, que cette loi a été préparée en concertation avec la filière psychiatrique et qu'elle s'est fortement inspirée des résultats de la Mission Balier.

Il faut rappeler que si dans d'autres pays, comme le Canada il n'y a pas de difficulté dans la relation justice-psychiatrie, en sens large, c'est bien parce que cette relation est prévue par la loi et est, dès lors, entrée dans les mœurs. Nous avons pu constater ceci pendant notre voyage d'étude, en rencontrant diverses équipes où tous les intervenants -médicaux, judiciaires, éducatifs, criminologues-participent ensemble par exemple aux études des cas.

Le cadre légal étant posé, reste à constater si l'application concrète de la mesure est jugée adéquate par les différents acteurs. A cet égard, les propos de l'un des MC de Montpellier interviewés sont très illustratifs. Ils révèlent une évaluation assez positive de l'implémentation de la loi :

« Compte tenu de mon expérience personnelle, je suis médecin coordonnateur socio judiciaire depuis 5 ou 6 ans et, depuis le début, l'idée que j'ai c'est que c'est une bonne loi, elle est peut

être pas flexible mais c'est déjà une bonne loi, c'est déjà une bonne base et que le problème c'est qu'il faut l'appliquer correctement. Après, il doit y avoir des variations absolument considérables parce que la marge d'applications dépend des individus comme toujours dans la vie. Alors si les gens le font bien, c'est une excellente loi, si ils le font n'importe quoi ou si ils le font de manière, je dirais trop superficielle et trop rapide, c'est sûr que on peut avoir l'impression que ça ne sert à rien mais ce n'est pas du tout mon sentiment ». (MC1, Montpellier)

Quant à son rôle de médecin coordonnateur, il reconnaît implicitement être la « pièce maîtresse » du dispositif :

«C'est un gros travail pour le médecin coordonnateur ; mais quand le médecin coordonnateur s'intéresse à ce qu'il fait, ce qui est mon cas, le médecin coordonnateur fait l'effort d'essayer de choisir le psychiatre traitant, d'expliquer au psychiatre, dans un premier temps ce qu'est ce travail, cette pathologie, pleins de choses, alors on peut arriver, petit à petit, à avoir un pool de psychiatres traitants qui soient des gens compétents. Donc ça tient beaucoup actuellement, sur le terrain, au médecin coordonnateur, à l'énergie ou le temps qui passe à traiter ces questions, l'importance qui leur donne, voilà et la création, comme ça, de facto, d'un pool de psychiatres traitants qui sont formés à ce type de prise en charge ».

De leur côté, les juges de l'application des peines expriment une satisfaction globale par rapport à ce dispositif dont la responsabilité ultime du fonctionnement leur revient. Concernant ce fonctionnement, les propos du JAP de Périgueux sont éclairantes : *« Donc, ce n'est déjà pas mal ! Et puis, le système s'est mis en place. Ça fonctionne pas mal ! Ça fonctionne même assez bien. Il n'y a pas de, je dirais, il n'y a pas de récrimination, ni de notre part, ni de la part des médecins. Donc, ce qu'on fait en général, c'est la pratique... Je dirais, d'un point de vue fonctionnel, le dispositif, il n'y a pas de difficulté majeure. Il faut qu'on surveille un peu les dossiers parce que, évidemment, quelque fois le médecin, il oublie, mais c'est assez rare, finalement. Ça marche pas mal ! Mais je pense que c'est parce qu'il n'y a encore pas trop de dossiers. Je pense que c'est surtout ça... Si, nous, on n'a pas de demande de la part du médecin, enfin, des médecins coordonnateurs, on pense que ça leur convient, en quelque sorte. »* (JAP, Périgueux)

- **Le côté rassurant de la mesure et de l'existence du MC**

En étroite relation avec le point précédent, il est également intéressant de constater, dans certains discours tenus par des médecins traitants, combien le dispositif est perçu comme rassurant, pour la justice, mais aussi pour médecins traitants eux-mêmes. En effet, pour ceux-ci, la présence du médecin coordonnateur vient les soulager dans l'interface avec la justice, notamment en raison du « rôle de surveillance » qu'on lui assigne. Ainsi le MC viendrait « libérer » le médecin traitant pour lui permettre d'occuper pleine et sereinement sa place de soignant :

«Le rôle du médecin coordonnateur est important. Je pense qu'il est d'autant plus important qu'il n'y a pas de réseau, d'interface entre la justice. C'est fondamental et primordial, tous les médecins traitants isolés pourront, même d'un point de vue imaginaire et symbolique, savoir

qu'il y a un médecin coordonnateur, pour pouvoir l'interpeller ! ...Par ailleurs, il respecte plus le secret. Je pense que ça joue très très bien son rôle dans ce contexte là. Je pense que c'est très opérant, parce que ça rassure le médecin traitant, vraiment, vraiment.

Ça rassure la justice aussi, parce que ça permet d'introduire du lien, de contourner certains problèmes, donc je pense, c'est très opérant, très très judicieux. On aura à l'améliorer, le développer, le travailler, pour que ce ne soit pas uniquement une garantie pour le médecin traitant. Ce n'est pas uniquement un parapluie, ce n'est pas uniquement une protection. L'idée c'est de pouvoir améliorer l'articulation, de pouvoir améliorer la prise en charge... C'est ça, la transmission d'information pour vraiment asseoir une prise en charge. Déléguer au médecin coordonnateur la dimension peut-être un peu agressive et persécutoire de suivi et pour pouvoir libérer le médecin traitant de cette contrainte et être vraiment dans le soin.» (Médecin-psychiatre traitant hospitalier, intervenant également dans l'UCSA de VNM).

A ces propos, l'objectif de ce dispositif serait, à moyen terme, de permettre aux médecins traitants non seulement de se sentir « protégés » par la présence du MC, mais aussi d'améliorer l'articulation entre les différents services ainsi que le traitement des publics concernés. Il semble intéressant de souligner, également, la « solitude » dans laquelle se trouvent les médecins traitants, selon la perception de cet intervenant.

Allant dans le même sens, relativement au rôle « libérateur » de la relation thérapeutique qui peut être joué par le MC, un psychologue traitant à Agen déclare :

« Ils mettent des coordonnateurs, quel est le travail du coordonnateur ? Est-ce que ça ne peut pas être justement, éventuellement s'il veut, s'il accepte, lui, ce rôle de surveillance, et bien d'évaluer ? Et auquel cas, nous, on peut travailler sans avoir à rentrer dans un cadre qui, à un moment, empêche de travailler. Parce qu'il faut savoir que ce n'est pas juste un petit mot anodin. Il faut savoir que pour moi, je considère que ça empêche à un moment que les gens puissent rentrer dans la relation. La relation thérapeutique» (Psychologue traitant, intervenant aussi à l'UCSA d'Eysses, Agen).

- ***Le point faible du dispositif: le défaut de formation des professionnels***

Il ressort clairement des entretiens, dans les trois sites étudiés, le problème du défaut de formation spécialisée dans la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles chez la plupart de médecins traitants, mais aussi de quelques médecins coordonnateurs. Ainsi, même sur le site de Montpellier, qui bénéficie pourtant d'une offre de service en psychiatrie assez large (et avec un certain degré de spécialisation), l'absence d'une formation spécifique préparant à la prise en charge de ces publics est pointée du doigt par l'un de MC interviewés, comme étant l'une des faiblesses du dispositif:

« Il faudrait pour que la loi soit bien appliquée, qu'il y ait des psychiatres traitants dans le cadre du suivi socio judiciaire avec injonction de soins, qu'il y ait un label, qu'il y ait un diplôme, qu'il y ait quelque chose, pour que ce soit les gens qui aient un certain type de formation. Actuellement ce n'est pas le cas. C'est embêtant parce que il y a plein de

psychiatres qui sont complètement inopérants, englués dans des idéologies plus ou moins claires ou tout simplement pas assez formés. Donc il faudrait des psychiatres traitants qui soient formés, ce n'est pas le cas, il faudrait des psychiatres coordonnateurs qui soient formés, ce n'est pas le cas, et si ces gens là étaient formés, et si la loi était bien appliquée, je pense que les résultats seraient encore bien meilleurs. Avec ce doute sur l'efficacité thérapeutique au sens curatif du terme, là il y a une gigantesque interrogation et il n'y a que beaucoup de travaux de recherche suffisamment, dans une durée suffisante, qui pourront permettre de répondre à ça ». (MC1, Montpellier)

Ce problème de manque de formation apparaissait déjà dans l'étude précédente, mais on constate que trois années plus tard, les difficultés relatives à la spécialisation des médecins (et notamment des médecins traitants) subsistent. Il en va de même pour ce qui concerne la prise en charge de la part des travailleurs sociaux, et même des JAP. La complexité de la population traitée nécessite, du point de vue de chaque profession, une connaissance plus fine des pathologies et des différentes façons de les aborder. En exprimant une préoccupation, qui englobe tous les professionnels, relativement au problème de la formation, le Juge de l'application des peines interviewé sur le site de Montpellier indiquait également :

« Je dirais, qu'il y a une difficulté qui est, à mon avis plus profonde et plus difficile à régler, qui est la qualité de la prise en charge. Alors ça concerne à la fois les travailleurs sociaux parce qu'effectivement, ils n'ont pas eu de formation spécifique, donc moi, je ne sens pas de distinguo dans la prise en charge des délinquants sexuels et d'autres types de mesures. Mais aussi par les médecins traitants parce que, je veux dire, ce n'est pas toujours facile de prendre en charge cette population! Il faudrait, par exemple, créer une formation en psychiatrie légale qui soit, vraiment professionnalisante et qu'il y ait un axe « auteurs d'agressions sexuelles.

...Parce que, moi je veux dire, c'est quand même une population spécifique celle des AAS. Alors après, dans les personnes condamnées, il faut faire le distinguo aussi. Parce qu'il y en a qui sont condamnées mais, je veux dire, qui ne sont pas des pervers, qui sont des gens plus facile à traiter, à prendre en charge, par contre, bon, il y a d'autres personnes qui sont assez dangereuses et puis on a aussi dans cette population des gens avec des vrais problèmes psychiatriques !...Donc, à mon avis, dans les années qui viennent, on va se poser la question de, il faudrait vraiment réfléchir à une formation à la fois des travailleurs sociaux, des magistrats et des psychiatres. Bon, parce que c'est vrai, il faut pas non plus exclure les magistrats, on ne prend pas en charge, de la même façon, des délinquants sexuels que quelqu'un qui a fait un vol aux Nouvelles Galeries !» (J.AP, Montpellier)

- **....Ainsi que la pénurie en médecins-psychiatres**

Si le problème de la formation des professionnels est évoqué de façon prioritaire sur le site de Montpellier, sur ceux d'Agen et de Périgueux, la difficulté majeure rencontrée reste la pénurie des professionnels de psychiatrie en général. Ainsi, tout en reconnaissant l'intérêt de la mesure, le problème des moyens pour la mettre en place est très présent dans les discours des professionnels interviewés sur ces deux sites :

« Cette mesure est intéressante, si on a les moyens de la mettre en place. Et cela dépend de la façon dont les médecins s'impliquent dans la mesure. Mais ce qui a le plus d'impact vient

du fait du type de contact entre le médecin coordonnateur et le médecin traitant, du fait qu'il n'y a pas de secret professionnel entre eux. Le problème reste qu'il n'y a pas assez de psychiatres disponibles dans la région, et aussi que le vrai travail de traitement est fait par le médecin traitant». (JAP, Agen)

Cet aspect relatif aux médecins traitants est également soulevé par le SPIP d'Agen qui souligne, au passage, la difficulté pour que les placés soient pris en charge dans des délais raisonnables, à cause notamment du manque de médecins:

*« Au niveau des médecins traitants, on a deux cas de figure : soit la personne condamnée a la possibilité d'être suivie régulièrement par le centre médico-psychologique, le CMP, en sachant que les délais de prise en charge sont extrêmement longs. Actuellement, en moyenne (ça ressort de notre rapport d'activité), en moyenne, une personne qui est orientée vers un médecin psychiatre, a un délai d'attente qui va de trois à cinq mois, pour un premier rendez-vous. Oui. La vie, c'est la médecine psychiatrique en milieu ouvert.
.... Ça a été bien joli d'ouvrir les hôpitaux, maintenant, le problème, c'est qu'on a très, très peu de médecins. Enfin ! Moi je viens d'un autre département où c'était exactement dans le même cas de figure, donc se pose ce problème du médecin traitant. Donc, lorsqu'il y a une prise en charge par le CMP, et bien celle-ci est effective. Alors, la fréquence des rendez-vous, elle n'est pas déterminée par nous. Pour faire simple, c'est une prise en charge qui est difficile de par l'absence de médecins suffisants*». (SPIP, Agen).

Les difficultés soulevées sur le site d'Agen sont parfois mises en parallèle avec d'autres expériences vécues par les professionnelles (TS, JAP) dans d'autres régions du Pays. Avec des moyens en termes de professionnels de la psychiatrie encore plus limités, ces régions ont eu encore plus de mal à mettre en place la mesure suite à l'adoption de la loi en 1998. Ainsi :

*«Le dispositif, a été à mon avis bien pensé. L'idée de construire un dispositif où on aurait un lien finalement entre l'autorité judiciaire, le monde médical, est un lien qui a été bien pensé. La grosse difficulté et c'est une difficulté alors que j'ai rencontré, alors là, dans tous les endroits où j'ai été, que ce soit dans des départements ruraux ou dans des départements plus urbains, c'est qu'on a oublié une donnée importante, c'est que le monde médical, à mon avis, n'était pas prêt. Quand ça a été pensé !
En 98, lorsque ça a été pensé et prévu, les médecins coordonnateurs n'ont pas été suffisamment sensibilisés à l'intérêt de travailler en coordination. On n'est pas forcément dans le cadre d'un secret partagé. On est dans le cadre de la coordination d'une prise en charge. C'est quelque chose qui est intéressant. Donc, la première difficulté, c'est que dans le cadre de la mise en place, ça je l'ai vu en Alsace et je l'ai vu en Ariège, les médecins coordonnateurs n'ont pas été, pour la plupart d'entre eux, volontaires. Et c'est le moins qu'on puisse dire !
Les deux médecins coordonnateurs, qui ont été désignés, ont dans un premier temps, aussi bien en Alsace qu'en Ariège, ont interprété ça comme une prise en charge directe des personnes condamnées. C'est-à-dire qu'ils donnaient un rendez-vous aux personnes condamnées et qu'ils assuraient la prise en charge. Donc, dispositif bien pensé, mais mal appliqué ou mal expliqué. Je n'en sais rien. »* (SPIP, Agen).

Allant dans le même sens, l'un des JAP interviewés à Agen précisait:

« Donc, je pense qu'en effet, oui, Agen est comme beaucoup d'autres régions, c'est une mesure qui n'a été appliquée que très peu, pour ne pas dire presque pas du tout, parce qu'en réalité, ici on a encore un médecin coordonnateur, mais on en a qu'un. Donc, c'est vraiment très peu. Cette mesure qui est née en 98, elle était censée, je crois dans l'idée, faire la jonction entre ces deux mondes, un petit peu différent du médical et du judiciaire, permettre cette passerelle entre ces deux mondes. Mais on s'est heurté dès le début à cette tradition de manque de collaboration entre le médical et le judiciaire.

Alors, ici, oui, on ne peut pas dire qu'il n'existe pas, moi je viens de Charente Maritime, là, on était vraiment sur un état des lieux d'inexistence totale de cette mesure. Ici, ce n'est pas le cas, parce qu'on a un médecin coordonnateur, que ce médecin coordonnateur est impliqué. Lui, il s'y implique, je crois qu'il a bien pris la mesure de ce rôle, il est non seulement dans le rendu compte, mais dans ce travail de collaboration, à savoir par des rencontres régulières avec nous, par des points réguliers sur les dossiers, mais bon, nous n'en avons qu'un, quoi ! » (JAP, Agen).

Quant au site de Périgueux, on évoque les difficultés rencontrées pour la seule mise en place de la mesure, en raison de l'absence de médecin coordonnateur. Rappelons que la loi ayant été adoptée en 1998, les premiers SSJ ont commencé à être mis en place en 2000-2001. Sur le site de Périgueux, les premiers SSJ ont commencé à voir le jour en 2004-2005 et, comme l'explique le JAP, ils ont d'abord été exécutés comme des sursis avec mise à l'épreuve, par manque de MC :

« Oui, parce qu'au début, ce n'est pas forcément ce qui se faisait. Parce que comme on n'avait pas d'expert, j'ai transformé, mais je pense que ça a été une pratique un peu partout, le suivi socio judiciaire, en sursis-cette mise à l'épreuve, en fait. Au début, en tout cas, quand on n'avait pas le médecin coordonnateur, on a fait comme ça, sauf pour les affaires, il y avait quelques dossiers en cours, où là, on avait un médecin psychiatre, mais qui n'était pas réellement médecin coordonnateur » (JAP, Périgueux).

Pour sa part, le SPIP indique également les difficultés rencontrées quotidiennement pour l'accès au soin non seulement de la population en SSJ, mais aussi pour les autres mesures comportant une obligation de soin : *« On a une grande difficulté parce qu'il y a des médecins sur Périgueux qui refusent de recevoir les personnes qui ont une obligation de soin. La deuxième difficulté est liée à la pénurie de psychiatres et de psychologues dans le secteur psychiatrique. Cela fait des attentes assez longues et, par conséquent, des difficultés pour la mise en œuvre des obligations de soin » (CSIP, SPIP Périgueux).*

Enfin, cette vision est partagée par le médecin coordonnateur de Périgueux, qui insiste, quant à lui, aussi bien sur la pénurie de psychiatres dans le secteur publique, que sur le manque de formation adaptée à l'accueil du public des AAS.

- ***La difficulté de certains CIP pour trouver leur véritable place dans le dispositif : un sentiment qui varie selon les sites***

Avec des difficultés à établir des relations directes avec les médecins coordonnateurs –variables selon les sites-, et face à des magistrats parfois trop satisfaits de retrouver une communication avec le monde médicale qui jusque là leur avait fait défaut, les travailleurs sociaux peinent à jouer un véritable rôle dans le jeu d'acteurs de l'application de la mesure. Cela se trouve accentué par certaines difficultés qu'ils ont à proposer aux AAS une prise en charge différenciée en raison, notamment, d'un

déficit de formation en la matière. Enfin, l'ambiguïté des textes juridiques par rapport au rôle des SPIP dans le dispositif du SSJ, n'a pas non plus aidé ces professionnels à trouver leur place.

Sur cette question, les différents travailleurs sociaux interviewés, aussi bien sur le site d'Agen que sur celui de Montpellier, ont plus ou moins la même perception, même si elle est exprimée avec des degrés différents de véhémence.

« Moi, j'ai arrêté de passer par un médecin coordonnateur, moi, j'ai arrêté ! ...Des trois MC, il n'y en a qu'un qui fonctionne bien. Avec lui, on peut avoir des échanges mais c'est tout par courrier, par écrit, etc....Mais après, le reste, si vous voulez, ce sont des prises en charge qui fonctionnent comme s'il n'y avait pas de médecin coordonnateur. C'est clair! Je gère les suivis socio judiciaires comme n'importe quelle autre mesure, à part que c'est une mesure beaucoup plus longue que, ce sont des suivis qui sont beaucoup plus lourds, c'est tout...Moi, je ne vois pas, à part, je vous dis, certaines situations spécifiques, je ne vois pas le rôle du médecin coordonnateur. Personnellement, je ne vois pas ! » (CIP, Montpellier).

Ou encore :

« Par rapport à nos personnes suivies, alors, au niveau de la prise en charge, donc suivi renforcé. Ça veut dire quoi ? Ça veut dire que la personne est vue au moins une fois par mois par le travailleur social, ça veut aussi dire, pour ceux qui ont une injonction de soins, orientation vers le médecin coordonnateur. Et c'est là, à mon niveau, enfin à notre niveau, que les choses sont assez compliquées puisque nous n'avons pas de contact avec le médecin coordonnateur ». (CSIP, Agen)

Et dans le même sens :

*«Et moi il y a une chose que je regrette... que je déplore. C'est qu'en ce qui concerne le suivi socio judiciaires, par exemple, les médecins référents au coordonnateur n'ont aucun lien avec nous. Il n'y a pas de liaison, pas de coordination.
Il n'y a que le juge d'application des peines qui peut éventuellement interroger le médecin coordonnateur, on a très peu de retour, ça c'est déplorable.
Les textes font que c'est le juge d'application des peines qui est en lien avec le médecin coordonnateur et pas nous et quand bien même, que de temps en temps, on sent bien il y a de vrais problèmes, qu'on essaie de contacter le médecin, le médecin en question, encore faut-il arriver à le contacter ! Une fois qu'on arrive à le contacter en général, ils ne nous disent rien. C'est le secret professionnel ! ». (DSPIP, Montpellier)*

De leur côté, les MC et les JAP, ne semblent pas prendre la mesure du malaise du personnel d'insertion et de probation concernant cette situation. On remarque chez eux, au contraire, un discours plutôt critique au sujet des interventions des CIP auprès des AAS. En effet, ils jugent parfois ces interventions trop « administratives » et peu différenciées. Cette critique, qui ressortait déjà des propos cités plus haut de la part du JAP de Montpellier, est peut-être à la base de leur attitude vis-à-vis de ces professionnels. On la retrouve également dans les propos de l'un des MC interviewés à Montpellier qui, néanmoins, ne manque pas de reconnaître les avancées réalisées dans la prise en charge sociale :

« Depuis que je m'en occupe, moi, j'ai vu une transformation radicale de la part des travailleurs sociaux. Alors est-ce que cela tient au fait que maintenant on a coupé le SPIP, qu'on a dissocié le SPIP intra carcérale du SPIP extra carcérale, c'est possible mais là, moi, je trouve que les gens sont bien repérés, sont bien... même au niveau du travail social, il y a un certain nombre de choses qui sont faites mais c'est aussi le problème d'un accompagnement qui est aussi un peu rigide, je trouve. Un petit peu ! Il me semble que ces gens sont... Qu'ils auraient besoin de prise en charge sociale un peu différente de celle qui fait le SPIP, qui est quand même, ils font ce qu'ils peuvent mais bon ! C'est très administratif, quand même, dans l'ensemble, compte tenu de la spécificité de cette pathologie. Moi, je pense que c'est ce qui se met progressivement en place ». (MC2, Montpellier)

Par ailleurs, le malaise soulevé à Agen et Montpellier de la part des travailleurs sociaux contraste avec les avis recueillis à Périgueux, où les membres du SPIP se disent à l'aise dans leur positionnement vis-à-vis aussi bien du MC que du JAP, pour ce qui est de l'application du SSJ. Le partenariat s'est mis facilement en place et il y a une très bonne communication entre les trois acteurs. Le MC autant que le JAP, sont très disponibles et accessibles aux CIP. Ils leur transmettent régulièrement les informations et les documents. Egalement, le médecin coordonnateur a souhaité rencontrer les travailleurs sociaux en se rendant aux locaux du SPIP, afin d'évoquer l'application de la mesure. Des trois sites étudiés, c'est le seul cas où ce type de rencontre a eu lieu. Les proximités géographiques facilitent sans doute cette communication (le SPIP et le Tribunal se trouvent à 5 minutes de distance à pied et le centre hospitalier à une quinzaine de minutes, tous dans le centre ville), mais elles n'expliquent pas tout. Les aspects de personnalité y sont probablement aussi pour quelque chose, tout comme une conception particulière sur la relation partenariale.

L'un des CIP interviewés indiquait, en réponse à notre question sur le fonctionnement du SSJ et sur la relation avec le MC :

« Je sais qu'ils (les personnes en SSJ) voient le médecin une fois par an, et que c'est assez suivi. Que le médecin est venu nous rencontrer ici ! Cela se passe très bien. On peut aussi avoir des contacts téléphoniques avec lui. Il est assez accessible pour ce genre de dossier. Et après, le médecin coordonnateur détermine d'orienter la personne vers un psychiatre. Et même après, avec des psychiatres, on peut avoir des contacts téléphoniques, il n'y a pas de difficultés. » (CIP, Périgueux)

Et, concernant le partenariat avec le monde médical, elle indique: *« Je pense qu'il y a des efforts qui sont fait de part et d'autre pour que ça se passe bien. Et c'est mieux pour tout le monde, la personne suivie s'y retrouve, elle voit qu'on peut se téléphoner s'il y a un souci. Je pense que le médecin coordonnateur est satisfait, aussi, de ce suivi comme ça.... ».*

De son côté, la CSIP de Périgueux s'exprime dans des termes similaires : *« Le MC est très bien, c'est quelqu'un de très intéressant qui a bien saisi la place qu'il a dans le dispositif. Il a par ailleurs un discours étonnant pour un médecin ».* Concernant la relation avec le JAP, elle considère qu'après une période d'ajustement -quand elle a pris la place de CSIP-, les relations avec lui se sont clarifiées et fluidifiées :

« Nous avons globalement pas mal d'échanges avec lui. Il est quelqu'un d'intéressé et d'impliqué. Il n'est pas là par hasard. Quand on le sollicite, il nous répond. On ne reste jamais sans réponse de sa part. Il y a du dialogue. La proximité géographique facilite les choses, on se rencontre régulièrement mais on communique aussi beaucoup par mail ». (CSIP, Périgueux)

Néanmoins, on évoque des relations plus complexes avec le parquet et avec le BEX (Bureau d'Exécution des Peines). Il faut préciser qu'un agent a été nommé au SPIP comme « référent BEX ». Il reçoit, un jour fixe par semaine, toutes les personnes qui sont convoquées suite aux audiences du BEX.

Quant au JAP, il manifeste le souci d'associer le CIP à l'application de la mesure, même, si comme nous le verrons *infra*, il émet certaines réserves par rapport à la qualité du suivi, compte-tenu de la croissance en charge de travail connue par la juridiction dans les 5 dernières années :

« Donc, le SPIP n'est pas évincé de cette partie là, puisque dans le suivi socio judiciaire, il y a deux étapes en quelque sorte. Il y a une injonction de soins. La personne doit rencontrer un psychologue ou un psychiatre. Et ensuite, tous les ans, il y a une expertise faite par le médecin coordonnateur. A mon avis, le SPIP n'a pas à être écarté parce qu'il lui appartient de vérifier au moins matériellement qu'il y a bien la mise en place d'effectif de soins. Et après, il appartient au médecin coordonnateur de faire le point. Ce qui se passe régulièrement... ».

S'agissant de la communication entre services :

« On les rencontre, on est amené à les rencontrer, puis les locaux ne sont pas du tout loin, puis nous on fait quand même des réunions. On fait au moins deux réunions par an avec le SPIP et les CIP aussi, mais c'est parce que c'est ici, ce n'est pas loin, la structure n'est pas très grande mais, c'est vrai qu'il y a de moins en moins de contact. C'est notre société APPI, voilà. » (JAP, Périgueux)

- ***Les durées de plus en plus longues des SSJ : une crainte partagée par les différents professionnels***

Les durées maximales des suivis socio-judiciaires, parfois très longues, sont redoutées par les différents professionnels, d'autant plus que la tendance est plutôt à leur allongement progressif. Depuis peu de temps, on commence déjà à observer l'arrivée des mesures de 10 ans et plus, ce qui était exceptionnel un an auparavant. Rappelons que la durée moyenne observée en 2007 pour les SSJ était de 5 ans pour les délits et de presque 7 ans pour les crimes, selon les études cités plus haut. La question que se posent alors les différents professionnels est simple : comment travailler aussi longtemps avec une personne sans vider la mesure de son contenu thérapeutique et de son efficacité sociale ?

La difficulté d'un travail thérapeutique pendant des longues périodes est d'abord soulevée par les MC :

« Il y a un problème énorme, alors c'est très difficile à traiter, c'est que au départ quand on a commencé les gens étaient condamnés à un suivi socio judiciaire, pour 2 ans, ça, ça ne veut rien dire, maintenant ils sont condamnés pour 10 ans, 15 ans, 20 ans, là il y a une évolution, avec les faits divers, en fin les, choses à sensations qu'on a connu, c'est-à-dire que

maintenant on voit arriver de plus en plus des gens qui sont condamnés à 10, 15 ans de suivi socio judiciaire, il y a quelques années ils étaient condamnés à 15 mois, alors pour nous, médecins coordonnateurs ça pose un problème énorme, si vous avez quelqu'un qui est condamné pour 20 ans il faut le suivre pendant 20 an. S'il est là pour 2 ans, ça change tout le temps, donc le stock se renouvelle, alors que là il ne se renouvellera plus» (MC, Montpellier).

Pour leur part, les travailleurs sociaux émettent le même type de réserves :

« Il y en a des suivis socio judiciaire qui durent 5 ans mais il y en a qui peuvent durer beaucoup plus. Je sais qu'il y a des surveillances judiciaires qui peuvent durer plus de temps que ça. Qu'est ce qu'on va faire, 20 ans, 10 ans, 20 ans ? Alors, en même temps, je pense que trop longtemps, ça tue peut être, la mesure, même humaine, donc qu'il n'y ait plus rien à un moment donné pour les personnes...5 ans, ça me paraît un maxi. Parce que 5 ans c'est long quand même. Et là, ça fait 1 an que j'ai ces deux personnes, il y a encore 4 ans de mesure ! Il y en a un, là, il commence à en souffrir de ça. Et bon ! Lui comme il est plus adapté, il ne va pas l'exprimer réellement. Mais, quelque part, ça va se ressentir à un moment donné. Dans 1 an et demi, 2 ans, au bout de 2 ans, 3 ans, qu'est ce qui peut se passer d'autre ? Qu'est ce qui va se passer au niveau de l'Association ou du psychologue ? Moi, je ne suis pas sûre que ça tiendra. Alors qu'est ce qu'on fait ? On change de psychologue ? On change de structure ? » (CIP, Agen).

Ou encore :

« Moi je suis pas là pour critiquer la décision de justice en tant que telle, c'est notre quotidien. Je viens de terminer ou va se terminer dans la semaine le suivi d'un monsieur qui été condamné à un suivi socio judiciaire de 5 ans ; ce n'est pas rien 5 ans. Même si ça ne le paraît pas, durant 5 ans tous les mois c'est très long, de revenir sur les mêmes choses. C'est quelqu'un qui était, en plus, apte à faire un réel travail thérapeutique sur lui, ce qui n'est pas le cas de tout et chacun. Il a pris contact avec un médecin psychiatre, donc il avait déjà commencé un travail. Lorsque la décision est intervenue à ce suivi thérapeutique là on a rajouté 5 ans, donc ça fait quasiment 8, 9 ans, 10 ans, peut être, et je lui ai posé la question dernièrement, donc si, effectivement ça ne lui a paru en tant que tel très long ». (CIP, Montpellier)

Les JAP quant à eux s'inquiètent aussi bien de l'allongement de la mesure que du fait que celle-ci puisse être déjà appliquée à des infractions autres que celles à caractère sexuel. Tout cela irait en détriment d'une prise en charge de qualité des publics, car la conséquence directe de ces changements est l'accroissement de la charge de travail, en particulier pour les professionnels de la justice :

« Et, comme en plus le SSJ n'est pas maintenant que pour les affaires de mœurs, il y a, évidemment, beaucoup plus de dossiers. C'est l'évolution logique de la loi. Alors avec des choses, et alors évidemment, avec des durées qui commencent à être extrêmement importantes ! Puisque là, j'ai noté, le dossier le plus long va se terminer en 2018 ! Elle dure 10 ans ! C'est la mesure, la plus longue, que j'ai eu jusqu'à présent. Comment faire donc un suivi approfondi et constant sur l'ensemble des mesures ? Ce n'est objectivement pas possible. Parce que, d'un autre côté, il y a aussi toute la dimension du suivi en détention, avec

tout ce qui est demandé au SPIP au niveau des aménagements de peines pour les gens qui sont en détention, et pour les gens qui sont condamnés à des courtes peines où là aussi, il y a eu une explosion du contentieux. Donc, tout ça fait la volonté de mettre en place du contrôle et se heurte à la réalité, à la pénurie, à l'indigence des moyens. ! » (JAP, Périgueux)

Face à l'imminence de l'allongement de la durée des SSJ, il est intéressant de noter que certains MC évoquent déjà des façons possibles de créer des « systèmes modulables » afin de rendre plus rationnelles et stimulantes pour les personnes suivies les prises en charge proposées. La proposition consisterait à donner la possibilité au JAP, en coordination avec le MC, à aménager la peine en fonction des résultats obtenus par la personne suivie :

«Oui, je pense que vu la durée, ça se voit de plus en plus des 15 ans, des 10 ans ! Alors, moi, je pense qu'il faudrait un système qui soit plus stimulant pour les gens. C'est-à-dire que, je pense qu'il faut mettre des suivis socio-judiciaires avec obligation de soins ! Sur les longues périodes que met le tribunal mais que le juge d'application des peines avec le médecin coordonnateur puisse au bout d'un certain temps aménager, refaire des points et remettre en question. Ça veut dire, qu'il faut du temps et puis qu'après, qu'ils aient un système modulable pour que, quand même, les gens puissent évoluer, Parce que si c'est pour venir... Parce que la plupart du temps, il faut être honnête, ils viennent dans 60 % des cas, vous avez des gens qui viennent pour chercher leurs papiers, pour les soumettre au SPIP! » (MC2, Montpellier)

Enfin, en décalage total avec les préoccupations qui émanent des propos cités, nous retrouvons le discours de l'un des médecins traitants interrogés qui considère, à son tour, que la longueur d'une prise en charge psychiatrique ne devrait pas, en principe, poser de problème, car cela dépend des besoins du patient et de la relation thérapeutique :

« Je constate une évolution. Il y a une vraie évolution sur la durée du suivi socio judiciaire. On voyait des suivis autour de deux ans, maximum trois ans, on a vu cinq ans, on était étonné. Là on voit des choses maintenant, systématiquement, c'est extrêmement long, c'est minimum cinq ans, cinq à dix ans, donc...

Mais moi, je n'ai pas de problème avec ça ! Parce que c'est toujours le pari du soin, je pense que le souci c'est qu'à un moment, par exemple j'ai un cas là où on a débuté le suivi en détention, il a continué dehors et je l'ai vu pendant trois ans et il est parti sur Paris, j'ai pris le relais et il y avait eu un vrai travail et pendant les derniers mois, je ne lui donnais même plus l'attestation parce qu'on oubliait qu'il fallait produire une attestation. On l'a oublié tous les deux qu'il avait une obligation et donc il y a un moment où, finalement, l'obligation devient plus qu'une contrainte, devient une vraie obligation, quand on a dépassé le stade de la demande, qu'il s'est approprié la demande et qu'on a mis en place le travail. Ce que je pense, c'est qu'il serait judicieux de remettre en question cette obligation, qu'il y ait une possibilité de sortir de la contrainte, à partir du moment où s'est vraiment instauré un travail.

Il faut se souvenir que nos patients en psychiatrie à partir du moment où ils s'établissent sur un lieu, il y a des patients, des couples thérapeutes patients qui vivent vingt ans ! Nos

patients schizophrènes ils sont schizophrènes toute leur vie! Et Dans le cadre de problèmes névrotiques, il y a des analyses de dix ans ! Une analyse dure cinq à dix ans ! » (Médecin psychiatre traitant hospitalier, Montpellier)

Il est intéressant de noter que la proposition formulée plus haut par le médecin coordonnateur, relative à la possibilité d'ajuster la mesure aux besoins du patient et à son évolution, apparaît ici de nouveau formulée par ce médecin traitant.

- ***L'adhésion des personnes suivies à la mesure***

Il convient d'évoquer enfin la possible adhésion des personnes condamnées au SSJ, à cette mesure. La presque totalité des professionnels interviewés s'accordent à dire, que si on peut difficilement se prononcer sur le niveau de sincérité des personnes suivies par rapport à l'adhésion à la mesure, rares sont celles qui la rejettent ou qui sont réfractaires à une prise en charge dans le temps, à la sortie de prison. On souligne que les personnes se sentent plutôt rassurées de se savoir accompagnées à ce moment de la sortie, surtout si l'on tient compte du fait qu'un nombre important des condamnés l'ont été pour des faits intra-familiaux (60% à 80%, notamment dans les sites plus ruraux d'Agen et de Périgueux, selon les professionnels) et que, de ce fait, ils se retrouvent avec très peu de soutien de la part de leurs familles. Ils évoquent souvent également, une prise en charge, pendant la détention, de plus en plus organisée et durable dans le temps, ce qui préparerait mieux la personne à la continuité de la prise en charge à l'extérieur. Ils sont également plusieurs à souligner l'importance de cette continuité qui, à leur avis, devrait être assurée, quand cela est possible, par les mêmes équipes –ou presque- qui interviennent en prison.

Citons quelques propos divers au sujet de cette question. D'abord, sur l'acceptation de la mesure :

« Des gens totalement réfractaires au suivi, il y en a très, très peu. Alors, est-ce par calcul ou par conviction, je n'en sais rien. Je ne peux pas vous le dire. Il y en a quand même assez peu. Après, ce qu'on constate, c'est que souvent, il y a quand même une certaine appréhension de la sortie. Qui est de sortir sans aucun encadrement ! Et finalement, il y a beaucoup de gens qui estiment que c'est admis. Que c'est justifié, en fait. ..

Est-ce que c'est sincère et est-ce que ça procède d'une volonté réelle de suivre des soins ? Ou est-ce que c'est vécu comme étant un système un peu sécurisant qui vient encadrer la sortie ? Parce que bon ! Il faut voir que la plupart du temps, quand même, les personnes qui sont suivies sont des gens qui sont souvent en rupture familiale, en rupture socioprofessionnelle, et pour qui, la libération c'est un peu un saut dans l'inconnu. Donc finalement, par ce moyen, on prolonge un peu l'espèce de prise en charge qui existait, c'est un peu un monde moins inconnu en quelque sorte. Enfin, je le perçois un peu comme ça. Alors après, est-ce que ça procède d'une démarche volontaire ? Je n'ai pas d'opinion. Ce que je sais, c'est qu'il y a beaucoup de gens qui estiment que c'est une nécessité. Alors est ce qu'il y a une adhésion ou pas ? Je n'en sais rien. Mais il y a beaucoup de gens qui estiment que c'est une nécessité. Qui ont conscience qu'ils ne peuvent pas être libérés comme ça, sans aucun contrôle. Après sur la sincérité de la démarche... Là je n'ai pas d'avis... » (JAP, Périgueux).

Sur l'effet encadrant de la mesure qui viendrait poser des limites nécessaires au comportement déviant :

« Oui, c'est des longues prises en charge avec la dimension de contraintes judiciaires qui fonctionnent comme une épée de Damoclès et qui permettent d'intégrer la limite et la loi et de l'interdit. Oui, qui nous permet éventuellement de tenter d'intégrer la dimension d'interdit et le temps que ça fonctionne comme ça, c'est opératoire, c'est comme ça qu'il y a des gens qui récidivent à la fin de l'obligation de soin. J'ai vu quelques-uns comme ça au moment du contrôle d'expertise, fin d'obligation de soin, qui récidive et qui me dit : « Bien, parce qu'il n'y a plus rien qui m'en empêchait ! » C'est dit comme ça ! » (Médecin-psychiatre traitant hospitalier, Montpellier)

Et, à peu près dans le même sens, mais concernant le lien entre le suivi intra-extra carcéral :

« Moi je pense que c'est intéressant de pouvoir le continuer à l'extérieur. Parce que le problème, c'est qu'effectivement la sortie pour les détenus, c'est bien. Il faut, de toute façon on n'a pas le droit en prison de dire qu'on a envie de rester. Un détenu ne peut pas dire... Mais parfois les gens le disent, ils disent : « Moi, je vais vous dire, je sors dans une semaine et j'ai peur de sortir, je n'ai pas envie de sortir. Il y a des gens qui m'ont dit ça. Donc, là, à un moment il faut qu'on puisse en parler ! C'est-à-dire que les gens ils peuvent dire : « Voilà ! Moi les craintes que j'ai à l'extérieur » Et, si après on établit une chose en disant : « Mais écoutez, je peux vous proposer qu'on se rencontre à l'extérieur ». Et puis, on verra comment les choses se passent. Là, c'est des choses qui peuvent rassurer, qui peuvent les aider à jalonner comme ça. En se disant qu'il y a quand même une continuité par rapport à la prise en charge. Je vais pouvoir continuer à en parler. Et là, je pense que c'est des gens qui investissent cette relation thérapeutique. Si c'est juste une obligation, vous allez là pour être surveillé etc., les gens ils ne rentrent pas dans la relation. Enfin ils vont faire ce qu'il faut. Eux ils ont intérêts. Jusqu'à telle date, il faut qu'il rencontre quelqu'un. Ils vont venir rencontrer quelqu'un, mais ils ne vont pas investir la relation... »

Enfin, citons les propos un peu amers d'un MC de Montpellier, dont l'équipe qu'il dirigeait, intervenant aussi bien à la prison de VNM que dans le cadre hospitalier -dans une consultation post-pénale-, s'est vue empêchée de continuer cette double intervention à cause d'une restructuration des services imposée par le Ministère de la Santé à partir de janvier 2008. Il évoque les difficultés que cela crée notamment pour le suivi socio-judiciaire. La prise en charge n'étant plus assurée par des personnes spécialisées dans ces pathologies, il n'y a plus la continuité dans les soins :

« Il y a une « nouvelle gouvernance », il y a des pôles et on a coupé un petit peu tout, tout a été morcelé, c'est-à-dire que la psychiatrie pénitentiaire a été rattachée aux pôles des urgences. Parce qu'il y avait une ambiguïté, on avait mis en place au niveau de la maison d'arrêt un dispositif de soin psychiatrique et puis il y avait l'UCSA proprement dit, c'était 2004. On avait mis en place la consultation post pénale justement pour, essentiellement, les agresseurs sexuels. Plus spécifiquement pour les suivis socio-judiciaires, on avait mis en place un système, qui faisait une articulation entre la prise en charge pendant l'incarcération, et le suivi. Il y avait un pont qui se faisait et surtout, il y avait tout un travail qui se faisait en intra, qui était le travail que faisaient les deux psychologues qui s'étaient spécialisés, les deux anciennes, elles travaillaient à l'ARTAAS et tout ça... »

Et petit à petit on y a intégré les deux autres psychologues qui ont travaillé, qui ont renforcé l'équipe. Alors ce qui fait qu'il y avait toute une articulation qu'on pouvait mettre en place donc ça, ça marchait bien parce qu'on avait un projet, et une continuité dans la prise en charge ; et puis, également, si vous voulez, le médecin coordinateur pouvait travailler avec les gens qui assuraient véritablement les soins.

Depuis que... parce que je n'ai pas pu maintenir cette consultation post pénale du fait que tout le personnel a été repris par le pôle des urgences, qu'on a imposé aux psychologues, de façon un peu autoritaire, de faire des consultations uniquement à la maison d'arrêt, depuis, les gens que j'ai moi en suivi, en obligation de soin et tout ça, c'est très difficile parce que les gens vont se faire soigner par des personnes de leur choix. Alors on essaye d'avoir des contacts avec eux, il y a deux réactions : pour certaines personnes c'est l'inquisition : « Qu'est ce que vous voulez moi je suis médecin moi je sais ! » C'est la réponse que j'ai eue, bon ! Très bien ! Ce qui fait que je suis obligé d'envoyer l'ordre de mission du juge, les gens ne connaissent pas ce système manifestement ! » (MC2, Montpellier)

Il insiste, par ailleurs, sur les difficultés rencontrées auprès des médecins traitants pour faire accepter son intervention, du fait que le dispositif n'est pas assez connu :

« Cela reste un système assez difficile à gérer en tant que médecin coordinateur. Parce que si c'est pour travailler en collaboration avec des gens qui interviennent, c'est relativement difficile, je trouve que le système n'est peut être pas assez connu. Pas assez connu ! ».

Tout comme l'un des psychiatres traitants que nous avons interviewés (et qui faisait partie de l'équipe initiale), il forme des vœux pour que, avec l'ouverture prochaine d'un Centre de Ressources sur Montpellier, ce type de problèmes aient tendance à disparaître. Il faut rappeler enfin, que dans l'étude précédente, nous avons cité l'expérience de double intervention menée par cette équipe comme un exemple de « bonne pratique » dans la prise en charge des AAS.

Avec 10 ans de recul, il est encore relativement tôt pour évaluer définitivement le dispositif mis en place par la loi de juin 1998, notamment compte tenu des difficultés rencontrées pour sa généralisation. Il est également trop tôt pour mesurer son impact sur la récurrence des AAS.

Mais les premiers résultats révélés par la recherche montrent que là où le SSJ a été mis en place, il a permis une meilleure prise en charge des AAS, une meilleure communication entre les différents acteurs et un partenariat plus affirmé entre l'autorité judiciaire et l'autorité sanitaire. Néanmoins, le dispositif doit encore mieux se faire connaître, notamment auprès des médecins traitants, dont la résistance de quelques uns à rentrer dans une relation de confiance avec les médecins coordonnateurs a été soulevée par la recherche. En ce sens, la généralisation des Centres de Ressources est attendue comme un moyen de palier à cette méconnaissance et de favoriser aussi bien le développement du partenariat que de la formation.

Comme il a été exprimé par plusieurs professionnels interviewés, le risque reste maintenant, que les multiples modifications apportées au SSJ par les différentes lois adoptées ces dernières années, viennent desservir le développement d'un dispositif qui tout en restant fragile, a commencé à faire ses preuves

2 - Quelques transformations dans l'exécution des peines suite à l'adoption des nouvelles lois modifiant le dispositif initial du SSJ

Nous allons traiter ici de quelques aspects relatifs à l'impact des nouvelles lois sur le dispositif initial du SSJ et sur l'exécution des peines, au sens large. Nous aborderons cet impact, d'abord du point de vue de l'insécurité juridique et de l'augmentation de la charge de travail que celui-ci a pu provoquer chez les magistrats de l'application des peines et le SPIP. Nous allons ensuite traiter quelques aspects relatifs à l'implémentation de la Surveillance Judiciaire, pour finir par aborder la question de la place de l'expertise psychiatrique dans la pratique judiciaire découlant des nouveaux dispositifs législatifs.

- ***L'inflation législative : insécurité juridique et charge accrue de travail***

Nous avons abordé, du point de vue juridique, et de façon plus ou moins détaillée, dans le premier chapitre la question de l'inflation législative. Il convenait alors d'analyser comment les professionnels directement concernés par l'application des nouvelles lois perçoivent la nouvelle réalité, sur le terrain. Il ressort des propos, notamment des magistrats, que cette inflation législative est source d'insécurité juridique, ce qui est plutôt grave dans le contexte judiciaire. Elle serait aussi source d'une charge de travail en augmentation progressive, charge parfois difficile à concilier avec un service de qualité. A ce sujet, les propos qui suivent sont particulièrement révélateurs de l'état d'esprit dans lequel se trouvent les juges de l'application des peines par rapport à « *l'empilement des lois* », et sur leurs craintes par rapport à l'avenir du SSJ :

« Le problème si vous voulez c'est toujours le même, c'est que bon, ça sert à rien d'empiler, de rajouter des lois. Cette mesure du suivi socio judiciaire elle est très bien, elle a été bien réfléchi, ça fait l'objet de rencontres entre les médecins, les juristes etc. Ça été une mesure qui a été mûrie, même si elle n'a pas toujours été très bien comprise par une partie du corps médical, c'est une mesure qui était mûrie etc. Or, maintenant on est dans l'inflation législative. Dès qu'il y a quelque chose de nouveau, il faut sortir une nouvelle loi. Ça sert à rien ! La loi ce n'est pas une recette de cuisine ! Il faut comprendre! La loi, elle doit veiller à l'intérêt commun et elle n'est pas là pour répondre à un problème particulier. Alors l'empilement des lois, je veux dire en plus, quand on n'a pas les moyens, l'empilement des lois ça amène à l'insécurité juridique parce qu'après, où on en est ? On sait plus qu'est ce qu'on doit faire... alors celui là, est ce qu'il encourt ceci ? Cela, bon, je ne suis pas certaine que ça va faire beaucoup avancer les choses. » (JAP, Montpellier).

S'agissant du risque d'insécurité juridique souligné par ce JAP, il convient d'indiquer qu'il revient souvent dans le discours des magistrats. La vitesse à laquelle ces différentes lois ont été adoptées, modifiant souvent le SSJ, a créé une incertitude chez les magistrats qu'ils essayent tant bien que mal de combler avec leurs propres interprétations (or la loi pénale est d'interprétation stricte). Les hésitations sont pourtant souvent là, par rapport à l'application des différentes lois. Par rapport à ce que celle-ci ou celle-là implique pour le justiciable, mais aussi par rapport à l'esprit de la loi. Cela est également perceptible, dans le passage ci-dessous au sujet de l'application de la surveillance judiciaire, évoquée par un autre magistrat :

« C'est énorme. La surveillance judiciaire. C'est énorme. Parce que quantitativement, ça ne représente peut-être pas forcément beaucoup, encore que ! Mais alors c'est une gestion qui

doit être très rigoureuse. Parce qu'en fait, le centre de détention doit signaler un an avant tous les détenus susceptibles d'en ressortir. Donc, ils le signalent un an avant, mais par le jeu des réductions de peines supplémentaires etc., avec les temps d'expertises, il faut vraiment faire très attention parce que le temps que la personne soit signalée, pour peu qu'il ait un problème....C'est juste parfois !

On essaie de se faire, on essaie de ne pas louper. Mais, ça demande une gestion énorme. Tout le monde, on essaie d'avoir plusieurs regards croisés. On essaie de ne pas les louper. Nous on a fait une pile spéciale, on essaie régulièrement de la regarder, pour ne pas louper, pour relancer les experts. Parce qu'il suffit qu'à un moment donné aussi qu'il y ait un expert, parce qu'il a des difficultés personnelles, parce qu'il est surchargé, etc. ne respecte pas le délai mais bon ! Ce qu'on fait ensemble, sauf que là, ça a des conséquences qui peuvent être très, très importantes. Beaucoup plus que sur une.... J'allais dire sur un examen classique dans le cadre du fait de demander si un traitement est possible ou pas. Là, les conséquences elles peuvent être très importantes. Donc, on a attiré l'attention des experts là-dessus, il leur fallait pour eux aussi au début pouvoir comprendre. Et bon, au début, ça n'a pas été évident quoi. Ils n'ont forcément tout de suite compris. Il fallait leur expliquer, on leur a expliqué, on a fait des courriers... » (JAP, Agen)

La « mise en route » de la surveillance judiciaire créée par la loi du 12 décembre 2005 *relative au traitement de la récidive* a été laborieuse, impliquant une augmentation dramatique de la charge de travail en milieu fermé. La charge de travail en milieu ouvert a également considérablement augmenté en raison des nouvelles lois adoptées. Par exemple, le JAP de Périgueux indique avoir vu sa charge de travail se multiplier par deux ces dernières années, sans qu'aucun moyen supplémentaire ne lui soit alloué. Et ceci vaut également, comme il l'explique, pour le service d'insertion et de probation. Cela amène les professionnels à faire des arbitrages par rapport au traitement des différentes mesures. Certaines mesures, comme le suivi socio-judiciaire ou la libération conditionnelle, recevront un traitement plus poussé, tandis que d'autres seront traitées avec moins d'implication. Sans ces arbitrages, la juridiction ne pourrait pas tenir. On constate ainsi :

-Une charge de travail multiplié par deux en 5 ans, en passant de 789 mesures en 2003 à 1412 en 2007 (milieu ouvert) :

« Ce n'est pas compliqué ! Comment dire, en cinq ans, depuis 2003. Je suis arrivé en 2003 donc en plus, c'est un bon cru, parce qu'après il y a eu la juridictionnalisation d'application des peines, etc. Ce n'est pas compliqué, l'activité en milieu ouvert a été multipliée par 2, entre 2003 et 2007. Voilà ! C'est la réalité. Et sans moyens supplémentaires ! C'est une réalité judiciaire... Donc, vous voyez, quand je suis arrivé en 2003, en tout, tout confondu : sursis avec mises à l'épreuve, suivi des TIG, libérations conditionnelles, interdictions de séjour, 789 mesures qui avaient été suivies. Et en 2007, 1412. Donc, vous voyez ! »

-Un traitement sélectif des dossiers en raison de la charge de travail :

« Ce qui se passe, c'est qu'on pointe un certain nombre d'affaires, on fait un suivi un peu sélectif. Donc, moi, clairement, ce sont des suivis socio judiciaires. Ensuite ce sont les gens qui sont en libération conditionnelle. Et puis, enfin, les dossiers dont j'estime qu'ils méritent une attention particulière. Alors, par exemple, des dossiers pour lesquels les gens ont été condamnés, ont été détenus et ensuite, il y a eu une forte, il y a eu une importante période en détention et ensuite, un suivi conséquent en milieu ouvert. Des dossiers dans lesquels il y a

des victimes en nombre conséquent ou de gros dommages et intérêts. Donc ou alors des multi récidivistes ou du vol ou d'autre chose. Donc vous voyez, on fait un suivi sélectif. Mais évidemment, ça ne permet pas un suivi approfondi et constant sur l'ensemble des mesures. »

-Et une prise en charge limitée en qualité par le nombre de dossiers :

« Donc, évidemment les suivis socio judiciaires, ça fait partie des priorités, en tout cas, des dossiers qu'on regarde avec attention. Après, il y a d'autres mesures. On est obligé de faire des choix. Mais après, dans la mise en place de la mesure, je veux dire comment les SPIP peuvent faire face à l'accroissement ? Parce que ce qui est vrai pour moi, est vrai pour les SPIP : L'accroissement de l'activité par 2! Alors qu'on n'a pas, je veux dire les moyens. Ils n'ont pas crû colossaux, par contre les charges elles ont crû. Parce qu'évidemment, outre le milieu fermé, on demande au SPIP aussi de faire beaucoup d'enquêtes concernant les aménagements de peines, etc. Donc, de toute façon, je pense qu'il ne faut pas se leurrer, le suivi n'est pas fait correctement. Ce n'est objectivement pas possible. » (JAP, Périgueux)

- ***La surveillance judiciaire : un bouleversement pour le JAP dans la gestion de la peine***

On constate dans les propos cités, combien l'application des nouvelles lois devient un enjeu de taille pour les JAP. Dans ce contexte global, le cas concret de la surveillance judiciaire mérite d'être analysé plus en profondeur. En effet, il ressort des entretiens auprès des JAP que la gestion de cette seule mesure requiert une grande quantité d'énergie et de temps. Elle viendrait ainsi bouleverser, encore une fois, le fonctionnement de l'application des peines. Sa gestion nouvelle passe, également, par davantage de dépendance de l'application des peines de l'expert psychiatre, comme nous le verrons plus loin.

Sur la surveillance judiciaire, il convient de rappeler les réflexions que nous avançons dans le premier chapitre concernant la tendance, marquée ces dernières années, par une orientation vers des peines de plus en plus indéterminées. La mise en place de la surveillance judiciaire par la loi du 12 décembre 2005 est, en ce sens, particulièrement illustrative. Rappelons que ce qui est établi par la loi, c'est que les détenus en fin de peine (détenus pour lesquels le suivi socio-judiciaire était encouru pour l'infraction commise, condamnés à plus de 10 ans et pour lesquels l'expertise va conclure qu'ils sont dangereux) vont se voir placés, à la fin de leurs peines, sous une *surveillance judiciaire*, pour la durée du crédit de réduction de peine ou des réductions de peines supplémentaires qui lui ont été octroyées durant sa détention. La demande d'application de la surveillance judiciaire est formulée par le Procureur de la République et elle est statuée par le Tribunal de l'Application des Peines.

-La surveillance judiciaire, une peine inattendue et paradoxale : l'analyse d'un cas

L'application de la surveillance judiciaire aurait fait émerger des situations qui appellent à la réflexion. En effet, tout en étant une mesure de sûreté qui, en plus d'inattendue pourrait être vécue comme injuste par la population pénale, la réalité montre que la presque totalité des personnes auxquelles elle a été appliquée, ne s'insurgent pas contre la mesure et n'y réagissent pas de façon négative. Cela vaut, également, pour leurs avocats.

Par exemple, le JAP de Périgueux, en parlant de la notification de la surveillance judiciaire aux intéressés, dans le cadre du Tribunal de l'Application des Peines, indique : « *Il n'y a pas de mauvaises*

réactions. Parce que si l'expertise est relativement claire, les gens sont à même de comprendre ! Moi je n'ai pas le souvenir de manifestation violente, de rejet, la plupart du temps c'est : « s'il faut, il faut ! » Après, je ne sais pas ce que deviennent ces mesures dans le suivi. Mais on n'a pas eu de réactions de rejet, en tous cas au Tribunal, on n'a pas eu ce genre de réaction. Ce qu'il y a, c'est que souvent...ils savaient un peu. Ils savaient qu'il y avait cette demande qui avait été effectuée par le Procureur et surtout il y a aussi des avocats, donc les avocats, ils ont accès aux dossiers et en général, aux vus des conclusions de l'expertise, c'est rare aussi le cas où on a vu des avocats s'opposer aux demandes. »

Le cas particulier d'un détenu sortant du CD d'Eysses illustre ce comportement paradoxal qui -semblerait-il-, a été observé dans la majorité des cas où la mesure a été appliquée, aussi par le Tribunal de l'Application des Peines d'Agen.

Le JAP qui relate la situation, indique que, dans un premier temps, quand le détenu en question reçoit la notification de sa surveillance judiciaire -au moment du débat contradictoire-, il commence par s'insurger et il leur dit, selon le récit du JAP : *« Mais, moi j'ai fini mon temps de peine, j'ai été condamné à 20 ans, on m'a dit la fin de peine c'est à cette date là. J'ai fini, et maintenant alors que je vais sortir, on me dit : vous allez continuer, et voilà ! Quand j'ai été condamné, ça n'existait pas et on ne m'a jamais parlé de ça ! »*

Le détenu fait donc appel, mais celui-ci est rejeté, et la SJ est appliquée. Au moment de la sortie, la JAP indique qu'elle va à sa rencontre au centre de détention afin de lui notifier le nom du médecin coordonnateur qui va le suivre et là, contrairement à ce qu'elle s'attendait : *« Là, c'était complètement différent, la personne que j'ai eue en face de moi était totalement différente de celle qui était à l'audience. Finalement quelqu'un de très paniqué par la sortie, et quelque part, se disant que la mesure de surveillance judiciaire avait presque un côté rassurant, parce qu'il y avait un interlocuteur, il savait qu'il aurait un interlocuteur en sortant ! ».*

Selon ce JAP, le discours qu'on entend le plus souvent en relation à la SJ est donc celui de *« finalement c'est pas mal ! C'est pas mal qu'il y ait quelqu'un avec moi lors de ma sortie. »* Il insiste sur le fait que très peu de détenus ont fait appel.

Ainsi, uniquement deux appels ont –au moment de l'entretien- été faits par rapport à l'application de la mesure. L'un d'entre eux a été fait par le Parquet, car le Tribunal de l'application des peines n'avait pas suivi la requête du Procureur et n'avait pas placé un détenu sous surveillance judiciaire. Le Tribunal, au vu de l'expertise, avait estimé que la dangerosité n'était pas suffisamment avérée, ni le risque de récidive. Le parquet a donc fait appel, et la Cour d'Appel l'a suivi, en considérant qu'il y avait lieu de mettre en place une surveillance judiciaire.

C'est donc dans le sens d'une réaction plutôt positive de la part des détenus, que la SJ peut être considérée comme paradoxale. Il faut préciser que nous avons entendu un discours similaire de la part de la majorité des personnes condamnées à un SSJ que nous avons interviewées dans le cadre de la recherche. Leur discours allait dans le sens de se sentir plutôt rassurées par l'accompagnement mis en place par le SSJ ou par la SJ (voir *infra*).

Enfin, il convient seulement de souligner, par rapport à ce comportement des détenus considéré comme paradoxal, que si, effectivement, ils préfèrent souvent disposer d'un dispositif d'accompagnement à la sortie, notamment suite à une longue peine, il existe des mécanismes

d'accompagnement moins pénalisants pour eux que la SJ, comme la libération conditionnelle ou la semi-liberté. Ces deux aménagements sont comptabilisés dans le temps de la peine et n'impliquent pas l'utilisation d'un temps supplémentaire correspondant aux réductions des peines.

- ***Une subordination progressive de l'application des peines au point de vue de l'expert***

Un autre effet important de l'application des nouvelles lois, comme nous l'indiquions déjà dans la première partie de ce travail, est celui du renforcement de la délégation de l'impartition de la justice - du moins, de l'exécution des peines- dans les mains des experts, et notamment des experts psychiatres. En effet, on constate un poids croissant des expertises dans la prise des décisions de la part des magistrats comme résultat des nouvelles législations : pour les aménagements des peines, pour l'application de peines complémentaires (SSJ où l'injonction des soins n'est pas inscrite dans la sentence), pour les mesures de sûreté comme la surveillance judiciaire et, plus tard, pour la rétention de sûreté. Pour toutes ces mesures, la dangerosité de la personne et le risque de récidive doivent être évalués à travers une expertise.

Une expertise est aussi obligatoire afin de déterminer, dans le cadre encore de la loi du 10 août 2007, si la personne est apte au traitement pendant la détention. La loi établit ainsi que toutes les personnes condamnées pour une infraction, pour laquelle le suivi socio judiciaire était encouru, et pour lequel l'expertise médicale fait apparaître la nécessité de soins, le JAP doit lui notifier la possibilité de suivre un traitement pendant son incarcération. Cela a aussi impliqué un grand travail de la part des magistrats qui ont dû examiner, un par un, tous les dossiers des détenus qui rentraient dans les dispositions de la loi.

En relation à cela, deux problèmes importants ont été soulevés :

1. le premier problème concerne le manque de moyens professionnels dans les établissements pénitentiaires permettant de prendre en charge correctement tous les détenus censés suivre un traitement en prison. De plus, comme il est souligné par un JAP : il y a très peu de détenus pour lesquels les expertises indiquent qu'il n'y a pas besoin d'un traitement. Il y a, également, très peu de détenus qui refusent le traitement, ce qui fera de plus en plus de demandes, alors que les intervenants psychologues et psychiatres restent très limités dans les établissements pénitentiaires : *« Les psychiatres et les psychologues seront à même de le dire. Moi, je pense qu'ils ne sont pas en nombre suffisant. Après, c'est à eux d'expliquer sur leur façon de pratiquer, mais je crois que nécessairement, on est obligé de faire des choix, donc, peut-être de sérier les personnes les plus motivées ou les plus réceptives ça c'est à eux que ça appartient. Moi j'ai essayé d'échanger avec eux, ils l'avaient sollicité. Je pense qu'ils sont très demandeurs aussi, d'échanger sur la demande judiciaire, sur leurs difficultés aussi à y rendre compte ».*
2. le deuxième concerne les mêmes problèmes que nous avons déjà soulevés dans la précédente étude concernant la communication entre les intervenants de la santé et les intervenants judiciaires, par rapport au traitement suivi par le détenu : *« Moi, je peux savoir si le détenu va voir le psychologue, s'il a des rendez-vous. Je ne connaîtrais pas le contenu des rendez-vous, puisque alors en détention même quelqu'un qui est dans le déni, s'il est lui-même en malaise pour lui, il ira de toute façon voir le psychologue qui intervient au niveau du centre de détention. Donc, l'idée du traitement qui est, je crois, à la base dans l'esprit de la loi, c'était le traitement vis-à-vis du comportement dangereux qui a été sanctionné. En réalité, je peux avoir l'assurance qu'il va voir le psychologue, mais ce n'est pas forcément par rapport à ça. Ça peut être par rapport à son propre malaise lié à la détention. »*

Avec la loi du 10 août 2007 qui prévoit que l'injonction de soin devienne automatique en cas de condamnation à un SSJ ou à une SJ, après expertise, la charge de travail du JAP se voit encore élargie, tout comme la sollicitation des experts pour la réalisation des expertises.

Il ressort des propos du JAP que, par exemple, sur un centre de détention comme celui d'Eysses où il y a 316 détenus, plus ou moins 289 d'entre eux relèvent des dispositions de la loi du 10 août 2007. Pour ces détenus il faudra, le moment venu, faire une expertise et juger de la pertinence d'appliquer une injonction de soins (il faut préciser qu'il y a un nombre important d'AAS dans cet établissement). De ce fait, et compte-tenu du déficit de psychiatres dans la région, le JAP du milieu fermé se voit obligé de recruter des psychiatres de différentes provenances, et cela dans des temps parfois très serrés. De plus, il conviendrait de rappeler que ces expertises doivent être réalisées tous les deux ans. Ceci risque, avec le temps, de devenir ingérable aussi bien pour les magistrats que pour les psychiatres, sans minimiser les coûts encourus par une justice en manque des moyens. Cela risque, également de vider de sens les actes d'expertise. Dernier risque : que la disposition devienne inapplicable.

Et dans ce même sens, à la question de savoir si une allocation budgétaire supplémentaire pour payer ces expertises avait été prévue, la réponse du magistrat est éloquente :

« Non, je ne pense pas. Ça rentre dans les frais de justice criminelle, donc, c'est les frais de justice criminelle qui règlent. Alors, c'est vrai que le coût des expertises, je pense est considérable. Sur un centre de détention, c'est énorme. Il y a 316 détenus, si on compte que sur 316, on avait évalué l'année dernière, qu'il y en a 289, je crois, qui ressortaient des dispositions de la loi du 10 août. ... Parce que la loi du 10 août, maintenant, ne vise plus que les infractions sexuelles, ça vise aussi meurtres, assassinats, violences par conjoint concubin, voilà ! Ça vise beaucoup de chose. Donc, si on rajoute toutes ces infractions, on en avait 289, donc, si avec l'obligation de refaire une fois tous les deux ans ! C'est énorme ! Je ne sais pas si les médecins psychiatres aussi vont pouvoir assurer...Pour eux aussi c'est difficile. Là, je suis allée recruter sur Cahors...» (JAP, Agen, responsable du CD d'Eysses)

Toujours sur la question de l'expertise, un autre aspect est celui du besoin, soulevé par les magistrats, de ne pas limiter les expertises à l'unique expertise psychiatrique. En effet au-delà de la pénurie de psychiatres (nous l'avons assez dit) le seul regard psychiatrique peut être parfois insuffisant. On aurait ainsi souhaité aussi pouvoir faire appel à des psychologues pour ce type d'expertises, ce qui n'est pas prévu par la loi.

- ***Du magistrat « communicateur » au détenu « acteur »***

Quant aux transformations observées par l'étude dans le champ de l'application des peines, un dernier aspect à souligner est celui qui pourrait être défini comme le renforcement de la conceptualisation du détenu en tant que « détenu-acteur » de sa peine. Une tendance actuelle dans l'application des peines est celle que d'aucuns appellent la « contractualisation de la peine »¹⁴⁰ dont l'un des volets serait la recherche de l'adhésion du détenu (ou du justiciable) à la peine ; autrement dit, son association à la « gestion » de sa peine.

Dans ces évolutions dont nous ne soulevons que certaines tendances, on peut observer le souci grandissant de la part des magistrats de garantir la transparence dans l'exercice de la justice. Une

¹⁴⁰ V. O. Razac, *Avec Foucault, après Foucault : disséquer la société de contrôle* (chapitre : La contractualisation de la peine), Paris L'Harmattan, 2008, pp.119-131.

culture du débat contradictoire, qui s'est probablement développée dans l'application des peines avec la loi du 15 juin 2000, paraît s'exprimer dans cette tendance de plus en plus présente chez les magistrats. Tendance à expliquer, à transmettre, à informer les « justiciables » des différents actes les concernant. Pour ce qui est de notre étude, cela transparaît par exemple dans certains propos de ce juge de l'application des peines qui parle de l'utilisation qu'il fait de l'expertise et comment il essaye de la mettre au service du détenu :

« Alors moi je me sers, mais bon, une fois de plus, je ne sais pas si c'est généralisé, moi je me sers du support de l'expertise que l'on doit faire systématiquement, puisque pour les personnes condamnées pour ce type d'infraction, on est sur le régime de l'expertise obligatoire. J'ai fait le choix de leur en notifier les conclusions. C'est-à-dire que systématiquement, rien n'est prévu au niveau du JAP, mais quelque part, alors surtout depuis la loi du 10 août 2007, où finalement cette loi est intervenue, elle est intervenue, mais, on ne nous a pas, trop, expliqué au départ, la façon ce qu'on devait en faire. Donc, je crois qu'il a fallu essayer de réfléchir à son économie générale et se dire, bon ! Elle est destinée à ce que les personnes qui nécessitent des soins utilisent leur temps de détention pour les démarrer. Donc, qu'il y ait un suivi socio judiciaire ou qu'il n'y en ait pas, puisque de toute façon, on balaye les personnes condamnées pour des infractions pour lesquelles le suivi socio judiciaire a été encouru ! ».

Et plus loin, s'agissant toujours de l'expertise faite dans le cadre de la loi du 10 août 2007 (en soulignant le fait que les experts indiquent non seulement s'il y a possibilité de traitement, mais l'orientation que ce traitement devrait suivre), on observe encore ce souhait, de la part du magistrat, de responsabiliser le détenu et de le rendre plus actif dans le processus de sa propre prise en charge :

« Donc, là où ils sont bien (les experts), c'est que, ils indiquent la possibilité d'un traitement en détaillant le type de traitement. Que ce soit, oui, à visée psychothérapeutique, mais avec tel ou tel objectif, que ce soit un traitement médicamenteux, que se soit l'injonction. Ils détaillent en même temps. Donc, c'est intéressant parce qu'on peut le notifier aux détenus, moi je leur en donne la copie. J'ai fait le choix de leur donner la copie des conclusions. Pas du tout le rapport, mais des conclusions. Je pense que pour eux, c'est important. C'est aussi leur dire à un moment donné que voilà, c'est votre dossier, ça vous appartient, c'est vous, aussi, qui êtes l'acteur de votre peine maintenant, et de la gestion de votre temps de peine. Et que bon, ça en est un élément, on vous dit qu'il faut mettre en place un traitement, à vous d'y réfléchir. Les conclusions, c'est une base, en leur disant : « Vous en faites ce que vous voulez ! Vous avez aussi la possibilité du coup de discuter avec la personne qui vous suit » que se soit avec le psychiatre, avec le psychologue... ».

Nous constatons combien les évolutions découlant des nouvelles normes pénales sont importantes dans le champ de l'exécution des peines. Elles génèrent surtout de l'insécurité juridique ainsi qu'une augmentation considérable de la charge de travail des magistrats. Elles provoquent également, une dépendance accrue, dans la prise de décisions, des expertises rendues par les professionnels psychiatres. Avec certains « automatismes » dans l'application des peines découlant des nouvelles mesures, ainsi qu'avec une présence accrue du Parquet pour veiller à l'application de ces mesures, on peut se demander si nous ne sommes pas en train d'assister, sur le fond, à l'affaiblissement du rôle du JAP, malgré un activisme et une charge de travail de plus en plus importants.

3 - Les programmes de prévention de la récidive (PPR) ou la mise en œuvre de nouvelles pratiques par les personnels d'insertion et de probation

La circulaire du 19 mars 2008 relative aux missions et aux méthodes d'intervention des services pénitentiaires d'insertion et de probation¹⁴¹ constitue une petite révolution dans le champ professionnel des personnels d'insertion et de probation. En effet, en définissant la prévention de la récidive comme la finalité de l'action des SPIP et en mettant en place un nouveau référentiel des méthodes d'intervention, cette circulaire officialise une transformation de la prise en charge des PPSMJ préconisée déjà par une note du 17 octobre 2007¹⁴² qui mettait en place des programmes de groupes de parole de prévention de la récidive. Cette note informait du lancement d'une expérimentation sur les groupes de parole et de la création d'un comité de pilotage de l'expérience, au niveau national, constitué de représentants de l'Administration pénitentiaire et de personnes extérieures à celle-ci. Cette note marque le début du passage de la prise en charge individuelle, qui avait caractérisé, depuis toujours, l'intervention des CIP auprès de la population pénale, à la prise en charge groupale, terrain encore presque inconnu de la plupart des TS.

Depuis, un vaste programme de réunions et de diffusion des nouvelles méthodes dans toutes les DISP a été développé par l'Administration pénitentiaire. L'encouragement à mettre en place des groupes de parole n'a pas cessé, et plusieurs SPIP procèdent au montage des projets ou initient déjà des groupes de parole.

Nous avons repéré, lors de la précédente étude, les premiers groupes de parole qui existaient au sein de l'Administration pénitentiaire et qui travaillaient fondamentalement avec les auteurs d'agressions sexuelles. Nous avons décrypté dans notre rapport leurs modes de fonctionnement et leurs programmes en les définissant comme des « bonnes pratiques ». Nous avons, par ailleurs, préconisé leur généralisation en fonction des caractéristiques et des particularités définies par les différentes équipes professionnelles.

Connaissant l'existence des nouveaux programmes de prévention de la récidive, nous avons interrogé les personnels d'insertion et de probation interviewés sur leur perception de ceux-ci, ainsi que sur leur positionnement concernant cette directive. La quasi-totalité des personnes interviewées, tous statuts confondus, a manifesté sa réserve par rapport à la mise en place généralisée de ces programmes, avançant surtout leur manque de connaissance et de formation dans ce type de prise en charge. On a également souvent manifesté des craintes précises concernant la nature d'un travail qui relevait, selon les TS, plus d'une prise en charge thérapeutique, que sociale. Enfin, la peur de se voir confrontés à des situations pour lesquelles ils ne seraient pas suffisamment outillés (dérives, crises, évocations douloureuses) a également été souvent avancée.

Dans la citation qui suit, on met en avance deux problèmes pour la mise en place des groupes de parole : un problème de moyens et un autre de compétences:

¹⁴¹ Circulaire de la Garde des Sceaux. Ministre de la Justice, JUS KO 840001.

¹⁴² Note du Directeur de l'Administration Pénitentiaire No. 553.

« Déjà, moi, j'attends avec impatience pour savoir qu'est ce qu'on met sous ce bocal de prise en charge collective et criminologique. Qu'est ce que c'est qu'un groupe de parole criminologique ? Moi je voudrais qu'on m'en dise un peu plus, pour l'instant, je suis un petit peu perplexe.

Donc, moi je demande à voir, de toute façon, on n'a pas attendu après eux pour essayer de creuser la question, mais de toute façon, on bute toujours sur deux problèmes. Un problème de moyens. Si on essaie de faire quelque chose, ce sera forcément au détriment d'autre chose ; et un problème de compétences parce qu'on n'a pas forcément toutes les compétences dans une boîte pour pouvoir prendre en charge ce genre de choses et trouver les bonnes solutions.

Si vous voulez, on est dans une dynamique à l'heure actuelle où on a des expériences, des expériences de groupe avec ne serait-ce déjà qu'avec le stage de citoyenneté ou les stages de préventions routières.

Et on se pose des questions sur les attentes de l'administration centrale :

Je réfléchis et ce n'est même pas une question de doute, c'est que je me demande ce qu'ils attendent de nous. Je ne sais pas ce qu'ils attendent de nous à l'administration centrale, donc je voudrais en savoir plus. Après on verra, moi j'ai envie effectivement, puisqu'il y a un vrai constat de la part des travailleurs sociaux qui est le même pour tout le monde : ils sont dans le déni : on n'arrive pas à travailler avec eux (les AAS). Penser : quel type de formation, une fois qu'on sait les contenus du type de formation, avec qui va-t-on travailler, pour quel objectif poursuivi, est ce qu'on a des outils, lesquels, est-ce qu'il faut les créer ? Voir un peu ce qu'il se passe à droite et à gauche, essayer d'emmagasiner un maximum de savoir et de savoir-faire pour, effectivement, donner les armes aux travailleurs sociaux pour qu'ils s'en servent pour ces gens là. » (SPIP de Montpellier)

Cette longue citation résume bien la diversité des questionnements que la mise en place des groupes de parole soulève chez les travailleurs sociaux. Donc, comme on peut le lire, il n'y a pas de résistance avérée envers la mise en place de ces groupes, mais plutôt une envie de ne pas faire dans la précipitation et de bien comprendre la commande avant de la mettre en place. Il y a, par ailleurs, une reconnaissance de la difficulté que rencontrent les CIP dans la prise en charge de publics comme les AAS et de la nécessité d'essayer des nouvelles modalités d'intervention. La connotation « criminologique » du groupe est, sans doute, l'élément qui soulève le plus de questions de la part des professionnels. Enfin, même si l'on évoque les expériences existantes dans la mise en place de groupes de parole (stage citoyenneté et prévention routière), les expériences citées sont menées toujours en collaboration avec des associations qui, elles, animent les groupes. Pour ce qui est des PPR, en revanche, ils devront être animés, en principe, par les TS eux-mêmes, ce qui constitue un enjeu différent.

Un autre représentant du SPIP, du site d'Agen, s'exprime dans le même sens évoquant le problème de formation, mais aussi, soulevant un problème identitaire qui ressort très clairement de l'expression : « on ne fait pas des travailleurs sociaux des criminologues ! » :

« Pour ma part, on va travailler sur un programme de prévention, prise en charge collective, c'est un mot un peu pompeux qui ne veut pas dire grand-chose, mais nous allons travailler avec l'équipe, une partie de l'équipe, sur une prise en charge collective, mais concernant les conjoints violents. On a fait le choix, dans un premier temps, de ne pas travailler avec les personnes condamnées à des infractions à caractère sexuel, parce qu'on se situe quand même dans un champ particulier, où animer un groupe, où parler de choses extrêmement

intimes, transgressives, complexes d'un point de vue psychologique, nécessite une formation. On ne peut pas animer un groupe de travail, sans être pertinemment formé. Quand je dis formé, ça n'engage que moi, mais ce n'est pas en faisant un stage d'une semaine à l'ENAP, même s'il est bien fait, qu'on sera à même d'animer un groupe de travail là dessus. J'ai, dans le passé, il y a fort longtemps, j'ai fait des études de psychologie et je me suis rendu compte d'une chose, c'est que lorsqu'on n'est pas psychologue, on n'ouvre pas la boîte de Pandore. Voilà ! C'est très personnel.

Donc, travailler sur une prise en charge nouvelle, oui, tout à fait d'accord. Pour parler très franchement, la prise en charge des délinquants sexuels est un semi-échec, pour moi, puisque autant les personnes sont suivies régulièrement, et il y a un certain savoir-faire empirique, de la part des travailleurs sociaux, autant le lien soins-justice, ne me paraît pas bon. Développer une nouvelle modalité de prise en charge, ok, mais c'est un métier, et ce métier s'apprend. Voilà. On ne fait pas des travailleurs sociaux des criminologues. Ce n'est pas possible. On ne fait pas des travailleurs sociaux des gens capables d'animer des groupes de parole sur des thématiques aussi complexes. On n'oriente pas n'importe quel condamné sur un groupe de parole. Pour vous c'est des choses qui paraissent évidentes. Pour nous, c'est plus compliqué» (SPIP Agen).

De l'analyse de ces propos ressortent, par ailleurs, des interrogations soulevées actuellement par bon nombre de personnels d'insertion et de probation concernant de nouvelles compétences en criminologie que l'administration, dans son ensemble, semble de plus en plus leur demander. En effet, depuis le vote de la loi du 9 Mars 2004 qui s'est traduit par l'article D.49-24 du CPP relatif à l'application des peines, les missions des CIP se sont vues sensiblement modifiées. Ainsi, cet article prévoit la possibilité pour le juge de l'application des peines de demander au service pénitentiaire d'insertion et de probation « *de procéder à une synthèse socio-éducative du condamné avant sa libération, afin d'apprécier sa dangerosité et le risque de récidive* ». Malgré un renforcement de la formation initiale des CIP dans le but de leur donner plus d'éléments conceptuels et pratiques leur permettant de remplir cette nouvelle mission, ces professionnels ne se considèrent pas encore en possession de suffisamment d'outils pour apprécier la dangerosité et le risque de récidive des PPSMJ. Ils craignent surtout une assimilation progressive de leur métier à celui des criminologues, alors que les formations sont très différentes et que, comme nous l'avons déjà évoqué, la France reste l'un des rares pays européens à ne pas former, au sens strict du terme, des criminologues. Cela explique la méfiance exprimée par les travailleurs sociaux lorsqu'on leur demande de mettre en place des groupes de parole à dominante criminologique.

Il est d'ailleurs intéressant de constater, pour finir, que l'un des JAP interviewés, en prenant connaissance du projet de mise en place des groupes de parole de la part des SPIP, s'exprime dans un sens très similaire des propos précédents, pour ce qui est du problème de la formation :

« Personnellement, je pense qu'il faudrait que l'Administration pénitentiaire prenne conscience qu'elle doit former ses travailleurs sociaux vers les différentes prises en charge et celle des AAS pas particulièrement, parce qu'il y a d'autres types de populations.

Mais quant à la mise en place de groupes de parole par les travailleurs sociaux, moi, je ne suis pas très favorable, parce que ça a un niveau thérapeutique et en l'état actuel de leur formation, moi, je ne le recommanderais pas, parce que je veux dire, un groupe de parole c'est quand même amener les gens à s'exprimer sur leurs vécus c'est faire ressortir des choses qu'il faut après savoir gérer, or je pense que les travailleurs sociaux ils n'ont pas cette formation pour, que ça se fasse comme il faut....Peut être avec l'accompagnement d'un psychologue, comme ça, peut être. Je veux dire, il faut vraiment un cadre clair. Là, en l'état,

non ! Je ne veux pas dire aux travailleurs sociaux : « Mettez-vous à 4 ou 5, vous réunissez vos personnes suivies et vous les faites parler ! » Parce que là attention, non, je peux dire que ça peut finir très très mal ». (JAP, Montpellier)

IV. Le point de vue des agresseurs : retour sur parcours et prises en charge

L'objectif de cette partie est d'éclairer certains aspects soulevés par la recherche par une connaissance du vécu personnel des auteurs d'agressions sexuelles sur leur prise en charge dans le cadre du suivi socio-judiciaire. Au delà de cet aspect, il s'agissait d'interroger le parcours global de la personne ainsi que les diverses formes d'interventions auxquelles elle a été confrontée, y compris la prison. Rarement interrogés, car trop souvent diabolisés, connaître le point de vue des auteurs d'agressions sexuelles en tant que « usagés » du dispositif nous paraissait fondamental.

Nous avons rencontré, au total, 9 auteurs d'agressions sexuelles suivis en milieu ouvert. Les interviews ont eu lieu dans les locaux du SPIP de Montpellier, pour 7 d'entre eux, et dans les locaux du SPIP d'Agen, pour deux d'entre eux¹⁴³. Les entretiens, semi-directifs, ont été enregistrés et ont eu une durée moyenne d'une heure trente. Les personnes rencontrées ont été toutes volontaires et ont montré une très bonne disponibilité pour les entretiens.

Six personnes étaient sous une mesure de SSJ (5 SSJ + 1 surveillance judiciaire) et trois autres avaient des mesures de sursis avec mise à l'épreuve (SME)¹⁴⁴.

Si dans le but de créer un « effet miroir », nous ferons parfois référence aux trois personnes soumises à des mesures autres que le SSJ, nous allons concentrer notre analyse sur les six personnes suivies dans le cadre du SSJ, afin de mieux garder la cohérence avec les objectifs initiaux de la recherche.

Pour les six personnes en SSJ, nous avons également dépouillé leurs dossiers en traitant, pour tous les cas, au moins une expertise psychiatrique et, selon les pièces disponibles dans chaque dossier, parfois les décisions judiciaires, les rapports des travailleurs sociaux ou même des fiches PEP (Projet d'Exécution des Peines) rédigés pendant la détention. Avec ces éléments, puis les entretiens, un « récit » de chaque cas a été construit (IV.1). Nous y traçons les aspects les plus représentatifs, selon nous, de chacun des parcours personnels. Ces données personnelles partiellement « brutes » permettront au lecteur de se faire sa propre idée des réalités particulières de chaque individu. Enfin, en partant de quelques thématiques générales, nous cherchons dans la « discussion » (IV1.2), les points transversaux d'analyse permettant d'avancer quelques interprétations.

¹⁴³ Ces entretiens n'auraient pas été possibles sans la précieuse aide de Mme. Sylvie Heral, CIP au SPIP de Montpellier et de Mme. Annie Dellac, CIP au SPIP d'Agen. Qu'elles soient ici remerciées.

¹⁴⁴ Voir tableau 4, ci-dessous.

Tableau 5

**Les personnes suivies selon principales caractéristiques
Socio-professionnelles et pénales**

AAS	Age	Profession	Infraction	Condamnation	Durée suivi post pénal
AAS1 (Mont.)	35 ans (né en 1973)	BTS vente Commercial/ Banque	Agression sex. sur mineur par adulte ayant autorité ; exhib. (récidive légale)	2 ans prison Ferme	5 ans SSJ Avec IS
AAS2 (Mont.)	73 ans (né En 1935)	Retraité- agent de maîtrise puis cadre mines	Viols sur mineurs par ascendant (récidive)	10 ans récl. par Criminelle	7 ans SSJ avec IS
AAS3 (Mont.)	52 ans (né en 1956)	Ouvrier (pas de diplôme)	Viols sur mineurs par ascendant (récidive)	18 ans récl. par Criminelle	54 mois Surv. Judiciaire
AAS4 (Mont.)	46 ans (né en 1962)	BTS électronique	Agression sex. sur mineur (récidive légale)	7 ans prison	8 ans SSJ avec IS
AAS5 (Agen)	46 ans (né en 1962)	Ouvrier charpentier (pas de diplôme)	Agression sex. sur mineur	3 ans de prison	5 ans SSJ avec OS
AAS6 (Agen)	57 ans (né en 1951)	Employé de Mairie	Agression sex. sur mineur par adulte ayant autorité.	5 ans de prison	5 ans SSJ avec IS
AAS7 (Mont.)	64 ans (né en 1944)	Retraité encadrement sportif	Agression sex. sur mineur (attouchement ?)	6 mois de prison assorti SME de 2 ans	
AAS8 (Mont.)	42 ans (né en 1966)	Cap cuisine	Détention image mineur caract. pornog.	6 mois prison assorti SME de 2 ans	
AAS9 (Mont.)	68 ans (né en 1940)	Ouvrier SNCF	Agression sex. sur mineurs par ascendant	2 ans prison assorti SME de 2 ans	

1 - Parcours personnels, parcours pénaux

1. Monsieur A. (AAS1)

Né en 1973. BTS vente. Avant la prison, il travaillait comme commercial et à la banque. Fils unique. Le déroulement de sa scolarité a été marqué par les mutations tous les trois ans de son père (employé de banque). Il apprend à 14 ans, au moment de la séparation de ses parents, qu'il était le fils adoptif de son père. Sa mère le lui dit quand il choisit d'habiter avec son père au moment du divorce. C'est pour lui un grand choc. Pendant l'entretien avec la JAP au moment de la mise en place du SSJ, quand celle-ci lui demande s'il pense que ses problèmes avec la sexualité viennent de sa relation avec sa mère, il lui répond : « *Depuis l'âge de 14 ans quand mon père a pris la garde je l'ai mise à distance, je pense que c'est plus un problème d'identité par rapport à mon père, ce que je ressens comme plus grande difficulté c'est la relation avec mon père. Ma mère m'a avoué le secret de famille à 14 ans, à savoir que j'ai été adopté à la naissance par mon père, ça a eu un effet ravageur* ».

Adulte déjà, Mr. A. a eu plusieurs relations avec des femmes de son âge. Il a une crise de boulimie avant de rencontrer sa première compagne avec laquelle il a vécu 4 ans. Il indique, par rapport à cette période : « *Avant de rencontrer ..., je suis tombé dans une crise de boulimie que je peux qualifier aujourd'hui de dépression. Un psychiatre m'a dit que c'est au moment où je suis seul...J'ai souhaité partir de la cellule familiale mais je ne l'ai pas assumé. J'ai pris 20 kgs., ça m'a fait beaucoup déprimer, un an sans relation affective et sexuelle. Alors ça m'a fait plaisir que quelqu'un s'intéresse à moi et on s'est mis ensemble* » (rapport d'expertise psychiatrique). La première affaire a concerné la fille de sa première compagne : attouchement sexuelle sur la fille. Il l'a reconnu à la police et il est condamné à 12 mois de avec sursis, en 2002, à l'âge de 29 ans.

Suivent quatre exhibitions sexuelles, entre 2004 et 2005. Il est condamné à 6 mois d'emprisonnement. Pendant qu'il finissait de purger sa peine avec un bracelet électronique, et pendant une permission de sortie pour stage, il récidive : attouchements sur une fille de 6 ans dans un ascenseur. Il est condamné à 2 ans d'emprisonnement et 5 ans de suivi socio-judiciaire pour agression sexuelle sur mineur en février 2006.

Incarcéral d'abord à la prison de Lyon Saint-Paul, il passe ensuite à la MA de Villefranche sur Saône pour être, finalement, transféré au CD de Joux-la-Ville. Il dit avoir beaucoup souffert des agressions des autres détenus, mais réussi à se faire classer dans une aile réservée aux affaires de mœurs et cela l'a aidé, tout comme la présence de son co-détenu : « *Je suis tombé sur quelqu'un qui était là pour à peu près la même chose que moi, donc il ne me condamnait pas, je ne le condamnais pas. Voila ! Il y avait un respect mutuel et il est vrai que cela aide, bien ! Il vous dit les choses qui sont à faire, à qui on peut s'adresser, à qui, justement, ça ne sert à rien, qui on peut côtoyer, enfin ! C'est sûr que ça aide que d'être un petit peu chapeauté, voila !* »

Bonne prise en charge psychologique à Villefranche, demandée par lui-même : « *Je voulais vraiment comprendre et m'en sortir. Donc j'ai eu un suivi régulier à Villefranche sur Saône, comme je vous disais tout à l'heure, on m'a orienté sur le CD de Joux la Ville puisque je voulais partir en centre de détention, pour justement, le long suivi de mes démarches et mes suivis psychiatriques et psychologiques...* ». Absence de prise en charge à Joux la ville à cause des longues listes d'attentes. Listes d'attente pour le psychologue mais aussi pour le travail. Mr. A. Se plaint dans ce sens d'avoir été classé dans ce CD, alors qu'il voulait se faire soigner : « *Donc, je veux dire, ils connaissaient la*

situation à la Direction Régionale de Dijon, et donc je me suis retrouvé effectivement dans un centre de détention où je n'ai pas pu être suivi et ce pendant 8 mois, aucun suivi ! »

Ne bénéficie d'aucun aménagement de peine mais fait sa sortie, en fin de peine, sans problème majeur, très soutenu par sa mère de laquelle il s'est rapproché pendant la détention. Il indique que sa mère a beaucoup culpabilisé à cause de ses affaires. Indique ne pas avoir eu de soutien du CIP pour la préparation à la sortie. A occupé à sa sortie un appartement qu'il possédait.

Le SSJ s'est mis parfaitement en place : avant sa sortie, il a reçu une lettre du JAP de Montpellier pour lui indiquer son rattachement. Il a été rapidement rencontré par le JAP et par le médecin coordonnateur, qu'il apprécie comme un bon professionnel. Suivi aussi par le SPIP, de laquelle il émet aussi une opinion favorable, il bénéficie, à sa demande, d'une double prise en charge dans un CMP. Il rencontre un psychiatre (une fois par mois) et un infirmier psychiatrique (toutes les semaines). Il se dit satisfait de cette prise en charge « bien cadrée ». Il rencontre le MC une fois par an et la CIP toutes les 6 semaines.

Dans l'expertise psychiatrique pratiquée en 2006 pendant la détention, on peut lire en conclusion : « *Il existe un risque de récurrence lorsqu'il sera remis en liberté. Cela vaut la peine de le suivre dans sa demande d'un suivi psychothérapeutique régulier après sa remise en liberté. Mais cette perspective ne nous semble pas suffisante pour diminuer ou supprimer ce risque et pour avoir une efficacité, elle devra s'accompagner de la contrainte d'un cadre extérieur solide* ».

2. Monsieur B. (AAS2)

Né en 1935 : retraité. Quant à son histoire familiale, fratrie de 5 enfants. Il dit avoir été abusé par son beau père qui buvait beaucoup, tout comme sa mère, et avoir vécu dans une ambiance détestable et de maltraitance. Le beau père aurait aussi abusé d'une demi-sœur qui pour Mr B été comme sa mère.

Il s'est marié en 1958 et a eu deux enfants. Il vit toujours avec sa femme, qui ne l'a jamais quitté malgré l'affaire. Il a été agent de maîtrise puis cadre mines en Mauritanie où il a habité pendant 9 ans avec sa famille.

Condamné à 10 ans de réclusion criminelle, plus 7 ans de SSJ, pour le viol, plusieurs fois, de son petit fils de 11 ans (fils de sa fille) et d'une nièce de sa femme. A fait Fleury-Mérogis pendant presque trois ans, transféré aux Baumettes pendant 8 jours, puis au CD de Tarascon.

Mr. B. dit avoir très mal vécu son incarcération et avoir même pensé au suicide : "*A Fleury Mérogis, l'horreur ! Mais alors l'horreur ! Je n'avais jamais eu de problèmes avec la justice, jamais. Pour moi, la justice, c'était sacré. Donc maintenant...Donc avec mon problème, je n'arrivais pas à m'en sortir. Et j'ai demandé deux mois après, l'assistance psychologique. Moi, j'ai demandé. D'abord l'infirmier m'a pris, m'a donné des trucs puis m'a donné quelques cachets, pour me tranquilliser et après j'ai vu une.... Moi à cette époque, j'ai pensé au suicide, je voulais partir ! Je ne supportais pas ce que j'ai fait, je ne le supportais pas !*»

Pendant l'incarcération, il a perdu tout contact avec ses enfants et avec la plupart de sa famille et amis qui lui ont tourné le dos.

A sa demande, il a été suivi par un psychologue à la prison ; il dit avoir beaucoup évolué. L'expertise pour demande de permission de sortie (2004) conclut que : « *Il semble y avoir progression au plan*

psychologique depuis son incarcération. Il développe une autocritique, des regrets, il perçoit l'anormalité de ses actes ». Et plus loin : « *Il n'est pas susceptible de présenter une dangerosité en milieu libre dans le cadre d'une LC ou d'une permission de sortie* ».

Sa sortie de prison s'est passée sans problème : retraite confortable (3 000 €), propriétaire d'une maison de 150 m². Habite avec sa femme. Ses enfants refusent toujours de le rencontrer (son fils a été le voir 2 fois en prison). Mr. B. dit avoir perdu toutes ses relations et beaucoup souffrir de la solitude : « *Sur les quarante ou cinquante personnes que je connaissais, qui venaient souvent, au moins deux, une fois tous les deux ans, rien. Téléphone, il n'y a plus de téléphone ! Il n'y a plus rien ! Il n'y a plus que ma famille ! Ma sœur, ma grande sœur, qui est ma demi-sœur.*

La prise en charge a été immédiate à sa sortie de prison. Le JAP a fait immédiatement tout ce qu'il fallait et actuellement il est suivi régulièrement par un Psychiatre (une fois par mois), par un CIP (une fois par mois) et par le MC (une fois par an).

Mais, Mr. B. remet en question le SSJ : il le considère trop long et injuste. Il ne considère pas nécessaire un suivi de 7 ans après s'être fait soigner pendant 6 ans en prison. Il croyait, d'ailleurs, que les années de soin à la prison comptaient pour le SSJ. Montre beaucoup d'amertume et de résistance par rapport à cela. Il a fait savoir son sentiment au JAP pendant l'entretien de mise en place du SSJ.

3. Monsieur C (AAS3)

Né en 1956. Troisième enfant naturel de sa mère. Il a été reconnu par l'homme qu'elle a épousé ensuite. Sa mère aurait eu neuf ou dix enfants qu'il n'a pas tous connus. Il fait état de maltraitance, de carences éducatives et affectives « *élevé pire qu'un chien, jamais dans la famille* ». Il a contracté une poliomyélite à l'âge d'un an dont il garde des séquelles importantes (handicap physique) et en particulier une incontinence permanente (obligé d'utiliser couches jour et nuit). Sa mère l'aurait abandonné au moment de la poliomyélite. Il a passé l'essentiel de son enfance dans des hôpitaux et des centres de rééducation. Scolarité très limitée, sans diplôme. Il n'a plus de contact avec sa mère ou avec d'autres membres de sa famille.

A l'âge de 21 ans il se marie et a eu rapidement 4 enfants garçons dont le premier décède d'une malformation cardiaque et le deuxième (né en 1982) est atteint de toxoplasmose. Il viole cet enfant à l'âge de trois ans et demi (il contestera cette accusation pendant longtemps). Se sépare de sa femme en 1985 et n'aura jamais à nouveau contact avec sa famille. Sa femme porte plainte pour l'affaire de son fils 9 ans plus tard, au moment de la dernière affaire.

En 1996 il sera condamné à 18 ans de réclusion criminelle pour viol sur mineure de 5 ans (fille des amis avec lesquels il passait le réveillon en 1992). Dans son dossier il y a des antécédents de « *pédophilie* » et « *fétichisme* ». Il accepte avoir été très attiré par les petites filles. Avait été déjà condamné (1990) à 5 ans d'emprisonnement pour viol sur une fillette de six ans. Mr. C était alcoolique et ces actes ont été commis toujours sous l'emprise de l'alcool. Selon l'expertise « *Il n'exprime pas de réelle culpabilité ni de remords. L'alcool lui semble être une circonstance atténuante* ». L'expertise, réalisée en 2005, indique aussi : « *Intelligence moyenne inférieure avec des capacités de raisonnement peu élaborées...troubles de la personnalité avec une personnalité fragile de type narcissique et une absence de sens moral* ».

A été d'abord incarcéré à Fresnes, puis à Poissy pour les deux dernières années. Son incarcération se passe relativement bien, malgré son handicap, car le motif de son incarcération sera peu connu ou

minimisé. Il travaillera régulièrement par besoin d'argent. Il est affecté à Poissy, où il finira son incarcération, car il y avait une aile adaptée aux handicapés. Il ne pourra pas néanmoins l'intégrer, faute de places, y fera sa détention en une aile normale. Mr. C. dit avoir été suivi pendant son incarcération pendant un an par un psychiatre. Il bénéficiera de quelques permissions de sortie avant sa libération. Il sera condamné à sa sortie de prison à 54 mois de Placement sous Surveillance Judiciaire. L'UCSA de la prison prendra contact avec le CMP du domicile avant sa sortie. Il sera aidé par un demi-frère à sa sortie, qui l'accueillera et le fera travailler, mais avec lequel il se fâchera 9 mois plus tard.

La Surveillance judiciaire se mettra en place rapidement et les contrôles du suivi de l'obligation de soin seront effectués directement pour le CIP car le MC n'intervient pas dans cette mesure.

Mr. C. voit actuellement le psychiatre 1 fois par mois et le CIP également. Il est très satisfait notamment de l'accompagnement du CIP qui a été très présent dès sa sortie. Il considère bien avancer avec le Psychiatre malgré sa difficulté à parler des faits. Quant au dispositif global de prise en charge il indique : « *Non, ça ne me gêne pas, au contraire, ça sert à quelque chose* ».

Il dit avoir beaucoup de difficultés à établir une relation avec des femmes à cause de son handicap (et les couches). Il a essayé quelques fois depuis sa sortie en 2006 mais cela a toujours échoué. Il dit néanmoins avoir des amis, notamment au Restos du Cœur où il est bénévole, malgré son handicap : « *J'ai quelques amis, oui ! Et ça se passe bien ! J'ai beaucoup d'amis au Resto du Cœur, parce que je leur donne à manger ! J'ai aussi des personnes du Resto du Cœur qui apprécient le geste que je fais.* »

4. Monsieur D. (AAS4)

Né en 1962 dans une famille de témoins de Jéhovah très rigide, il est le dernier et le seul garçon de la fratrie. « *Le fonctionnement familial est dominé par une importante rigidité et une froideur affective. Des difficultés sont apparues dès la petite enfance avec un échec scolaire et une inhibition sociale majeure* » (livret PEP). Mr. D. évoque une enfance difficile avec des parents stricts ne montrant pas leur affection. Il obtient néanmoins un baccalauréat, un BTS en électronique et un DUT en instrumentalisation biomédicale. Alterne des périodes de chômage avec des emplois sans mais sans se fixer. Quitte la communauté des témoins de Jéhovah à 30 ans.

Il est condamné à 7 ans d'emprisonnement pour agression sexuelle sur mineur de 15 ans, assorti d'un SSJ d'une durée de 8 ans avec injonction de soin. Au moment de la commission du délit, il se trouvait en récidive légale ayant été condamné auparavant à 18 mois de prison dont un an avec sursis assorti d'une mise à l'épreuve pendant trois ans pour des faits identiques. Les deux actes ont été commis sur des jeunes garçons. Pour le plus récent, il s'agissait du fils d'une amie (partenaire passagère) qui le lui confiait parfois pendant les WE l'enfant, alors que celui-ci se trouvait, comme ses deux frères et sa sœur, placés chez une assistante maternelle par décision de l'ASE. Le jeune s'étant confié à un psychiatre, à peu près un an et demi après les faits, celui-ci a fait le signalement au Procureur de la République avant que sa mère ne porte plainte auprès de la BPDJ (mars 2002). L'enfant avait l'âge de 9 ans quand les faits se sont commis.

Mr. D. niait au début les faits. Pourtant, « *La perquisition effectuée à son domicile révélait la présence, outre de nombreuses cassettes vidéos de dessins animés, des brochures de centres de vacances pour enfants, une candidature pour un poste d'animateur auprès des enfants, ainsi que*

divers 'cahiers' rédigés par Mr. D. comportant diverses réflexions, notamment sur la manière d'abuser sexuellement des enfants » (Réquisitoire définitif de renvoi devant le tribunal correctionnel, 2003).

Quelques mois avant que l'affaire explose, Mr. D. avait initié une relation stable avec un homme qui se dit surpris des faits, mais qui le soutiendra tout au long de son incarcération.

Cette incarcération va être parfois difficile : *« Décrit comme un détenu discret et très poli, M. D. semble néanmoins fragile. Il a connu des problèmes et a été victime d'agressions de la part de co-détenus au début de sa détention. A son arrivée au CD, il restait très en retrait et se montrait très anxieux du contact avec le reste de la population pénale. Il a toutefois choisi de ne pas être d'emblée placé en aile « protégée » pour tenter une intégration en détention. Aujourd'hui affecté au...et classé au service technique en qualité d'électricien, il semble avoir trouvé sa place en détention. (...) Son co-détenu semble l'avoir pris sous sa protection. Il a peu de contact dans son aile et reste assez effacé. Il entretient une bonne hygiène de vie en détention (hygiène corporelle, cellule propre, ponctualité dans son travail et descend régulièrement courir sur le terrain). Il donne par ailleurs satisfaction dans son travail, est polyvalent* ». (Livret individuel PEP, 18 janvier 2006)

Encore sur la détention : *« Il est visité régulièrement par son compagnon. Cet ancrage affectif semble solide et celui-ci est prêt à accueillir Mr. D. dans le cadre de permissions de sortir. Mr. D. a pris de la distance par rapport aux membres de sa famille qui son témoins de Jéhovah* ». (Ibidem)

Mr. D. se verra refuser une première demande de permission de sortie mais obtiendra d'autres, ainsi qu'un placement en chantier extérieur, puis une affectation au centre de semi-liberté du CD, pour finir avec une libération conditionnelle en novembre 2006. Il apparaît que toutes les mesures susceptibles de favoriser la réinsertion sociale du détenu aient été adoptées. Dans l'entretien, la personne suivie a insisté sur les aspects positifs de ce processus.

Dans le cadre du *Jugement statuant sur une demande d'aménagement de peine –libération conditionnelle-*, rendu par le JAP le 10 novembre 2006, il est écrit : *« Il est important de relever que ce détenu a reconnu les faits et leur gravité, élément qui est aussi un point de départ d'une prise en charge médicale efficace.(...) Il a suivi une psychothérapie au sein de l'établissement et ce suivi lui a manifestement permis d'évoluer quant à ses actes, ses motivations et son mode de vie . Sur ce point d'ailleurs, les conclusions de l'expert sont plus négatives que la réalité n'apparaît être* ». Et plus loin : *« Il sera hébergé chez son ami (...). Cet ami caractérise l'adulte protecteur tel que décrit par l'expert et sa présence est un élément stabilisant pour le condamné. En outre, le fait que Mr. D. assume aujourd'hui son homosexualité en vivant celle-ci de manière apparente est un facteur de limitation des risques de récidive. Au demeurant, le service pénitentiaire d'insertion et de probation décrit cet ami comme une personne rassurante et « encadrante »*.

Dans une décision judiciaire bien argumentée, où le magistrat s'éloigne des conclusions de l'expert jugées « négatives », une LC lui est accordée. En effet, l'expert avait conclu : *« Depuis son incarcération, la personnalité est inchangée, toujours aussi immature et clivée (...) la composante perverse, au sens du fonctionnement particulier de la personnalité , est un facteur important de résistance (...) mais la reconnaissance des faits et l'expérience de la sanction constituent des points de départ pour un processus psychothérapique ; il n'y a pas d'éléments cliniques témoins d'un état dangereux qui ferait obstacle à la mise en place d'une mesure d'individualisation de la peine* » (Expertise réalisée en prison en septembre 2005).

La personne suivie garde d'ailleurs un souvenir fort de sa rencontre avec le JAP à l'approche de sa sortie de prison, rencontre qu'il a jugé très positive. Mr. D. a été en détention de juillet 2002 à novembre 2006. Le SSJ avec désignation du médecin coordonnateur lui a été notifié en février 2007 par écrit, suite à un entretien avec le JAP de son lieu d'habitation.

Avec un recul de plus d'un an par rapport à sa sortie de prison et de la mise en place du SSJ, Mr. D. dit ne pas vivre le SSJ comme une obligation et il se dit très satisfait du médecin coordonnateur qui a su bien placer le cadre. Il est suivi tous les mois par un psychologue.

Si son contact avec le JAP a été jugé par lui comme « moins bien », il se dit satisfait du dispositif qui a été mis en place en jugeant le rôle du CIP auprès de lui comme « très positif ». Il regrette néanmoins la longue durée du SJJ : « *C'est trop, c'est contraignant* » car notamment le SSJ lui empêche d'accéder à quelques postes qui impliquent une mobilité.

5. Monsieur E. (AAS5)

Né en 1962. Seul garçon et dernier d'une fratrie de 4 enfants. Sa mère meurt quand il a 7 ans. Ses parents s'étaient séparés peu de temps avant le décès de sa mère. Il vit avec son père 2 ans, ensuite chez une tante, et entre 10 et 15 ans il est pensionnaire. Il arrête ses études à 16 ans en 3^{ème} générale, n'obtient pas le BEPC. A l'âge adulte il a un parcours professionnel chaotique alternant des travaux comme ouvrier charpentier avec le chômage. Il parle d'une enfance qu'il qualifie de « *lamentable, affreuse, écoeurante (...) j'étais abandonné par ma famille (...) Mon père, je ne l'aimais pas, c'est à cause de lui que je suis comme ça mais c'est grâce à lui que j'ai appris à me débrouiller seul* » (expertise psychiatrique), même s'il garde un bon souvenir de sa mère et de sa belle mère. Son père, ancien gendarme, sera condamné pour viol sur l'une de ses filles. Mr. E. rapporte aussi des souvenirs confus d'attouchements de son père sur lui.

Quant à sa vie affective, à l'âge de 21 ans il fréquente une fille de 15 ans. Il va habiter chez ses parents, la fille tombe enceinte et ils se marient, mais elle fait un IVG. Ils divorcent 3 ans après, en 1986. Il s'installe la même année avec une autre compagne et cohabitent pendant 2 ans jusqu'à ce qu'il ait un accident très grave de circulation qui l'a mis dans le coma pendant 3 mois (traumatisme crânien). Elle l'abandonne pendant la rééducation. Selon Mr. E. après l'accident sa vie bascule et, à partir de là : « *sa vie affective et sexuelle sera faite d'aventures éphémères* ».

Les faits d'« Agression sexuelle sur mineur de 15 ans » pour lesquels Mr. E. a été condamné à trois ans d'emprisonnement et à 5 ans de SSJ, se sont passés pendant 3 ans (2000-2003) durant lesquels il fréquentait la maison d'une femme dont la fille de 6 ans a été la victime d'attouchements sexuels et d'exhibitionnisme de sa part. Il fera les mêmes gestes par rapport à une deuxième fillette, amie de la première, de visite chez elle. Il reconnaît les faits tout en les minimisant et en jetant la responsabilité sur les parents de la fille qui lui auraient tendu des pièges pour avoir de l'argent.

Dans une expertise le concernant, on peut lire : « *Mr. E. reconnaît partiellement les faits, les minimise, mais surtout reste très projectif. Il attribue à la victime les désirs, les initiatives, voire l'excitation. Il y a un déni partiel de sa propre excitation. Il reste également très projectif lorsqu'il attribue à la mère de la victime des intentions financières, voire une vengeance* » (rapport d'expertise psychiatrique, 2005).

Son incarcération sera vécue comme quelque chose d'imposé et d'injuste. Il suit un traitement en CD avec le même psychologue qui va le suivre à sa sortie, dans le cadre du SSJ. Il le fait « *par*

obligation » car selon lui, il n'en a pas besoin. Ni la prison ni les différentes interventions des professionnels ne lui font changer ce point de vue négateur. Dans les conclusions de l'expertise on peut ainsi lire : « *Il n'y a pas de traitement psychiatrique à envisager. Le sujet ne reconnaît pas l'anormalité de ses tendances pédophiliques et il n'exprime aucune culpabilité. Il ne fait l'objet d'aucune demande de soins* ».

Au moment de notre rencontre, 3 ans plus tard, (décembre 2008) la situation est très similaire car quand on évoque son traitement et le SSJ, à notre question pour savoir si le traitement psychologique lui fait du bien, il continue à affirmer qu'il n'a pas besoin de traitement et qu'il y va par obligation. Il a d'ailleurs fait une demande de suspension du SSJ car celui-ci « *l'empêche de travailler* ». Le médecin traitant et la CIP vont ainsi le rencontrer ensemble pour lui expliquer que cela n'est pas possible.

Son SSJ n'est pas pourtant trop contraignant : il doit rencontrer le psychologue une fois tous les deux mois, tout comme le CIP. Certains loupés sont à remarquer dans la mise en place de la mesure : deux ans après la mise en place de celle-ci, la personne suivie est catégorique en affirmant qu'elle n'a jamais rencontré ni le JAP ni le médecin coordonnateur. Le travail de suivi semble dépendre, de façon prioritaire, du Conseiller d'Insertion et de probation. Celui-ci est perçu, d'ailleurs, de façon négative par la personne suivie qui « ne comprend pas » la teneur de sa mission en jugeant « excessives » ses interventions. Il exprime une sorte de position « revancharde » contre la justice et contre le CIP, en affirmant : « *Madame alors là, je m'excuse, j'ai une partie civile que je dois payer, que je paye, je fais un certain nombre de chèques quand je viens (au SPIP), après on me pose des questions, ça ne les regarde pas ma vie! Ce que je fais ça ne les regarde pas ! Mes copines et le reste....* ».

Le fait de payer les parties civiles est évalué ainsi comme une imposition totalement injuste et imméritée, ce à quoi se rajoutent les dépenses concernant le SSJ, qu'il conteste aussi sur cet aspect là. : « *Oui mais de plus j'ai une partie civile à payer, il faut que je me déplace, que je vienne ici! Donc c'est de la consommation, quand je dois voir Monsieur... (le psychologue) à la Candélie, c'est la consommation de mon véhicule et en plus il faut que je paye la partie civile, alors ça coûte une fortune après être allé en prison ! Une grande fortune !*

Les parties civiles (les mères des deux filles en qualité de représentantes légales) se sont vues allouer une somme de 4 000 € et de 3 000 € respectivement, plus 800 € chacune pour les frais d'avocat. Le remboursement de ces sommes est donc très mal vécu par Mr. E. qui se plaint, entre autres, de ne pas avoir eu du travail pendant sa détention pour l'aider à payer les parties civiles.

Le cas de Mr. E. serait représentatif, enfin, d'un SSJ qui, s'il ne peut pas être considéré comme un échec total, n'a pas apporté, pour le moment, le changement voulu. Cela a été le cas également en ce qui concerne le passage de la personne suivie par la prison. Le seul élément qui peut être tiré de l'entretien, révélateur d'une évolution mentale chez Mr. E. est celui de la peur générée par l'institution carcérale ; la peur du gendarme : « *Le fait d'avoir été en prison, ça m'a aidé à avoir peur, honnêtement ! C'est cette grande peur !* »

Pour finir, il convient de citer l'expertise psychiatrique relative à la structure mentale de Mr. E. et au risque de récidive : « *L'appareil psychique est immature car le moi utilise les mécanismes de défense archaïques (projection, déni, clivage). Le surmoi n'est pas intériorisé, il s'agit d'un simple placage et les idéaux du moi sont de type infantile, inappropriés à la réalité. L'infraction qui lui est rapprochée est en relation avec ces anomalies. Il s'agit d'un acte sexuel que le sujet reconnaît mais nie le caractère pédophilique. A l'inverse, il est très défensif et projectif accusant même la victime impubère de*

provocation sexuelle. Il s'agit typiquement d'un mécanisme de défense pervers ». Et elle finit par affirmer : « *La récurrence dans des circonstances favorisantes est donc fort probable* ».

6. Monsieur F. (AAS6)

Né en 1951, 7^{ème} d'une fratrie de 11 enfants comprenant 9 garçons et 2 filles. Sa scolarité est marquée par des difficultés dans l'apprentissage dues à des déficiences visuelles congénitales. Il sera interne dans un institut d'éducation sensoriel de 1961 à 1967. Il a un vécu de rejet familial : « *Quand je revenais à Cahors, mes parents m'envoyaient chez la grand-mère. Ça me faisait mal. J'avais l'impression de n'être pas admis chez moi* ». Il évoque une mère alcoolique et qui ne s'occupait pas de ses enfants et un père dont il a une image positive : « *Il travaillait beaucoup et en plus, il faisait la bouffe et s'occupait de nous* ».

Après 5 années de travail dans une entreprise, il rentre comme agent technique dans une mairie (1973) où il gravira des échelons. Il y travaillera pendant 25 ans, jusqu'à son incarcération.

En 1976 il se marie, et de cette union naîtront 3 enfants (2 filles et un garçon). Il reconnaîtra également l'enfant de sa femme. Ils divorcent en 1991 et depuis, Mr. F. aura deux autres relations de couple. Au moment des faits, il fréquente régulièrement une femme mais ne s'installe pas avec elle.

Selon le rapport d'expertise psychiatrique (2002) : « *Il présente sa vie affective comme un échec. Il attribue la rupture avec sa femme au fait qu'elle le trompait. Il se présente comme un bon père. Il évoque le fait de ne pas être respecté et considéré par les femmes (...) Il se décrit comme un sujet 'faible de nature'. 'Je ne sais pas riposter. Je suis en dessous de tout le monde. Je sais qu'on me prend pour un incapable et qu'on ne me considère pas'* ».

Mr. F. est condamné en octobre 2001 à 5 ans d'emprisonnement et 5 ans de SSJ avec IS, pour des faits d'agression sexuelle sur mineur de 15 ans par personne ayant autorité, à l'encontre de son neveu. Les faits se sont déroulés sur une période de deux ans (1998-2000) au domicile des parents de Mr. F. et à son domicile, quand l'enfant avait 13 ans environ. Il justifie les actes par des « *provocations* » de l'enfant. Mais il émet des regrets et a envoyé des excuses à la victime.

Il nie toute attirance pédophile et se justifie en évoquant le fait qu'il a eu des enfants et n'a jamais rien fait de mal. Il nie également toute difficulté sexuelle avec les femmes.

L'expert psychiatre qui l'aura examiné en 2001 indiquera dans les conclusions de l'expertise sur Mr. F. : « *Sa personnalité s'est organisée à partir d'une blessure narcissique secondaire à un handicap physique sensoriel. Cette souffrance narcissique s'est également exprimée par un vécu abandonnique marqué (sentiment d'abandon maternel, rejet social, etc. (...)) L'infraction reprochée est en partie en relation avec ses troubles narcissiques (...) Ce noyau pervers ne s'était semble-t-il pas exprimé jusque là. Un échec affectif et sexuel récent a probablement fait émerger ce noyau pervers jusque là inexprimé. Il s'agit donc d'un acte de régression perverse réactionnelle à une situation de blessure narcissique* »

Mr. F. sera incarcéré à la MA de Cahors et ensuite au CD de Neuvic et au CD de Bédénac. Son incarcération se passe sans problème majeur. Il a pu exercer un travail et, « *il a entamé, dès son incarcération, et de sa propre initiative, un suivi thérapeutique. Il a poursuivi cette prise en charge dans les deux CD* » (synthèse socio-éducative produite pour la demande de LC).

Il a bénéficié de plusieurs permissions de sortie qui lui ont permis de reprendre quelques contacts avec sa famille (ses enfants et ses parents) et a bénéficié également d'une LC en 2004. Le SSJ s'est

mis en place à sa sortie de prison. Sa sortie se passe, néanmoins, avec quelques difficultés car il n'est pas soutenu par sa famille et se retrouve presque à la rue. Il a été donc placé, par le SPIP, dans un foyer d'accueil. Il fait des petits travaux pour une association d'insertion et, à ses dires, « *il vivote* ».

Quant à sa prise en charge, elle au début assez lourde, mais il dit l'accepter de bon gré : il est suivi pour l'alcoolisme par l'AMPA, association spécialisée en addictions, par un psychologue du secteur public, par le Médecin coordonnateur (qu'il rencontrait plusieurs fois par an) et par le CIP. Le MC décide, au milieu de la mesure, de changer le psychothérapeute car il n'a pas voulu collaborer avec lui en donnant des informations sur le déroulement de celle-ci. Pendant la dernière année du SSJ, qui s'est terminé sans problème en mars 2009, le suivi psychologique a été assuré par le Médecin Coordonnateur.

2 - Discussion

Après avoir décrit les traits fondamentaux des histoires personnelles de chacune des personnes interviewées condamnées à un suivi socio-judiciaire, dans cette partie nous allons essayer de trouver des points, parfois de convergence, parfois de divergence, entre ces histoires, permettant une analyse transversale des cas étudiés. Pour ce faire, nous partirons de quatre thématiques qui permettent de retracer les moments les plus importants des parcours individuels des personnes interviewées. A savoir : 1. Les affaires ; 2. La détention ; 3. La sortie de prison ; 4. Le suivi post-pénal.

1. Les « affaires »

Le plus frappant, quand on analyse différents aspects concernant les infractions qui ont amené les personnes interviewées à rentrer dans le circuit pénal, est de constater combien l'enfant est devenu, pour ces personnes, le lieu de tous les désirs. S'ils ont au début du mal à reconnaître un agissement socialement inavouable, ils finissent tous par l'accepter, même s'ils accompagnent la plupart du temps cette reconnaissance d'éléments justificatifs ou qu'ils minimisent ces actes là.

- ***Les « mineurs de 15 ans » comme victimes***

Un premier constat qui découle de la simple analyse des faits commis, est celui concernant la victime mineure de 15 ans. En effet, la totalité des 9 cas étudiés relevaient de situations où les victimes étaient des mineurs. Cinq cas sur neuf correspondaient à des « violences intra-familiales » en ce sens que les auteurs étaient des ascendants (père, ou grand-père) ou des adultes ayant une autorité sur le mineur (oncle, partenaire de la mère). Dans les quatre autres cas, il y avait toujours une relation personnelle de l'auteur avec la famille de la victime. Cela veut dire qu'aucun des cas étudiés n'était représentatif d'agressions sur des mineurs inconnus.

Selon certains spécialistes, en matière d'agression sexuelle, la dangerosité de l'agresseur et les risques de récidive varieront selon les relations de proximité familiale de l'auteur à la victime. Dans cette optique, les risques de récidive et la dangerosité criminologiques seront plus élevés si l'auteur ne connaissait pas du tout la victime au moment des faits. A contrario, pour les cas de violence intrafamiliale, les risques de récidive seront moindres. D'un côté parce que l'auteur profite des

circonstances de proximité et des « facilités » de la relation familiale et, d'un autre côté, parce qu'il tire avantage des relations affectives déjà existantes entre lui et l'enfant.

Par ailleurs, il convient de rappeler que, culturellement et historiquement parlant, ce type de relations avaient été autrefois tolérées -et même relativement acceptées-, par exemple dans certains milieux comme le milieu paysan¹⁴⁵. Aussi, tout comme les violences physiques envers les enfants (ou envers les femmes), l'«inceste» a été pendant longtemps socialement considéré comme une affaire relevant de la sphère familiale et privée où, par conséquent, l'action de l'Etat n'avait pas lieu d'être¹⁴⁶. Il convient de rappeler, comme simple donnée historique, que le premier article enregistré par la littérature scientifique internationale sur la violence sexuelle faite aux enfants n'a été publié qu'en 1973 aux Etats Unis¹⁴⁷. Ces premiers travaux provenaient du champ de la médecine pédiatrique.

Ainsi, des évolutions encore relativement récentes ont amené progressivement à une perception différente de la place de l'enfant dans la société. En un laps de temps relativement court, il a cessé d'être considéré presque comme la propriété privée de ses parents, pour être considéré comme le dépositaire de nouveaux droits individuels et sociaux. Cette évolution s'est historiquement et symboliquement concrétisée par l'adoption, par l'ONU, de la Convention Internationale des Droits de l'enfant en novembre 1989, ratifiée par la France en août 1990¹⁴⁸. La société passe ainsi, principalement dans la dernière décennie, à demander une judiciarisation et une pénalisation croissantes des violences faites aux enfants¹⁴⁹. On arrive aussi rapidement à percevoir la violence sexuelle contre l'enfant comme l'infraction la plus odieuse et la plus durement punissable. Les auteurs d'agressions sexuelles contre les enfants sont devenus, vers la fin du XXème siècle, et comme nous l'expliquons plus haut suivant Salas et Garapon, les « nouvelles sorcières de Salem ». Ils sont aussi devenus les nouveaux « ennemis » de la société, selon l'expression du « droit pénal de l'ennemi », dont nous traiterons *infra*.

Cette représentation de « monstre » que la société véhicule des AAS est d'ailleurs souvent intégrée par les propres intéressés. Mais dans le même temps, ils contestent le traitement de boucs émissaires que la société leur réserve. Ainsi, dans une démarche parfois tamisée par des processus de justification, certaines personnes interviewées se posent des questions sur la dureté de la réaction sociale et pénale face à leurs actes, tout en reconnaissant, paradoxalement, la gravité de ceux-ci.

¹⁴⁵ Ce milieu continue d'être assez représenté chez les AAS. La vie de famille enfermée sur elle-même, avec souvent peu de contact avec l'extérieur et possédant une conception particulière de la personne de l'enfant, contribuent probablement à ceci. Rappelons que la création, dans les années 50, de la prison de Casabianda, en Corse, en tant que prison-domaine agricole, est expliquée en partie par l'objectif initial d'accueillir nombre d'infracteurs sexuels d'origine paysanne qui étaient donc censés de mieux s'adapter à ce type de milieu agricole. Postérieurement, le nouveau CD de Mauzac sera conçu, en 1985, dans la même optique de ferme agricole. Tous les deux sont prioritairement consacrés à l'accueil des AAS.

¹⁴⁶¹⁴⁶ Pour certains éléments concernant l'évolution historique de diverses formes de violences intra-familiales, voir, J. Alvarez, *Violences Intra-familiales : des réponses juridiques et judiciaires duales*, in *Le lien familial, Les cahiers de la sécurité intérieure No. 35, 1999*, pp. 111-132.

¹⁴⁷ Voir, l' *Index medicus* américain, in, *Child Abuse & Neglect Journal, Vol. 17, janv.-fév. 1993*, Pergamon Press, N.Y., p. 91. Selon cette même référence, 15 ans plus tard, la thématique de l'abus sexuel fait aux enfants faisait déjà l'objet d'une classification spéciale et enregistrait 113 références d'articles publiés, uniquement dans le champ médical.

¹⁴⁸ Voir, à ce sujet, en particulier l'article 19 de cette Convention.

¹⁴⁹ Par exemple, déjà en 1994, les deux associations françaises les plus importantes de défense des droits des enfants, l'Association "Allô enfance maltraitée" et l'association "Enfance et partage" déclaraient "*la réparation passe par le judiciaire et le passage à la parole publique fait figure d'exorcisme*", *Le Monde* 22/11/1994.

L'une des personnes interviewées Monsieur C (AAS3, 18 ans de réclusion Criminelle), indique en réponse à notre question sur l'image du AAS socialement véhiculée : « *Ha ! Ben ! J'ai été un monstre ! Je n'y suis plus parce que je suis dehors, mais tant qu'on est en détention, on est un monstre ! Vous voyez, quelqu'un qui a fait une chose comme moi, je n'ai pas tué, je ne l'ai pas blessé, j'ai fait ma peine ! Je ne suis pas comme les braqueurs de fond qui tuent des gens pour de l'argent. Je me suis rendu compte que leurs peines n'étaient vraiment pas lourdes ! Bagarre, règlement de compte, l'autre a pris une balle dans la tête, et il prend 5 ans ! Il a tué un mec, il prend 5 ans ! C'est quand même grave ! Bon ! On ne va pas rentrer dans tous ces détails ! Je ne suis pas juge !* »

Dans le même sens, Mr. B. (AAS2) se plaint d'avoir été délaissé par toute sa famille et par ses amis à cause de son acte. Il indique : « *Je n'ai tué personne, moi, quand même ! J'avais un tas d'amis. Les parents de ma femme l'ont abandonné. Mes amis, il en a plus. On est seul !* ».

Tout leur discours sera traversé par cette dualité concernant, d'un côté, la conscience d'avoir commis un acte odieux qui leur génère bien des fois la honte ; et le besoin de se justifier et de quelque part se satisfaire dans le rôle de victime qu'ils adoptent en relation aux représentations que les médias et la société véhiculent d'eux.

- ***La reconnaissance des faits***

Malgré donc la gravité de certains faits commis, la totalité des personnes rencontrées a reconnu pendant les entretiens, et sans difficulté, avoir commis les actes pour lesquels ils ont été condamnés. A notre question relative à cette reconnaissance au moment de la plainte et du procès, ils dissimulent tous l'avoir accepté, même si parfois seulement partiellement. Le seul à nous avouer, clairement, qu'il a toujours nié pendant le procès et même pendant l'incarcération le viol de son fils, est Mr. C (AAS3). Il indique que seulement après un travail avec le psychiatre et le CIP, durant le SSJ, il a pu commencer à en parler. Il dit d'ailleurs préférer plutôt s'exprimer par écrit là-dessus : « *Je le sors sur mon imprimante et puis, je vais le porter au Dr.(Psychiatre traitant). Bon ! Là, elle reconnaît que j'ai encore fait un gros travail, parce que je n'avais pas été la voir pendant 2, 3 mois, et bon j'avais eu des hauts et des bas, et puis là je suis retourné la voir et puis elle est contente parce que j'ai quand même avoué par rapport à mon fils. Elle, ce qu'elle voulait, c'est me l'entendre dire.* »

Il est néanmoins observable dans le discours de plusieurs des personnes interviewées, qu'il y a une tendance à encore attribuer à l'enfant des actes de « provocation » qui, selon eux, auraient déclenché les faits. Mais, au même temps, on retrouve aussi dans leur discours souvent un grand étonnement par rapport au fait d'avoir pu commettre des tels actes.

Quelques uns expriment également un grand besoin de comprendre leurs comportements, ce qui les a motivé à commencer déjà une thérapie en prison et de bien vouloir la continuer à l'extérieur, pendant le SSJ. Comme nous le verrons plus loin, une large majorité (7 sur 9) des personnes suivies accepte de plus ou moins bon gré les mesures imposées et voit l'utilité d'être accompagné à la sortie de prison. Pour les 6 personnes en SSJ, deux seulement contestent l'utilité de celui-ci, même si la durée trop longue du SSJ est remise en question par cinq des six personnes.

Il faut préciser que des 9 personnes interviewées, seulement une (AAS5) a eu des propos qui peuvent être considérés comme négateurs, non dans le sens qu'il ne reconnaisse pas les faits, mais dans le sens qu'il continue à penser qu'une sorte de « complot » de la part de la famille de la fille abusée avait été mis en place pour se procurer de l'argent : « *Que j'étais coupable, parce que j'ai fait cet acte là, c'est vrai, je le reconnais mais en fait, ça a été manipulé par le père et la mère ! Vu la fille ! Parce*

que la fille avait 3 ans de retard dans la tête, vu la fille, ses agissements, ça ne pouvait pas venir d'elle ! Elle n'était pas chaude à en avoir envie, hein ! » (AAS5). Et aussi : « D'après le raisonnement de ma tête, je voulais faire du bien et en fait, je faisais du mal et je ne m'en apercevais pas. Elle voulait, la fille, que je lui foute la main aux fesses pour la calmer ! Et je pense maintenant que c'était les parents qui étaient d'accord parce que la mère était divorcée et comme je connaissais les deux ! Je pense qu'ils étaient d'accord, ils ont dressé la fille, mal ! D'après moi, c'est ça, ils l'ont obligé à faire des choses et c'est moi qui paye ! »

C'est le seul cas d'ailleurs où l'expertise psychiatrique signale la présence d'une « dangerosité criminelle » de la personne et un risque de récidive : « *Il n'y a pas de dangerosité au sens psychiatrique, mais il existe une dangerosité criminologique. En effet, la pulsion sexuelle est forte et les mécanismes de défense trop primaires pour y faire face. La récidive dans des circonstances favorisantes est donc fort probable* ». Il faut rappeler, néanmoins, que l'infraction pour laquelle Mr. E a été condamné est d'attouchements sexuels et qu'il n'était pas récidiviste.

- **Du bon usage des « techniques de neutralisation » par les AAS**

Sykes et Matza, deux sociologues américains, ont développé dans les années cinquante une approche qui est devenue déjà classique pour expliquer le passage à l'acte délictuel. Selon eux, ce passage à l'acte peut se faire parce que les délinquants élaboreraient des bonnes raisons pour justifier leurs actes (des justifications) qui suspendraient provisoirement la validité de la norme légale ou morale¹⁵⁰. Ils appellent ces mécanismes, des « techniques de neutralisation », en empruntant à la Psychanalyse cette explication qui prend appui sur les « mécanismes de défense », et notamment celui de la rationalisation. Indépendamment des interprétations cliniques sur le déni, le plus souvent utilisées par les thérapeutes, certains propos tenus par les personnes interviewées pourraient être interprétés à la lumière de l'approche de Sykes et Matza.

Trois « techniques de neutralisation » pourraient ainsi se trouver présentes dans le discours des AAS rencontrés : la technique du refus de la responsabilité de ses actes (ce n'est pas de ma faute, j'avais bu, on m'a forcé) ; la minimisation du mal causé à autrui (le préjudice n'est pas important, il est riche pour le racheter) ; la négation de la victime (elle est dévalorisée ou aura mérité son offense). Ces trois techniques peuvent se trouver parfois entremêlées, mais la plus manifeste dans les discours serait celle du « refus de la responsabilité de son acte ». C'est l'alcool qui est le plus souvent utilisé comme facteur de justification des comportements réalisés. Il faut signaler que, effectivement, mécanisme de rationalisation ou pas, un vrai problème d'alcoolisme est soulevé chez plusieurs des cas étudiés. Ainsi, par exemple, sur les 6 personnes en SSJ, 3 indiquent avoir commis les actes sous l'emprise de l'alcool. D'ailleurs, au moins deux d'entre eux ont été soumis à des obligations de « ne pas fréquenter de débits de boissons » dans leur jugement.

C'est le cas de Mr C. (AAS3), qui relate, en relation à son rapport à l'alcool et à l'infraction commise : « *Comme j'habitais en Belgique, enfin, à côté de la Belgique, juste à la frontière, j'allais chercher de l'alcool et je fabriquais du Ricard ! Donc, comme je fabriquais le Ricard, et bien avant d'acheter, on me faisait goûter et puis j'étais bourré tous les jours ! Et puis donc, ça ne m'a pas aidé non plus à la connerie, que j'ai fait, quoi ! ...Ça a commencé d'un seul coup, quand je buvais, je déconnais, j'étais déprimé, ma femme m'avait quitté avec mes trois enfants ! Je suis tombé à zéro, quoi ! Je suis tombé tout...tout en bas de l'escalier....Je venais de faire une cure de désintoxication. Et puis, là, ils m'ont*

¹⁵⁰ Voir, G. Sikes et D. Matza, Techniques of neutralization, a theory of delinquency, *American Sociology Review*, vol. 22, 1957, pp. 664-670.

forcé à boire du Ricard, et puis, je me suis retrouvé à l'hôpital, de toute façon, j'étais dans un coma éthylique, un truc comme ça, pourtant, je n'avais pas bu beaucoup de Ricard, mais vu le traitement que j'avais pris, j'étais sonné carrément ! Je ne sais pas ce qu'il s'est passé, pendant. ...Je sais que je me suis retrouvé à l'hôpital ! Et le lendemain à l'hôpital, quand ils m'ont lâché, j'arrivais chez moi, ben ! Les flics sont arrivés, peut être, dix minutes après que je suis arrivé ! »

Egalement, dans un passage de l'entretien avec Mr B. (AAS2), on peut trouver, en plus du refus de la responsabilité de l'acte, des éléments de négation de la victime et même d'une certaine « théorie du complot » : « *Parce que dans l'histoire de viol, il y a violence. Il y a le mot violence. Je n'ai jamais fait violence contre qui que se soit. Alors quelques années après quand mon affaire a éclaté, cette jeune femme, elle a été traumatisée, elle a été truc, elle a été machin...Bon, ben ! Qu'est ce que vous voulez faire? Qu'est ce que je peux faire ? Moi je n'ai pas nié. J'ai dis oui effectivement parce qu'il s'est passé ça, ça, ça !(...)* Voilà au bout il y a de l'argent ! Pour tout dire. ! Au tribunal donc, qu'est ce que vous voulez ! En 2002 c'était l'époque, la grande époque des affaires pédophiles Pédophiles ! Qu'est ce qu'on entend par pédophile? Si avoir un rapport avec une jeune femme de quinze seize ans, on considère comme des enfants, on est pédophile ! Mais pédophiles, pour moi, c'est s'attaquer à des enfants, c'est tout ! . Je n'ai jamais... J'adore les enfants. Mais il ne m'est jamais venu à l'idée de faire quoi que ce soit avec un enfant, avec un gamin, avec une fille, jamais, jamais (...) Et puis, un jour, j'ai fait, voilà ! Ben ! Je dois dire c'était un jour, où...Ben ! Vous savez, en Afrique, on était habitué à faire la fête, souvent avec les amis, on travaillait dur. Le whisky, ça marchait bien aussi ! C'était un soir où il y avait une petite fête. J'avais un peu trop bu à la maison. Je vais le regretter toute ma vie, quoi ! Quant l'affaire a éclaté... ».

Et encore sur le refus de responsabilité, la minimisation du mal causé à autrui et la négation de la victime : « *C'est lui qui est venu le premier sur moi. Je ne sais pas pourquoi je ne l'ai pas repoussé. Il était en slip dans mon lit. Il s'est masturbé sur moi. Je commençais à m'endormir. J'ai été surpris. Les autres fois, il a été un peu provocant. Ça m'a excité...Il était attiré par moi. J'ai l'impression qu'il avait déjà une attirance pour les hommes et une expérience* » (Mr F., AAS6, extrait de l'expertise psychiatrique). Il faut préciser que cette personne se dit aussi alcoolique et qu'elle a été suivie par une association spécialisée en addictions à sa sortie de prison.

Enfin, sur les mêmes mécanismes, rappelons les propos de Mr E. (AAS5) cités plus haut au sujet de la reconnaissance de l'acte.

- ***Des histoires familiales souvent chaotiques et des rapports à l'autre ardu***

Quand on essaye d'analyser les récits de ce type d'infracteurs, une première question que l'on a tendance à se poser est celle de savoir si on peut trouver, dans leurs histoires personnelles, des éléments d'explication de leurs agissements ou pulsions. Nous avons fait le choix, pendant les entretiens, de ne poser aucune question directe à ce sujet, mais plutôt de les interroger, de façon large, sur leurs histoires familiales.

Il faut indiquer que malgré la tendance, soulevée dans le point précédent, à justifier leurs actes par divers mécanismes de rationalisation, nous n'avons pas trouvé la même inclinaison par rapport à leurs histoires familiales. Aucun d'entre eux n'a essayé d'expliquer son comportement en établissant un rapport entre son histoire et son acte. Pour notre part, sans essayer de trouver des relations de causalité ou de faire un lien directe entre leurs développements personnels et leur comportement

postérieur, nous allons soulever quelques aspects qui nous paraissent importants dans leurs récits pour aider à analyser leurs comportements.

On constate ainsi que des six personnes interviewées, deux disent avoir été abusées sexuellement ou avoir vécu dans des familles où des actes de ce type avaient été pratiqués sur d'autres membres de la famille notamment par le père.

Dans ce sens, on peut citer les propos de Mr B. (AAS2) qui, en parlant de sa famille, indique :

« Entre ma mère et son deuxième mari cela n'allait pas bien et ils étaient tout le temps entrain de se disputer et puis ils buvaient pas mal, tous les deux. Ils étaient tout le temps entrain de se disputer. Moi, pour ainsi dire, je n'étais pas heureux. A quatorze ans j'étais rempli de psoriasis, j'ai eu un test sur les jambes et tout. ...Le deuxième mari de ma mère, il a couché avec ma sœur, mon autre sœur, P... Qui avait à l'époque quatorze, quinze ans. Donc si j'avais quatorze, quinze ans, comme moi elle avait quinze, seize ans ... Ma famille c'est toute une histoire. Des histoires de fesses, de ceci. Dans notre famille, il y a toujours eu des problèmes, des gros problèmes. Et à l'âge de dix-sept, dix huit ans, avec la complicité d'un copain, j'ai quitté la famille. Je suis parti. »

Dans le procès verbal d'audition de Mr B. avec le JAP pour la mise en place du SSJ, on peut lire également : *« Il y a pas mal d'antécédents dans ma jeunesse, j'ai été violé par mon beau père, je vivais enfant dans un environnement dégueulasse, de cul, de fesses...Mon beau père n'a jamais été jugé. C'était en 1945. C'était une histoire de famille, c'était courant ce comportement ».*

Pour sa part, Mr E. (AAS5) relate, en parlant de ses parents : *« Ils sont décédés, j'ai perdu ma mère, j'avais 7 ans ! Et autre chose qui ne regarde que ma famille, mais bon ! Mon père, il a fait une grosse bêtise, il était gendarme, entre parenthèses, il a fait une grosse bêtise, il a couché avec une de ses filles qui était mineure. Tout en étant gendarme, il a fait 10 ans de prison, en fait, il n'en a fait que 6 et moi, j'ai été élevé en pension au foyer des Val-pré !...C'est ma sœur aînée, c'était la deuxième, c'est ma sœur aînée qui a porté plainte ! ».*

Et à notre question de savoir s'il ne voyait pas un lien entre ce qui s'est passé avec son père et son comportement à lui, il répond : *« Non mais de toute façon ! J'ai été bouleversé toute ma vie, depuis que je suis né ! »*

Par ailleurs, dans le rapport d'expertise psychiatrique le concernant on peut lire aussi sur des attouchements sexuels qu'il aurait subis de la part de son père. *« Mr... relate tous les traumatismes affectifs qu'il a subis dans l'enfance et la pré-adolescence. Bien entendu, il y a eu le décès de sa mère et la séparation, le contact avec le père. Il fait allusion même à des attouchements sexuels qu'aurait commis son père. Il a le souvenir d'avoir des douleurs anales après des soins effectués par son père...il fait référence à sa belle-mère qui lui aurait prodigué des attouchements ».* Il évoque aussi, durant l'entretien avec nous, les souvenirs d'attouchements de la part de son père, mais ne fait aucune allusion à ceux de la belle mère.

Il fini par dire, en relation à toute sa famille : *« Oui, oui, justement avec ma famille, il y a une croix, chacun pour soi ! Ça a toujours été comme ça, ce sera toujours comme ça ! »*

Dans un registre voisin, on peut citer des problèmes de handicaps physiques et de vécus d'abandon familial très forts de la part de Mr C. (AAS3) et de Mr F. (AAS6). Quant à Mr C., il a contracté une poliomyélite à l'âge d'un an qui lui a laissé des importantes séquelles physiques. Au sujet de sa maladie et du comportement de sa mère, il indique : *« Moi, je dis ma mère, parce qu'elle m'a mis au monde, mais elle n'est pas digne d'être ma mère, parce que j'ai eu la polio à l'âge d'un an, elle m'a*

abandonné. Et quand j'ai été élevé avec mon beau-père, il ne m'aimait pas trop, mais bon ! ». Il fait état de maltraitance (coups reçus avec un martinet), de carences éducatives et affectives « *élevé pire qu'un chien, jamais dans la famille* ». Il a, en effet, nécessité de nombreuses hospitalisations avec intervention chirurgicale au niveau des membres inférieurs ainsi que de nombreux séjours dans les centres de réadaptation. Dans l'expertise réalisée pendant son incarcération, on peut lire au sujet de sa relation familiale : « *Son insertion sociale et familiale est un échec complet. Il n'a conservé aucune relation avec son environnement familial, ni avec sa mère qu'il estime peu affectueuse à son égard, ni avec ses enfants dont il parle de manière extrêmement détachée* ».

Mr. F., pour sa part, fait état, également, d'un handicap physique lié à une déficience visuelle congénitale comportant une myopie, un strabisme, un nystagmus. Ce handicap l'amène à être placé dans un institut spécialisé dès l'âge de 10 ans. Depuis cet âge, il a peu vécu avec sa famille qu'il visitait uniquement pendant certains WE et pendant les grandes vacances. Il indique : « *Quand je revenais à Cahors, mes parents m'envoyaient chez la grand-mère. Ça me faisait mal. J'avais l'impression de n'être pas admis chez moi* ». Et il évoque une mère alcoolique et qui ne s'occupait pas de ses enfants : « *C'est la faute à ma mère si je suis comme ça. C'est parce qu'elle buvait beaucoup* ». Il évoque un frère et une sœur présentant un handicap mental à cause « *de l'alcool de ma mère* ». Enfin, en relation à son handicap, dans l'expertise psychiatrique on peut lire : « *Son enfance et à ses dires marquée par le traumatisme narcissique du handicap visuel. Il dit avoir été l'objet de moqueries en milieu scolaire et de rejet : « ça m'a fait rater l'école ». Il attribue les échecs dans la vie professionnelle et relationnelle à ce handicap* ».

Quant aux deux autres personnes interviewées, leurs environnements familiaux ont été moins chaotiques mais marqués par certaines situations particulières traumatiques. Ils n'ont pas non plus souffert des carences éducatives qu'on peut remarquer dans les cas précédents. Pour ce qui est de Mr. D (AAS4), il évoque une enfance douloureuse, avec des parents stricts ne montrant pas leur affection. La famille appartenait à la communauté des témoins de Jéhovah qu'il ne quittera qu'à l'âge de 30 ans. Ses sœurs ont « *été mises à la porte* » de la maison de famille et lui aussi, à l'âge de 18 ans. Il dit sur son histoire : « *Je me suis intéressé pour la psychologie transgénérationnelle : ce que le père n'a pas résolu, il le transmet. Si vous ne connaissez pas l'histoire des parents, vous ne pouvez pas comprendre. Mon père à 14 ans a été à la guerre de 40. Il a été traumatisé. Il n'a pas réglé ses problèmes* ».

Enfin, en ce qui concerne Mr. A. (AAS1), il vit une situation traumatique de tout autre ordre. D'abord, il avoue que malgré le fait d'être fils unique, il avait des relations tendues avec sa famille, car il y avait « *des contentieux familiaux qui étaient là* ». Cette distance s'est créée depuis le divorce de ses parents quand il avait 14 ans. « *J'ai eu, il y a eu des tensions qui se sont déroulées donc il y a un climat, je ne peux pas dire tendu, mais on s'ignorait un petit peu. On se voyait pour les fêtes familiales et parce qu'il fallait se voir, mais pas plus !* ». Sur la séparation de ses parents, il s'y attendait car dès l'âge de 9 ans il voyait son père être violent avec sa mère. Au moment de la séparation, on lui laisse le choix et il va avec son père « *bien que c'est mon père qui était violent* », mais il ne l'a pas été avec lui. Cette décision de partir avec son père blesse sa mère et elle décide de

lui avouer qu'il n'était pas le vrai fils de son père, et qu'il l'avait simplement reconnu. Son père biologique serait « *un homme que sa mère a connu lors d'une soirée et qui a pris la fuite* ».

Enfin, sur la façon dont sa mère a vécu ses problèmes judiciaires, il précise qu'elle a beaucoup culpabilisé, considérant que c'était de sa faute et qu'elle avait loupé quelque chose dans son éducation: « *Et donc elle a estimé, en fait, même sûrement, qu'elle a loupé certaines choses par rapport à mon éducation, peut être certains signaux d'alertes qu'elle n'a pas vus par rapport, justement, à cette situation judiciaire qui c'est développé et gangrené quand même puisque j'ai été condamné 3 fois, pour des faits à peu près similaires. Donc elle s'est dit qu'elle avait loupé quelque chose, qu'elle n'a pas forcément entendu l'appel au secours et donc c'est pour ça qu'elle est rentrée dans la culpabilisation.* »

En guise de conclusion à ce paragraphe, il convient d'indiquer que malgré le fait que l'analyse des histoires de vie de 6 personnes ne constitue pas des données statistiquement représentatives, les résultats que nous venons d'analyser coïncident avec ceux soulevés par la recherche internationale sur les carrières criminelles des agresseurs sexuels. Il a été ainsi établi, par une recherche réalisée sur différents types d'agresseurs sexuels, que plus de la moitié des sujets avait été exposée, dans leurs milieux familiaux, à de l'abus d'alcool, ainsi qu'à la violence psychologique ; tandis qu'autour de la moitié avait été témoin de violence physique¹⁵¹. Les résultats cités coïncident, pour leur part, avec ceux d'autres recherches qui enregistrent encore des pourcentages plus élevés. Ainsi, une autre recherche¹⁵² montre que 86% des 64 agresseurs sexuels étudiés venaient de « familles chaotiques ». La première étude conclut à ce sujet que, interprétant ces résultats à la lumière du modèle de l'apprentissage social développé par Bandura (1977), la violence du groupe d'étude est une répétition de ce qu'ils ont observé dans leur environnement familial.

Une différence doit être signalée, néanmoins, par rapport aux résultats de la recherche internationale et les quelques données relatives aux 9 personnes étudiées. Il s'agit du fait que ces recherches montrent souvent que les agresseurs sexuels sont des « délinquants généralistes », dans le sens où ils commettent aussi des infractions autres que les sexuelles ; la plupart ayant été condamnés, avant les faits à caractère sexuels, pour d'autres types d'affaires. Malgré ces constats internationaux, et parfois nationaux (nous avons entendu le Dr Coutenceau évoquer ce type de constat par rapport à la France), dans notre court échantillon, aucune des personnes interviewées n'avait été condamné pour des affaires autres que les sexuelles. Encore plus, tous ceux du groupe étudié qui sont récidivistes, le sont aussi pour des actes à caractère sexuel.

2. La détention : le lieu de tous les dangers, mais aussi de quelques issues

¹⁵¹ J. Proulx, E. Beaugard, M. Cusson, A. Nicole, *Sexual Murderers, a Comparative Analysis and New Perspectives*, John Wiley & Sons, Ltd, England, 2007, pp. 38-39.

¹⁵² W.D. Pithers *et al*, Identification of risk factors through clinical interviews and analysis of records. In R. Laws (Ed), *Relapse Prevention with Sex Offenders*, Guilford Press, N.Y., 1989, pp. 77-87.

Les six personnes en SSJ (seules, sur les 9 personnes interviewées, à avoir fait la prison) sont d'accord pour signaler combien le passage par la prison, et en particulier par les Maisons d'Arrêt, leur a été difficile notamment en raison du traitement reçu de la part des autres détenus. Les premières semaines d'incarcération sont particulièrement difficiles et on évoque même le risque de suicide. La stabilisation n'arrive souvent qu'une fois le jugement passé. C'est souvent aussi à ce moment là que le déclic du besoin de soins arrive.

- ***L'AAS en détention : le dilemme entre l'intégration ou la désagrégation***

Un sentiment partagé par toutes les personnes interrogées, est celui de s'être senti en grande insécurité dans la prison à cause des agressions courantes de la part des autres détenus contre ceux qui ont été condamnés pour des affaires de mœurs. Ces agressions sont particulièrement vives pendant le passage par les maisons d'arrêt, passage qui peut durer parfois des longs mois.

C'est pourquoi, ils préfèrent souvent « bénéficier » d'une mise à l'écart dans des ailes ou de bâtiments « spécialisés » par l'AP pour accueillir fondamentalement la population des AAS : « *A Villefranche, justement, ils scindent, on va dire, comme ils peuvent, mais ils scindent une aile du bâtiment pour des affaires de mœurs pour ne pas qu'on se retrouve, effectivement, avec les autres affaires. Ce qui est un grand bien puisqu'on est en détention, d'office, la personne à abattre ...* » (AAS1).

Mais même dans ces ailes séparées, parfois il est difficile de vivre : « *Même au sein d'un même quartier d'affaires de mœurs où les gens ne viennent pas par hasard, même là, on se fait condamner par des détenus qui sont là pour des affaires similaires, puisque de toutes les façons, c'est quelque chose d'inavouable, et même celui qui sait pertinemment qu'il a fait quelque chose, il va dire qu'il ne l'a pas fait !* » (AAS1).

N'étant pas considérés comme des personnes violentes, ils sont pourtant plusieurs à dire s'être déplacés dans la prison munis de pointes de crayon ou d'autres outils de défense : « *A Villeneuve-lès-Maguelonnes, j'ai envoyé un mot au directeur : je me promenais avec un crayon. J'étais prêt à éclater l'œil de quelqu'un. Heureusement qu'on m'a transféré* » (AAS4) ;

ou : « *Il s'est passé qu'il y a quelqu'un qui a dévoilé mon problème, mon affaire ! Alors, je partais en promenade, j'étais armé d'un stylo à bille. Vous savez les « Bics » ? Parce qu'il y en a qui se sont fait attaquer, il y en a qui ont essayé mais je n'ai pas lâché pied. Vous montrez le moindre signe de faiblesse, vous perdez pied. Et qu'est ce que vous voulez que je fasse ? Ça a été terrible, terrible ! Et après ça a été terminé, la bibliothèque, ...Finit ! C'est toujours dans les couloirs quand il fallait descendre à la cour là, ils étaient là...* » (AAS2).

Ils sont donc plusieurs à indiquer s'être fait agresser à un moment ou un autre de la détention.

Afin d'éviter les divers types de confrontations, ils se mettent volontairement à l'écart faisant le choix même de ne pas travailler ou, quand ils sont dans le besoin absolu de le faire, ils tentent de cacher – ou de minimiser-, autant que possible, les raisons de leur détention. Cela devient, la plupart du temps difficile, car, pour beaucoup d'entre eux, leurs affaires ont fait l'objet d'articles dans la presse ; articles qui souvent ont même précédé leurs arrivée à la prison : « *En sachant qu'effectivement la presse se fait un malin plaisir à diffuser l'information avec tous les noms et prénoms... Ce n'est pas évident ! Disons qu'avant même, que j'arrive à la prison, on savait que j'arrivais, alors que, moi-même, je l'ignorais !* » (AAS3).

Néanmoins, il faut préciser que cette mise à l'écart n'est ni systématique ni inéluctable car, des six personnes interviewées, trois avaient fait le choix de rester dans des ailes communes à d'autres affaires. Comme l'exprime Mr. D. (AAS4), dans son cas, cela a été un choix fait consciemment afin de faciliter ce qu'il considérait comme un travail sur soi, par le fait de se confronter à la réalité d'autres personnes et d'autres points de vue : *« Ce n'est pas bien si on les met tous ensemble (les AAS) parce que tous ensemble, ils ne vont pas se réparer. Si on les met en face de quelqu'un qui a fait un délit différent, l'un peut aider l'autre (...) Cela vous répare, les gens vous font entendre des choses qu'on n'a entendu jamais. C'est des gens qui vont vous donner une énergie positive. Il y a des gens qui ont réellement envie de s'en sortir »*. Par rapport à cette même personne, on peut lire dans le livret individuel PEP (qui est souvent tenu par le « psychologue PEP » de la prison) un passage qui vient confirmer les propos de Mr. D. : *« M. ...a connu des problèmes et a été victime d'agressions de la part de co-détenus au début de sa détention. A son arrivée au CD, il restait très en retrait et se montrait très anxieux du contact avec le reste de la population pénale. Il a toutefois choisi de ne pas être d'emblée en aile « protégée » pour tenter une intégration en détention. Aujourd'hui affecté au 2^{ème} E et classé au service technique en qualité d'électricien, M. ... semble avoir trouvé sa place en détention. Son co-détenu semble l'avoir pris sous sa protection »*.

Dans le cas de Mr. C. (AAS3), le choix de rester dans une aile commune a été fondamentalement guidé par le besoin de travailler, mais cela a été pour lui une forme de se « racheter » en montrant sa bonne disponibilité de esprit et sa motivation à s'en sortir : *« Donc j'ai été condamné à 18 ans de détention criminelle sans sûreté. J'ai fait toute ma peine en tant que handicapé, mais j'étais dans une aile normale. Et pour essayer de montrer que je voulais faire quelque chose, en détention j'ai toujours travaillé, et je n'ai jamais eu de problème en détention. Ça c'est déjà une bonne chose parce que j'ai montré que je voulais faire quelque chose »*.

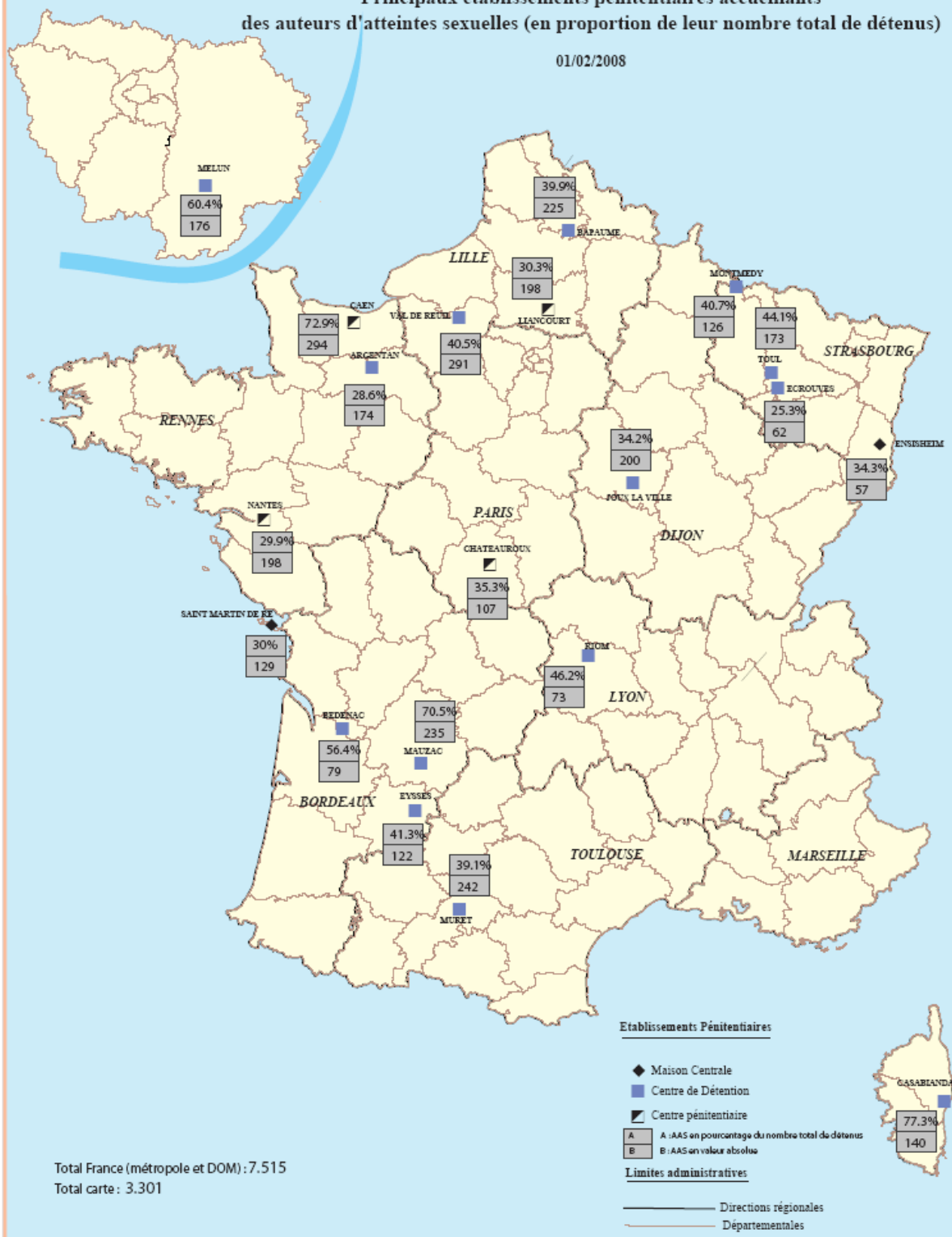
-Le choix de la spécialisation des centres

Nous avons indiqué dans la précédente étude que la Direction D'Administration Pénitentiaire (DAP) avait fait le choix de faire, de plusieurs établissements pénitentiaires, une spécialisation « *de facto* ». Dans ces centres, la population d'AAS est largement majoritaire. Nous citons dans l'étude les cas de Mauzac, en Dordogne ; de Casabianda, en Corse ; et de Caën, en Normandie, institutions où la population était, pour plus de 80%, des AAS. Nous montrions que ces centres n'étaient pas, néanmoins, particulièrement bien lotis en ce qui concerne le personnel de soin spécialisé à la prise en charge des AAS (sauf celui de Caen, parce qu'il y avait un SMPR). Il faut rappeler que tout ce qui concerne la dotation du personnel de soin des prisons (somatique ou psychiatrique) relève de la responsabilité du Ministère de la Santé, et ceci depuis la Loi n°94-43 du 18 janvier 1994, relative à la santé publique et à la protection sociale.

Néanmoins, en 2008, la Direction de l'Administration pénitentiaire a décidé d'appliquer une politique plus lisible en matière de prise en charge des AAS. Elle a ainsi pris la décision de spécialiser 20 établissements pour la prise en charge de ces publics. Dans ce but, des accords ont été passés avec le Ministère de la Santé afin que ces centres se voient doter du personnel de soin nécessaire à assurer une prise en charge adéquate des AAS. Ils seront dotés également du personnel pénitentiaire (travailleurs sociaux, etc.) nécessaire à leur bon fonctionnement. Dans les graphiques 3 et 4, on peut observer la distribution de ces établissements dans le pays.

Principaux établissements pénitentiaires accueillants des auteurs d'atteintes sexuelles (en proportion de leur nombre total de détenus)

01/02/2008

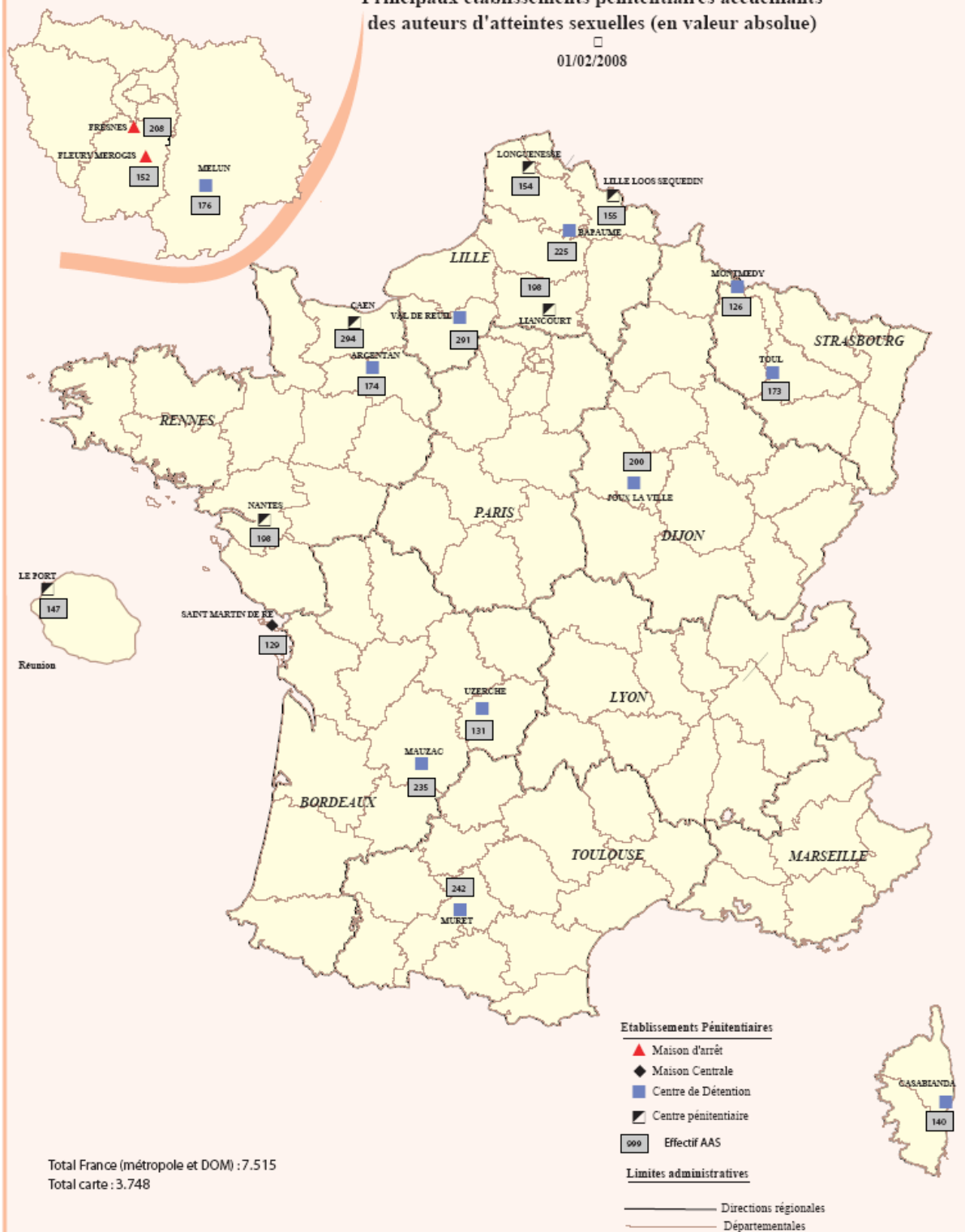


Total France (métropole et DOM) : 7.515
Total carte : 3.301

Ministère de la Justice DAP - février 2008

Principaux établissements pénitentiaires accueillant des auteurs d'atteintes sexuelles (en valeur absolue)

01/02/2008



La spécialisation de centres à la prise en charge des AAS au Québec

Au Québec, il n'existe pas des centres spécialisés uniquement à l'accueil d'une population d'agresseurs sexuels. Le seul établissement qui a été plus ou moins spécialisé est celui de La Macaza, pénitencier à sécurité moyenne, situé en pleine nature à 200 km de Montréal. Autour de la moitié des 300 détenus de La Macaza sont répertoriés comme auteurs d'agressions sexuelles. Des programmes spécifiques à cette population ont été mis en place : Un an et demi avant leur date de libération, les détenus sont intégrés dans un groupe fermé de 8 à 12 personnes maximum, pour 8 mois. Le programme intensif a lieu 4 matinées par semaine, pendant 3 heures. Le traitement appliqué dans ce centre a été traditionnellement à dominante comportementaliste, mais ceci a évolué depuis la création des programmes nationaux pour délinquants sexuels offerts maintenant par le Service Correctionnel du Canada (SCC) dans l'ensemble des établissements fédéraux du pays. Ces nouveaux programmes nationaux sont de type cognitivo-comportementaliste. (voir infra)

Il existe aussi l'Institut Philippe-Pinel, qu'est un hôpital médico-légal universitaire à sécurité maximale situé à Montréal. Il est composé de 15 unités de vie accueillant des patients qui ont été déclarés non-criminellement responsable. Trois de ces unités font exception au cadre juridique précédent : l'unité des adolescents, l'unité des femmes et l'unité des agresseurs sexuels. Ces sections sont caractérisées par un cadre légal mixte dans la mesure qu'elles accueillent à la fois des patients psychiatriques et des clients sans troubles mentaux, mais qui présentent une problématique particulière. C'est le cas de l'unité spécialisée dans le traitement des auteurs d'agressions sexuelles, qui héberge une quinzaine de détenus fédéraux, en raison d'une convention de collaboration signée entre l'Institut et SSC. Ces personnes ne présentent pas nécessairement de problème de santé mentale, mais on peut accueillir également des patients hors programme qui ont été déclarés non-criminellement responsables. Le programme, de type cognitivo-comportementaliste, est intensif (le plus intensif de tout le Canada) et il dure de douze à quatorze mois. Les internes sont encadrés pendant tout leur séjour par une équipe spécialisée présente en permanence dans l'unité de vie, après quoi, ils retournent à la prison -pour finaliser leurs peines- ; ou dans la collectivité. (Entretiens avec membres du personnel de l'IPP)

Enfin, le projet existe d'ouvrir, en 2010, le premier établissement spécialisé au Canada pour les AAS, à Percé, au nord-est de la province de Québec. Ce centre sera aussi le premier établissement provincial de cette nature. Il aura une capacité de 46 lits et sera destiné à des détenus provinciaux (sentences de moins de 2 ans) condamnés pour des délits à caractère sexuel, avec des sentences permettant un séjour minimal de 6 mois dans l'établissement. Le modèle de traitement sera cognitivo-comportemental, avec une approche éclectique et multidisciplinaire. Il durera 6 mois, avec une phase initiale d'évaluation (3 semaines), la phase de traitement (20 semaines) et la phase de bilan et liaison (3 semaines). (Entretien avec M. André MacKibben, sexo-criminologue, et futur directeur du centre de Percé)

- **La détention : faire une halte et « essayer de comprendre »**

Malgré les difficultés et la dureté de la détention, on peut soulever dans le discours de certaines personnes interviewées une sorte d'acceptation que la prison a contribué à marquer un point d'arrêt dans un processus où souvent ils se sont considérés comme ayant tous les pouvoirs. Consciemment ou inconsciemment, l'idée existait de pouvoir toujours « échapper » à la prison. La prison est, dans ce contexte, une halte qui oblige dans un premier temps à se poser des questions et, plus tard, à essayer de comprendre des agissements que la personne même a du mal à saisir : « *Moi, je suis bien dans le contexte qu'il y a eu 2 affaires judiciaires où je n'ai pas été en prison où j'ai peut être cru, consciemment ou inconsciemment, que je n'allais pas y aller. A partir du moment où je me suis retrouvé effectivement entre 4 murs, je me suis posé la question : « Pourquoi et comment j'ai pu en*

arriver là ? » ; « *Qu'est-ce qui m'a conduit, effectivement, à récidiver et à ma retrouver emprisonné ?* » (M. A, AAS1)

Il est dit également, par rapport au rôle de la prison : « *Et je ne dis pas qu'il m'a fallu ça (la prison), ce serait malheureux effectivement de le dire ! Mais pour le coup, ça m'a fait une douche froide. Et je suis parti de ce principe : que j'en sortirais, effectivement, peut être, changé et de vouloir au-delà du traitement que je peux avoir par un gros suivi socio judiciaire, du suivi psychologique, effectivement bien appliqué, justement, de ce qu'on a qualifié de pulsions. Et donc de comprendre tous les mécanismes qui me régissent depuis longtemps et qui font que j'ai, peut être, des problèmes, je dirais de...On va dire, avec les autres. »*

La question qui revient donc assez rapidement et à laquelle ils vont essayer de trouver une réponse est de comprendre pourquoi les enfants, pourquoi ces « pulsions » ? Ainsi: « *Pour quoi être attiré par les enfants ? C'est bête ce que je vais dire mais vu que moi, vu ce qu'il y a eu avec la petite, ce n'est peut être pas un viol par le sexe, bon ! C'est dur quand même! Pourquoi être attiré par les enfants ? C'est ça que moi, je n'ai pas compris dans le temps, maintenant quand j'en vois dans la rue, c'est comme si je vous voyais vous, maintenant cela ne me fait plus d'effet. Alors qu'avant j'étais toujours attiré par eux. Pourquoi ?* » (Mr C., AAS3).

Si pour quelques uns, la prise de conscience arrive presque de façon simultanée avec le choc de la prison, pour d'autres, il faut attendre le jugement pour accepter, dans « sa tête », l'idée de se faire soigner. Les attentes parfois trop longues du jugement rendent encore plus difficile le vécu initial de la prison et le processus de mise en disponibilité pour un quelconque traitement: « *Au départ, quand je suis rentré (à la MA), je n'avais envie de rien. Quand on vous met en prison, on pense même au suicide (...). C'est après le jugement que j'ai eu envie de travailler en psychologie. C'est une fois que j'étais à Mende (CD de Mende) à la vieille prison. Là, on a moins de pression. Une chose est vraie : tant qu'on n'est pas jugé, il y a une grande pression et quand vous êtes jugé, la pression diminue. Dans la tête, on ne peut pas commencer vraiment à travailler avant. J'ai mis 18 mois avant d'être jugé ! Cela vous détruit. On vous détruit à petit feu.* » (Mr. D., AAS4)

- ***Mais les soins, souvent désirés, sont parfois difficiles à mettre en place***

Malgré parfois un désir naissant de commencer à se faire soigner, les soins sont parfois difficiles à mettre en place en prison à cause, notamment, d'une demande accrue de la part de certaines catégories de détenus (les nouvelles lois encouragent de plus en plus les détenus à se faire soigner pour pouvoir bénéficier, par exemple, des réductions des peines) et d'un déficit de personnel soignant. C'est le cas de ce détenu qui ayant commencé ses soins psychiatriques dès la phase préventive, est transféré à un centre de détention, en principe parce qu'il devrait y recevoir un traitement plus spécialisé, et qui se retrouve sans avoir accès à des soins psychologiques. Il fait des multiples démarches pour montrer son envie d'avoir une prise en charge, mais les listes d'attente sont trop longues. Il restera en détention sans pratiquement aucun accès aux soins, et ce jusqu'à la fin de son incarcération : « *Je crois que je l'ai vu trois fois en fait, un infirmier psychiatrique qui a bien voulu me prendre, parce qu'en fait, je n'ai pas arrêté de faire du bruit, je n'aurais pas dû les « emmerder » mais...J'ai pas le droit, je veux dire, mais j'ai été jusqu'au boutiste. Donc on m'a donné 3 fois l'accès à un infirmier psychiatrique qui gérait également tous les nouveaux arrivants....Je me suis retrouvé effectivement dans un centre de détention où je n'ai pas pu être suivi et ce pendant 8 mois, aucun suivi !* » (Mr. A, AAS1).

Cette forte demande était due à la politique mise en place par un nouveau JAP qui avait demandé, à des détenus autres que les AAS (affaires de drogues, d'infractions liées à la consommation d'alcool...), de se faire suivre par l'équipe de soin de la prison. Cela a créé des listes d'attentes très longues qui ont rendu impossible la prise en charge de ce détenu pendant la fin de son incarcération : « *Je trouve cela malheureux, la Juge d'application des peines qui a été nommée, il y a très peu de temps, avait presque imposé, donc à l'ensemble des détenus, d'avoir un suivi, alors, psychiatrique, psychologique.... Pas par rapport aux affaires de mœurs, mais je pense par rapport à des affaires de drogue, de boisson, tout ce qui va être des addictions, puisqu'en fait, cela ne touchait pas que les affaires de mœurs ! Ce qui a fait que tout le monde s'est retrouvé à faire des demandes...je me suis retrouvé donc, cent soixantième sur la liste d'attente quand je suis arrivé et j'étais toujours soixantième lorsque j'en suis sorti !* »

Mis à part cette situation particulière qui risque d'ailleurs d'être de plus en plus courante, au vu des nouvelles lois (voir *supra*), l'ensemble des personnes interviewées avait eu accès aux soins psychiatriques à un moment ou à un autre de son incarcération. Il ressort des entretiens que tous avaient une envie plus ou moins affirmée, mais existante, de se faire soigner. Il ressort, également, qu'un travail, qu'on peut appeler thérapeutique, a été réalisé : « *Le premier psychologue, que j'ai vu, il était désespéré ! Il n'arrivait pas à me faire parler, la semaine d'après, un peu plus, un peu plus, un peu plus. Je me suis libéré, c'est eux qui m'ont appris à pouvoir parler, de mon affaire, de mes problèmes. J'estime que j'ai fait....Je ne l'ai pas fait dans l'espoir que.... Je l'ai fait, pour moi. C'est moi qui ai demandé une assistance psychologique, c'est moi qui l'ai demandé et j'en suis très heureux et aujourd'hui, j'estime que, tout à été fait ! Voilà !* (Mr. B, AAS2).

Ou : « *A Montpellier (MA de Villeneuve-lès-Maguelonnes) j'avais demandé un psychologue, mais on a besoin de le voir une heure par semaine et on le voit 15 minutes par mois. On attend dans une pièce et il y a une heure d'attente et on a peur...C'est à Mende que j'ai commencé à avancer psychologiquement...mais la première personne qui a vu mes progrès c'est le psychologue de Perpignan* ». (Mr. D., AAS4)

Aussi : « *J'ai eu envie de me faire soigner. J'ai eu envie de savoir... j'ai vu en psychiatre régulièrement pendant ma détention. Cela m'a aidé* » (Mr. F, AAS6). Par rapport à cette personne on peut aussi lire dans la synthèse socio-judiciaire élaborée par le CIP pour la CAP de sa libération conditionnelle : « *Mr...a entamé, dès son incarcération et de sa propre initiative, un suivi thérapeutique. Il a poursuivi cette prise en charge à Neuvic et à Bédénac.*»

On peut constater, par ailleurs, que seulement une personne, des six interrogées, accepte, ouvertement, d'avoir rencontré les psychiatres ou psychologues « par obligation » : « *Oui, j'ai eu un psychologue, Monsieur... , que je vois toujours d'ailleurs ! Oui, ça on est obligé ! Je ne sais pas si ça me fait du bien. Non, j'y allais et j'y vais par obligation !* » (Mr E., AAS5).

- ***Des prises en charge à géométrie variable selon les établissements***

Il ressort aussi des entretiens que l'accès aux soins psychologiques varie considérablement selon les établissements, et ceci malgré le fait que ce public soit considéré comme prioritaire en matière de soins. Rappelons à ce sujet que la loi de 1998 établissait que les AAS condamnées à une peine de prison assortie d'un suivi socio-judiciaire comprenant une injonction de soins devaient exécuter leurs peines dans des établissements disposant d'un service médical et psychologique adapté.

Il n'y a pas donc une politique transversale homogène facilitant une prise en charge d'une qualité plus ou moins équivalente de la part des différents centres. Ainsi, les personnes interviewées font référence à de prises en charges inégalement réussies selon leur vécu. Si au moins trois des personnes interviewées (AAS1, AAS2, et AAS4) disent avoir été aidés d'une façon ou d'une autre par la prise en charge suivie pendant la détention, pour d'autres (AAS3, AAS6), c'est presque le seul fait de se retrouver en prison qui a permis de « faire le déclic », pour mieux comprendre leur réalité et aussi pour contrôler certaines conduites déviantes comme l'abus d'alcool. Les propos de Mr. C. (AAS3) viennent bien illustrer ce dernier aspect : « *J'ai fait mon petit train de vie, on va dire ! J'ai essayé d'oublier toutes ces conneries que j'ai faites. La détention m'a servi quand même à quelque chose. Et en plus ça m'a apporté d'être sevré, question d'alcool ! Moi, j'étais bourré tous les jours, bon ! Au début je tremblais parce que j'étais en manque, et bon ! Ben ! A force, d'être en manque, on n'en avait plus besoin ! Et ça je pense qu'ils devraient faire en détention, un traitement anti alcoolique, pour ceux qui boivent ! Pour ceux qui ont des problèmes, des pulsions comme j'ai eu !* ». Cette même personne fait référence à ce qu'il considère comme « des ratés » relatifs à son classement, et à un travail du Centre Nationale d'Observation (CNO) défailante.

Enfin, malgré certaines limites soulignées, le travail des professionnels de la santé mentale est parfois même reconnu de façon expresse par certains : « *Je pense que de toutes façons, pour faire psy, qu'on soit psychologue ou psychiatre en prison, je sais ça ne doit pas être facile effectivement pour eux, donc je les ai trouvé très professionnels et très humains. Ça c'est très clair. Moi, pendant mes mises à l'épreuve, où j'avais toujours des psy, justement à l'extérieur sur Montpellier, enfin ! 2 fois sur 3, je n'ai pas eu du tout le même contact !* »

Le traitement pénitentiaire des infracteurs sexuels fédéraux au Canada : des programmes homogènes dans tous les établissements

Au Canada, on ne parle plus de « traitement » mais de « programmes ». Il existe, ainsi, des « programmes pour délinquants sexuels » mis en place dans les différents établissements pénitentiaires fédéraux par le Service Correctionnel du Canada. Depuis l'an 2000, ces programmes sont harmonisés et répondent à des mêmes protocoles de prise en charge dans tous les établissements. Il y en a au Canada 52 établissements, pour 22 000 détenus fédéraux (sentence de 2 ans et plus).

Deux types de programmes sont ainsi offerts, tous deux accrédités par des experts internationaux en juin 2000 : le Programme National pour Délinquants Sexuels d'Intensité Moyenne, et le Programme National pour Délinquants Sexuels d'intensité faible. Ils sont tous les deux des programmes de type cognitivo-comportemental. Les délinquants sont référés au programme selon leur niveau de risque et de besoins identifiés lors de l'Évaluation spécialisée des Délinquants Sexuels. Les programmes possèdent également un processus d'évaluation détaillé qui permet une évaluation complète du programme et une analyse des résultats en regard à l'efficacité du programme à réduire les croyances et les comportements associés à la violence sexuelle.

Le Programme National pour Délinquants Sexuels d'Intensité Moyenne est une intervention cognitivo-comportementale qui se veut non seulement didactique ou psychoéducative, mais aussi thérapeutique. Il est structuré de façon à s'échelonner sur une période de quatre à cinq mois. Un minimum de dix heures (maximum de 14) de travail en groupe est requis chaque semaine. Les intervenants rencontrent les délinquants individuellement au moins deux fois au cours du programme, lequel est réalisé grâce à deux intervenants.

Le programme de faible intensité est structuré et axé sur les processus qui permettent au délinquant d'individualiser, d'intégrer et de mettre en pratique d'autres aspects du traitement. Le programme d'intensité moyenne est structuré de façon à s'échelonner sur une période de quatre à cinq mois. Un minimum de dix heures (maximum de 14) de travail en groupe est requis chaque semaine. Les intervenants rencontrent les délinquants individuellement au moins deux fois au cours du programme, lequel est réalisé grâce à deux intervenants.

Les deux programmes comportent une phase de suivi qui est envisagée comme une composante du traitement et dernière étape de celui-ci. Le suivi en établissement vise à aider le délinquant à maintenir les gains du traitement et à revoir son plan de maîtrise de soi. Le suivi dans la collectivité assure les mêmes fonctions, mais permet de réévaluer continuellement le risque et les facteurs de risque dynamique pour aider à la surveillance. (Extraits des documents officiels du SCC)

- ***La prison, dans sa fonction de « prévention spéciale » ?***

Si la détention a été ce passage difficile et bien entendu, obligé, celui-ci a été, selon les propos tenus par les personnes interviewées, une tranche de vie que la plupart d'entre eux ont essayé de mettre au service d'un processus d'évolution.

La prison aurait-elle un impact plus important sur la psychologie des AAS que sur celle d'autres catégories de déviants ? Pour quelques professionnels interviewés, les AAS seraient particulièrement sensibles à l'autorité. Ainsi, de la même façon qu'ils cherchent à affirmer une puissance qui leur fait défaut en prenant des personnes vulnérables comme cibles, ils seraient plus sensibles à tous ceux qui représentent le pouvoir. Ceci pourrait être vrai surtout pour les « pères incestueux », et très probablement beaucoup moins vrai pour les « tueurs en série à caractère sexuel » (*sexual murderers*), comme on peut le lire dans certains travaux de recherche¹⁵³.

Quelques magistrats en particulier, mais aussi quelques CIP, font remarquer, selon que les AAS sont, dans le spectre des infracteurs à la loi, parmi ceux qu'ils ressentent des plus sensibles au rôle de l'autorité. Pour cela, ils se disent aussi favorables aux diverses mesures d'accompagnement car, selon ce point de vue, les risques de récidive se verraient réduits pendant la période où ces auteurs se savent « surveillés », ou qu'ils savent l'autorité présente. Ainsi, indépendamment du fait qu'on pourrait, sur le plan de la fonction de la peine, questionner l'allongement progressif de la surveillance

¹⁵³ J. Proulx, E. Beaugard, M. Cusson, A. Nicole, *Sexual Murderers, a Comparative Analysis and New Perspectives*, John Wiley & Sons, Ltd, England, 2007.

de certaines catégories d'infracteurs définis comme dangereux, sur le plan de la fonction de prévention spéciale de la peine, il se pourrait que cet « accompagnement » soit plutôt opérant pour les auteurs d'agressions sexuelles.

IV.3 La sortie de la prison

La sortie de la prison, moment délicat pour tout détenu, est souvent particulièrement difficile pour les condamnés pour délits sexuels. Cela est vrai notamment pour ceux dont l'infraction a été de caractère intrafamilial. Dans ces cas, la rupture avec les enfants et avec une grande partie de la famille est souvent irréversible, comme nous le montrions déjà dans la précédente étude¹⁵⁴. Il ressort des entretiens, que dans les cas où la famille (ou quelques membres) est encore présente auprès du détenu, une bonne partie des démarches de préparation à la sortie est assurée par celle-ci et très peu par l'institution.

- ***La sortie de la prison : la famille comme recours***

Par rapport aux personnes rencontrées, il ressort que le vécu de la sortie de la prison varie considérablement en fonction de la présence ou pas d'un soutien de la part de leurs familles. La plupart d'entre eux ayant eu des relations auparavant difficiles avec celles-ci, comme nous l'avons évoqué plus haut, la douloureuse expérience de la prison a parfois contribué à un certain rapprochement familial. C'est le cas, par exemple de Mr. A. (AAS1). Cependant, dans la plupart des cas, la prison –et l'acte commis- a été un élément contribuant plutôt à un éloignement total ou partiel de la famille. Malgré cela, on observe, dans les différents récits que, exception faite de Mr. E (AAS5) et de Mr. F. (AAS6), au moins un membre de la famille s'est mobilisé pour aider la personne soit à préparer la sortie, soit à l'accompagner à ce moment là. Ce travail d'accompagnement de la part de la famille est évalué comme un atout précieux sans lequel ils auraient été en difficulté pour réussir ce processus. La solidarité et le soutien familial continue de jouer un rôle très important, même par rapport à cette population. Ils viennent souvent remplacer, ou du moins épauler, le travail des professionnels parfois dépassés par la charge de travail.

Par exemple, à la question posée à Mr. A. (AAS1) en relation avec l'aide reçue de la part des travailleurs sociaux au moment de la sortie : *« Très légèrement par les travailleurs sociaux, plus par les personnes de l'extérieur. J'ai demandé effectivement à mes parents d'envoyer des photocopies, des imprimés écran de ce qu'ils pouvaient trouver sur internet par rapport aux formations. Tout, tout ce que j'ai eu comme problèmes...Excusez-moi, mais à partir d'un moment, il faut tout arrêter, la banque, les crédits, ce genre de choses, rien n'est passé par le travailleur social, j'ai tout fait par courrier et par l'intermédiaire de mes parents (...) Si vous n'avez pas de contacts extérieurs, c'est très difficile ! Moi, j'ai eu la chance d'avoir des gens qui étaient là, alors on n'avait pas de téléphone en maison d'arrêt donc vous avez le délai courrier, aller-retour, qui est assez long ! Mais heureusement, qu'effectivement, j'avais mes parents ou des amis à l'extérieur ! Mais celui qui est tout seul et qui doit passer que par les travailleurs sociaux, c'est très galère ! ».*

Egalement, par rapport à la question de savoir si la sortie de prison avait été difficile, Mr. C. (AAS3) nous répond : *« Non, parce que mon frère m'a aidé, c'est lui qui est venu me chercher, enfin ! Mon demi-frère, oui ! C'est lui qui est venu me chercher, il est venu me chercher en camion, même je crois que j'ai encore des photos (...) Il m'a hébergé et il m'a fait travailler... ».*

¹⁵⁴ Voir, J. Alvarez et N. Gourmelon, *op.cit.*, pp. 79-82.

- **Le rôle des professionnels au moment de la sortie :**

-Des CIP :

On observe ainsi, que la plupart des personnes interviewées ont la perception de ne pas avoir été assez aidées par les CIP dans la préparation à la sortie. Cette perception attire l'attention d'autant qu'il ressort des récits, que pour ceux qui en ont eu besoin, les démarches nécessaires à faciliter la sortie ont été réalisées. C'est le cas, par exemple, de Mr. E (AAS5) pour le travail, et de Mr F (AAS6) pour le logement et le travail. Il se dégage également, que le travail des CIP pendant la détention est très peu visible ou peu apprécié par les détenus. Ainsi, on peut entendre en parlant des TS: « *J'imagine qu'ils sont débordés eux, ça je veux bien le croire mais, heu ! Ils sont quasiment inexistantes, enfin !* (Mr A, AAS1. Ou bien encore : « *L'argent qu'on a de côté, il s'en va. J'ai demandé du travail, est c'est refusé, ce n'est pas normal ! Personne m'a aidé pour avoir un travail. Quelqu'un qui veut travailler, il faudrait le faire travailler. J'ai fait une demande sans vouloir des jours de grâce. Ce n'est pas pour ça que je voulais un travail ce n'est pas pour un complément, c'est pour avoir de l'argent pour payer ma partie civile, je leur donnais 20 euros...Personne m'a aidé non plus pour ma sortie, personne !* » (Mr. F, AAS5).

Cela contraste avec le propos assez positifs qui se dégagent de la plupart des entretiens par rapport au rôle des CIP en milieu ouvert, dans le suivi post pénal, comme nous le verrons plus loin. Est-ce dû à un contact plus personnel favorisé par des rencontres plus longues et dans un contexte dépourvu de la lourdeur caractérisant toute relation en prison ? Est-ce dû à ce que la personne suivie est elle-même soumise à moins de tension à l'extérieur ? Dispose le CIP de plus de temps, objectivement, à consacrer aux personnes qui sont en suivi post-pénal ? Il faut rappeler que, en principe, ils suivent en moyenne 110 détenus en milieu fermé et plus ou moins 120 mesures en milieu ouvert ? En toute hypothèse, il s'avère que les perceptions sont sensiblement différentes par rapport aux deux types de suivis. Il faut préciser, néanmoins, que toutes les personnes interviewées disent avoir eu connaissance, avant la sortie, des modalités du suivi extérieur qui les attendait, à l'exception de Mr. B. (AAS2) qui dit avoir été surpris par rapport à la durée du SSJ.

-Des personnels de la santé mentale :

Par rapport aux autres professionnels concernés par la sortie, nous avons pu constater, à partir des entretiens et des documents analysés, que des progrès considérables ont été faits de la part des personnels de la santé mentale dans le sens d'assurer une transition adéquate entre le suivi dedans et le suivi dehors. Pas moins de trois des personnes interviewées (AAS3, AAS5, AAS6) disent avoir eu avant même la sortie de la prison, le nom et l'adresse du médecin traitant qui allait le suivre. Dans le cas de Mr. C (AAS3), l'UCSA de la prison avait pris contact avec le CMP du domicile. Dans le cas de Mr E (AAS5), c'était le même psychologue de la prison qui allait le suivre à l'extérieur ; et dans le cas de Mr F (AAS6), le suivi a été immédiatement assuré par une structure associative spécialisée en addictions. Par rapport à celui-ci, on peut ainsi lire dans la synthèse socio-éducative rédigée par le CIP en vue de la CAP de libération conditionnelle : « *La psychologue du Centre de détention de Bédenac a déjà pris contact avec son homologue du Cereso. Cette association va assurer l'hébergement en lien avec un soutien éducatif et psychologique* ».

-Des Magistrats :

Quant à l'intervention du JAP, on observe des différences importantes dans la méthode de travail des magistrats responsables du SSJ en milieu ouvert entre les sites d'Agen et de Montpellier. Sans rentrer dans les détails, car cela sera traité plus loin (au sujet de la mise en place des SSJ), il peut être tiré des entretiens que sur le site de Montpellier, la méthode du JAP est bien rodée et qu'il a mis en place un système de communication et de suivi très efficace. Il prend ainsi contact systématiquement par courrier avec la personne qui sera libéré, lui rappelant l'existence du SSJ et lui indiquant les professionnels avec lesquels il devra prendre contact dès sa sortie de prison (voir modèles de lettres annexes). Dans le site d'Agen, en revanche, ce type de démarche n'est pas systématiquement réalisé. Les deux personnes interviewées sur le site d'Agen, disent ne pas avoir eu ce type de courrier. Il faut signaler que sur le site de Montpellier le même JAP a été responsable du SSJ en milieu extérieur dès la mise en place de la mesure, tandis que sur le site d'Agen, le JAP responsable a été changé au moins une fois ; un nouveau JAP avait été ainsi désigné peu avant notre entretien. Il faut souligner, néanmoins, que les deux personnes interviewées sur le site d'Agen avaient été rencontrées par le JAP à leur sortie de prison et que les SSJ se sont mis en place à une célérité adéquate.

On peut conclure par rapport à cet aspect, que les sorties des AAS interviewés ont été dans l'ensemble bien cadrées par les différents professionnels concernés. Pour tous les cas étudiés, il y en a eu au moins l'une des trois catégories des personnels concernés qui a agi pour faire le lien entre l'intérieur et l'extérieur. Pour ce type de population, c'est le travail des personnels de la santé et des magistrats qui paraît le plus encadrant, en détriment de celui des CIP, moins valorisé par les AAS interviewés.

- ***Des aménagements des peines somme toute assez courants***

Contrairement aux attentes dérivées de l'idée que, compte-tenu de la pression sociale et médiatique, les AAS seraient particulièrement pénalisés en matière d'aménagements des peines, on peut constater la mise en place d'aménagements des peines de différentes sortes dans quatre cas sur six personnes interviewées. En effet, seulement Mr. F. (AAS5) et Mr. A. (AAS1) n'ont bénéficié d'aucun aménagement des peines avant leur sortie. Quant à Mr A, pour lequel même une permission de sortie lui a été refusée par le JAP, il attribue ce refus à une expertise négative qui, selon lui, l'a « poursuivi pendant toute la détention » : « *Ça a été terrible ! Donc il a été très, très dur dans ses conclusions ce qui fait qu'à Joux la Ville, je n'ai eu aucune autorisation de sortie à cause, justement, de cette expertise qui m'a poursuivi jusqu'au bout de ma peine !... Il faut savoir que la permission de sortie que j'avais demandée, c'était deux mois avant la sortie...Alors, on ne le savait pas encore parce que mes remises de peines n'avaient pas été validées, mais on va dire, 2 mois, pas avant, la sortie théorique...* » (AAS1).

Quant aux autres, trois d'entre eux (AAS2, AAS4 et AAS6) ont bénéficié d'une Libération Conditionnelle et de plusieurs permissions de sortie. Dans les trois cas, les SSJ se sont mis en place dès le début de la LC. Quant à Mr. C. (AAS3), il a aussi bénéficié de permissions de sortie et a été placé par jugement du JAP en Placement sous Surveillance Judiciaire (PSJ) correspondant aux réductions de peines dont il avait bénéficié (54 mois).

Il convient de citer, parmi les trois personnes bénéficiant d'une LC, le cas de Mr D (AAS4) qui constitue un exemple de ce que les institutions pénitentiaire et judiciaire peuvent faire de mieux quant à la préparation à la réintégration de la personne à la société de façon progressive et échelonnée. En effet, ce détenu a pu bénéficier des divers dispositifs d'évolution vers la sortie mis en place par l'institution pénitentiaire, du « chantier extérieur » jusqu'au centre de semi-liberté. Mr. D. a d'ailleurs

une perception assez positive de ce processus qu'il juge facilitateur de sa réintégration. Il affirme ainsi : « *Ma sortie s'est passée en douceur : j'étais en « chantier extérieur ». Après, je suis passé au Centre de semi-liberté de Perpignan. Après j'ai eu, en novembre 2007 une Libération Conditionnelle et ensuite, il y a eu le Suivi Socio Judiciaire... ».*

Ce détenu a été aussi rencontré par le JAP au moment de sa sortie, ce qui a été un autre élément positif dans sa préparation à la sortie : « *A la fin de la peine, le JAP a voulu me rencontrer. Cela a été très positif : il m'a gardé deux heures ! Ça a été très important. On a construit des choses avec le JAP. On a monté un projet. Cela m'a donné de l'énergie. Il a vu que je n'étais aussi pervers qu'on le prétendait ».*

Il indique, par rapport à l'ensemble de son processus : « *Je suis content, parce que je vois les évolutions. On voit qu'on progresse, on voit le progrès... On m'encourage à aller dans le bon sens, et j'en profite ».*

Les conséquences positives d'un parcours de sortie, comme celui vécu par Mr. D., découlent tout simplement de ses propos. On constate ainsi combien il peut être pertinent, pour faciliter le processus de réintégration sociale de la personne détenue, de mettre au service de celle-ci les divers dispositifs pénitentiaires permettant un contact de plus en plus proche du condamné avec la société, jusqu'à la libération conditionnelle. Ceci est particulièrement précieux pour les auteurs d'agressions sexuelles, souvent en rupture familiale totale ou partielle et souvent ayant purgé des peines longues ; mais il l'est également pour toute autre catégorie de détenu.

La libération conditionnelle au Canada

Tout condamné pour un délit (au Canada il n'existe pas la différence entre crime et délit) au Canada est éligible à la Libération Conditionnelle au tiers de sa peine. Il aura droit à une audience auprès de la Commission Nationale de Libération Conditionnelle. Pour les délinquants sexuels c'est très difficile de se voir octroyer la LC au tiers de sa peine s'il n'a pas fait de programme de traitement. Par ailleurs, s'il était condamné à une longue peine, il sera peu probable qu'il puisse accéder à la LC au premier tiers de sa peine.

La loi établit qu'au deux tiers de sa peine, tout détenu obtient ce qu'on appelle, une libération d'office, c'est à dire, une libération conditionnelle automatique, qu'il ait fait un programme ou pas. Pendant sa LC, la personne sera obligée de respecter certaines conditions, comme se soumettre régulièrement à des prises d'urine, se soumettre à des conditions de surveillance à l'extérieur, coucher dans une maison de transition.

Enfin, si le Service Correctionnel du Canada considère, en fonction des évaluations, que la personne a des risques importants de récidiver, il fera une demande de maintien en incarcération de la personne même si elle a droit à la libération d'office. Le SCC transmettra des rapports à la CNLC et fera une demande d'audience sur le dossier. Il peut être ainsi décidé de garder la personne en détention jusqu'à la fin de sa de sa peine.

Fin 2008, il y avait 22 000 délinquants fédéraux dans le Service Correctionnel du Canada dont 60% étaient dans les 52 pénitenciers fédéraux, et 40% dans la communauté, en Libération Conditionnelle. (Extraits de l'entretien avec M. Bigras)

IV.4 Le vécu des personnes par rapport au suivi socio judiciaire

Nous avons analysé dans le chapitre précédent quelques aspects importants relevant de la mise en place du suivi socio-judiciaire comme mesure, ainsi que quelques aspects relatifs à la perception des professionnels impliqués dans le dispositif par rapport à cette mise en place.

Il s'agit, dans cette partie, d'aborder les vécus des personnes suivies relativement à la mesure. La principale question que nous nous sommes posée était celle d'apprécier le degré d'acceptation des personnes suivies, après les années d'incarcération, de ce suivi autant judiciaire que social mais, surtout, sanitaire. La question du fonctionnement de ce dispositif et le partenariat mis en place par le SSJ, se pose également à ce stade notre analyse. Au-delà de ces questions, il s'agissait de savoir, enfin, si la nouvelle prise en charge assurée à l'extérieur de la prison est perçue comme étant pertinente et efficace par ses propres bénéficiaires. Si les réponses sont souvent mitigées par rapport à la durée de la mesure, elles le sont beaucoup moins par rapport à la pertinence du dispositif et à son fonctionnement.

- ***Le suivi socio judiciaire, une mesure acceptée, malgré certaines résistances***

Commençons par rappeler que des six personnes concernées par le SSJ, une était soumise en réalité à une surveillance judiciaire (SJ) avec obligation de soins (AAS3) tandis qu'une deuxième (AAS5) était condamné à un SSJ avec obligation de soins. Les quatre autres étaient condamnées au SSJ classique, avec injonction de soins. Le dispositif mis en place pour chacune de ces personnes est néanmoins très similaire, c'est-à-dire, celui du SSJ classique : visites, une fois par mois, au médecin traitant et au SPIP et rencontres, une fois par an, avec le médecin coordonnateur et le JAP.

Compte tenu de la similitude entre les suivis, nous allons traiter les données des six personnes globalement, sans faire la différence par rapport aux spécificités que nous venons d'expliquer.

- ***Ceux qui adhèrent à la mesure***

Contrairement à l'hypothèse que nous avons pressentie, qui était celle d'un rejet probable de la mesure par la plupart des personnes interviewées, compte tenu du fait que celle-ci se rajoute aux années de prison déjà purgées, des six personnes interviewées, seulement deux ont exprimé un réel rejet de la mesure pendant les entretiens. Les autres se disent plutôt en accord avec celle-ci et, pour quelques-uns, elle constitue en soutien supplémentaire –et presque apprécié– dans le difficile processus de réadaptation à la vie en liberté. C'est le cas de Mr. C (AAS3) qui, à notre question sur le vécu de la mesure, répond : « *Non, ça ne me gêne pas, au contraire, ça sert à quelque chose. Ça sert déjà à vous rappeler, de quand même, à faire attention, parce que j'ai quand même un suivi... !* ». Quant à la question de savoir s'il ne trouve pas cela quelque part injuste d'avoir un suivi post-carcéral, il répond « *Non, moi, je vous dis, je pense que la société m'a fait une fleur, j'ai pris que dix huit ans, j'estime que voilà ! Je me plie à la société ! Si on vous dit que vous ne pouvez pas fumer dans un bistrot, ben ! Vous ne fumez pas dans le bistrot ! Pourtant on n'est pas un criminel quand on fume dans un bistrot, mais bon ! Faut suivre les règles...Donc, je montre à la société que je la remercie et puis que je me tiens à carreau. Et j'essaie de la remercier en restant quelqu'un d'honnête, on va dire. C'est-à-dire comme une personne normale dans la rue ! Et vous avez des personnes en détention, elles ne comprennent pas ça »¹⁵⁵.*

¹⁵⁵Mr. C. considère que la société lui « a fait une fleur » malgré sa condamnation à 18 ans de prison sans mesure de sûreté, car il avait été jugé aussi par le viol de son fils de 3 ans, viol qu'il avait nié pendant le procès et même après.

Mr. D (AAS4), pour sa part, indique : « *Le SSJ je ne le prends pas comme une obligation. Je pense que c'est important l'accompagnement du SSJ, mais surtout, il faut que les gens qui vous entourent soient compétents. C'est bien parce que je suis avec quelqu'un (CIP) de positif.* »

Mr. A (AAS1) affirme aussi l'importance d'être accompagné après la sortie de la prison. A notre question sur sa perception de la longueur du SSJ, il valorise plutôt la possibilité que lui donne le SSJ de communiquer avec quelques personnes. Il répond ainsi « *Je suppose que ça va être assez rapide! (le SSJ) C'est vrai que la première année est passée très vite! C'est vrai qu'en terme de communication, ne serait-ce que par rapport à mes proches, il y en avait tellement peu, que cela me permet aussi d'avoir des personnes, justement, à qui je peux me confier sur mes problèmes, dire certaines choses que je n'aurai peut être pas....je ne dis pas le courage mais une espèce de tabou qui s'est instauré entre mes parents et moi. C'est quelque chose qui est très difficile pour moi, donc voilà ! Donc...Et je pense qu'aussi par rapport à ce travail, moi aussi j'arriverai, justement, par la suite, à mieux communiquer avec eux.* »

Et plus loin dans l'entretien, toujours par rapport au SSJ, il émet une évaluation positive sur le fonctionnement du dispositif dans la région: « *Donc, moi, je ne m'en plains pas, bien au contraire, parce que justement, j'ai un bon contact avec Madame...(CIP). Elle sait que moi, aujourd'hui, je suis vraiment dans ma phase de rédemption et donc que je veux m'en sortir, donc que voilà ! J'ai un bon contact avec elle. Et ça se passe bien. Mais encore une fois, je ne sais pas ce qu'il peut se passer dans d'autres départements, dans d'autres domaines pour l'avoir effectivement entendu auprès de certains détenus, je sais que des fois, les mises en place, il y a beaucoup plus de « quack » dans d'autres régions.... Dans d'autres tribunaux, en fait !* »

De fait, Mr. A. est la seule des personnes interviewées à ne pas émettre de réserves ou ouvertement se plaindre par rapport à la longueur du SSJ. Même Mr. D (AAS4) qui est pourtant d'accord avec la mise en place du SSJ, comme nous venons de le voir, considère que son SSJ est trop long (8 ans, par rapport à 7 ans d'incarcération) et que ceci risque de devenir nuisible, à long terme, à sa démarche de réinsertion. Il souligne déjà les difficultés qu'il rencontre actuellement pour la recherche d'un emploi, compte tenu, entre autres, des difficultés de mobilité dérivées de l'application du SSJ.

- Et ceux qui n'adhèrent pas

Toujours par rapport à la longueur de la mesure et à son existence même, nous retrouvons les propos assez amers de deux personnes (AAS2 et AAS5) qui contestent définitivement la légitimité de la mesure. Ainsi, le plus radical est Mr. B, qui exprime très ouvertement son mécontentement et son incompréhension par rapport à l'application même du SSJ. Condamné à 10 ans de réclusion criminelle et à 7 ans de SSJ, il considère la mesure disproportionnée par rapport à son cas et au vu notamment de son grand âge. Il dit également avoir suivi très sérieusement un traitement pendant les 6 années d'incarcération pour apprendre, à la fin de sa peine, que cela ne comptait pas pour le SSJ « *Malgré que j'aie suivi les six années, pratiquement les six ans, de soins psychologiques, la psychologue que j'ai eu m'a dit à la fin : « De toutes façons, ce que vous faites ne compte pas ! »* »

C'est donc l'incompréhension face à la mesure : « *Je n'arrive pas encore à comprendre, aujourd'hui, qu'est ce qu'on attend de moi dans ce suivi socio judiciaire ? Qu'est ce qu'on demande de moi ? Je ne suis pas, je ne comprends pas.* »

Et à lui d'invoquer l'aspect de l'âge : « *C'est normal, il faut qu'un détenu soit suivi au départ mais, voyons, quand j'ai été libéré j'avais 71 ans, j'avais un revenu de 3000 euros, j'avais une belle maison, j'avais plein de trucs, on m'a filé 7 ans de suivi socio judiciaire. Je le vis très mal, je le vis très mal parce qu'à chaque fois, je reviens à la maison dans tous mes états !* (après les RV avec le psychologue ou avec le CIP). *Ce n'est pas...C'est psychologique, c'est, c'est, c'est..... Il y a des gens, qui ont, qu'il faut suivre, des gens dangereux. Je ne suis pas un homme dangereux, si on m'a considéré comme étant dangereux, oui, mais qui peut dire si je suis un homme dangereux ? Je n'ai violé, je n'ai fait de violences sur personne, je n'ai.....Enfin ! Pourquoi ? Voilà ! C'est fait, c'est reparti !*

Mr. B souhaiterait ainsi se voir enlever le SSJ en tenant compte de son âge avancé : « *si je ne peux pas faire enlever ce problème (le SSJ) de sept ans, jusqu'à 2013... ! En 2013, je vais avoir soixante dix huit ans, madame ! Et c'est vrai. J'ai une espérance de vie de combien ? J'ai soixante treize ans, j'ai une espérance de vie, allez, huit ans, huit ans ! Pendant huit ans, donc soixante dix huit ans, donc encore pendant cinq ans je dois supporter d'être surveillé.... Non, c'est.... C'est trop injuste ! Pour moi, c'est une injustice. Bon ! La justice elle est pourtant capable de voir si ces sept ans, qu'ils m'ont condamné avec du suivi, est dû au rapport des psychiatres ou à la vue de mon incarcération !* »

On peut lire, enfin, dans le procès verbal d'audition fait par le JAP pour la mise en place du SSJ, que Mr B exprime au JAP son questionnement de la mesure en indiquant qu'il avait été suivi en détention : « *Je trouve dur de devoir encore être suivi pendant 7 ans. Ne peut-on tenir compte des années du suivi que j'ai déjà eu ?* ». Ce à quoi le JAP répond : « *Avez-vous une idée des conséquences de votre comportement pour votre petit fils et votre nièce par alliance ?* »

Enfin, quant à Mr. E (AAS5), condamné à 3 ans de prison et à 5 ans de SSJ, il s'exprime de façon similaire à Mr. B, contestant l'existence même de la mesure et les conséquences de celle-ci sur son travail. Il souhaiterait, également, se voir enlever la mesure. Ainsi, en répondant à notre question sur le SSJ, il indique : « *Non ! Non, non, je n'en ai pas du tout besoin. Ça me crée de gros problèmes parce que j'avais demandé à ce qu'on annule ça, ce suivi avec Madame ...(CIP) et Mr ...(Psychologue), parce qu'il va aller (le SSJ) jusqu'en 2010 ! (...)! Oui, le suivi socio judiciaire, voilà, ils veulent le maintenir jusqu'en 2010. Parce que si je continue à perdre des chantiers, qu'est ce que je fais ? Je porte plainte contre eux ? J'ai le droit ! Contre la justice ?* »

- ***Le rôle des professionnels et la mise en place de la mesure : des différences observées entre le site de Montpellier et celui d'Agen***

Avec la mise en place du SSJ, nous assistons à l'intronisation d'une nouvelle dynamique relationnelle entre le monde de la justice et le monde de la santé. Sans exagérer les implications, on peut considérer que la mise en place du SSJ est venue faire « bouger les lignes » d'un partenariat traditionnellement difficile entre les deux secteurs. Nous avons analysé cet aspect dans d'autres parties de ce rapport. Pour ce qui est du paragraphe qui suit, ce qui nous intéresse est de faire ressortir, à partir du récit des personnes interviewées, les aspects permettant de mieux comprendre les engrenages de l'application concrète de la mesure. Il s'agit aussi d'appréhender la perception que les personnes suivies ont du travail des différents professionnels. Ceci viendra compléter les éléments déjà soulevés par les entretiens auprès des professionnels.

- ***Les interventions des professionnels jugées globalement pertinentes***

Ce qui découle des entretiens, indépendamment de l'évaluation personnelle que chacun des interviewés peut faire de la mesure est, globalement, que tous les secteurs concernés par le

partenariat jouent leur rôle d'une façon plutôt pertinente dans l'opérationnalisation du SSJ. Ainsi, les mises en place des mesures se sont faites rapidement après la sortie de la prison et, selon ce qui est exprimé par les AAS interrogés, les professionnels ont fait preuve de sérieux en accomplissant de manière adéquate les fonctions attendues. Néanmoins, il ressort des entretiens également -ce qui va dans le sens des hypothèses formulées-, qu'il y a des différences observables entre les deux sites d'Agen et Montpellier, certains aspects du travail des professionnels et du fonctionnement du partenariat de ce dernier paraissant mieux perçus par les personnes suivies.

Ainsi prenons d'abord comme exemple cette affirmation, de la part de Mr. A. (AAS1), sur le fonctionnement du dispositif à Montpellier : « *Alors, je me dis qu'ici sur Montpellier, il y a un maillage qui est assez efficace. On l'évoquait tout à l'heure par rapport à Madame ...(JAP) qui m'écrivait en détention ! Je sais qu'elle communique avec Madame...(CIP). Madame...(CIP) a pu me conseiller sur des praticiens, donc effectivement, il y a quand même, je trouve, un bon maillage, une bonne chaîne.* »

Et quant au rôle spécifique de certains professionnels, il convient de citer les propos de Mr C. (AAS3) sur le rôle du médecin traitant et du CIP : « *Vous voyez ? Bon ! Elle (Psychiatre traitant) m'a fait comprendre que ce n'était pas bien. C'est un petit truc, on dit ça en rigolant mais c'est vrai qu'on ne se rend pas compte quelquefois. Mais c'est vrai que quand vous êtes suivi par une personne, un psychiatre ou un ami qui est bien, ou une personne comme Madame... (CIP) qui fait un très bon travail, ça remet les choses dans l'ordre.* » Et plus loin, encore quant au CIP : « *Il faut vouloir, parce que moi je suis tombé en bas de l'étaalon, heu ! Je peux vous dire que, heureusement, Madame ...(CIP) était là, parce que j'étais vraiment tombé en bas de l'échelle.* »

Egalement, sur le rôle des professionnels, les propos de Mr. D (AAS4), d'abord en relation au travail du CIP : « *J'ai réglé cela tout seul, mais il y des gens qui vous transmettent des énergies positives, par exemple, Madame...(CIP)... Le suivi du SPIP c'est bien, parce que je suis avec quelqu'un de positif* ». Et quant au médecin coordonnateur : « *Je suis avec le Dr...(psychiatre, MC), il m'a encouragé dans le bon sens..Je le félicite, il est super : en quelques mots il a fait comme un rappel à la loi, alors que ce n'est pas son boulot, et surtout, il a le sens des mots. Les définitions : viol, attouchement, il explique les choses très bien. Cela vous remet en place ; tout est plus clair...Je peux parler d'efficacité et de clarté. Intellectuellement il est très capable.* »

En relation au JAP, même si quelques uns n'apprécient pas particulièrement son rôle, qui est évidemment plus un rôle de cadrage et d'affirmation de la loi, on peut tirer des entretiens et des documents que nous avons pu consulter, que la démarche de mise en place de la mesure est conformément réalisée dans les temps voulus. Cette démarche est somme toute la plus importante du dispositif, car il revient au JAP du milieu extérieur la responsabilité de prévenir le sortant de prison sur le démarrage du SSJ et de lui indiquer la démarche à suivre, en plus de le rencontrer. Cela implique, par ailleurs, une bonne communication et coordination entre le JAP du milieu ouvert, l'Administration pénitentiaire et le JAP du milieu fermé.

- ...Mais inégalement perçues selon les sites

Comme nous l'avons expliqué antérieurement, sur cet aspect de l'intervention du JAP nous avons pu observer quelques différences entre les deux sites concernés par les entretiens des personnes suivies. Ces différences montrent une gestion plus efficace du dispositif de la part des magistrats sur le site de Montpellier que sur le site d'Agen. Nous avançons plus haut quelques hypothèses explicatives par

rapport avec cette observation. Il s'avère, également, que le JAP de Montpellier a mis en place des courriers types pour prévenir les condamnés sortant de prison ainsi que pour saisir le MC et le SPIP, comme nous l'avons déjà évoqué. Il fait faire aussi un procès verbal d'audition de la rencontre qu'il fait avec les personnes au moment de la mise en place du SSJ. Il donne une copie de ce procès verbal à l'intéressé et transmet un autre au CIP qui assure le suivi. Ces différents documents donnent une meilleure visibilité à l'intervention du magistrat et contribuent à mieux organiser le travail des différents professionnels. Ceci est tout à fait dans le rôle de coordination qui est réservé au JAP dans le dispositif, selon le décryptage que nous faisons de celui-ci (voir schéma du partenariat du SSJ *supra*).

L'autre différence entre les deux sites concerne l'intervention du médecin coordonnateur et des médecins traitants. En effet, Montpellier étant une région avec un fort tissu médical, ceci contribue très probablement à conforter une offre aussi bien pour ce qui est des MC que pour les médecins traitants, dont ne dispose pas la région d'Agen, caractérisée par une forte pénurie de psychiatres. Une donnée flagrante est celle de l'existence actuellement de 4 médecins coordonnateurs sur le site de Montpellier, tandis qu'il n'y a qu'un seul pour le site d'Agen. Ces médecins se sont par ailleurs spécialisés dans la prise en charge de la population d'agresseurs sexuels depuis un certain temps.

Quant aux médecins traitants, on observe également un niveau de spécialisation et une offre beaucoup plus importante, notamment dans le réseau des CMP publics. On voit alors que quelques modalités de prise en charge en binôme, comme celle dont bénéficie Mr. A. (AAS1) peuvent se mettre en place dans la région de Montpellier, alors qu'elles seraient presque impensables dans la région d'Agen pour les raisons évoquées. Ainsi, Mr. A indique que suite à l'expérience positive qu'il avait eue en prison (Ville Franche sur Saône) où il avait été suivi par un psychiatre et par un psychologue, il avait voulu, dans le cadre du SSJ avoir un double suivi. Il en a discuté avec le psychiatre du CMP qu'il avait recontacté à sa sortie de prison (qui était le même qui l'avait suivi avant sa récidive, dans le cadre d'un SME, mais avec lequel, il reconnaît, ne pas avoir « joué le jeu ») et il a accepté : *« C'est donc presque logiquement, qu'elle m'a proposé un demi-suivi... C'est bien, parce que quand même il y a pas mal de patients, également, et si je ne devais voir qu'elle, je ne pourrais pas la voir, à mon avis, ça devrait s'espacer d'un mois à un mois et demi ! Par contre, comme il y a une autre personne qui prend le relais, j'arrive à avoir un psy au minimum toutes les semaines ! »*

Enfin, le même Mr A parlant du médecin coordonnateur : *« Oui, il m'a expliqué le rôle qu'il avait, moi, j'ai pu lui attester que j'étais déjà en prise en charge avec le CMP de... Je sais qu'il a fait un courrier justement au niveau du CMP, relatant l'entretien que j'ai pu avoir avec lui et invitant effectivement le psychiatre à prendre contact avec lui si besoin.... C'est quelqu'un qui, à mon avis, est très bien dans ce rôle, effectivement, et qui est très efficace. Donc il m'a dit que si j'avais un problème ou qu'on ne pouvait pas se voir, par exemple, avec mon médecin traitant, qu'il était là, que je pouvais passer le voir. »*

Au sujet du partenariat et de la prise en charge sanitaire en binôme de laquelle nous parlions plus haut, il faut préciser que si des expériences de ce type n'ont pas été évoquées sur le site d'Agen, il y en a eu du moins un entretien conjoint, qui a été programmé par le CIP et le Psychologue traitant, afin de rencontrer Mr. E (AAS5) au sujet de son désir exprimé d'arrêter le SSJ. La communication est donc fluide entre les services, et le partenariat paraît se mettre correctement en place quand il est nécessaire. Les professionnels donnent au cadrage créé par la loi de 1998 l'importance qu'il lui correspond, compte tenu de la population sensible pour laquelle il a été mis en place.

D'un autre côté, et toujours quant au partenariat, il faut souligner, concernant le site d'Agen, et Mr. F (AAS6) en particulier, que dans l'un des rapports annuels transmis par le MC au JAP sur l'évolution de la mesure, il est indiqué que le médecin traitant n'ayant pas voulu transmettre des renseignements cliniques par rapport à l'évolution de la thérapie de Mr. F., le médecin coordonnateur se verrait dans l'obligation de changer de médecin traitant par la suite : « *Le Dr..., psychothérapeute désigné, a confirmé le bon déroulement des séances sans vouloir donner de renseignements cliniques sur son état par respect de sa thérapie. Ainsi il n'a pas voulu inscrire son travail dans le cadre de la coordination que nous avons élaboré ensemble avec son accord. Nous sommes donc à la recherche d'un nouveau thérapeute, le Dr...a accepté, entre temps, cette mission* ».

Le MC affirme, plus loin dans le courrier : « *Quant à moi, je l'ai consulté tous les mois au CATTTP d'Agen et constaté une bonne critique pour ses actes. Il a émis des regrets en qualifiant son comportement de « grosse bêtise* ». On peut constater, donc, que ce MC a fait le choix de rencontrer les personnes suivies lui-même tous les mois, ce qui dépasse les conditions fixées par le dispositif qui limitent, en principe, l'intervention du MC à une fois pour la mise en place de la mesure, et ensuite, une fois par an.

On peut dire, globalement, que la perception qui ressort des entretiens auprès des personnes suivies est plutôt positive par rapport au fonctionnement du dispositif du SSJ et du partenariat que celui-ci met en place. Nous avons soulevé, dans la partie III que, curieusement, la perception sur le partenariat est un peu plus mitigée de la part des professionnels interrogés, aussi bien sur le site d'Agen, que sur le site de Montpellier.

- ***La durée des SSJ : très longue par rapport aux peines de prison ferme prononcées***

En analysant la durée des SSJ des 5 personnes interviewées qui ont été condamnées à cette mesure (voir tableau), on peut constater que la durée moyenne des SSJ prononcés est de 6 ans. Nous avons ainsi, 3 personnes condamnées à 5 ans de SSJ, une condamnée à 7 ans et une autre condamnée à 8 ans. Ceci coïncide avec les données relevées, aussi bien par l'étude de V. Carrasco, que par celle d'A. Kensey, que nous analysons *supra*, et qui faisaient état de 5 ans comme durée de SSJ la plus prononcée au niveau national¹⁵⁶.

Par ailleurs, en faisant encore une moyenne des années de prison ferme auxquelles ont été condamnés ces personnes (même si nous additionnons ici des peines relevant de délits, avec celles relevant de crimes) , on constate que cette moyenne est de 5.4 année. Ceci signifie, bien entendu, que la durée moyenne du SSJ est plus longue que celle de la prison ferme prononcée. La durée moyenne du SSJ est relativement encore plus longue que les 8 mois de différence qui ressortent, si l'on tient compte du fait qu'avec les réductions de peine, la prison ferme effective se réduit plus ou moins d'un tiers. Dans trois des 5 cinq cas analysés, on constate que le SSJ est supérieur à la prison ferme, et parfois de plus de deux fois, comme pour Mr A. (AAS1) dont la prison ferme a été de 2 ans et le SSJ de 5 ans. On peut faire l'hypothèse que les SSJ aussi longs s'expliquent par le fait de la récidive dans laquelle se trouvent au moins trois des personnes, mais on constate que pour ceux qui n'étaient pas en récidive (AAS5 et AAS6), les SSJ ne sont, pour autant, moindres.

Cela fait des SSJ proportionnellement très longs, ce qui explique que la critique la plus importante soulevée par les personnes interviewées par rapport à la mesure soit celle relative à la longueur de celle-ci. Nous faisons état *supra* de différents propos concernant cette perception. Nous rappelons,

¹⁵⁶¹⁵⁶ A. Kensey, *op. cit.*, p. 60.

que des 5 personnes condamnées au SSJ, seulement une (AAS1) ne s'est pas plainte de la durée du SSJ et des conséquences que celui-ci pouvait avoir notamment sur sa vie professionnelle, mais aussi familiale ou sociale. Même Mr. D. (AAS4) et Mr F (AAS6) qui acceptent bien la mesure et voient des aspects positifs dans l'application de celle-ci, ont déploré la longueur de la mesure. Il faut rappeler, également, que les professionnels, et notamment les professionnels du soin, soulignaient dans les entretiens, les difficultés que cela peut impliquer une prise en charge trop longue pour le sens du travail thérapeutique.

Les propos de Mr. B. (AAS2) qui à cause de son grand âge (71 ans) conteste de manière catégorique la durée et la propre existence du SSJ auquel il a été condamné (7ans) ouvrent, à notre avis, également, une autre interrogation concernant la mesure. Il indique : « *C'est trop long, Madame ! C'est un problème, je ne me sens pas libre, vous me comprenez ? C'est un problème, quand je vais, quand je vais dans la rue, je ne suis plus libre, je sais qu'on peut me surveiller, on peut des trucs, c'est complètement idiot, c'est complètement stupide mais voilà ! C'est là dedans que ça se passe, je ne suis pas libre, alors qu'avant, j'étais heureux de vivre, j'avais la joie de vivre, je l'ai toujours, mais, mais...* ».

En effet, cela soulève le problème de la surveillance et du contrôle du système pénal pour des périodes à chaque fois plus longues et même après la peine purgée. Rappelons, à ce sujet, que certains auteurs d'agressions sexuelles doivent se présenter également une fois par an à la gendarmerie de leur domicile pour informer de tout changement de situation (« *Et en plus du SSJ, j'ai un suivi à la gendarmerie jusqu'en 2026, il faut que j'y aille une fois par an. Là, je suis d'accord, je m'en fou ! Ils veulent savoir où j'habite, et ben ! Ils le savent ! Je leur emmène les papiers, ça ne coûte rien, non. Oui, c'est au mois de septembre, la taxe d'habitation ou foncière avec ma carte d'identité et je leur donne à l'accueil, il y en a pour 2 minutes !* » (AAS5).

Cet aspect de la surveillance et du contrôle post-pénal que nous évoquions dans la partie I de ce travail, nous paraît trouver, dans ces SSJ aussi longs, une claire caractérisation. Des professionnels -et même les personnes suivies, mais elles n'ont pas le choix-, semblent s'adapter à ces nouvelles modalités d'exécution de la peine tout en émettant un bon nombre de réserves sur leur capacité à pouvoir assurer un travail de qualité auprès de plus en plus de personnes et pendant des périodes de plus en plus longues. Ces sont donc aussi des nouveaux champs d'exercice professionnel qui se mettent en place, impliquent une présence accrue des professionnels auprès des personnes sous main de justice. Cherchant à responsabiliser d'avantage les justiciables -comme préconisé par la nouvelle pénologie-, ce n'est pas plutôt le risque d'infantilisation de la personne qui est encouru avec des suivis aussi longs ? Egalement, dans la recherche de protection de la société de ses « ennemis », n'y a t-il pas le risque d'éloigner les personnes d'une réintégration définitive à la société en leur empêchant, pendant des longues périodes après la sortie de prison, de mener une vie « normale », aussi bien au niveau professionnel que personnel ?

Ce sont quelques questions, parmi d'autres, qui peuvent être soulevées au sujet de la durée des SSJ. Ceci n'implique pas un questionnement de fond de la mesure car, tel qu'il est exprimé par une majorité des intéressés, l'accompagnement « rapproché » mis en place par la mesure peut être appréciable, au regard notamment de l'isolement relatif dans lequel beaucoup d'AAS se trouvent à la sortie de la prison. Nous pensons que si le SSJ est relativement bien accepté par les AAS c'est parce que celui-ci constitue, avant tout, de l'accompagnement, à la sortie de prison, dans un moment où la plupart des personnes se sentent très seules. Il viendrait jouer ainsi le rôle presque d'une libération conditionnelle renforcée. C'est donc la longueur qui poserait le plus de problèmes aussi bien pour les

professionnels que pour les personnes suivies. Il conviendrait, en ce sens, d'évaluer la pertinence de la proposition de ce médecin coordonnateur que nous citons, par rapport à l'instauration de SSJ « modulables » selon les besoins et les évolutions des personnes prises en charge

Les suivis post carcéraux au Canada. Les déclarations de délinquant contrôlé ou surveillé et de délinquant dangereux

Nous analysons ici deux modalités dont s'est doté le système pénal canadien pour assurer le contrôle des personnes définies comme dangereuses et notamment les délinquants sexuels notamment à la sortie de prison. La première, la déclaration de délinquant surveillé ou contrôlé, a été adoptée visant prioritairement les auteurs d'agressions sexuelles. Elle implique un suivi post-pénal qui peut aller jusqu'à 10 ans après la fin de la peine d'emprisonnement. La deuxième, la déclaration de criminel dangereux, beaucoup plus punitive, implique la possibilité de garder la personne en prison pour des périodes indéterminées¹⁵⁷.

Le « délinquant à contrôler »

« La désignation de délinquant à contrôler a été créée en 1997 et vise principalement les délinquants sexuels. Elle a été élaborée en réponse aux préoccupations voulant que de nombreux délinquants sexuels et violents doivent recevoir une attention particulière, même s'ils ne répondent pas à la définition de délinquants dangereux. La désignation de délinquant à contrôler vise les individus reconnus coupables de « sévices graves à la personne » qui, au vu des éléments de preuve, sont susceptibles de récidiver. Les délinquants qui peuvent être gérés par une peine régulière, suivie d'une période donnée de surveillance fédérale dans la collectivité, peuvent être désignés délinquants à contrôler, ce qui peut entraîner une surveillance pendant une période maximale de 10 ans suivant leur mise en liberté. Les conditions préalables pour faire déclarer un individu un délinquant à contrôler se trouvent à l'article 753.1 du Code criminel du Canada ». Sur demande faite, postérieurement au dépôt du rapport d'évaluation visé au paragraphe 752.1(2), le tribunal peut déclarer que le délinquant est un délinquant à contrôler, s'il est convaincu que les conditions suivantes sont réunies :

- a. il y a lieu d'imposer au délinquant une peine minimale d'emprisonnement de deux ans pour l'infraction dont il a été déclaré coupable;
- b. celui-ci présente un risque élevé de récidive;
- c. il existe une possibilité réelle que ce risque puisse être maîtrisé au sein de la collectivité.

En février 2005, on comptait 300 délinquants à contrôler au Canada; 187 étaient incarcérés et 113 étaient surveillés dans la collectivité. La période de supervision moyenne accordée par le tribunal est d'environ 8 ans. Toute violation d'une disposition relative à une ordonnance de surveillance constitue une infraction distincte punissable en vertu de l'art. 753.3 du Code criminel passible d'une peine d'emprisonnement maximale de 10 ans ».

- Les « délinquants dangereux »

« Les dispositions sur la déclaration de délinquant dangereux figurent à l'article 753 du Code criminel du Canada. Elles ont été adoptées en 1997.

Les dispositions du Code criminel relatives à la déclaration de délinquant dangereux visent à protéger toutes les Canadiennes et tous les Canadiens contre les délinquants violents et les prédateurs sexuels dangereux au pays. Les individus reconnus coupables de ces infractions peuvent être déclarés délinquants dangereux lors de la détermination de la peine s'il est démontré que le risque de récidive est élevé. L'objectif consiste à protéger les Canadiens innocents contre les préjudices possibles et de veiller à ce que, dans de tels cas, le délinquant demeure en prison aussi longtemps qu'il pose un risque. S'il déclare que le délinquant est un délinquant dangereux, le tribunal lui impose une peine de détention dans un pénitencier pour une période indéterminée.

Pour être admissibles à cette déclaration, les délinquants devaient avoir été condamnés trois fois ou plus pour des actes criminels, et il devait être démontré qu'ils vivaient continuellement dans la criminalité.

En juillet 2006, on comptait 351 délinquants actifs déclarés délinquants dangereux. Dix-huit de ces 351 délinquants déclarés dangereux ont reçu une libération conditionnelle (supervisée) et 333 sont incarcérés ».

¹⁵⁷ Informations provenant des documents officiels et du site du Ministère de la Sécurité Publique du Canada : <http://www.publicsafety.gc.ca/prg/cor/tls/dod-fra.aspx>

- **Risque de récidive et rapport à la victime**

Enfin, il convient d'évoquer la récidive, et la façon dont le risque de celle-ci est vécu par les personnes suivies. A ce sujet, et sans surprise, la totalité des personnes interviewées ont exprimé leur certitude sur l'absence future de récidive. Ils disent tous avoir compris, grâce à la thérapie, mais aussi au passage par la prison, leur comportement condamnable. Ils disent presque tous le regretter (avec des nuances que nous avons expliquées plus haut) et manifestent de l'empathie à l'égard de leurs victimes. Le seul à ne pas exprimer clairement ses regrets ni cette empathie par rapport aux victimes est, comme nous l'indiquions, Mr E (AAS5). Rappelons que celui-ci manifeste plutôt une grande colère face à l'obligation d'indemniser ses deux victimes. Pour ce qui est des autres, même parfois avec des versements mensuels très bas (20€ mensuels pour Mr. C., par exemple) à cause de leurs revenus modérés, ils payent l'indemnisation de façon régulière¹⁵⁸. Ceci fait partie de toute façon de leur peine et les CIP veillent bien à que cette obligation soit bien accomplie. La totalité d'entre eux ont présenté tout de même leurs excuses aux victimes et, en particulier ceux qui ont eu des relations incestueuses (AAS2, AAS3, AAS6), manifestent qu'ils auraient envie de connaître la situation actuelle de leurs victimes et savoir si elles ne sont pas trop affectés par leurs actes. Ils souhaiteraient reprendre une communication avec leurs victimes (en particulier, AAS2 et AAS3 : agression sur petit fils et fils, respectivement). Il faut indiquer que pour ces deux personnes la rupture avec leurs familles directes (enfants pour le premier et femme et enfant pour le deuxième) a été totale. Enfin, plusieurs d'entre eux expriment un sentiment de honte par rapport à leurs comportements passés.

Nous citons de suite quelques propos illustrant ce que nous venons d'expliquer :

- **Sur le risque de récidive :**

- « *Je ne le crains plus ça. Je ne crains plus la récidive, sinon, il y a longtemps que je serais retombé. Ça fait déjà 3, 4 ans, ça fait 3 ans que je suis, dans la nature on va dire. S'il y avait eu des problèmes... Moi j'ai déjà entendu à la télé, multirécidiviste, le gars il sort, je sais, en plus avec 20 de prison de sûreté, il sort, il recommence. Il n'a rien compris ce mec là ! Il n'a rien compris à la vie !* » (Mr C., AAS3).
- « *Je n'ai pas besoin de ce suivi là. Si j'étais récidiviste, je me tairais, là, je n'aurais rien à dire, c'est normal, mais je ne suis pas récidiviste, je ne suis pas récidiviste ! Je ne serai jamais récidiviste, madame, jamais !... Les gosses ils peuvent sortir, les enfants peuvent sortir, ça, je n'ai aucune tentation. Je n'ai jamais eu aucune tentation, le problème, il est là ! On me fait suivre pour ne pas que je recommence. Six ans derrière les barreaux, si quelqu'un n'a pas compris, il ne comprendra jamais rien !* » (Mr. B., AAS2).
- « *On ne peut pas, heureusement, revenir en arrière. Je n'ai pas peur de faire des bêtises, parce qu'il n'y a pas d'attrait. Ce n'est pas comme avant, on était attiré par les jeunes, mais cela s'est reconstruit. Je mets le mot juste : maintenant je dis que c'est de la stupidité* » (Mr D., AAS4).
- « *Non, non, je ne récidiverai jamais ! Jamais, la preuve, c'est que j'ai même peur des filles majeures. Non, c'était la première fois ! (l'infraction) Plus jamais, ça ne se reproduira jamais, garanti ! De toutes façons, plus personne ne va m'avoir comme ça, plus personne ! Je me suis fait avoir, honnêtement ! par eux et moi qui suis rentré dans le jeu* » (Mr E., AAS5).

- **Sur les victimes :**

- « *Je paye les parties civiles malgré que je n'y sois pas obligé ! Donc, j'ai, quand même montré que je veux faire quelque chose. Après tout, je les ai fait souffrir, pourquoi je ne ferais pas*

¹⁵⁸Ils remboursent souvent plutôt le Fond de Garantie des Victimes, qui avance les sommes allouées aux victimes suite au jugement (Art. 706.11 du Code de Procédure Pénale).

cela ?... Là, je suis en train de travailler avec le Docteur... (Psychiatre) pour voir si dans 2 ans, quand ma peine est finie, je ne sais pas comment on dit ça, la surveillance, on va dire, elle soit finie, pour essayer de les retrouver. Donc je vais voir comment faire, déjà pour aller voir ...(son fils abusé), pour cette histoire là ! . » (Mr C., AAS3).

- *« Je laisse faire, effectivement, la justice à ce niveau là, voilà ! Présentation des excuses au moment du tribunal et après réparation financière ; mais je n'avais pas souhaité faire plus. Je pense effectivement qu'il peut y avoir des personnes qui le prennent bien, comme des gens qui peuvent peut être le prendre mal ! (lettre d'excuses)» (Mr. A., AAS1).*
- *« J'ai envoyé des excuses au gamin. Je n'admets pas ce que j'ai fait. Je voulais ne plus revenir chez mes parents pour ne pas être tenté. Maintenant, j'ai compris. Je vais refaire ma vie. Je vais essayer de faire mes projets. Tout ça va me remettre dans le droit chemin. Je me suis foutu dans une sale galère. Je n'oublierai jamais » (Mr F., AAS6).*
- *« Ma fille, j'avais l'espoir qu'un jour, j'aurais, j'aimerais rencontrer la victime pour lui demander pardon, pour voir comment il a évolué... » (Mr B., AAS2).*

• **Les regrets et la honte :**

- *« Il avait onze ans, je crois ! C'est ça. C'était moche ce que j'ai fais. Je m'en suis rendu compte après. C'est moche. C'est horrible ! C'est un truc qui a...Ce sont des choses, on n'arrive pas à oublier. On essaie de vivre avec ça. Moi, je vis avec. Et à force il y a des remontés. Dans la journée il n'y a pas de problèmes, je suis occupé, tac, tac, tac, en tous cas j'ai toujours quelque chose à faire » (Mr B, AAS2).*
- *« L'important dans ces problèmes d'agressions sexuelles c'est de mettre les choses à leur place...On a honte. Tout s'est inversé : avant j'étais fier de certaines choses, maintenant, j'ai honte » (Mr D., AAS4).*
- *« J'ai toujours nié, parce que j'avais la honte ! J'ai toujours nié mais j'ai reconnu quand même après que je l'avais fait...Alors comme je dis, en ce moment, je ne voulais plus aller voir le psychiatre parce que, j'ai, comme un dédoublement de personnalité. Quand je me vois dans une glace, je me dis que je suis un salop, quand je vois un mec taper sur un gosse je dis c'est un salop, et puis le déclic, ben ! Oui, ce que j'ai fait ce n'est pas mieux » (Mr C., AAS3).*

Les entretiens auprès des auteurs d'agressions sexuelles montrent que, malgré les difficultés vécues pendant l'incarcération, des dispositifs de prise en charge se sont effectivement mis en place pendant la détention, -avec plus ou moins d'efficacité-, permettant à la personne d'initier un « travail sur soi » que la plupart du temps ils avaient eux-mêmes appelé de leurs vœux.

Sans juger de la sincérité de ces démarches, encouragées bien entendu par la loi de 1998, celles-ci ont permis, si l'on tient compte des propos tenus par les personnes interviewées, a minima d'initier une réflexion sur leurs actes et un processus thérapeutique qu'ils ont pu continuer, de façon plus « cadrée » à la sortie de prison, avec la mise en place des SSJ.

Si la presque totalité des personnes conteste les durées jugées trop longues des SSJ, il ressort des entretiens, que la plupart accepte la mesure (peut-être adhérent-ils ?), en essayant de « jouer le jeu » de la prise en charge imposée. La plupart d'entre elles disent également, avoir évolué pendant ces prises en charge et mieux comprendre et maîtriser leurs comportements. Ils jugent le rôle des professionnels globalement adéquat. Le travail des CIP, dont l'accompagnement en prison et à la

sortie de celle-ci est jugé par les personnes interrogées plutôt déficitaire, est beaucoup plus apprécié en milieu ouvert.

Les entretiens auprès des personnes suivies viennent confirmer ce qui ressortait déjà des entretiens auprès des professionnels : les SSJ sont plutôt correctement mis en place et les professionnels (santé, travail social et magistrature) prennent bien la mesure de l'importance de ces accompagnements, en s'impliquant fortement dans leurs implémentations, peut-être au détriment du suivi d'autres mesures.

Il ressort enfin des entretiens, que c'est l'accompagnement à la sortie de prison que les personnes suivies apprécient le plus, ce qui leur fait accepter, plutôt de bon gré, la mesure. Il faut rappeler, néanmoins, que mise à part une personne qui était déjà en fin de suivi au moment des entretiens, la plupart était vers la moitié de la mesure. La perception qu'elles en ont pourrait donc évoluer dans le temps.

Enfin, il convient de signaler que, en date de fin de rapport (juillet 2009), aucune des personnes interviewées n'avait récidivé.

V - Deux interprétations possibles des évolutions de la politique pénale en matière d'infractions sexuelles : le « droit pénal de l'ennemi » et la « nouvelle pénologie »

Dans cette dernière partie, portée plus par un esprit de débat, nous avançons une réflexion sur l'orientation de ce qui pourrait être appelé suivant certaines approches, la « gouvernementalité de la délinquance sexuelle ». La gouvernementalité est comprise ici comme « *les différentes pratiques par lesquelles les autorités et divers organismes sociaux communautaires et politiques tentent de diriger les actions des individus et des populations au nom d'idées éthiques, de fins politiques, d'une nécessité économique et de buts sociaux* »¹⁵⁹.

Pour aborder cet aspect, nous ferons appel à deux perspectives d'analyse toutes deux polémiques. La première a fait débat ces dernières années notamment parmi des juristes allemands et hispanophones. Il s'agit de ce que l'on a nommé le « droit pénal de l'ennemi », notion que nous expliciterons plus loin (V.1). La seconde, plus connue en France, mais ayant ses origines dans des pays anglo-saxons est celle de la « nouvelle pénologie » (V.2). Si la première approche se situe au niveau de la définition même de la politique criminelle, la deuxième concerne plutôt « le traitement » que l'on fait de la criminalité. Appliquer le prisme de ces deux approches à la lecture des récentes évolutions dans la politique relative aux infractions sexuelles et aux résultats de la recherche peut, à notre avis, contribuer à mieux comprendre cette évolution ou, du moins, à se procurer d'autres clés d'interprétation par rapport à celle-ci.

1 - Le « Droit Pénal de l'Ennemi »

Le droit pénal de l'ennemi (*Feindstrafrecht*) est un concept controversé formulé par le pénaliste allemand Günther Jakobs¹⁶⁰ pour la première fois vers la fin des années quatre-vingt. Depuis, il a peaufiné sa position et créé un courant de pensée à la fois suivi et critiqué aussi bien par des pénalistes allemands que par ceux d'autres pays, notamment hispanophones.

Selon Jakobs, il existe dans les démocraties occidentales, parallèlement au droit pénal propre à l'État de Droit (ou « droit pénal du citoyen »), un droit pénal qu'il a appelé « *le droit pénal de l'ennemi* » (DPE). Dans le cadre de ce DPE, l'État se doit de réagir de façon plus dure face à certains sujets qui de « façon grave et réitérée ont un comportement contre les normes fondamentales de la société ». L'État, afin de lutter contre « l'ennemi », impose des peines disproportionnées et draconiennes, pénalise des individus notamment en fonction de leur dangerosité, et élimine ou réduit à minima certaines garanties et droits de l'accusé dans le procès pénal.

¹⁵⁹ J.-F. Cauchie et G. Chantraine, De l'usage du risque dans le gouvernement du crime, *Champ Pénal, Vol II, 2005*, p. 1. Les auteurs suivent ici l'approche de M. Dean in *Governmentality. Power and Rule in Modern Society*, London, Sage, 1999.

¹⁶⁰ G. Jakobs est considéré comme l'un des grands pénalistes allemands contemporains. Il est actuellement le principal représentant de l'approche fonctionnaliste dans le Droit Pénal, inspirée du fonctionnalisme systémique de N. Luhmann.

Jakobs affirme que « les ennemis sont des non-personnes (Unpersonen) »¹⁶¹ : ce sont des « *individus* ». Cette négation de la condition de *personne* à certains individus et, de ce fait, leur attribution de la condition d'ennemi, vient constituer le paradigme et le centre de gravité du DPE en tant qu'ordre punitif différent, exceptionnel et autonome par rapport au *Droit pénal ordinaire, de la normalité ou du citoyen*¹⁶².

Avec le DPE, il s'agit donc de combattre ces « individus » qui, dans leur attitude, par exemple dans le cas des délits sexuels, comme pour ce qui relève de la criminalité économique ou par leur incorporation à une organisation, (dans le cas du terrorisme ou de la criminalité organisée), se sont éloignés, « probablement de façon durable » du Droit. Ces *individus* n'offrent pas la garantie cognitive minimale nécessaire pour être traités comme « personnes ». Car, « un *individu* qui n'accepte pas d'entrer dans un état de citoyenneté ne peut pas bénéficier du concept de *personne* »¹⁶³.

Suivant l'interprétation de Silva Sanchez, « *Le transit du "citoyen" à "l'ennemi" se produit à travers la récidive, l'habitude, la professionnalité délictuelle et, finalement, l'intégration à des organisations criminelles structurées [...]. Dans ce processus, au delà de la signification de chaque acte criminel concret, ce qui se met en évidence est une dimension factuelle de dangerosité qu'il faudrait affronter de façon expéditive* »¹⁶⁴.

Enfin, la réaction de l'ordre juridique face à cette criminalité se caractérise par la recherche de l'élimination d'un danger dont la source sont les individus qui rejettent le *statut* de citoyen pour se retrouver et rester dans un état de « nature »¹⁶⁵. Ces individus doivent donc être combattus pour leur dangerosité. Dans ce contexte, la punition vient jouer un rôle simplement de neutralisation du délinquant.

A travers le DPE, l'Etat ne dialogue plus avec des citoyens afin d'entretenir l'actualité de la norme, sinon qu'il combat ses ennemis ; il combat *des dangers*¹⁶⁶. La peine a pour objectif non la sanction des faits commis, mais de se garantir de faits susceptibles d'apparaître postérieurement¹⁶⁷. Le droit pénal de l'ennemi est ainsi clairement un droit pénal fondé sur la dangerosité.

Dès ses premières formulations sur le DPE, Jakobs souleva des fortes critiques. En 1999, dans le cadre d'un colloque organisé à Berlin sur « Les défis de la science du Droit Pénal face au futur », il formalise encore plus sa proposition théorique, générant immédiatement une forte polémique. Celle-ci donne

¹⁶¹ Jakobs, en Eser/Hassemer/Burkhardt (n. 2), Eser/Hassemer/Burkhardt (eds.), Die deutsche Strafrechtswissenschaft vor der Jahrtausendwende, C. H. Beck, München, 2000, p. 53, cité par L. Gracia Martín, Consideraciones críticas sobre el actualmente denominado « derecho penal del enemigo », *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología, Universidad de Granada, No. 6, 07-02-2005*: <http://criminet.ugr.es/recpc>

¹⁶² L. Gracia Martín, op. cit., p. 23.

¹⁶³ G. Jakobs, M. Cancio-Melia, *Derecho penal del enemigo*, Cuadernos Civitas, Madrid, 2003

¹⁶⁴ J-M Silva Sanchez, *La expansion del derecho penal*, Madrid, 2001, pp. 164 et s.

¹⁶⁵ H. Lesch, disciple de Jakobs indique, par exemple, que l'individu acquiert le statut de personne seulement dans la mesure où il accepte l'ordre social existant.. S'il ne l'accepte pas, il se transforme en une créature animale et, par conséquent, l'Ordre n'a pas des raisons de défendre ses intérêts. Voir sur ce point G. Portillas Contreras, *Fundamentos teoricos del derecho penal y procesal penal del enemigo*, p. 3 in dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=839233&orden=88283

¹⁶⁶ G. Jakobs, M. Cancio, op. cit., p. 33.

¹⁶⁷ *Ibidem*, p. 40.

lieu à de nombreuses réactions de la part d'autres pénalistes qui interprètent la proposition de Jakobs comme un danger pour l'avenir du droit pénal démocratique¹⁶⁸.

Il faut reconnaître, néanmoins, que la perception eu égard aux affirmations de Jakobs changea rapidement après le 11 septembre, car la politique criminelle, même au niveau international, prend un grand virage répressif¹⁶⁹ qui s'est exprimé symboliquement par l'adoption, par les Etats Unis, de la *Patriotic Act*, le 26 octobre 2001, tout de suite après les attentats. En Europe, plusieurs textes allant dans le sens d'un durcissement de la lutte contre la criminalité organisée ont été rapidement adoptés¹⁷⁰ au motif de combattre le nouveau « ennemi intérieur », c'est-à-dire, le terroriste. Un nouveau droit, dit d'exception, a commencé ainsi, peu à peu, à s'installer dans toutes les grandes démocraties, sous le regard relativement conciliant des opinions publiques de plus en plus travaillées par la peur.

Mis à part les critiques d'ordre juridiques formulées par bon nombre de juristes par rapport aux thèses de Jakobs, l'interrogation soulevée par ceux-ci a été aussi d'ordre éthique. Suffit-il de prendre acte de l'inexorable existence de ce nouveau « droit pénal de l'ennemi » tout en le justifiant, comme le fait Jakobs, ou faut-il s'y opposer ?

S'en opposer a été donc le choix de ces nombreux pénalistes qui voient dans le « réalisme juridique » de Jakobs une forme d'acceptation complaisante de l'inadmissible.

Un des opposants de la première heure, F. Muñoz-Conde, pénaliste espagnol, a consacré plusieurs travaux à analyser –et contester–, non l'existence, mais la légitimité du « droit pénal de l'ennemi ». Dans son dernier essai sur le sujet, il indique, en réponse à la position de Jakobs : « *La tâche du pénaliste ne doit pas se limiter, à mon avis, à la simple constatation de l'existence du « droit pénal de l'ennemi », mais il doit plutôt analyser sa compatibilité avec les principes de l'Etat de Droit et avec les droits fondamentaux consacrés par la Constitution et par les déclarations internationales de droits de l'homme. (...) et ceci pour des motifs strictement juridiques parce que ce dont il s'agit est de constater si ce « droit pénal de l'ennemi » est ou n'est pas en consonance avec le modèle juridique constitutionnel de l'Etat de Droit qui constitue le signe identitaire des sociétés démocratiques actuelles* »¹⁷¹.

En total accord avec la formulation de Muñoz-Conde, il nous paraît que la nature du Droit Pénal et de la politique criminelle actuelle envers les AAS en France, et dans d'autres pays comme le Canada, pourrait être interprétée, comme le suggère Jakobs lui-même dans l'un des passages cités plus haut,

¹⁶⁸ Lors de ce même colloque, d'autres pénalistes allemands, avaient réagi vivement aux formulations de Jakobs : voir notamment A. Eser, I. Puppe, in actes du colloque : Eser/Hassemer/Burkhardt (Eds), *Die deutsche Strafrechtswissenschaft vor der Jahrtausendwende*, C. H. Beck, Munich, 2000, cité par F. Muñoz Conde, *De nuevo sobre el « Derecho penal del enemigo »*, Ed. Hammurabi, Buenos Aires, 2005.

¹⁶⁹ Nous avons fait une longue analyse de cette évolution in, J. Alvarez, *Políticas de seguridad y globalización* (à paraître), México Ed. Alter.

¹⁷⁰ Peuvent être cités notamment l'adoption de la Décision du Conseil du 28 février 2002 qui créa **Eurojust**, afin de renforcer la lutte contre les formes graves de criminalité ; ainsi que l'adoption de la Décision-Cadre du 13 juin 2002, relative au mandat d'arrêt européen et à la procédure de remise d'inculpés entre les Etats membres. En ce qui concerne la France, peuvent être citées la *loi relative à la sécurité quotidienne*, adoptée le 15 novembre 2001 avec des nombreuses modifications introduites suite aux attentats ; ainsi que la *loi de sécurité intérieure*, adoptée définitivement en mars 2003 et qui vient modifier des garanties de la procédure pénale en donnant des prérogatives accrues à la police et aux procureurs, et qui réduit des libertés individuelles.

¹⁷¹ V. F. Muñoz Conde, op. cit., pp. 84-85.

comme une manifestation de ce « droit pénal de l'ennemi » ; sachant que l'ennemi social le plus important (mis à part le terroriste) est devenu l'agresseur sexuel. Sans rien enlever à la souffrance légitime des victimes ni au besoin social et pédagogique d'appliquer la loi et les peines envers les AAS, fonder la politique publique sur le simple durcissement progressif de la répression, ne peut que rendre difficile la possibilité de mener un véritable travail clinique -quand celui-ci est nécessaire-, et un suivi adapté de ces auteurs, ce qui était l'objectif fondamental de la loi de juin 1998.

Si la loi sur la rétention de sûreté était l'un des exemples des conséquences de l'application du « droit pénal de l'ennemi », l'affaire Outreau serait l'expression des dérives auxquels pourrait conduire cette application.

Cette représentation de l'AAS comme l'ennemi social numéro un est très bien montrée par A. Garapon et D. Salas, quand, au sujet de l'affaire Outreau, ils parlent de ces délinquants comme étant les « nouvelles sorcières de Salem », comme nous l'avons déjà évoqué dans ce travail. Nous verrons de suite, que le « droit pénal de l'ennemi » a aussi quelques points de convergence avec l'approche dite de « la nouvelle pénologie », développée, quant à elle, aux Etats Unis, à peu près dans la même période.

2 - Une « nouvelle pénologie » envers les infracteurs sexuels ?

En 1992, Feeley et Simon ont publié un texte devenu depuis une référence¹⁷², dans lequel ils proposent le concept de « nouvelle pénologie » et une grille d'analyse permettant d'interpréter les évolutions observables dans la justice pénale, notamment aux Etats Unis, dans les deux décennies précédant l'article. Les tendances qu'ils ont mis en évidence se sont globalement confirmées et sont observables dans d'autres pays¹⁷³. C'est pourquoi il nous a paru intéressant d'essayer d'appliquer cette grille de lecture au cas particulier de la politique pénale française en matière d'infractions sexuelles et aux résultats de la recherche.

Il s'agira alors pour nous, de proposer une mise en perspective nous permettant de montrer, sans vouloir être exhaustifs, que plusieurs aspects caractérisant les pénalités -et leur exécution- relatives aux AAS, peuvent être utilement rattachés à certaines caractéristiques décrites par rapport à la « nouvelle pénologie ». Nous soulèverons toutefois des aspects qui, à notre sens, divergent de cette approche.

¹⁷² M. Feeley, J. Simon, The new penology: notes on the emerging strategy of corrections and its implications, *Criminology*, 30, 4, 1992, pp. 449-474. Ils ont complété postérieurement leurs analyses par d'autres publications: Feeley, Simon, Actuarial justice: the emerging new criminal law, in D. Nelken (dir), *The futures of criminology*, Sage, London, 1994, pp. 173-201; J. Simon, M. Feeley, The form and limits of the new penology, in T. Blomberg, S. Cohen, *Punishment and social control*, Aldine de Gruyter, New York, 2003, pp. 75-116.

¹⁷³ Voir, par exemple, M. Vacheret, J. Dozois, G. Lemire, Le système correctionnel canadien et la nouvelle pénologie : la notion de risque », *Déviance et Société N°1*, 1998, pp. 37-49 ; A. Normandeau, Un panorama des politiques et des pratiques pénales de la nouvelle pénologie made in America : 1980-2005, in *ISC-EPRED Vol XV*, Ed. Cujas, 1996 ; Ph. Mary, Pénalité et gestion des risques : vers une justice « actuarielle » en Europe ?, *Déviance et Société*, 25, 1, 2001, pp. 33-51. Et plus récemment, voir : L. Delannoy-Brabant, Quelles évolutions des politiques de traitement du crime à l'ère de la « nouvelle pénologie » ? Une perspective internationale, *La note de veille d'analyse stratégique No. 106*, juillet 2008.

Selon Feeley et Simon, « la nouvelle pénologie » se met en place fondamentalement par l'essoufflement de « l'ancienne pénologie » qui s'était fondée sur l'objectif de la correction et du traitement des délinquants. Pour la « nouvelle pénologie », au contraire, l'objectif principal de la peine devient la gestion du risque que représente la délinquance pour la société.

Dans cet ordre d'idée, pour la « nouvelle pénologie », le crime est un risque dont il faut essayer de prévoir l'occurrence et de minimiser les impacts négatifs. Plus que la recherche des causes sociales du crime, ce qui est important est la définition de profils de risque et l'évaluation des criminels par rapport à ces profils là.

La subjectivité et le contexte personnel des auteurs deviennent des aspects moins importants que la combinatoire de différents facteurs mesurables et préalablement définis comme des facteurs de risque. La notion de risque est, bien entendu, une reconstruction probabilistique du criminel faite plus en fonction du risque de récidive -calculé à travers des modèles actuariels-, que de ses caractéristiques personnelles et de socialisation¹⁷⁴.

L'objectif est de donner une dimension « technique » et « amoral » de l'acte déviant. La peine cherche, dans cette optique, plus que la réinsertion du délinquant, à minimiser les conséquences négatives du crime et à le rendre plus « gérable ». En ce sens, la prison devient un lieu de neutralisation plus que de rééducation. Le système pénal se doit d'être efficace et l'évaluation de celui-ci portera beaucoup plus sur l'effectivité des procédures mises en place (les plus uniformes possibles) que sur les propres résultats de celui-ci¹⁷⁵. Son objectif est avant tout de protéger la société des délinquants et d'assurer un meilleur niveau de surveillance des ceux-ci. L'objectif de contrôle et de surveillance l'emporte sur celui de l'aide.

Enfin, deux autres caractéristiques sont à signaler. Dans son souci de protection de la société, la nouvelle pénologie met en place un continuum de contrôle ou « continuum gardien »¹⁷⁶ avec un recourt simultané à la prison et à des mesures en milieu ouvert, allouées en fonction du profil de risque. La surveillance doit être adaptée au risque et les allers-retours entre la prison et les mesures de milieu ouvert peuvent être interprétés comme « du recyclage pénal de populations à risque »¹⁷⁷.

Par ailleurs, et pour finir avec les caractéristiques les plus importantes du modèle de la « nouvelle pénologie », il convient de signaler l'importance accordée par celui-ci à la « responsabilisation du délinquant » dans l'exécution de la peine, notamment par consentement qui lui est explicitement demandé. Selon cette approche, en le rendant responsable de « sa » peine, on libère le système pénal de sa propre responsabilité, l'échec de la mesure (qui peut finir en récidive) pouvant être directement attribué au délinquant même : « *ce type de responsabilisation empêche toute critique du système pénal en faisant supporter l'échec de la mesure par le délinquant qui a été sommé d'y*

¹⁷⁴V., T. Slingeneyer, La nouvelle pénologie, une grille d'analyse des transformations des discours, des techniques et des objectifs dans la pénalité, *Champ Pénal Vol IV*, 2007 (revue électronique), pp. 1.-27, p. 6 : « *L'individu n'est pas décrit à travers des caractéristiques morales ou cliniques mais via des distributions statistiques appliquées à des sous-populations...L'utilisation de techniques actuarielles est à l'origine de la classifications des délinquants en groupe* ». *Ibidem*

¹⁷⁵ Voir, J-F Cauchie et G. Chantraine, De l'usage du risque dans le gouvernement du crime : *Nouveau prudentialisme et nouvelle pénologie*, *Champ Pénal*, Vol II, 2005 (revue électronique), pp 1-12, p. 6. Les auteurs indiquent, dans le même sens, en s'appuyant sur Garland (1998) : « *Dans un tel cas de figure, ce ne sont pas la réhabilitation et la revalorisation du justiciable qui soutiennent l'idéologie générale du système pénal. Les critères de légitimation du système seront de plus en plus sélectionnés en vertu de leur capacité à évaluer des performances « évaluables » par les système* ». *Ibid*, p. 6.

¹⁷⁶ M. Feeley, J. Simon, *op. cit.* (1992).

¹⁷⁷ *Ibid*, p. 465.

consentir »¹⁷⁸. Cette tendance pourrait être rapprochée de celle que d'autres ont analysé comme « la contractualisation de la peine »¹⁷⁹.

Après avoir défini certains traits de la nouvelle pénologie, nous indiquerons maintenant les manifestations de celle-ci dans la politique relative aux infractions sexuelles en France. Puis, nous signalerons les différents éléments de cette politique qui ne se rapportent pas à cette tendance.

En premier lieu, il semble évident, qu'on oriente de plus en plus le système pénal vers une protection accrue de la société face à des groupes définis comme dangereux (en particulier les AAS). Ceci se réalise à travers un renforcement des mesures de sécurité au niveau communautaire (vidéosurveillance, bracelet électronique...) mais aussi à travers un durcissement et une multiplication progressive des peines (allongement des périodes de sûreté, apparition de nouvelles mesures comme la surveillance judiciaire, instauration de la rétention de sûreté...).

En ce sens, on observe l'établissement du continuum de surveillance et de contrôle qui fait l'une des caractéristiques centrales de la « nouvelle pénologie » encore une fois, observable très nettement par rapport aux AAS. L'utilisation du bracelet électronique mobile, du suivi socio-judiciaire, de la surveillance judiciaire, sont de bons exemples d'un suivi post-carcéral qui ferait partie de ce « continuum gardien » qui commence à la prison (et parfois bien avant, le SSJ tout comme le bracelet électronique fixe peuvent être appliqués en substitution d'une peine de prison), mais qui maintenant peut durer toute la vie, même après la fin de la peine, avec la surveillance de sûreté et la rétention de sûreté.

Quant à l'objectif de la peine et, plus concrètement, de la peine de prison, nous constatons son glissement progressif, ces dernières années, vers la prévention de la récidive¹⁸⁰, objectif plus mesurable et objectivable que celui de la réinsertion. Comme exemple de ce glissement, nous citerons les nouvelles missions des Conseillers d'Insertion et de Probation en matière d'étude de la dangerosité et de prévention de la récidive¹⁸¹, ainsi que les nouveaux programmes de prévention de la récidive (PPR) mis en place par l'Administration pénitentiaire depuis octobre 2007¹⁸².

Il faudrait cependant se garder de conclusions trop hâtives, le système pénal restant ambivalent. S'il ne serait pas exact d'affirmer que toute fin de rééducation du condamné a été abandonnée (en particulier par le système pénitentiaire), il n'en demeure pas moins vrai que le discours sur la réinsertion s'est essouffé également en France et que celui-ci est de moins en moins utilisé par les

¹⁷⁸ T. Slingeneyer, *op. cit.*, p. 20.

¹⁷⁹ V., O. Razac, *op. cit.*

¹⁸⁰ Rappelons que, comme nous l'indiquons plus haut, la plupart des lois pénales adoptées ces dernières années ont invoqué la lutte contre la récidive comme élément central.

¹⁸¹ Voir, le décret n° 2004-1364 du 13 décembre 2004 (décret d'application de la loi du 9 mars 2004) qui s'est traduit dans l'article D.49-24 du CPP relatif à l'application des peines. Comme nous l'indiquons *supra*, cet article prévoit la possibilité pour le JAP de demander au service pénitentiaire d'insertion et de probation « *de procéder à une synthèse socio-éducative du condamné avant sa libération, afin d'apprécier sa dangerosité et le risque de récidive* ».

¹⁸² Voir notamment la circulaire du 19 mars 2008 de la Ministre de la justice relative aux missions et aux méthodes d'intervention des services pénitentiaires d'insertion et de probation (JUS KO 840001). Cette circulaire constitue une petite révolution dans le champ professionnel des personnels d'insertion et de probation. En définissant la prévention de la récidive comme la finalité de l'action des SPIP et en mettant en place un nouveau référentiel des méthodes d'intervention, cette circulaire officialise une transformation de la prise en charge des PPSMJ préconisée déjà par une note du 17 octobre 2007 (Note du Directeur de l'Administration Pénitentiaire No. 553) qui mettait en place des programmes de groupes de parole de prévention de la récidive (PPR).

politiques ou par les professionnels agissant dans le système pénal ou pénitentiaire. Il convient de noter en effet, que ce discours a été bien avant déjà critiqué et condamné par une bonne partie de l'*intelligentsia* mondiale soit à partir du « nothing works » anglo-saxon, des travaux de Foucault en France, des abolitionnistes néerlandais et scandinaves, ou de la criminologie critique.

Une autre tendance observable de l’empreinte de la « nouvelle pénologie » est celle de la recherche de la responsabilisation du délinquant et de son adhésion à sa peine. Si l’exemple par excellence est, pour les AAS, le bracelet électronique mobile, que la personne doit accepter préalablement à sa mise en place, on mettra aussi sur ce même plan le suivi socio-judiciaire dont l’injonction des soins doit impliquer l’adhésion de la personne au traitement. Pendant l’incarcération, on peut également citer, pour les AAS, la participation au suivi clinique qui leur est offert par l’institution et auquel le JAP doit, tous les six mois, les « inciter » à participer. Le principe du « Project d’exécution des peines » (PEP) généralisé par l’Administration pénitentiaire en 2000 dans les établissements pour peine était aussi celui-là : promouvoir l’implication du détenu dans l’exécution de sa peine et le rendre de plus en plus responsable de celle-ci¹⁸³. Nous avons par ailleurs soulevé, dans la recherche, certaines interventions - notamment de la part des JAP-, qui allaient dans ce sens là¹⁸⁴.

Si ceci est analysé par certains comme faisant partie d’une évolution vers une « justice négociée » (opposée à une justice imposée), une critique est avancée au même temps par rapport à la « contractualisation de la peine » dans un contexte de dissymétrie entre les parties, « d’autant plus importante que l’on traite avec l’Etat dans sa dimension régaliennne »¹⁸⁵.

Deux explications de cette évolution vers la contractualisation de la peine, sont évoquées par O. Razac qui souligne, d’un côté des raisons morales : la contractualisation serait utilisée par un discours réformiste porté par le désir d’une justice « plus humaine », à la fois moins brutale et plus acceptable. D’un autre côté, il invoque des raisons de gestion efficace, car « faire adhérer permet d’économiser en partie la dépense de pouvoir nécessaire pour obtenir la docilité...D’une manière générale, la contractualisation permet à l’exercice du pouvoir de gagner en légitimité là où il était le plus en déficit : dans l’acte de juger et de punir »¹⁸⁶. Par ailleurs, nous avons observé dans la recherche, combien cette justice « négociée » devient importante dans le discours notamment des JAP, mais aussi des CIP.

Nous indiquions plus haut que la recherche de la « responsabilisation du délinquant » était vue par les analystes de la « nouvelle pénologie » comme une façon de rendre responsable celui-ci du possible échec de la mesure, libérant ainsi le système pénal et ses professionnels de cette responsabilité. Car, nous l’avons dit, l’un des objectifs de la « nouvelle pénologie » est de rendre le système pénal plus efficace (du moins au niveau formel) en le faisant plus technique, en uniformisant les pratiques de ses

¹⁸³ Le PEP a été prévu par la Circulaire JUSE9640024N du Garde des Sceaux sur la mise en place du PEP dans les établissements pour peines, 2 mai 1996 (expérimentation en 10 établissements) ; circulaire du 21 juillet 2000 établissant que chaque établissement pour peines devait mettre en place les outils nécessaires au PEP.

¹⁸⁴ Rappelons, comme exemple de ce processus de responsabilisation, ces propos d’un JAP recueillis dans le cadre de la recherche. Il explique ici sa décision de communiquer aux détenus les conclusions des expertises leur concernant : *Je pense que pour eux, c’est important. C’est aussi leur dire à un moment donné que voilà, c’est votre dossier, ça vous appartient, c’est vous, aussi, qui êtes l’acteur de votre peine maintenant, et de la gestion de votre temps de peine. Et que bon, ça en est un élément, on vous dit qu’il faut mettre en place un traitement, à vous d’y réfléchir. Les conclusions, c’est une base, en leur disant : « Vous en faites ce que vous voulez ! Vous avez aussi la possibilité du coup de discuter avec la personne qui vous suit » que se soit avec le psychiatre, avec le psychologue... ».*

¹⁸⁵ O. Razac, *op. cit.*, p. 127.

¹⁸⁶ *Ibidem*, p. 129.

professionnels, en diminuant la capacité discrétionnaire de ceux-ci¹⁸⁷ et en introduisant des techniques de management.

Dans cette recherche de l'efficacité, des outils informatiques prennent une place de plus en plus importante, des « bonnes pratiques » doivent être partagées et reproduites et des standards de comportement et de performance sont développés dans des directives et des manuels très variés. Comme l'observent Feeley et Simon, déjà en 1992, la rationalité technocratique du système pénal modifie le travail des professionnels en augmentant les tâches de nature administrative.

Dans le champ de l'exécution des peines, on peut citer dans ce sens, l'introduction du système informatisé APPI (outil informatique permettant la communication « en temps réel » entre le service judiciaire de l'application des peines et du service pénitentiaire d'insertion et de probation)¹⁸⁸, la création du BEX¹⁸⁹, les multiples circulaires et notes de services donnant des directives précises¹⁹⁰, ou les lois encerclant de plus en plus les capacités discrétionnaires des magistrats¹⁹¹. Les techniques managériales et l'uniformisation recherchée dans les pratiques professionnelles viennent confirmer cette tendance à la « technicisation » du système tourné davantage, comme nous le disions plus haut, vers l'effectivité des procédures mises en place que vers les résultats qu'elles peuvent produire. Rappelons à ce sujet les propos de ce JAP interviewé pendant la recherche et qu'indiquait : « *L'analyse que je fais n'est peut être pas très bonne, mais je pense qu'on va vers une administration... oui, on s'administre, en fait. Donc, on essaie de, en tous cas, mais c'est très français, ça ! Il faut rentrer dans des cases, il faut avoir des protocoles, et puis on les suit un peu à la lettre, alors qu'à mon avis, ce n'est pas ça ! Un suivi peut être complètement différent pour une même infraction, il peut être complètement différent selon l'individu. Mais la forme, finalement la forme, elle vient garantir le fond. Il y a des impératifs de gestion, de productivité je pense aussi, de résultat certainement, qui fait évidemment que ça participe à une gestion parfois très administrative des choses. Mais il semblerait que ce soit la tendance générale et il n'y a pas d'évaluation justement. La statistique devenant finalement le seul outil d'évaluation* ».

¹⁸⁷ « L'objectif de normalisation (du délinquant) n'étant plus central, le caractère individualisé des décisions pénales se voit délégitimé. Les décisions individualisées sont perçues comme discrétionnaires. Pour empêcher une mise en cause du système pénal, il s'agit de développer des procédures d'uniformisation, de standardisation des activités du système pénal ». T. Slingeneyer, *op. cit.*, p. 16.

¹⁸⁸ Avec ce système, les travailleurs sociaux sont passés d'une relation de proximité avec les magistrats à un éloignement physique qui est, au dire d'un JAP interviewé dans la recherche précédente, une « *perte immense dans la qualité du travail* ». Par exemple, dans les grandes juridictions, JAPs et CIPs ne se rencontrent presque jamais, toute communication et demande se faisant actuellement par écrit, au travers du logiciel APPI. Voir, J. Alvarez et N. Gourmelon, *op. cit.*, p. 103.

¹⁸⁹ « Le BEX est un service du greffe, animé par un greffier. Il met en place un circuit court entre le prononcé des peines et leur exécution. Jusqu'ici des mois pouvaient s'écouler entre le moment où un fait répréhensible était commis, l'audience jugeant ce fait, et l'exécution de la peine prononcée par un tribunal. Désormais, les condamnés et victimes sont reçus dès la fin de l'audience pénale au niveau des BEX. Outre la présentation pédagogique du jugement prononcé, cette réforme des tribunaux vise à lutter contre la récidive. Elle cherche également à recouvrir plus rapidement le montant des amendes puisque le condamné pourra bénéficier d'une diminution de 20 % de la somme à régler en cas de paiement immédiat ou dans le délai d'un mois. Outre un greffier, un agent du trésor est mis à disposition du bureau d'exécution des peines pendant le temps de l'audience pour percevoir les paiements volontaires des condamnés ». Site Ministère de la Justice ; site doc. Française:

<http://www.vos-droits.justice.gouv.fr/index.php?rubrique=10062&ssrubrique=10197>

<http://www.vie-publique.fr/actualite/alaune/justice-nouvelle-organisation-tribunaux.html>

¹⁹⁰ Voir aussi le document : « *Guide des bonnes pratiques entre le bureau d'exécution des peines, le service de l'application des peines et, le service pénitentiaire d'insertion et de probation* », Ministère de la Justice, juillet 2007.

¹⁹¹ Voir, par exemple, la loi du 10 août 2007, relative à la prévention de la délinquance, et qui établit les « peines plancher ».

Malgré les éléments que nous venons de signaler, la justice des infractions sexuelles n'est pas totalement acquise à la « nouvelle pénologie ». Il existe ainsi dans notre système pénal des éléments qui marquent une distance par rapport à certaines caractéristiques propres à cette tendance.

Ainsi, par exemple, le discours de politique pénale reste en France moins technique que passionnel, le système (ou plutôt, ceux qui font les choix politiques de première ligne concernant le système) réagissant souvent avec précipitation face à des faits divers de grand impact médiatique. Cela vaut, comme nous l'indiquions précédemment, pour le sous-système concernant les infractions sexuelles, mais également pour le sous-système de la justice des mineurs. Tout cela donne l'impression que l'aspect moralisant cherché par les politiques par l'adoption des lois, continue de prendre le dessus sur l'aspect technique et « lisse », propre à la nouvelle pénologie.

On observe également une différence quant à l'application du modèle actuariel, fondement important de la nouvelle pénologie car ce type d'études, principalement statistiques, n'ont pas encore percé en France. Ceci pourrait s'expliquer premièrement par une forte résistance des professionnels (sociaux et sanitaires) à l'utilisation d'évaluations quantitatives des profils de risque ou de dangerosité des individus ; et deuxièmement, par une absence de tradition dans ce domaine, du moins depuis plusieurs décennies. L'absence d'une formation proprement dite en criminologie en France, dont nous parlions plus haut, n'est pas assurément étrangère à cette réalité.

Enfin, un troisième écart, non moins important, reste la valeur que le système continue à attribuer à la clinique dans le traitement des déviants. Comme nous avons pu le soulever tout au long de ce rapport de recherche, la prise en charge clinique constitue encore la clé de voûte du système pénal Français. On peut dire même que le système s'appuie de plus en plus sur la clinique, sur les expertises d'un côté, et sur les traitements de l'autre, qui constituent, notamment pour les AAS, une partie fondamentale de la prise en charge. Or la nouvelle pénologie, en revanche, a marqué un éloignement par rapport à la clinique en tant que modalité de prise en charge visant la « normalisation », puis la réinsertion.

Globalement, les tendances observables dans la politique relative aux infractions sexuelles suivent actuellement –sans s'y inscrire définitivement– un double mouvement : celui de du « droit pénal de l'ennemi » et celui de la « nouvelle pénologie ». S'étant développés dans des contextes sociaux et géographiques très distants, ces approches ont en commun de proposer une aggravation des pénalités et des modalités de gouvernance des déviations, tout comme de proposer une politique pénale basée sur l'exclusion d'une partie de la population : les « ennemis ».

Pour le premier, cela passe par l'instauration d'un droit pénal d'exception qui va à l'encontre du respect des garanties propres à l'Etat de droit et à la procédure pénale, fondements des sociétés démocratiques depuis au moins deux siècles. Pour le second, cela se manifeste, entre autres, par une limitation importante des libertés fondamentales, à travers la mise sous surveillance et le continuum de contrôle des personnes définies comme dangereuses ou faisant partie de groupes à risque, et cela parfois indépendamment des actes commis.

L'un et l'autre questionnent l'approche de la « gouvernance » de la délinquance jusque là dominante, fondée sur la recherche des causes sociales, l'individualisation des peines, et « le mythe » de la réinsertion. Ils rompent ainsi avec une approche plus humaniste –malgré toutes ses défaillances–, propre à la « vieille pénologie ». On a pu alors affirmer par rapport à la nouvelle pénologie, que « Les

dimensions de contrôle et de surveillance peuvent l'emporter sur la dimension d'aide, d'autant plus que l'unité de gestion passe de l'individu aux groupes »¹⁹².

Les nouvelles propositions sont, sans doute, plus « décomplexées », comme on aime à le dire actuellement sur le plan politique et économique, mais, offrent-elles des solutions plus adaptées à la problématique de la délinquance et de la déviance ?

Si la France n'est pas rentrée de plein pied dans ces deux mouvements –la force de l'approche thérapeutique en France en est le meilleur exemple-, l'influence croissante de ceux-ci sur le système pénal dans son ensemble, et dans la politique pénale envers les infractions sexuelles en particulier, est pourtant palpable. Cela appelle à une vigilance accrue de la part du monde académique (comme on a pu le voir par rapport au « droit pénal de l'ennemi » de la part des pénalistes cités), mais aussi de la part des professionnels, principale cible de ces tendances « novatrices » et, souvent, faussement efficaces.

¹⁹² V. L. Delannoy-Brabant, Quelles évolutions des politiques de traitement du crime à l'ère de la « nouvelle pénologie » ? Une perspective internationale, *La note de veille 106*, Juillet 2008, Centre d'analyse stratégique, p.7.

Bibliographie

Ouvrages

- J. Alvarez et N. Gourmelon, *La prise en charge pénitentiaire des auteurs d'agressions sexuelles*, Paris, La documentation Française, 2007.
- J. Alvarez, *Políticas de seguridad y globalización* (à paraître), México, Ed. Alter, .
- A. Garapon et D. Salas, *Les nouvelles sorcières de Salem. Leçons d'Outreau*, Paris, Ed. du Seuil, 2006.
- G. Jakobs, M. Cancio-Melia, *Derecho penal del enemigo*, Madrid, Cuadernos Civitas, 2003
- P. Mbanzoulou, H. Bazex, O. Razac, J. Alvarez (dir), *Les nouvelles figures de la dangerosité*, Paris, L'Harmattan, 2008.
- F. Muñoz Conde, De nuevo sobre el « Derecho penal del enemigo », Ed. Hammurabi, Buenos Aires, 2005.
- J. Proulx, E. Beauregard, M. Cusson, A. Nicole, *Sexual Murderers, a Comparative Analysis and New Perspectives*, England, John Wiley & Sons, Ltd, 2007.
- O. Razac, *Avec Foucault, après Foucault : disséquer la société de contrôle*, Paris, L'Harmattan, 2008.

Articles

- V. Carrasco, *Infostat Justice N° 94*, Le suivi socio-judiciaire : bilan de l'application de la loi du 17 juin 1998, Mai 2007.
- V. Carrasco, *Les Condamnations à une mesure de suivi socio-judiciaire. Analyse statistique à partir des données extraites du Casier Judiciaire*, Ministère de la Justice, Sous direction de la statistique, des études et de la documentation, février 2007.
- J-F Cauchie et G. Chantraine, De l'usage du risque dans le gouvernement du crime : Nouveau prudentialisme et nouvelle pénologie, *Champ Pénal, Vol II*, 2005 (revue électronique).
- P. Couvrat, Le suivi socio-judiciaire, une peine pas comme les autres, *RSC 1999*.
- J. Danet, Cinq ans de frénésie pénale, in L. Mucchielli (dir), *La frénésie sécuritaire*, Paris, Editions La Découverte, 2008.
- L. Delannoy-Brabant, Quelles évolutions des politiques de traitement du crime à l'ère de la « nouvelle pénologie » ? Une perspective internationale, *La note de veille d'analyse stratégique No. 106*, juillet 2008.

M. Feeley, J. Simon, The new penology: notes on the emerging strategy of corrections and its implications, *Criminology*, 30, 4, 1992.

L. Gracia Martin, Consideraciones críticas sobre el actualmente denominado « derecho penal del enemigo », *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología, Universidad de Granada, No. 6, 07-02-2005*: <http://criminet.ugr.es/recpc>

A. Kensey, La réalité statistique des peines et mesures concernées par l'obligation de soins, le suivi socio-judiciaire, in *AJ Pénal N° 2/2009*, février 2009.

Ph. Mary, Pénalité et gestion des risques : vers une justice « actuarielle » en Europe ?, *Déviance et Société*, 25, 1, 2001.

P. Mbanzoulou, La dangerosité des détenus. Un concept flou aux conséquences bien visibles : le PSEM et la rétention de sûreté, in *A J Pénal*, n° 4/2008, avril 2008.

A. Normandeau, Un panorama des politiques et des pratiques pénales de la nouvelle pénologie made in America : 1980-2005, in *ISC-EPRED Vol XV*, Ed. Cujas, 1996.

Pinell P., Analyse sociologique de la formation des psychiatres en France (1968-2000), rapport de recherché, Centre de Sociologie Européenne-Iresco,

W.D. Pithers *et al*, Identification of risk factors through clinical interviews and analysis of records. In R. Laws (Ed), *Relapse Prevention with Sex Offenders*, N.Y., Guilford Press, 1989.

P. Poncela, Promenade de politique pénale sur les chemins hasardeux de la dangerosité, in P. Mbanzoulou, H. Bazex, O. Razac, J. Alvarez (dir), *Les nouvelles figures de la dangerosité*, Paris, L'Harmattan, 2008.

G. Portillas Contreras, Fundamentos teoricos del derecho penal y procesal penal del enemigo, indialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=839233&orden=88283

J-L Senon et C Manzanera, Psychiatrie et justice : de nécessaires clarifications à l'occasion de la loi relative à la rétention de sûreté, in *A J Pénal*, n° 4/2008, avril 2008.

G. Sikes et D. Matza, Techniques of neutralization, a theory of delinquency, *American Sociology Review*, vol. 22, 1957.

J-M Silva Sanchez, *La expansion del derecho penal, Aspectos de la política criminal en las sociedades postindustriales*, Madrid, Civitas, 2001.

T. Slingeneyer, La nouvelle pénologie, une grille d'analyse des transformations des discours, des techniques et des objectifs dans la pénalité, *Champ Pénal Vol IV*, 2007 (revue électronique).

P. V. Tournier, Infractions sexuelles, victimation, traitement pénal des mis en cause, évaluation de la récidive. Conférence présentée au colloque, *Le renouveau de la sanction pénale : évolution ou révolution ?*, Université de Caën, avril 2009.

M. Vacheret, J. Dozois, G. Lemire, Le système correctionnel canadien et la nouvelle pénologie : la notion de risque », *Déviance et Société N°1*, 1998.

ANNEXES

Cour d'Appel de Montpellier
Tribunal de Grande Instance de Montpellier
Place Pierre Flotte
34040 MONTPELLIER CEDEX 1
Cabinet de C.KONSTANTINOVITCH
Juge de l'Application des Peines.

Monsieur

actuellement détenu à Villeneuve les Maguelone

Objet : obligations du suivi socio judiciaire

Monsieur,

Vous avez été condamné le _____ par le (Tribunal Correctionnel , Cour d'Appel ou Cour d'Assises) d'emprisonnement dont _____ ans avec sursis et une mesure de suivi socio judiciaire avec injonction de soins pour une durée _____ ans , la Cour a fixé à 2 ans la durée maximum d'emprisonnement encouru pour non respect des obligations du suivi socio judiciaire .

Je vous indique que le suivi socio judiciaire débutera le jour de votre libération , laquelle est actuellement fixée au _____

Durant la détention il vous appartient de débuter des soins et de prendre pour cela contact, pour ce qui concerne la maison d'arrêt de Villeneuve les Maguelone, avec l'UCSA.

Si vous faites le choix de n'en rien faire et d'attendre votre libération pour consulter un psychiatre, je vous précise que le bénéfice des réductions de peine supplémentaires peut vous être refusé conformément à l'article 721 1 du CPP qui dispose :

Une réduction supplémentaire de la peine peut être accordée aux condamnés qui manifestent des efforts sérieux de réadaptation sociale, notamment en passant avec succès un examen scolaire, universitaire ou professionnel traduisant l'acquisition de connaissances nouvelles, en justifiant de progrès réels dans le cadre d'un enseignement ou d'une formation, en suivant une thérapie destinée à limiter les risques de récidive ou en s'efforçant d'indemniser leurs victimes. Sauf décision du juge de l'application des peines, prise après avis de la commission de l'application des peines, les personnes condamnées pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru et qui refusent de suivre le traitement qui leur est proposé pendant leur incarcération, ne sont pas considérées comme manifestant des efforts sérieux de réadaptation sociale.

Les obligations du suivi socio judiciaire doivent vous être rappelées par le Juge de l'Application des Peines qui sera en charge de vous suivre après votre libération , quelques temps avant celle-ci, ce en application de l'article R 61-4 du CPP . Je vous invite donc à me faire savoir quel est votre projet , une installation dans l'Hérault ou dans un autre département

Je vous prie de croire, Monsieur, à ma parfaite considération

Fait à Montpellier le, 29 novembre 2007
Le Juge d'Application des peines

- original pour l'intéressé
- copie dossier suivi socio judiciaire
- copie dossier individuel Juge de l'Application des Peines
- copie dossier Centre pénitentiaire
- copie SPIP

récépissé de réponse (suivi socio judiciaire)

à retourner complété au Juge de l'Application des Peines par l'intermédiaire du greffe de la Maison d'arrêt

Je soussigné _____ a bien pris connaissance par le courrier du Juge de l'Application des Peines de Montpellier en date du _____ qu'il m'appartient de prendre contact avec l'UCSA pour entreprendre des soins durant ma détention à défaut de quoi le bénéfice des réductions de peine supplémentaire s pourra m'être refusé

Après ma libération j'envisage

de résider dans l'Hérault à l'adresse suivante

de retourner à l'adresse qui était la mienne avant l'incarcération laquelle est la suivante

je n'ai pas encore de projet défini, ni d'adresse mais je m'engage à me présenter au greffe du Juge de l'Application des Peines Place Pierre Flotte 34040 Montpellier dans les trois jours de ma libération

Fait à Villeneuve les Maguelone le
Signature

Cour d'Appel de Montpellier
Tribunal de Grande Instance de Montpellier
Cabinet de KONSTANTINOVITCH Catherine
Juge de l'Application des Peines
Tél 04.67.12.61.30
Fax 04.67.12.63.97

N° dossier: 200400024405

SOIT TRANSMIS

à Monsieur le Chef de l'Etablissement pénitentiaire
Maison d'arrêt de villeneuve les Maguelonne

Vu la procédure relative à _____ né le _____
Condamné par _____
à la peine de _____ emprisonnement délictuel par

actuellement détenue à _____

Je vous prie bien vouloir trouver ci joint un avis à remettre à _____ contre signature

Pour me permettre de respecter les dispositions de l'article R 61-4 du CPP, je vous remercie de me faire connaître dans le trimestre qui précède la libération la date de celle-ci

S'il était transféré avant sa libération je vous remercie également de m'en informer pour que je puisse transmettre le dossier de suivi socio judiciaire au juge de l'application des peines compétent.

Art R 61-1 du CPP « Lorsque le condamné est détenu, le rappel des obligations auxquelles il est soumis et qui est prévu au premier alinéa de l'article R. 61 est fait, dans les jours précédant sa libération, par le juge de l'application des peines sous le contrôle duquel le suivi socio-judiciaire doit être effectué.

Si le condamné décide de fixer, après sa libération, sa résidence habituelle dans le ressort d'un tribunal de grande instance autre que celui dans le ressort duquel est situé l'établissement pénitentiaire, le juge de l'application des peines du lieu de détention communique en temps utile au juge de l'application des peines compétent pour contrôler le suivi socio-judiciaire le dossier individuel mentionné à l'article R. 61-3.

Fait à Montpellier le , 29 novembre 2007
Le juge de l'application des peines

ÉnaP
École nationale
d'administration pénitentiaire

CIRAP

440 av. Michel Serres
BP 28
47916 AGEN cedex 9
+33 (0)5 53 98 98 98 - fax : +33 (0)5 53 98 98 99
www.enaP.justice.fr