

Rapport d'expert [25]

Existe-t-il un bénéfice que les soins soient ordonnés pénalement et pour qui ? Quel bilan pour le dispositif d'injonction de soins ? Quelle est sa place par rapport à l'obligation de soins ?

Virginie GAUTRON

Maître de conférences en droit pénal et sciences criminelles, Laboratoire Droit et changement social (UMR CNRS 6297), Université de Nantes.

Pour citer ce document, merci d'utiliser la référence suivante : Gautron, V. (2018). Existe-t-il un bénéfice que les soins soient ordonnés pénalement et pour qui ? Quel bilan pour le dispositif d'injonction de soins ? Quelle est sa place par rapport à l'obligation de soins ? Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge.

Sommaire

Existe-t-il un bénéfice que les soins soient ordonnés pénalement et pour qui ? Quel bilan pour le dispositif d'injonction de soins ? Quelle est sa place par rapport à l'obligation de soins ?.....	1
Sommaire	1
Introduction.....	2
Le public des soins pénalement ordonnés	3
Le public-cible de l'injonction de soin	4
Le public ciblé en pratique : le primat des catégorisations pénales	10
La mise en œuvre du dispositif de l'injonction de soin	12
Une asphyxie des services de prise en charge	13
Le condamné face aux soins pénalement ordonnés	18
Une inconnue : l'efficacité des traitements proposés sur le plan de la prévention de la récidive	22

Introduction

Répondre à ces questions exige une grande prudence, en raison de la rareté des recherches empiriques réalisées en France sur les soins pénalement ordonnés, qu'ils s'adressent au public des délinquants sexuels, aux personnes souffrant d'addictions ou de troubles psychiatriques. Les interrelations entre peine et soin, entre acteurs judiciaires et professionnels de santé, sont analysées de longue date par les chercheurs, mais ce sont leurs interactions et les modes de prise en charge en milieu carcéral qui concentrent généralement l'attention¹. A l'exception de quelques publications scientifiques et/ou professionnelles², les soins pénalement ordonnés en milieu ouvert (SPO) constituent rarement le cœur du propos. Il convient par ailleurs de déconstruire la notion de « bénéfique », dont le sens n'est pas univoque. Des bénéfiques pour qui : les condamnés, la société ou les divers professionnels impliqués dans le dispositif ? Des bénéfiques de quelle nature : judiciaires, sanitaires, sociaux ? Puisqu'il s'agit de dresser un « bilan », à l'aune de quelle(s) finalité(s) en mesurer les effets : soigner, prévenir et/ou contrôler ? Pour investiguer ces différentes dimensions, cette contribution s'appuie sur les études françaises et internationales disponibles, ainsi que sur une recherche empirique récente³, associant des juristes et des sociologues (Gautron (dir.), 2017). Entre 2014 et 2017, notre équipe⁴ a constitué et étudié un échantillon fondé sur la consultation des dossiers d'un SPIP au sujet de 99 condamnés à un suivi socio-judiciaire (SSJ). Cette étude nous a également servi de phase exploratoire préalable à la réalisation d'une recherche quantitative et qualitative de plus grande envergure (environ 2500 dossiers judiciaires traités dans six juridictions), cette fois consacrée à l'ensemble des soins pénalement ordonnés (Gautron (dir.), 2015-2020⁵). Afin de suivre les trajectoires biographiques, sociales et pénales des condamnés, ainsi que le déroulement du suivi thérapeutique en détention puis

2

¹ V. notamment, parmi les recherches les plus récentes, Lancelevée C., *Quand la prison prend soin : enquête sur les pratiques professionnelles de santé mentale en milieu carcéral en France et en Allemagne*, Thèse, EHESS, 2016 ; Saetta S., « Inciter des auteurs d'infractions à caractère sexuel incarcérés à se soigner », *Champ pénal/ Penal field* [En ligne], Vol. XIII | 2016, mis en ligne le 06 octobre 2016. URL [http://champpenal.revues.org/9401].

² Parmi les plus récentes, v. notamment Gautron V., « La médicalisation de la peine : un équilibre fragile entre aspiration thérapeutique et contrôle social », in Clay T. et al. (dir.), *Actes des états généraux de la recherche sur le droit et la justice*, LexisNexis, 2018 ; Gautron V., « Les mesures de sûreté et la question de la dangerosité : la place des soins pénalement ordonnés », *Criminocorpus* [En ligne], La prévention des récidives : Évaluation, suivis, partenariats, 2016. URL [URL : http://journals.openedition.org/criminocorpus/3195] ; Marques A., Saetta S., Tartour T., « Des murailles de papier. La contrainte aux soins en ambulatoire », *Revue française des affaires sociales*, 2016, n° 2, 57-74 ; Tesson J., Cordier B., Thibaut F., « Loi du 17 juin 1998 : bilan de l'expérience des médecins coordonnateurs en Haute Normandie », *L'Encéphale*, 2012, vol. 38, n° 2, 133-140 ; Ventéjoux A., Hirschelmann A., « Soins pénalement ordonnés et positionnements professionnels : des pratiques au carrefour de la santé et de la justice », *Pratiques Psychologiques*, 2014, n° 20, 95-110 ; Couhet G., De Rocquigny H., Verdoux H., « Soins pénalement ordonnés : étude des pratiques des psychiatres de la Gironde », *Annales Médico-Psychologiques*, 170(8), 2012, 569-572 ; Le Bodic C., Michelot M., Robin D., « Les soins pénalement ordonnés. Cadre légal et revue de la littérature », *Annales Médico-Psychologiques*, 2015, n° 173, 197-202 ; Orsat M., Auffret E., Brunetière C. et al., « Les soins pénalement ordonnés : une analyse d'une pratique complexe à travers une revue de la littérature », *L'encéphale*, 2015, n° 41, 420-428 ; Spriet H., Abondo M., Naudet F. et al., « L'indication d'injonction de soin repose-t-elle sur un diagnostic médical ? », *L'Encéphale*, 2014, vol. 40, n° 4, 295-300.

³ Gautron V., *Se soigner sous la contrainte : une étude du dispositif de l'injonction de soin*. Rapport de recherche, Mission de recherche Droit et Justice, 2017.

⁴ Ont également participé à cette recherche : Sylvie Grunvald, maître de conférences en droit pénal ; Jean-Nôel Retière, professeur de sociologie ; Emilie Dubourg, docteure en droit pénal et sciences criminelles ; Camille Trémeau, docteure en sociologie.

⁵ Pour une présentation de la recherche en cours : <https://repeso.hypotheses.org/>

AUDITION PUBLIQUE

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

en milieu ouvert, notre base de données anonymisées comporte des variables fermées, numériques et/ou textuelles : infractions commises ; peines et mesures de sûreté prononcées ; antécédents judiciaires ; divers indicateurs socio-démographiques sur les auteurs et les victimes (âge, sexe, emploi, diplôme, etc.) ; caractéristiques et fréquence du suivi thérapeutique en détention et en milieu ouvert ; principales conclusions des expertises psychiatriques et médico-psychologiques, des rapports des médecins coordonnateurs, des agents de probation ; manquements du condamné et réincarcération éventuelle ; etc. Si notre démarche d'objectivation reposait sur la saisie statistique de dossiers pénaux, nous avons armé cette approche quantitative par une ethnographie fondée sur des entretiens semi-directifs auprès de l'ensemble des professionnels impliqués dans le dispositif. Nous avons réalisé une trentaine d'entretiens auprès de sept magistrats (trois juges de l'application des peines, deux magistrats siégeant dans des juridictions de jugement, deux magistrats du parquet), onze conseillers et un directeur pénitentiaire d'insertion et de probation (CPIP et DPIP), six psychologues et six psychiatres exerçant comme experts, médecins coordonnateurs, thérapeutes en détention et/ou en milieu ouvert. Nous les avons interrogés sur les finalités qu'ils assignent à ces soins, sur leur pratiques respectives (décisionnelles, expertales, thérapeutiques, de coordination), sur leurs modes relationnels au quotidien, sur les difficultés qu'ils rencontrent au regard de l'offre locale de soins, de leurs contraintes en termes de moyens. Pour répondre aux questions posées, nous traiterons dans un premier temps du public concerné par ces soins pénalement ordonnés (I), puis des conditions de leur mise en œuvre (II).

Le public des soins pénalement ordonnés

3

Si les lois du 24 décembre 1953 et du 15 avril 1954 ont textuellement introduit les SPO à l'encontre des toxicomanes puis des alcooliques dangereux pour autrui, ils ne sont en pratique apparus qu'à la fin de cette décennie, après la consécration du sursis avec mise à l'épreuve. Désormais prononçables à tous les stades du processus pénal (contrôle judiciaire en amont du jugement, condamnation, mesure post-sentencielle), les « obligations de soin » s'appuient sur un cadre juridique très mince. Leur prononcé ne suppose aucune expertise psychiatrique ou médico-psychologique préalable, les textes étant par ailleurs silencieux sur les modalités relationnelles entre acteurs judiciaires et sanitaires, notamment sur le plan de l'échange d'informations au fil du suivi. Depuis la loi du 31 décembre 1970, le dispositif de l'« injonction thérapeutique » cible plus particulièrement les toxicomanes, de façon à ce que les parquets puissent proposer l'engagement de soins en amont des poursuites et, en cas de réussite, éviter une condamnation pénale. Sans abandonner les figures classiques de dangerosité que sont les « fous » et les « junkies », les paniques morales se sont déportées sur les délinquants sexuels durant les années 1990, plus particulièrement sur les pédophiles⁶, diabolisés à la suite de faits divers défrayant la chronique. Après des siècles de relative indifférence, sinon quelques périodes de tolérance, les pouvoirs publics, les médias et l'opinion s'alarment alors d'une progression du phénomène, les statistiques de police ayant doublé en vingt ans, mais pour des raisons tenant essentiellement à l'accroissement du taux de plainte⁷. Assimilés à des « prédateurs », ceux-ci ont été présentés comme particulièrement dangereux, inévitablement récidivistes, mais aussi comme des

⁶ Boussaguet L., La pédophilie, problème public. France, Belgique, Angleterre, Paris, Dalloz, coll. « Nouvelle bibliothèque de thèses sciences politique », 2008 ; Garapon A., Salas D., *Les nouvelles sorcières de Salem. Leçons d'Outreau*, Paris, éd. du Seuil, 2006.

⁷ 7 142 infractions sexuelles constatées par les services de police en 1974, 19 187 en 1994. Les délinquants sexuels représentaient 5% de la population écrouée en 1980, presque 10% en 1990, 14% en 1996, 25% en 2001. Si leur nombre a continué de progresser jusqu'en 2008 (7 895 en 2001, 8 311 en 2008), la tendance est depuis lors à la baisse (7 641 au 1er janvier 2014). Ils ne représentaient plus que 12,5% de la population incarcérée au 1er janvier 2014.

AUDITION PUBLIQUE

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

« malades » qu'il fallait traiter et surveiller sans discontinuer. Précédée de plusieurs rapports associant des responsables politiques, des universitaires, des professionnels de la justice et de la santé⁸, la loi du 17 juin 1998 a instauré une nouvelle peine, le suivi socio-judiciaire (SSJ ; art. 131-36-1 et s. du Code pénal), qui peut comprendre un suivi thérapeutique bien plus serré qu'une simple obligation de soin. La nouvelle « injonction de soin » fut introduite dans une optique assumée de défense sociale. Selon le rapporteur du texte au Sénat, Mr Jolibois, il s'agissait d'augmenter « l'ombrelle pénale sur les auteurs », « de soigner une personne, d'abord, dans un souci de protection de la société et, ensuite, pour elle-même ». Des controverses perdurent quant aux indications justifiant une injonction plutôt qu'une simple obligation de soin (§1). Les pratiques décisionnelles révèlent toutefois une quasi-systématisation de l'injonction, du moins au sujet des délinquants sexuels. Ce sont essentiellement des critères tenant à la nature des faits et à leur gravité qui semblent commander le prononcé d'une telle mesure, plutôt que des indicateurs médicaux ou criminologiques (§2).

Le public-cible de l'injonction de soin

Le primat textuel de la nature de l'infraction

Selon l'article 131-36-1 du Code pénal, le SSJ s'applique aux seules infractions pour lesquelles le législateur a prévu expressément cette sanction. Initialement focalisé sur les délinquants sexuels, au moins huit lois ont procédé à une extension de son champ d'application, mais aussi à un allongement de sa durée et à un durcissement de son régime d'exécution. Le législateur a progressivement permis son prononcé pour une vingtaine de crimes ou délits⁹. Il a également prolongé la durée du SSJ qui peut atteindre, au-delà du droit commun¹⁰ et sous réserve d'une décision spécialement motivée, 20 ans en matière délictuelle, 30 ans pour les crimes punis de 30 ans de réclusion, voire être perpétuel en cas de crime puni de la réclusion criminelle à perpétuité. Les sanctions encourues en cas de manquement ont été portées de deux à trois ans en matière délictuelle et de cinq à sept ans en matière criminelle. Un durcissement du régime de l'« incitation » en détention a quant à lui progressivement anéanti l'illusion d'une libre adhésion¹¹. Si le consentement du condamné demeure formellement exigé (art. 131-36-4

4

⁸ Cartier M.-E., *Rapport de la Commission d'étude pour la prévention de la récidive des criminels au ministre de la Justice*, 1994 ; Lempérière T., *Évaluation et expertise psychiatrique des condamnés*, Rapport au ministre de la Justice, 1994 ; Balier C., Parayre C., Parpillon C., *Traitement et suivi médical des auteurs de délits et crimes sexuels*, Rapport au ministère du Travail et des Affaires sociales et au ministère de la Justice, 1995. Balier C., Ciavaldini A., Girard-Khayat M., *Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels*, Paris, La Documentation française, 1996.

⁹ Atteintes volontaires à la vie des personnes (art. 221-1 à 221-5-1 du CP), disparitions forcées (art. 221-12 du CP), tortures et actes de barbarie (art. 222-1 à 222-5 du CP), coups mortels aggravés (art. 222-8 du CP), violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente aggravées (art. 222-10 du CP), violences habituelles sur mineur de quinze ans ou sur personne vulnérable (art. 222-14 du CP), réductions en esclavage et exploitations de personnes (art. 224-1 A à 224-1 C du CP), arrestations, enlèvements, détentions et séquestrations arbitraires (art. 224-1 al. 1er, 224-2 al. 1er, 224-3 al. 1er, 224-4 al.1er, 224-5 al. 1er, 224-5-2 du CP), délits de violences aggravées ayant entraîné une ITT supérieure à huit jours (art. 222-12 du CP), menaces à l'encontre du conjoint, du partenaire pacsé, du concubin (art. 222-18-3 du CP), trafics d'armes tenté ou commis (art. 222-52 à 222-60 du CP), incendies de végétaux exposant les personnes à un danger corporel ou exposant l'environnement à un dommage irréversible (art. 322-6 al. 2, 322-7, 322-8, 322-9 et 322-10 du CP), destructions ou dégradations commises ou tentées de biens appartenant à autrui par explosif ou incendie de nature à créer un danger pour les personnes (art. 322-6 et 322-11 du CP), diffusions de procédés permettant la fabrication d'engins de destruction (art. 322-6-1 du CP) ou encore toutes les infractions en matière de terrorisme, criminelles ou délictuelles (421-8 du CP).

¹⁰ 10 ans pour des délits, 20 ans pour les crimes.

¹¹ Mistretta P., 2011, « L'illusion du consentement du délinquant à l'acte médical et aux soins en droit pénal », *Revue internationale de droit pénal*, n° 82, 19-39.

AUDITION PUBLIQUE

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

CP), plusieurs dispositions textuelles visent à lever les réserves des condamnés les plus récalcitrants, diverses mesures de faveur (aménagement de peine, permissions de sortir, réductions de peine) étant conditionnées à l'engagement d'une prise en charge thérapeutique (art. 721, 721-1 et 729 du CPP). La loi du 10 août 2007 a parallèlement généralisé le dispositif de l'incitation en détention à tous les auteurs d'infractions relevant du champ d'application du suivi socio-judiciaire, au-delà des seuls condamnés à cette peine complémentaire. Elle a également restreint le caractère facultatif de l'injonction, alors même qu'il s'agissait par ce biais d'individualiser la sanction dans le respect du champ d'intervention du soin. La personne condamnée est désormais soumise à une injonction « *sauf décision contraire de la juridiction* », de sorte que les juges se trouvent contraints d'explicitier et de justifier toute exclusion, *a fortiori* lorsque les experts s'y sont déclarés favorables.

Sur le plan textuel, c'est donc l'acte qui semble essentiellement commander la mesure, plutôt que les spécificités psychopathologiques des condamnés, au risque de voir resurgir une « *peine thérapeutique* »¹² tant dénoncée par les soignants. Aucun critère fondé sur des considérations cliniques ou criminologiques ne permet par ailleurs de distinguer les champs d'application respectifs de l'obligation et de l'injonction de soin, la seule exigence pour la seconde étant une reconnaissance expertale de la possibilité d'un traitement (art. 131-36-4 CP). Seule l'intensité des contrôles médicaux et judiciaires distingue ces deux mesures, de sorte que c'est la dangerosité associée à certains actes qui s'affirme implicitement comme la principale indication de l'injonction.

Les controverses professionnelles relatives à la définition du public idoïne

Un consensus : faciliter l'accès aux soins d'un public peu demandeur

Parmi les objectifs de l'injonction, l'ambition de susciter une véritable adhésion au soin est partagée par l'ensemble des intervenants. À défaut de demande spontanée et « authentique », les professionnels de santé se sont pourtant longtemps dits sceptiques quant à l'efficacité des thérapies fondées sur la contrainte. Si les soins pénalement ordonnés sont encore loin de générer un consensus, plus particulièrement du côté des thérapeutes qui n'ont guère l'habitude ou l'envie de travailler auprès de cette « patientèle pénale », nombre de praticiens ne considèrent plus la contrainte comme un obstacle à l'émergence d'un véritable investissement. Les thérapeutes qui ont accepté voire porté la philosophie de l'injonction considèrent que ce dispositif permet de répondre aux spécificités psychopathologiques des auteurs de violences sexuelles¹³. S'ils insistent sur l'absence de profil unique de personnalité¹⁴, ce que confirme amplement notre étude, les condamnés pour violences sexuelles sont présentés comme un public généralement peu demandeur, peu motivé pour engager des soins, peu disposé à l'introspection et à la parole. Par méconnaissance, en lien avec leur bagage socioculturel ou éducatif, leur rapport à la psychiatrie serait particulièrement compliqué. Beaucoup percevraient la recommandation de soin comme un jugement, comme l'apposition d'un stigmate qui les assimilerait à des « fous ». L'injonction permet alors de « *leur économiser une demande* » qu'ils ne seraient pas en

¹² Salvage P., « La grande délinquance est-elle une maladie ? », *Dr. Pén.* 2010, études n°3.

¹³ V. notamment Balier C., Ciavaldini A., Girard-Khayat M., Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels, Paris, La Documentation française, 1996.

¹⁴ *Ibid.* ; Zagury D., « Perversion-Perversité : une recomposition à partir de la clinique médico-légale », in Coutanceau R., Smith J., Troubles de la personnalité. Ni psychotiques, ni névrotiques, ni pervers, ni normaux..., Paris, Dunod, 2013 ; Bouchet-Kervella D., « Existe-t-il des caractéristiques cliniques et psychopathologiques des pédophiles extra-familiaux adultes ? », in Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle, John Libbey Eurotext, 2001 ; Adam C., « Les classifications psychologiques d'auteurs d'infractions à caractère sexuel : une approche critique de la littérature », *Déviance et Société*, 2006/2 (Vol. 30), p. 233-261 ;

AUDITION PUBLIQUE

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

mesure de formuler eux-mêmes. Le dispositif est perçu comme un « *pari* » destiné à produire un « *décliv* », deux termes qui sont régulièrement revenus dans les propos de nos interlocuteurs. Parfois qualifié de « pré-thérapeutique », l'aménagement d'un premier espace de rencontre vise à dépasser la contrainte pour progressivement « *créer le besoin* »¹⁵.

Des points de dissensus

Des controverses liées aux finalités plurielles assignées à l'injonction de soin

Pour les professionnels de santé, le soin oscille entre une logique de « *cure* » et de « *care* » en l'absence de véritables « maladies » qu'il conviendrait de « guérir » ou de traiter. Par le biais d'un étayage psychologique, il s'agit d'accompagner le condamné pour qu'il développe des capacités d'introspection et de réflexion quant aux troubles qui l'affectent, mais aussi pour qu'il puisse exprimer ses blessures personnelles. La plupart présentent en effet des trajectoires biographiques heurtées, traversées par de multiples traumatismes¹⁶. La prise en charge thérapeutique doit également leur permettre d'affronter les souffrances induites par la détention, puis la fréquente phase de déstabilisation qui suit la libération. Sous l'influence d'approches psychodynamiques encore très ancrées dans la culture française, bien que non exclusives, les tentatives de modification du fonctionnement psychique des condamnés passent essentiellement par des entretiens individuels tournés vers la verbalisation de leurs émotions et ressentis, par une introspection destinée à infléchir progressivement leurs rapports à eux-mêmes et aux autres¹⁷.

Les magistrats, les CPIP, les experts et les médecins coordonnateurs qui s'approprient leurs missions d'auxiliaires de justice placent également la thérapie au service de la prévention de la récidive. Il est attendu qu'elle génère un engagement réflexif du condamné sur le sens, les motivations, les causes et les conséquences de son passage à l'acte, afin qu'il développe de véritables sentiments de culpabilité et d'empathie envers sa victime. Si les registres discursifs qu'ils mobilisent s'organisent désormais autour de la notion de prévention de la récidive¹⁸, la philosophie classique de l'amendement moral transparaît implicitement de leurs propos. Le soin s'affirme en quelque sorte comme une « *technique de redoublement des mécanismes légaux* »¹⁹. Alors que ces derniers n'agissent qu'« *à la surface de l'individu* », exigeant des actes formels (indemniser les victimes, exécuter sa peine) sans pouvoir le contraindre à éprouver « *certain affects, à modifier son rapport intime à tel ou tel acte* », le soin est censé « *transformer réellement, et en profondeur, le rapport du sujet à son acte, à sa culpabilité, à la victime et à sa peine* »²⁰.

Sans pour autant y être insensibles, bon nombre de thérapeutes refusent au contraire d'en faire la priorité de leur intervention, avec pour justification le souci de ne pas dénaturer le sens du soin. Dans un avis publié en 2006, le Conseil Consultatif National d'Éthique (CCNE) citait ainsi Catherine Paulet, psychiatre au centre pénitentiaire de Marseille : « *Le traitement n'a pas (et ne peut pas avoir) pour*

¹⁵ V. également Ciavaldini A., *Prise en charge des délinquants sexuels*, Paris, éd. Fabert, 2012, 27 et s.

¹⁶ Gautron V., *Se soigner sous la contrainte : une étude du dispositif de l'injonction de soin*, op. cit.

¹⁷ *Ibid.* ; Saetta S., op. cit.

¹⁸ Razac O., Gouriou F., Salle G., « La « prévention de la récidive » ou les conflits de rationalités de la probation française », *Champ pénal/ Penal field* [En ligne], Vol. XI | 2014, mis en ligne le 18 novembre 2014. URL : <http://journals.openedition.org/champpenal/8932> ; DOI : 10.4000/champpenal.8932

¹⁹ Doron C.-O., « La volonté de soigner. D'un singulier désir de soin dans les politiques pénales », *La philosophie du soin*, Paris, PUF, 2010, 287.

²⁰ *Ibid.*

AUDITION PUBLIQUE

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

objectif la prévention d'une récidive délinquante mais la mise en œuvre d'un travail (difficile et incertain) d'élaboration psychique qui permet au sujet souffrant engagé dans le travail, de repérer son fonctionnement mental, son mode relationnel et leurs conséquences, et le cas échéant d'y remédier. Dire cela ne constitue pas un désengagement coupable mais une nécessité thérapeutique, particulièrement en psychiatrie. Le soin peut, peut-être et de surcroît, contribuer ainsi à la prévention »²¹. Sans compter qu'ils pratiquent en réalité une version hétérodoxe de la cure analytique, les thérapeutes spécialisés dans ce champ d'intervention ne semblent pas toujours hostiles aux techniques de restructuration cognitive, que certains mobilisent dans le cadre de groupes de paroles. De plus, qu'elle soit groupale ou individuelle, la thérapie ne fait jamais l'économie de l'évocation des faits. Dans ses recommandations, le jury de la conférence de consensus des 22 et 23 novembre 2001 indiquait d'ailleurs que le praticien doit « décrypter les différentes expressions de dénégation partielle ou de minimisation pour accompagner le patient dans la voie d'une meilleure reconnaissance de ses responsabilités et de développement de l'empathie pour la victime »²². La plupart des thérapeutes entendent néanmoins appréhender le passage à l'acte sous l'angle du seul vécu subjectif des condamnés. Ils disent ne pas travailler sur les faits eux-mêmes mais, comme nous l'indiquait un psychologue exerçant en détention, « autour des faits et autour du sens qu'ont les faits pour la personne »²³.

Cette mise à distance des infractions commises et du cadre pénal n'est pas nécessairement comprise par les acteurs judiciaires. Cette dimension leur semble au contraire incontournable, d'autant plus qu'à la manière du législateur, certains légitiment l'injonction de soin non pas en référence aux troubles psychopathologiques des condamnés mais à l'acte posé. La délinquance sexuelle, par sa nature et sa gravité, serait en elle-même révélatrice d'une nécessité thérapeutique. Pour les professionnels de la justice, le sujet « doit se raconter, éclairer ses agissements à la lumière de son fonctionnement psychique », comme en témoignent les injonctions répétées des magistrats à l'égard des prévenus « en faveur d'un "travail", travail qui ne dit pas son nom mais qui consiste précisément en l'usage de la parole utilisée pour ses compétences normatives »²⁴. Alors même que des recherches internationales invalident ou nuancent fortement l'influence de critères comme le déni de la dimension criminelle des faits sur la récidive²⁵, l'expression d'authentiques sentiments de culpabilité et d'empathie envers la victime constitue encore le gage d'une bonne réinsertion. Elle se présente comme un critère d'évaluation majeur pour les CPIP comme pour les JAP lors de l'examen des demandes de permissions de sortir, de réductions ou d'aménagements de peine²⁶. Leurs appréciations sur la qualité des prises

7

²¹ Avis sur « La santé et la médecine en prison », 2006, n° 94.

²² Conférence de consensus. *Psychopathologie et traitements des auteurs d'agression sexuelle*. Fédération française de psychiatrie, John Libbey Eurotext, 2001.

²³ V. également Ventéjoux and Hirschelmann, *op. cit.*

²⁴ Bensa A. (dir.), *Politiques de l'expertise psychiatrique. Trajectoires professionnelles des experts psychiatres et styles de pratiques*, Rapport de recherche pour la Mission Droit et Justice, 2010, 88.

²⁵ V. notamment Herzog-Evans M., « Exécution des peines, délinquance sexuelle et « positionnement quant aux faits » : enjeux juridiques et criminologiques », *Actualité Juridique Pénal*, 2012, n° 12, 632-635 ; Lund C. A., « Predictors of sexual recidivism: did meta-analysis clarify the role and relevance of denial? », *Sexual Abuse: a journal of research and treatment*, 2000, vol. 12, n° 4, 275-287 ; Nunes K. L., Hanson R. K., Firestone P., Moulden H. M., Greenberg D. M., Bradford J. M., « Denial predicts recidivism for some sexual offenders », *Sexual Abuse: a journal of research and treatment*, 2007, vol. 9, n° 2, 91-105 ; Yates P.M., « Is sexual offender denial related to sex offence risk and recidivism ? A review and treatment implications », *Psychology Crime and Law Special Issue : Cognition and Emotion*, 2009, 15, 183-199 ; Harkins L. et al., « Relationships Between Denial, Risk, and Recidivism in Sexual Offenders », *Archives of Sexual Behavior*, 2015, 44, 157-166.

²⁶ Larminat (de) X., « Un continuum pénal hybride, Champ pénal/Penal field, 2014, 11. URL : <http://champpenal.revues.org/8965>. DOI : 10.4000/champpenal.8965.

AUDITION PUBLIQUE

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

en charge thérapeutiques sont partiellement indexées aux réflexions engagées sur le passage à l'acte, son contexte, ses causes, ses conséquences sur les victimes. Comme dans bien d'autres pays, refuser cette « *« rééducation psycho-criminologique »*²⁷, en connaissance des conséquences sur la durée de la peine purgée (refus de permissions de sortir, d'aménagements de peine), constitue l'indice d'une potentielle dangerosité faute de véritable rachat moral. « *A défaut de se montrer disposé à collaborer aux démarches de dévoilement de soi qu'exige le principe de la responsabilisation, la personne détenue est susceptible de favoriser la construction d'une représentation d'elle-même comme étant quelqu'un qui a quelque chose à cacher et dont il vaut mieux se méfier ; l'homme suspect décrit par C. Adam (2011), le risky client de S. Pollack (2010) »*²⁸. Sous l'effet d'une exagération régulière du détachement des soignants vis-à-vis des faits et de la prévention de la récidive, le sentiment d'une inadéquation de l'offre globale de soins prédomine parmi les agents de probation et les magistrats. Ces représentations opèrent en lien avec une critique, certes plus tardive qu'ailleurs, de la prééminence des approches psychodynamiques, à la fois jugées trop décentrées du passage à l'acte, mais aussi inadéquates face aux difficultés d'élaboration et de verbalisation de nombreux condamnés.

Le caractère positivement connoté du soin masque d'autres registres de justification plus familiers dans le champ répressif. Du côté des acteurs judiciaires, des experts et des médecins coordonnateurs, l'injonction de soin ne poursuit pas qu'une vocation thérapeutique, y compris lorsqu'elle intègre une réflexion sur le passage à l'acte. Beaucoup envisagent ce dispositif comme un instrument de surveillance médicale superposable au contrôle des institutions pénales. L'intervention des médecins coordonnateurs autoriserait un double regard médical, et donc un suivi plus intensif, ne serait-ce qu'en raison du cumul des entretiens (quatre par an en parallèle de ceux du thérapeute). Grâce à son statut, ses compétences et son réseau, ce psychiatre serait en mesure de sélectionner les thérapeutes les plus compétents, d'orienter le déroulement et le contenu des soins. Le dispositif présenterait l'avantage d'inscrire ce contrôle médical sur une plus longue période qu'en cas de simple obligation. Les convocations du médecin coordonnateur décuplèrent enfin la force de la contrainte dans l'esprit du condamné. Celui-ci serait d'autant plus enclin à respecter la mesure que pèse sur lui une véritable épée de Damoclès, à savoir une possible réincarcération en cas de manquement. En définitive, le consensus sur l'intérêt d'un accompagnement psychothérapeutique ne découle plus seulement de la volonté d'alléger des sujets de leurs souffrances, mais réactualise une stratégie de défense sociale. Le soin n'est plus un objectif en soi, mais un moyen placé au service de la protection de la société²⁹. Il ne vise plus tant la guérison d'une pathologie, mais plutôt « *l'encadrement sécurisant d'une potentialité de violence »*³⁰.

Des appréciations différentes de l'indication thérapeutique pour certains publics

Du fait d'attentes plurielles et potentiellement concurrentielles, les avis divergent sur l'adéquation du dispositif pour trois principaux groupes de condamnés. Le premier rassemble ceux qui ne reconnaissent pas les faits. En 2001, le jury de la conférence de consensus précitée a considéré que la

²⁷ Doron, C. (2010b). Soigner par la souffrance: La prise en charge des auteurs de violences sexuelles. *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 4(1), 87-113.

²⁸ Casoni D., « Enjeux éthiques et pratiques en clinique de l'agression sexuelle en milieu correctionnel », in Gravier B., Roman P., *Penser les agressions sexuelles*, Toulouse, Érès, 2016, 116.

²⁹ Gautron V., « De la société de surveillance à la rétention de sûreté : étapes, faux-semblants, impasses et fuite en avant », *Actualité Juridique Pénale*, 2009, n° 2, 54-57.

³⁰ Doron C. O., « Une volonté infinie de sécurité : vers une rupture générale dans les politiques pénales ? », in Chevallier Ph., Greacen T. (dir.), *Folie et justice : relire Foucault*, Paris, Érès, 2009, 189.

AUDITION PUBLIQUE

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

négaration des faits constituait « une contre-indication absolue à toute injonction ou obligation de soins. Pour conseiller l'opportunité d'une injonction de soin, l'expert devra évaluer chez le sujet : son degré d'adhésion à un éventuel processus de soin, sa capacité à se reconnaître inscrit dans un mode de réalisation sexuelle déviante »³¹. Cette exclusion est parfois contestée par les acteurs judiciaires, qui voient au contraire dans la négation des faits une justification d'autant plus forte de l'injonction, celle-ci devant précisément favoriser une réflexion sur le passage à l'acte. Si certains acceptent la position des soignants, d'autres considèrent que le déni n'empêche pas de « travailler » sur d'autres problématiques psychopathologiques. Parmi les experts, il ne semble pas y avoir de consensus concernant l'exclusion de l'injonction en cas de négation des faits, surtout lorsque des pathologies psychiatriques ou des addictions sont manifestes. Dans notre étude, un avis expertal défavorable à l'injonction apparaît dans un tiers des cas de négation, mais la totalité des dossiers concernés comprend au moins une expertise contraire. Tous ceux que nous avons interrogés, comme d'ailleurs les agents de probation, les magistrats et les soignants, se disent prudents quant à l'interprétation du discours des condamnés, des expressions verbales et comportementales de leurs tourments. Ils insistent sur le poids des enjeux judiciaires, les condamnés n'ignorant rien de la force des expertises dans le processus pénal. Certains reconnaissent les faits, mais présentent des remords « de façade », « ambigus » et fluctuants. D'autres affichent au contraire une totale négation des faits, mais pour des raisons qui tiennent principalement à leur volonté de sauvegarder leur estime d'eux-mêmes, de ne pas perdre la face vis-à-vis de leur famille ou de leurs proches. Toutefois, ce n'est pas toujours le sentiment qu'une fenêtre thérapeutique existe malgré le déni qui légitime l'intérêt de l'injonction sous la plume des experts. Malgré les résultats des recherches internationales, la reconnaissance des faits demeure un critère prégnant d'évaluation des risques de récidive, risques qui commandent par la suite le degré de contrôle sanitaire et judiciaire. Lorsqu'un traitement leur semble improbable et le « pronostic évolutif » plus que mesuré, ils mobilisent davantage les registres du contrôle et de la surveillance pour conclure malgré tout à l'intérêt d'une injonction. Plutôt que d'en écarter explicitement la pertinence, ils se contentent le plus souvent d'émettre des réserves sur la possibilité de soins.

9

Des désaccords persistent également au sujet des condamnés souffrant de sévères pathologies psychiatriques, notamment psychotiques. Dans notre étude, tous les experts psychiatres ont recommandé une injonction de soin en présence d'une psychose. Alors même qu'ils soulignent en entretien des difficultés de mise en œuvre, ces professionnels, comme les magistrats et les CPIP, considèrent que cette mesure est pertinente pour ce type de public, dans l'espoir qu'un surplus de contrôle médical évite une rupture de traitement, notamment médicamenteux. Seules des analyses quantitatives plus poussées permettraient de le confirmer statistiquement, mais l'on peut émettre à l'aune de notre échantillon l'hypothèse de contrôles plus longs et plus stricts à leur sortie de détention, en raison d'une double présomption de dangerosité régulièrement relevée dans la littérature scientifique. En effet, les huit personnes concernées par un diagnostic expertal de psychose ont été condamnées à des SSJ plus longs que la moyenne, alors même que la gravité des faits, leurs antécédents et la peine d'emprisonnement prononcée ne les distinguaient pas particulièrement. Pourtant, de nombreux thérapeutes considèrent qu'il s'agit d'une véritable contre-indication, car le dispositif de l'injonction contribuerait à criminaliser plus qu'elle ne l'est déjà la pathologie mentale. Il tendrait à supplanter une prise en charge hospitalière ou ambulatoire de droit commun et, du fait des difficultés à respecter ce cadre pénal, alimenterait le processus du « revolving door », sous la forme de

³¹ V. également Dubret G., « L'injonction thérapeutique de la loi du 17 juin 1998 : une tentative pour articuler la peine et le soin », *Annales Médico-Psychologiques*, 2006, n° 164, 852-853.

AUDITION PUBLIQUE

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

plus fréquents allers-retours en prison. Notre étude révèle qu'ils sont effectivement plus souvent absents aux rendez-vous auprès des médecins coordonnateurs et des CPIP.

Enfin, des réserves similaires apparaissent au sujet des condamnés atteints de déficiences intellectuelles. Du fait de leurs difficultés de compréhension et de verbalisation, de leurs faibles capacités d'introspection et d'élaboration, ceux-ci seraient difficilement accessibles à une psychothérapie. Tandis que les soignants évoquent en substitut les bienfaits d'une approche socio-éducative, les professionnels de la justice se réfèrent quant à eux systématiquement à ce public lorsqu'ils contestent la prédominance des pratiques d'orientation psychanalytique, au détriment d'approches comportementales et cognitives (TCC) qu'ils jugent plus adaptées et insuffisamment développées en France. Face à de lourdes déficiences, certains des psychiatres que nous avons interrogés n'y voient pourtant pas nécessairement de plus-value.

En revanche, la figure du « pervers incurable », longtemps dominante dans le champ de la psychiatrie, semble perdre du terrain. Dans notre échantillon, un seul expert exclut toute entreprise thérapeutique sur ce motif. Parmi d'autres, Daniel Zagury confirme que « *la seule vraie contre-indication au suivi thérapeutique des délinquants sexuels est la perversion quand elle occupe tout le champ de la personnalité et qu'elle régule et organise toutes les relations* », car « *la mise en échec des tentatives de traitement ne ferait qu'apporter un surcroît de jouissance* »³². Les professionnels de santé, mais aussi certains magistrats et CPIP interrogés, ont évoqué le caractère potentiellement contre-productif du suivi médical, lorsque les condamnés l'investissent non pas pour engager une véritable thérapie, mais pour y trouver des justifications, des rationalisations à visée dé-responsabilisante. Certains profiteraient du cadre thérapeutique pour tenter de manipuler, dominer sinon sidérer les soignants, déversant dans cet espace leurs violences en paroles. Pour autant, de tels profils se rencontreraient rarement, de sorte que les thérapeutes dénoncent régulièrement les interprétations à l'emporte-pièce des experts au sujet des perversions, infondées scientifiquement, qui reposeraient sur des jugements moraux et non sur une réelle observation clinique³³. Ils critiquent une surévaluation expertale de la fréquence des perversions, régulièrement déduite de la seule nature sexuelle de l'infraction. Ils considèrent que de tels troubles n'excluent pas toujours une approche thérapeutique, qui certes supposerait quelques aménagements par rapport aux démarches cliniques classiques. Ces pronostics définitifs excluant toute forme de prise en charge seraient loin de leur faciliter la tâche lorsqu'ils tendent à disqualifier leur intervention, confirmant le sentiment des condamnés qui les jugent inutiles.

10

Le public ciblé en pratique : le primat des catégorisations pénales

Dans un contexte socio-politique d'aversion au risque, les praticiens affrontent de lourdes accusations publiques à chaque récurrence médiatisée. Une « *logique immunitaire* »³⁴ tend à contaminer leurs pratiques évaluatives et/ou décisionnelles, d'autant qu'ils ne bénéficient pas toujours, tant s'en faut, du soutien et de la protection de leurs institutions d'appartenance. On constate dès lors une généralisation des préconisations expertales de soins, suivies d'une quasi-systématisation de leur prononcé.

³² Zagury D., « Perversion-Perversité : une recomposition à partir de la clinique médico-légale », in Coutanceau R., Smith J., *Troubles de la personnalité. Ni psychotiques, ni névrotiques, ni pervers, ni normaux...*, Paris, Dunod, 2013, 51.

³³ *Ibid.*

³⁴ Kaminski D., *Pénalité, Management, innovation*, Namur, Presses universitaires de Namur, 2009, 103

AUDITION PUBLIQUE

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

S'agissant des expertises, les recommandations de soin sont extrêmement fréquentes (présentes dans 91% des dossiers de notre échantillon), alors que la réattribution du pouvoir de les prescrire aux médecins visait pourtant à mieux filtrer le public-cible³⁵. S'ils sont loin d'en motiver chaque fois les raisons (dans 3 dossiers sur 4 seulement), leurs justifications reposent souvent sur une rationalité plus pénale que médicale. Dans la moitié des cas, la préconisation de soins est déduite de la nécessité d'une surveillance médicale et/ou d'un processus réflexif tourné vers l'amendement moral. Le prononcé d'une injonction paraît d'autant plus inéluctable qu'ils retiennent dans les mêmes proportions des risques de récidive (90% des dossiers comprenant une expertise), sans généralement en préciser l'ampleur, ni justifier un tel pronostic³⁶. Comme au sujet des recommandations de soins, les autres professionnels interrogés expliquent cette quasi-systématicité par un phénomène d'« *ouverture de parapluie* », de la part d'experts préférant cautionner l'existence de risques pour ne pas en prendre eux-mêmes, pour se dégager de toute responsabilité ou la faire porter en aval sur le juge en cas de réitération ultérieure.

Malgré les conditions de réalisation des expertises, qui se résument souvent à un bref entretien semi-directif, mené par des experts plus ou moins formés, l'influence de ces diagnostics et pronostics se traduit par une généralisation des soins pénalement ordonnés, du moins concernant les délinquants sexuels³⁷. Certes, tous les condamnés ne font pas l'objet d'une injonction de soin dès le stade de la condamnation. Dans notre échantillon de condamnés à un suivi-socio-judiciaire, ce fut le cas pour moins de six condamnés sur 10 (57.6%), 17.2% étant par ailleurs concernés par une simple obligation de soin. Au niveau national, faute de statistiques précises, les inspections générales des affaires sociales et des services judiciaires estimaient à 66 % le nombre de SSJ comprenant une injonction de soins, soit environ un millier de mesures en 2009³⁸. 3 800 injonctions de soin étaient alors en cours d'exécution, dont 10 % relatives à des infractions autres que sexuelles. Un an plus tard, une autre estimation ministérielle faisait état de 5 400 injonctions de soin en cours³⁹. À l'instar d'autres recherches⁴⁰ et des résultats de l'étude du ministère de la Justice fondée sur les données du casier judiciaire⁴¹, notre échantillon révèle que le SSJ demeure essentiellement dédié à la surveillance et à l'accompagnement des délinquants sexuels (92 des 99 dossiers étudiés), *a fortiori* en cas de crime sexuel et lorsque les victimes ont moins de 15 ans, même si l'on constate une extension de son champ d'application à des infractions sexuelles de moindre gravité.

S'agissant de l'injonction de soin, notre étude tend à démontrer que ce sont la nature des faits et leur gravité, davantage que des indicateurs proprement médicaux ou criminologiques, qui constituent les principaux critères décisionnels des magistrats. Si les juridictions de jugement ne semblent pas totalement indifférentes aux détails factuels du passage à l'acte et aux caractéristiques de personnalité des auteurs, cette maigre individualisation au stade du jugement se trouve presque anéantie au stade post-sentenciel, du fait de la propension des JAP à ajouter une injonction lorsqu'elle n'a pas été prononcée initialement. Plus de huit fois sur dix (84,8%), les condamnés de notre échantillon ont finalement fait l'objet d'une injonction de soin. Si l'on ajoute les simples obligations, la quasi-totalité d'entre eux (96%) ont été contraints d'engager ou de poursuivre une prise en charge sanitaire. A

³⁵ Gautron V., *Se soigner sous la contrainte*, *op. cit.*, 110 et s.

³⁶ *Ibid.*, 125 et s.

³⁷ *Ibid.*, 205 et s.

³⁸ Inspection générale des Affaires sociales et Inspection générale des services judiciaires, *Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soin*, 2011.

³⁹ Loi de programmation relative à l'exécution des peines, mars 2012

⁴⁰ Pour une synthèse des études réalisées, v. notamment Orsat M., Auffret E., Brunetière C. *et al.*, *op. cit.*

⁴¹ Josnin R., Le recours au suivi socio-judiciaire, *Infostat Justice*, 2013, n° 121.

AUDITION PUBLIQUE

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

l'inverse de la nature de l'infraction et de sa gravité intrinsèque, c'est-à-dire d'indicateurs qui relèvent plutôt d'une dynamique rétributive, les critères tenant à la personnalité, à la psyché et au positionnement des condamnés quant aux faits finissent par perdre toute influence. L'impact de leur évolution en détention, de leur degré d'adhésion et/ou de l'authenticité de leur désir de poursuivre la thérapie une fois libérés semble tout aussi modéré. Une fois pris en compte l'ensemble des mesures prononcées, en amont comme en aval du jugement, la qualité d'ascendant ou de personne ayant autorité, le nombre de victimes, la présence d'une récidive au sens légal du terme et d'antécédents judiciaires, y compris de nature sexuelle, importent peu. Il n'y a pas davantage de différences marquantes selon les trajectoires biographiques, les addictions, le niveau d'intelligence ou encore les principaux troubles psychopathologiques. Alors que les juridictions de jugement avaient plus souvent écarté l'injonction en cas de déni, la quasi-totalité des rares condamnés qui se sont maintenus dans une négation des faits (5 sur 6) s'y sont vus astreints en aval. Pour expliquer cette automaticité, les magistrats insistent sur leurs difficultés pour motiver l'exclusion de cette mesure lorsqu'un expert recommande des soins, car il leur faut alors contrer un argumentaire médical sans pourtant disposer des compétences nécessaires. Il n'en demeure pas moins qu'ils ne se saisissent guère des rares expertises défavorables (présentes dans 12% des dossiers de notre échantillon), sauf à de très rares exceptions⁴². En toute hypothèse, nombre de magistrats tendent à se convaincre que ces prises en charge thérapeutiques ne pourront pas faire de mal à défaut de faire du bien. Comme l'indiquait Michel Foucault, le prononcé de soins procure aussi bonne conscience, avec un retournement du « *vilain métier de punir dans le beau métier de guérir* »⁴³.

S'il s'agit sans nul doute d'un dispositif « *hybride* »⁴⁴, l'injonction de soin affronte donc, comme ailleurs, un « *déséquilibre graduel, mais constant* » entre les rationalités en présence, au profit d'une logique de contrôle des populations à risque⁴⁵. Les évolutions de son cadre juridique ont généré une contamination punitive insidieuse. L'extension continue du champ d'application du suivi socio-judiciaire, l'allongement de sa durée, le durcissement des modalités de l'incitation aux soins en détention, comme les restrictions apportées au secret médical⁴⁶, ont perturbé le fragile équilibre construit en 1998. Les différents intervenants s'inquiètent dès lors d'une perte de sens de la mesure, qui découlerait autant des conditions de son prononcé que des modalités concrètes de sa mise en œuvre.

La mise en œuvre du dispositif de l'injonction de soin

Il ne s'agit sans doute pas d'un paradoxe proprement français, mais la production effrénée de normes visant à systématiser les prises en charge thérapeutiques s'accommode parfaitement du sous-financement récurrent de la psychiatrie publique. Malgré la défense d'un principe de précaution, le populisme pénal ambiant se contente de l'affichage politique d'une illusion de sécurité. Il y a plus de dix ans, la Commission d'analyse et de suivi de la récidive présidée par Jacques-Henri Robert alertait pourtant sur les risques d'une extension inconsidérée, potentiellement « *dangereuse, voire contre-*

⁴² En présence d'une expertise défavorable à une injonction de soin, cette mesure a été prononcée dans 75% des cas, ce qui supposait toutefois la présence d'au moins une autre expertise concluant à la possibilité d'un traitement.

⁴³ Foucault M., *Les anormaux*, Cours au Collège de France, 1974-1975, Paris, Gallimard, 1999, 22.

⁴⁴ Ward T., « Punishment or therapy? The ethics of sexual offending treatment », *Journal of Sexual Aggression*, 2010, 16(3), 286-295.

⁴⁵ Quirion B., « Traiter les délinquants ou contrôler les conduites : le dispositif thérapeutique à l'ère de la nouvelle pénologie », *Criminologie*, 2006, vol. 39, n° 2, 146.

⁴⁶ Gautron V., *Se soigner sous la contrainte, op. cit.*, 410 et s.

AUDITION PUBLIQUE

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

productive au regard de l'insuffisance des moyens existants »⁴⁷. La multiplication des injonctions et des obligations de soin mobilise inutilement les soignants et asphyxie un système sanitaire déjà submergé, ce qui tend à attiser leurs positions défensives (§1). Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de ces mesures ne sont pas sans effet sur la façon dont les condamnés perçoivent et s'approprient cette contrainte de soin (§2). Face à cette « médicalisation » croissante de la peine, aucune évaluation française ne permet pourtant d'en mesurer l'efficacité sur le plan sanitaire ou de la prévention de la récidive (§3).

Une asphyxie des services de prise en charge

Le manque récurrent de moyens

La France manque de praticiens, qu'ils soient experts, médecins coordonnateurs, relais ou traitants. 465 experts psychiatres étaient inscrits sur les listes des Cours d'appel en 2014 (537 en 2012, 800 en 2007)⁴⁸. Du fait de l'augmentation parallèle du nombre d'expertises ordonnées (149 % entre 2002 et 2009), le ratio annuel est passé de 61 expertises par expert psychiatre en 2002 à 151 en 2009. Dans plus de la moitié des juridictions, les injonctions de soin ne peuvent être mises en place de façon satisfaisante faute de professionnels qualifiés. On dénombrait 237 médecins coordonnateurs au premier septembre 2011, très inégalement répartis sur le territoire⁴⁹. 17 départements en étaient dépourvus début 2012 (32 en 2010), de sorte qu'une loi de programmation de 2012 évaluait à 1 750 le nombre de mesures non exécutées, soit plus de 30 % des mesures alors en cours. Certes, une dotation financière supplémentaire est accordée depuis 2008 aux services sanitaires intervenant dans les 22 établissements pour peines chargés d'accueillir prioritairement les condamnés à une injonction de soin et ceux dont les infractions entrent dans le champ d'application du SSI (art. 763-7 et 717-1 du CPP). Au total, 40 psychiatres intervenaient dans ces établissements, 86 psychologues et 95 infirmiers en 2012⁵⁰. D'après un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection des services judiciaires (IGSJ), le ratio de psychiatres pour cent personnes écrouées est passé de 0,26 avant renforcement à 0,38 après ces recrutements, tandis que ce ratio était de 0,25 pour les établissements non spécialisés⁵¹. Ces moyennes masquent cependant d'importantes inégalités territoriales⁵². Certaines unités sanitaires peinent à recruter des psychiatres du fait de la localisation de l'établissement pénitentiaire, manquent de personnel formé, de sorte qu'il faudrait plusieurs mois pour obtenir un rendez-vous. Leur répartition géographique est insatisfaisante, ce qui entrave notamment le maintien des liens familiaux. L'essentiel des financements se concentre par ailleurs sur le milieu fermé, alors même que le dispositif de l'injonction de soin concerne surtout la prise en charge postérieure à la libération.

Une fois libérés, nombre de condamnés affrontent un véritable parcours du combattant pour poursuivre les soins en milieu ouvert⁵³. Des centres médico-psychologiques (CMP) sont dans

⁴⁷ Rapport au Ministre de la Justice, La documentation Française, 2007.

⁴⁸ Senon J.-L., Zagury D., « L'expertise psychiatrique pénale en France, un système à la dérive », *L'information psychiatrique*, vol. 90, n°8, 2014, 627-629.

⁴⁹ Blanc E., *Rapport d'information n°4421 sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel*, Assemblée nationale, 2012.

⁵⁰ *Ibid.*

⁵¹ IGAS, IGSJ, *Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soin*, 2011, 65.

⁵² IGAS, IGSJ, *Évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice*, 2015, 69 ; Inspection générale des Affaires sociales et Inspection générale des services judiciaires, *Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soin*, 2011.

⁵³ Gautron V., *Se soigner sous la contrainte*, op. cit., 273 et s.

AUDITION PUBLIQUE

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

l'incapacité d'offrir des prises en charge avant plusieurs mois. Certains refusent le public estampillé « justice », d'autres exigent une lettre de motivation à des condamnés qui, par définition, ne sont pas demandeurs et pour certains incapables de les écrire. Si le manque de moyens et l'afflux de patients constituent la principale justification des soignants qui y exercent, d'autres motivations plus souterraines génèrent des pratiques discriminatoires. La mise en œuvre des soins pénalement ordonnés réduisant d'autant les possibilités de suivre les patients réellement demandeurs, ces soignants vivent difficilement l'accueil de publics qui ne se cachent pas toujours d'une démarche purement opportuniste, de leur désintérêt pour une réelle démarche thérapeutique, ou qui n'adoptent pas le discours ou les attitudes attendues d'un « bon patient », censé manifester sa souffrance. Des contre-attitudes de rejet en découlent, avec le déploiement progressif d'une suspicion ciblant l'ensemble de la clientèle pénale, quand bien même certains condamnés manifestent un véritable désir d'accompagnement. D'autres obstacles à la prise en charge résultent de l'inadéquation du principe de sectorisation pour ce public, car les conditions de logement des condamnés sont souvent précaires et instables.

Face à ces difficultés sur le plan de l'accès et de la continuité des soins, la création de consultations spécialisées assurées par les thérapeutes exerçant en détention fait débat au sein de la profession. Le risque de constitution d'une filière spécifique a longtemps fait figure de repoussoir, car ce procédé accentue les effets de stigmatisation et le désengagement des services de droit commun, sans compter qu'il surcharge plus encore les praticiens exerçant en milieu carcéral. Toutefois, face aux réticences de leurs collègues, ces psychiatres et psychologues poursuivent régulièrement leurs prises en charge en milieu ouvert, surtout pour les publics qu'ils jugent « incasables », parce qu'ils ont eux-mêmes rencontré des difficultés durant leur suivi et/ou anticipent de vraisemblables refus de leurs confrères. Cette continuité présente à leurs yeux d'indéniables atouts pour les condamnés lorsque le lien thérapeutique est réel, qui se voient ainsi épargner la honte, la crainte et la fatigue d'avoir à répéter leur histoire et les infractions commises. Pour les plus isolés sur le plan social et familial, elle permet de maintenir un cadre rassurant, d'échanger dans un rapport de confiance déjà établi sur les difficultés rencontrées durant la période si critique qui suit la libération. L'implication des soignants exerçant en milieu carcéral est par ailleurs rassurante pour les acteurs judiciaires et les médecins coordonnateurs. Ils y voient la garantie d'une prise en charge immédiate et effective dès la sortie, par un interlocuteur qu'ils connaissent plus fréquemment que d'autres thérapeutes, notamment du secteur libéral. Sur un plan judiciaire autant que thérapeutique, le respect du cadre serait également mieux garanti par des thérapeutes aguerris, qui ont pu établir des liens de confiance avec le condamné au fil du temps, qui sont dès lors au fait de sa personnalité et, espèrent-ils, des risques potentiels. Dans certains cas, l'assurance de leur intervention à la libération faciliterait même l'obtention d'un aménagement de peine. Pour autant, ces soignants récusent une spécialisation trop accentuée. En 2011, les inspections générales chargées d'évaluer le dispositif de l'injonction de soin précisait, tout en recommandant ce type de consultations, qu'une telle organisation ne pouvait « être systématiquement préconisée. Leur existence est révélatrice de la part des centres de droit commun de lacunes qu'il s'agit de combler »⁵⁴. Pour les thérapeutes que nous avons interrogés, ces consultations post-carcérales doivent donc opérer durant une phase transitoire. Difficile pour les uns, un changement de thérapeute serait selon eux bénéfique pour d'autres. Certains condamnés préfèrent consulter un nouveau praticien pour éloigner le souvenir de leur expérience carcérale. Cette substitution ne signifierait pas nécessairement

14

⁵⁴ Inspection générale des Affaires sociales et Inspection générale des services judiciaires, *Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soin*, op. cit., 71.

AUDITION PUBLIQUE

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

reprendre les soins « à zéro », mais permettrait de relancer une thérapie en perte de vitesse, d'explorer à l'aide d'une approche différente d'autres problématiques.

Le renforcement des tensions interprofessionnelles

Si des dissensions entre acteurs judiciaires et sanitaires sont apparues dès les premières formules d'accompagnement médico-social des personnes placées sous main de justice, la multiplication des SPO et les évolutions du cadre juridique de l'injonction tendent à attiser les tensions interprofessionnelles. S'agissant de l'injonction, tous plaçaient leurs espoirs dans la nouvelle interface assurée par le médecin coordonnateur. Ce nouveau « *passer de frontières* »⁵⁵ devait en effet favoriser une articulation raisonnée des pratiques, mais aussi des finalités concurrentielles assignées à l'injonction de soin. À la frontière des activités judiciaires et thérapeutiques, il devenait le garant d'une juste délimitation, sans confusion des places, des champs d'intervention respectifs des magistrats, des CPIP et des soignants. À l'origine, des psychiatres et des psychologues investis dans la prise en charge de cette « patientèle pénale » ont défendu le principe de l'injonction de soin parce que le dispositif devait protéger et autonomiser l'espace du soin des incursions judiciaires. Sans exclure toute communication institutionnelle, ils espéraient s'extraire des attentes du système pénal, notamment se dégager des interrogations des agents de probation sur le déroulement de la thérapie, ceux-ci ayant désormais pour seul interlocuteur le coordonnateur. À l'inverse, les agents de probation et les magistrats appréhendent ce nouvel interlocuteur comme un moyen d'accéder au dispositif de soin. Une fois en capacité de suivre l'évolution de la mesure grâce aux informations transmises par le coordonnateur, d'objectiver l'investissement du condamné et de réagir dans le cas contraire, ils espèrent donner du « *sens* » et un véritable « *contenu* » à cette injonction, la crédibiliser aussi aux yeux du condamné. Outre le déploiement d'une surveillance médicale renforcée, le dispositif poursuit donc un contrôle judiciaire plus affiné.

En réalité, la plus-value de la nomination des médecins coordonnateurs demeure relative, même si le degré d'implication varie entre praticiens. Les échanges qu'ils établissent avec les thérapeutes d'un côté, les acteurs judiciaires de l'autre, se résument essentiellement au signalement et à la gestion des défaillances du condamné. Peu investissent leurs missions de conseil et d'appui auprès des thérapeutes qui le souhaiteraient. Si les acteurs du champ pénal attendaient beaucoup de leurs rapports pour mesurer, au-delà de l'assiduité formelle, l'investissement et l'évolution du condamné dans la thérapie, ces écrits professionnels sont de qualité variable et parfois très pauvres. De nombreux médecins coordonnateurs se contentent d'attester du respect formel de l'injonction de soin, de la présence aux rendez-vous du thérapeute comme des leurs. Les acteurs judiciaires s'expliquent généralement l'indigence des rapports transmis par les résistances des thérapeutes, qui refuseraient de révéler la moindre information qualitative au coordonnateur. Comme l'indiquent les inspections générales des affaires sociales (IGAS) et des services judiciaires (IGSJ), certains JAP jugent donc la coordination santé-justice « *insuffisante* », car ils n'ont pas de « *lisibilité sur la nature du suivi des soins en rapport avec l'infraction commise, et l'investissement des personnes détenues, de sorte qu'ils estiment ne pas être en mesure de prendre des décisions suffisamment éclairées, lorsqu'il n'y a pas d'expertise* »⁵⁶. Magistrats et CPIP comprennent d'autant moins les réticences des thérapeutes lorsque ces informations s'avèrent positives (investissement dans les soins, etc.) et dont la transmission ne pourrait donc être que favorable au condamné, notamment pour l'obtention d'un aménagement de

⁵⁵ Steadman, H. J., « Boundary Spanners: A Key Component for the Effective Interactions of the Justice and Mental Health Systems », *Law and Human Behavior*, 1992, 16(1), 75-87.

⁵⁶ *Évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice*, 2015, 69.

AUDITION PUBLIQUE

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

peine lorsqu'il est incarcéré. Puisqu'il s'agit d'éviter une réitération et de favoriser la réinsertion, au profit de la société comme du condamné lui-même, tous devraient selon eux « *travailler dans le même sens* » pour atteindre ce « *but* » partagé. À défaut, les soignants iraient à l'encontre des intérêts de leurs patients. Ils perçoivent leur silence non pas comme une protection du cadre thérapeutique, mais plutôt comme un moyen de protéger le pouvoir médical de toute ingérence, sinon comme une marque de défiance ou de mépris.

Ces incompréhensions s'inscrivent dans un contexte d'incertitudes professionnelles sur la portée du secret médical, alimenté par la promotion d'un secret dit « partagé » dont les contours demeurent obscurs. De nombreux magistrats et CPIP sont en effet persuadés que les thérapeutes sont déliés du secret médical vis-à-vis du médecin coordonnateur. Or, le fait que sa fonction soit plus proche de celle d'un expert que d'un thérapeute « bis » n'est pas sans incidence sur la nature des échanges qu'ils peuvent engager, au-delà d'éventuelles alertes en cas d'absences répétées aux consultations. En réalité, ce médecin ne se trouve pas en situation de « secret partagé » avec le thérapeute. Si ce dernier est habilité à l'informer d'une interruption du traitement ou de « *toutes les difficultés qu'il rencontre dans l'exécution du traitement* » (art. L3711-3 Code de la Santé Publique), les informations transmises ne peuvent aller au-delà, c'est-à-dire porter sur le fond de la thérapie. En 2001, le jury de la conférence de consensus précitée a précisé qu'il n'appartenait qu'au médecin coordonnateur, ou à l'expert en cas d'obligation de soin, de fournir au juge une évaluation de « *l'effectivité* » des soins et de « *l'évolution* » de la personne. Le médecin coordonnateur « *est chargé d'une évaluation longitudinale de l'effectivité des soins. Outre les expertises déjà réalisées, il n'aura d'autres informations cliniques sur la personne que celles qui résultent de ses propres examens. Il n'est pas en situation de secret partagé avec le médecin traitant* ».

Par ailleurs, à entendre de nombreux magistrats et CPIP, les informations qu'ils sollicitent ne tomberaient pas sous le coup du secret dès lors qu'ils ne sont pas en demande d'éléments sur une éventuelle pathologie ou sur le diagnostic, mais sur l'évolution de la personne, sur la fréquence du suivi, sur les conditions de prise en charge sanitaire à la sortie pour ce qui concerne le milieu fermé. Or, si les représentations et les pratiques ne sont pas homogènes, la plupart des soignants rappellent au contraire le caractère général et absolu du secret, particulièrement lorsqu'ils exercent en détention. Comme le confirme la jurisprudence, le patient ne peut aucunement délier le médecin de cette obligation, y compris envers d'autres médecins lorsqu'ils ne concourent pas à un acte de soins. Ce secret couvre « *l'ensemble des informations concernant la personne* » (art. L1110-4 du CSP), « *tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris* » (art. R4127-4 du CSP). Selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins, il « *s'impose pour tout ce que le médecin a pu voir, entendre ou même deviner ou déduire. Même les constatations « négatives » doivent être tues. Il n'y a donc pas de différence entre le « renseignement administratif » (nom, adresse...) et « médical » (diagnostic, traitement...), entre la confiance et le renseignement « anodin ». On attend du médecin une discrétion totale (même sur ce qu'il peut avoir appris en dehors des soins qu'il donne)* »⁵⁷. Les thérapeutes justifient leur silence par la crainte de perdre le lien difficilement établi avec les patients qu'ils prennent en charge, de passer à leurs yeux pour des délateurs⁵⁸. L'impossibilité d'instaurer une réelle confiance

⁵⁷ Commentaire sur le secret professionnel : <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-4-secret-professionnel-913>

⁵⁸ David M., « Le secret médical en prison et ailleurs. Un concept dépassé et ringard ou un désordre des esprits ? », *L'information psychiatrique*, 2015b, vol. 91, n° 8, 662-670 ; Dubret, G., « Loi du 17 juin 1998 et dangers », in Beaurepaire (de) C., Bénézech M., Kottler C. (dir.), *Les dangers*

AUDITION PUBLIQUE

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

et confidentialité se traduirait par une véritable chape de plomb, entravant la réussite des thérapies faute d'expression sincère et authentique.

En détention comme en milieu ouvert, les tensions interprofessionnelles continuent donc de se cristalliser sur la remise d'attestations et l'échange d'informations nominatives, les soignants affrontant des pressions croissantes pour qu'ils certifient non seulement la fréquence du suivi et l'assiduité du condamné, mais aussi son investissement et son évolution. Depuis 2012, la loi oblige les thérapeutes exerçant en détention à délivrer « *au moins une fois par trimestre, des attestations indiquant si le patient suit ou non de façon régulière le traitement proposé par le juge de l'application des peines* » (art. 717-1 CPP). Face au refus de nombreux praticiens d'indiquer ne serait-ce que la fréquence des entretiens, certains acteurs judiciaires utilisent le fichier GENESIS pour pister les mouvements des détenus vers les services sanitaires, ce qui est pourtant parfaitement contraire à la réglementation des fichiers. Ce procédé exacerbe les positions défensives des thérapeutes, car cette quantification de l'assiduité formelle soulève des enjeux éthiques et pratiques d'importance sur le plan du secret médical, de la préservation du lien thérapeutique et partant de l'efficacité des soins.

En milieu ouvert, les thérapeutes déplorent également que certains CPIP continuent de réclamer des attestations aux condamnés, voire de les contacter aux fins de vérification, deux tâches qui incombent exclusivement au coordonnateur⁵⁹. A leur crédit, le cadre juridique de l'injonction place les agents de probation dans une situation inconfortable. S'ils sont théoriquement exclus du dispositif de contrôle de l'injonction, les JAP n'entendent pas toujours les dessaisir de cette mission. Ils leur confient notamment le signalement, l'évaluation mais aussi la gestion concrète des incidents ou difficultés ne justifiant pas la mise à exécution de la peine encourue en cas de manquement. Ces professionnels se trouvent alors dans une position délicate : rendre compte de l'exécution d'une mesure sans disposer en amont d'informations pour se prononcer. Malgré leur mise à l'index textuelle, certains CPIP contrôlent donc les injonctions comme les simples obligations de soins, même si le flou qui entoure leurs missions alimente des pratiques très diverses. Leurs appels téléphoniques pour vérifier l'effectivité du suivi, leur insistance auprès des condamnés pour qu'ils abordent tel ou tel sujet avec leurs thérapeutes, voire sollicitent un suivi plus rapproché, sont d'autant plus mal vécus par ces derniers qu'ils récusent la pertinence des informations sollicitées, ainsi que les (sur)interprétations qu'en font les acteurs pénaux. Non seulement la qualité d'une thérapie ne saurait se déduire de la fréquence des entretiens⁶⁰, mais ces précisions induiraient des évaluations tout à fait différentes selon les acteurs judiciaires. Pour certains, plusieurs rendez-vous au cours d'un même mois constitueront le gage d'un investissement dans le soin, tandis que d'autres y verront au contraire le signe d'un mal-être, de troubles importants ou persistants, voire d'une potentielle dangerosité justifiant un suivi si rapproché.

Pour autant, même les praticiens les plus fermes dans la défense du secret médical acceptent parfois de livrer quelques informations lorsqu'il en va de l'intérêt de leur patient. Selon ce qu'ils savent ou pensent de leur interlocuteur, de ses façons d'interpréter et d'utiliser les informations en question, les

: de la criminologie à la psychopathologie, entre justice et psychiatrie, Paris : John Libbey Eurotext, 2004, 273-280.

⁵⁹ Gautron V., *Se soigner sous la contrainte*, op. cit., 355 et s.

⁶⁰ Comme l'indique un récent rapport d'évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice, ces professionnels considèrent qu'« *on ne peut, en tout état de cause juger de la pertinence d'un suivi à sa régularité, la prise en charge pouvant admettre des périodes utiles d'interruptions. Ils estiment dès lors que porter un jugement sur l'assiduité du suivi, même positif et à la demande de la personne détenue, équivaut à trahir la relation de confiance avec leur patient* ».

soignants adoptent une interprétation plus ou moins souple du secret professionnel⁶¹. La fréquence, l'ampleur et la qualité des échanges sont toutefois tributaires, non pas de textes qui exacerbent les oppositions plus souvent qu'ils ne facilitent la discussion, mais de rapports d'interconnaissance et de confiance, dont les conditions d'émergence sont loin d'être réunies. Les occasions de rencontres interprofessionnelles sont rares. Alors même qu'ils se disent en attente d'un surplus d'informations, d'une plus grande ouverture des professionnels de santé, les magistrats participent relativement peu aux rencontres, conférences ou journées d'études organisées par les CRIAVS, déléguant implicitement cette charge aux CPIP. Si les pratiques varient sur le territoire, les magistrats sont rarement à l'initiative de réunions multipartites, comme d'ailleurs les SPIP, en partie parce qu'ils n'ont guère de temps à consacrer à des réunions perçues comme chronophages, ou parce qu'ils y renoncent, persuadés que seul un dialogue de sourds pourra en résulter. En définitive, « l'ouverture » des professionnels de santé ne semble mesurée qu'à l'aune de leur acceptation d'échanges nominatifs, les rencontres institutionnelles plus générales n'étant pas nécessairement perçues comme un moyen indirect de les faciliter. Le constat d'une distance relationnelle n'est donc pas à sens unique. Les professionnels de santé perçoivent tout autant la justice comme une institution autocentrée, peu réceptive à leurs propres attentes, contraintes et analyses. Certes, ces praticiens se réunissent ponctuellement dans quelques sites, à l'occasion de réunions de concertation plus ou moins institutionnalisées. Si des discussions prudentes émergent ici et là, ces réunions prennent trop souvent la forme d'une illusion de concertation, d'échanges sporadiques ou qui s'essouffent rapidement, d'autant que la fréquence des mutations des magistrats, des CPIP et des personnels hospitaliers déstabilise chaque fois les réseaux constitués⁶². L'important *turn over* au sein des services publics oblige à réitérer régulièrement des démarches chronophages pour de maigres résultats. Le départ des acteurs les plus mobilisés conduit souvent à une perte des expériences acquises, à une démobilisation des plus investis, voire à une interruption de la démarche.

Le condamné face aux soins pénalement ordonnés

Au regard des conditions de mise en œuvre des soins pénalement ordonnés, quel bilan dresser pour les condamnés eux-mêmes ? Comment les principaux concernés perçoivent-ils et s'approprient-ils cette contrainte de soin ? La vivent-ils comme une peine ou comme un accompagnement thérapeutique réalisé dans leur propre intérêt ? Très peu de recherches françaises ont donné lieu à des entretiens auprès des intéressés, le plus souvent auprès d'échantillons très modestes⁶³. Notre étude ne peut quant à elle saisir leurs représentations qu'au travers du regard des professionnels qui les ont croisés, ou plutôt de leurs écrits. Elle nous a néanmoins permis d'effleurer ce que des chercheurs étrangers nomment l'épreuve ou les douleurs de la probation (« *pains of probation* »)⁶⁴.

⁶¹ Gautron V., *Se soigner sous la contrainte*, op. cit., 430 et s.

⁶² Gautron V., « La médicalisation de la peine : un équilibre fragile entre aspiration thérapeutique et contrôle social », in Clay T. et al. (dir.), *Actes des états généraux de la recherche sur le droit et la justice*, LexisNexis, 2018, 581-591.

⁶³ Brie G., *Traitement social de la criminalité sexuelle pédophile : rapports de pouvoir et lutte des représentations entre agents chargés du contrôle et condamnés*, Thèse, Université de Nanterre, 2012 ; Alvarez J., Gourmelon N., op. cit.

⁶⁴ Durnescu I., « Pains of Probation: Effective Practice and Human Rights », *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 2011, 55(4), 530-545.

AUDITION PUBLIQUE

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

Entre soumission passive et adhésion au soin

En surface, tous les condamnés ou presque engagent des soins dès l’incarcération (96% dans notre échantillon), l’aménagement d’un « régime de chantage »⁶⁵ ayant progressivement anéanti l’illusion d’un réel consentement. Le passage obligé par le SMPR semble si bien intégré que l’on pourrait même douter de l’intérêt des dispositions textuelles relatives à l’incitation aux soins en détention. En effet, sur les conseils de leurs avocats, de leurs familles ou de leurs codétenus, la plupart des détenus s’adressent aux thérapeutes avant même la condamnation, en détention provisoire, caressant ainsi l’espoir d’une plus grande clémence de la juridiction de jugement. La majorité adopte en réalité une posture de soumission passive aux soins. Pour autant, certains ne se cachent pas du caractère purement utilitaire de leur démarche, d’autres ou les mêmes manifestent le peu d’intérêt qu’ils y trouvent. Quelques-uns font preuve d’un sens plus aigu de la stratégie, cherchant à faire bonne figure devant l’expert, les CPIP ou le JAP, tant ils sont conscients des enjeux pour la suite de leur parcours post-sentenciel. En milieu ouvert, la succession de « portes fermées » ne fait que compliquer les rapports déjà difficiles qu’entretiennent ces condamnés avec le champ de la santé mentale. Ces entraves les plongent par ailleurs dans des situations de stress, tant ils craignent que l’absence de suivi médical se traduise rapidement par une (ré)incarcération.

Il n’est certes pas rare de noter des absences aux rendez-vous fixés par les thérapeutes, les médecins coordonnateurs et les CPIP. S’agissant des consultations du thérapeute, des absences figurent dans un tiers des dossiers que nous avons consultés, plusieurs environ une fois sur six. Des absences aux rendez-vous des médecins coordonnateurs apparaissent également dans près d’un tiers des cas, plusieurs environ une fois sur cinq. Elles concernent souvent des condamnés plus jeunes, dont les victimes étaient majeures, au passé pénal plus lourd mais pas nécessairement pour des antécédents de nature sexuelle, et pour lesquels les experts ont retenu des traits psychopathiques, identifié une psychose, un « état-limite » et/ou des déficiences intellectuelles. Ceci étant, les praticiens interrogés notent que les manquements véritables, par des condamnés rétifs à toute forme de prise en charge, seraient bien plus l’exception que la règle. Conscients de la coordination entre les différents acteurs, dont la réactivité pourrait aboutir à une réincarcération, la plupart se plient au cadre. Bon nombre de ces absences sont liées à de simples oublis ou sont justifiées par des raisons familiales, sociales ou professionnelles. Respecter les dates de rendez-vous s’avère en effet compliqué lorsque les condamnés affrontent des conditions de vie précaires, les amenant notamment à accepter au jour le jour quelques heures ou journées de travail. Les situations de marginalisation sociale influencent inévitablement l’investissement dans les soins, lorsque s’assurer des conditions minimales d’existence occupe tout l’espace psychique. Ce n’est donc qu’après plusieurs absences non justifiées, deux ou trois le plus souvent, que les thérapeutes contactent les coordonnateurs. Il en va de même pour ces derniers, qui procèdent généralement à un « recadrage » du condamné avant de signaler les manquements aux JAP et/ou aux CPIP. Les dossiers de notre échantillon font état d’un tel signalement dans une affaire sur cinq environ (22,7%), plusieurs dans 6% des cas. Le plus souvent, les JAP procèdent alors eux-mêmes, ou demandent aux CPIP de procéder, à un nouveau « recadrage » des personnes concernées.

Seize condamnés de notre échantillon, environ un sur six, ont été réincarcérés pendant le suivi en milieu ouvert. Dans près de la moitié des cas (7 condamnés), l’emprisonnement résulte de la commission de nouvelles infractions, dont deux affaires seulement de nature sexuelle. Cette réincarcération découle d’un manquement au SSJ dans dix dossiers, pour des raisons tenant au non-

⁶⁵ Sietta S., « Inciter des auteurs d’infractions à caractère sexuel incarcérés à se soigner », *op. cit.*

AUDITION PUBLIQUE

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

respect des convocations du JAP (4 affaires), du SPIP (6), du médecin coordonnateur (5), des rendez-vous avec le thérapeute (1) et/ou de manquements aux autres obligations ou interdictions (5). Si tous les condamnés ne se conforment pas aux attentes de l'institution judiciaire, il n'en demeure pas moins qu'aux dires des praticiens interrogés, les réussites sur le plan de l'adhésion au soin seraient fréquentes. Une trentaine des dossiers que nous avons étudiés témoigne en effet de l'investissement immédiat ou progressif dans la thérapie, de façon véritablement consentie. L'émergence d'un consensus interprofessionnel sur l'intérêt d'interrompre le suivi n'est pas pour autant le gage de l'obtention d'une levée de l'injonction, au risque de décourager les condamnés les plus investis.

Un risque de lassitude

L'improbable levée de l'injonction

Nombre d'agents de probation et de thérapeutes déplorent le prononcé trop fréquent des injonctions, d'autant que ces soins et les multiples contrôles qui les accompagnent se déploient sur de très longues périodes. En effet, près d'un tiers des condamnés de notre échantillon (31%) a été condamné à une peine privative de liberté de dix ans ou davantage, 7% à 15 ans ou plus, 36% à une peine comprise entre 5 et 10 ans. A leur terme, le SSJ court également sur de relativement longues périodes. Selon les services statistiques du ministère de la Justice, la durée moyenne du SSJ est de six ans pour les criminels, cinq ans en cas de délit, et s'allonge particulièrement en cas de viols commis en récidive (15% de 15 ans ou plus)⁶⁶. Dans notre échantillon, le SSJ opère durant 5 ans ou plus sept fois sur dix (71%), plus de dix ans dans 15% des cas, plus de 15 ans dans trois dossiers. Les professionnels contestent pourtant l'enfermement de l'injonction dans le cadre temporel prévu pour le suivi socio-judiciaire. Les thérapeutes demeurent dubitatifs quant à la pertinence de soins étalés sur de si longues périodes, s'interrogent sur leur capacité à mobiliser durablement les condamnés et s'inquiètent de leur propre essoufflement, à l'instar d'ailleurs des CPIP, confrontés aux mêmes interrogations concernant leurs suivis. Le prononcé de l'injonction par les juridictions de jugement entrave la prise en compte de l'évolution des condamnés au fil de la détention, ce qui tendrait à les décourager, une fois convaincus que leurs efforts sont vains. Si un relèvement demeure juridiquement envisageable lorsque la contrainte n'apparaît plus nécessaire (art. 763-6 du CPP), l'évitement de toute prise de risque professionnel explique l'inexistence de décisions en ce sens, sauf à de très rares exceptions⁶⁷. À défaut de relèvement, tous procèdent à des aménagements du cadre, à des « bricolages », les CPIP en espaçant progressivement leurs rendez-vous, les soignants en pratiquant des « pauses thérapeutiques ». Ces suivis formels induisent cependant des effets pervers, parce qu'ils risquent de vider l'approche thérapeutique de son sens, une fois circonscrite à une simple surveillance médicale, renforçant ainsi le sentiment d'une instrumentalisation judiciaire des soins et des soignants aux fins de contrôle social.

Bien qu'ils espèrent généralement « tourner la page » à leur sortie de détention, au motif d'avoir « payé leur dette » envers la société, les condamnés ont souvent le sentiment d'être constamment ramenés à ce qu'ils ont fait, à ce qu'ils ont été, sans jamais pouvoir complètement se tourner vers l'avenir, ou ne serait-ce que se concentrer sur leurs difficultés du quotidien. Durant des années, ils seront en effet questionnés à d'innombrables reprises sur le passage à l'acte à l'origine de la condamnation, par des CPIP, des JAP, des médecins coordonnateurs, mais aussi des thérapeutes. Sans compter le *turn over* des CPIP, des JAP et des soignants en détention, plus de la moitié des condamnés

⁶⁶ Josnin R., *op. cit.*

⁶⁷ Une seule demande d'un SPIP en toute fin de mesure dans notre échantillon, néanmoins refusée par le JAP.

AUDITION PUBLIQUE

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

de notre échantillon ont en effet connu un changement de thérapeute pendant le suivi en milieu ouvert (57%), un sur quatre plusieurs fois (26%), six au moins trois fois. Près d'un tiers a connu un ou plusieurs changements de médecins coordonnateurs (30%). Chaque renouvellement de référent, au niveau judiciaire comme sanitaire, oblige le condamné à répéter sa trajectoire biographique, familiale, sociale et pénale. Alors que ce contrôle post-carcéral s'inscrit officiellement dans une dynamique de responsabilisation, n'y a-t-il pas un « *risque d'infantilisation de la personne avec des suivis aussi longs ? Également, 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 ?* »⁶⁸. Outre l'« *usure* » induite par cette répétition des récits de vie⁶⁹, les condamnés doivent jongler entre les attentes contradictoires de leurs divers interlocuteurs, notamment lorsque l'autorité judiciaire réclame des attestations que leurs thérapeutes n'acceptent pas toujours de délivrer à la fréquence demandée. Dans plusieurs des dossiers étudiés, ils décrivent dès lors aux professionnels qui les interrogent des sentiments d'« *épuisement* », un « *vécu de contraintes sans fin* », de « *désespoir avec l'impression que tout est organisé autour [d'eux] pour [leur] rappeler avant tout ce qu'[ils ont] fait et l'impression que cela ne s'arrêtera jamais* » (extraits de rapports de médecins coordonnateurs).

Des soins au détriment de l'insertion sociale ?

Le cumul d'un contrôle judiciaire et médical n'est pas sans incidence sur la (ré)insertion sociale des condamnés. Sur un plan matériel, ceux-ci doivent s'organiser pour rencontrer régulièrement de multiples interlocuteurs (thérapeute, médecin coordonnateur, CPIP, JAP, services de police en cas d'inscription au FIJAIS), ce qui complique leurs autres démarches sur le plan social et professionnel, pourtant au moins aussi essentielles (emploi, logement, etc.). En effet, deux condamnés sur cinq disposaient d'un emploi (39%) à leur sortie de détention, majoritairement sous la forme de contrats « aidés » (51%). Leur situation professionnelle évolue peu, puisque le taux d'emploi passe à 46% au terme des suivis que nous avons étudiés. 14% gagnaient moins de 500€ par mois (contre 33% à la libération). Près de la moitié gagnait 1 000€ ou davantage (48%, contre 33%), 19% 1 500€ ou davantage (contre 13%). Une proportion non négligeable vivait des allocations adultes handicapés (18,2%), 14% du RSA. A la libération, peu disposaient d'un logement personnel (17%). Les soutiens familiaux ou de proches s'avèrent cruciaux (23% des hébergements), ainsi que les places en CHRS ou dans des hôtels sociaux (43% des hébergements). La précarité du logement, la proximité d'autres personnes en grande difficulté ou au contraire un isolement affectif et social, alimentent un processus de désaffiliation sinon des rechutes dans l'alcool, étant précisé que 40% des condamnés de notre échantillon souffraient d'alcoolisme. Le risque d'une « *psychologisation* » excessive des prises en charge est de faire passer au second plan leurs besoins sur le plan socio-économique⁷⁰. Or, plusieurs recherches internationales démontrent qu'un logement stable et l'obtention d'un emploi constituent des facteurs majeurs de non-récidive, y compris de nature sexuelle⁷¹. En outre, faute de médecin coordonnateur proche de leur

21

⁶⁸ Alvarez J., Gourmelon N., *op. cit.*, 170.

⁶⁹ V. également Brie G., *op. cit.*, 143.

⁷⁰ Larminat (de) X., *op. cit.*

⁷¹ Willis G. M., Grace R.C., « The quality of community reintegration planning for child molesters: Effects on sexual recidivism », *Sexual abuse: A journal of research and treatment*, 2008, 20(2), 218-240 ; Russell G. et al., « Community Reintegration of Sex Offenders of Children in New Zealand », *International Journal of Offender Therapy & Comparative Criminology*, 2013, 57(1), 55-7 ; O'Leary C., « The role of stable accommodation in reducing recidivism: what does the evidence tell us? », *Safer Communities*, 2013, 12(1), 5-12 ; Laws D.R., Ward T., *Desistance from sex offending: alternatives to throwing away the keys*, New York, Guilford Press, 2011.

AUDITION PUBLIQUE

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

domicile, il n'est pas rare que les condamnés soient dans l'obligation de se déplacer tous les trimestres à plus de 100 km pour rencontrer le médecin désigné, parfois pour des rendez-vous qui n'excèdent pas un quart d'heure. Ces déplacements sont souvent mal vécus, *a fortiori* lorsque le condamné n'est pas en demande de soin, et sont coûteux pour ceux qui ont de très faibles revenus. Les condamnés qui parviennent à trouver un emploi doivent obtenir au moins une demi-journée de congé pour s'y déplacer, auprès d'employeurs qui ne sont pas nécessairement au fait de leur situation pénale. Ils vivent d'autant plus mal ces rendez-vous qu'ils ne comprennent pas toujours le sens et la plus-value de l'intervention du coordonnateur, comparativement à celle des CPIP, surtout lorsque ces derniers maintiennent un contrôle des attestations de suivi.

Une inconnue : l'efficacité des traitements proposés sur le plan de la prévention de la récidive

La faiblesse des financements dédiés à la recherche, fondamentale autant qu'appliquée, et l'impossibilité d'accéder à certaines données entravent les démarches évaluatives. Le ministère de la Justice considère en effet que les dispositions actuelles du Code de procédure pénale n'autorisent pas l'accès des chercheurs aux données du casier judiciaire, interdisant dès lors toute comparaison avec les antécédents identifiés dans les dossiers pénaux, mais antérieurs à la condamnation et à la prise en charge thérapeutique. Si cet indicateur offre une mesure très imparfaite des réitérations⁷², il n'en demeure pas moins incontournable, faute de mieux, pour déterminer si la contrainte pénale de soins influe sur la récidive⁷³. Pour se prononcer, la littérature scientifique internationale est certes abondante, mais le « *paradigme français du soin* »⁷⁴ présente de nombreuses spécificités sur le plan des « traitements » proposés, des modes de sélection des publics et du cadre institutionnel régissant l'articulation santé-justice. Cultivant parfois un certain isolationnisme⁷⁵, chercheurs et praticiens français sont encore largement indifférents à la « *révolution cognitive* »⁷⁶ et même réfractaires aux propositions de la « *nouvelle pénologie* », que ce soit au sujet des méthodes d'évaluation des risques ou des programmes teintés de behaviorisme⁷⁷. Ces résistances, de plus en plus minoritaires à l'échelle mondiale, s'expliquent par une conjonction de facteurs. Outre la force des théorisations psychodynamiques⁷⁸, les professionnels de la santé mentale veillent scrupuleusement à l'indépendance conquise vis-à-vis de l'administration pénitentiaire, alors qu'ils appartiennent à son personnel dans bien d'autres pays. La suppression de la « médecine pénitentiaire », transférée au ministère de la santé, autonomise et protège davantage ces praticiens des attentes de l'institution judiciaire, comme elle préserve une approche médicale des modalités de traitement des délinquants. Les résultats des tentatives de quantification de l'efficacité du « traitement » des condamnés à l'étranger ne sont donc pas directement transposables aux dispositifs français.

22

⁷² Butts J. A., Schiraldi V., *Recidivism Reconsidered: Preserving the Community Justice Mission of Community Corrections*, Papers from the Executive Session on Community Corrections, Harvard Kennedy School, mars 2018.

⁷³ Rapport annuel de l'Observatoire de la récidive et désistance, Ministère de la Justice, 2017.

⁷⁴ Bergeron E., *L'Etat et la toxicomanie : histoire d'une singularité française*, PUF, 1999, 13.

⁷⁵ Herzog-Evans, M., « Probation in France: Some things old, some things new, some things borrowed, and often blue », *Probation Journal*, 2011, 58(4), 345-354.

⁷⁶ Quirion B., *op. cit.*

⁷⁷ Gautron V., *Se soigner sous la contrainte, op. cit.*, 177 et s. ; Dubourg E., Gautron V., « La rationalisation des méthodes d'évaluation des risques de récidive », *Champ pénal/ Penal field* [En ligne], Vol. XI | 2014. URL [<http://champpenal.revues.org/8947>].

⁷⁸ Lézé, S., *L'autorité des psychanalystes*, Paris : Presses Universitaires de France, 2010.

AUDITION PUBLIQUE

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

On constate toutefois l'importation embryonnaire mais progressive de méthodes d'intervention étrangères, essentiellement basées sur le modèle canadien⁷⁹, qui séduisent une fraction croissante des acteurs exerçant dans la sphère pénale, sanitaire, mais également universitaire⁸⁰. A l'appui de leurs démonstrations, ceux-ci évoquent les résultats des recherches quantitatives internationales qui tendent à invalider l'efficacité des approches psychodynamiques⁸¹, pour privilégier les thérapies cognitives et comportementales, notamment dans le cadre des modèles « *Risque/Besoins/Réceptivité* » (RBR)⁸² ou « *Good Lives Model* » (GLM)⁸³. Pour autant, les résultats des recherches sont loin d'être univoques. Certaines évaluations, fondées sur des essais randomisés et suivies de méta-analyses, aboutissent à des résultats nuls ou limités des programmes de traitement des délinquants sexuels⁸⁴. Récemment, une étude du ministère de la Justice anglais a même conclu que les condamnés soumis au programme SOTP, mis en place depuis 1991 sous la forme de techniques cognitivo-comportementales et de thérapies de groupe, récidivaient un peu plus souvent que les autres⁸⁵. Au titre des facteurs explicatifs, l'étude pointe notamment une trop forte insistance sur la

⁷⁹ Bérard J., Chantraine G., « Chercher son modèle et trouver son double : Les usages de l'exemple québécois/canadien dans la conception des réformes pénales et pénitentiaires françaises depuis les années 2000 », *Politix*, 2017, 120(4), 87-111.

⁸⁰ V. notamment Herzog-Evans M., « What on earth can this possibly mean? French reentry courts and experts' risk assessment », *International Journal of Law and Psychiatry*, 2016, 44, 98-108 ; Vanderstukken O. et al., L'introduction du Good Lives Model en France : une risque de confusion avec le soin ?, *A.J. Pénal*, 2018, 1, 13-18 ; Hirschelmann A., Lafortune D., Guay J.-P., *Un programme d'évaluation des personnes placées sous main de justice fondé sur les principes du risque, des besoins et de la réceptivité*. Rapport de Recherche, Université de Rennes, Université de Montréal, 2016 ; Baratta A. et al., « Prise en charge médicojudiciaire des auteurs d'infractions sexuelles », *Médecine & Droit*, 2011, 107, 114-123 ; Benbouriche M., Vanderstukken O., Guay J.-P., « Les principes d'une prévention de la récidive efficace : le modèle Risque-Besoins-Réceptivité », *Pratiques psychologiques*, 2015, 21, 219-234.

⁸¹ Marshall W.L et al., « Treatment outcome with sex offenders », *Clinical Psychology Review*, 1991, 11(4), 465-485.

⁸² V. notamment Andrews D. A., Bonta J., *Le comportement délinquant. Analyse et modalités d'intervention*, Agen : Les Presses de l'ENAP (traduction C. et Bossé et M. Herzog-Evans), 2015 ; Bourgon G., Helmus L., Hodgson S., « The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders : A meta-analysis », *Criminal Justice and Behavior*, 36, 865-891.

⁸³ V. notamment Ward T., Stewart C. A., *The treatment of sex offenders: Risk management and good lives*. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2003, 34, 353-360 ; Willis G.M. et al., « How to integrate the good lives model into treatment programs for sexual offending: an introduction and overview », *Sex Abuse*, 2013, 25(2), 123-142.

⁸⁴ Pour une synthèse récente en français, v. Yates P. M., « Les insuffisances du traitement des délinquants sexuels », *AJ Pénal*, 2017, 272 ; v. également Dennis J. A. et al., « Psychological interventions for adults who have sexually offended or are at risk of offending (review) », *Cochrane Library*, 2012, 12 ; Hanson K. R. et al., « The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: a meta-analysis », *Criminal Justice & Behavior*, 2009, 36(9), 865-891 ; Långström N. et al., « Preventing sexual abusers of children from reoffending: systematic review of medical and psychological interventions », *British Medical Journal*, 2013, 347 ; Pérez D. M., Jennings W.G., « Treatment behind bars: the effectiveness of prison -based therapy for sex offenders », *Journal of Crime and Justice*, 2012, 35(3), 435-450 ; Schmucker M., Lösel F., « Does sex offender treatment work ? Systematic review of outcome evaluations », *Psicothema*, 2008, 20(1), 10-19 ; Schmucker M., Lösel F., « The effects of sexual offender treatment on recidivism: an international meta-analysis of sound quality evaluations », *Journal of Experimental Criminology*, 2015, 11(4), 597-630 ; Hanson R. K., Morton-Bourgon, K. E., « The characteristics of persistent sexual offenders : A meta-analysis of recidivism studies », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2005, 73, 1154-1163 ; Hanson R. K., « Review: Evidence does not support a reduction in sexual reoffending with psychological interventions, but further high-quality trials are needed », *Evidence Based Mental Health*, 2013, 16(3), 68.

⁸⁵ Mews A., Di Bella L., Purver M., *Impact evaluation of the prison-based Core Sex Offender Treatment Programme*, Ministry of Justice, Analytical Series, 2017.

méthode groupale, la standardisation et le manque d'adaptation selon les besoins particuliers des participants, alors qu'une méta-analyse récente souligne au contraire l'importance des pratiques individualisées⁸⁶.

Si les chercheurs et praticiens français doivent évidemment tenir compte des expérimentations et des résultats des recherches criminologiques sur les programmes de traitement engagés à l'étranger, *a fortiori* en raison de l'inexistence d'évaluations de ce type dans notre pays, il n'en demeure pas moins que les promoteurs de tels modèles d'intervention en France tendent trop souvent à passer sous silence les nombreux travaux critiques publiés au niveau international, y compris ceux des quantitativistes les plus aguerris. A rebours d'une vision parfois idéalisée des expériences étrangères, de nombreuses recherches internationales dévoilent des controverses sur des enjeux éthiques et pratiques similaires à celles qui animent les débats dans l'Hexagone. Des chercheurs s'inquiètent en effet de punitions déguisées en « *cures* »⁸⁷, de traitements qui ne viseraient plus tant à soulager un sujet de ses souffrances, mais à normaliser, contrôler et surveiller les condamnés aux fins de protection de la société⁸⁸. Depuis le « *renversement paradigmatique de la nouvelle pénologie* »⁸⁹, un « *nouveau réhabilitationnisme* » produit aussi à l'étranger une « *reconfiguration du sujet ontologique que la réhabilitation* », perçu non plus comme un pécheur ou un patient, mais comme un individu « à risque »⁹⁰. Les programmes d'inspiration cognitivo-comportementale engagent bien souvent une « *nouvelle alliance discursive* » avec la punitivité, en participant à la responsabilisation et à la « *re-moralisation* » des délinquants, en leur inculquant « *une boussole morale* » pour guider leurs actions futures⁹¹. Comme en France, ces évolutions placent les thérapeutes face à des dilemmes éthiques : atteintes au secret médical, absence de consentement authentique aux soins, voire obligation de reconnaître les faits⁹².

Sur le plan des méthodes d'évaluation, l'effet de fascination généré par la production statistique au niveau international, qui confine parfois à une véritable « *quantophrénie* »⁹³, tend à masquer les limites sinon les effets pervers des méta-analyses⁹⁴, des essais randomisés contrôlés⁹⁵, des échelles

⁸⁶ Schmucker M., Lösel, F., « The effects of sexual offender treatment on recidivism: an international meta-analysis of sound quality evaluations », *op. cit.*

⁸⁷ Glaser, B., « Therapeutic Jurisprudence: an Ethical Paradigm for Therapists in Sex Offender Treatment Programs », *Western Criminology Review*, 2003, 4(2), 143

⁸⁸ Garland D., *The culture of control*. Oxford, Oxford University Press, 2001 ; Lacombe D., « Consumed with sex : the treatment of sex offenders in risk society », *British Journal of Criminology*, 2008, 48, 55-74.

⁸⁹ Quirion B., *op. cit.*

⁹⁰ Robinson G., « Late-modern rehabilitation. The evolution of a penal strategy », *Punishment & Society*, 2008, 10(4), 432.

⁹¹ *Ibid.*

⁹² Glaser B., « Treaters or punishers? The ethical role of mental health clinicians in sex offender programs », *Aggression and Violent Behavior*, 2009, 14, 248-255.

⁹³ Sorokin P., *Tendances et déboires de la sociologie américaine*. Paris, Aubier, 1959.

⁹⁴ Ioannidis J., « The Mass Production of Redundant, Misleading, and Conflicted Systematic Reviews and Meta-analyses », *The Milbank Quarterly*, 2016, 94(3), 485-514.

⁹⁵ Marshall W.L., Marshall L.E., « The Utility of the Random Controlled Trial for Evaluating Sexual Offender Treatment: The Gold Standard or an Inappropriate Strategy? », *Sex Abuse*, 2007, 19(2), 175-191 ; Deaton A., Cartwright N., « Understanding and misunderstanding randomized controlled trials », *Social Science & Medicine*, 2017.

AUDITION PUBLIQUE

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

actuarielles⁹⁶ ou de toute autre technique⁹⁷ appuyant désormais les « evidence-based policies »⁹⁸. Que leurs conclusions soient positives ou négatives, ces études quantitatives reposent souvent sur des échantillons très restreints, des données et/ou des groupes de contrôle de faible qualité⁹⁹. Nos propres recherches quantitatives, notamment le temps passé avec notre équipe à encoder et à traiter des informations issues de milliers de dossiers pénaux, nous confrontent constamment aux limites de la mathématisation des comportements sociaux¹⁰⁰. Il est plus que jamais nécessaire de rester prudent et modeste face au déploiement d'une nouvelle obsession de la quantification, qui n'est d'ailleurs pas sans rappeler celle des positivistes de la fin du XIX^e siècle. Bien des données classiques et pourtant sommaires sont difficiles à coder et doivent être maniées avec une infinie précaution, d'autant qu'elles constituent rarement le pur « *reflet d'un savoir objectif* »¹⁰¹. Les approches qualitatives, ethnographiques, sont dès lors tout aussi essentielles et ne méritent pas d'être invalidées sans autre discussion, sous couvert d'un pragmatisme fondé sur une prétendue neutralité axiologique. Les scientifiques devraient se garder de revêtir, pour paraphraser des psychiatres et psychologues

⁹⁶ V. notamment Dubourg E., Gautron V., op. cit. ; Raoult S., « L'évaluation du risque de récidive : l'expert, le politique et la production du « chiffre », RSC, 2014, 3, p. 655 ; Harcourt B. E., « Risk as a proxy for race », University of Chicago, Law & Economics, John M. Olin Working paper, 535 & Public Law and Legal Theory Working paper, 2010, 323 ; Harcourt B. E., « Surveiller et punir à l'âge actuariel. Généalogie et critique », part. I, *Déviante et société*, 2011a, vol. 35, n° 1, 5-33 ; Harcourt B. E., « Surveiller et punir à l'âge actuariel. Généalogie et critique, part. II », *Déviante et société*, 2011b, vol. 35, n° 2, 163-194 ; Yang M, Wong S. C., Coid J., « The efficacy of violence prediction: A meta-analytic comparison of nine risk assessment tools », *Psychological Bulletin*, 2010, vol. 136, n° 5, 740-767 ; Campbell T. W., DeClue G., « Flying blind with naked factors: Problems and pitfalls in adjusted-actuarial sex-offender risk assessment », *Open Access Journal of Forensic Psychology*, 2010, n° 2, 75-101 ; Hannah-Moffat K., « Actuarial sentencing: an « unsettled » proposition », *Justice Quarterly*, 2013, vol. 30, n° 2, 270-296 ; Robinson R., « Exploring risk management in probation practice, contemporary developments in England and Wales », *Punishment & society*, 2002, vol. 4, n° 1, 5-25 ; Starr S. B., « Evidence-Based Sentencing and the Scientific Rationalization of Discrimination », *Stanford law review*, 2014, n° 66, 803-872.

⁹⁷ Ho D.K, Ross C.C., « Cognitive behaviour therapy for sex offenders. Too good to be true ? », *Criminal Behaviour and Mental Health*, 2012, 22, 1-6 ; Chambers C., *The Seven Deadly Sins of Psychology : A Manifesto for Reforming the Culture of Scientific Practice*, Princeton University Press, 2017 ; Harris R., *Rigor Mortis : How Sloppy Science Creates Worthless Cures, Crushes Hope, and Wastes Billions*, Basic Books, 2017.

⁹⁸ V. notamment Harrison G.W., « Cautionary notes on the use of field experiments to address policy issues », *Oxf. Rev. Econ. Pol.*, 2014, 30(4), 753-763 ; Horwitz R.I. et al., « From evidence-based medicine to medicine-based evidence », *American Journal of Medicine*, 2017, 130(11), 1246-1250 ; Greenhalgh T., Russell J., « Evidence-based policymaking: a critique », *Perspectives in Biology and Medicine*, 2009, 52(2), 304-318 ; Saltelli A., Giampietro M., « What is wrong with evidence based policy, and how can it be improved? », *Futures*, 2017, 91 ; 62-71 ; Newman J., « Deconstructing the debate over evidence-based policy », *Critical Policy Studies*, 2017, 11(2), 211-226 ; Holmes D. et al., « Deconstructing the evidence-based discourse in health sciences: truth, power and fascism », *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 2006, 4, 180-186 ; Klingele C., « The Promises and Perils of Evidence-Based Corrections », *Notre Dame Law Review*, 2016, 91(2), 537 et s. ; Ryan M. J., « Science and the New Rehabilitation », *SMU Dedman School of Law Legal Studies Research*, 2013, Paper n°97 [URL: <https://ssrn.com/abstract=2019368>] ; Hammersley M., *The Myth of Research-Based Policy and Practice*, London: SAGE, 2013 ; Petersen A.C., Olsson J.I., « Calling evidence-based practice into question: Acknowledging phronetic knowledge in social work », *British Journal of Social Work*, 2015, 45(5), 1581-1597.

⁹⁹ *Ibid.* ; Dennis J. A. et al., 2012 ; Långström N. et al., 2013.

¹⁰⁰ Gautron V., *Se soigner sous la contrainte*, op. cit. ; Gautron V., Retière J.-N., « Des destinées judiciaires pénalement et socialement marquées », in Danet J. (coord.), *La réponse pénale. Dix ans de traitement des délits*, Rennes, PUR, octobre 2013, p. 211-251.

¹⁰¹ Cartuyvels Y., Champetier B., Wyvekens A., *Soigner ou punir ? Un regard critique sur la défense sociale en Belgique*, Presses des facultés universitaires de Saint-Louis, 2010, 62.

AUDITION PUBLIQUE

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

commentant les évolutions de leurs professions, une position de « *toute puissance* »¹⁰² qui alimente une illusion scientifique. En l'absence de lucidité et de transparence sur les limites des savoirs que nous produisons, la recherche se trouverait, comme la psychiatrie, « *menacée de promettre bien plus qu'elle ne peut tenir, d'être en situation d'imposture, d'instrumentalisation ou d'implosion* »¹⁰³. Sous ces réserves, il est toutefois urgent, face à la prolifération des dispositions pénales accentuant un processus de médicalisation de la peine, de financer et de développer dans notre pays des recherches évaluatives croisant tant les méthodes que les disciplines.

¹⁰² Moulin V., Palaric R., Gravier B., « Quelle position professionnelle adopter face à la diversité des problèmes posés par l'évaluation des dangers ? », *L'information Psychiatrique*, 2012, 88, 8, 2012, 626.

¹⁰³ Paulet C., Les soins en prison et hors les murs : quel cadre et quels objectifs pour les soins psychiatriques ?, Conférence de consensus sur la prévention de la récidive, Contribution des experts, 2013.