

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

2011-2012

Mémoire de Diplôme Universitaire

**« Clinique et Thérapeutique des Auteurs d'Infraction(s) à
Caractère Sexuel »**

**PRÉSENTATION ET ÉVALUATION
DES DISPOSITIFS DE SOINS
POUR
AUTEURS D'INFRACTION(S) À CARACTÈRE
SEXUEL INCARCÉRÉS**

Sous la direction de :

Sylvie VIGOURT-LOUDART et Dr Sophie BARON LAFORÊT

Adeline CHAUFER

Psychologue au SMPR de METZ

adeline.chaufer@ch-lorquin.fr

Mes remerciements vont à :

- *Madame Sylvie VIGOURT-LOUDART (CRIAUS-CA), pour son aide précieuse et son amitié.*
- *Mesdames les Docteurs Sophie BARON LAFORÊT, Irène FRANCOIS et Arianne CASANOVA, pour leur disponibilité.*
- *Les équipes des UCSA de Bar-le-Duc, Épinal, Reims, Sarreguemines, et du SMPR de Châlons-en-Champagne, qui ont accepté de consacrer un peu de leur temps à cette étude.*
- *L'équipe du SMPR de Metz, sans laquelle rien ne serait possible.*

*« À chaque rencontre, une nouvelle histoire s'écrit.
C'est là que réside le plus étonnant mystère
de l'aventure humaine »*

Édouard ZARIFIAN

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	5
2. OBJECTIFS	7
3. MÉTHODOLOGIE	8
3.1. Cadre de la recherche	8
3.2. Présentation et justification de la méthode utilisée	14
3.3. Variables étudiées	15
3.4. Déroulement de la recherche	16
4. RÉSULTATS	17
4.1. Description de la population étudiée	17
4.2. Présentation des données recueillies	20
4.3. Traitement statistique des données	29
4.4. Interprétation des résultats	30
5. DISCUSSION	33
6. CONCLUSION	37
GLOSSAIRE	38
ANNEXES	39
BIBLIOGRAPHIE	41

1. INTRODUCTION

Depuis les années 1980 et la prise en compte du discours des victimes de violences, le nombre d'incarcérations d'Auteurs d'Infraction(s) à Caractère Sexuel (AICS) a considérablement augmenté. Ainsi, le nombre de condamnés sous écrou pour viols, agressions et atteintes sexuelles est passé de 1051 en 1980 à 8670 en 2005 (soit une augmentation de plus de 600%), jusqu'à atteindre un quart de la population condamnée [1].

De nombreux chercheurs et cliniciens se sont alors intéressés à la question des violences sexuelles, notamment à la suite de la recherche-action menée par Claude BALIER et son équipe entre 1993 et 1996. La Conférence de consensus de 2001 intitulée *Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle* a permis un état des lieux des théories et des pratiques en matière de violences sexuelles, et a ouvert la voie à des pistes de recherche originales et à de nouvelles perspectives thérapeutiques.

À ce jour, les auteurs s'accordent sur le fait qu'il n'existe pas de profil type de l'Auteur de Violence Sexuelle (AVS). Cependant, des éléments provenant des champs psychiatrique, criminologique et social semblent être communs à un grand nombre d'AVS, ce qui permet alors d'évoquer une psychopathologie et des dispositions de personnalité particulières chez ces sujets.

Ainsi, la question des soins aux Auteurs d'Infraction(s) à Caractère Sexuel (AICS) s'est d'abord posée en prison. Les cliniciens qui se sont intéressés à cette population en milieu carcéral se sont rapidement aperçu que les protocoles de soins « classiques », reposant notamment sur la souffrance et la demande du patient, ainsi que sur la *neutralité bienveillante* du thérapeute, ne fonctionnaient pas, ou autrement dit ne convenaient pas. Il était donc nécessaire et urgent de réfléchir à des dispositifs de soins spécifiques, afin de pouvoir prendre en charge aussi cette catégorie de détenus.

De nombreux protocoles de soins spécifiques ont alors vu le jour dans les établissements pénitentiaires, avec des modalités thérapeutiques et des outils extrêmement variés, les équipes ayant fait preuve d'une grande créativité clinique pour s'adapter à cette nouvelle population. Cependant, le rapport d'information n°4421 sur le suivi des Auteurs d'Infraction(s) à Caractère Sexuel présenté par M. Etienne BLANC le 29 février 2012 à l'Assemblée Nationale déplore à ce jour « une offre de soins variable, peu structurée, voire absente sur certains points du territoire » (p.90).

C'est pourquoi nous avons souhaité mener ce travail de recherche, visant à présenter et évaluer les dispositifs de soins spécifiques pour les AICS incarcérés.

2. OBJECTIFS

Les objectifs de cette étude sont les suivants :

- Présenter de manière exhaustive et détaillée les dispositifs de soins, qu'ils soient spécifiques ou non, pour les AICS incarcérés dans les établissements pénitentiaires de type maison d'arrêt dans les régions Lorraine et Champagne-Ardenne entre le 1^{er} janvier 2011 et le 31 décembre 2011 ;

- Évaluer si l'existence d'un dispositif de soins spécifiques pour les AICS permet d'augmenter significativement le nombre de prises en charge de ces patients habituellement peu demandeurs de soins.

3. MÉTHODOLOGIE

3.1. Cadre de la recherche

- Le Centre Pénitentiaire¹ de Metz

Le centre pénitentiaire de Metz-Queuleu, situé à la périphérie de la ville, regroupe une maison d'arrêt² et un centre pour peines aménagées (CPA). Il dispose de 511 places, dont 77 au CPA.

La maison d'arrêt a ouvert en 1979 et comprend quatre quartiers : hommes, femmes, mineurs et Service Médico-Psychologique Régional (SMPR). Elle compte également un atelier de concessions, ainsi qu'un atelier de formation. Les espaces réservés à l'hébergement dans des ensembles immobiliers bien distincts pour les jeunes, les hommes et les femmes cohabitent avec des sphères réservées au travail pénitentiaire, à la formation scolaire et professionnelle, aux activités éducatives et culturelles.

Le CPA a été mis en service en 2003 dans les anciens locaux du centre de détention de Metz-Barrès. C'est un établissement aux contraintes sécuritaires limitées, voué à l'insertion ou à la réinsertion des personnes détenues en fin de peine.

- Le SMPR

Le SMPR de Metz est une structure hospitalière ayant vu le jour en 1980, et dépendant du Centre Hospitalier Spécialisé de Lorquin. Il occupe un espace géographique bien délimité au sein du centre pénitentiaire de Metz-Queuleu.

¹ Un centre pénitentiaire est un établissement qui comprend au moins deux quartiers à régimes de détention différents.

² Une maison d'arrêt reçoit les prévenus (détenus en attente de jugement), ainsi que les condamnés dont le reliquat de peine n'excède pas, en principe, un an lors de leur condamnation définitive.

Sa configuration architecturale d'étoile à trois branches correspond à une division en trois zones distinctes :

- Une zone d'hébergement occupée par 14 cellules (10 cellules doubles et 4 cellules individuelles), permettant d'accueillir jusqu'à 24 patients-détenus ;
- Une zone réservée aux activités thérapeutiques ;
- Une zone dédiée aux bureaux de consultations, à l'infirmierie et au secrétariat.

A l'entrée du service se trouve le kiosque, où deux surveillants pénitentiaires participent à la dynamique du SMPR en assurant une présence constante, et en gérant les entrées et sorties du service.

Le service est ouvert de 8h30 à 17h00 du lundi au vendredi, et de 9h00 à 17h00 les week-ends et jours fériés.

L'équipe se compose de :

- Un médecin chef de service, le Dr Pierre HORRACH
- Quatre praticiens hospitaliers
- Deux psychologues
- Une assistante sociale
- Un cadre infirmier
- Neuf infirmières
- Deux secrétaires médicales.

Le SMPR de Metz prend en charge les patients-détenus du centre pénitentiaire souffrant de pathologies mentales, sur un versant curatif mais aussi préventif. Il accueille également en hospitalisation programmée des patients-détenus provenant des autres établissements pénitentiaires de la région Lorraine.

Les différentes actions se regroupent en plusieurs volets :

- Les hospitalisations de jour ;
- Les consultations ambulatoires : psychiatriques, psychologiques, infirmières ;
- Les activités thérapeutiques à temps partiel (sport, art-thérapie, stimulation cognitive, groupe de parole, atelier vidéo, etc.) ;
- Les dispositifs de soins spécifiques (mineurs, femmes, problématique addictive, violence sexuelle, violence conjugale).

En 2011, 61 patients-détenus ont été hospitalisés au SMPR. Parallèlement, 26 SDRE³ ont été prononcés.

En ambulatoire, la file active était de 1294 patients-détenus ayant bénéficié de 8463 consultations (2877 consultations psychiatriques, 1125 consultations psychologiques, 4461 entretiens infirmiers).

Chaque détenu bénéficie d'une Visite d'Entrée (VE) systématique dans les quelques jours suivant son incarcération (comme le préconise le *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues*⁴), soit 1011 visites d'entrée réalisées en 2011.

Les objectifs de soins sont les suivants :

- Dépister précocement les pathologies psychiatriques parmi la population carcérale ;
- Prendre en charge en hospitalisation de jour les patients-détenus présentant une pathologie psychiatrique au sein du centre pénitentiaire de Metz, ainsi que ceux de la région pénitentiaire ;
- Prévenir le suicide ;
- Faciliter l'adaptation des détenus aux contraintes liées à l'incarcération, en particulier l'isolement et l'évolution déficitaire qui peut en découler ;
- Permettre aux patients-détenus de réfléchir et travailler sur le passage à l'acte, la transgression qui les a conduits en prison ;
- Proposer des dispositifs de soins spécifiques à certaines problématiques, comme l'addiction ou la violence ;
- Assurer la continuité des soins en lien avec les structures psychiatriques des secteurs adultes et infanto-juvéniles ;
- Offrir un espace de parole pour atténuer les tensions, mettre en mots les actes de violence commis sur soi ou sur autrui ;
- Prendre en charge plus spécifiquement certaines catégories de la population carcérale : les mineurs, les femmes, les Auteurs d'Infraction(s) à Caractère Sexuel, les auteurs de violence conjugale, les personnes ayant une

³ Soins à la Demande d'un Représentant de l'Etat

⁴ « Toutes les personnes détenues doivent bénéficier dans les premiers jours de l'incarcération d'un entretien d'accueil avec un membre de l'équipe psychiatrique intervenant dans l'établissement pénitentiaire » (p.44)

problématique addictive, les personnes souffrant de troubles de la mémoire ou de troubles cognitifs ;

- Assurer une liaison avec le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) ;
- Assurer des consultations au Centre pour Peines Aménagées de Metz.

- **Le dispositif de soins spécifiques pour les AICS au SMPR de Metz**

Un dispositif de soins spécifiques pour les AICS existe depuis 1996 au SMPR de Metz, du fait de la recrudescence des affaires de viol et d'agression sexuelle judiciairisées, et surtout de la participation du service à la recherche menée par Claude BALIER et son équipe (cette recherche a abouti à l'élaboration du QICPAAS⁵, et a profondément transformé la pratique de l'équipe).

Ce dispositif a beaucoup évolué au fil du temps, et fonctionne actuellement de la manière suivante :

- Les professionnels référents de ce dispositif sont deux infirmières, une psychologue (moi-même) et un psychiatre, volontaires et spécifiquement formés à la prise en charge des AICS.
- Les AICS incarcérés bénéficient d'une **visite d'entrée spécifique** (en plus de la visite d'entrée classique) par l'une des deux infirmières dans les huit jours qui suivent leur incarcération. Le guide d'entretien utilisé lors de cette rencontre est une version abrégée du QICPAAS mise au point par l'équipe du SMPR en 1996. Cette visite d'entrée spécifique dure entre une demi-heure et deux heures. C'est un moment crucial de la rencontre avec le patient, puisque cet entretien constitue le premier temps de l'évaluation clinique, ainsi que le premier contact du sujet avec l'équipe soignante.
- Une fois par mois, les professionnels en charge de la prise en charge des AICS se réunissent afin de faire le point sur l'ensemble des AICS incarcérés. Sont alors évoqués : les libérations, les transferts, les prises en charge en cours, et les nouveaux arrivants. C'est lors de cette réunion que sont définies en équipe les modalités thérapeutiques qui seront proposées à chaque arrivant.

⁵ Questionnaire d'Investigation Clinique Pour les Auteurs d'Aggression(s) Sexuelle(s)

- **Le QICPAAS** : l'utilisation de cet outil⁶ peut intervenir en début ou en cours de prise en charge, fonctionnant comme un aménageur de la relation thérapeutique. La passation du questionnaire, pouvant nécessiter de trois à sept séances, a pour objectif de remettre en mouvement la vie psychique du sujet, et de favoriser une « pragmatique de la mentalisation » [2] ; cela peut également permettre d'évaluer la perspective d'un processus thérapeutique, ou encore d'introduire un moment fécond dans la thérapie.
- **Les prises en charge individuelles** : le soutien et l'accompagnement sont assurés par les infirmières, la psychothérapie par la psychologue, et le suivi médical par le médecin. Plusieurs suivis individuels peuvent être combinés.
- **La co-thérapie** : dans certains cas, souvent les plus complexes, les entretiens peuvent se dérouler avec deux thérapeutes pour un seul patient. Cela s'avère très utile, notamment lorsque la dynamique transféro-contre-transférentielle est massive et donc incompatible avec le cadre d'un suivi individuel classique.
- **Les groupes de parole « Qu'en dit-on ? »** : cette modalité thérapeutique originale favorise le partage des expériences et les phénomènes de résonance, surtout dans le cas où les capacités de mentalisation et d'introspection sont limitées, et où les défenses de type narcissique freinent le travail en face à face. Elle permet au patient de progresser dans l'expression de ses émotions en profitant des témoignages des autres. Le patient peut ainsi parvenir à reconnaître sa responsabilité dans les faits qui lui sont reprochés. Il peut réussir à comprendre sa (ou ses) victime(s), mais aussi et surtout ses propres fragilités.

Le « Qu'en dit-on ? » est un support d'expression en groupe élaboré par l'équipe du SMPR d'Angers en 2003. Cet outil permet d'explorer le champ des représentations et des attitudes sur le thème du lien social, en tant que lien à l'Autre et à la Loi. Il aborde la question de la violence sexuelle non par le biais de la sexualité, mais par le biais des valeurs qui fondent le lien social.

- **L'incitation aux soins** : en cas de refus de toute prise en charge de la part du patient lors de la visite d'entrée, nous proposons un nouvel entretien infirmier à un mois, à trois mois, puis une fois par an durant tout le temps de l'incarcération. Ainsi, nous offrons la possibilité au patient de rencontrer à nouveau un soignant à un moment peut-être plus opportun pour lui, et ainsi de

⁶ Nous utilisons cet outil au SMPR de Metz depuis janvier 2012.

pouvoir s'inscrire dans une démarche de soins lorsqu'il s'y sentira prêt, sans toutefois que cela repose sur sa demande explicite.

- **Les réunions régionales d'échange clinique sur la prise en charge des AICS** : ces réunions ont lieu une fois par an, et ont pour objectif de réunir les équipes des différents établissements pénitentiaires de la région, ainsi que toute autre personne concernée par ce type de prise en charge. Elles permettent de faire régulièrement l'état des lieux des pratiques, de les coordonner, d'échanger autour de cas cliniques, de présenter des études afin d'enrichir nos connaissances et d'améliorer la qualité des soins, ou encore de clarifier l'articulation des différentes prises en charge (sanitaire, judiciaire, sociale, éducative).
 - Les autres établissements pénitentiaires de la région

Les autres établissements pénitentiaires des régions Lorraine et Champagne-Ardenne contactés pour cette recherche sont les suivants :

- **Le centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville (54)**, composé d'une maison d'arrêt pour hommes (390 places), d'une maison d'arrêt pour femmes (30 places), d'un centre de détention⁷ pour hommes (240 places), d'un quartier arrivants (30 places) et de 3 unités de vie familiale, soit une capacité totale de 690 places.

Le dispositif de soins psychiatriques est assuré par l'UFPPP (Unité Fonctionnelle de Psychiatrie Pénitentiaire et Probatoire).

Il existe un dispositif de soins spécifiques pour les Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel (AICS), que nous présenterons de manière détaillée plus loin.

- **La maison d'arrêt d'Epinal (88)**, comprenant un quartier hommes, un quartier femmes et un quartier mineurs. La capacité totale est de 306 places.

Le dispositif de soins psychiatriques est assuré par une UCSA⁸.

⁷ Un centre de détention accueille les condamnés à un an et plus, considérés comme présentant les perspectives de réinsertion les meilleures. A ce titre, les CD ont un régime de détention principalement orienté vers la resocialisation des détenus.

⁸ Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires

Il existe un dispositif de soins spécifiques pour les AICS.

- **La maison d'arrêt de Bar-le-Duc (55)**, comprenant uniquement un quartier hommes de 73 places.

Le dispositif de soins psychiatriques est assuré au sein d'une UCSA ; il n'existe pas de dispositif de soins spécifiques pour les AICS.

- **La maison d'arrêt de Sarreguemines (57)**, composée d'un quartier hommes et d'un quartier semi-liberté pouvant accueillir au total 71 personnes.

Le dispositif de soins psychiatriques est assuré au sein d'une UCSA. Il n'existe pas véritablement de dispositif de soins spécifiques pour les AICS, bien que plusieurs soignants soient formés à ce type de prise en charge.

- **La maison d'arrêt de Châlons-en-Champagne (51)**, composée d'un quartier hommes (253 places), d'un quartier femmes (39 places) et d'un quartier semi-liberté (9 places), soit une capacité totale de 301 places.

L'établissement dispose d'un SMPR et d'un dispositif de soins spécifiques pour les AICS.

- **La maison d'arrêt de Reims (51)**, comprenant un quartier hommes (104 places), d'un quartier mineurs (10 places), et d'un quartier semi-liberté (42 places), soit 156 places au total.

Le dispositif de soins psychiatriques est assuré au sein d'une UCSA ; il n'existe pas de dispositif de soins spécifiques pour les AICS.

3.2. Présentation et justification de la méthode utilisée

Pour cette étude visant à présenter et évaluer les dispositifs de soins pour les AICS incarcérés, nous avons d'abord fait le choix d'étudier la population d'AICS incarcérés dans **les établissements pénitentiaires de type maison d'arrêt** uniquement, et ce afin que les populations (et de ce fait les données recueillies) soient plus facilement comparables entre elles. En effet, nous constatons une certaine spécificité des patients-détenus incarcérés en maison d'arrêt en comparaison à ceux

incarcérés dans les établissements pour peines de type centre de détention ou maison centrale. La différence tient essentiellement au fait qu'un certain nombre d'entre eux sont prévenus en maison d'arrêt, alors que ceux présents en établissement pour peines sont tous nécessairement condamnés. La spécificité de cette population prévenue, et donc présumée innocente⁹, justifie donc ce premier choix méthodologique.

La population étudiée dans ce travail de recherche a été circonscrite aux AICS incarcérés **entre le 1^{er} janvier 2011 et le 31 décembre 2011**. Ce second choix méthodologique devrait garantir l'exhaustivité des données recueillies sur une durée d'un an.

Le recueil des données s'est fait par un **questionnaire** élaboré spécifiquement pour cette étude (Cf. Annexe 1). Ce questionnaire est volontairement court (une page) et simple à remplir (cases à cocher essentiellement), afin de faciliter le travail de recueil des données que les équipes des différentes UCSA et SMPR ont accepté d'effectuer.

Ainsi, cette étude porte donc précisément sur les dispositifs de soins destinés aux AICS prévenus ou condamnés incarcérés en maison d'arrêt au cours de l'année 2011 en Lorraine et Champagne-Ardenne.

3.3. Variables étudiées

La présente étude portant sur les dispositifs de soins, ce sont les modalités de prises en charge thérapeutiques qui ont été essentiellement étudiées.

Les modalités thérapeutiques ont été étudiées de manière **quantitative** (avec des variables telles que le nombre de prises en charge, ou encore la fréquence des entretiens), et également de manière **qualitative** (avec des variables telles que le suivi individuel ou en groupe, en rapport ou non avec les faits reprochés, ou encore par un psychiatre, un psychologue ou un infirmier).

⁹ Loi n° 2000-516 du 15/06/2000 : « Toute personne suspectée ou poursuivie est présumée innocente tant que sa culpabilité n'a pas été établie »

3.4. Déroulement de la recherche

Après avoir élaboré la méthodologie de recherche et le questionnaire, nous avons recueilli les autorisations de la Direction Inter-régionale des Services Pénitentiaires de Strasbourg et des Agences Régionales de Santé de Lorraine et Champagne-Ardenne pour mener cette étude dans les UCSA et SMPR des établissements pénitentiaires des deux régions.

Nous avons ensuite envoyé le questionnaire, accompagné d'un courrier explicatif (Cf. Annexe 2) aux équipes des UCSA et SMPR sélectionnés pour participer à l'étude, ainsi qu'aux directeurs des maisons d'arrêt concernées. Simultanément, nous avons pris contact téléphoniquement avec les équipes soignantes afin de faciliter la communication autour de cette recherche, et de répondre à d'éventuelles questions concernant la manière de constituer l'échantillon de sujets et de remplir les questionnaires.

Nous avons de nouveau contacté les équipes concernées quelques jours plus tard, afin de leur demander en complément de nous décrire le dispositif de soins, spécifique ou non, existant dans leurs services respectifs pour les AICS.

Plusieurs semaines après, les questionnaires nous ont été retournés dûment remplis, et accompagnés du descriptif du dispositif de soins. Notons que toutes les équipes contactées sauf une ont répondu positivement et dans le délai imparti à notre sollicitation.

Après un examen minutieux des informations ainsi recueillies, nous avons traité et analysé les données, et produit les résultats suivants que nous allons vous présenter.

4. RÉSULTATS

4.1. Description de la population étudiée

- Établissements ayant répondu à la recherche

Les établissements pénitentiaires ayant répondu à la recherche sont les suivants :

- Le centre pénitentiaire de Metz (SMPR)
- La maison d'arrêt de Bar-le-Duc (UCSA)
- La maison d'arrêt d'Epinal (UCSA)
- La maison d'arrêt de Sarreguemines (UCSA)
- La maison d'arrêt de Châlons-en-Champagne (SMPR)
- La maison d'arrêt de Reims (UCSA).

Le centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville est le seul établissement à avoir été contacté et à n'avoir pas pu recueillir les données nécessaires à la recherche. En effet, la liste exhaustive des personnes incarcérées pour infraction à caractère sexuel en 2011 aurait été impossible à obtenir auprès du greffe.

Notons que les données provenant de la maison d'arrêt de Reims ne correspondent pas totalement aux critères de recherche initialement élaborés, le greffe de l'établissement n'ayant pas été en mesure de fournir la liste exhaustive des AICS incarcérés en 2011.

- Dispositifs de soins pour les AICS (spécifiques ou non)

Cette recherche a avant tout permis de faire un état des lieux des différents dispositifs de soins psychiatriques existant dans ces six établissements pénitentiaires

de Lorraine et Champagne-Ardenne, notamment les soins dont peuvent bénéficier les AICS, qu'il s'agisse ou non de soins spécifiques.

Le SMPR de Metz propose un dispositif de soins spécifiques pour les AICS, qui a été présenté de manière détaillée plus haut (p. 11 à 13).

L'UCSA de Bar-le-Duc nous informe qu'il n'existe pas de consultation spécifique pour les AICS ; cependant, tout nouvel arrivant bénéficie d'une visite d'entrée dans les jours qui suivent son incarcération et peut bénéficier d'une prise en charge classique.

L'UCSA d'Épinal a mis au point un dispositif de soins spécifiques pour les AICS qui comprend : un entretien arrivant (non spécifique), des entretiens individuels (infirmier, psychologue, psychiatre) ou en co-thérapie, avec utilisation possible du QICPAAS, ainsi qu'une prise en charge de groupe (une séance tous les 15 jours de janvier à juin).

L'UCSA de Sarreguemines ne propose pas de dispositif de soins spécifiques pour les AICS. Néanmoins, un psychiatre spécifiquement formé et intéressé par la question des violences sexuelles est présent comme personne ressource au sein de l'équipe, et les AICS lui sont donc préférentiellement orientés.

Le SMPR de Châlons-en-Champagne a élaboré un dispositif de soins spécifiques pour les AICS qui comprend : une visite d'entrée spécifique, un rendez-vous systématique avec un psychologue, avec la possibilité d'un suivi individuel, et/ou en groupe (utilisation du support d'expression « Qu'en dit-on ? » durant 6 séances), et/ou la passation du QICPAAS.

L'UCSA de Reims ne propose pas de soins spécifiques aux AICS incarcérés, hormis un groupe de parole similaire à celui existant à Châlons-en-Champagne. Cependant, la liste des AICS nouvellement incarcérés est transmise à l'équipe soignante lors de la CPU¹⁰.

¹⁰ Commission Pluridisciplinaire Unique

- Nombre total d'AICS

À la réception des questionnaires, nous disposions d'un échantillon de 184 AICS incarcérés entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2011 dans six établissements pénitentiaires de type maison d'arrêt dans les régions Lorraine et Champagne-Ardenne.

Après un examen minutieux des données ainsi recueillies, nous avons dû exclure un certain nombre de sujets de l'échantillon.

En effet, deux sujets avaient pour chef d'inculpation « proxénétisme aggravé », ce que nous avons choisi de ne pas considérer comme une infraction à caractère sexuel au même titre qu'un viol ou une agression sexuelle.

De plus, 13 sujets avaient été incarcérés avant 2011. Même s'ils étaient toujours incarcérés en 2011, le fait que l'incarcération ait eu lieu avant le 1^{er} janvier 2011 nous oblige à exclure ces sujets de l'échantillon au regard des critères de cette recherche.

Enfin, 18 sujets ont été libérés le jour même de leur incarcération ou quelques jours après. Nous avons choisi de les exclure de l'échantillon dans la mesure où l'absence de suivi pour ces sujets relève d'une impossibilité matérielle (l'absence du détenu) et non d'un refus de sa part ou encore d'une inefficacité des dispositifs de soins existants.

Nous avons choisi de garder dans l'échantillon les sujets incarcérés pour non respect du contrôle judiciaire ou du suivi socio-judiciaire, et pour révocation d'un aménagement de peine, dans la mesure où le chef d'inculpation initial correspond à une infraction à caractère sexuel (cela concerne trois sujets incarcérés à Metz). Cependant, nous devons préciser que les sujets se trouvant dans cette même situation dans d'autres établissements n'ont sans doute pas été inclus par les personnes en charge du recueil des données, l'information n'étant pas nécessairement disponible.

Ainsi, l'échantillon sur lequel porte cette étude se compose donc de **151 AICS** incarcérés entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2011 dans six établissements pénitentiaires de type maison d'arrêt dans les régions Lorraine et Champagne-Ardenne.

4.2. Présentation des données recueillies

Le questionnaire utilisé pour cette étude (Annexe 1) devait permettre de recueillir les informations suivantes :

- Date de naissance
- Date d'incarcération
- Situation pénale au moment de l'incarcération (chef d'inculpation, prévenu ou condamné, primaire ou récidiviste)
- Visite d'entrée (spécifique ou non)
- Modalités de suivi.

Lors du dépouillement des questionnaires, il apparaît clairement que certaines informations semblent avoir été très difficiles à obtenir pour les personnes chargées du recueil des données.

En effet, l'obtention d'un certain nombre d'informations, telles que la situation pénale au moment de l'incarcération notamment, nécessite le plus souvent de s'en remettre à l'Administration Pénitentiaire. Or, cela peut parfois être laborieux, voire impossible selon les établissements.

Ainsi, par manque d'exhaustivité et d'exactitude des informations recueillies, nous n'avons pas été en mesure de traiter les données suivantes :

- Date de naissance et date d'incarcération, qui nous auraient permis de calculer l'âge moyen des sujets AICS au moment de leur incarcération, puis de le comparer à l'âge moyen de l'ensemble des détenus.
- Le fait pour le sujet d'être prévenu ou condamné au moment de son incarcération, qui nous aurait renseigné sur la proportion de personnes en attente de jugement, en procédure d'appel ou définitivement condamnées.
- Le fait pour le sujet d'être primaire ou récidiviste, qui aurait encore enrichi notre connaissance de cette population d'AICS incarcérés, encore eût-il fallu définir clairement la notion de récidive.

- **Chefs d'inculpation**

Nous sommes cependant en mesure de vous présenter, de manière quasi exhaustive (ce champ n'était pas rempli dans seulement trois questionnaires), l'ensemble des chefs d'inculpation répertoriés parmi notre échantillon de 151 sujets :

Agression sexuelle :

- sur mineur
- sur mineur de 15 ans
- par ascendant ou personne ayant autorité
- par conjoint, concubin, ou partenaire lié à la victime par un PACS
- entraînant blessure ou lésion
- sur personne vulnérable
- sur co-détenu
- avec plusieurs circonstances aggravantes
- par personne abusant de l'autorité de sa fonction

Viol :

- sur mineur
- sur mineur de 15 ans
- commis en réunion
- par ascendant ou personne ayant autorité
- avec plusieurs circonstances aggravantes
- ayant entraîné la mort
- sur personne vulnérable
- commis par une personne en état d'ivresse manifeste, ou agissant sous l'emprise manifeste de produits stupéfiants
- avec usage ou menace d'une arme
- avec torture ou acte de barbarie

<p>Téléchargement :</p> <ul style="list-style-type: none">- détention de matériel pédopornographique- détention de l'image d'un mineur présentant un caractère pornographique- diffusion de l'image d'un mineur présentant un caractère pornographique en utilisant un réseau de communication électronique
<p>Autres :</p> <ul style="list-style-type: none">- inceste- exhibition sexuelle- corruption de mineur- recours habituel à la prostitution d'un mineur de 15 ans
<p>Révocation ou non respect :</p> <ul style="list-style-type: none">- révocation de liberté conditionnelle- non respect du suivi socio-judiciaire- non respect du contrôle judiciaire

Tableau 1 : Chefs d'inculpation répertoriés parmi les 151 sujets AICS incarcérés à Metz, Epinal, Bar-le-Duc, Sarreguemines, Reims et Châlons-en-Champagne en 2011.

Ce recueil exhaustif des chefs d'inculpation montre bien la variété des actes délictueux ou criminels que peut recouvrir le terme « infraction à caractère sexuel », pouvant aller de la détention de matériel pédopornographique au viol avec plusieurs circonstances aggravantes.

Notons que les agressions sexuelles et les viols sont le plus souvent assortis d'une ou plusieurs circonstances aggravantes, les plus fréquentes étant « sur mineur » et « sur mineur de 15 ans ».

Précisons également que, dans la plupart des cas, plusieurs chefs d'inculpation sont retenus contre la personne mise en examen pour infraction à caractère sexuel. Il peut s'agir de plusieurs chefs d'inculpation de nature sexuelle, comme par exemple « agression sexuelle sur mineur de 15 ans par ascendant ou personne ayant autorité, viol sur mineur de 15 ans par ascendant ou personne ayant autorité, détention de l'image d'un mineur présentant un caractère pornographique », ou encore d'un chef d'inculpation de nature sexuelle associé à d'autres types d'infractions, comme par exemple « exhibition sexuelle, rébellion » ou encore « agression sexuelle, menace de mort matérialisée par écrit, image ou autre objet ».

- Modalités de suivi

Concernant les données recueillies pour cette partie, elles sont supposées figurer dans les dossiers des patients et donc être plus faciles d'accès pour les équipes soignantes ayant rempli les questionnaires de recherche. Or, un certain nombre de données sont tout de même manquantes, ou non utilisables car trop peu précises ou encore contradictoires.

Cependant, nous sommes tout de même en mesure de vous présenter de manière quasi exhaustive les modalités de soins dont bénéficient les sujets AICS de cette étude dans chaque établissement concerné, qu'il s'agisse ou non d'un dispositif de soins spécifiques :

	VE	VE spécifique	Pas de suivi	Suivi ponctuel	Suivi régulier
Metz n=55	55	46	3	9	43
Bar-le-Duc n=8	8	0	1	2	5
Epinal n=28	25	0	4	2	22
Sarreguemines n=10	10	0	1	1	8
Châlons-en-Ch. n=35	35	31	9	7	19
Reims n=15	15	0	0	4	11
Total N=151	148	77	18	25	108

Tableau 2 : Modalités de suivi des AICS incarcérés en 2011 dans six établissements de type maison d'arrêt en Lorraine et Champagne-Ardenne

Notons que la VE n'est pas comptabilisée comme faisant partie du suivi. Ainsi, un patient ayant bénéficié d'une VE, voire d'une VE spécifique, peut tout à fait être répertorié comme n'ayant aucun suivi.

Lors du dépouillement des questionnaires, nous avons constaté que les cases « suivi ponctuel » et « suivi régulier » pouvaient être cochées simultanément pour un même sujet. Cela représente par exemple un suivi ponctuel avec un psychiatre et un suivi régulier avec un infirmier. Dans ce cas, nous avons choisi de retenir la modalité de suivi la plus soutenue, à savoir le suivi régulier.

Parmi les 25 patients bénéficiant d'un suivi ponctuel, 3 ont passé le QICPAAS, 2 ont participé au CATTP¹¹, et 1 a été hospitalisé en SMPR (donc sous le régime de l'hospitalisation de jour (HJ)).

Parmi les 108 patients bénéficiant d'un suivi régulier, 4 ont passé le QICPAAS, 24 ont participé à un groupe de parole, 9 ont participé au CATTP, et 19 ont été hospitalisés en HJ.

Concernant les 18 sujets n'ayant aucun suivi, le motif est le même dans tous les cas, à savoir « le patient refuse les entretiens » ou encore « le patient ne souhaite aucune prise en charge ».

Une interprétation des résultats sera proposée, après une présentation plus détaillée des données recueillies, établissement par établissement.

	VE	VE spécifique	Pas de suivi	Suivi ponctuel	Suivi régulier
METZ N=55	55	46	3	9	43

Tableau 3 : Modalités de suivi des AICS incarcérés à Metz en 2011.

Rappelons que le SMPR de Metz propose des soins spécifiques aux AICS.

Les patients bénéficiant d'un suivi ponctuel sont généralement pris en charge par un ou deux intervenants (infirmier, psychologue, psychiatre).

Les patients bénéficiant d'un suivi régulier sont généralement pris en charge par deux intervenants ou plus ; le suivi est le plus souvent en lien avec les faits reprochés ; la fréquence des entretiens varie de deux fois par semaine à une fois par mois selon les patients.

¹¹ Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel

Parmi les 43 patients bénéficiant d'un suivi régulier, 13 ont participé à un groupe de parole pour AICS, 9 ont participé au CATTP, et 9 ont été hospitalisés en HJ.

	VE	VE spécifique	Pas de suivi	Suivi ponctuel	Suivi régulier
BAR-LE-DUC N=8	8	0	1	2	5

Tableau 4 : Modalités de suivi des AICS incarcérés à Bar-le-Duc en 2011.

Précisons qu'aucune VE spécifique n'a été effectuée, et qu'aucune réponse n'a pu être apportée à l'item « Suivi en lien avec les faits reprochés », du fait de l'absence de dispositif de soins spécifiques aux AICS à l'UCSA de Bar-le-Duc.

Les patients bénéficiant d'un suivi régulier sont le plus souvent suivis par deux intervenants, avec une fréquence de consultations allant d'une fois par semaine à deux fois par mois.

	VE	VE spécifique	Pas de suivi	Suivi ponctuel	Suivi régulier
EPINAL N=28	25	0	4	2	22

Tableau 5 : Modalités de suivi des AICS incarcérés à Epinal en 2011.

Rappelons que l'UCSA d'Epinal propose un dispositif de soins spécifiques pour les AICS, mais que ce dispositif ne comprend pas de visite d'entrée spécifique.

Les patients bénéficiant d'un suivi régulier sont le plus souvent suivis par un seul intervenant (infirmier ou psychologue), parfois deux intervenants. La fréquence des consultations est préférentiellement d'une fois tous les quinze jours ou d'une fois par mois. Leur suivi est parfois en lien avec les faits reprochés, mais cet item n'a pas pu être rempli systématiquement.

	VE	VE spécifique	Pas de suivi	Suivi ponctuel	Suivi régulier
SARRE-GUEMINES N=10	10	0	1	1	8

Tableau 6 : Modalités de suivi des AICS incarcérés à Sarreguemines en 2011.

Rappelons que l'UCSA de Sarreguemines ne propose pas de soins spécifiques aux AICS, mais qu'une psychiatre spécifiquement formé à cette problématique est une personne ressource au sein de l'équipe pour ces prises en charge.

Les patients bénéficiant d'un suivi régulier sont généralement suivis par plusieurs intervenants. La fréquence des consultations varie d'une fois par jour à une fois par mois. Le suivi est le plus souvent en lien avec les faits reprochés.

	VE	VE spécifique	Pas de suivi	Suivi ponctuel	Suivi régulier
CHALONS N=35	35	31	9	7	19

Tableau 7 : Modalités de suivi des AICS incarcérés à Châlons-en-Champagne en 2011.

Rappelons que le SMPR de Châlons-en-Champagne propose des soins spécifiques aux AICS.

Parmi les 7 patients bénéficiant d'un suivi ponctuel, 3 ont passé le QICPAAS, 2 ont participé au CATTP, et 1 a été hospitalisé en HJ.

Les patients bénéficiant d'un suivi régulier sont le plus souvent suivis par deux intervenants. La fréquence des consultations est le plus souvent d'une fois par semaine. Le suivi est le plus souvent en lien avec les faits reprochés.

Parmi les 19 patients bénéficiant d'un suivi régulier, 4 ont participé à un groupe de parole, 4 ont passé le QICPAAS, et 1 a été hospitalisé en HJ.

	VE	VE spécifique	Pas de suivi	Suivi ponctuel	Suivi régulier
REIMS N=15	15	0	0	4	11

Tableau 8 : Modalités de suivi des AICS incarcérés à Reims en 2011.

Rappelons que l'UCSA de Reims ne propose pas de soins spécifiques, hormis un groupe de parole similaire à celui du SMPR de Châlons-en-Champagne (d'ailleurs, une infirmière du SMPR se déplace une fois par semaine pour co-animer le groupe avec la psychologue de l'UCSA).

Précisons également que le greffe de la maison d'arrêt de Reims n'a pas été en mesure de fournir la liste exhaustive des AICS incarcérés en 2011. Nous pouvons donc supposer que la liste des AICS constituée par la personne en charge de remplir les questionnaires l'a été en fonction des données disponibles au sein de l'UCSA, ce qui nous permet de penser que seuls les AICS bénéficiant d'un suivi ponctuel ou régulier font partie de l'échantillon.

Les patients bénéficiant d'un suivi ponctuel sont dans tous les cas suivis par un seul intervenant, en l'occurrence la psychologue.

Les patients bénéficiant d'un suivi régulier sont le plus souvent suivis par deux intervenants. La fréquence des consultations varie d'une fois par semaine à une fois par mois. Les suivis sont le plus souvent en lien avec les faits reprochés.

Parmi les 11 patients bénéficiant d'un suivi régulier, 7 ont participé à un groupe de parole en plus de leur suivi individuel.

4.3. Traitement statistique des données

Après avoir recueilli et présenté les données brutes issues des questionnaires de recherche, nous allons maintenant vous présenter ces mêmes données traitées statistiquement. Cela nous permettra ainsi de percevoir plus clairement dans quelle proportion les AICS incarcérés sont ou non suivis sur le plan psychologique.

Nous reprenons donc le Tableau 2 (p. 24), et nous transformons les données brutes en pourcentages :

%	VE	VE spécifique	Pas de suivi	Suivi ponctuel	Suivi régulier
Metz n=55	100	83,6	5,5	16,3	78,2
Bar-le-Duc n=8	100	0	12,5	25	62,5
Epinal n=28	89,3	0	14,3	7,1	78,6
Sarreguemines n=10	100	0	10	10	80
Châlons-en-Ch. n=35	100	88,6	25,7	20	54,3
Reims n=15	100	0	0	26,7	73,3
Total N=151	98	50,9	11,9	16,6	71,5

Tableau 9 : Proportions des modalités de suivi des AICS incarcérés en 2011 dans six établissements de type maison d'arrêt en Lorraine et Champagne-Ardenne (en pourcentages).

Parmi notre échantillon, 98% des sujets ont donc bénéficié d'une visite d'entrée (ou entretien arrivant), et 50,9% ont bénéficié d'une visite d'entrée spécifique (c'est-à-dire en lien avec les faits reprochés).

Concernant les modalités de suivi, 11,9% n'ont bénéficié d'aucun suivi, 16,6% ont bénéficié d'un suivi ponctuel, et 71,5% ont bénéficié d'un suivi régulier.

4.4. Interprétation des résultats

Nous souhaitions initialement faire une analyse statistique plus poussée des données recueillies, afin notamment de comparer les modalités de suivi des patients selon que des soins spécifiques sont disponibles ou non dans l'établissement.

L'objectif était alors d'évaluer si la présence d'un dispositif de soins spécifiques pour les AICS pouvait augmenter significativement le nombre de prises en charge de ces sujets habituellement peu demandeurs de soins.

Or, au regard du manque d'exhaustivité de certaines données, et de la petite taille de notre échantillon, nous avons choisi de ne pas approfondir davantage le traitement statistique des données. En effet, un test statistique en vue d'évaluer si l'existence d'un dispositif de soins spécifiques aux AICS augmente significativement le nombre de prises en charge ne serait sans doute pas valide au regard du nombre et de la nature des données recueillies.

Néanmoins, nous sommes en mesure d'interpréter un certain nombre de résultats, à la fois de manière quantitative et qualitative.

Nous pouvons d'abord dire que tous les établissements concernés par cette étude proposent des soins aux AICS, que ces soins soient spécifiques ou non. Les taux de prise en charge sont plutôt homogènes parmi ces six établissements (allant de 7,1% à 26,7% pour les suivis ponctuels, et de 54,3% à 80% pour les suivis réguliers).

Notons que les deux établissements pénitentiaires dotés d'un SMPR, ce qui suppose des moyens matériels et humains plus importants, proposent un dispositif de soins spécifiques plutôt complet pour les AICS.

Saluons également l'initiative de l'équipe en charge des soins psychiatriques à l'UCSA d'Epinal qui effectue également un travail remarquable auprès des AICS.

Enfin, nous ne pouvons qu'encourager toute initiative au sein des autres équipes soignantes (comme le groupe de parole à Reims, ou encore la formation professionnelle à Sarreguemines) afin de développer certains aspects spécifiques de la prise en charge des AICS.

Nous pouvons également dire qu'une grande majorité des AICS incarcérés dans les établissements de type maison d'arrêt en Lorraine et Champagne-Ardenne au cours de l'année 2011 ont bénéficié d'une prise en charge (qu'elle soit spécifique ou non à la problématique de violence sexuelle) sur le plan psychologique.

En effet, d'après les tableaux 2 et 9 regroupant les modalités de suivi des 151 sujets AICS de notre échantillon, 25 sujets (soit 16,6%) ont bénéficié d'un suivi

ponctuel, et 108 sujets (soit 71,5%) ont bénéficié d'un suivi régulier. Cela porte à 133 sujets (soit 88,1%) le nombre de sujets bénéficiant d'une prise en charge.

Il est fort probable que l'ensemble de la population carcérale de ces mêmes établissements (tous types d'infractions confondus) ne bénéficie pas d'un taux de prise en charge si élevé.

Dans une perspective plus qualitative, nous pouvons souligner le fait que les prises en charge proposées aux AICS sont individualisées, c'est-à-dire adaptées au patient, à sa situation, à sa problématique, à sa personnalité et à ses questionnements existentiels.

En effet, il existe différentes modalités thérapeutiques qui peuvent être proposées au patients AICS. Ces modalités s'inspirent largement des recommandations qui figurent dans le *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues* (entre autres documents de référence).

Il existe le plus souvent un protocole de prise en charge pour les AICS. Ce protocole est souple, et permet largement aux équipes soignantes d'adapter les modalités de prise en charge en fonction de la clinique. Sont alors mis en place des suivis individualisés qui respectent la singularité du patient, et qui peuvent évoluer au fil du temps.

C'est ainsi que les suivis peuvent être déclinés presque à l'infini : ponctuel et/ou régulier ; individuel et/ou en groupe ; avec un ou plusieurs intervenants comme des psychiatres, des psychologues, des infirmiers, ou encore des assistants sociaux ou des ergothérapeutes ; différents outils comme la visite d'entrée spécifique, le QICPAAS, le « Qu'en dit-on ? » ; des activités thérapeutiques comme l'art thérapie ou le stretching ; avec des fréquences de consultations pouvant aller d'une fois par jour à une fois par mois, selon les patients et selon le moment de la prise en charge ; en lien ou non avec les faits reprochés ; etc.

La créativité des soignants s'exprime dans la pratique clinique auprès des AICS...

5. DISCUSSION

Les données recueillies et les résultats obtenus dans le cadre de cette étude sur les dispositifs de soins pour les AICS incarcérés peuvent donner lieu à un certain nombre de réflexions et de considérations sur l'articulation entre psychiatrie et justice au sens large.

En premier lieu, intéressons nous aux soins dispensés dans les établissements pénitentiaires. L'installation des SMPR et des DSP dans les prisons françaises devait garantir la possibilité pour les détenus souffrant de troubles psychiques d'accéder à des soins en milieu fermé, c'est-à-dire de bénéficier de soins d'une qualité équivalente à ceux proposés à l'extérieur. Cela est en soi une belle avancée, en adéquation avec les Droits de l'Homme et une éthique des soins en santé mentale.

Or, il semblerait que cette décision de faire entrer les soins en prison ait pu avoir l'effet inverse de celui attendu. En effet, depuis que certains établissements disposent d'un SMPR, ce qui permet l'hospitalisation de jour des patients présentant les troubles les plus graves, nous assistons à une augmentation du nombre de malades mentaux en prison. Ce constat pourrait-il s'expliquer par le fait que les magistrats soient moins réticents à incarcérer des personnes souffrant de troubles psychiques en sachant que ceux-ci pourront être pris en charge efficacement par les équipes soignantes intervenant en détention ?

En parallèle de ce questionnement, nous devons également nous intéresser à la question de la responsabilité pénale. En effet, l'article 122-1 du Code Pénal stipule que *« N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes. La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime »*.

Ce sont les experts psychiatres qui se prononcent, dans le cadre d'une expertise psychiatrique demandée par le magistrat, sur la responsabilité pénale de

l'accusé. Or, les experts psychiatres mandatés par la justice sont également dans la plupart des cas les praticiens hospitaliers des secteurs psychiatriques, et donc éventuellement les psychiatres intervenant au sein des SMPR et des DSP, voire dans les Centres Hospitaliers Spécialisés du secteur.

Une irresponsabilité pénale est généralement suivie d'une levée d'écrou et d'une hospitalisation d'office, et ce pour une durée indéterminée ; tandis qu'une altération du discernement et donc une responsabilité moindre sur le plan pénal sera suivie d'un maintien en détention, parfois même pour une durée plus longue que si l'accusé n'avait souffert d'aucun trouble.

Dans ces conditions, il s'avère légitime pour le commun des mortels de s'interroger sur la garantie de l'impartialité de l'expert au moment de se prononcer sur la responsabilité pénale d'un prévenu. Ou bien ne serait-ce pas là une volonté de la société que les personnes souffrant de troubles psychiques soient tenues pour responsables de leurs actes malgré tout ? Après la « psychiatisation » des actes délictueux et criminels, serions-nous en train d'assister à la « judiciarisation » des comportements inhérents à des troubles psychiques ? Vaste débat, la question reste ouverte...

L'articulation entre psychiatrie et justice étant nécessaire, nous pouvons également réfléchir à la manière dont les deux institutions sont amenées à se rencontrer et à communiquer entre elles, voire à *se communiquer* des éléments dans l'intérêt du justiciable.

Soigner et punir en milieu carcéral, c'est créer un espace de liberté dans un lieu d'enfermement... Deux instances aux missions clairement distinctes et aux objectifs parfois contradictoires, se rencontrent autour d'un même sujet, d'une même personne. Chaque partie attend beaucoup de l'autre, mais le dialogue est souvent difficile, sans doute du fait d'une méconnaissance mutuelle de la langue, des référentiels et du cadre d'exercice de l'autre.

En effet, il semblerait que la psychiatrie et la justice parlent deux langues différentes. Là où la première parle d'un patient, d'un trouble de la personnalité, d'un passage ou d'un recours à l'acte, d'une lutte contre l'effondrement psychique, la seconde parle d'un accusé, d'un coupable, d'un crime, d'un risque de récidive. Néanmoins, elles semblent être centrées sur une même attente : que le sujet trouve d'autres solutions à son problème.

Evoquons également la tendance parfois rigide de chacune à se retrancher derrière la notion de *secret*, ce qui empêche alors toute possibilité d'échange et de discussion. Pour l'une le secret médical, pour l'autre le secret de l'instruction. Ces deux types de secret sont fondamentaux et doivent être préservés à tout prix. Mais cela doit-il être rigide au point de refuser toute rencontre des deux institutions, pourtant nécessairement et étroitement réunies autour de la personne détenue à ce moment difficile de son existence ?

Malgré cette grande proximité entre la psychiatrie et la justice, l'articulation reste à ce jour imparfaite, et mérite une attention toute particulière et un grand travail de réflexion au quotidien, afin que leurs rapports puissent être bénéfiques, tout en respectant la déontologie et l'éthique de chacune des institutions en place.

Enfin, et pour synthétiser les résultats de la présente étude, les réflexions élargies qu'elle peut susciter, et les besoins des professionnels de terrain, nous souhaitons proposer une piste pour une recherche ultérieure.

Une nouvelle étude ayant pour objectifs la présentation et l'évaluation des dispositifs de soins pour les AICS incarcérés pourrait être menée, en tenant compte des biais et des limites de la présente étude. Les outils (questionnaires de recherche notamment) pourront être améliorés, afin de produire des résultats plus nombreux, plus fiables, plus précis concernant les modalités de prise en charge des sujets.

Par la suite, il nous semble qu'une piste de recherche très intéressante bien que très vaste pourrait être l'évaluation de l'*efficacité* de ces prises en charge. La notion d'efficacité d'une modalité thérapeutique est très vague et encore mal définie à ce jour. Certains thérapeutes pourraient même être très réticents à l'idée que la notion d'efficacité puisse être évoquée dans le cadre d'un processus thérapeutique. Or, en se concentrant sur des « indicateurs de résultat » [3] tels que le nombre de consultations individuelles, ou encore le nombre de séances de groupe thérapeutique auxquelles un sujet a participé durant son temps d'incarcération, nous parviendrions peut-être à obtenir des informations précieuses sur les modalités de prises en charge les plus satisfaisantes.

Ces indicateurs de résultat prévus par le protocole Santé-Justice ne sont qu'un exemple. Les cliniciens et les chercheurs en trouveront certainement bien d'autres, qui permettront alors d'accroître considérablement nos connaissances sur les AICS et les modalités de soins qui leur sont proposées en milieu fermé, mais également en milieu

ouvert, puisque la nette augmentation des injonctions de soins prononcées dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire nous y oblige.

Ainsi, les pistes pour des recherches ultérieures sur les soins proposés aux AICS sont nombreuses et variées. La recherche clinique nous proposera à coup sûr des résultats qui enrichiront encore la pratique des professionnels de terrain, qui font déjà preuve d'une grande créativité dans leurs pratiques.

6. CONCLUSION

Suite à l'augmentation du nombre d'AICS en prison, et à la question des soins qui leur sont proposés, nous avons décidé de mener une étude ayant pour double objectif de présenter et d'évaluer les dispositifs de soins pour les AICS incarcérés.

Les résultats obtenus sont plutôt encourageants. D'une part, nous avons vu qu'une grande majorité des AICS incarcérés dans les établissements de type maison d'arrêt en Lorraine et Champagne-Ardenne au cours de l'année 2011 ont bénéficié d'une prise en charge (qu'elle soit spécifique ou non à la problématique de violence sexuelle) sur le plan psychologique. D'autre part, nous avons remarqué que les prises en charge proposées aux AICS sont individualisées, c'est-à-dire adaptées au patient, à sa situation, à sa problématique, à sa personnalité et à ses questionnements existentiels.

Pour qu'un Auteur d'Infraction(s) à Caractère Sexuel puisse s'engager dans des soins, encore faut-il que ces soins existent, et qu'ils soient pensés en amont par les équipes soignantes. C'est uniquement à cette condition qu'il pourra, lui aussi, se mettre à penser qu'il a besoin de soins. Ainsi, dès lors qu'un dispositif de soins existe dans une institution, dans une structure, dans un service, cela constitue une offre qui peut de fait susciter une demande. Le dispositif ainsi pensé, et ainsi présenté au (futur) patient, est un préalable à la rencontre, dont l'auteur de violence sexuelle s'emparera ou non.

De nouvelles recherches sur ce thème, ainsi qu'une amélioration de l'articulation Psychiatrie-Justice, permettront à n'en pas douter de proposer des soins toujours plus pertinents aux Auteurs d'Infraction(s) à Caractère Sexuel, durant le temps de leur incarcération mais également après leur libération.

GLOSSAIRE

AICS : Auteur d'Infraction à Caractère Sexuel

ARS : Agence Régionale de Santé

AVS : Auteur de Violence Sexuelle

CATTP : Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel

CD : Centre de Détention

CJ : Contrôle Judiciaire

CP : Centre Pénitentiaire

CPA : Centre pour Peines Aménagées

CPU : Commission Pluridisciplinaire Unique

DISP : Direction Inter-régionale des Services Pénitentiaires

DSP : Dispositif de Soins Psychiatriques

HJ : Hospitalisation de Jour

MA : Maison d'Arrêt

MC : Maison Centrale

QICPAAS : Questionnaire d'Investigation Clinique Pour Auteurs
d'Agression Sexuelle

SMPR : Service Médico-Psychologique Régional

SSJ : Suivi Socio-Judiciaire

SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires

UFPPP : Unité Fonctionnelle de Psychiatrie Pénitentiaire et Probatoire

VE : Visite d'Entrée

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE

Patient n° ...

Date de naissance : .../.../.....

Date d'incarcération : .../.../2011

Pour tout renseignement :
Adeline CHAUFER
(Psychologue)
adeline.chauffer@ch-lorquin.fr
03.87.38.51.05

Situation pénale au moment de l'incarcération :

• **Chef d'inculpation :**
.....
.....
.....

• **Prévenu** **Condamné**

• **Primaire** **Récidiviste**

Visite d'entrée (ou entretien d'accueil) : OUI NON

Visite d'entrée spécifique Violence Sexuelle : OUI NON

Modalités de suivi :

PAS DE SUIVI **Motif :**

SUIVI PONCTUEL : **Infirmier** **Individuel**
 Psychologue **Groupe**
 Psychiatre **CATTP**
 Autre (précisez) : **Autre (précisez) :**

→ Plusieurs réponses possibles

SUIVI REGULIER : **Infirmier** **Individuel**
 Psychologue **Groupe**
 Psychiatre **CATTP**
 Autre (précisez) : **Autre (précisez) :**

→ Plusieurs réponses possibles

Fréquence :

Suivi en lien avec les faits reprochés : OUI NON

ANNEXE 2 : COURRIER EXPLICATIF

Madame, Monsieur, Docteur,

J'ai l'honneur de vous solliciter pour participation de votre établissement à une recherche intitulée « Dispositif de soins spécifiques pour les Auteurs de Violence Sexuelle en milieu carcéral », pour laquelle j'ai obtenu l'autorisation de la Direction Inter-Régionale des Services Pénitentiaires de Strasbourg.

J'effectue cette recherche dans le cadre du Diplôme Universitaire « Clinique et Thérapeutique des Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel » à l'Université Paris-Descartes, sous la responsabilité du Dr Sophie BARON LAFORET.

Il s'agit d'une étude descriptive et comparative des dispositifs de soins spécifiques pour les Auteurs de Violence Sexuelle incarcérés en Maison d'Arrêt dans le Nord-Est de la France en 2011. L'objectif est de montrer qu'un dispositif spécifique d'incitation aux soins psychiatriques augmente considérablement le nombre de prises en charge de ces patients-détenus.

Dans le cadre de cette étude, il s'agira :

- De repérer de manière exhaustive **tous** les Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel (viol, agression sexuelle, inceste, exhibition, téléchargement de matériel pédopornographique, etc.) qui ont été incarcérés à la Maison d'Arrêt d'Epinal **entre le 1^{er} janvier 2011 et le 31 décembre 2011**.
- De transmettre cette liste de détenus au personnel de l'UCSA intervenant dans le cadre du Dispositif de Soins Psychiatriques (j'ai déjà pris contact avec Mme Ghislaine RENARD à ce sujet), afin que le **questionnaire** de recherche joint à ce courrier puisse être rempli par l'équipe **pour chaque détenu concerné**.

Je vous garantis l'anonymat total des informations ainsi recueillies. D'ailleurs, je n'aurai pas accès à la liste des noms des détenus concernés, puisque celle-ci n'aura à aucun moment besoin de sortir de votre établissement.

Je reste également à votre entière disposition pour tout renseignement complémentaire concernant la recherche en elle-même, la constitution de l'échantillon de détenus, ou encore le questionnaire à remplir.

La date souhaitée de retour des questionnaires dûment remplis est fixée au **30 juin 2012**.

Je vous remercie par avance de l'aide précieuse que vous pourrez m'apporter en acceptant de participer à cette recherche universitaire, et je ne manquerai pas de vous faire un retour des résultats obtenus une fois la recherche terminée.

Dans l'attente de votre réponse, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, Docteur, l'expression de mes sincères salutations.

Adeline CHAUFER
Psychologue

BIBLIOGRAPHIE

- [1] TOURNIER P.-V., *Les infractions sexuelles*, OPALE / IS, France, 2011, 91-93.
- [2] BALIER C., CIAVALDINI A., GIRARD KHAYAT M., *Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels*, Direction générale de la santé, France, 1996, 235-239.
- [3] BLANC E., *Rapport d'information n°4421 sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel*, Paris [France] : Assemblée Nationale, 2012, 125-128.

OUVRAGES AYANT SERVI A LA RÉDACTION DU MEMOIRE

- BLANC E., *Rapport d'information n°4421 sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel*, Paris [France] : Assemblée Nationale, 2012.
- COUTANCEAU R., SMITH J., *La violence sexuelle, approche psychocriminologique*, Dunod, Paris, 2010.
- EMERAUD P.-Y., *Un dispositif de soins adapté aux détenus*, Soins Psychiatrie, n°267, 32-35.
- Ministère de la santé et de la protection sociale, Ministère de la justice, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues*, Septembre 2004.
- ROUSSEL V., SAVIN B., *Groupe de parole pour les auteurs d'agression sexuelle incarcérés*, Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, groupes de parole, n°50, Janvier 2008, 97-112.
- THURIN J-M., ALLILAIRE J-F., *Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles*, Conférence de consensus, 22 et 23 novembre 2001, F.F.P., John Libbey Eurotext, 2001.

SITES INTERNET

- www.annuaires.justice.gouv.fr
- www.artaas.org
- www.cairn.info
- www.ladocumentationfrançaise.fr
- www.psylegale.com
- www.sante.gouv.fr

Résumé : Les modalités de soins « classiques », qui reposent notamment sur la souffrance et la demande du patient, ainsi que sur la neutralité bienveillante du thérapeute, ne conviennent pas aux Auteurs d'Infraction(s) à Caractère Sexuel. Aussi, les équipes soignantes ont élaboré de nouveaux protocoles de prise en charge. Cette étude propose une présentation et une évaluation de ces nouvelles pratiques cliniques dans six établissements pénitentiaires de Lorraine et Champagne-Ardenne. Les principaux résultats indiquent que les AICS sont nombreux à bénéficier d'une prise en charge psychologique lorsqu'ils sont incarcérés, et que les soins dont ils bénéficient sont individualisés et respectent la singularité du patient. Ces résultats sont très encourageants, et une étude ultérieure pourra s'intéresser à l'efficacité de ces prises en charge.

Mots-clé : Auteurs d'infraction(s) à caractère sexuel ; incarcération ; soins ; psychologie.

Abstract : The modality of common treatment is not suitable for sexual offenders because it rests on the patient's suffering and request, and on the therapist's neutrality. Thus, the care teams have developed new treatment protocols. This study consists in a presentation and assessment of the new practices in six prisons in Lorraine and Champagne-Ardenne. The main results show that many sexual offenders get psychological care when imprisoned. This care respect the patient's singularity. The results are very encouraging, and further study could focus on the efficiency of that care.

Keywords: Sexual offenders; prison; care; psychology.