

Loi du 17 juin 1998 : l'obligation de soins, 10 ans après

DOSSIER

port d'un manquement quelque part « extérieur » à ce qui constitue le cœur de son intervention ?

Il faut également aborder ici la question du type de population, soumis à SSJ. Beaucoup ont une réelle pathologie médicale, psychiatrique. Quelle compétence, quelle formation a-t-on pour prendre en charge, dans le cadre d'un suivi insertion-probation, ces populations ? Si notre intervention doit se limiter à vérifier que la piqure a bien été prise, j'ai de la peine à en percevoir l'intérêt et même la pertinence.

La notion de responsabilité

Toute la chaîne péno-judiciaire porte une attention particulière à la mesure, puisqu'elle désigne une personne plutôt dangereuse et apte à récidiver, et les personnels du SPIP ne peuvent déroger à cet « état d'esprit ». Ce « repérage » imprègne également le suivi du thérapeute. Tous les acteurs sont parasités, dans leur action, par cette pensée – « Et s'il récidivait ?, que ne viendrait-on me demander dans un premier temps, peut-être me reprocher ensuite ». Difficile de travailler dans de telles conditions. En effet, rendre compte de son travail, qu'il y ait ou non incident ou récidive, est légitime. Mais lorsque, sous-jacente à la demande, transparait la recherche d'un fautif puisqu'il y a eu faute du condamné, ne peut que vicier la prise en charge et l'accompagnement. Il

y a un risque réel de voir transférer sur le soignant ou le travailleur social, voire le magistrat, la faute commise par la personne condamnée. Qui porte donc la contrainte dans le cadre de cette mesure de SSJ ?

Alors deux questions méritent d'être posées :

- La prise en charge d'un SSJ (au même titre qu'à l'avenir toutes ces mesures de sûreté), impose-t-elle une obligation de moyen ou une obligation de résultat ?

- Quelle place pour notre intervention sociale dans la relation instituée par le SSJ entre le domaine médical et le domaine judiciaire ?

Pour achever cette intervention, et comprendre ce questionnement sur notre place, je relaterai un entretien que j'ai eu avec une personne suivie en SSJ, qui avait retrouvé un emploi et une stabilité sociale, après sa détention. Je le suivais depuis un certain temps (mesure oblige) et je m'inquiétais de savoir comment il vivait les rendez-vous avec le psychiatre, s'il y trouvait un intérêt, s'il n'y avait pas de l'ennui, voire un constat d'inutilité. Sa réponse ne peut être que source de questionnement sur notre intervention :

« Avec M. X, tout se passe bien, je parle beaucoup et cela me fait du bien. En fait, me dit-il, c'est vos rendez-vous qui m'ennuient, et où je ne vois pas d'intérêt. Vous me demandez si je vais voir le psy, mais le coordonnateur le dirait de suite au JAP, en cas d'absence, et vous seriez prévenu après. Alors pourquoi venir ici ? »

TOUS LES ACTEURS SONT PARASITÉS, DANS LEUR ACTION, PAR CETTE PENSÉE – « ET S'IL RÉCIDIVAIT ?, QUE NE VIENDRAIT-ON ME DEMANDER DANS UN PREMIER TEMPS, PEUT-ÊTRE ME REPROCHER ENSUITE ».

Un bilan en demi-teinte de l'interface santé justice

par Jean-Louis Senon

Professeur des universités, Psychiatre des hôpitaux, Collège de recherche et d'information multidisciplinaire en criminologie (CRIMCUP), Université de Poitiers

La loi n° 98-468 du 17 janvier 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs a dix ans. Cet anniversaire n'aura pas mobilisé le champ de la santé et aucun bilan ni évaluation n'a été ébauché pour une loi qui est une loi assez exemplaire en tant qu'interface entre Santé et Justice et donc entre les équipes de soin et les juridictions et acteurs de l'application des peines. Les raisons de cette discrétion sont multiples : développement récent et de toutes pièces de la clinique des auteurs de violences sexuelles, qui n'est toujours pas une clinique partagée en France par toutes les équipes de soins, réticences des soignants pour les soins sous injonction judiciaire, faible nombre d'équipes formées pour les auteurs de violences sexuelles multirécidivants, difficultés de recrutements de médecins coordonnateurs, absence de hiérarchisation des besoins et des priorités de prise en charge pour le nombre important de personnes sous main de justice en relevant.

■ L'histoire récente d'une clinique créée de toutes pièces et restant toujours expérimentale

C'est en 1994 que la France a ouvert les yeux sur les violences sexuelles, tant intrafamiliales qu'extrafamiliales, dix ans après le Canada, cinq ans après nombre de pays européens, après de longues années où notre pays restait aveugle à ces violences. Le retard de la

prise de conscience est noté dans tous les pays industrialisés et en sortant son ouvrage phare en 1993 « Les agresseurs sexuels »¹, Jocelyn Aubut à Montréal rappelait que le Canada avait pourtant été alerté dès 1984 par la force et l'audience du rapport Badgley² qui démontrait qu'une femme sur trois et un homme sur quatre seraient victimes d'agressions sexuelles au cours de leur vie. Dix ans aussi auront été nécessaires au Canada pour ouvrir les yeux sur des violences intolérables. Jocelyn Aubut avançait à juste titre dans son ouvrage que la prise en compte de la gravité du phénomène n'était pas liée à la découverte de nouvelles données scientifiques ou cliniques, mais à l'émergence de courants sociaux relayés par les médias et repris à leur compte par les politiques et le législateur avec le durcissement de la loi pénale vis-à-vis des auteurs de violences sexuelles, qui ont depuis, dans tous les pays, représenté une part importante de l'activité des juridictions pénales de jugement. Cette pénalisation nouvelle des crimes sexuels a été partout accompagnée d'une exigence de soins, même si mondialement les cliniciens ont dû rappeler qu'ils ne disposaient pas alors d'outils cliniques ou thérapeutiques opérants et qu'un fossé existait entre les sollicitations de la société et de la justice, et la pratique des

(1) J. Aubut, *Les agresseurs sexuels, Théorie, évaluation et traitement*, Maloigne, 1993.

(2) R. Badgley et coll., *Infractions sexuelles à l'égard des enfants*, Rapport du Comité sur les infractions sexuelles à l'égard des enfants et des jeunes, Ottawa, Approvisionnement et Services Canada, 1984.

Loi du 17 juin 1998 : l'obligation de soins, 10 ans après

DOSSIER

équipes de soins. Face à l'exigence sociale, il a fallu conjuguer le « punir et soigner » et bien souvent créer de toutes pièces une interface entre services sociaux, justice et institutions de soins. Jocelyn Aubut dans son ouvrage constatait que la plupart des informations cliniques étaient alors d'ordre empirique, « liées à des expériences personnelles ou collectives sans validation scientifique ». Écrire une clinique du passage à l'acte sexuel violent et expérimenter des prises en charge thérapeutiques a donc été une première étape où les professionnels canadiens ont su créer des institutions de soin marquées par le pragmatisme, le travail multidisciplinaire et la confrontation des modèles théoriques. L'institution de Repentignies, créée à l'initiative de travailleurs sociaux, et l'Institut Philippe Pinel, spécialisé en psychiatrie médico-légale, tous les deux implantés à Montréal, ont très vite servi de modèles et de lieux de formation pour les équipes européennes. Très vite, l'expérience des premiers cliniciens a dépassé la lecture purement médico-légale ou perverse du passage à l'acte des agresseurs sexuels. Jocelyn Aubut soulignait dans l'introduction à la première partie clinique de son ouvrage que « de façon étonnante, les théories dans leur ensemble ont quelque peu délaissé le rôle des pulsions sexuelles à l'état pur, pour s'intéresser à l'interaction de la sexualité avec l'agressivité, l'analyse des relations de pouvoir entre les hommes et les femmes et à la notion d'intimité ». Pour lui, dès 1993, « l'agression sexuelle n'est plus perçue comme une simple déviance des pulsions sexuelles en ce qui concerne leur objet ou leur but. Elle est de plus en plus perçue comme une pathologie de la relation à l'autre, où la sexualité est dénaturée de sa trame affective fondamentale et contaminée par l'agressivité et le pouvoir ». Une « pathologie de la relation à l'autre », le mot était lancé, le tournant clinique était esquissé, la cassure avec la clinique traditionnelle de la perversion établie, et un courant tracé vers une nouvelle clinique du passage à l'acte en établissant d'autres rapports entre soignants et soignés et d'autres modalités dans la prise en charge thérapeutique, bien loin de la neutralité bienveillante traditionnelle du thérapeute. Dans l'ouvrage de Jocelyn Aubut, André McKibben³ ouvrait la voie de la classification typologique des agresseurs sexuels en insistant sur l'importance et la modernité de cette approche en s'appuyant sur les travaux du *Massachusetts Treatment Center for Sexual Offenders*, et en particulier sur les travaux de Knight, Rosenberg et Prentky, qui s'intéressaient aux motivations de l'agression sexuelle bien au-delà de la composante sexuelle de celle-ci, en isolant l'opportunisme, la rage indifférenciée, la motivation vindicative à côté de la motivation sexuelle, sadique ou non. Les équipes travaillant auprès des agresseurs sexuels dans les années 1995 ont donc dû s'ouvrir à une tout autre lecture du passage à l'acte avec, comme le propose Groth⁴, la mise en évidence de la fixation ou de la régression, des sentiments nourrissant le passage à l'acte tels que la colère, la puissance ou le sadisme et, dans le sillage de Knight, Carter et Prentky⁵, étudier de façon attentive la compétence sociale pour mieux

la travailler dans des prises en charge ayant aussi une composante éducative. Dans son ouvrage de 1993, Jocelyn Aubut consacre une importante partie au traitement des agresseurs sexuels. Il insiste sur le fait qu'en Amérique du Nord « la plupart des programmes de traitement destinés aux agresseurs sexuels s'inspirent d'une combinaison de modalités thérapeutiques ». Il place au premier rang les traitements « behavioro-cognitifs » : entraînement aux habiletés sociales, modification des préférences sexuelles, éducation sexuelle, module de prévention de la récidive où est abordée la notion de chaîne délictuelle, avant de passer le relais à Monique Tardif pour les thérapies psychodynamiques. Pour lui, « tout programme de traitement doit s'articuler autour de deux objectifs fondamentaux : 1) empêcher la récidive, 2) augmenter la qualité de vie de l'auteur d'agressions sexuelles ». Pour Jocelyn Aubut « le traitement n'est pas une alternative à la sanction légale, il l'accompagne ».

■ Les références théoriques psychanalytiques au premier plan en France

Trois ans après Jocelyn Aubut au Canada, Claude Balier sort en France son ouvrage « Psychanalyse des comportements sexuels violents »⁶. Comme l'ouvrage de Jocelyn Aubut, qui restera l'ouvrage de référence dans la communauté francophone, celui de Claude Balier demeure un repère incontournable ; il ouvrira les équipes soignantes françaises à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles autour d'une approche théorique psychanalytique. L'ouvrage de Claude Balier est tout à fait dans le sillage de son premier livre : « Psychanalyse des comportements violents » sorti en 1988. Il s'appuie sur l'expérience du psychanalyste en milieu pénitentiaire où Claude Balier a pendant des années dirigé le Centre médico-psychologique régional de la maison d'arrêt de Varcès près de Grenoble. Autour de l'exposé de nombreux cas cliniques, Claude Balier prend distance avec la notion de perversion, très ancrée en France, pour dégager le concept de « perversité sexuelle » proche de la psychose, qu'il distingue des perversions sexuelles et de la perversité morale. Il entrevoit le passage à l'acte sexuel comme inachèvement de la transitionnalité et le lit sous l'angle de la continuité narcissique : « Si la menace d'effondrement, qu'on appelle ici et là, selon l'inspiration des auteurs, menaces de mort psychique, menace d'anéantissement..., est bien le danger majeur qui anime la pathologie de nos patients, nous allons la retrouver tout au long du travail psychothérapeutique créant des risques considérables de rupture. C'est le sentiment d'existence qui est en cause, témoignant de la permanence d'un investissement narcissique positif, constructif, synthétique... En absence d'une continuité dans l'investissement de soi, ce sont toujours les processus de défense les plus archaïques, tel le cli-vage, qui protégeront le sujet de la résurgence du système hallucinatoire ». Dans le sillage de Claude Balier, la psychanalyse deviendra la référence théorique centrale dans notre pays, tant auprès des psychologues que des psychiatres et dans la supervision des équipes de soins, et ceci à l'image des soins donnés en psychiatrie publique comme dans les psy-

FACE À L'EXIGENCE SOCIALE, IL A FALLU CONJUGUER LE « PUNIR ET SOIGNER » ET BIEN SOUVENT CRÉER DE TOUTES PIÈCES UNE INTERFACE ENTRE SERVICE SOCIAUX, JUSTICE ET INSTITUTIONS DE SOINS.

(3) A. McKibben, La classification des agresseurs sexuels, 58-77 in J. Aubut, *Les agresseurs sexuels, Théorie, évaluation et traitement*, Maloine, 1993.

(4) A. N. Groth, A. W. Burgess, Motivational intent in the sexual assault of children, *Criminal Justice and Behavior*, 1977, 4, (3).

(5) R. A. Knight, D. L. Carter, R. A. Prentky, A system for the classification of child molesters, *Journal of Interpersonal Violence*, 1989, 4 (1) 3-23.

(6) C. Balier, *Psychanalyse des comportements sexuels violents*, Fil Rouge, PUF, 1996.

Loi du 17 juin 1998 : l'obligation de soins, 10 ans après

DOSSIER

chothérapies pratiquées par les psychologues. Le rapport que Claude Balier a rédigé à la demande de la Direction générale de la Santé en 1996, confortera ces orientations et sera à l'origine de la mise en place d'un guide méthodologique pour la prise en charge des auteurs de violences sexuelles en milieu pénitentiaire, comme à l'issue de la détention pour ceux qui ont été condamnés à un suivi sociojudiciaire avec injonction de soins en référence à la loi de 1998. La conférence de consensus des 22 et 23 novembre 2001, « Psychopathologie et traitement actuels des auteurs d'agressions sexuelles »⁷, sera organisée à la demande des ministères de la Santé et de la Justice devant le peu d'application de la loi de 1998 dans le champ sanitaire et l'absence de repères cliniques et thérapeutiques comme éthiques. La conférence de consensus confirme que la clinique des auteurs de violences sexuelles reste embryonnaire : « les connaissances étiopathogéniques présentent un degré de certitude trop faible ». Le jury de la conférence confirme la nécessité d'une multidisciplinarité « la population des auteurs n'est réductible ni aux champs psychiatriques, ni au champ criminologique, ni au champ social ». Dans la continuité de Claude Balier, le jury de la conférence de consensus incite à apporter une autre lecture clinique du passage à l'acte violent : « il est habituel en France de rapporter un agir sexuel d'allure perverse à un fonctionnement psychique globalement pervers. Confronté à l'expérience clinique, cette représentation est pourtant battue en brèche... ces troubles du comportement sexuel correspondent moins à des troubles de la sexualité proprement dits, qu'à des tentatives de solutions défensives ». Au cours de la conférence de consensus l'affrontement sera assez vif entre les tenants de la psychanalyse et ceux des thérapies cognitives et comportementales, venus de Belgique et du Québec, incitant les cliniciens français à s'ouvrir à de nouveaux instruments thérapeutiques tels qu'ils sont utilisés dans les pays anglo-saxons et dans nombre de pays européens. Cependant l'exception française est restée bien ancrée, la plupart des cliniciens et des experts travaillant en France autour de référents psychanalytiques, même dans l'évaluation clinique et expertale.

BIEN DES PROBLÈMES PRATIQUES D'APPLICATION DE LA LOI RESTENT À DÉBATTRE : RECRUTEMENT DES MÉDECINS COORDONNATEURS, FORMATION DES ÉQUIPES DE SOINS, HIÉRARCHISATION DES BESOINS COMME DES RÉPONSES SOIGNANTES.

■ Difficultés et limites de l'injonction de soins en psychiatrie dans notre pays

Notre pays, comme nombre de pays européens, est manifestement en difficulté pour la mise en place de l'injonction judiciaire de soins et un écart persiste entre les attentes de la société, les rédactions successives de la loi pénale par le législateur qui multiplie les cas relevant de l'injonction, et les pratiques de terrain des professionnels de la psychiatrie, psychiatres, psychologues ou équipes de soins de secteur⁸. Notre législateur oublie trop facilement les difficultés d'application ou même les échecs de mesures antérieures d'injonction de soins. L'alcoolisme et les toxicomanies en ont fait les frais. Si l'article L 355-1 du code de la santé publique permet toujours l'internement des alcooliques dangereux par placement par le tribunal à la requête du parquet en cas d'échec d'une prise en

charge volontaire, les institutions susceptibles de recevoir ces alcooliques dangereux se résument dans notre pays à la seule institution de La Membrolle, près de Tours, qui n'applique pas dans le quotidien ces modalités de soins et fonctionne comme une posture alcoolique classique. Le traitement des alcooliques dangereux n'a jamais fonctionné dans notre pays et la loi qui les concerne n'a jamais été appliquée. Il en est de même pour les troubles liés à l'abus de substances qui, dans la circulaire du 1^{er} avril 1952 et la loi de 1970 concernant la lutte contre la toxicomanie, n'ont pas permis la mise en place d'une injonction de soins conforme à l'attente du législateur. Les soignants, là aussi, avancent des raisons éthiques et déontologiques pour expliquer cet échec relatif de l'injonction de soins, bien qu'ils utilisent souvent le levier de l'incitation faite par la justice pour amorcer une prise en charge et un traitement dont on connaît bien les aléas chez le toxicomane. Les problèmes posés par la prise en charge des toxicomanes illustrent bien le fait que les équipes de soins restent dans notre pays réticentes pour l'injonction thérapeutique. Si celle-ci est reconnue comme facilitant l'initiation d'une prise de contact en vue de la prise en charge, les équipes de soins la voient comme source de manipulation avec une « course au certificat » et des pressions exercées sans demande réelle de soins. Certains soignants reconnaissent pourtant l'intérêt de l'injonction de soins pour faciliter l'éveil d'une demande de soins dans les temps initiaux de la prise en charge.

Au-delà de ces représentations, les réticences notées chez nombre de soignants pour la prise en charge d'auteurs de violences sexuelles sont présentées comme en rapport avec le fait que ceux-ci ne présentent pas en règle de pathologies psychiatriques avérées, au sens clinique du terme, et que la psychiatrie publique est actuellement sur-sollicitée par la prise en charge de malades mentaux souvent en situation de crise avec des listes d'attente qui se développent tant dans les centres médicopsychologiques de secteur qu'auprès des psychiatres privés.

On peut s'inquiéter de la surcharge de la psychiatrie publique française et des praticiens privés qui ont déjà bien du mal à faire appliquer la loi de 1998 aux auteurs de violences sexuelles. Qu'en sera-t-il quand il faudra l'appliquer bien plus largement notamment après la loi du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive qui prévoit que le suivi sociojudiciaire concerne aussi les atteintes volontaires à la vie, l'enlèvement et séquestration, les destructions et dégradations dangereuses, les infractions de violences aggravées commises dans un contexte familial. Cette extension nouvelle du domaine du suivi sociojudiciaire avec injonction de soins entraînant un élargissement du soin obligé ne manquera pas de poser des problèmes nouveaux alors même que la loi de 1998 dans sa première version s'est révélée difficilement applicable dans notre pays.

■ Les problèmes pratiques d'application de la loi de 1998 restent à débattre

Bien des problèmes pratiques d'application de la loi restent à débattre : recrutement des médecins coordonnateurs, formation des équipes de soins, hiérarchisation des besoins comme des réponses soignantes.

La loi de 1998 a introduit de façon judicieuse une triangulation entre le médecin traitant et juge de l'ap-

(7) Psychopathologie et traitement actuels des auteurs d'agressions sexuelles, conférence de consensus des 22 et 23 nov. 2001, J. Libbey.

(8) J.-L. Senon, C. Manzanera, L'obligation de soins dans la loi renforçant la lutte contre la récidive, AJ pénal 2007. 367.

Loi du 17 juin 1998 : l'obligation de soins, 10 ans après

DOSSIER

plication des peines avec la mise en place du médecin coordonnateur. Le médecin coordonnateur est l'interface entre le juge de l'application des peines et le médecin (psychologue) traitant : il donne au médecin traitant une autonomie de prise en charge et préserve l'éthique et le secret professionnel de celui-ci. Il informe le médecin traitant sur la condamnation en mettant à sa disposition le jugement et les expertises psychiatriques pénales et médicopsychologiques. Il permet donc au médecin traitant de travailler dès les premières consultations sur le passage à l'acte. Depuis les circulaires d'application de la loi de 1998 il a été constaté une grande difficulté de recrutement des médecins coordonnateurs dans nombre de départements français : ceux-ci sont effectivement recherchés parmi les psychiatres experts qui eux-mêmes sont en nombre de plus en plus réduit, certaines cours d'appel n'ayant pas d'experts psychiatres dans certains départements. Le ministère de la Santé a engagé une action pour faciliter le recrutement des médecins coordonnateurs et développer les motivations pour cet exercice singulier.

La formation des équipes de soins, des médecins traitants ou psychologues traitants, mais aussi celle des médecins coordonnateurs reste un problème de fond même si beaucoup est fait depuis la mise en place des centres ressource pour les intervenants auprès d'auteurs de violences sexuelles (CRIA VS) tels qu'ils sont en train de se structurer dans chaque région sanitaire. Les centres ressource ont comme objet de permettre à une équipe composée de psychiatres, psychologues et infirmiers d'apporter l'information, de contribuer à la formation et aux échanges des équipes soignantes intervenant auprès des auteurs de violences sexuelles en leur apportant aussi des données actualisées de la littérature internationale. Il ne s'agit pas pour les centres ressource de soigner mais de faciliter la mise en place de soins adaptés. Cette formation des soignants auprès des auteurs de violences sexuelles est réalisée dans des diplômes de troisième cycle spécialisés dans les facultés de médecine ou de psychologie (DU, DIU ou Masters), mais aussi par l'action de l'ARTAAS⁹ (Association pour la recherche et le traitement des auteurs d'agressions sexuelles), fondée par Claude Balier, qui avec le soutien du ministère de la Santé continue à développer des formations pratiques et des échanges de supervision.

Si des avancées notables ont été réalisées dans le domaine de la formation, beaucoup reste à faire en ce qui concerne l'organisation des soins. Effectivement comment appliquer la loi de 1998 en prenant en charge tous ceux qui relèvent d'un suivi sociojudiciaire avec injonction de soins ? Le problème se pose autant dans la prison qu'à la sortie de l'établissement pénitentiaire. Dans l'établissement pénitentiaire le juge de l'application des peines exerce une pression

constante pour que le détenu relevant d'un suivi sociojudiciaire avec injonction de soins fasse une démarche de soins. Depuis la loi de 1994 l'ensemble des établissements pénitentiaires est desservi par les équipes de psychiatrie de secteur quand il n'existe pas de SMPR (seuls 26 SMPR fonctionnent dans les maisons d'arrêt et centres de détention). Les équipes de secteurs qui interviennent dans les établissements pénitentiaires disséminés sur l'ensemble du territoire ont bien entendu leurs limites dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles incarcérés. Le plus souvent elles sont dans l'obligation d'avoir recours à des listes d'attente. Les besoins sont très différents dans le parcours pénitentiaire entre les premiers jours de la détention où s'initie souvent un travail psychothérapique, la période précédant le jugement qui est souvent une période difficile où les soins sont sollicités, le transfert en centre de détention où l'obligation de soins se dissout dans la masse de la population pénale et surtout dans les mois qui précèdent la sortie avec la nécessité d'une préparation indispensable à la structuration d'un suivi sociojudiciaire avec injonction de soins solide. Comment penser que l'auteur de violences sexuelles condamnées à plus de dix ans puisse bénéficier d'une prise en charge régulière et durable sur l'intégralité de ses années de détention puis sur les dix ans de son SSJ ? Ceci ne se réalise même pas en ambulatoire pour ce qui concerne les pathologies psychiatriques suivies en psychothérapie tant en privé qu'en public. Ne faut-il pas penser la prise en charge en termes de parcours de soins avec des séquences thérapeutiques auprès des thérapeutes des équipes de secteurs intervenant en détention et les intercaler avec des séquences socioéducatives réalisées avec des programmes élaborés par les SPIP ? Ne faut-il pas aussi aider les équipes intervenant en détention à hiérarchiser les priorités et les besoins de soins en déterminant les populations pour lesquelles elles sont indispensables et celles pour lesquelles elles sont moins prioritaires ? La préparation de la sortie de l'établissement pénitentiaire devrait être un temps fort de la prise en charge avec une évaluation solide et multidisciplinaire réalisée parallèlement à celle des SPIP.

De la même façon à la sortie de l'établissement pénitentiaire, face à l'importance de la demande, ne faudrait-il pas s'appuyer sur les SPIP pour établir des priorités pour ceux des auteurs de violences sexuelles dont le risque de réitération est important et qui pourront s'inscrire dans une prise en charge spécialisée. Ce travail suppose une articulation des prises en charge proposées par les secteurs de psychiatrie ou les psychiatres privés, avec les travailleurs sociaux des SPIP, dans un décloisonnement qui devrait être facilité par l'action des centres ressource.

Dix ans après la promulgation de la loi de 1998, il reste encore beaucoup à faire pour articuler justice et santé.

LES BESOINS SONT TRÈS DIFFÉRENTS DANS LE PARCOURS PÉNITENTIAIRE ENTRE LES PREMIERS JOURS DE LA DÉTENTION, LA PÉRIODE PRÉCÉDANT LE JUGEMENT, LE TRANSFERT EN CENTRE DE DÉTENTION ET SURTOUT DANS LES MOIS QUI PRÉCÈDENT LA SORTIE.

DOSSIER

(9) www.artaas.org.