



Entre répression, prévention et soins : la loi du 17 juin 1998 et ses applications

Jean Louis Senon¹, Jean Pradel²

En cette fin de siècle, le débat démocratique aura rarement autant agité notre société à la recherche d'un nouvel équilibre entre répression et liberté, entre justice et psychiatrie et donc entre la prison et l'hôpital. La diminution du nombre des lits d'hospitalisation, la nouvelle responsabilisation du malade mental comme la rare application de l'article 122-1 du Code Pénal, l'ensemble de ces facteurs peut être rapproché de l'évolution de la population pénale passée de plus de 48 000 à 58 000 détenus de 1988 à 1998, population marquée, pour les psychiatres intervenant en milieu pénitentiaire, par la forte proportion de troubles de la personnalité et à un moindre degré de pathologies psychiatriques méconnues. L'évolution législative depuis 1990 traduit bien ces préoccupations : nouveau code pénal contemporain de la loi de juin 1990 réglementant dans un sens libertaire l'hospitalisation psychiatrique, loi du 18 janvier 1994 transférant aux hôpitaux la prise en charge sanitaire de la population pénale et loi du 17 juin 1998 sur la répression et la prévention des infractions sexuelles. Cette dernière loi, votée par le parlement après de vifs débats opposant souvent magistrats et médecins, introduit le suivi socio-judiciaire, décrit pour l'essentiel aux articles 131-36-1 à 131-36-8 du code pénal (CP), ces articles étant complétés par les articles 763-1 à 763-9 du code de procédure pénale (CPP) et L 355-35 à L 355-37 du code de la santé publique (CSP). Cette diversité des sources fait apparaître la complexité de la nouvelle institution et sa nature mixte, judiciaire et médicale à la fois, qui incitera les équipes de santé à trouver un nouvel équilibre avec l'appareil judiciaire grâce à l'évolution des missions de l'expert et surtout au rôle dévolu à un médecin coordonnateur, véritable pivot entre l'équipe de soins et le juge de l'application des peines.

1. La nouvelle condamnation à un suivi socio-judiciaire peut être assortie d'une injonction de soins

Selon l'article 131-36-1 alinéa 2 CP, « le suivi socio-judiciaire comporte, pour le condamné, l'obligation de se soumettre, sous le contrôle du juge de l'application des peines et pendant une durée déterminée par la juridiction de jugement, à des mesures de surveillance et d'assistance destinées à prévenir la récidive », et selon l'article 131-36-4, « le suivi socio-judiciaire peut comprendre une injonction de soins ».

1.1. Le suivi socio-judiciaire peut comporter des obligations et une injonction de soins

Le suivi socio-judiciaire se rapproche du sursis avec mise à l'épreuve, tel que les équipes soignantes ont pu le connaître chez des consultants se présentant à l'instigation des comités de probation, quand le juge de l'application des peines a retrouvé dans les expertises une préconisation de prise en charge psychiatrique. Les mesures de surveillance, générales ou particulières sont celles du sursis probatoire, l'article 131-36-2 alinéa 1 et 2 CP renvoyant aux articles 132-44 et 132-45 du même code sur le probationnaire. Ainsi le sujet condamné à un suivi devra répondre aux convocations du juge de l'application des peines et, tout comme le

¹ Professeur à la Faculté de Médecine, Université de Poitiers

² Professeur à la Faculté de Droit, Directeur de l'Institut de Sciences Criminelles, Université de Poitiers

probationnaire, pourra se voir imposer l'exercice d'une activité professionnelle. Cette notion est particulièrement importante pour ce qui concerne la criminalité sexuelle puisqu'il est bien décrit dans les études de criminologie que l'inactivité et la désocialisation contribuent à accroître le risque de récidive, notamment chez le pédophile et le violeur.

Le condamné à un suivi socio-judiciaire peut se voir astreint à d'autres obligations qui lui sont propres et qui s'ajoutent à celles prévues pour les probationnaires. Parmi toutes ces obligations, il faut d'abord citer les trois interdictions de l'article 131-36-2 alinéa 2 CP (s'abstenir de paraître en tout lieu spécialement désigné, notamment les lieux accueillant les mineurs ; s'abstenir de fréquenter certaines personnes et notamment des mineurs ; ne pas exercer d'activité impliquant un contact habituel avec des mineurs). Ces interdictions s'adressent avant tout aux individus ayant commis un passage à l'acte pédophilique, le risque de récidive étant décuplé en cas d'exercice d'une activité professionnelle dans une collectivité le mettant en contact avec des enfants : école, institutions éducatives, camps de vacances ou centres de loisirs. L'interdiction d'exercer une activité en contact avec les enfants est une mesure préconisée de longue date par les criminologues. Il sera fondamental dans ce domaine que l'expert relève les risques et suggère la mesure.

L'injonction de soin est la grande nouveauté du texte : selon l'article 131-36-4 CP : « le suivi socio-judiciaire peut comprendre une injonction de soins ». Si cette injonction a été présentée comme la grande originalité de ce suivi, elle s'apparente en fait aux mesures « de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation » d'ores et déjà prévues par l'article 132-45-3 CP concernant le sursis probatoire, même si le régime juridique n'est pas exactement le même. Elle en diffère en ce qui concerne sa durée : alors que l'article 132-42 CP sur le sursis probatoire décide que la juridiction pénale fixe le délai d'épreuve entre dix-huit mois et trois ans, l'article 131-36-1 établit que la durée du suivi socio-judiciaire ne peut excéder dix ans en cas de condamnation pour délit, ou vingt ans en cas de condamnation pour crime.

1.2. Le suivi socio-judiciaire, proche du sursis mise à l'épreuve, doit être interprété comme une mesure de sûreté visant à prévenir la récidive

Le suivi socio-judiciaire est assez proche du sursis avec mise à l'épreuve. Le législateur l'a du reste perçu puisqu'il interdit le prononcé cumulatif de la nouvelle mesure et d'une peine d'emprisonnement assorti, en tout ou partie, du sursis avec mise à l'épreuve (article 131-36-6 CP). Le suivi socio-judiciaire n'est pas une peine complémentaire mais principale. Mais s'il est dans sa forme une peine, il doit être interprété comme une mesure de sûreté : comme toute mesure de sûreté, le suivi est appliqué en fonction de la dangerosité du sujet, et n'a pas de coloration morale ; il tend seulement à éviter la récidive, il n'a pas de but rétributif et il vise à soigner. Pour l'article 131-36-1 alinéa 2 CP le suivi tend « à prévenir la récidive ». Le suivi socio-judiciaire est donc, dans la forme, une peine, mais sur le fond, une mesure de sûreté.

2. La juridiction peut prononcer un suivi socio-judiciaire

Le suivi socio-judiciaire est prononcé par la juridiction de jugement si elle l'estime utile (article 131-36-1 alinéa 1 CP : « ... la juridiction de jugement peut ordonner un suivi socio-judiciaire »). La juridiction ne peut prononcer cette mesure que dans des cas déterminés et selon des règles de procédure précises.

2.1. Le suivi socio-judiciaire s'applique dans les seuls cas de délinquance sexuelle

Selon l'article 131-36-1, la juridiction peut recourir au suivi socio-judiciaire « dans les cas prévus par la loi ». Cette sanction ne s'applique en effet qu'aux seuls délinquants sexuels. Les articles 2 à 4 de la loi du 17 Juin 1998 énumèrent ces infractions, en interdisant donc, en vertu du principe de l'interprétation stricte, toute extension d'application :

- Meurtre ou assassinat précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie (article 221-9-1 CP) ;
- Viol et autres agressions sexuelles, y compris les exhibitions sexuelles, à l'exception cependant du harcèlement sexuel (article 222-48-1 CP) ;
- Atteintes sexuelles commises sans violence sur des mineurs et délits de corruption de mineurs, de diffusion d'images de mineurs présentant un caractère pornographique ou de diffusion de messages pornographiques susceptibles d'être vus par un mineur (article 227-31 CP).

2.2. La juridiction s'appuie sur l'expertise, informe et recherche le consentement

Le suivi socio-judiciaire ne peut s'appliquer que selon des règles procédurales précises, après une expertise préalable mais la juridiction dispose d'un pouvoir d'appréciation entier.

2.2.1. L'expertise unique de responsabilité devient une expertise longitudinale à valeur thérapeutique

Le suivi socio-judiciaire ne peut être prononcé qu'au vu d'une « expertise médicale » (l'article 706-47 CPP). L'article 706-47 systématise la pratique de l'expertise psychiatrique en la rendant obligatoire et en l'étendant à toute procédure préalable au jugement : l'expertise peut être ordonnée par le parquet dès les premiers temps de l'enquête. C'est donc essentiellement pour les affaires ne faisant pas l'objet d'une information, comme les poursuites en comparution immédiate ou sur convocation par procès verbal, que le nouvel article 706-47 CPP devrait modifier les pratiques actuelles. Pour nombre de cliniciens, cette évolution est importante : dans de nombreux cas d'infractions sexuelles graves, il est noté dans les antécédents du sujet des passages à l'acte mineurs qui auraient dû avoir valeur d'interpellation, mais qui n'ont pas fait l'objet d'une expertise dans la mesure où ils étaient jugés en comparution immédiate. L'insuffisance du recours aux services d'enquête rapide et de personnalité dans les délits sexuels apparemment mineurs va dans le même sens, en retardant l'accès à une prise en charge socio-éducative et médico-psychologique adaptée. Cette évolution devrait permettre d'intervenir plus précocement dans la trajectoire d'un pédophile ou d'un violeur présentant des troubles mentaux. Cette pratique, sollicitée de longue date notamment par les médecins de SMPR, posera par contre le problème du recrutement d'experts pouvant réaliser une expertise dans des délais inférieurs à 24 h. L'expert saisi devra être précisément interrogé sur l'opportunité d'une injonction de soins dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire (article 706-47 alinéa 1 CPP). Ces expertises sont réalisées par un expert unique. Par contre, dans le cas particulier de poursuites pour meurtre ou assassinat d'un mineur précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie, l'expertise est réalisée par deux experts (article 131-36-6 alinéa 1 CP). Rappelons que dans les cas où la cour d'assises a prononcé la réclusion criminelle à perpétuité avec application de la période de sûreté de même durée, le juge de l'application des peines peut, au bout de trente ans, saisir un collège de trois experts médicaux chargés d'apprécier la dangerosité du condamné (article 720-4 alinéa 2 CPP).

La loi n'indique pas la mission de l'expert, mais celle-ci devrait connaître une évolution notable. Cette expertise, à l'inverse de l'expertise psychiatrique classique, tend moins à apprécier la responsabilité du sujet que sa dangerosité et surtout la possibilité d'un traitement en suggérant la

nature de celui-ci. La mission expertale va manifestement au delà de l'accessibilité à la sanction pénale de la mission classique : il s'agit ici pour l'expert de se prononcer sur l'accessibilité au traitement. Avec la loi de juin 1998, on passe de l'expertise de responsabilité à l'expertise de dangerosité et même à une expertise à valeur thérapeutique qui vise à proposer une stratégie de soins et son indication. L'évolution de l'expertise sera manifestement un des points forts de la loi : les évaluations expertales (par l'expert tout d'abord puis par le médecin coordonnateur ensuite) vont devenir longitudinales, amenant le psychiatre-expert à rencontrer l'auteur d'une infraction sexuelle à plusieurs reprises pour noter son évolution psychologique et son engagement dans les soins proposés. Il s'agit à la fois d'une pression sur le sujet (on sait bien qu'après le jugement comme après la libération, la remise en cause et la demande de soins s'amointrissent régulièrement), mais aussi d'une tentative pour encore mieux individualiser le traitement en prenant en compte l'évolution des données scientifiques, comme le cheminement personnel de l'abuseur. C'est une modification notable de la pratique expertale qui, jusqu'à ce jour, restait une évaluation isolée et sans lendemain. Elle devra s'appuyer sur une formation nouvelle des experts à l'évaluation en psychiatrie criminelle, avec la nécessité pour eux de se doter de moyens d'évaluation qui ne sont guère utilisés à ce jour dans notre pays. Des formations universitaires pluridisciplinaires associant psychiatrie, criminologie et droit pénal devraient être développées dans notre pays.

2.2.2. La juridiction s'appuie sur le rapport d'expertise, mais n'est pas liée par celui-ci

La juridiction, en possession de tous éléments d'information et notamment du rapport d'expertise, rend sa décision. Elle n'est pas liée par le rapport d'expertise : en droit du moins, elle n'est jamais tenue de prononcer un suivi socio-judiciaire si celui-ci est recommandé par l'expert et il est concevable que la juridiction prononce le suivi socio-judiciaire avec injonction de soins alors même que l'expert n'en recommande pas l'indication. Pour le cas où l'expert constaterait l'absence de pathologie rendant nécessaire un traitement, on imagine l'embarras de l'équipe soignante à laquelle le sujet s'adressera et les conséquences possibles sur son suivi socio-judiciaire.

Si la juridiction décide d'appliquer le suivi socio-judiciaire, et le cas échéant l'injonction de soins, elle doit établir divers points :

- elle doit décider si le suivi peut être ordonné seul : selon l'article 131-36-7 CP : « en matière correctionnelle, le suivi socio-judiciaire peut être ordonné comme peine principale » ;
- elle détermine la durée du suivi : le maximum est de dix ans en cas de condamnation pour crime et de vingt ans en cas de condamnation pour crime. La durée maximale de l'injonction de soins est calquée sur celle du suivi ;
- la juridiction doit déterminer les obligations autres que l'injonction de soins ;
- la juridiction précise la durée de l'emprisonnement encouru par le condamné en cas d'inobservation de ses obligations, y compris celle découlant de l'injonction de soins (articles 131-36-1 alinéa 3 et 131-36-4 alinéa 2 CP).

2.2.3. L'importance du consentement est reconnue et impose l'information faite par la juridiction

Selon l'article 131-36-4 alinéa 2 CP : « le président de la juridiction avertit alors le condamné qu'aucun traitement ne pourra être entrepris sans son consentement, mais que s'il refuse les soins qui lui seront proposés, l'emprisonnement, prononcé en application du troisième alinéa de l'article 131-36-1, pourra être mis à exécution ». Le législateur rapproche ainsi deux principes a priori inconciliables : celui que tout traitement médical suppose le consentement de son bénéficiaire (article 16-3 du code civil) et celui de l'intérêt supérieur de l'ordre public, de la protection de la société. Les soins sont en fait obligatoires (du fait de la menace de la peine) sans

l'être juridiquement (du fait de la nécessité du consentement) tout en l'étant néanmoins !... Ce sont les pressions médicales qui ont imposé la règle de la nécessité du consentement. Les psychiatres savent bien qu'agresseur sexuel ne se confond pas avec malade mental et que même si le sujet est porteur d'une psychopathologie avérée, l'efficacité des soins passe par son adhésion à ceux-ci : soigner est l'objet du travail médical, mais il s'agit de soigner un malade et non un déviant social, encore moins un comportement délinquant ; c'est ce que rappelait en 1977 l'Association Mondiale de Psychiatrie : le médecin ne saurait participer à un traitement psychiatrique sans maladie mentale diagnostiquée et sans recherche du consentement du patient. Ce principe médical reste discuté par les juristes : P. Salvage estime que « si le consentement aux soins est un principe d'une indiscutable importance, il doit pouvoir éventuellement céder devant un intérêt général supérieur incontestable ».

3. L'exécution du suivi socio-judiciaire implique précocement les soignants

La grande nouveauté de la loi du 17 Juin 1998 réside moins dans la création du suivi socio-judiciaire en général que dans sa modalité particulière qui est l'injonction de soins. Or, on sait que tout individu auquel est infligé une injonction est nécessairement l'objet d'un suivi, alors que tout individu condamné à un suivi ne se voit pas forcément enjoindre de se soigner. Il en résulte que sur le plan de l'exécution, il existe deux séries de règles : celles qui sont générales, quand elles s'appliquent à toute personne sous suivi socio-judiciaire, et celles qui, à titre supplémentaire et spécial, intéressent les seules personnes auxquelles des soins ont été imposés. Ces points sont traités dans un nouveau titre du livre V du code de procédure pénale, intitulé : « Titre VII bis. Du suivi socio-judiciaire » (article 763-1 à 763-9).

3.1. Le juge de l'application des peines a un rôle déterminant dans les règles générales d'exécution

Selon l'article 763-1 CPP, « la personne condamnée à un suivi socio-judiciaire... est placée sous le contrôle du juge de l'application des peines dans le ressort duquel elle a sa résidence habituelle ou, si elle n'a pas en France de résidence habituelle, du juge de l'application des peines du tribunal dans le ressort duquel a son siège la juridiction qui a statué en première instance ». L'exécution du suivi fait apparaître des devoirs à la charge du condamné et les pouvoirs accordés aux magistrats, notamment au juge de l'application des peines.

3.1.1. Le devoir de coopération du condamné est réaffirmé

Le condamné voit peser sur lui un devoir de coopération. En application de l'article 132-44, auquel renvoie le nouvel article 131-36-2 CP, le condamné est tenu de répondre aux convocations du juge de l'application des peines, de recevoir les visites de l'agent de probation, de prévenir celui-ci de ses changements d'emploi ou de résidence ... De même, en application de l'article 132-45 auquel renvoie le même article du code pénal, le condamné peut être tenu d'exercer une activité professionnelle, d'établir sa résidence en un lieu déterminé, de se soumettre à des mesures d'examen médical ... Le condamné est tenu de justifier auprès du juge de l'application des peines de l'accomplissement de ces obligations (article 763-2 CPP). La preuve de l'exécution de l'obligation de l'injonction de soins incombe au condamné et non au médecin traitant.

3.1.2. Les pouvoirs de décision du juge de l'application des peines sont développés : modification des obligations, emprisonnement ou relèvement

Pendant l'exécution de la mesure, le juge de l'application des peines peut, après audition du condamné et avis du parquet, modifier ou compléter les mesures de contrôle et d'assistance prévues aux articles 131-36-2 et 131-36-3 CP. Le juge de l'application des peines dispose ici d'un pouvoir important : il peut supprimer, modifier ou ajouter une obligation qui avait été décidée par le tribunal. Sur le plan sanitaire, ce pouvoir du juge de l'application des peines est indispensable pour assurer l'évaluation longitudinale des soins : un projet thérapeutique entretenu au moment du jugement est souvent à revoir à l'épreuve du temps et du travail entrepris par le sujet.

En cas d'inobservance des obligations par le condamné, le juge de l'application des peines peut délivrer un mandat d'amener contre lui (article 763-5 alinéa 2 CPP), voire en cas de fuite ou de résidence à l'étranger, un mandat d'arrêt (article 763-5 alinéa 2 CPP). En cas d'inobservation des obligations, en particulier de l'obligation de soins, le juge peut, selon l'article 763-5 alinéa 1 CPP, ordonner la mise à l'exécution de l'emprisonnement tel qu'il avait été prononcé par le tribunal en application de l'article 131-36-1 alinéa 2 CP. Le juge de l'application des peines agit soit d'office, soit à la demande du parquet. Il rend une décision motivée à la suite d'un débat contradictoire en chambre du conseil, à l'occasion duquel il entend le représentant du parquet, le condamné et son conseil. La décision est exécutoire immédiatement sauf à pouvoir faire l'objet d'un appel dans les dix jours devant la chambre des appels correctionnels qui statue dans le mois. L'exécution de l'emprisonnement ne dispense pas le condamné de l'exécution du suivi, au point qu'un nouveau manquement peut entraîner une réincarcération, à ceci près que la durée totale des emprisonnements ne saurait dépasser celle prévue par la juridiction de jugement (article 763-5 alinéa 5 CP).

Avec le relèvement, le législateur a prévu une possibilité de mansuétude décrite à l'article 763-6 CPP. La demande en relèvement est formée par le condamné. Il doit attendre au moins un an après la condamnation. La demande est adressée par le condamné au juge de l'application des peines qui ordonne une expertise médicale. Celle-ci est réalisée par deux experts en cas de condamnation pour meurtre ou assassinat d'un mineur précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie. L'expertise réalisée, le juge la transmet avec son avis motivé à la juridiction chargée de statuer sur la demande. Cette juridiction est celle qui a prononcé la condamnation au suivi socio-judiciaire. Devant la juridiction, c'est la procédure applicable en matière de relèvement qui s'applique : les débats se déroulent en chambre du conseil sur les conclusions du ministère public et avec audition du demandeur (article 703 CPP auquel renvoie l'article 763-6 alinéa 5 du CP). La juridiction peut soit accéder à la demande en totalité, soit la rejeter purement et simplement, soit enfin relever le condamné d'une partie seulement de ses obligations.

3.2. Les règles d'exécution propres à l'injonction de soins impliquent les soignants dans la prison comme après la libération

3.2.1. De la nécessité de ne pas confondre agresseurs sexuels et malades mentaux, mais aussi de séparer inceste, pédophilie et viols

La réticence des équipes psychiatriques, bien notée dans les travaux préalables de la loi, s'appuie avant tout sur un argument clinique. Effectivement, la seule certitude de la communauté psychiatrique concernant la clinique des agresseurs sexuels est qu'il ne faut pas confondre délinquant sexuel et malade mental. Toutes les études sont concordantes pour penser que la grande majorité des agresseurs ne présente aucune maladie mentale telle qu'elle peut être décrite par la clinique contemporaine, tant française qu'internationale. C'est bien à partir de ces arguments que l'article 122-1 du code pénal n'est pas appliqué : dans la plupart des infractions

sexuelles, l'expert ne retrouve pas de trouble psychique ou neuro-psychique ayant aboli le discernement ou le contrôle des actes du sujet. Pour autant, les délinquants sexuels ne sont pas indemnes de caractéristiques psychologiques qui diffèrent de la population générale et sont de l'ordre de troubles de la personnalité avec souvent une comorbidité qui favorise leurs passages à l'acte : alcoolisme, toxicomanies ou troubles de l'humeur notamment : soigner ces pathologies associées doit être la priorité des équipes psychiatriques.

En prenant en compte ces données cliniques, travailler auprès des auteurs de crimes sexuels ne sera pas donc pas évident pour les équipes psychiatriques d'autant que les mêmes interrogations apparaissent pour ce qui concerne les traitements éventuels : il n'existe à ce jour aucun consensus sur les stratégies thérapeutiques à proposer aux agresseurs sexuels présentant des troubles psychopathologiques. Aucune conférence de consensus, nationale ou internationale, ne peut servir de guide pour les experts, le coordonnateur ou les équipes de soins. Les psychothérapies devront faire l'objet d'une adaptation importante chez un sujet pour lequel il conviendra avant toute chose d'éveiller une demande de soins en intervenant à un moment approprié de son cursus judiciaire. Les chimiothérapies ne sont pas la panacée et notamment les traitements hormonaux qui n'ont que des indications restreintes et précises. L'application de la loi imposera donc aux équipes de santé un travail qui se situera aux confins de leurs connaissances cliniques et thérapeutiques, comme aux limites de leur possibilités matérielles en temps médicaux et paramédicaux.

Les travaux criminologiques apportent un autre éclairage pour discuter une stratégie sanitaire face aux crimes sexuels. La simple séparation des agresseurs d'adultes et de ceux d'enfant est inopérante pour établir un pronostic. De façon pragmatique et tout au moins dans un premier temps, en attendant une application sanitaire plus élaborée de la loi, il sera sûrement important de continuer à séparer incestes, actes de pédophilie, et viols :

- L'inceste reste en règle un crime de l'intimité familial. Les pères incestueux sont le plus souvent correctement insérés et primaires. Les abuseurs n'ont en général commis aucune infraction antérieure, qu'elle soit contre les biens ou les personnes. Le risque de récurrence sexuelle est généralement établi autour de 5% des auteurs d'inceste, ce qui ne dispense pas de protéger les enfants plus jeunes tout comme les petits-enfants, notamment en imposant durablement l'interdiction de rencontre d'un enfant de la famille sans la présence d'un adulte. On constate chez les pères incestueux une fréquence particulière d'alcoolisme chronique qui peut être considéré comme un facteur de risque et doit donc faire l'objet d'une prise en charge spécifique en détention et à la sortie, de même que de possibles troubles de la personnalité. Les équipes psychiatriques et médicopsychologiques travaillant auprès des auteurs de crimes sexuels seront sûrement dans l'obligation d'établir des priorités face à la multiplication des condamnations pour passages à l'acte incestueux en particulier dans les régions à prédominance rurale. Il sera bien entendu indispensable de prendre en charge les pères incestueux dont le fonctionnement fera craindre une récurrence sur des enfants plus jeunes où des petits enfants. Notre expérience de clinicien nous démontre effectivement l'attention qu'il est indispensable d'apporter aux pères incestueux agressant, une génération après, leurs petits enfants. Il conviendra aussi d'établir une priorité pour les auteurs dont les victimes souffrent de troubles graves de l'identité susceptibles d'être aidées par la restauration d'un dialogue et d'une communication intrafamiliale. Dans ce cas, le travail de prise en charge associera l'équipe de secteur prenant en charge l'enfant victime et de celle qui s'adresse aux auteurs adultes.
- Les pédophiles doivent être différenciés des pères incestueux. Dans ce cas l'infraction est commise à l'encontre d'un enfant en dehors de la cellule familiale. Des troubles de la personnalité sont en règle retrouvés. On constate chez eux une fréquence accrue de condamnations pour infractions sexuelles et incidemment des condamnations pour atteinte contre les biens, qui sont cependant moindres qu'en cas de viol. Chez ces sujets, on retrouve une fréquence particulière de violences de l'enfance, violences sexuelles comme physiques et

les psychopathologies de carence y sont très représentées. C'est chez ces agresseurs sexuels que les taux de récidive sont les plus élevés : entre 15 à 25% dans la littérature., jusqu'à 40% pour certains auteurs. Ceci renforce l'idée de l'importance du travail social et médico-psychologique de prévention chez l'enfant victime de maltraitances, tout comme l'importance de l'entretien psychologique d'évaluation initial chez les postulants à des professions prenant en charge des enfants. Une prise en charge psychiatrique s'appuyant sur psychothérapies et chimiothérapies sera souvent dans ces cas indispensable et c'est dans ce domaine que des équipes de santé devront se former à des approches thérapeutiques nouvelles.

- Les auteurs de viols ont des caractéristiques criminologiques différentes. La victime est en règle une femme. Des antécédents judiciaires sont souvent retrouvés avec une fréquence particulière d'infractions non sexuelles associées ou antérieures. On retrouve chez eux plus de troubles de la personnalité, en particulier limites, souvent à expression psychopathique : alcoolisme, toxicomanie et conduites de prise de risque sont très représentés. Dans de rares cas, l'acte est commis par un sujet psychotique ou au décours d'une névrose. Les récidivistes se recrutent souvent dans le cadre de perversions au sens clinique du terme. Les taux de récidive sont situés entre 10 et 15% dans la littérature. Nombre de ces agresseurs relèveront là aussi d'une prise en charge médico-psychologique et psychiatrique.

3.2.2. Tout est fait par la loi pour inciter l'agresseur à se soigner

3.2.2.1. L'incitation aux soins commence en détention

Le suivi socio-judiciaire peut être prononcé en même temps qu'une peine privative de liberté sans sursis (article 131-36-4 CP). Le législateur souhaite que les soins médicaux commencent dès la détention et non pas seulement après la sortie de l'établissement pénitentiaire, et tout est fait pour rappeler régulièrement cette incitation. Selon l'article 131-36-4 et 3 CP, le président de la juridiction de jugement informe le condamné qu'il pourra commencer un traitement pendant l'exécution de la peine d'emprisonnement. Ultérieurement, le juge de l'application des peines a la même obligation et si le condamné refuse les soins, il renouvelle l'avertissement tous les six mois (article 763-7 alinéa 2 CPP).

Au titre des mesures d'incitation ou de facilitation, trois règles sont à signaler. Le condamné exécute sa peine dans un établissement pénitentiaire prévu à l'article 718 alinéa 2 du code de procédure pénale qui vise les établissements « permettant d'assurer un suivi médical et psychologique adapté », concept imaginé par une loi du 1^{er} février 1994 concernant les personnes condamnées pour le meurtre ou l'assassinat d'un mineur de quinze ans précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie (article 763-7 alinéa 1 CPP). En France, la mise en place des SMPR et du dispositif de la loi du 18 janvier 1994 devrait apporter des réponses locales ou régionales coordonnées. Seconde règle, relative à la libération conditionnelle, on sait qu'après un an de détention, une réduction supplémentaire de la peine peut être accordée aux condamnés qui manifestent des efforts sérieux de réadaptation Or, la loi du 17 Juin 1998 considère que ne manifestent pas de tels efforts, les condamnés qui refusent les soins (article 721-1 alinéa 1, CPP). Ainsi, en menaçant de retarder la libération conditionnelle du condamné, le législateur espère faire fléchir les abuseurs qui ne s'inscrivent pas dans une demande de prise en charge médico-psychologique ou psychiatrique. Enfin, troisième règle, le juge de l'application des peines peut ordonner pendant la détention, notamment avant la libération, une expertise (article 763-4 CPP), ce qui peut laisser espérer au condamné certains assouplissements dans l'exécution de la peine.

Rappelons que depuis la loi du 18 janvier 1994, tous les établissements pénitentiaires sont desservis pour la médecine, la chirurgie ou la psychiatrie par les hôpitaux publics avec lesquels ont été signés des protocoles précisant les modalités des interventions des équipes hospitalières. Pour ce qui concerne les soins psychiatriques, les maisons d'arrêt comme les centres de détention

bénéficient d'une consultation psychiatrique assurée par l'équipe de secteur qui réalise notamment le dépistage, les soins, qu'ils soient médicamenteux ou psychothérapeutiques, mais aussi l'orientation des détenus présentant des troubles les plus graves vers deux types de structures :

- L'hôpital psychiatrique par application de l'article D 398 CPP, si le détenu présente une pathologie psychiatrique confirmée et/ou s'il s'oppose à des soins que sa psychopathologie rend indispensables. Il est alors hospitalisé en Hospitalisation d'Office après un arrêté du préfet. Un transfert sur une UMD peut être justifié en cas de dangerosité.
- Le Service Médico Psychologique Régional dont relève l'établissement pénitentiaire, si le détenu est consentant aux soins. Effectivement sur l'ensemble du territoire, sont implantés en moyenne deux SMPR par région pénitentiaire, dans des maisons d'arrêt mais aussi en centres de détention. Les SMPR donnent des soins à des détenus consentants regroupés dans des quartiers spécifiques des établissements pénitentiaires. Ces soins sont assurés par une équipe psychiatrique hospitalière détachée dans ce service et comportant psychiatres, psychologues, et infirmiers psychiatriques. Leur place sera importante pour ce qui concerne les agresseurs sexuels, nombre d'équipes étant en cours de formation à cette clinique ; ils mettent aussi en place, en dehors de la détention des consultations ambulatoires permettant dans ce cas des suivis spécialisés longitudinaux pendant et après la détention.

Les services de psychiatrie de secteur intervenant en milieu pénitentiaire ont leur légitimité dans leur connaissance des familles à risque dans lesquels les agresseurs peuvent se recruter, dans leur aptitude à des prises en charge longitudinales et dans le travail en réseau que le secteur propose dans tout le territoire. Les limites du secteur seront par contre atteintes dans de nombreux cas :

- Clinique à reformuler du fait de l'importance des troubles de la personnalité sans pathologie franche ;
- Stratégies thérapeutiques à adapter : éveil de la demande de soins, intervention précoce en détention, instauration d'un cadre thérapeutique et d'un contrat de soins et travail partenarial avec les services socio-éducatifs ;
- Nombre limité de places dans les SMPR ;
- Limites matérielles et humaines dans des consultations souvent surchargées et avec la pénurie actuelle de psychiatres hospitaliers.

3.2.2.2. L'incitation aux soins se poursuit en dehors de la prison

Le traitement qui a commencé en détention doit se poursuivre après la libération. La loi de 1998 a dû régler l'épineuse question des relations entre magistrats et médecins, entre secret médical et prévention des récidives. La loi a pour ce faire institué un médecin coordonnateur à côté du médecin traitant. La loi de 1998 s'appuie sur des relations triangulaires à établir entre le juge de l'application des peines, le médecin coordonnateur et le médecin traitant, telles qu'elle sont traitées dans un nouveau titre IX, intitulé « du suivi socio-judiciaire », du code de la santé publique (CSP).

Le juge désigne un médecin coordonnateur, inscrit sur une liste établie par le procureur de la république (article L 355-33 CSP).

Le médecin coordonnateur a un quadruple mandat :

- Inviter le condamné à choisir, avec son accord, un médecin traitant, étant noté qu'en cas de désaccord le médecin sera désigné par le juge après avis du médecin coordonnateur ;
- Conseiller le médecin traitant si celui-ci lui en fait la demande ;
- Transmettre au juge ou à l'agent de probation les éléments nécessaires au contrôle de la mesure ;
- Informer, en liaison avec le médecin traitant, le condamné parvenu au terme de l'exécution du suivi, de la possibilité de poursuivre le traitement en l'absence de tout contrôle de l'autorité judiciaire.

Le médecin traitant (éventuellement associé à l'équipe de soins) propose et fixe la nature du traitement psychothérapie ou chimiothérapie. Les chimiothérapies en particulier hormonales sont toujours discutées et ont des indications précises. Le sujet doit être demandeur de ce traitement, avoir été informé de ses incidences et bénéficier d'un suivi psychothérapique dans tous les cas. Ces traitements restent expérimentaux et ne font pas l'objet d'indications reconnues. L'avis du Comité National d'éthique a été sollicité à ce sujet par l'IGASS. Des recommandations précises ont été préconisées : exigence du consentement éclairé après une information précise, obligation d'une prise en charge psychothérapique associée... Le Comité National d'éthique s'interrogeait fortement sur la liberté du consentement pour ce qui est d'un détenu ou d'un condamné à un suivi socio-éducatif assorti d'une obligation de soins.

Le médecin traitant peut demander à consulter les rapports des expertises médicales réalisées au cours de la procédure pénale ainsi que certains pièces judiciaires. Il délivre des attestations de suivi du traitement à intervalles réguliers, qu'il remettra au condamné afin que ce dernier puisse justifier auprès du juge de l'accomplissement des soins (article L.355-34 alinéa 3 CSP). En cas d'interruption du traitement, le médecin traitant peut avertir le juge (ou l'agent de probation) et/ou le médecin coordonnateur sans que puisse lui être opposée une violation du secret professionnel (article L.355-35 CSP) : de la sorte, le juge pourra prendre toutes dispositions utiles, y compris ordonner l'exécution de l'emprisonnement prescrit par la juridiction de jugement. On peut admettre qu'en droit le médecin traitant a la possibilité d'informer régulièrement le juge de l'application des peines de l'évolution du traitement puisque l'article 763-1 CPP, décide que la personne condamnée à un suivi socio-judiciaire est placée sous le contrôle de ce magistrat. Nombre de médecins préféreront informer le médecin coordonnateur qui a ici un rôle d'expert et d'intermédiaire entre le juge et le médecin traitant. Sans doute, certains diront-ils que le médecin traitant est tenu à une obligation absolue de secret et invoqueront-ils cette jurisprudence toujours d'actualité selon laquelle « le secret s'impose aux médecins comme un devoir de leur état, qu'il est général et absolu et qu'il n'appartient à personne de les en affranchir ». Cette jurisprudence n'est pas aussi tranchée qu'il y paraît puisqu'elle précise « hormis les cas où la loi en dispose autrement ». Le juge de l'application des peines ne peut remplir correctement sa mission que s'il est totalement informé par le médecin du danger potentiel lié au défaut d'observance aux soins. L'article L.355-35 du code de santé publique confirme que le médecin traitant ne peut opposer à ce juge le secret professionnel.

Bibliographie :

Balier C. et coll. : Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels, 1996, DGS, Ministère de la santé

Balier C. : Psychanalyse des comportements sexuels violents, 1996, Fil Rouge, PUF

Le Guénéhec F. : Dispositions de la loi n° 98-468 du 17 juin 1998, J. C. P., 1^{er} juillet 1998

Merle R., Vitu A. : Traité de Droit Criminel, 1997, Cujas

Michaud J. : Délinquance sexuelle, point de vue éthico-juridique, Information psychiatrique, 1998, 5, 481-484

Pradel J. : Droit Pénal Général, 1996, Cujas

Pradel J. : L'expertise psychiatrique, in Frison-Roche M. A. et Mazeau D. : L'expertise, 1995, Dalloz

Pradel J., Senon J. L. : De la prévention et de la répression des infractions sexuelles, commentaire de la loi n° 98-468 du 17 juin 1998, Revue Pénitentiaire et de Droit Pénal, 3-4, 1998, 208-243, Cujas

Salvage P. : Les soins obligatoires en matière pénale, J. C. P. : 1997, 1, n° 37, 4062

Senon J. L. , Richard D. : Punir ou soigner, histoire des rapports entre psychiatrie et prison jusqu'à la loi de 1994, Revue Pénitentiaire et de droit pénal, janvier-mars 1999

Senon J. L. : Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire, 1998, PUF

Senon J. L. : Réglementation et structure de l'intervention psychiatrique en milieu pénitentiaire depuis la loi du 18 janvier 1994, *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, 3-1998, 509-522

Senon, J. L., Méry B., Patillot P. : Légitimité et limites du secteur de psychiatrie dans la prise en charge des agresseurs sexuels, *Forensic*, 17, 16-25, 1997

Thibault F., Kuhn J. M., Cordier B., Petit M. : Les traitements hormonaux de la délinquance sexuelle, *Encéphale*, 23, 2, 132-138