

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2022

2022 TOU3 1549

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Emmanuel RAU

le 21 avril 2022

**Prise en charge psychiatrique des auteurs d'infractions à caractère
sexuel dans les 22 établissements pénitentiaires spécialisés en
France : état des lieux**

Directeur de thèse : Dr Anne-Hélène MONCANY
Co-directeur : Monsieur Baptiste ORIEZ

JURY

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS

Président

Monsieur le Professeur Antoine YRONDI

Assesseur

Madame le Docteur Pauline TROYES

Assesseur

Madame le Docteur Anne-Hélène MONCANY

Suppléant



TABLEAU du PERSONNEL HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
des Facultés de Médecine de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2021

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. TKACZUK Jean
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur ARBUS Louis	Professeur LANG Thierry
Professeur ARLET Philippe	Professeur LAURENT Guy
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur LAZORTHES Yves
Professeur BOCCALON Henri	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur BOUTAULT Franck	Professeur MANELFE Claude
Professeur BONEU Bernard	Professeur MARCHOU Bruno
Professeur CARATERO Claude	Professeur MASSIP Patrice
Professeur CHAMONTIN Bernard	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CHAP Hugues	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur CONTE Jean	Professeur MURAT
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur RISCHMANN Pascal
Professeur DABERNAT Henri	Professeur RIVIERE Daniel
Professeur DELISLE Marie-Bernadette	Professeur ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur GRAND Alain	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur SERRE Guy
Professeur JOFFRE Francis	Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE

Doyen : Didier CARRIE

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

P.U. - P.H.
2^{ème} classe

M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E.)	Hématologie, transfusion
Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entéro
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'urgence
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gérontologie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie
M. GUIBERT Nicolas	Pharmacologie, Addictologie
M. HERIN Fabrice	Médecine et Santé au Travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie Cellulaire et Cytologie
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédéric	Biochimie et biologie moléculaire
M. SIZUN Jacques	Pédiatrie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

Professeurs des Universités de Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeurs Associés Médecine générale

M. CHICOULAA Bruno
M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Bactériologie - Virologie; Hygiène Hospitalière

Mme MALAUAUD Sandra

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : Elie SERRANO

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

2^{ème} classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ABBO Olivier	Chirurgie Infantile
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. CORRE Jili	Hématologie, Transfusion
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
Mme BURARIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme FARUCH-BILFELD Marie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. CONSTANTIN Amaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	Mme MARTINEZ Alejandra	Cancérologie, Radiothérapie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. PUGNET Grégory	Médecine Interne, Gériatrie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. SAVALL Frédéric	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. LARRUE Vincent	Neurologie	M. TACK Ivan	Physiologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation	M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'Adultes ; Addictologie
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie	M. YSEBAERT Loïc	Hématologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. OTAL Philippe	Radiologie		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition		
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		
		Professeur des Universités de Médecine générale	
		Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme BELLIERE-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme De GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibaut	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER-SIMMERMAN Emilie	Nutrition
M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
Mme MOREAU Jessika	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie ; Transfusion
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique
Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL-LEGRAND Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme BREHIN Camille	Pédiatrie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie; Hygiène Hospit.
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MOULIS Guillaume	Médecine Interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. REVET Alexis	Pédopsychiatrie, Addictologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et Cytologie Pathologiques
Mme VALLET-GAREL Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie

Maîtres de Conférences Universitaires de Médecine Générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M. BISMUTH Michel
M. ESCOURROU Emile

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr FREYENS Anne
Dr PIPONNIER David
Dr PUECH Marielle

Dr BIREBENT Jordan
Dr. BOUSSIER Nathalie
Dr LATROUS Leila

Serment d'Hippocrate

«Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leur raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.»

Remerciements

A Monsieur le Professeur Christophe Arbus, en me faisant l'honneur d'avoir accepté de présider à ce jury de thèse. Merci pour l'intérêt que vous portez à ce travail, ainsi que pour le dévouement et la disponibilité dont vous faites part au service de tous les internes de psychiatrie de Toulouse. Trouvez ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Antoine YRONDI, en me faisant l'honneur de siéger à mon jury de thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail en acceptant de juger ma thèse. Trouvez ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Pauline TROYES, je te remercie d'avoir accepté de siéger à mon jury de thèse. Ton humanité, ta gentillesse et ta bienveillance me font honneur en ce jour particulier pour moi. Je te remercie pour tes précieux conseils et tes compétences, ta bonne humeur quotidienne au travail, ainsi que ton soutien durant les derniers jours de préparation de ce travail. Merci de m'avoir fait confiance. Trouve ici le témoignage de ma grande reconnaissance.

A Madame le Docteur Anne-Hélène MONCANY, je te remercie d'avoir accepté de diriger mon travail de thèse. Je te remercie pour ton intérêt, ton soutien ainsi que ta patience durant cette étape de mon parcours. Nous n'avons pas eu l'opportunité de travailler ensemble, mais j'ai déjà eu l'honneur de découvrir tes nombreuses connaissances dans le domaine de la psychiatrie légale. Trouve ici le témoignage de ma grande reconnaissance.

A l'équipe médicale et paramédicale des urgences psychiatriques lors de mon tout premier semestre d'internat, alors que je n'étais qu'un petit piou-piou. Merci pour ce saut dans le grand bain ! Au Dr.Laffont, Manue, Ariane, Catherine d'avoir été patientes et bienveillantes avec moi.

A l'équipe médicale et paramédicale de la pédopsychiatrie de Rodez, vous faites un travail remarquable et difficile ! L'Aveyron ne m'aura pas convaincu, dommage !

A l'équipe médicale et paramédicale (et aux secrétaires !) du service de médecine légale du CHU de Ranguel. Merci pour votre accueil, votre gentillesse et la transmission de vos connaissances dans votre spécialité passionnante ! J'ai adoré mon semestre avec vous et j'ai vraiment beaucoup ri !

A l'équipe médicale et paramédicale de l'UF3, je me suis senti très à l'aise avec vous, gardez la même énergie pour soigner et rendre plus agréable la vie de nos patients.

A l'équipe médicale et paramédicale du Secteur 4 du CHGM. En particulier à Juliette, Pauline, Christophe, Lucia, Capucine, Géraldine, Dr.Hecquet. Je me suis senti comme à la maison dès les premiers jours, merci pour votre générosité et votre joie de vivre, merci de m'avoir fait confiance, c'était très agréable de travailler avec vous. Le petit interne que j'étais a bien grandi grâce à vous. Je n'oublie évidemment pas la team AJIR avec Aline, Marylise, Chantal et Aurélie, bravo pour votre travail et merci pour les tasses de café déjà prêtes le matin !

Et à tous ceux qui m'ont transmis un peu de leur savoir, pour le médecin que je suis aujourd'hui et celui que je serai demain.

A ma famille,

et déjà en premier lieu à mes parents. Tout ce travail n'aurait jamais été possible sans votre soutien indéfectible depuis ma tendre enfance. Vous m'avez inculqué de profondes et vraies valeurs dont je suis fier et sans lesquelles je n'aurais pu faire ce travail de médecin. Le petit garçon qui voulait devenir chirurgien a bien grandi, et est maintenant devenu Docteur (bon pas en chirurgie !). Voyez en ce travail et ce titre ma profonde reconnaissance éternelle, en espérant vous rendre fiers aujourd'hui, et à continuer de le faire jusqu'à mes derniers jours.

A mes sœurs, Mickaëlla et Alexia. J'aurais été un petit garçon (et un grand maintenant) bien triste sans vous avoir à mes côtés. Mon soutien auprès de vous n'a peut-être pas été toujours très marquant ou spontané, mais sachez qu'il a toujours été bien présent, signe d'un amour fraternel pudique mais éternel. Votre intelligence et présence d'esprit seront comme des lanternes dans un ciel noir. Même si je ne vous vois pas, je pense à vous et veille sur vous, comme un grand-frère le fait.

Alla mia nonna, la più generosa di tutte. Ti amo.

A mes tantes et oncle, Lili, Nani, Jeanne, Coco. Merci pour votre soutien et votre amour apportés jusqu'à maintenant. Premier bébé arrivé, et le dernier à finir ses études !

A mes amis,

A la team des Zizis. Merci d'avoir été présent et m'avoir accompagné à travers toutes ces années de galères, de joies, de pleurs, d'inquiétudes, d'insouciances... Tout cela n'aurait jamais été pareil sans vous. Vous m'avez fait découvrir pour la première fois la signification du mot Amitié. Malgré les kilomètres qui nous séparent maintenant, vous faites toujours parti de moi, je ne pourrai jamais vous oublier.

A la team Internat de Rangueil 2018. Grâce à vous je me suis ÉCLATÉ durant toute cette première année d'internat, c'était la folie ! J'ai rencontré des gens tous aussi différents les uns des autres, nos moments étaient riches en émotion. J'adorerai revivre avec vous tous ! J'espère que vous n'oublierez jamais ma tenue fétiche...

A mes cointernes de l'UF3, merci de m'avoir supporté et encouragé lors de tous ces longs matins lorsque j'étais au BDR, et d'avoir contribué à rendre ce stage si plaisant à vos côtés. Continuons à faire nos petites soirées bouffe/bitchage si précieuses !

A la team du 38 RDP. Merci de m'avoir si vite intégré à cette belle famille du 38 RDP, je me suis senti chez moi dès le départ. C'est grâce à vous que mes 6 mois lyonnais ont été magiques et je crois que le destin avait déjà choisi que c'était avec VOUS que je devais les passer. A nos soirées au PS, à nos gueules de bois et aux débriefs dans le salon, aux aboiements de Riri et à vos « Qu'est-ce que tu Manugances Manu? », à la tarte au cul, à tous nos bons moments passés et surtout ceux à venir.

A mes grands amis toulousains. Carlo, Céline, Bayb, Flora, Gautier, Alicia, François, Poisson, Poney. Vous m'avez fait découvrir qui j'étais vraiment. De si belles rencontres dans une vie, ça ne s'oublie pas. C'est avec vous que j'aime passer mon temps dans notre belle ville rose, et c'est maintenant avec vous que j'ai envie de tout faire, tout découvrir. Sans vous, mon internat toulousain aurait été insipide et fade. Merci pour tout, merci d'être vous. A nos folles soirées, à nos vacances annulées et à celles déjà programmées, à nos festoch ensoleillés et colorés, à vos présences qui me réconfortent l'hiver comme l'été. A tous nos moments passés, présents et futurs, voire même je l'espère pour l'éternité...

A la coloc des tchoins, parce qu'on sait tous que c'est moi la plus grosse.

A la team des JNO et à tous Les points de vie que j'ai définitivement perdu avec vous, mais aussi toutes les fabuleuses rencontres que j'ai pu y faire.

A la trims et toutes les trimardises que tu nous prépares. A quand nos prochaines vacances ?

A Jeannot et tous nos vocaux pré-thèse de galériens envoyés.

A Aurélie et notre complicité, nos histoires sordides, et aux soirées qu'on n'a pas encore faites !

A Lélé, Margaux, Marine, Célia, Alice, Agathe, Antoine...

Et à toutes les personnes rencontrées, de près ou de loin, de quelques instants ou bien plus longtemps, qui m'ont permis d'être la personne que je suis aujourd'hui.

TABLE DES MATIERES

I.	Introduction	13
II.	Matériel et Méthodes	16
III.	Résultats	17
	III.1. Organisation pénitentiaire.....	17
	III.1.1. Descriptif des établissements spécialisés.....	17
	III.1.2. Les outils et moyens pénitentiaires mis à disposition.....	17
	III.2. Organisation sanitaire	18
	III.2.1. Descriptif des structures de soins psychiatriques	18
	III.2.2. Descriptif des équipes soignantes.....	19
	III.3. La population AICS.....	21
	III.3.1. Chiffres	21
	III.3.2. Descriptif médical de la population AICS incarcérée.....	21
	III.3.3. La prise en charge sanitaire des AICS.....	24
	III.4. Articulation entre la santé et la justice.....	26
	III.5. Articulation avec les structures de soins extra-carcérales.....	29
	III.5.1. Avant l’incarcération.....	29
	III.5.2. Après l’incarcération.....	29
	III.5.3. Relation avec les CRIAVS.....	30
	III.6. Les équipes soignantes.....	30
	III.6.1. Vécu subjectif face aux violences sexuelles.....	30
	III.6.2. Avis des équipes sur la spécialisation des établissements.....	31
	III.6.3. Difficultés rencontrées et points d’amélioration proposés.....	33
	III.6.4. Projets futurs envisagés.....	35
IV.	Discussion.....	36
	Principaux résultats	
	IV.1. Organisation pénitentiaire.....	36
	IV.1.1. Comparatif de l’occupation des établissements entre 2011 et 2022.....	36
	IV.1.2. Le modèle du Plan de Prévention de la Récidive et alternative.....	37
	IV.2. AICS et psychiatrie.....	38
	IV.2.1. AICS et trouble psychiatrique.....	38
	IV.2.2. Evaluation et outils utilisés.....	39
	IV.2.3. Le traitement médicopsychologique des AICS.....	39
	IV.3. Articulation entre santé et justice.....	42
	IV.4. Les structures de soin post-carcérales.....	43
	IV.5. Les équipes.....	44
	IV.5.1. Le temps de travail augmenté dans les structures spécialisées.....	44
	IV.5.2. Vécu subjectif des équipes face aux violences sexuelles.....	45
	IV.5.3. Les stratégies proposées par les équipes.....	46
	Forces et limites de l’étude.....	47
V.	Conclusion.....	49
	Lexique.....	50
	Annexes.....	51
	Bibliographie.....	56

Liste des abréviations

AICS : Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel
AVS : Auteurs de Violences Sexuelles
AP : Administration Pénitentiaire
CD : Centre de Détention
CMP : Centre Médico-Psychologique
CP : Centre Pénitentiaire
CPU : Commissions Pluridisciplinaires Uniques
CRAVS : Centre de Ressource pour les Intervenants auprès d'Auteurs de Violences Sexuelles
DSAVS : Dispositif de Soins pour les Auteurs de Violences Sexuelles
ETP : Equivalent Temps Plein
HAS : Haute Autorité de Santé
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
IS : Injonction de Soins
JAP : Juge d'Application des Peines
MC : Maison Centrale
OS : Obligation de soins
PPR : Plan de Prévention de la Récidive
SMPR : Service Médico-Psychologique Régional
SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
SPO : Soins Pénalement Ordonnés
UVF : Unités de Vie Familiale

I. INTRODUCTION

La prise en charge et la prévention des violences sexuelles sont devenues une priorité sociétale compte tenu de leur fréquence et de la gravité de leurs conséquences. A titre d'exemple, dans l'enquête Virage réalisée en 2015, 14,47% des femmes âgées entre 20 et 69 ans déclarent avoir subi des violences sexuelles au cours de leur vie, ainsi que 3.94% d'hommes de la même tranche d'âge (1); il faut souligner que la majorité des agressions sexuelles et des viols se produisent avant l'âge de 18 ans, tout sexe confondu (2). Les données administratives quant à elles, montrent une propension croissante des victimes à porter plainte à la suite de violences sexuelles depuis les années 1980 et jusqu'aux années 2000, avec un nouveau regain depuis la fin de l'année 2017 du fait des mouvements « me too » menant à une dénonciation des faits plus libérée. De ce fait, il y a eu une augmentation très importante de personnes condamnées pour des infractions de nature sexuelle entre 1980 et 1998, passant de 6% à 19% de l'ensemble des personnes condamnées (3). Face à cette augmentation importante du nombre d'auteurs d'infractions à caractère sexuel dans les prisons, des thérapeutes exerçant en milieu pénitentiaire tels que Claude Balier se sont intéressés à la question d'une possibilité d'approche thérapeutique pour ces personnes et sont arrivés à la conclusion que certains AICS peuvent être soignés, et qu'à différents temps judiciaires (notamment pendant ou après une incarcération) il existe la possibilité de débiter une thérapie (4). Le délinquant sexuel peut donc être considéré en même temps comme responsable de ses actes (et donc punissable) et comme une personne souffrante nécessitant des soins. Ainsi, dans une démarche de prévention de la récidive, le législateur crée la loi du 17 juin 1998 (5) relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs qui instaure le suivi socio-judiciaire et l'injonction de soins pour les personnes condamnées à une infraction à caractère sexuel. Le suivi socio-judiciaire oblige le condamné à se soumettre, sous le contrôle du juge de l'application des peines et pendant une durée déterminée, à des mesures de surveillance et d'assistance destinées à prévenir la récidive. Ce suivi socio-judiciaire peut comprendre une injonction de soins qui peut être prononcée s'il est établi après une expertise médicale que la personne poursuivie est susceptible de faire l'objet d'un traitement. Ce traitement s'effectue en milieu ouvert seulement et est chapeauté par un médecin coordonnateur qui fait le lien entre les différents acteurs. Durant l'incarcération, le détenu est également très fortement incité par la justice à débiter des soins, avec possiblement à la clé des remises de peine supplémentaires. Ainsi, d'un point de vue judiciaire, depuis la loi du 17 juin 1998, puis plus tard par l'article 717-1 de la loi du 9 mars

2004 du code de procédure pénale, il est stipulé que les personnes condamnées pour des infractions qui encourent un suivi socio-judiciaire doivent exécuter leur peine dans des établissements pénitentiaires permettant d'assurer un suivi médical et psychologique adapté (6). Afin de s'assurer que les AICS entament des soins durant l'incarcération, il a été pensé de les regrouper dans des structures pénitentiaires spécialisées ; et c'est dans une optique de renforcement de l'offre et de la spécialisation des soins que la circulaire du 8 décembre 2008 relative à la campagne tarifaire des établissements de santé (7) introduit la notion d'établissements spécialisés et désigne vingt-deux établissements pénitentiaires comme tels, parmi les 187 établissements que compte le territoire français. Ces établissements spécialisés sont répartis sur l'ensemble du territoire national et grâce à l'octroi d'une dotation financière par les Agences Régionales de Santé, les établissements de santé intervenant au sein des structures pénitentiaires spécialisées ont pu renforcer en nombre leurs équipes soignantes de psychiatrie, créer des équipes mobiles ou mettre en place toute autre forme d'organisation appropriée. En parallèle, à la suite de la circulaire du 16 avril 2006 (8), sont créés les Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAVS). Ce sont des structures publiques régionales pluridisciplinaires articulant leur activité autour de cinq missions principales et permettant un soutien important auprès des équipes de soin prenant en charge les AICS (9). Plus tard, le protocole santé – justice de 2011 relatif à la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel dans les établissements pénitentiaires donne une directive nationale à appliquer dans chaque région (10) et la circulaire du 21 février 2012 relative à l'orientation en établissement pénitentiaire des personnes détenues (11), concourent ensemble à l'application de la mesure d'orientation des personnes détenues AICS en priorité dans les établissements pénitentiaires spécialisés [cf. annexe 1].

Quelques années plus tard, un rapport d'information présenté en 2012 par le député Monsieur Etienne BLANC (12) concernant le suivi des AICS étudie le fonctionnement global des structures spécialisées depuis qu'elles ont été instaurées et pointe du doigt plusieurs problématiques, notamment la répartition des détenus AICS entre ses structures et les structures dites classiques, la disparité géographique des établissements spécialisés au sein du territoire ou encore la disparité des moyens humains et matériels mis à disposition. Il décrit également un système de soins post-carcéral défaillant et une articulation et des liens entre la santé et la justice difficiles. Il propose des points d'amélioration sous forme de 33 recommandations à mettre en place. L'audition publique du 17 juin 2018 (13) quant à elle reprend tous les éléments

connus à ce jour sur les AICS en termes de prévention, évaluation et prise en charge et met en lumière là aussi les problématiques rencontrées dans la pratique avec la construction de 35 propositions à réaliser dans les années à venir.

Pourtant, plus de dix ans après la spécialisation de certains établissements pénitentiaires dans l'accueil et la prise en charge des AICS, et dans un contexte toujours plus criant de précarisation des soins psychiatriques généraux, il n'existe toujours pas à proprement parler de réévaluation de cette mesure. Il a été décrit dans la littérature française le fonctionnement et les modalités de prise en charge des AICS de certains établissements pénitentiaires décrits comme « non spécialisés » (14) et également de structures spécialisées (15,16), mais à notre connaissance et à ce jour il n'existe pas de description du fonctionnement de la totalité des structures désignées comme telles. Récemment, le plan de lutte contre les violences faites aux enfants de 2020-2022 (17) ainsi que la feuille de route de 2019-2022 pour la santé des personnes placées sous main de justice présenté par le Ministère des Solidarités et de la Santé (18) ont rappelé la nécessité de réaliser un état des lieux des modalités de prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel dans les établissements pénitentiaires spécialisés.

Ce travail a donc pour objectif principal de réaliser cet état des lieux de la prise en charge psychiatrique proposée au sein des établissements pénitentiaires dits « spécialisés » dans la prise en charge des AICS. Il a pour intérêt de présenter les pratiques professionnelles actuelles dans ces structures. Nous nous intéresserons également au vécu des équipes de soin et à leurs points de vue sur cette modalité d'établissements fléchés. Les résultats seront discutés et permettront de donner une base de réflexion sur d'éventuelles stratégies à adopter afin de rendre plus efficiente la prise en charge des AICS dans ces établissements.

II. MATERIEL ET METHODE

Pour recueillir les données des 22 structures pénitentiaires spécialisées, nous avons construit un questionnaire, avec l'aide de la présidente et du secrétaire de la Fédération Française des CRIAVS. Ce questionnaire comporte des questions ouvertes et fermées, réparties en 8 parties distinctes [cf. annexe 2] :

- Les caractéristiques des établissements.
- Le profil clinique des patients AICS.
- Les relations avec les Centres Ressources pour Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAVS).
- Le parcours pénitentiaire des personnes détenues.
- Le parcours sanitaire des patients et plus globalement les soins qui leur sont apportés.
- L'articulation entre la santé et la justice.
- Le relai de soin à la libération.
- La description et l'analyse des équipes de soins, ainsi que leur vécu.

Nous avons constitué un annuaire des 22 établissements spécialisés grâce aux numéros de téléphone et adresses mail des secrétariats des unités sanitaires et Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) de chaque établissement, disponibles sur internet et sur les sites des CRIAVS régionaux. Nous avons envoyé un premier mail expliquant le projet de l'étude aux différentes unités sanitaires ou SMPR et/ou aux responsables des soins psychiatriques spécialisés aux AICS en juin 2020. Nous avons pu réaliser les premières passations du questionnaire par entretien téléphonique d'une durée d'environ 1 heure, avec un soignant par établissement. Nous avons envoyé une deuxième puis troisième relance par mail aux établissements n'ayant pas répondu. Nous avons ensuite pris contact directement par téléphone pour relancer une quatrième puis cinquième fois les établissements manquants. La passation totale des questionnaires s'est étalée de juin 2020 à janvier 2022. Les résultats sont anonymisés.

III. RÉSULTATS

Nous avons obtenu une réponse au questionnaire pour 17 établissements pénitentiaires sur les 22 que comporte le territoire français. Les autres établissements n'ont pas donné de réponse malgré nos relances par mail et téléphone. Parmi les soignants qui ont répondu au questionnaire, 11 étaient psychiatres, 4 étaient psychologues, 1 était infirmier diplômé d'état (IDE) et 1 était cadre de santé.

III.1. Organisation pénitentiaire

III.1.1. Descriptif des établissements spécialisés

Parmi les 17 établissements, il y a 7 centres pénitentiaires (comportant tous une maison d'arrêt ainsi qu'un centre de détention), 9 centres de détention, et une maison centrale (19). En faisant la moyenne de la durée d'incarcération des AICS estimée par les soignants, nous retrouvons une durée moyenne d'incarcération de 8,2 ans.

III.1.2. Les outils et moyens pénitentiaires mis à disposition

Concernant les moyens existants de l'administration pénitentiaire, des dispositifs de « préparation spécifique à la sortie » sont mis en place dans 8 établissements, 5 établissements n'en ont pas, 2 ne connaissaient pas la réponse, et 2 établissements décrivent « un processus sortant » et « une structure d'accompagnement à la sortie ». Ces dispositifs sont exclusivement réalisés par les équipes du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP). Ce sont des programmes élaborés intégrant le domaine de la réinsertion socio-professionnelle et de l'accompagnement et qui visent en finalité un processus de sortie de délinquance. Dans ces dispositifs de préparation spécifique à la sortie, sont intégrés des Plans de Prévention de la Récidive (PPR). Ils consistent, en complément de la prise en charge sanitaire, en des groupes de parole qui visent à faire prendre conscience au sujet des conséquences de ses actes et lui permettre de ne pas répéter des comportements délictueux, par l'apprentissage de nouvelles stratégies d'évitement des situations à risque (20). Dans ce travail, 12 établissements déclarent bénéficier de PPR réalisés par le SPIP, les soignants n'y intervenant pas sauf pour un d'entre

eux. Le reste des établissements n'ont pas de PPR, dont un déclare qu'ils ont été interrompus du fait de la crise sanitaire Covid-19.

4 établissements déclarent réaliser de la justice restaurative effectuée par l'équipe du SPIP, dont 2 établissements qui n'en sont qu'à leurs débuts : la justice restaurative commence à être utilisée depuis quelques semaines seulement. Le reste des établissements n'en réalise pas. La justice restaurative est une mesure permettant de faire communiquer victimes et auteurs d'infractions, permettant entre autre de prévenir la récidive, et à faire prendre conscience des faits à l'auteur (21).

Concernant l'infrastructure même des établissements, 12 possèdent une ou des Unités de Vie Familiale (UVF) (cf. lexique), les autres établissements n'en disposent pas. Un établissement dispose d'un « quartier sortant », et 14 n'en ont pas. Un établissement déclare bénéficier « d'une structure d'accompagnement à la sortie » et un autre « un quartier de semi-liberté ». Les quartiers de préparation à la sortie, visent à accueillir les personnes qui ont de courtes peines, inférieures à deux ans, ou qui n'ont plus que deux ans à purger. Les détenus ciblés par ce dispositif, doivent répondre à trois critères : présenter un risque d'évasion faible, être capable de s'adapter à la vie en collectivité et avoir besoin d'un accompagnement pour se réinsérer socialement.

Dispositifs	OUI	NON
Préparation spécifique à la sortie	8	5
PPR	12	5
UVF	12	5
Justice restaurative	4	13
Quartiers sortants	1	14

Tableau 1: les outils et moyens pénitentiaires mis à disposition

III.2. Organisation sanitaire

III.2.1. Descriptif des structures de soins psychiatriques

11 équipes de soins psychiatriques travaillent au sein d'une unité sanitaire (US), et 5 sont au sein d'un Service Médico-Psychologique Régional (SMPR).

Dans un des établissements, il se définit de manière plus autonome un service intersectoriel indépendant de l'US de l'établissement, qui est spécialement dédiée à la prise en charge des AICS, et qui intervient sur l'intra mais également l'extra-carcéral.

III.2.2. Descriptif des équipes soignantes

Au sein de 5 établissements, il existe un DSAVS (Dispositif de Soins pour les Auteurs de Violences Sexuelles) qui ont été créés spécifiquement pour la prise en charge des AICS. Sur le tableau numéro 2 figurent la composition et le temps de travail en Equivalent Temps Plein (ETP) des soignants dans les DSAVS. Pour les établissements ne possédant pas de DSAVS propres, la prise en charge des AICS est assurée par l'équipe de psychiatrie générale de l'établissement.

	ETP psychiatre	ETP psychologue	ETP IDE	ETP secrétaire
Etablissement 1	0.3	1.5	1	-
Etablissement 2	0.2	2	-	0.5
Etablissement 3	1	2.5	2	1
Etablissement 4	0.4	2.5	2	-
Etablissement 5	0.5	2	1	-

Tableau 2: composition et temps de travail des équipes des DSAVS

Sur le tableau numéro 3 figurent la composition et le temps de travail des autres équipes de soin. Nous n'avons pas été en mesure de connaître le nombre exact de secrétaires, cadre, assistante sociale, ergothérapeute et psychomotricien car les soignants auditionnés ne connaissaient pas la réponse.

	Psychiatre	Psychologue	IDE	Autres
Etablissement 6	1.3 ETP	2 ETP	4 ETP	Secrétaire, assistante sociale, cadre
Etablissement 7	1.5 ETP	1.5 ETP	4 ETP	Secrétaire, cadre, psychomotricien
Etablissement 8	2 temps partiel	6 temps partiel	4 ETP	-
Etablissement 9	2.4 ETP	2.5 ETP	?	Assistante sociale, psychomotricien
Etablissement 10	2.4 ETP	2 ETP	3 ETP	-
Etablissement 11	1.2 ETP	2.5 ETP	3 ETP	-
Etablissement 12	2.4 ETP	6.5 ETP	8 ETP	3 secrétaires, cadre
Etablissement 13	2.5 ETP	3 ETP	10 à 15 ETP	Assistante sociale, ergothérapeute, psychomotricien
Etablissement 14	2 ETP	2.5 ETP	10 ETP	Psychomotricien
Etablissement 15	0.4 ETP	2.5 ETP	5 ETP	2 secrétaires, cadre
Etablissement 16	1 temps partiel	1 ETP	3 ETP	-
Etablissement 17	0.3 ETP	3.5 ETP	3 ETP	-

Tableau 3: composition et temps de travail des autres équipes

Pour 15 équipes sur 17, les professionnels ne sont pas à temps-plein sur l'établissement pénitentiaire et partagent des temps avec d'autres structures comme des structures ambulatoires telles que des consultations de psychiatrie légale, des consultations en Centres Médico-Psychologiques (CMP) classiques, ou consultations en cabinet libéral. Certains professionnels exercent également au CRIAVS, et certains psychiatres et psychologues sont également experts ou médecins coordonnateurs.

Pour 14 établissements il n'y a pas de diplômes spécifiques demandés ou de formations exigées au moment du recrutement de nouveaux professionnels, mais il est préférable d'être initié ou d'avoir de l'expérience en milieu carcéral et aux pathologies liées à la détention. Un établissement déclare que tous les professionnels de l'équipe ont un Diplôme Universitaire en criminologie, et 10 établissements déclarent que tous les professionnels de leur équipe sont formés au sujet de la violence sexuelle. Les formations sont surtout proposées par les CRIAVS qui permettent et invitent les professionnels non formés à le devenir.

III.3. La population AICS

III.3.1. Chiffres

Le pourcentage exact des personnes détenues AICS parmi la totalité des personnes détenues dans chaque établissement n'est pas connu par les équipes de soin, nous n'avons pas été en mesure d'obtenir la liste exhaustive des AICS par le greffe des établissements pénitentiaires. Nous avons calculé, parmi les 14 établissements ayant donné une réponse chiffrée à cette question, une moyenne de **51%** de personnes détenues AICS dans les établissements. Les pourcentages donnés par les équipes varient « entre 10 à 20% » pour le plus bas pour un établissement, et jusqu'à 85% pour deux établissements.

	Taux d'AICS parmi les personnes détenues (%)
Etablissement 1	22,2
Etablissement 2	80
Etablissement 3	60
Etablissement 4	76
Etablissement 5	50-55
Etablissement 6	85
Etablissement 7	85
Etablissement 8	30
Etablissement 9	10
Etablissement 10	33
Etablissement 11	18,8
Etablissement 12	28
Etablissement 13	53,8
Etablissement 14	80

Tableau 4: taux d'occupation des AICS parmi la totalité des détenus

III.3.2. Description clinique de la population AICS incarcérée

Neuf établissements n'ont pas su donner un nombre concernant le pourcentage de personnes détenues AICS qui présentent un trouble psychiatrique (troubles psychiatriques généraux et/ou troubles paraphiliques). Dans notre étude, sont inclus dans les « troubles psychiatriques généraux » : les troubles de l'humeur (dépressions et troubles bipolaires), les troubles psychotiques, les troubles de la personnalité, les troubles addictifs et les troubles anxieux/troubles de l'adaptation. Dans le tableau 5 figurent les pourcentages d'AICS qui présentent un trouble psychiatrique, parmi les 8 établissements ayant donné une réponse chiffrée. En calculant une moyenne grâce à ces 8 résultats, nous retrouvons un pourcentage de

28.3%. Cette moyenne de 28.3% est cependant biaisée car 2 professionnels ne classaient pas les troubles de la personnalité dans les « troubles psychiatriques généraux » (établissements 4 et 5).

Sur la figure numéro 1, sont représentés les diagnostics les plus fréquemment cités par les équipes soignantes.

Concernant les troubles paraphiliques, ils sont peu souvent identifiés et diagnostiqués en pratique courante. Ils sont rares et représentent une petite partie des AICS, 2 établissements déclarent respectivement 30% et 6% de troubles paraphiliques, et 3 établissements déclarent en avoir « très peu ».

	AICS présentant un trouble psychiatrique (%)
Etablissement 1	22.5
Etablissement 2	15
Etablissement 3	10
Etablissement 4	6
Etablissement 5	2.5
Etablissement 6	80
Etablissement 7	20
Etablissement 8	70

Tableau 5: pourcentage d'AICS présentant un trouble psychiatrique.

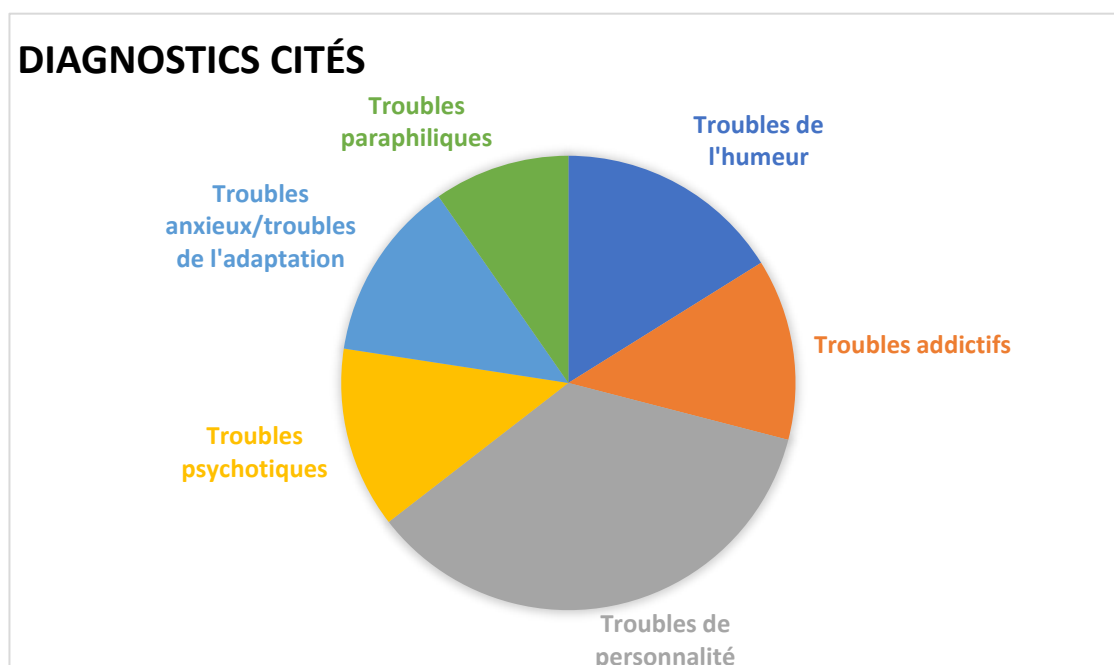


Figure 1: fréquence des diagnostics cités

Il n'a pas été possible d'obtenir une estimation du nombre de patients AICS suivis par rapport à ceux qui ne sont pas suivis.

Le pourcentage de patients AICS bénéficiant d'un traitement médicamenteux psychotrope et/ou hormonal diffère selon les établissements. Sur le tableau 6 figurent les résultats pour les 11 établissements nous ayant donné un résultat chiffré. Nous calculons une moyenne de **46.5%** pour les traitements médicamenteux non hormonaux. Il a notamment été rapporté que la population des AICS est moins consommatrice de traitements médicamenteux par rapport aux autres catégories pénales. Pour tous les établissements interrogés, ce sont les traitements anxiolytiques/hypnotiques qui arrivent en première place parmi les psychotropes les plus prescrits. Viennent ensuite les antidépresseurs et les antipsychotiques en termes de fréquence pour tous les établissements. Les traitements hormonaux ne représentent qu'une très faible part des médicaments délivrés aux AICS, avec une moyenne calculée d'environ 6.2% pour les 10 établissements nous ayant donné une réponse chiffrée.

	Patients (%) avec traitement médicamenteux non hormonal	Traitement hormonal (nombre de patients)
Etablissement 1	45	0
Etablissement 2	65	30
Etablissement 3	60	10
Etablissement 4	7.5	0
Etablissement 5	9	2
Etablissement 6	40	-
Etablissement 7	60	6 à 8
Etablissement 8	50	2 à 3
Etablissement 9	80	1
Etablissement 10	65	2
Etablissement 11	30	6 à 7

Tableau 6: patients AICS bénéficiant d'un traitement médicamenteux et/ou hormonal

Une question est dédiée à la fréquence des antécédents de violences subies dans l'enfance (violences physiques et/ou psychologiques, et violences sexuelles) selon les estimations des professionnels qui rencontrent les patients, figurant dans le tableau 7. Pour les violences générales subies dans l'enfance (toutes violences hors violences sexuelles), nous retrouvons une moyenne de **68,7%** pour les 12 établissements ayant donné un résultat chiffré. Les estimations non chiffrées rapportent « une grande majorité » pour 2 établissements et « très fréquentes » pour 2 autres établissements. Pour les violences sexuelles subies dans l'enfance, là aussi les résultats retrouvent une fréquence élevée avec une moyenne d'environ **57.1%** pour les 8 établissements nous ayant donné un résultat chiffré. Deux établissements rapportent des violences sexuelles « très fréquentes ».

	Violences générales subies (%)	Violences sexuelles subies (%)
Etablissement 1	-	40
Etablissement 2	75	15-30
Etablissement 3	25	65
Etablissement 4	85	75
Etablissement 5	85-90	-
Etablissement 6	20	-
Etablissement 7	95	60
Etablissement 8	70	50
Etablissement 9	80	75
Etablissement 10	98	70
Etablissement 11	60	-
Etablissement 12	60	-
Etablissement 13	75	-

Tableau 7: estimations des patients AICS ayant subis des violences générales et/ou sexuelles

III.3.3. La prise en charge sanitaire des AICS

Dépistage et orientation

L'accueil et l'orientation des nouveaux patients arrivants est similaire entre les structures. Les patients sont vus, s'ils sont d'accord, en entretien une première fois par le personnel paramédical ou un(e) psychologue afin de recueillir les données médicales et criminologiques des personnes détenues. Une première évaluation est faite et après discussion pluridisciplinaire, l'équipe détermine si le patient nécessite ou non un suivi, quel suivi il pourra/devra bénéficier (psychologue, psychiatre, les deux) et sur quelle modalité (entretiens individuels, en groupe...). Les patients sont vus assez rapidement dès leur arrivée en détention, quelques jours à semaines après. Il est à noter que ces étapes ne sont pas spécifiques aux personnes détenues ayant commis des infractions à caractère sexuel, mais bien à tous les détenus arrivants, quelle que soit leur catégorie pénale et la présence ou non d'antécédents médicaux.

Selon 9 établissements, c'est par la modalité de l'incitation aux soins judiciaire en majorité que les AICS entrent dans la boucle de soins psychiatriques. Pour 5 établissements c'est par incitation aux soins et par demandes spontanées à parts égales que les AICS parviennent jusqu'aux soins. Et pour 3 établissements ce sont en majorité des demandes de soins émanant spontanément des patients AICS qu'ils reçoivent.

Lorsque ces demandes de soins sont spontanées, les motifs diffèrent. Pour 9 établissements, les soins en lien avec le motif d'incarcération viennent en première position, il s'agit surtout d'un travail autour du passage à l'acte et de l'éventuelle souffrance psychique globale engendrée. Selon 4 établissements ce sont les soins centrés sur les troubles de l'adaptation au milieu

carcéral (troubles anxieux et troubles du sommeil surtout) et/ou sur une éventuelle maladie psychique générale déjà installée qui sont majoritaires. 3 établissements rapportent des demandes non authentiques, liées à des traits de personnalité décrites comme « perverses » avec des demandes surtout utilitaires (aménagement, remises de peine). Un établissement n'a pas donné de réponse.

Suivi individuel

Toutes les équipes proposent un suivi psychothérapeutique individuel aux patients AICS volontaires ayant une indication. Il s'agit soit de consultations par un médecin psychiatre seul, soit par un psychologue clinicien seul, soit un suivi psychiatre-psychologue simultanément. La fréquence des rendez-vous dépend de la disponibilité des praticiens, allant en moyenne de 1 consultation toutes les deux à trois semaines pour les psychologues, jusqu'à 1 consultation par mois ou mois et demi pour les psychiatres. Les types de psychothérapies utilisées dépendent de la formation de base des praticiens, tous les grands courants de psychothérapies sont utilisés, à savoir psychothérapies d'orientation analytique (en majorité), intégrative, type Thérapies Cognitivo-Comportementales, hypnose ou encore thérapies brèves ; il n'a pas été possible d'évaluer la part de chacune des psychothérapies utilisées.

Thérapie groupale

Concernant les moyens mis en œuvre et les outils utilisés, des groupes de parole thérapeutiques sont mis en place aux seins de toutes les structures de soin. 7 équipes déclarent réaliser des groupes destinés spécifiquement à la population AICS, les autres équipes proposent des groupes pour toutes les catégories pénales de détenus, mais les détenus AICS ont la possibilité d'y participer. Les thèmes abordés dans les groupes spécialisés AICS diffèrent entre les structures, pouvant être assez généraux comme « groupe de parole sur les violences sexuelles » ou bien plus spécifiques à une infraction pénale comme « groupe de parole abordant la pédophilie intrafamiliale » ou « groupe pour attirance sexuelle envers les mineurs ». La fréquence des séances diffère, avec en moyenne une séance toutes les deux semaines, pouvant aller jusqu'à une fois toutes les 3 semaines ou 1 fois tous les mois. Les groupes sont animés par des psychologues cliniciens seuls, ou peuvent être coanimés avec un IDE ou un médecin psychiatre. Il est à noter que, pour une équipe la poursuite des groupes de parole thérapeutiques a été impactée par la crise sanitaire de Covid-19.

15 structures déclarent utiliser des outils de médiation de manière régulière au cours de leur activité de thérapie groupale. Les arts (argile, terre) ainsi que les techniques de relaxation

(méditation, techniques utilisant le corps...) sont les outils utilisés par tous les établissements. 7 d'entre eux utilisent également le « qu'en dit-on ? » un jeu de cartes destinés aux AICS qui permet d'évaluer le mode de relation qu'a un individu à l'autre et à la loi. 6 établissements évoquent utiliser le « photolangage » qui permet de travailler sur les émotions à l'aide d'images.

Evaluation clinique

En parallèle, 12 équipes rapportent utiliser des outils d'évaluation dans leur pratique quotidienne, les autres n'en utilisent pas. Les 12 équipes évoquent utiliser le QICPAAS (Questionnaire d'Investigation Clinique Pour les Auteurs d'Agresions Sexuelles). Il s'agit d'un questionnaire d'entretien structuré permettant notamment d'évaluer le déni des faits reprochés à l'auteur, et contient également des questions autour de la sexualité et de la vie affective du sujet (22). 2 équipes utilisent d'autres questionnaires permettant d'évaluer la sphère des relations affectives et sexuelles des patients (leurs noms ne nous ont pas été communiqués). 2 équipes déclarent utiliser des échelles actuarielles de dangerosité et des échelles criminologiques. Ces outils d'évaluation ne sont pas utilisés quotidiennement, et nécessitent d'y être formé préalablement.

III.4. Articulation entre la santé et la justice

Avec l'administration pénitentiaire

Toutes les équipes de soin déclarent avoir des échanges avec l'administration pénitentiaire (AP), de manière plus ou moins systématique et régulière. En effet, un quart des établissements déclarent n'avoir des échanges avec l'AP que de manière informelle et non systématique, suivant les demandes exprimées par l'une des deux parties, concernant un patient en particulier ou un ensemble de patients avec une problématique définie. Les 75% des établissements restant rapportent avoir des échanges de manière plus systématique, à fréquence variable (allant de toutes les semaines, 15 jours ou tous les mois), notamment lors de temps de réunions appelées Commissions Pluridisciplinaires Uniques (CPU). Les CPU sont des temps d'échange instaurés entre l'administration pénitentiaire, l'équipe de soins, le SPIP afin d'évoquer ensemble certaines problématiques autour des détenus ainsi que d'examiner et formaliser leurs projets individuels, pendant l'exécution de leur peine. Les équipes se réunissent

autour de CPU spécifiques (CPU prévention du suicide, CPU détenus arrivants, CPU santé) (23). En revanche, il n'existe pas de CPU destinées spécifiquement aux détenus AICS.

Avec le juge d'application des peines

Le nombre de contacts avec le Juge d'Application des Peines (JAP) est très variable et hétérogène selon les structures : 5 établissements rapportent ne pas en avoir du tout ; 9 établissements rapportent en avoir « très peu » aux alentours de 1 à 2 par an ; les 3 établissements restants ont plus de contacts, avec 1 fois par trimestre pour 1 établissement et 1 à 2 fois par mois pour 2 établissements. Les contacts se font soit par voie téléphonique pour 75% des établissements, soit lors de réunions concernant des situations complexes.

Les soins pénalement ordonnés

Dans le tableau numéro 8 figurent les réponses chiffrées données par les équipes concernant le pourcentage d'AICS soumis à des soins pénalement ordonnés (SPO). Les 8 équipes n'ayant pas donné de résultat chiffré décrivent que « quasi tous les AICS » sont soumis à des SPO. Comme l'indique la figure numéro 2, le SPO le plus représenté en nombre est l'injonction de soin (IS) selon 12 équipes, loin devant l'obligation de soin (OS) (2 équipes), 3 équipes n'ont pas donné de réponse. 6 équipes disent être majoritairement informées par les patients et/ou le SPIP à parts égales, 6 équipes par les patients, et une par le SPIP seul. 3 équipes disent ne pas être toujours informées des SPO mis en place et avoir des difficultés pour le savoir.

	% d'AICS avec SPO
Etablissement 1	98
Etablissement 2	60
Etablissement 3	75
Etablissement 4	75
Etablissement 5	80
Etablissement 6	40

Tableau 8: AICS soumis à des SPO

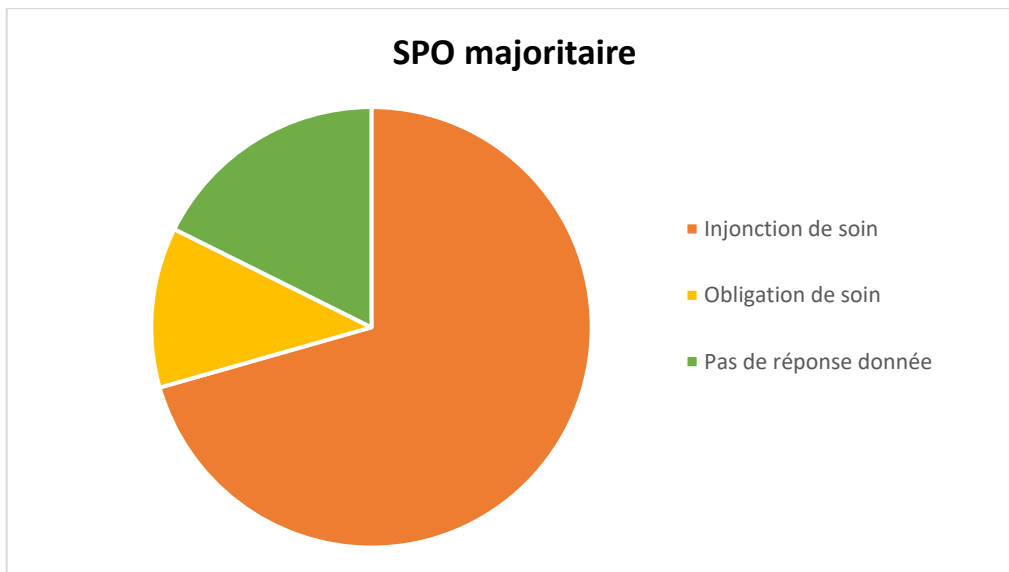


Figure 2: SPO majoritaire selon les équipes

Avec les experts et médecins coordonnateurs

13 établissements déclarent ne pas avoir de contact avec les psychiatres et psychologues experts, et 4 disent en avoir « très peu » ou de manière « exceptionnelle ». La totalité des structures déclarent ne trouver aucun intérêt dans ces échanges entre soignants et experts, qu'il n'y aurait pas de bénéfice à en tirer pour leur pratique quotidienne s'ils en avaient. L'intégralité des établissements possède ou peut avoir accès au compte-rendu d'expertise des patients qu'ils suivent (s'ils ont été expertisés). Ils récupèrent ce document auprès du greffe de l'établissement pénitentiaire pour 75% d'entre eux, le reste des établissements le récupère par le patient lui-même ou par le juge. 14 établissements déclarent ne pas avoir de contact avec les médecins coordonnateurs avant la sortie de détention, une des raisons citées est que les médecins coordonnateurs ne sont pas encore nommés et donc pas connus avant la fin de l'incarcération. Une structure aurait des contacts avec les médecins coordonnateurs à hauteur de 1 fois par an, une autre à la condition que le patient reste vivre dans le département à sa sortie de prison, et la dernière a répondu avoir des contacts de manière « très rare ».

Avec les intervenants extérieurs

11 établissements déclarent avoir certains contacts avec des associations ou intervenants extérieurs à la prison : notamment les CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) pour 5 établissements, ou des structures sociales telles que « un chez soi d'abord » qui aident à accéder à un logement pour 3 établissements.

III.5. Articulation avec les structures de soin extra-carcérales

III.5.1. Avant l'incarcération

9 établissements déclarent avoir de manière régulière des liens avec les équipes soignantes qui prenaient en charge antérieurement le patient (avant l'incarcération ou avant l'entrée dans une nouvelle structure pénitentiaire). Ces liens sont de plusieurs natures : soit directs (appels téléphoniques à l'équipe référente), soit indirects (récupération des éventuels comptes-rendus d'hospitalisation et dossiers médicaux). 5 établissements n'ont pas de lien de manière systématique, ils fonctionnent au « cas par cas » en fonction de leurs besoins et des patients pris en charge. Le reste des établissements déclare ne pas avoir de lien du tout.

III.5.2. Après l'incarcération

Il y a 8 équipes de soin qui rapportent suivre les patients en dehors de la prison également, que ce soit de manière provisoire sur une courte période, soit au long cours. Parmi ces équipes, certains professionnels partagent du temps sur les structures ambulatoires telles que des CMP dits « médico-légaux » ou « judiciaires » (pour 6 établissements) pour y suivre leurs patients et poursuivre les soins. Les 2 autres équipes font uniquement un accompagnement provisoire avant le relai vers une autre structure de soin, tel qu'un CMP classique. Ces suivis provisoires ciblent surtout les détenus jugés « difficiles à recaser » dans les structures d'aval.

Les autres établissements dont les équipes ne proposent pas de suivi sur l'extérieur font des relais sur les CMP de secteur ou vers des praticiens libéraux, selon le choix et les possibilités du patient.

Il est à noter qu'il existe deux structures de soins ambulatoires qui sont spécifiquement dédiées à la prise en charge des AICS, qu'ils aient été détenus ou non.

Il est à noter également qu'il existe une plateforme référentielle pour l'évaluation des AICS dépendant d'une région française en particulier. Son but est d'évaluer de manière pluridisciplinaire les besoins des patients soumis à des soins pénalement ordonnés afin de leur proposer un programme de soin personnalisé, dont le but final est la sortie de la délinquance (ou désistance) et l'amélioration de la qualité de vie subjective (24). Un autre établissement décrit l'existence d'une unité permettant d'évaluer le patient avant la sortie de détention et de

l'accompagner entre l'intra et l'extra-carcéral. En revanche, nous ne savons pas si cette unité est spécifique aux patients AICS ou non.

III.5.3 Relation avec les CRIAVS

Parmi les 17 établissements interrogés, il y en a 7 où une partie de l'équipe soignante fait partie intégrante de l'équipe du CRIAVS dont dépend l'établissement (IDE, psychologue ou psychiatre).

Les liens et relations entre les deux structures ne sont difficiles pour aucun établissement, mais les besoins et les demandes sont différents.

En ce sens, 11 établissements déclarent bénéficier d'interventions de la part du CRIAVS, se concrétisant par des temps de réflexion et de discussions autour de cas de patients AICS pour lesquels la prise en charge est complexe et source de questionnements, sur sollicitations directes des équipes soignantes.

Les 6 autres établissements déclarent ne bénéficier que de temps de formation par les équipes des CRIAVS, généralement sous forme de conférences, mais pas d'intervention directe auprès des équipes dans leur établissement. Toutes les équipes des établissements bénéficient de ces temps de formation, à leur demande.

Dans deux établissements, l'équipe du CRIAVS intervient directement dans la coanimation de groupes de parole auprès des équipes soignantes et des détenus, au sein même des structures pénitentiaires.

Pour 4 établissements, les interactions avec les CRIAVS ne sont pas très fréquentes, surtout en lien avec l'absence de besoin des équipes soignantes et l'intervention plus fréquente sur le milieu ouvert.

III.6. Les équipes soignantes

III.6.1. Vécu subjectif face aux violences sexuelles

Lorsque nous nous intéressons au vécu subjectif des équipes prenant en charge les patients AICS et s'il peut exister un retentissement psychologique en lien avec l'agir sexuel violent auquel ils font face quotidiennement, le résultat est sans appel avec presque 94% de

réponses positives. Face à la « destructivité » ou aux « traits de personnalité pervers » de certains patients, des attitudes contre-transférentielles peuvent se créer entre les soignants et les patients. Certaines histoires et affaires sont « lourdes et difficiles à encaisser » nécessitant parfois un turn-over de certains professionnels. Une appréhension quant au risque « de banaliser la violence » a été rapportée dans un établissement, et l'évocation de la responsabilité soignante quant à une éventuelle récurrence de passage à l'acte d'un patient a été formulée dans un autre. Afin de soulager les équipes de ce poids parfois lourd à porter, 7 établissements déclarent bénéficier de temps de supervision qui leur sont consacrés. Ces moments sont créés afin d'échanger autour de cas complexes pouvant poser des difficultés au sein de l'équipe soignante, et bénéficier d'un regard extérieur et différent par le psychologue clinicien. Ces temps sont à fréquence variable, mensuelle pour 3 établissements, tous les 2 mois pour deux autres, et tous les 3 mois, ou 1 fois par an pour les deux derniers.

III.6.2. Avis des équipes sur la spécialisation des établissements

Nous nous sommes intéressés également, toujours selon l'avis des équipes, aux avantages et inconvénients que présente le fléchage des structures pénitentiaires spécialisées.

En figure 3 sont représentés **les avantages** en fonction du nombre de fois où ils ont été cités par les équipes. Il a été de nombreuses fois cité « la sécurité des détenus AICS par rapport aux autres détenus » et notamment le fait que les AICS soient moins violentés ou stigmatisés par les autres détenus du fait même de leur nombre plus important, et de la meilleure sensibilisation, formation et vigilance accrue de l'administration pénitentiaire face à ce profil de détenus. Pour les équipes, ce fléchage permet une meilleure adaptation du projet de soin et une meilleure spécificité de la prise en charge des personnes détenues AICS en ciblant les besoins et attentes qui leur sont spécifiques, avec des équipes soignantes et pénitentiaires mieux formées aux violences sexuelles et renforcées en termes de moyens humains et matériels.

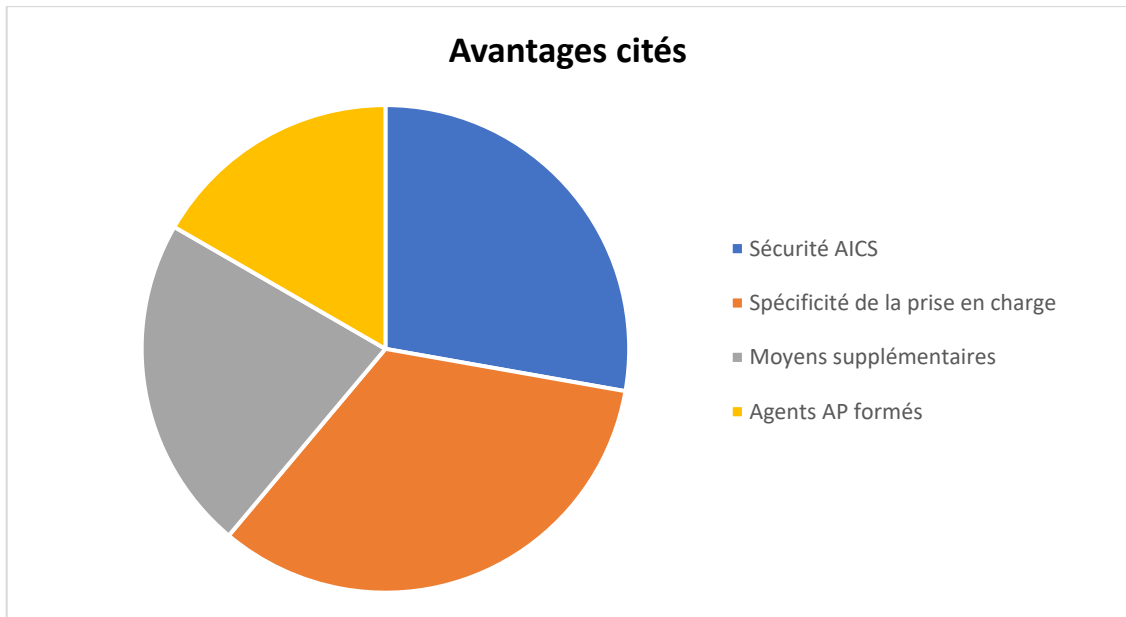


Figure 3: Avantages du fléchage des établissements spécialisés, selon les équipes, en fonction du nombre de citations

Concernant les **inconvénients** de ce fléchage illustrés en figure 4, d'un point de vue des patients, et à l'inverse des avantages cités, les patients AICS peuvent être la cible de violences de la part des autres personnes détenues puisque celles-ci se savent incarcérées dans un établissement spécialisé dans l'accueil des AICS. Les AICS peuvent également être stigmatisés, discriminés et rejetés par l'administration pénitentiaire. 4 établissements ont rapporté que le rassemblement d'AICS entre eux pouvait avoir un effet négatif sur les mécanismes de désistance voire augmenter, de manière fictive et subjective, le risque de récidive, et s'entraîner les uns les autres vers de nouveaux délits et crimes, ou encore communiquer entre eux sur des techniques afin d'échapper à la justice ; c'est ce que nous avons résumé par « communauté AICS » sur la figure 4. Un autre inconvénient semble être le déracinement socio-familial. En effet, les détenus peuvent parfois venir de très loin et être coupés des liens avec leur famille et amis, et à leur sortie de détention, se retrouver parfois seuls désinsérés dans une nouvelle région. Pour les équipes, le fait d'être en contact de manière régulière avec la violence sexuelle est perçu comme « usant » et avec un coût psychique important, et nécessitant des temps de travail et d'échanges avec l'AP plus longs que pour les autres catégories pénales de détenus.

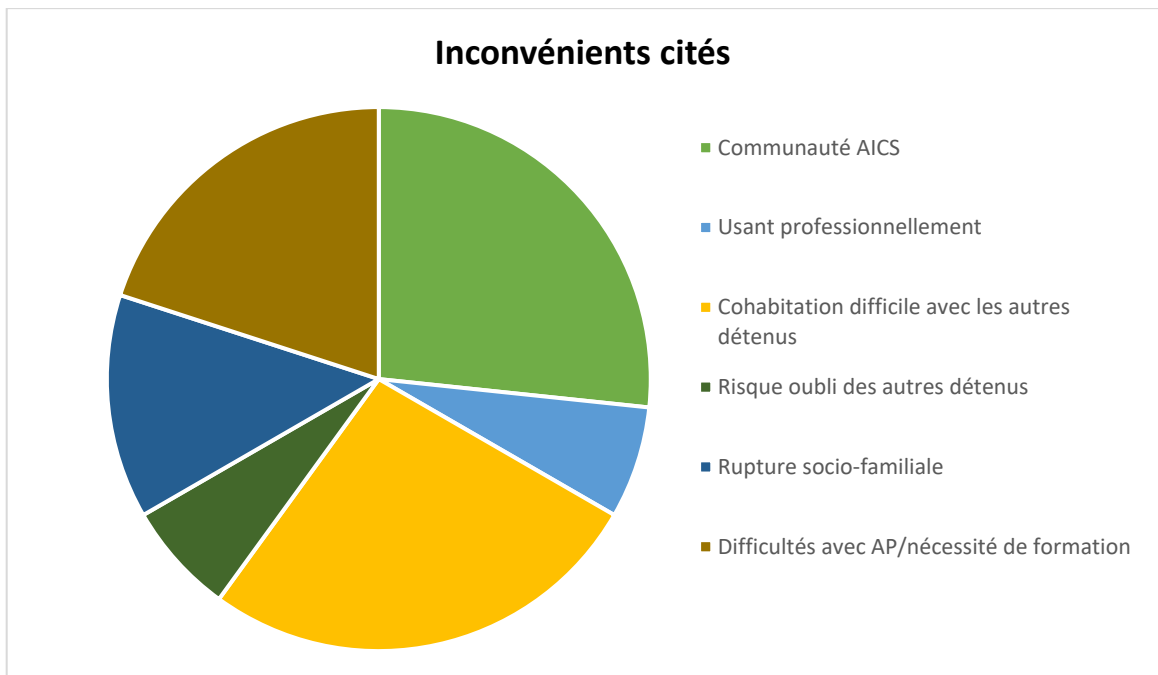


Figure 4: inconvénients du fléchage des établissements spécialisés, selon les équipes, en fonction du nombre de citations

III.6.3. Difficultés rencontrées et points d'amélioration proposés

Sur la figure 5 sont rapportées les difficultés en fonction du nombre de fois où elles ont été citées par les établissements. Nous retrouvons en majorité : le manque d'effectif du personnel soignant ou le manque de moyens, la préparation vers la sortie des patients pas assez préparée ou les relais de soin vers l'extérieur difficiles par manque de structures d'aval, le recrutement des professionnels et leur formation qui n'est pas toujours dispensée, la lourdeur administrative de certaines tâches, la collaboration et les liens à faire difficiles avec l'administration pénitentiaire ou la justice. Il y a un établissement qui déclare qu'il n'y a pas de prise en charge spécifique pour les patients AICS. Les autres difficultés décrites étaient isolées, et notamment d'ordre institutionnelles intra-établissement.

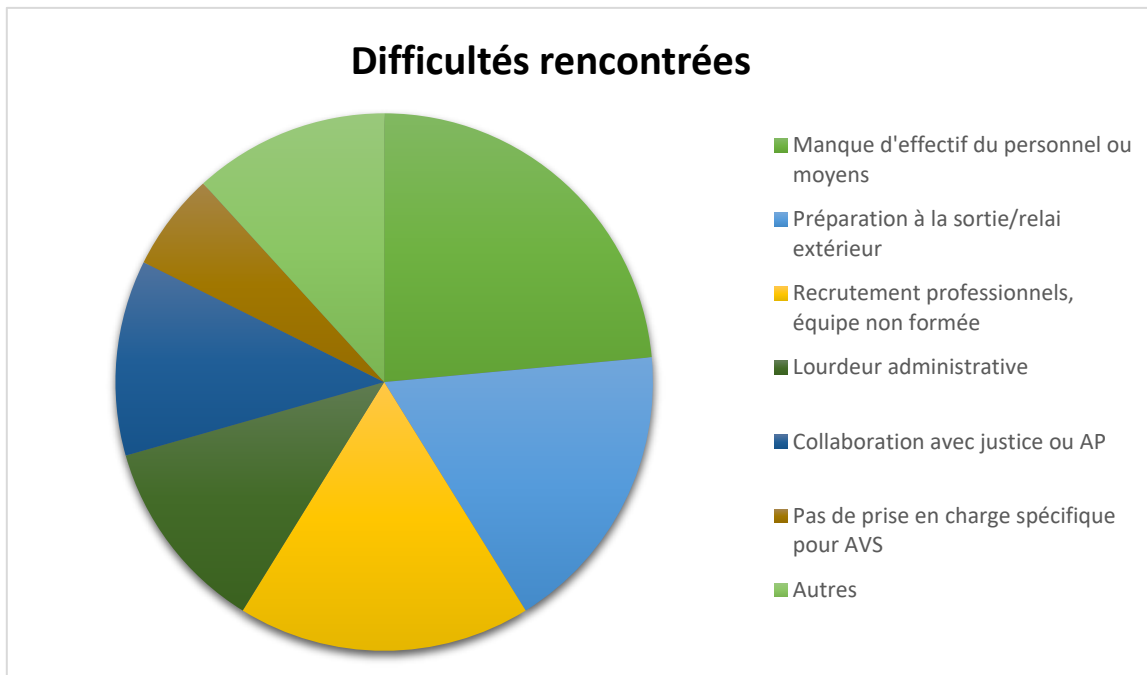


Figure 5: les difficultés rencontrées selon les équipes, en fonction du nombre de citations

Parmi les établissements ayant répondu à la question, 11 déclarent que la prise en charge n'est pas optimale, ou du moins pas totalement. Trois en sont satisfaits. Le reste des établissements n'a pas répondu. Nous avons alors questionné les points qu'il y aurait à améliorer, décrits ici dans le graphique numéro 6 en fonction du nombre de citations.

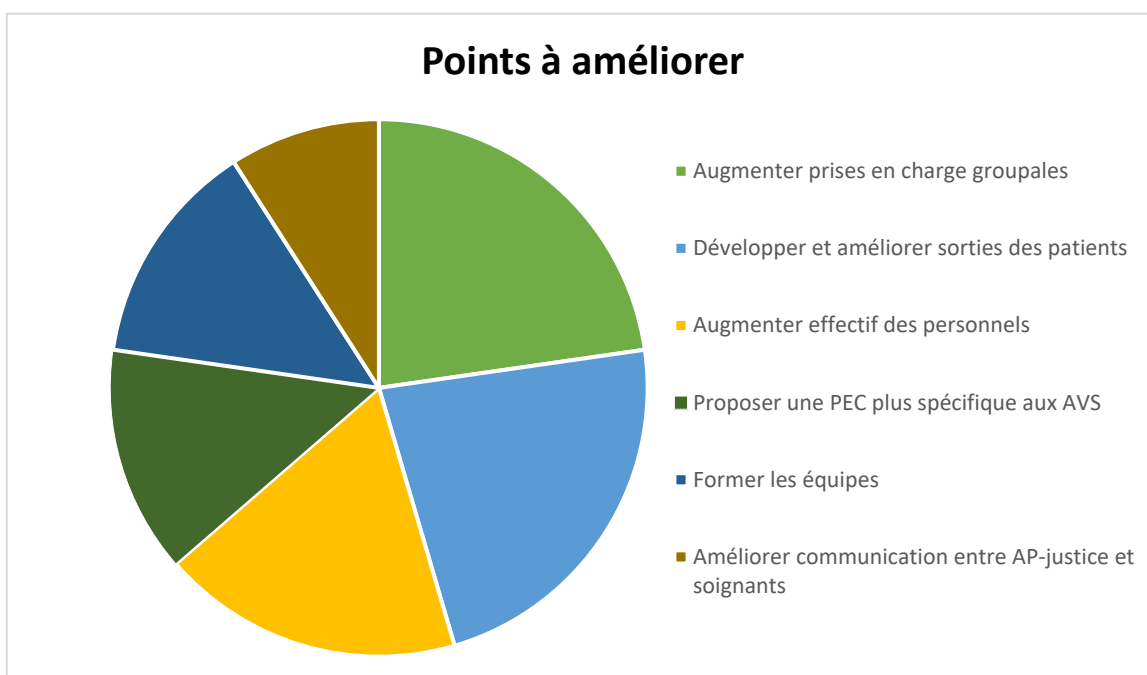


Figure 6: les points à améliorer selon les équipes, en fonction du nombre de citations

Il a été proposé en majorité d'améliorer l'efficacité concernant la sortie de prison des patients, et notamment en augmenter les structures d'aval pouvant permettre leur accueil ou leur suivi. Il a également été proposé la création « d'unités sortants » au sein même de la détention permettant un meilleur soutien des patients arrivant en fin de peine ; ou encore la création de « fiches de liaison » pour chaque patient sortant permettant de faire un lien direct et plus rapide avec les structures extérieures. Une augmentation des prises en charge groupales a également été plusieurs fois citée par les équipes, en proposant naturellement d'augmenter les effectifs soignants pour ce faire ainsi que compléter la formation de ses équipes. Une meilleure communication entre le ministère de la justice et les soignants semblerait également un levier d'action intéressant pour les structures. Enfin, trois établissements déclarent que la prise en charge (PEC) destinée aux patients AICS ne serait pas assez spécifique et que des soins plus ciblés sur cette population seraient nécessaires.

III.6.4. Projets futurs envisagés

Les projets prévus dans le futur pour les différents établissements sont axés sur différents points. Pour 5 établissements l'amélioration des prises en charge groupales avec la création de groupes de sexo-éducation, d'ateliers d'éducation à la santé, ou de lutte contre la cyberpédopornographie. Pour 4 autres établissements, l'amélioration des outils disponibles pour les entretiens individuels et de groupe, telles que la passation d'échelles, ou le travail sur la médiation corporelle, la relaxation, l'utilisation de l'EMDR. La création de structures à part entière telles qu'un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) pour un établissement, ou un CMP judiciaire pour un autre. Deux établissements proposent d'améliorer leurs liens avec les familles des détenus par l'intermédiaire de rencontres familiales au sein des parloirs. 5 établissements déclarent ne pas avoir de projet futur.

IV. DISCUSSION

Principaux résultats

IV.1. Organisation pénitentiaire

IV.1.1. Comparatif de l'occupation des établissements entre 2011 et 2022

La principale difficulté pour obtenir des chiffres précis quant au pourcentage actuel d'occupation des détenus AICS dans les établissements spécialisés réside dans le fait que seule l'AP détient ces chiffres, le personnel soignant n'y a souvent pas accès. A titre comparatif, à la date du 1er novembre 2011 selon le ministère de la justice, on comptait 8 431 condamnés ou prévenus pour une infraction à caractère sexuel sur un ensemble de 66 590 écroués, soit 12,6 % des écroués. Les 22 établissements spécialisés dans la prise en charge des AICS, recensaient à la même date 3 401 personnes relevant de cette nature d'infraction pour un total de 10 647 écroués dans ces mêmes lieux, soit 31,94%. La moyenne de 51% retrouvée dans les résultats de ce travail semble donc être en accord avec la volonté du ministère de la justice et de la santé d'augmenter au fur et à mesure le nombre de détenus AICS et de les orienter en priorité dans ces structures (10). Nous n'avons pas retrouvé de chiffres décrivant le taux d'occupation des détenus AICS parmi l'ensemble des détenus dans les établissements spécialisés et dans les autres établissements pour l'année 2021 ou 2022 dans les données publiques de l'administration pénitentiaire.

Type d'établissement	Ecroués pour ICS	Part dans l'ensemble des AICS	Ecroués	Part des AICS dans l'ensemble des écroués
Etablissements spécialisés (22 établissements)	3401	40.34 %	10 647	31.94 %
Autres établissements (167 établissements)	5030	59.66 %	55 943	8.99 %
France entière	8431	100 %	66 590	12.66 %

Tableau 9: effectifs des AICS au 1er novembre 2011. Source : protocole santé justice 2011 - Ministère de la Justice

IV.1.2. Le modèle du Plan de Prévention de la Récidive et alternative

En France, les stratégies du PPR sont basées majoritairement sur un modèle appelé RBR (Risque, Besoins, Réceptivité) tirés des travaux d'Andrews et Bonta de 2006 (25). Ils démontrent que les interventions de réhabilitation correctionnelle, lorsqu'elles sont bien conçues et correctement mises en œuvre, réduisent significativement la probabilité d'agirs criminels futurs (26). Alors que ce modèle montrait ses limites et ses faiblesses, qui se centre principalement sur des facteurs dits criminogènes (facteurs de risque dynamiques), dans les pays anglo-saxons au début des années 2000, un nouveau modèle théorique sur la délinquance sexuelle s'est développé, intitulé le « Good lives model » (27). Ce modèle diffère du précédent par plusieurs aspects : il s'intéresse aux besoins, valeurs et buts de vie de l'individu et est centré sur la promotion de la désistance, il met l'accent sur la mobilisation des ressources de l'individu, les comportements sexuels déviants sont déconstruits et sont expliqués par une inadaptation sociale visant à satisfaire des besoins humains fondamentaux. Environ 30% des programmes de traitement anglo-saxons s'inspirent de ce modèle, et des outils ont été créés pour le public francophone. Ils sont néanmoins peu utilisés en France, les programmes inspirés du modèle RBR restent prédominants. De plus, il est décrit dans la littérature que les PPR effectués par le SPIP qui étaient orientés vers les émotions et dans un processus adaptatif étaient les plus efficaces en termes de prévention de la récidive et d'observance de la thérapie de groupe (28). De manière globale, il est proposé de ne pas scinder en deux parties distinctes les prises en charge concernant la prévention de la récidive et celle thérapeutique, mais de les rendre complémentaires et former un tout. En pratique, les deux prises en charge sont réalisées séparément sans concertation entre les acteurs du SPIP et du soin. Dans ce cas, comment pourrait-on introduire le soin et les soignants dans la mission de prévention de la récidive, et inversement, afin de pouvoir proposer un soutien et des suivis complémentaires, tout en respectant le secret médical inhérent aux professionnels du soin ?

De plus, le modèle RBR, ainsi que la justice restaurative, tous deux inscrits dans la loi du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines, ont démontré leur intérêt dans de nombreux pays, mais ils ne sont pas mis en œuvre sur l'ensemble du territoire national. Dans ce travail, seuls deux établissements déclarent réaliser de la justice restaurative, et deux sont à leurs débuts. Cela semble être un point à développer de manière accrue dans notre pays.

IV.2. AICS et psychiatrie

IV.2.1. AICS et troubles psychiatriques

Parmi les établissements ayant répondu à la question, 28.3% de détenus présenteraient un trouble psychiatrique. Bien que la prévalence des troubles mentaux chez les personnes détenues soit plus élevée que dans la population générale (29), il est admis qu'il n'existe pas un profil clinique unique d'AICS mais bien une multitude avec des histoires de vie et des troubles différents. Une étude dont le but était de savoir quels étaient les diagnostics psychiatriques retenus chez les patients expertisés pour lesquels l'expert s'était prononcé en faveur d'une injonction de soins, retrouvait une absence de trouble pour 27 % des expertises, et des troubles non catégorisables selon le DSM dans 26 % des cas. Elle a mis en évidence une grande hétérogénéité dans les diagnostics, avec les troubles de la personnalité en tête (30). Dans une autre étude où la population étudiée était des personnes suivies pour injonction de soins en Haute-Garonne, 72% d'entre elles n'avaient aucun diagnostic de troubles mentaux, et 17% avaient un/des troubles de la personnalité (31). Dans notre travail lors de la passation du questionnaire, plusieurs professionnels ne classaient pas les troubles de la personnalité dans les « troubles psychiatriques généraux », ce qui nous amène à dire que la moyenne de 28.3% obtenue est mal biaisée et le trouble de la personnalité sous-évalué.

Dans une étude autrichienne (32), les résultats ont montré une très grande prévalence de trouble mental chez les délinquants sexuels incarcérés avec environ 93%. Les troubles les plus fréquemment constatés étaient l'abus d'alcool, les troubles paraphiliques et les troubles de la personnalité (surtout du groupe B). Les agresseurs sexuels d'enfants étaient plus susceptibles d'être diagnostiqués avec des troubles paraphiliques, les agresseurs sexuels d'adultes étaient plus susceptibles d'être diagnostiqués avec un trouble de la personnalité. Dans notre travail, les troubles paraphiliques sont peu représentés, en partie car ils sont mal ou non diagnostiqués par les professionnels soignants selon leurs propos, alors qu'il semblerait y avoir une plus grande proportion d'AICS ayant un trouble paraphilique selon la littérature (32). Il serait intéressant d'améliorer le dépistage et le repérage de ce type de patients qui pourraient nécessiter la mise en place de traitements plus adaptés et plus spécifiques à leurs troubles.

IV.2.2. Evaluation et outils utilisés

Les recommandations de bonnes pratiques pour la prise en charge des AICS à l'encontre des mineurs de 15 ans publiées par la Haute Autorité de Santé en 2009 (33), mises à jour lors de l'audition publique de 2018 (13), ont été élaborées afin de proposer, entre autres, des pistes de prise en charge pour les équipes soignantes rencontrant ces patients, basées sur une évaluation la plus complète possible de ces derniers. Cette évaluation initiale se compose d'une évaluation clinique et d'une évaluation psychométrique.

En France, l'évaluation clinique se base majoritairement sur des théories psychodynamiques, mais deux outils peuvent être utilisés à cette fin : le QICPAAS que nous avons déjà évoqué plus haut, et le guide d'investigation clinique du Dr. Aubut. Le guide d'investigation clinique du Dr. Aubut est un outil issu de la littérature scientifique permettant de donner une trame d'entretien clinique. Le QICPAAS a été cité à plusieurs reprises par les établissements dans ce travail, mais pas le guide d'investigation clinique.

Concernant l'évaluation psychométrique, permettant d'évaluer le risque de récurrence du patient, elle utilise des échelles actuarielles telles que la Statique-99 ou le SVR-20 (34). Ces échelles sont utilisées outre-Atlantique mais beaucoup moins en France, dans notre étude seuls deux établissements déclarent les utiliser en pratique. Ces échelles, comme le QICPAAS, nécessitent que l'on soit formé au préalable avant de pouvoir les utiliser. Ceci rejoint bien les difficultés rencontrées et les points à améliorer retrouvés dans la section résultat, à savoir le manque de personnel assez formé.

IV.2.3. Le traitement médicopsychologique des AICS

Au niveau international, des données valides sont disponibles concernant le traitement médicopsychologique des AICS. Selon la première méta-analyse de Lösel et Schmucker en 2005 (35), les résultats retrouvaient une baisse de la récurrence sexuelle chez les AICS ayant reçu un traitement par psychothérapie par rapport à ceux n'en ayant pas reçu, et parmi les traitements psychothérapeutiques, les approches cognitivo-comportementales ont révélé une efficacité plus robuste. Une seconde méta-analyse plus solide et plus récente a été réalisée en 2015 (36) et confirme une baisse significative de la récurrence sexuelle avec 10,1 % pour les patients traités contre 13,7 % pour les patients non traités, et une réduction relative de la récurrence de 26,3%. Elle suggère également que le traitement instauré en prison ne montrerait pas de supériorité

concernant son efficacité par rapport au traitement en ambulatoire. Une autre étude américaine (37) concernant uniquement le traitement instauré en prison retrouve des résultats en faveur d'une diminution significative du risque de nouvelle arrestation dans le groupe traité comparativement au groupe non traité, en faveur d'un traitement de type cognitivo-comportemental également. Tous ces travaux s'accordent à dire que des études plus diversifiées et avec une qualité méthodologique plus robuste sont nécessaires afin de confirmer ces conclusions prometteuses.

A l'échelle européenne, l'étude comparative STOP II (38), après avoir fait un rappel des contextes légaux en vigueur en 1998 dans chaque pays, décrit chaque fonctionnement général national concernant la prise en charge des personnes détenues AICS. Un article reprenant ses éléments est réalisé en 2001 (39). Les délinquants sexuels sont encouragés à s'investir dans une prise en charge intra-muros qu'organisent certaines institutions pénitentiaires ; et il existe spécifiquement des structures institutionnelles spécialisées dans le traitement des délinquants sexuels qui sont implantées dans les prisons, les hôpitaux dits sécuritaires ou dans la cité, dans les pays suivants : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Grande-Bretagne, Irlande et Pays-Bas. Ces institutions se décomposent, comme en France, en des structures dites « fermées » (services hospitaliers, prisons) et des structures ambulatoires. Toutefois il existe d'autres structures compétentes, bien que non officiellement reconnues, qui assurent aussi cette mission dans ces mêmes pays. Néanmoins, l'implication et la responsabilité des services pénitentiaires et hospitaliers concernant le traitement des AICS est différente entre les différents pays, alors qu'en France le traitement revient à la charge du ministère de la Santé. Par exemple en Angleterre et en Irlande, la prise en charge est assurée en grande partie par les gardiens de prison volontaires, formés à ce travail et supervisés par un psychologue. Les équipes sont généralement pluridisciplinaires : médico-psycho-sociale et criminologique. Nous retrouvons trois modalités principales de traitement qui se dégagent : une modalité à dominante psychodynamique, une modalité associant cognitivisme et comportementalisme, et enfin une modalité éclectique (ou intégrative).

En France, dans le cadre d'un travail de recherche, un auteur s'est intéressé aux dispositifs de soins destinés aux AICS incarcérés en maison d'arrêt au cours de l'année 2011 en régions Lorraine et Champagne-Ardenne (14), des établissements qui ne sont pas référencées comme spécialisées dans la prise en charge des AICS. Le but était notamment de les présenter de manière exhaustive. Il en ressort déjà qu'il existe des dispositifs de soins spécifiques pour

les AICS dans certaines de ces structures, qui sont bien distincts de la prise en charge psychiatrique générale. Les soins qui y sont prodigués semblent plutôt similaires à ceux réalisés dans les structures spécialisées et les suivis sont de natures très diverses : ponctuels et/ou réguliers ; individuels et/ou en groupes ; avec un ou plusieurs intervenants ; différents outils comme le QICPAAS ou le « Qu'en dit-on ? » ; des activités thérapeutiques comme l'art thérapie ou le sport ; avec des fréquences de consultations variables ; en lien ou non avec les faits reprochés... L'organisation générale des soins semble y être globalement similaire que dans les établissements fléchés que nous avons étudié dans ce travail. Dans le prolongement de ces écrits, il serait donc très intéressant de pouvoir réaliser une étude comparative des soins prodigués dans les établissements non spécialisés de ceux prodigués en établissements spécialisés afin d'y exposer les similitudes mais également les différences, et peut-être dégager in fine des points d'amélioration à mettre en place dans les différentes pratiques cliniques. Cette piste de nouvelle étude pourrait être menée en tenant compte des premiers résultats, mais également des biais et des limites de ce présent travail. Les outils utilisés ici pourraient être améliorés afin d'obtenir des résultats plus nombreux, plus fiables et plus exhaustifs sur le fonctionnement des prises en charge dans les établissements. Par la suite et par extension, une étude qui évaluerait l'efficacité de ces prises en charge pourrait être réalisée, avec pour résultats la mesure de la récurrence sexuelle et générale chez les patients traités dans des établissements spécialisés versus les patients traités dans des établissements non spécialisés. Pour ce faire, il faudrait bénéficier d'un échantillon très important d'AICS au vu du faible risque de récurrence sexuelle chez les patients traités (36).

Concernant le traitement médicamenteux des AICS et plus particulièrement le traitement hormonal, les études montrent qu'il constitue le traitement le plus prometteur et efficace pour les AICS à haut risque de récurrence sexuelle, surtout lorsqu'il existe un ou des troubles paraphiliques associés et une excitation sexuelle importante (40,41). Seule une minorité de personnes AICS peuvent prétendre à ce type de traitement, les indications sont limitées et il nécessite l'accord préalable du sujet, les études sont donc réalisées avec un faible échantillon de patients (42). Dans notre travail, il est retrouvé que les paraphilies ne sont pas ou peu diagnostiquées en pratique courante, et qu'il existe de ce fait une très faible part des personnes détenues AICS qui bénéficient d'un traitement hormonal.

IV.3. Articulation entre santé et justice

Durant l’incarcération d’un délinquant sexuel, il n’est pas possible de l’obliger à entreprendre des soins. Néanmoins, le condamné est invité régulièrement par le juge de l’application des peines, dès sa condamnation et tous les six mois en cas de refus persistant de sa part, à bénéficier de la possibilité d’entreprendre ces soins, avec à la clé « en retour » l’obtention d’aménagements de peine ou de remises de peine supplémentaires, c’est l’incitation aux soins. L’audition publique du 17 juin 2018 concernant les violences sexuelles apporte une synthèse des connaissances actuelles en la matière et soulève quelques problématiques concernant l’incitation aux soins (13). Il est notamment dit que « l’information selon laquelle la personne a suivi des soins en détention ou non étant absente des dossiers dans plus de 40 % des cas », ce qui démontre un manque important de communication entre les différents acteurs de ces soins pénalement ordonnés, et plus particulièrement l’injonction de soin. A l’image des équipes dans l’article de Sébastien Saetta (15), les équipes auditionnées pour ce travail rencontrent des difficultés quant à la prise en charge des AICS lorsqu’ils ne sont pas demandeurs de soin, et ainsi de créer un lien de confiance chez des détenus qui souvent se considèrent comme non-malades, et même parfois innocents face aux faits pour lesquels ils sont incarcérés. La majorité des établissements déclarent que les soins débutés durant l’incarcération sont le fruit de l’incitation aux soins par la justice. Bien qu’il soit possible de créer une demande de soin chez des patients qui initialement n’en avaient pas, la question que l’on pourrait se poser est de savoir si les soins dispensés aux auteurs présents uniquement par incitation aux soins sont efficaces et opportuns ?

La question du rôle et des limites de la justice et du soin doit également être soulevée. Quels sont les objectifs de la thérapie pour chaque partie ? Selon Le Bodic (43), nous nous retrouvons face aux « attentes du législateur, centrées sur la prévention de la récidive, et celles des thérapeutes, orientées par le souci du bien-être de la personne, sans réduire cette dernière à ses actes ou ses symptômes ». Pour la HAS (33), le suivi thérapeutique doit surtout s’inscrire dans le but de faire émerger une demande, centrée sur la prise en charge de la souffrance et le vécu de l’auteur. Parallèlement, la justice conçoit les soins pénalement ordonnés comme un outil de lutte contre la récidive afin de protéger la société via un travail sur la compréhension du passage à l’acte.

Il est également montré dans l’audition publique de 2018 qu’il existait des difficultés de communication entre les équipes de soin et les médecins coordonnateurs. Certains JAP

jugeraient la coordination santé-justice « insuffisante » et aurait un impact sur leur évaluation du détenu. Ce manque de communication pourrait être expliqué en partie par un contexte « d'incertitudes professionnelles sur la portée du secret médical », les intervenants du milieu de soin préférant ne pas livrer trop d'informations qui pourraient mettre à mal le lien créé avec le patient. Dans ce travail, nous constatons une grande hétérogénéité des résultats dans les différents liens que les équipes de soin entretiennent avec le reste des intervenants, et notamment la justice. Il ne semble pas y avoir de consensus établi et les liens créés concernant cette articulation semblent dépendants des régions et des équipes elles-mêmes. André Ciavaldini expose son idée et propose au cours de l'audition publique de 2018 « le maillage santé-justice-social » utilisé notamment à Grenoble et qu'il décrit comme une « organisation de base d'un environnement pro-sécure » (44). Ce sont des rencontres interdisciplinaires permettant un travail « en alliance pour éviter les effets de morcellement » du sujet. Ce schéma devrait être une ressource à mettre en place dans les différentes autres régions afin de rendre plus efficaces les communications et relations entre les différents intervenants concernant l'injonction de soin.

IV.4. Les structures de soin post-carcérales

Dans ce travail, moins de la moitié des équipes de soin suivent les patients à leur sortie de détention, et la sortie de détention en elle-même représente le point à améliorer avec la plus forte proportion selon elles. L'audition publique du 17 juin 2018 (13) propose différentes actions à mener, et repère également plusieurs problématiques à ce sujet. L'une d'entre elles concernant la continuité et la permanence des soins, en pointant du doigt les difficultés rencontrées par certains condamnés à poursuivre les soins en milieu ouvert, à l'image des résultats obtenus dans ce travail. Il a donc été créé la proposition numéro 28 : « garantir aux sortants de prison, sur le plan de l'accès et de la continuité des soins, la possibilité de consultations ambulatoires assurées par les thérapeutes exerçant en détention ». Dans ce travail, il n'y a pour le moment que 8 établissements proposant des suivis sur le milieu ouvert. Les structures de soin post-incarcération classiques telles que les CMP de secteur sont souvent réticentes à prendre en charge des patients AICS, de par déjà les files actives de patients saturées par la population de psychiatrie générale, et de par le fait que ces équipes ne se sentent pas légitimes et assez formées pour la poursuite des soins auprès des AICS.

Au Canada, il existe des structures originales pour la sortie de prison des AICS et leur retour dans la cité, bien au-delà de la sphère médicale et du traitement et permettant un accompagnement global de l'ancien détenu hors les murs. Il s'agit des Cercles de Soutien et de Responsabilité (CSR) (45). Ce groupe a été créé historiquement afin de permettre la réintégration et l'accompagnement d'un sujet AICS dans la communauté après avoir passé la majorité de sa vie en prison et dont la sortie prochaine inquiétait la population et les professionnels qui le prenaient en charge, avec un risque de récidive violente ou sexuelle calculé très important. Les CSR associent un cercle interne composé du membre principal/AICS socialement isolé et à haut risque de récidive, trois à quatre personnes bénévoles issues de la communauté, un coordonnateur qui chapote le projet et d'un cercle externe composé de professionnels de divers champs intervenants à la demande du cercle interne. En 2011, le Canada comptait 18 sites où 200 CSR étaient en cours d'exécution. Les CSR ont fait leurs preuves en termes d'efficacité dans les pays anglo-saxons mais tardent à être instaurées en France, il semble qu'encore peu de CSR n'aient clairement vu le jour, mais plusieurs initiatives seraient en cours de développement.

IV.5. Les équipes

IV.5.1. Le temps de travail augmenté dans les structures spécialisées

En 2008, au sein des établissements fléchés, une dotation financière supplémentaire est accordée aux équipes de soins y intervenant. A titre d'exemple, d'après un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection des services judiciaires (IGSJ) de 2011, le ratio de psychiatres pour cent personnes écrouées est passé de 0,26 avant renforcement à 0,38 après recrutements médicaux, tandis que ce ratio était de 0,25 pour les établissements non spécialisés (46). Dans ce travail, il n'est pas possible d'évaluer précisément le temps de travail médical dans les établissements spécialisés à la vue de la non exhaustivité des réponses reçues au questionnaire, mais il aurait été intéressant de pouvoir comparer, sur un petit échantillon, les différences de temps médicaux avec les structures pénitentiaires non spécialisées, et ainsi pouvoir évaluer à ce jour si cette augmentation de temps de psychiatres a été respectée depuis 2011.

IV.5.2. Vécu subjectif des équipes face aux violences sexuelles

Selon les résultats de ce travail, la quasi-totalité des soignants évoque la présence d'un retentissement psychologique lié à l'agir sexuel violent dont ils font face quotidiennement, à l'image de la littérature disponible sur le sujet. L'étude de Farrenkopf (47) est l'une des premières à avoir exploré l'impact personnel de l'accompagnement des AICS sur les soignants en détention et l'avoir théorisé par un modèle. Elle étudie également les stratégies d'adaptation qui sont mises en place par les professionnels, à savoir les demandes de supervision, et la nécessité de diversifier voire d'arrêter sa pratique auprès des AICS. Une revue de la littérature scientifique des études qualitatives qui explorent le vécu des professionnels accompagnant les AICS a été réalisée en 2021 (48) et dégage trois aspects principaux sur les expériences professionnelles auprès des AICS qui sont le retentissement émotionnel, le sentiment de responsabilité et le développement de stratégies d'adaptation. Le retentissement émotionnel se caractérise par plusieurs symptômes que l'on pourrait qualifier d'ordre anxio-dépressif ou traumatique, et retentissent directement sur la vie relationnelle des professionnels en dehors de la sphère du travail. Un sentiment de responsabilité accrue est présent, engendrant soit des effets négatifs à type d'inquiétudes concernant un éventuel risque de passage à l'acte chez les AICS, soit des effets positifs avec la satisfaction de contribuer à la sécurité de la société et percevoir chez le patient un mieux-être. Enfin les stratégies d'adaptation mises en place sont centrées sur les temps de formation et de supervision mais aussi plus personnelles comme la pratique d'une activité physique exutoire ou le suivi d'une thérapie individuelle. Ces stratégies semblent congruentes avec le fort impact émotionnel de l'accompagnement des AICS. Grâce aux temps de supervision, il peut en résulter la mise en pratique de conseils délivrés par le psychologue extérieur à l'établissement et ainsi créer un changement dans la prise en charge de certains patients. Il est également possible, sinon recommandé, de partager ses propres difficultés et émotions internes lors de ces temps, à l'image d'un groupe permettant de libérer la parole au sein de l'équipe et ne pas rester seul en cas de difficultés rencontrées. Ces temps de supervision sont plébiscités par les équipes soignantes mais ne sont pas réalisés dans tous les établissements spécialisés. Il semble qu'une augmentation, sinon une généralisation à tous les établissements de ces séances permettrait de participer à l'amélioration de la qualité de vie au travail des équipes soignantes.

Les études précédemment citées permettent de mieux penser les pratiques auprès des AICS et de participer au bien-être de ceux qui les accompagnent, et le développement de recherches futures à ce sujet semble être un point important à soulever afin d'optimiser la prise

en charge globale des AICS et de lutter et prévenir l'épuisement professionnel des soignants et de l'institution.

IV.5.3. Les stratégies proposées par les équipes

Il existe une proportion assez élevée d'établissements qui ne sont pas totalement satisfaits de la prise en charge qui est proposée aux AICS. Grâce à l'identification des difficultés repérées par les différentes équipes, des points d'amélioration ont pu être dégagés et une réflexion autour des stratégies à mettre en place a pu avoir lieu. Cette réflexion s'articule autour de plusieurs points :

- La nécessité d'augmenter en nombre et en diversité les prises en charge groupales qui ont montré leur efficacité dans certaines études (28). Il a notamment été décrit dans la littérature que l'instauration d'un climat sécure ainsi qu'une bonne cohésion parmi les membres du groupe, tous deux propices à la libre expression des émotions et des idées, permettaient une diminution des attitudes pro-délinquantes et une meilleure observance du suivi thérapeutique (49).
- Compléter et enrichir les relais de soin lors de la sortie de détention avec notamment la construction et le développement de structures ambulatoires spécialisées en psychiatrie légale, ou l'amélioration de la prise en charge des patients AICS dans les CMP classiques avec des soignants mieux sensibilisés et formés, plus disponibles et en plus grand nombre. Il a été également proposé la création de fiches récapitulatives reprenant l'ensemble des éléments médicaux et de soin pour chaque patient sortant, à destination des structures ambulatoires, pour permettre une meilleure continuité de suivi entre la prison et le milieu ouvert, sans rupture.
- L'amélioration de la formation des soignants et notamment en augmentant en nombre les formations proposées par les CRIAVS régionaux. Certains soignants ont pu rapporter ne pas avoir de bagages théoriques suffisants, notamment concernant le sujet des violences sexuelles, pour prendre en charge certains patients convenablement. Certains soignants ne sont donc pas recrutés selon leurs expériences ou formations accomplies, mais le recrutement est plutôt soumis au volontariat, le milieu de soin pénitentiaire étant perçu comme difficile et parfois peu attractif pour les soignants.
- Proposer une prise en charge encore plus spécifique aux patients AICS en répondant de manière plus adaptée à certains de leurs besoins, avec l'idée d'intégrer dans les

équipes des spécialistes en sexologie, encore très rares dans les structures de soins hospitalière et pénitentiaire. Comme l'indique le travail du Dr Thierry-Deflou (50), l'utilisation de la sexologie en France est récente, et surtout effectuée dans la prévention primaire, et malheureusement peu utilisée dans la population AICS en prévention secondaire et tertiaire. Pourtant, des éléments tels qu'une mauvaise estime de soi sexuelle, une difficulté à maintenir des relations sexuelles et affectives stables, ou des distorsions cognitives concernant la sexualité sont fréquemment retrouvés dans le discours des patients AICS. Il semblerait intéressant de pouvoir combiner un suivi thérapeutique classique avec un suivi sexologique adapté afin de pouvoir appréhender au mieux la clinique parfois complexe des AICS.

- L'amélioration de la communication entre professionnels de la justice et soignants, tout en préservant leurs secrets professionnels respectifs. L'échange d'informations dans certaines structures mériterait d'être réévalué et pensé différemment, à l'image de certains établissements où les liens et les rencontres entre les protagonistes se font de manière régulière et systématique.

Forces et limites de l'étude

- Les forces

Environ 10 ans après le rapport du député Etienne Blanc (12) mettant en avant les difficultés et lacunes dans le suivi des personnes AICS, cette étude est la première à proposer une vision d'ensemble des établissements spécialisés depuis leur création. Auparavant, seules les descriptions du fonctionnement de certains établissements non spécialisés (14), et d'un établissement spécialisé (15,16) ont été réalisées dans la littérature.

Grâce aux modalités pratiques d'utilisation d'un questionnaire et de réalisation d'entretiens téléphoniques, l'obtention des réponses est facilitée et cette étude permet d'être reproductible.

Cette étude permet également de s'intéresser au vécu des équipes soignantes et d'avoir leur avis concernant cette modalité d'orientation prioritaire des AICS depuis l'instauration de celle-ci, mais également de connaître les dysfonctionnements dans les établissements. Ces avis

pourront servir de base d'une réflexion afin d'améliorer l'efficacité de la prise en charge des AICS. Cette étude a permis d'esquisser les premières améliorations proposées par ces équipes.

- **Les limites**

Une des premières limites de l'étude est son manque d'exhaustivité. Nous n'avons pas pu auditionner la totalité des 22 établissements, 5 n'ont pas répondu à nos sollicitations. Et parmi les 17 établissements ayant répondu présents, certaines des questions n'ont pas trouvé réponse. Certains soignants ne connaissaient pas les réponses notamment lorsqu'il s'agissait de pratiques réalisées par l'administration pénitentiaire (exemple des PPR). De plus, certaines réponses sont biaisées et peu précises car elles correspondent à des estimations de la part des soignants, les chiffres réels sont uniquement connus par la pénitentiaire (c'est le cas par exemple du taux d'AICS parmi le reste des détenus dans les établissements ou leur durée moyenne d'incarcération). Certaines réponses sont également biaisées car les interlocuteurs que nous avons eu au téléphone ne font pas tous partie du même corps de métier, les psychologues ou IDE n'ayant que peu d'informations précises sur le traitement médicamenteux des AICS par exemple.

Cette étude est uniquement centrée sur les établissements pénitentiaires spécialisés et ne représente pas l'ensemble des structures carcérales intervenants auprès des AICS, il est donc impossible de faire un comparatif précis des pratiques et du fonctionnement dans les établissements pénitentiaires non spécialisés dans la prise en charge des AICS. Pour cela il faudrait leur faire passer un questionnaire similaire à celui de notre étude.

V. CONCLUSION

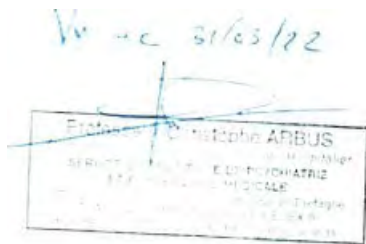
Depuis l'introduction de la notion d'établissements pénitentiaires spécialisés en 2008, les AICS incarcérés sont prioritairement accueillis et orientés dans ces structures. Dans un but premier de prévention de la récidive, une prise en charge psychiatrique leur est proposée et incitée.

Ce travail a permis de décrire le fonctionnement global de ces structures de soin, d'éclaircir leurs similarités mais également leurs différences. Il a pris soin de questionner l'avis du personnel soignant y travaillant et d'exposer leurs difficultés, leurs vécus, mais également leurs idées de changement. Il en ressort que la prise en charge psychiatrique auprès des AICS n'est pas consensuelle mais propre à chaque établissement, en fonction de leurs moyens matériels et humains. Une attention particulière devra être portée dans les prochaines années sur le renforcement en nombre des soignants dans les équipes et leur formation, sur l'amélioration de la communication entre la santé et la justice, et sur l'optimisation des structures de soins ambulatoires.

Notre travail pourrait servir de point de départ à l'évaluation nationale de ces dispositifs spécialisés comme le préconisent la dernière feuille de route santé-justice et le plan de lutte contre les violences faites aux enfants.

Signature du président du jury

Vu et c. 31/03/22



Christophe ARBUS
SERVITTEUR PUBLIC ET PSYCHIATRE
EHPH - HÔPITAL DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
118, AVENUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
31062 TOULOUSE CEDEX 9

Signature du doyen de la Faculté de
Médecine de Toulouse Purpan

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
De Médecine Rangueil



E SERRANO

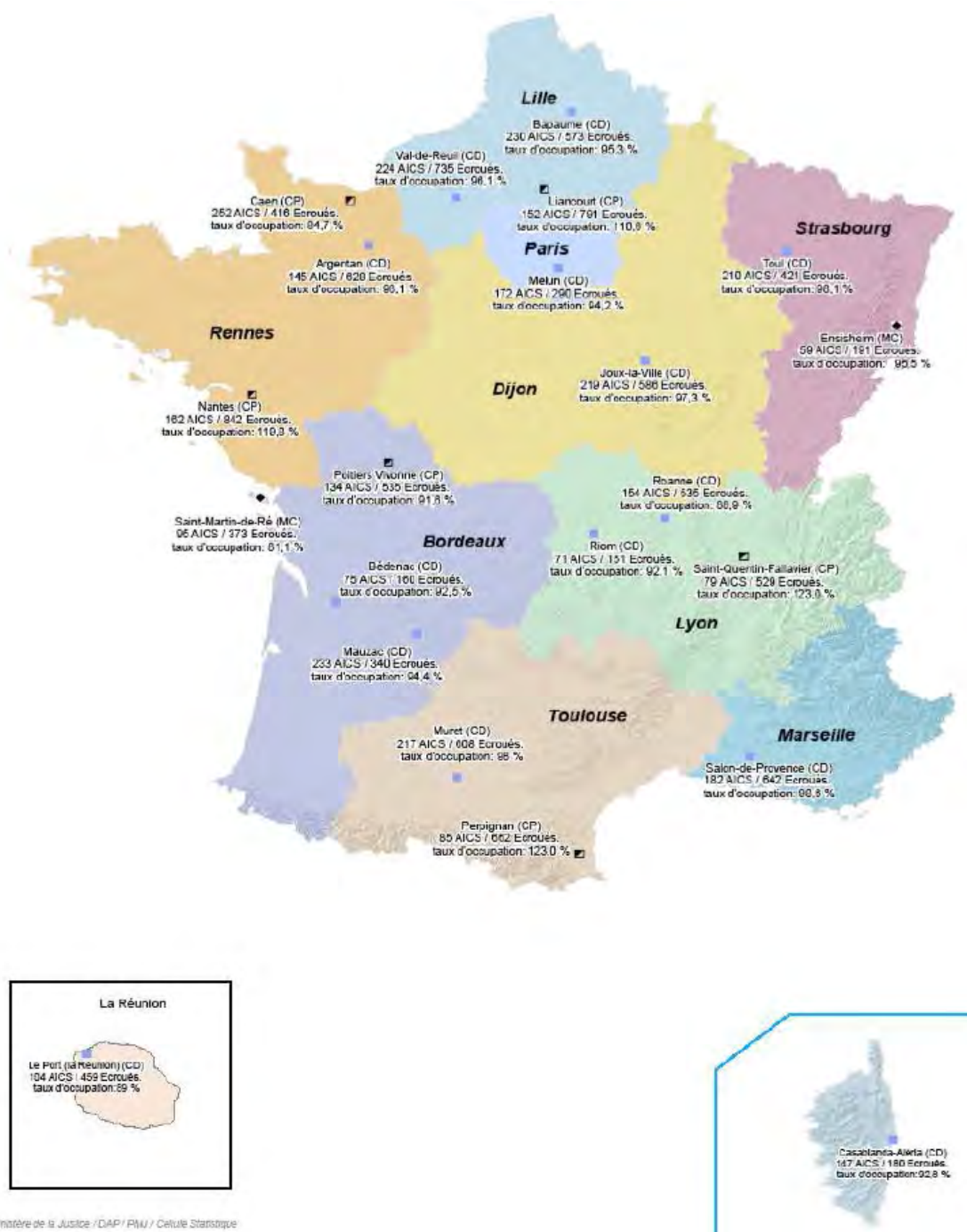
LEXIQUE

- Infraction sexuelle : en droit pénal, tout comportement réprimé par la loi qui porte atteinte à l'intégrité sexuelle, au consentement à l'acte sexuel, ainsi que toute attitude susceptible d'outrager la victime en raison de sa connotation sexuelle. Il existe différentes catégories d'infractions sexuelles.
- Trouble paraphilique : intérêt sexuel inhabituel ou déviant, causant du malaise ou des difficultés au sujet, ou dont la satisfaction a causé du mal ou risque de nuire à d'autres personnes.
- Unités de Vie Familiale (UVF) : appartements meublés, situés dans l'enceinte pénitentiaire mais à l'extérieur de l'espace de détention. Les personnes détenues peuvent y recevoir un ou plusieurs proches pour une durée plus longue que dans les parloirs classiques, et sans surveillance directe du personnel pénitentiaire.
- Désistance : cela représente tous les processus et mécanismes de sortie de la délinquance d'une personne.
- Soins pénalement ordonnés : ce sont des soins imposés à une personne placée sous main de justice pour une infraction pénale et qui ont pour finalité une diminution du risque de récidive, ordonnés par un juge. Ils s'exercent uniquement en milieu ouvert. Il en existe trois différents, qui ont des modalités et caractéristiques différentes : l'obligation de soin, l'injonction thérapeutique et l'injonction de soin.

ANNEXES

Annexe 1 : Carte pénitentiaire des établissements spécialisés dans l'accueil des AICS au 1^{er} novembre 2011.

Source : Ministère de la justice - Protocole Santé-Justice relatif à la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel dans les établissements pénitentiaires.



Annexe 2 : Questionnaire utilisé

CARACTERISTIQUES DES ETABLISSEMENTS FLECHES AVS

- Quel est le nombre de personnes détenues AVS dans votre établissement ?
- Quelle est la capacité totale ?
- Quelle est la durée moyenne de séjour/incarcération pour les AVS ?
- Votre équipe fait-elle partie d'une US ? d'un SMPR ?
- Existe-t-il une équipe de soin spécifique, des soignants spécialement identifiés, pour la prise en charge des AVS ? Un DSAVS ?

Si oui, de quels professionnels de santé est-elle composée ? combien ?

PROFIL CLINIQUE DES PATIENTS AVS

- Quel pourcentage de personnes détenues AVS présente un trouble psychiatrique ?
[Pathologie psy générale et/ou troubles paraphiliques (trouble pédophile, trouble voyeurisme/exhibitionnisme, trouble frotteurisme...)]
- Quels sont les profils diagnostiques les plus représentés par ordre décroissant ? [troubles de l'humeur, troubles de la personnalité, addictions, Trouble Stress Post-Traumatique, troubles psychotiques, troubles paraphiliques (trouble pédophile, trouble voyeurisme/exhibitionnisme, trouble frotteurisme...)]
- Quel pourcentage de ces patients présentent des antécédents de violences subies (dans l'enfance notamment) ?
- Quel pourcentage de personnes détenues AVS bénéficie d'un traitement médicamenteux ?
De quel type (antipsychotiques, ISRS, traitements hormonaux...) ?

RELATION AVEC LES CRIAVS

- L'équipe de soin travaille-t-elle aussi dans un CRIAVS ?
Oui, non, en partie ?
- L'équipe du CRIAVS régional intervient-elle dans votre établissement ?
Si oui, de quelle manière ?
- Est-il difficile pour votre équipe d'entrer en relation et créer un lien privilégié avec les CRIAVS ?

Si oui, selon vous pourquoi ?

PARCOURS PENITENTIAIRE

- Existe-t-il dans votre établissement un ou plusieurs de ces dispositifs suivants :
 - PPR
 - Quartier sortant
 - préparation spécifique à la sortie
 - UVF
 - justice restaurative
 - autres

Si oui, pouvez-vous nous décrire leur fonctionnement et leur rôle ?

PARCOURS SANITAIRE

- Avez-vous des liens avec les équipes qui ont suivi le patient antérieurement ? (avant le transfert sur l'établissement, avant l'incarcération...)
Si oui sous quelle forme?
- Pouvez-vous nous décrire les temps essentiels, les étapes de soins spécialisés qui sont proposés aux AVS ?
Accueil et entretien d'évaluation initiaux (recueil des données psychiatriques et criminologiques), par quel professionnel ? Quand ?
Orientation vers équipe spécialisée (si présente) ou équipe US/SMPR?
- Les demandes de soin émanent-elles spontanément des AVS ?
Si oui, pour quel motif ? Troubles mentaux généraux (dépression, anxiété, troubles de la perso, idées suicidaires...) ou en lien avec leur motif d'incarcération (plus ou moins troubles paraphiliques éventuels) ?
- Est-ce que des groupes sont mis en place ?
Si oui, quels sont-ils et comment fonctionnent-ils ? Leur nombre ? A quelle fréquence se tiennent-ils ?
- Utilisez-vous des outils de médiation pour les entretiens individuels et de groupe ?
Si oui, lesquels ?
- Utilisez-vous des outils d'évaluation ? Si oui, lesquels ?
- Tous les AVS bénéficient-ils d'une psychothérapie ? Si oui, de quel type ?
- Quelle est en moyenne la fréquence du suivi ?

ARTICULATION SANTE/JUSTICE

- Avez-vous des échanges avec l'administration pénitentiaire ? (CPIP, Psycho PEP, Gradés, surveillants, directeur d'établissement)
- Ces échanges sont-ils formalisés ? A quelle fréquence ? De quelle nature sont-ils ?
- Avez-vous des contacts avec la Justice ? (JAP)
Si oui, comment cela fonctionne-t-il ?
- Avez-vous des contacts avec les experts (psychologues et psychiatres) ?
Si oui, dans quelle mesure ?
Si non, et selon vous, quel pourrait être le bénéfice attendu dans votre pratique quotidienne si vous aviez la possibilité de ces contacts ?
- Bénéficiez-vous des comptes-rendus d'expertise?
- Quel pourcentage d'AVS relève d'un soin pénalement ordonné après l'incarcération? Si oui, quel soin pénalement ordonné?
- En êtes-vous informé?
Si oui, comment?
- Avez-vous des contacts avec les médecins coordonnateurs avant la sortie de prison ?
Si oui, comment cela fonctionne-t-il ?
- Avez-vous des contacts avec des intervenants extérieurs (Associations, Enseignants, pôle emploi, référents du culte...) ?
Si oui, comment cela fonctionne-t-il ?

ARTICULATION AVEC L'EXTERIEUR

- Le suivi des patients sortants est-il pris en charge par la même équipe de soin ?
Si oui, comment cela fonctionne-t-il ?
Si non, par qui ? Comment faites-vous le relai ?

EQUIPES

- Quelle est la composition de votre équipe ? (temps de travail et emploi du temps, profession)
- Avez-vous une activité professionnelle autre, en dehors de la prise en charge des AVS ?
- Comment les professionnels de votre équipe sont-ils recrutés? (diplôme spécialisé, formation spécifique auprès des AVS ou santé sexuelle en général...)

- Les professionnels de santé sont-ils formés au sujet de la violence sexuelle ?
Si oui, le sont-ils tous ?
Si non, lesquels ne le sont pas, et pourquoi ?
- Pensez-vous que le fait d'être confronté quotidiennement à l'agir sexuel violent ait un retentissement psychologique sur votre équipe ?
- Rencontrez-vous des difficultés lors de votre activité ?
Si oui, lesquelles ? Et bénéficiez-vous d'une supervision ?
- Selon vous, la prise en charge des AVS au sein de votre centre de détention est-elle optimale ?
En avez-vous des retours ?
Si non, quel(s) point(s) pouvez-vous améliorer ?
- Selon vous, quels sont les avantages et les faiblesses du fléchage des établissements accueillants des AVS ?
- Avez-vous des projets pour l'avenir concernant la prise charge des AVS?

BIBLIOGRAPHIE

1. Debauche A. Quelles sont les données sur les violences sexuelles en France et quelle lecture en faire ? Auteurs Violences Sex Prév Éval Prise En Charge. 14 juin 2018;Paris, Audition Publique: Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge:15.
2. Juillard M, Timbart O. Violences sexuelles et atteintes aux mœurs : les décisions du parquet et de l'instruction. Infostat Justice. mars 2018;(160):8.
3. Brigant F. La prise en charge des délinquants sexuels en milieu fermé. Arch Polit Criminelle. 6 déc 2012;n° 34(1):135-53.
4. Claude BALIER. Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels [Internet]. Disponible sur: <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confdelinqsex/rechercheagress2.html>
5. LOI n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs [Internet]. 98-468 juin 17, 1998. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000556901>
6. Article 717-1 - Code de procédure pénale - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006578011/2005-01-01
7. Circulaire DHOS/F2/F3/DSS/1A n° 2008-356 du 8 décembre 2008 relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé - APHP DAJDP [Internet]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhosf2f3dss1a-n-2008-356-du-8-decembre-2008-relative-a-la-campagne-tarifaire-2008-des-etablissements-de-sante/>
8. Légifrance - Droit national en vigueur - Circulaires et instructions - CIRCULAIRE N°DHOS/DGS/O2/6C/2006/168 du 13 avril 2006 relative à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles et à la création de centres de ressources interrégionaux [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=16120>
9. Moncany A-H, Vigourt-Oudart S, Canale N, Chollier M, Mouchet-Mages S, Bouchard J-P. Les Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAVS). Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 juin 2020;178(6):657-63.
10. Protocole Santé-Justice relatif à la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel dans les établissements pénitentiaires [Internet]. Disponible sur: http://psysnepap.free.fr/wp-content/uploads/protocole_sante_justice-aics_2012.pdf
11. Circulaire du 21 février 2012 relative à l'orientation en établissement pénitentiaire des personnes détenues [Internet]. Disponible sur: http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/JUSK1240006C.pdf
12. Etienne BLANC. N° 4421 - Rapport d'information de M. Étienne Blanc déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République, en conclusion des travaux d'une mission d'information relative à l'exécution des décisions de justice pénale : le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel [Internet]. 2012 févr. Report No.: 4421. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i4421.asp#P1507_341721

13. Delarue, JM. et al. Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge - rapport de la commission d'audition du 17 juin 2018 [Internet]. Disponible sur: http://www.ffcriavs.org/media/filer_public/01/2d/012d3270-9129-4689-8e79-ed456fd28ecf/rapport_du_17_juin_2018.pdf
14. Chaufer A. Présentation et évaluation des dispositifs de soins pour Auteurs d'Infraction(s) à Caractère Sexuel incarcérés [Internet]. UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES; 2011. Disponible sur: http://www.cpn-laxou.com/IMG/pdf/memoire_chaufer_2012.pdf
15. Saetta S. Inciter des auteurs d'infractions à caractère sexuel incarcérés à se soigner. Champ Pénal Penal Field [Internet]. 29 févr 2016 ;(Vol. XIII). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/champpenal/9401>
16. Saetta S. La médicalisation des auteurs d'infractions à caractère sexuel : Ethnographie d'un établissement et d'une unité de soins spécialisés en France [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01445269>
17. « Je veux en finir avec la violence. Et vous ? » : plan de lutte contre les violences faites aux enfants - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. 2020 2022. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/plan-de-mobilisation-et-de-lutte-contre-les-violences-faites-aux-enfants>
18. Présentation feuille de route sur trois ans pour la santé des personnes placées sous main de justice - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. 2022, 2019. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/presentation-feuille-de-route-sur-trois-ans-pour-la-sante-des-personnes-placees>
19. Les structures pénitentiaires [Internet]. justice.gouv.fr. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/ladministration-penitentiaire-10037/les-structures-penitentiaires-14557.html>
20. Rapport de recherche - Un programme de préparation à la sortie en maison d'arrêt [Internet]. Disponible sur: https://www.enap.justice.fr/sites/default/files/dossier_thematique_preparation_sortie_2019.pdf
21. Qu'est-ce que la justice restaurative ? [Internet]. justice.gouv.fr. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/le-ministere-de-la-justice-10017/quest-ce-que-la-justice-restaurative-29943.html>
22. Pham TH. L'évaluation diagnostique des agresseurs sexuels. Editions Mardaga; 2006. 244 p.
23. Circulaire du 18 juin 2012 relative aux modalités de fonctionnement de la commission pluridisciplinaire unique [Internet]. Disponible sur: http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/JUSK1140048C.pdf
24. Demullier B, Straub D, Massoubre C. La plateforme référentielle : à propos de la mise en place sur le roannais d'un nouveau dispositif de prise en charge thérapeutique des auteurs d'infraction à caractère sexuel. Psychiatr Violence [Internet]. 2011;11(1). Disponible sur: <https://www.erudit.org/fr/revues/pv/2011-v11-n1-pv0267/1023696ar/>
25. Bonta J. Risk-Need-Responsivity Model for Offender Assessment and Rehabilitation. Rehabilitation (Stuttg). 1 janv 2007;6:1-22.

26. Cortoni F, Lafortune D. Le traitement correctionnel fondé sur des données probantes : une recension. *Criminologie*. 30 avr 2009;42(1):61-89.
27. Corneille S, Mormont C, Nicole A. Le Good Lives Model: un modèle novateur de prise en charge des délinquants sexuels; ses origines, ses fondements théoriques, ses applications". mai 2013 ; Disponible sur: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/212211>
28. Palaric R. Les groupes de parole de prévention de la récidive en France : observation des effets produits. *Prat Psychol*. sept 2015;21(3):259-73.
29. Fovet T, Plancke L, Thomas P. Prévalence des troubles psychiatriques en prison. *Santé Ment*. 27 avr 2018;227.
30. Spriet H, Abondo M, Naudet F, Bouvet R, Le Gueut M. L'indication d'injonction de soins repose-t-elle sur un diagnostic médical ? *L'Encéphale*. 1 sept 2014;40(4):295-300.
31. Laure LEBEAU. ETAT DES LIEUX SUR L'INJONCTION DE SOINS EN HAUTE-GARONNE : UNE ETUDE QUANTITATIVE [Internet]. Université Toulouse III-Paul Sabatier; 2018. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2445/1/2018TOU31567.pdf>
32. Eher R, Rettenberger M, Turner D. The prevalence of mental disorders in incarcerated contact sexual offenders. *Acta Psychiatr Scand*. 2019;139(6):572-81.
33. Haute Autorité de Santé. Recommandations HAS - Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans [Internet]. 2009 juill. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-03/aas_-_recommandations.pdf
34. Marie THOMAS. Auteurs de violence sexuelle sur enfants : développement de lignes directrices d'évaluation clinique avant prise en charge par thérapie comportementale et cognitive. Université Grenoble Alpes - Savoie Mont Blanc; 2018.
35. Lösel F, Schmucker M. The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *J Exp Criminol*. 2005;1(1):117-46.
36. Schmucker M, Lösel F. The effects of sexual offender treatment on recidivism: an international meta-analysis of sound quality evaluations. *J Exp Criminol*. 19 août 2015;11.
37. Duwe G, Goldman RA. The impact of prison-based treatment on sex offender recidivism: evidence from Minnesota. *Sex Abuse J Res Treat*. sept 2009;21(3):279-307.
38. CORNET J-P., De LEVAL F., MORMONT C. Etude comparative : la prise en charge spécialisée et structurée des délinquants sexuels en Europe – STOP II. [Internet]. Université de Liège Faculté de psychologie et des sciences de l'Education Service de psychologie clinique; 1998 août p. 190. Report No.: N°96/003. Disponible sur: <https://www.erudit.org/fr/revues/pv/2000-v1-pv05805/1075001ar/>
39. Cornet JP, Mormont C, Michel A. Quelques données sur les différentes prises en charge des délinquants sexuels dans les pays de l'Union européenne. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 nov 2001;159(9):639-44.
40. Thibaut F. Pharmacological treatment of paraphilias. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2012;49(4):297-305.

41. Winder B, Fedoroff JP, Grubin D, Klapilová K, Kamenskov M, Tucker D, et al. The pharmacologic treatment of problematic sexual interests, paraphilic disorders, and sexual preoccupation in adult men who have committed a sexual offence. *Int Rev Psychiatry*. 17 févr 2019;31(2):159-68.
42. Fédération française des centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles, éditeur. Auteurs de violences sexuelles suivi de Synthèse du rapport de la commission d'audition : prévention, évaluation, prise en charge audition publique. Éd. collector. Vol. Tome 4. Rouen : FFCRIAVS; 2019.
43. Le Bodic C. Le parcours de soin des auteurs d'infraction à caractère sexuel : de la décision de justice à la prise en charge thérapeutique. *Sexologies*. 1 juill 2020;29(3):121-9.
44. Ciavaldini A. Quelle est la place des différents champs (sanitaire, social, judiciaire) ? Quels sont leurs rôles, leurs modalités, leurs objectifs et jusqu'où aller ? 2018;42.
45. Bertsch I, Cochez F, Moulden HM, Prat SS, Lambert H, Lassagne G, et al. Comparaison franco-canadienne du développement des Cercles de soutien et de responsabilité (CSR) pour la prévention du risque de récidive des délinquants sexuels: A comparison of their development in France and Canada. *Int J Risk Recovery*. 18 déc 2019;2(2):28-35.
46. Joseph-Jeanneney Brigitte, Beau Patrick. L'évaluation du dispositif de l'injonction de soins [Internet]. *Vie publique.fr*. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/31661-évaluation-du-dispositif-de-linjonction-de-soins>
47. Farrenkopf T. What Happens to Therapists Who Work with Sex Offenders? *J Offender Rehabil*. 12 nov 1992;18(3-4):217-24.
48. Da Silva S. L'expérience des professionnels accompagnant les auteurs de violences sexuelles : revue de littérature. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* [Internet]. 13 août 2021; Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448721002419>
49. Beech AR, Hamilton-Giachritsis CE. Relationship between therapeutic climate and treatment outcome in group-based sexual offender treatment programs. *Sex Abuse J Res Treat*. avr 2005;17(2):127-40.
50. Thierry-Deflou A. La sexologie a-t-elle une place dans le suivi des auteurs de violences sexuelles : intérêt d'un questionnaire spécifique sur la sexualité. 15 juin 2020;70.

Prise en charge psychiatrique des auteurs d'infractions à caractère sexuel dans les 22 établissements pénitentiaires spécialisés en France : état des lieux

RESUME :

Depuis 2008, afin de garantir un meilleur accès et réaliser des soins plus spécifiques aux auteurs d'infractions à caractère sexuel, 22 établissements pénitentiaires français ont été désignés spécialisés dans leur accueil et leur prise en charge. Peu de littérature est disponible sur le sujet. Notre travail consiste en un état des lieux de la prise en charge psychiatrique proposée pour cette population au sein de ces établissements pénitentiaires spécialisés.

A l'aide d'un questionnaire, les équipes soignantes des établissements ont été auditionnées concernant leur pratique et les modalités mises en œuvre pour réaliser leur travail de suivi et de soin auprès des auteurs d'infractions à caractère sexuel.

Ainsi il en résulte que les équipes souffrent d'un manque de personnel humain et de formation adaptée, que les structures de soins post-carcérales sont rares et que la communication entre certains professionnels de la santé et de la justice est non optimale. Les équipes déclarent également que leur travail quotidien peut être vécu comme « usant » psychologiquement. De plus, les équipes donnent leurs points de vue ainsi que des propositions d'amélioration des pratiques.

Ce travail pourrait servir de point de départ à l'évaluation nationale de ces dispositifs spécialisés comme le préconisent la dernière feuille de route santé-justice et le plan de lutte contre les violences faites aux enfants.

Psychiatric care for sexual offenders in France's 22 specialised prisons: an overview

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : psychiatrie

MOTS-CLÉS : psychiatrie, établissements pénitentiaires spécialisés, auteurs d'infractions à caractère sexuel, prison

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Docteur Anne-Hélène MONCANY
Co-directeur : Monsieur Baptiste ORIEZ