



DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PENITENTIAIRE

DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS

Protocole Santé-Justice

relatif à la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel dans les établissements pénitentiaires

La 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, a instauré le suivi socio-judiciaire avec injonction de soins des personnes condamnées à une infraction de nature sexuelle.

Plusieurs modifications législatives ont également élargi le champ d'application de l'injonction de soins.

Ces textes ont notamment précisé que l'injonction de soins, prononcée par le juge au vu d'une expertise attestant l'utilité d'une telle mesure de soins, commence à la sortie de la détention, l'incitation aux soins restant possible durant l'incarcération.

Par ailleurs, la loi n° 2008-174 du 25 février 2008 et le décret n° 2008-1129 du 4 novembre 2008, relatifs à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental (Art. 706-53-13 et suivants du CPP et R. 53-8-40 et suivants CPP) renforcent la nécessité d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique pendant l'incarcération, en application de l'article 721 alinéa 3 qui renvoie aux articles 717-3 et 763-7 du CPP.

En application de ces articles, les personnes condamnées pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru doivent pouvoir exécuter leur peine dans des établissements pénitentiaires permettant d'assurer un suivi médical et psychologique adapté. La liste des établissements pénitentiaires auxquels ces articles font référence est précisée à l'article R 57-8-3 du CPP qui renvoie à plusieurs catégories d'établissements pénitentiaires.

Pour mettre en œuvre ces dispositions législatives et réglementaires, il convient que des moyens sanitaires adaptés ainsi qu'une prise en charge pénitentiaire spécifique soient accessibles dans les établissements pour peines spécialisés où les personnes détenues condamnées pour des faits de nature sexuelle sont orientées. A cet effet, une liste plus restreinte comprenant 22 établissements pénitentiaires pour peines a été élaborée. Dans le cadre des affectations initiales, les personnes condamnées pour des faits de nature sexuelle sont prioritairement orientées sur ces établissements. Concernant les demandes de changement d'affectation à la demande de l'administration ou de la personne détenue, il est tenu compte de la nature de l'infraction. Cependant, aucune réaffectation systématique des personnes détenues écrouées dans des établissements non spécialisés n'est prévue. Par conséquent, tous les condamnés pour des faits de nature sexuelle ne sont pas écroués dans les

établissements spécialisés. Néanmoins, le critère de la nature des faits commis tend progressivement à être prévalent.

Dans ce cadre, ce protocole a pour objet de définir les modalités de mise en place de ces orientations dans les différentes régions et de coordonner les actions des ministères de la Santé et de la Justice au niveau national, régional et local.

Une communication sur la déclinaison de ce protocole est souhaitable au niveau régional à destination de l'autorité judiciaire dans la mesure où cette dernière est partie prenante dans la procédure d'orientation et de changement d'affectation des personnes détenues.

1) Modalités de mise en œuvre de cette prise en charge sur le plan sanitaire

Pour adapter l'offre de soins dans les établissements spécialisés, chaque ARS siège d'un tel établissement a reçu en fin d'année 2008 une dotation spécifique par le ministère en charge de la santé.

La même année, les Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAVS), créés en 2006 sous forme d'un dispositif interrégional, sont régionalisés (circulaire N° DHOS/F2/F3/F1/DSS/A1/2008/264 du 8 août 2008). Aujourd'hui 25 CRIAVS sont en fonctionnement dans 23 régions et assurent un rôle de formation et de coordination des professionnels intervenant auprès de ce public en détention et hors détention. Ces centres sont aussi des lieux de soutien et de recours pour les équipes soignantes et participent, de plus, au développement et à l'animation du réseau santé - justice.

La circulaire du 08 décembre 2008 (DHOS/F2/F3/DSS/1A/2008/356 relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé) prévoit également le renforcement de l'organisation régionale articulé avec la spécialisation de certains établissements pénitentiaires dans l'accueil des auteurs d'infraction à caractère sexuel.

Il revient à chaque région d'élaborer le projet régional d'organisation de l'offre de soins compte tenu de l'organisation existante de l'offre de soins en milieu pénitentiaire et des contraintes géographiques.

Si l'organisation régionale de l'offre de soins concerne l'ensemble des établissements pénitentiaires de la région, une attention particulière doit être portée aux établissements spécialisés où les personnes détenues condamnées pour des faits de nature sexuelle sont orientées. Pour ces établissements, l'organisation spécifique de la prise en charge de ce type de personne détenue doit être décrite dans un projet d'organisation régionale spécifique validé par l'agence régionale de santé (ARS), qui pourra être annexé au PRS. Un avenant au protocole local entre l'établissement de santé et l'établissement pénitentiaire sera signé ou le protocole sera modifié pour tenir compte de cette nouvelle organisation (voir §3.).

De ce fait, la prestation pourra se faire soit par le renforcement direct des équipes de psychiatrie intervenant sur place, soit par la création d'équipes mobiles, soit par toute autre organisation qui paraîtrait plus pertinente.

La mise en œuvre de cette organisation régionale doit tenir compte de l'évolution prévisionnelle du nombre de personnes détenues auteurs de violences sexuelles dans les établissements concernés de la région.

2) Modalités de mise en œuvre de cette prise en charge sur le plan pénitentiaire et judiciaire

2.1 Modalités d'orientation des personnes détenues

L'orientation des personnes condamnées principalement pour des faits de nature sexuelle se fonde sur l'individualisation, conformément aux dispositions de l'article 717-1 alinéa 2 du CPP. Si la nature de l'infraction doit être un critère majeur, l'affectation au sein de l'un des 22 établissements pour peine spécialisés doit se faire, le cas échéant, en conciliation avec le critère du maintien des liens familiaux.

De plus, au vu des dispositions de l'article 717-1 A du CPP, les personnes condamnées à une peine de réclusion criminelle d'une durée égale ou supérieure à 15 ans pour des faits de viols sur mineur ou sur majeur (en l'espèce accompagnés d'une circonstance aggravante) doivent avant toute orientation initiale faire l'objet d'une évaluation de la personnalité au sein d'un centre national d'évaluation, service spécialisé chargé de l'observation des personnes détenues. Si la personne souffre de troubles psychiatriques, sur indication médicale, elle fait l'objet d'une prise en charge adaptée à ses besoins, le cas échéant en hospitalisation.

Cette évaluation doit permettre une orientation vers un établissement permettant une prise en charge adaptée et personnalisée.

Dès lors que la personne condamnée, effectivement présente au sein de l'établissement spécialisé, manifeste son refus de suivre des soins et son souhait d'être réaffectée dans un autre établissement pour peines, elle pourra faire une demande écrite de changement d'affectation en indiquant expressément son refus de soins ou le fait que ce n'est pas, en l'état, sa priorité et sa volonté de rejoindre un autre établissement. L'administration pénitentiaire réservera les suites qu'il conviendra de donner à la demande de la personne condamnée.

2.2 Modalités de prise en charge pénitentiaire spécifique

Parallèlement à la prise en charge sanitaire, l'administration pénitentiaire intervient dans le cadre d'une prise en charge spécifique adaptée à la nature des faits commis. Elle prend en compte l'ensemble des besoins des personnes concernées en procédant à une évaluation régulière de leur situation. Elle peut être amenée à orienter ces dernières vers les services sanitaires quand cela s'avère nécessaire.

Dans le cadre de l'objectif de la prévention de la récidive, l'administration pénitentiaire - en particulier le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) - prend en charge les personnes détenues afin de définir et de suivre le parcours d'exécution de peine (validé conjointement par le chef d'établissement et le directeur de SPIP). Le SPIP définit les modalités de prise en charge des personnes placées sous main de justice en s'appuyant sur le diagnostic à visée criminologique afin de proposer des méthodes d'intervention adaptées à chaque situation : ces mesures peuvent consister en la mise en place de programmes de prévention de la récidive (PPR) prenant en compte la durée de l'incarcération et s'inscrivant dans le parcours d'exécution de peine.

Un « programme de prévention de la récidive » consiste à réunir, sous la responsabilité du SPIP, un groupe de condamnés présentant une problématique commune liée au type de délit commis. L'objectif est de s'appuyer sur la dynamique du groupe et sur l'utilisation d'outils pédagogiques pour faire réfléchir les participants sur les conséquences de leur conduite, les

amener à mieux se connaître et leur donner la possibilité d'adopter des comportements pro sociaux. Il s'agit d'un groupe de parole criminologique sur le passage à l'acte, distinct d'un groupe de parole thérapeutique. L'une des finalités de la participation à ces groupes est de permettre une prise de conscience sur l'opportunité d'entreprendre une démarche auprès de l'équipe soignante.

Les SPIP devront progressivement proposer ce type d'intervention dans les 22 établissements chargés d'accueillir les auteurs d'infractions à caractère sexuel, en complément de l'accompagnement individuel qu'ils mettent en place par ailleurs et des autres offres d'activités ou programmes d'insertion.

Un projet de prise en charge globale des personnes condamnées pour des faits de nature sexuelle doit exister dans chacun des 22 établissements pénitentiaires. A partir de ce projet global, un parcours individualisé de prise en charge des personnes écrouées dans ces établissements sera décliné, comprenant, selon l'évaluation des besoins, la participation le cas échéant à un PPR et/ou un programme d'insertion (offre de formation, de travail pénitentiaire, de partenariat culturel et sportif par exemple).

2. 3 Modalités de réalisation des bilans individuels

Sur le plan judiciaire, deux bilans sont prévus par des dispositions légales qui s'appliquent aux personnes visées par le présent protocole.

Ces deux bilans ont lieu en fin de peine :

- Deux ans avant la fin de peine, la personne condamnée éligible à la rétention de sûreté est convoquée par le juge d'application des peines afin d'établir un bilan sur le suivi médical mis en œuvre (article 717-1 du CPP).

A cette fin, ce bilan peut notamment être établi au vu des certificats fournis par le médecin ou psychologue traitant. Si nécessaire, un psychiatre expert peut être sollicité pour éclairer le juge d'application des peines.

Au vu du bilan, le juge d'application des peines peut proposer à la personne condamnée de suivre un traitement dans un établissement pénitentiaire spécialisé.

- Un an avant la fin de peine, dans le cadre de la procédure de rétention de sûreté et pour les personnes condamnées à des infractions limitativement énumérées dans les articles 706-53-13 et suivants du CPP (créée par la loi n°2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental et modifiée par la loi n°2010-242 du 10 mars 2010 tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédure pénale), il est prévu une saisine de la commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté afin d'évaluer leur dangerosité.

A cette fin, lors de cet examen de situation, et en vertu des articles 706-53-13 et suivants du CPP, la commission demande le placement de la personne, pour une durée d'au moins six semaines, dans un centre national d'évaluation. Ce service est chargé d'effectuer une évaluation pluridisciplinaire de dangerosité. Parallèlement, est diligentée une expertise médicale réalisée par deux experts.

Deux autres conditions à la rétention de sûreté sont mentionnées par les articles cités : d'une part, le quantum de peine doit être supérieur ou égal à 15 ans et, d'autre part, une décision expresse doit être rendue par la cour d'assises).

3) Elaboration du partenariat et définition d'un protocole local

Au sein de chaque région, l'ARS et la direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP) doivent établir des relations en vue de coordonner leurs organisations respectives et d'accompagner les établissements de santé, les établissements pénitentiaires et les directeurs de SPIP concernés dans l'actualisation des protocoles locaux. Ces protocoles fixent les modalités d'intervention des établissements de santé en prenant en compte les éléments suivants :

- le projet d'organisation des soins : il met en évidence les orientations retenues en fonction d'une part du mode d'organisation de l'offre de soins et d'autre part des modes de prise en charge sanitaires (prise en charge collective et/ou consultations individuelles).
- un calendrier prévisionnel de montée en charge du dispositif sanitaire de spécialisation, afin qu'une proposition de prise en charge puisse être accessible à toute personne condamnée pour infraction à caractère sexuel arrivant dans un établissement pénitentiaire spécialisé.
- l'organisation matérielle de la prise en charge et notamment – quand l'équipe médicale le juge nécessaire – l'existence d'une salle réservée à cet effet, pour accueillir, par exemple, des groupes dans le cadre de thérapies collectives. Cette salle est a priori réservée à l'usage des équipes soignantes. Elle peut être utilisée pour un autre usage, sous réserve d'un accord local.
- Les éventuels accompagnements par des surveillants nécessaires aux déplacements des personnes détenues pourront figurer dans ce protocole.

Afin de proposer une prise en charge adaptée et d'assurer la pertinence des bilans individuels des personnes détenues relevant de ce dispositif, la qualité de l'organisation est essentielle et une coordination entre les personnels de santé et les personnels pénitentiaires est nécessaire.

Le protocole fixant les modalités d'intervention de l'UCSA ou du SMPR au sein des établissements concernés devra être modifié pour prendre en compte ces évolutions.

4) Evaluation de la politique

Différents indicateurs permettront d'évaluer le degré d'avancée de ce programme.

Dans le cadre de l'échange d'information opérationnelle et conformément à l'article R.57-8-4 du code de procédure pénale, l'administration pénitentiaire s'assurera que les équipes soignantes sont destinataires de l'identité des personnes détenues ayant été condamnées pour une infraction à caractère sexuel et pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru.

Ces renseignements auront aussi vocation à renseigner les indicateurs.

Toutefois, la confidentialité du travail thérapeutique sera respectée et distinguée des démarches évaluatives de nature expertale.

4.1. Des indicateurs de ressources :

Indicateurs fournis par le Ministère de la Justice :

- Nombre d'établissements pénitentiaires spécialisés dans lesquels des aménagements en termes de locaux adaptés ont été réalisés : mise à disposition d'une salle permettant une prise en charge collective et/ou de bureaux dédiés à la réalisation de consultations spécialisées (production annuelle)
- Nombre de personnels pénitentiaires formés à la problématique (PPR, sensibilisation)

Indicateurs fournis par le Ministère de la Santé :

- Nombre d'établissements pénitentiaires spécialisés pour lesquels un projet médical a été formalisé et mis en place. Cet indicateur permet de juger de la montée en charge des dispositifs dans les différents établissements (production annuelle)
- Nombre d'équipes spécialisées constituées (production annuelle)

4.2. Des indicateurs de résultats :

Indicateurs fournis par le Ministère de la Justice :

- Pourcentage des personnes détenues condamnées AICS au sein des 22 établissements (production annuelle) ;
- Nombre d'établissements bénéficiant de PPR et nombre de personnes en bénéficiant (production annuelle) ;
- Nombre de personnes détenues condamnées pour infraction à caractère sexuel et à un suivi socio-judiciaire, une injonction de soins, ou un suivi socio-judiciaire avec injonctions de soins (production annuelle) ;
- Nombre de personnes détenues AICS ayant fait l'objet d'une évaluation individuelle à l'issue de leur prise en charge sanitaire et pénitentiaire (production annuelle) Cf §2.3 de ce protocole.

Indicateurs fournis par le Ministère de la Santé :

- Nombre de consultations psychiatriques individuelles réalisées pour des personnes condamnées pour infraction à caractère sexuel et pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru (production annuelle)
- Nombre de personnes condamnées pour infraction à caractère sexuel et pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru ayant bénéficié de consultations psychiatriques individuelles (production annuelle)
- Nombre de séances de groupe thérapeutique (hors PPR) réalisées en lien spécifiquement avec la problématique de dysfonctionnement sexuel (production annuelle)
- Nombre de personnes condamnées pour infraction à caractère sexuel et pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru ayant participé à ces groupes (production annuelle)

ANNEXES :

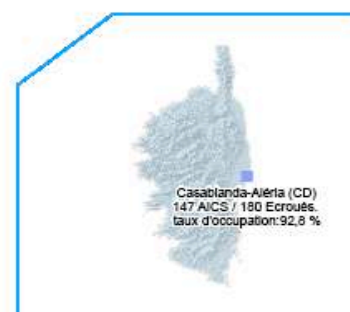
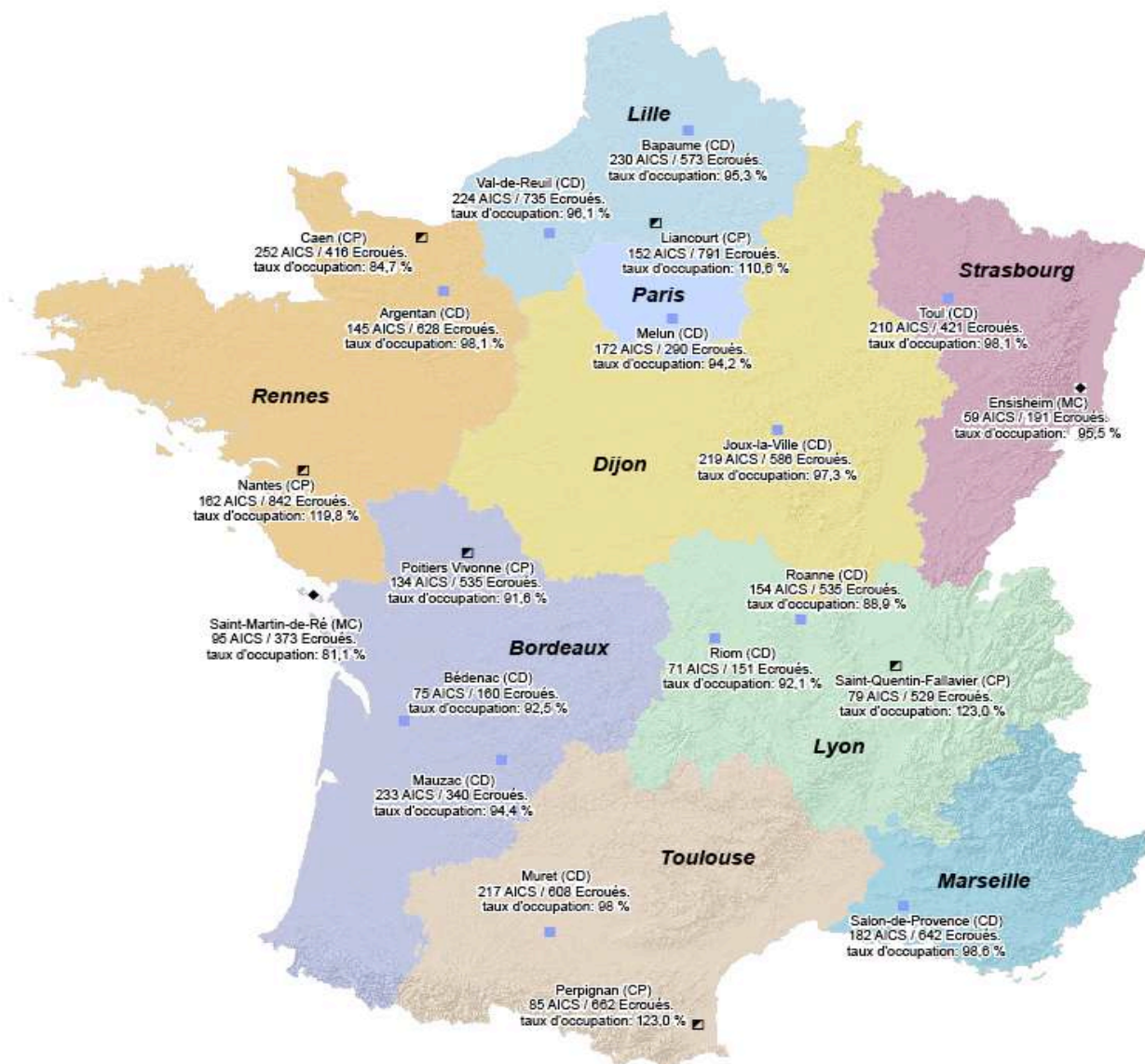
Annexe 1 : Carte pénitentiaire des établissements spécialisés

Annexe 2 : Type d'organisation des établissements spécialisés dans l'accueil des AICS

Annexe 3 : Statistiques générales sur la population des AICS

Etablissements spécialisés dans l'accueil des AICS

Au 1^{er} novembre 2011, 3401 écroués pour ICS sur un ensemble de 10 647 écroués dans les établissements spécialisés.



Annexe 2 : Type d'organisation des établissements spécialisés dans l'accueil des AICS

Sources :

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé – Direction Générale de l'Offre de Soins – Sous Direction de la Régulation de l'offre de soins

Ministère de la Justice et des Libertés – Direction de l'Administration Pénitentiaire - Sous direction des personnes placées sous main de justice (PMJ)

– Décembre 2011

RÉGION	DISP	Etablissement pénitentiaire	Etablissement de santé en charge de la psychiatrie	Organisation prévue par l'équipe sanitaire <i>en date de décembre 2011 sous réserve d'évolutions</i>	Programmes de prévention de la récidive
Alsace	Est-Strasbourg	Ensisheim	CH de Rouffach	Renforcement de personnel sur place.	
Aquitaine	Sud Ouest	Mauzac	CH de Montpon	Equipe mobile + renforcement de personnel sur place	
Auvergne	Centre Alpes-Lyon	Riom	CH Sainte-Marie de Clermont-Ferrand	Renforcement de personnel sur place.	1 PPR pour 2011. 10 séances. 12 participants.
Bourgogne	Centre Est-Dijon	Joux-la-Ville	CHS de L'Yonne Auxerre	Renforcement de personnel sur place	1 PPR pour 2011. 12 séances. 8 à 10 participants.
Corse	Sud Est-Marseille	Casabianda	CH de Bastia	<i>En cours d'élaboration.</i>	

Ile-de-France	Ile de France-Paris	Melun	CH Marc Jacquet de Melun	Renforcement de personnel sur place.	
Languedoc-Roussillon	Sud Centre-Toulouse	Perpignan	CH Léon Jean Grégory THUIR	Equipe mobile.	
Lorraine	Est-Strasbourg	Toul	CHU de Nancy	Renforcement de personnel sur place.	1 PPR pour 2011. 10 séances. 10 participants.
Midi-Pyrénées	Sud Centre-Toulouse	Muret	CHS Gérard Marchant Toulouse	Renforcement de personnel sur place.	1 PPR pour 2011. 10 séances. 8 à 10 participants.
Nord-Pas de Calais	Nord-Lille	Bapaume	CH d'Arras	Equipe mobile.	1 PPR pour 2011. 10 participants.
Basse-Normandie	Ouest-Rennes	Caen	CHS de Caen	Renforcement du personnel sur place	
Basse-Normandie	Ouest-Rennes	Argentan	Centre psychothérapique de l'Orne	Renforcement de personnel sur place	1 PPR pour 2011. 12 séances. 8 à 10 participants.
Haute-Normandie	Nord-Lille	Val-de-Reuil	CHS du Rouvray -Sotteville-les-Rouen	Renforcement de personnel. Une unité fonctionnelle avec actions concomitantes sur Val-de-Reuil et Rouen.	1 PPR pour 2011. 12 séances.

Pays de la Loire	Ouest - Rennes	Nantes	CHU de Nantes	Renforcement du personnel sur place.	
Picardie	Nord - Lille	Liancourt	CHI de Clermont de l'Oise	Renforcement du personnel sur place.	
Poitou-Charentes	Sud Ouest	Poitiers	CH Henri Laborit	Renforcement de personnel sur place.	
Poitou-Charentes	Sud Ouest	Saint-Martin-de-Ré	CH de La Rochelle	Renforcement de personnel sur place.	1 PPR pour 2011. 9 séances. 8 à 10 participants
Poitou-Charentes	Sud Ouest	Bedenac	CH de Jonzac	Renforcement de personnel sur place.	1 PPR pour 2011. 9 séances. 8 à 10 participants.
PACA	Sud Est - Marseille	Salon-de-Provence	CHS Montperrin	Renforcement de personnel sur place.	
Rhône-Alpes	Centre Alpes - Lyon	Saint-Quentin-Fallavier	CHS Le Vinatier	Renforcement de l'équipe sur place.	1 PPR pour 2011. 10 séances. 8 à 10 participants.
Rhône-Alpes	Centre Alpes - Lyon	Roanne	CHU de Roanne	Renforcement de personnel sur place + appui technique d'une équipe mobile	
Réunion	Réunion	Le-Port	EPSMR	Renforcement de personnel sur place	

Annexe 3 : Statistiques générales sur la population des AICS

Source : Ministère de la Justice et des Libertés – Direction de l'Administration Pénitentiaire - Sous direction des personnes placées sous main de justice (PMJ) - Bureau des études et de la prospective (PMJ5)

Au 1er novembre 2011, on comptait 8 431 condamnés ou prévenus pour une infraction à caractère sexuel sur un ensemble de 66 590 écroués à la même date, soit 12,6 % des écroués. L'infraction dite 'principale' n'a pas été retenue mais toute infraction relative à l'affaire en cours.

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, dont 2 756 pour une infraction de nature criminelle soit 81 % des écroués.

L'âge moyen des auteurs d'infractions à caractère sexuel est de 43,2 ans pour la France entière, 9 ans de plus en moyenne que l'ensemble des écroués.

Tableau 1 : Effectifs des AICS au 1^{er} novembre 2011

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 %

(Source : DAP/FND/PMJ5)

Tableau 2 : Age moyen des AICS au 1^{er} novembre 2011

Type d'établissement	Moyenne d'âge des écroués pour ICS	Moyenne d'âge de l'ensemble des écroués
Etablissements spécialisés (22 établissements)	45.6 ans	38.5 ans
Autres établissements (167 établissements)	41,6 ans	32.7 ans
France entière	43,2 ans	33.6 ans

(Source : DAP/FND/PMJ5)