

LIGUE FRANCAISE POUR LA SANTE MENTALE

Reconnue d'utilité publique

Membre de la World Federation for Mental Health

11, rue Tronchet – 75008 Paris

Tél : 01 42 66 20 70 - Fax 01 42 66 44 89

Email : lfsm@worldonline.fr / www.lfsm.org

Président : docteur Roland Coutanceau

Vice-présidents : docteur Boris Cyrulnik - Françoise Rivereau

Secrétaire général : Norbert Sillamy

Directrice : Natalie Alessandrini

Directeur clinique : Jean-Pierre Vouche

**PREVENTION DE LA RECIDIVE
D'AGRESSIONS SEXUELLES
ET DE
VIOLENCE ENVERS LES ENFANTS**

Là où la raison n'a pas réussi, peut être que la peur y parviendra ! (Alain Boulay)

Participants

Dr François BALTA, psychiatre, formateur en thérapie systémique

Dr Jacques-David BEIGBEDER, psychiatre, praticien hospitalier, chef de service

Marcel BOISOT, ancien maître de Conférence à l'Ecole Polytechnique, ex vice-président de la LFSM.

Alain BOULAY, président de l'Association d'Aide aux Parents d'Enfants Victimes (l'A.P.E.V.)

***Général Georges COUTANCEAU**, donateur et initiateur du séminaire

Dr Boris CYRULNIK, psychiatre, psychanalyste, éthologue, écrivain

Dr Pierre DELTEIL, président de la Fédération Internationale Francophone de Psychiatrie, expert judiciaire honoraire.

Me Véronique GRAMOND, avocat à la Cour

Dr Claude LEROY ex président de la LFSM président d'honneur ** -neuropsychiatre, directeur de recherche honoraire du laboratoire d'éco éthologie humaine de la MGEN

Jean MICHAUX, vice-président du Comité Consultatif National d'Ethique, conseiller à la Cour de Cassation

Dr Jacques MIERMONT, psychiatre des hôpitaux, psychanalyste systémicien.

Pr. Lygia NEGRIER-DORMONT professeur de criminologie et d'anthropologie philosophique, présidente du Centre International des Sciences Criminelles de Paris.

Pr. Jean-Didier VINCENT, professeur en médecine (Paris XI), directeur de l'Institut **Alfred Fessard** (C.N.R.S.), vice-président du Comité National des Programmes M.E.N.

Avertissement

Ce texte a été rédigé il y a dix ans et, malheureusement il reste encore d'actualité.

Nous avons inséré des gloses qui l'actualisent.

Ce séminaire fut organisé le 21 janvier 1994 par le département

« Mission Enfants Martyrs ; lutte contre la violence familiale »

à l'initiative de l'un de ses donateurs.*

L'animation du séminaire et la rédaction du compte-rendu ont été assurées

par le **Dr Claude LEROY**

le docteur Roland COUTANCEAU, expert national, est président, depuis 2000.

INTRODUCTION

Ce texte est la synthèse d'une réunion organisée par le département « Mission Enfants Martyrs » de la L.F.S.M. ; le groupe constitué d'experts de disciplines diverses a tenté de proposer de façon pragmatique, en tant que groupe de *citoyens*, des ébauches de réponses au difficile problème posé. Il ne prétend pas connaître *la* solution ni répondre à tout. Il souhaite simplement apporter une contribution à une réflexion qui a fait l'objet de réponses trop rapides de la classe politique, sous l'influence d'une opinion publique mal informée par les médias.

Parmi la liste, jamais close, des droits revendiqués, ceux des enfants apparaissent en cette fin de siècle avec une redondance louable d'autant qu'ils sont réclamés solennellement par les Nations Unies, les Etats, les partis politiques, les institutions religieuses, les associations caritatives.

Et cependant, ils sont bafoués à des degrés divers, à travers la planète (comme cela a toujours été le cas dans l'Histoire), mais l'internationalisation et la diffusion de l'information ont sensibilisé l'opinion puis les milieux politiques. Bien entendu, on ne saurait minimiser le rôle *pervers* des médias que nous ne pouvons ici, que mentionner.

On peut se demander si les excès souvent violents que l'on constate dans les pays développés (pour ne parler que de ceux-là) ne trouvent pas leur origine dans une sorte de remplacement de la *moralité* par une *normalité* sociale.

L'avenir de l'enfant est vécu de façon sauvage.

Il est choquant de constater que les délits financiers sont imprescriptibles, alors que les crimes et les assassinats ne le sont pas. Les biens sont mieux protégés que la personne humaine. (Lettre de l'APEV n°1 Juillet 2004)

L'anomie sociale a diminué le respect envers l'enfant et facilité le passage à l'acte sexuel. Morale centrée sur l'individu, morale centrée sur la famille et morale centrée sur la société ne sont pas toujours compatibles, de sorte que l'exigence du droit de l'enfant met en relief le « tort » du délinquant qui lui fait violence par la force ou autrement. Ainsi, les droits du délinquant sexuel passent-ils toujours après ceux de sa victime. Cependant, certaines institutions éducatives particulièrement exigeantes sont souvent celles où l'on observe les plus grands excès.

Certaines associations américaines de pédophiles (!) réclament la dépénalisation des relations sexuelles avec des adolescents consentants de plus de 12 ans arguant du fait que l'enfant les sollicite et qu'ils répondent à une carence affective des parents, de la société. Ils nient chosifier ces enfants qui ne sont pas encore autonomes c'est-à-dire adultes le « tourisme sexuel » par exemple. Peu ont affaire avec la justice.

D'ailleurs, ne se pose pas en droit le problème du consentement de l'enfant de moins de 15 ans, la loi française punissant tout acte sexuel commis sur un enfant.

Une très grande majorité des cas suivis par certains experts appartient professionnellement à la sphère de l'encadrement de l'enfant (prêtres, enseignants, éducateurs, animateurs, gardiens d'enfants, etc...) ce qui pose un problème difficile sur les relations entre pédagogie et pédophilie.

Historiquement, tout a été possible, des initiations homosexuelles de la GRECE antique (SOCRATE) aux excès de Gilles de RAIS au Moyen Age en passant par TIBERE à ROME. De nos jours, l'inceste familial n'a pas disparu et est encore trop fréquent.

On pourrait cependant soutenir qu'il y a progrès dans la mesure où ces comportements sont marginalisés et sanctionnés.

Si, chez beaucoup d'espèces animales, le pattern du bébé est inhibiteur de l'agressivité, on voit tous les jours, dans les guerres tribales modernes (comme du temps de JESUS) des mises à mort d'enfants d'ethnies différentes de celle de l'agresseur.

Actuellement l'évolution des droits de l'Enfant ratifiés par la France oblige les parents et la Société à protéger la personnalité et le corps de l'enfant. Chaque individu a le droit de ne pas être agressé. Dans l'éducation, il s'agit de ritualiser les relations affectives familiales, de réguler les rôles trans-générationnels qui deviennent confus.

Il faut opposer l'humanité et inhumanité. Finalement, les relations entre l'individu et la société sont en train d'être réexaminées.

De toute façon, la *morale*, selon l'anthropologie, est un ensemble de règles que se donne un groupe en vue d'assurer sa pérennité. C'est dire que, de ce fait, elle est relative dans l'espace et le temps.

Elle règle les comportements du groupe concerné, non pas seulement *ici et maintenant* mais dans son devenir (sentiment partagé par la plupart des membres du groupe).

Dans tous ces problèmes, on doit penser aux différents niveaux à prendre en compte : génétique, biologie, hérédité, psychologie, interactions, histoire, développement, culture..., sans réductionnisme.

Tout ceci fait partie de la prévention générale pour une santé mentale positive de la société.

TYPOLOGIE DES DELINQUANTS

Ils ont en commun d'effectuer quasi constamment des récidives. Par contre, le tableau clinique est des plus variés.

Il faut mettre à part les « tueurs en série », très rares, mais dont les crimes sont fortement médiatisés.

Il s'agit de personnalités psychopathiques dans la nosologie française ; on parle parfois de sociopathes mais c'est un terme équivalent en français. Ils sont bien étudiés aux USA : ce sont de très grands malades au niveau de la pathologie du comportement mais non au sens de l'article 64 du code pénal.

On peut parler de préméditation au sens juridique du terme ; c'est un problème de *passage à l'acte* et d'une pathologie du registre comportemental.

Il faut distinguer le plaidoyer du tueur, de la préméditation du sujet « normal ».

Cependant, il y a préméditation chez certains pédophiles repérant leur victime, bien des jours à l'avance.

Ils agissent sans mobile apparent, de sang-froid, pour une sensation sexuelle forte ou de pouvoir, sans sympathie ni antipathie pour leur victime, simple *objet chosifié*.

Le début de leurs crimes se situe vers 20 ans mais peut durer jusqu'après 60 ans. Leur QI est élevé (150 – 155) (mais peut aussi être inférieur à 100). Ils sont bien intégrés socialement ; séducteurs, ils

inspirent confiance. Ils recherchent un certain type de victimes qu'ils commencent par personnaliser, valoriser avant de la chosifier.

Ils prolongent la conversation avec la victime pour avoir un contact proche du corps de celle-ci agissant très près d'elle. Ils exigent ensuite une soumission absolue et vont agir, avec des tortures raffinées « pour la beauté esthétique du geste » selon un processus identique qui leur est propre. Ils veulent « soutenir leur propre corps » et éventuellement cannibaliser la victime, garder des morceaux de son corps, des vêtements, des souvenirs photographiques. Enfin, avec présence d'esprit et sang-froid, les traces sont effacées et l'assassin se glorifie d'être traité en « ennemi public » et par là, tire un malin plaisir à narguer la police.

Rétrospectivement, on retrouve des signes de violences, d'agressivité vis-à-vis des animaux dans l'adolescence.

Quoi qu'il en soit, la détection précoce dépendrait d'un contrôle social dont les graves inconvénients sont plus dangereux que les avantages éventuels.

Ce modèle type comprend de nombreuses variantes.

Considérés comme accessibles à la sanction, il semble beaucoup plus douteux qu'ils le soient aux soins.

A l'autre extrémité de l'échelle se situent les « petits exhibitionnistes » qui sont sensibles à un traitement psychothérapeutique. La prise en charge doit être la plus précoce possible, même avant intervention judiciaire.

Parmi les autres cas cités, on trouve des psychonévroses obsessionnelles, des manies, des séquelles de psychoses infantiles, des pervers chez qui la gravité des actes augmente peu à peu, l'enfant représentant la transgression maximale. On cite aussi de rares cas neurologiques tels une lobotomie spontanée par hématome frontal, un syndrome de Kleine-Levin etc...

Mais même dans les cas les plus organiques, il faudra prendre en charge les troubles de l'affectivité et du comportement sur lesquels on peut plus ou moins agir en essayant d'intervenir sur leur incapacité d'aimer.

Enfin, faut-il inscrire toute agression dans le champ de la pathologie ?

PROBLEMES DE L'ARTICULATION DE LA JUSTICE ET DE LA PSYCHIATRIE

Confrontés à l'exposition du nombre de délinquants sexuels, au sein de la population carcérale (+ 105,6 % en 1995 et 2003) le ministre estime qu'« il est urgent de trouver de nouveaux moyens d'action » dans la lutte contre ce type de criminalité. Selon monsieur PERBEN, 22 % des condamnés qui purgent une peine de prison, le sont pour des infractions sexuelles, dont les trois quart pour des viols sur mineurs.

En 1980 ces condamnés étaient de 1.100, soit 5 % de la population carcérale. En 2004 leur nombre a atteint 8.200. (Le Monde, 10 novembre 2004)

La loi du 17 juin 1998 sur "la prévention et la répression des agressions sexuelles sur mineurs" est une bonne loi et un immense espoir, mais un espoir déçu.

Manque de moyens ?

- *Le « suivi socio-judiciaire » prévu par la loi n'est pas applicable : manque de psychiatres, manque d'outil de suivi, il a fallu attendre la loi Perben2 de mars 2004 pour décider la création d'un fichier des agresseurs sexuels (6 ans de retard).*
- *Le fichier d'empreintes génétiques, prévu par la même loi, a dû attendre la loi sur la Sécurité Intérieure de mars 2003 pour devenir, enfin, opérationnel (5 ans de retard).*
(Lettre de l'APEV n°1, Juillet 2004)

Il est essentiel de considérer que la sanction et le contrôle judiciaire sont indispensables ; la sanction a un très grand rôle pour réguler les comportements, elle a une valeur de frein social sur les délinquants, elle fait partie de la prise en charge à titre exemplaire mais peut faire l'objet d'aménagements.

L'analyse de la pratique judiciaire actuelle montre que l'articulation entre la psychiatrie et la justice n'est pas satisfaisante et devrait être reformulée.

La sanction judiciaire a un rôle important par son pouvoir d'intimidation et de dissuasion, mais pour les délinquants sexuels, elle n'a qu'une action souvent très limitée sur les récidives.

L'emprisonnement ne diminue aucunement les tendances sexuelles morbides, et, souvent même, il les aggrave.

Les récidives deviennent plus graves et les passages à l'acte meurtrier se produisent dans la grande majorité des cas après une série d'actes pervers, non suivis de meurtre, ayant justifié des incarcérations.

Certains tueront leurs victimes pour ne pas être identifiés, afin d'éviter le retour en prison.

La prise en charge thérapeutique, du fait de sa complexité et de la nécessité de mettre en œuvre des organisations institutionnelles de haut niveau, ne peut être réalisée efficacement en prison.

La justice s'appuie sur des principes que l'on pense immuables :

- *Tout le monde est amendable,*
- *Il a purgé sa peine envers la société*
- *On ne peut rien faire tant qu'il n'est pas passé à l'acte (ou repassé à l'acte),*
Ces principes ont coûté la vie à plusieurs enfants. Ne faudrait-il pas y réfléchir ? Et sans tomber dans l'arbitraire, mettre en place les moyens pour se protéger de tels individus.
(Lettre de l'APEV n°1, Juillet 2004)

A l'issue de sa peine, le sujet, estimant « qu'il a payé sa dette », est souvent réticent pour accepter librement un suivi thérapeutique (dont l'efficacité est limitée, dans les conditions actuelles de prise en charge psychiatrique ambulatoire par un dispensaire de secteur, non spécialisé dans ce type de malades).

L'application de l'irresponsabilité pénale (au sens de l'ancien article 64 du Code Pénal) suivi d'un internement en milieu psychiatrique, ne constitue pas, non plus, une solution satisfaisante, car les services psychiatriques de secteur ont des modes de fonctionnement qui ne sont pas actuellement adaptés aux exigences du traitement des pervers sexuels.

Le placement en service psychiatrique de sûreté constitue une garantie de sécurité durant la période de l'internement, mais n'assure pas le contrôle à long terme de ces malades, car la loi de juin 1990 ne prévoit d'autre alternative à l'issue du traitement que la sortie définitive ou le maintien en milieu psychiatrique fermé pour raison de sécurité.

L'irresponsabilité pénale suivie d'internement devrait donc devenir une mesure exceptionnelle limitée à de grands malades mentaux ou à des sujets atteints de lésions neurologiques, pour lesquels une réadaptation sociale n'est pas envisageable.

Les délinquants sexuels pour lesquels on peut espérer une amélioration et une réadaptation sociale, sous contrôle, devraient être placés dans des centres de traitement et de réadaptation spécialisés, par décision judiciaire, en application de la sanction pénale encourue du fait du délit, la sanction thérapeutique devant se situer ainsi dans le cadre de la sanction pénale.

Le code pénal et le code de procédure pénale indiquent la peine maximale encourue pour chaque type d'infraction ou de crime ; il doit toujours y avoir emprisonnement et/ou soins en service spécial fermé en cas de crimes (viols ou meurtres).

La loi sur les maladies mentales du 27 juin 1990 n'a pas pris en compte l'évolution des pratiques institutionnelles de la psychiatrie publique, qui, par son maillage social, prend en charge, avec 700 équipes sur le territoire, le suivi au long cours des psychotiques. Dans le cadre de la politique de secteur, le rapport Massé prévoyait un centre spécialisé par région pour malades difficiles. Mais, pour les délinquants sexuels, il est nécessaire de constituer des services différents, hautement spécialisés.

D'une façon générale, la loi de juin 1990 prend en compte l'établissement de soins et non, ce qui serait beaucoup plus intéressant, le dispositif de soins l'organisation institutionnelle de ces centres devrait pouvoir répondre, avec une grande souplesse, aux différentes nécessités thérapeutiques, propres à chaque délinquant, et fonctionner avec des régimes diversifiés allant du service fermé au centre de traitement ambulatoire et de consultations spécialisées.

Tous les criminels sortiront un jour de prison, la suppression des libérations conditionnelles ne supprimera pas le problème, mais le repoussera dans le temps. L'APEV demande la suppression des remises de peine automatiques. Pour protéger la société des éventuelles récidives, l'APEV est favorable à tout système post-carcéral permettant d'assurer un véritable suivi : traitement obligatoire, signalement aux autorités en cas de changement de domicile, utilisation du bracelet électronique mobile, (Lettre de l'APEV n°1, juillet 2004)

Les exigences de contrôle et de traitement sont en effet très différentes suivant que l'on a affaire à un pervers sexuel dangereux tel qu'un pédophile ou un sadique, ou à un exhibitionniste ou un voyeur, lesquels se tiennent toujours à distance de leurs victimes et dont la dangerosité est limitée et qui sont assez souvent accessibles à un traitement psychothérapeutique.

Ces centres devraient être placés sous le contrôle de l'autorité judiciaire puisqu'ils auraient pour fonction de traiter des délinquants, en application d'une sanction pénale, mais leur mode de fonctionnement devrait avoir une finalité essentiellement thérapeutique. Ils devraient être animés par une équipe psychiatrique hautement qualifiée, avec un statut rattaché au ministère de la Santé.

Ces modalités d'application de la sanction judiciaire ne nécessiteraient que de légères modifications de la législation pénale. Elles semblent préférables aux mesures de « défense sociale » déjà ex-

périmentées en Belgique et aux USA, avec des résultats médiocres du fait de l'insuffisance des moyens thérapeutiques mis en œuvre, et qui, en outre, ont parfois entraîné des abus de pouvoir du fait de la durée illimitée des mesures proposées.

La peine doit être exécutée intégralement, le traitement ne devant pas se substituer à la sanction, mais répétons que la sanction thérapeutique se situe dans le cadre d'une décision judiciaire.

Il faut ainsi bien préciser les rôles : juridique pour le juge, traitant pour le médecin, sans amalgame des deux fonctions, mais sous surveillance judiciaire du traitement dont la durée est indéterminée. On pourrait ainsi créer une commission spécialisée mixte, judiciaire et médicale qui assurerait le contrôle en général et celui du suivi en particulier.

Dans ce cadre, que devient le secret médical ?

Le stabilisé devra rester sous contrôle. La crainte de la sanction doit rester présente.

LES METHODES DE TRAITEMENT PROPOSEES

Le traitement de l'acte relève de la justice, de la santé publique et de l'administration, elle doit donc être l'aboutissement d'une réflexion commune et d'une décision consensuelle susceptible d'être remise en cause et rediscutée à tous moments par l'une ou l'autre des instances de décision :

✓ *La fin de l'hospitalisation d'office ne devrait être prononcée qu'après l'avis d'une commission composée de psychiatres et de magistrats, et information des victimes (cette procédure pourrait être équivalente à celle des libérations conditionnelles). Voir le projet de loi du député Pierre Mazeaud en 1996.*

✓ *Mise en place d'un suivi post-hospitalisation de façon similaire à ce qui existe pour les agresseurs sexuels (suivi administratif et médical), pour éviter la récurrence et protéger les victimes.*

(APEV : « l'irresponsabilité pénale »)

On doit partir de la nécessité d'une « prise en charge » aussi précoce que possible plutôt que d'une « thérapeutique » au sens habituel du terme. En effet, il ne s'agit pas d'espérer « guérir » ces sujets mais de prévenir les passages à l'acte.

Différentes méthodes peuvent être utilisées, elles ne peuvent faire l'objet d'une expérimentation du fait du risque de récurrence, mais d'un suivi médical sous regard social « sans les lâcher une seconde », et en amenant ces sujets à venir spontanément demander une aide s'ils sentent un risque de récurrence qui les angoisse.

On a dit que le contrôle de la libido doit être assimilé au principe du « retrait du permis de conduire ».

Les techniques sont variées : en Allemagne on offre le choix entre castration et incarcération. En Suède, on la contrôle par intervention neurochirurgicale sur le cingulum (formation corticale appartenant au système limbique).

Le ministre de la Justice Dominique PERBEN, a donné son accord au lancement d'une étude scientifique destinée à tester l'efficacité d'un traitement chimique des délinquants sexuels récidivistes. Ces essais thérapeutiques qui commenceront début 2005, seront menés par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) sur 48 patients volontaires et pour 24 mois.

(Le Monde 10 novembre 2004)

On peut s'étonner du besoin d'une « expérimentation » en France, alors qu'elle était déjà réalisée au moment où ce séminaire a eu lieu !! (Dr Claude LEROY)

Ailleurs on propose des médicaments comme l'Androcur ou le Decapeptyl. Ce dernier semble préférable car plus spécifique, mais la question est posée des effets secondaires de ces médicaments. Pour certains, ils seraient préférables de toute façon en raison de la réversibilité de leur action à l'arrêt. Par contre pour d'autres, ils ne seraient peut-être pas préférables aux interventions chirurgicales puisque le traitement devrait être poursuivi toute la vie. Une expérimentation de ces drogues sur volontaires, à la sortie de prison, sous contrôle médical est en cours après avis du Comité Consultatif National d'Éthique. Certes, leurs effets sont réversibles, mais comme il s'agit d'un suivi pour toute la vie, cette réversibilité est peut-être un leurre ?

On a rappelé le suicide du grand mathématicien anglais Turing qui avait demandé en Angleterre qu'on effectue une castration pour ses conduites à la limite de la pédophilie et de l'homosexualité.

Faut-il castrer le violeur alcoolique du *bal du samedi soir* ? On ne peut guère laisser un récidiviste choisir ; sans doute faut-il choisir à sa place. Mais, pour certains, il faudra bien, de toute façon leur demander leur avis sur les traitements.

D'autres médicaments exercent également une action sur la libido : ce sont les neuroleptiques sédatifs, les bêta-bloquants, certains antidépresseurs.

D'un autre côté, les psychothérapies individuelles montrent une bonne efficacité chez les exhibitionnistes, moindre chez les pédophiles sadiques.

Il faut distinguer les psychoses et les psychopathes névrotiques.

On tentera d'agir en resituant le délinquant dans le cadre de l'écosystème de sa famille, elle-même caractérisée par ses propres pratiques ritualisées, en tenant compte des facteurs innés et acquis par les interactions précoces, de ses antécédents (ayant parfois lui-même subi des sévices de ce type dans nombre de cas). Le repérage de l'écosystème du pédophile délinquant implique la recherche des attaches transgénérationnelles et la participation du conjoint s'il existe. Le travail avec la famille ne peut s'inscrire que dans le cadre du suivi institutionnel médico-judiciaire et ne doit pas considérer la famille comme « la cause » de la pathologie et de la déviance. La famille est sollicitée comme une aide aux traitements proposés ou imposés par la situation ; sa participation agit comme tentative de reconstruction des liens affectifs brisés, rompus, distendus, ou de maintien artificiel des liens actuels.

La demande médico-psychologique des intervenants est essentiellement une demande sociale, qui exige à juste titre des garanties de non récurrence. Il semble ainsi nécessaire de préserver l'autonomie des divers niveaux de décision (modalités d'enfermement, d'accomplissement des peines, d'organisation des permissions ou sorties sous contrôle) : faire de la famille du délinquant, quand elle existe, un partenaire à part entière des traitements participe d'une aide aux décisions des diverses instances responsables, et permet de maintenir et de réguler les liens entre le délinquant et son entourage. Qu'a-t-il gardé d'humanité normale ? Quelle est la structure de son désir ?

Il faut donner forme aux processus de ritualisation dans ses rapports à l'autre. Le passage à l'acte doit devenir impossible.

RECIDIVES ET SUIVI

La loi de juin 2000 sur la présomption d'innocence donne la possibilité au président de la cour d'assises, de poser aux jurés une question sur l'irresponsabilité pénale (Art.349). Dans ce cas, il faudrait modifier l'article 363 du CPP, afin de ne pas acquitter une personne déclarée irresponsable au moment des faits (changement de terminologie). Acquiescement signifiant innocence pour le grand public. (APEV : « l'irresponsabilité pénale »)

Répétons que la prise en charge doit être la plus précoce possible, il s'agit plutôt d'une régulation. L'expérience actuelle démontre l'absence de mesures adéquates appliquées suffisamment tôt avant le drame final.

De nombreuses interrogations ont été exprimées dans le groupe concernant la responsabilité médicale de la sortie de l'institution. Est-il faisable de les renvoyer en prison, après traitement comme le fait l'Institut Pinel de Montréal ? Une commission est-elle *plus* ou *moins* responsable que le médecin traitant ? Est-il aujourd'hui réaliste de passer de 95 % de récidives à 5 % ? Devant quelle autre instance que celle de sa conscience l'expert serait-il responsable ?

Devant l'imprécision inévitable des données, l'évolution incertaine des actions humaines et du flou de leur causalité, quel est le degré d'erreur acceptable ? On ne peut sanctionner l'erreur. En tous cas, il semble bien qu'une responsabilité médicale à la sortie est intenable et inhiberait toute sortie éventuelle.

La Société réclame de la responsabilité. Mais les citoyens ont aussi leurs responsabilités et leurs devoirs. Les médecins et les juges n'ont pas la même représentation de la connaissance ni la même idéologie. La question demeure ouverte. La réponse devrait probablement être nuancée selon les cas que l'on examine : entre le petit exhibitionniste qu'on peut traiter et le grand pervers sadique, on ne peut adopter une attitude identique.

LE SUIVI PSYCHOLOGIQUE DES VICTIMES ET DE LEURS PARENTS

Parce que ce n'est pas obligatoire, certains juges d'instruction refusent de rencontrer les familles, par peur des victimes, « *pour ne pas être influencés* ». Trop de juges se cachent derrière le secret de l'instruction pour ne rien dire aux familles, au mépris de l'article 114. Le groupe a considéré qu'il devait y avoir égalité de traitement entre le prévenu, la victime et sa famille, en particulier au niveau de la connaissance des droits et de la procédure.

Il serait souhaitable de rendre obligatoire dans un délai maximum d'un mois après l'ouverture de l'information, une audition par le juge d'instruction ou le procureur de la victime ou de sa famille. Lors de ce premier entretien, il serait indispensable que le juge :

- donne un descriptif sommaire de la procédure,
- notifie ses droits à la victime tels que droit à une assistance d'avocat, de constitution de partie civile, droit pour l'avocat d'accès à la procédure (art. 114), droit d'intervention durant

l'instruction (art. 156 et 157), droit de demander la clôture du dossier au bout d'un an (art. 175).

L'intervention de cet avocat pour les victimes doit être aussi rapide que celle de l'avocat de la personne mise en examen.

La généralisation d'une attribution d'aide judiciaire provisoire très rapide serait également souhaitable.

De plus, le suivi psychologique des victimes et de leurs parents sur le plan psychologique est indispensable, non pas pour supprimer la souffrance, mais pour obtenir une « cicatrisation ».

Ce devrait être une des actions essentielles des Bureaux d'Aide aux Victimes regroupés au sein de l'INAVEM.

Les coûts de prise en charge devraient être supportés par le « fond de garantie et remboursé aux famille par la CIVI (Commission d'indemnisation des victimes d'infraction).

CONCLUSIONS ET PROPOSITIONS

Ce séminaire a montré la difficulté des problèmes posés.

Il est certain que les mesures à prendre ne sont pas simples : elles exigent des personnels médicaux et paramédicaux très bien formés et motivés exerçant au sein de structures régionales spécialisées sous contrôle juridique et direction médicale.

Mais, au-delà de ce cas particulier, l'articulation Santé/Justice semble actuellement totalement inadaptée et devrait être revue.

Enfin, la prévention primaire de ces troubles ne peut s'exercer sans une restauration du respect de l'enfant, d'une ritualisation des conduites trans-générationnelles, d'une intériorisation des valeurs. On peut rêver, sur un mode utopique mais nécessaire, à une meilleure éducation dans une société moins anomique... encore faudrait-il que chacun puisse y formuler un projet de vie, dans le respect d'autrui, en limitant le passage à l'acte inhumain.

- ◆ Toute personne, emprisonnée ou pas, a droit à des soins en santé mentale mais l'articulation justice/psychiatrie doit être réexaminée puisque les sujets délinquants sexuels ne relèvent pas de « l'article 64 » et doivent être jugés et traités.

Les victimes sont frustrées et n'acceptent pas que, grâce à l'article 64, des criminels puissent échapper à la justice. Il y a parfois des abus de la part des experts.

- ◆ Il est urgent de réaliser des unités spécialisées intersectorielles pour ces délinquants dans le système de la psychiatrie publique sous contrôle de la justice et de la direction de la Santé, dans chaque région.

- ◆ Il s'agit de prendre les agresseurs en charge dans le cadre de la sanction pénale, le plus tôt possible, de les suivre, indéfiniment, pour contrôler le passage à l'acte sans espérer les guérir. Mais éventuellement, même avant l'intervention de la justice la prise en charge est nécessaire.

Il est, par contre, impossible actuellement de le faire après la sortie de prison car le délinquant estime qu'il a *payé*, sauf dans les cas de volontaires qui savent qu'ils peuvent récidiver.

- ◆ Le contrôle de la libido peut utiliser des moyens variés (à propos desquels le consensus n'est pas réalisé) sur le modèle de la « suppression du permis de conduire ». L'acceptation de ces mesures par le délinquant est secondaire compte tenu de sa dangerosité potentielle.

Une enquête internationale d'évaluation des résultats des différentes méthodes utilisées est nécessaire.

Une obligation de soins devrait accompagner les périodes probatoires, comme c'est le cas pour les toxicomanes.

- ◆ Les décisions judiciaires doivent continuer à tenir compte de la dangerosité et à distinguer les cas individuels. Mais, même dans les cas apparemment les moins graves, il faut prendre garde à l'escalade fréquente de la dangerosité et les traiter dès la première agression.

- ◆ Le principe d'une loi de défense sociale est à retenir, à condition que des moyens suffisants y soient affectés et que l'évaluation soit permanente.

- ◆ Le problème de la responsabilité de la sortie, judiciaire mais aussi médicale a été posé et n'a pas fait l'objet d'un consensus, car on ne peut expérimenter du fait des risques.

Il faut savoir que le secret médical peut être levé si la victime est mineure de moins de 15 ans ou handicapée mais le problème de la responsabilité du médecin traitant, de l'expert, d'une commission d'experts est resté ouvert.

- ◆ Les juges d'instruction doivent recevoir les victimes et leur famille pour leur énoncer leurs droits. Elles devront être aidées sur le plan psychologique, grâce à l'intervention automatique des Bureaux d'Aide aux Victimes, non pas pour supprimer la souffrance, mais pour obtenir une « cicatrisation ».

- ◆ La prévention passe par un contrôle rigoureux de l'encadrement de l'enfant avec des sanctions graves dans tous les cas de complicité par « couverture institutionnelle ».

Des contraintes d'embauche plus sévères sont nécessaires pour tous les métiers liés à l'éducation des enfants : en particulier exiger un extrait du casier judiciaire, prévenir l'établissement, où un éducateur arrive, de l'existence d'agression antérieure, exclure de ces métiers tout récidiviste ou criminel, exiger un entretien sur les motivations à exercer ces métiers d'encadrement de l'enfant.

- ◆ Suppression du « tourisme sexuel » et par le rejet de la dépénalisation dans les infractions concernant les « enfants consentants de plus de 12 ans » qui est réclamée par des associations de pédophiles américains.

- ◆ Certains participants au séminaire ont proposé un contrôle social précoce à la recherche de signes de dangerosité à partir de la puberté mais cette détection serait plus dangereuse qu'efficace et doit être rejetée.

Par contre, le suivi des enfants violés ou agressés sexuellement est indispensable pour diminuer le risque de reproduction de la pédophilie à l'âge adulte.

- ◆ Au-delà, la prévention passe par une amélioration de la formation des liens précoces dans l'écosystème familial au sein de la société, une amélioration des rapports sociaux communautaires, l'intériorisation d'un système de valeurs, la formation de rites dans les relations transgénérationnelles, une meilleure définition des rôles et du statut de la personne de l'enfant qui doit être respectée.

- ◆ Compte tenu du caractère « habituel » de la récidive pour certains types d'agresseurs sexuels, et aussi pour faciliter les études concernant cette population particulière de délinquants, il est proposé de passer rapidement à la création d'un premier centre spécialisé intersectoriel sous contrôle de la Justice et direction de la Santé.