

LA PRISE EN CHARGE PÉNITENTIAIRE DES DÉLINQUANTS SEXUELS SOUS LE SCEAU DE LA GESTION DES RISQUES ET DE LA LUTTE CONTRE LA RÉCIDIVE

Nathalie Gourmelon

Médecine & Hygiène | *Déviance et Société*

**2012/4 - Vol. 36
pages 363 à 387**

ISSN 0378-7931

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-deviance-et-societe-2012-4-page-363.htm>

Pour citer cet article :

Gourmelon Nathalie, « La prise en charge pénitentiaire des délinquants sexuels sous le sceau de la gestion des risques et de la lutte contre la récidive »,
Déviance et Société, 2012/4 Vol. 36, p. 363-387. DOI : 10.3917/ds.364.0363

Distribution électronique Cairn.info pour Médecine & Hygiène.

© Médecine & Hygiène. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

La prise en charge pénitentiaire des délinquants sexuels sous le sceau de la gestion des risques et de la lutte contre la récidive

Partant de la grille de lecture de la « nouvelle pénologie », cet article propose une analyse de l'évolution de la prise en charge psychiatrique et sociale en milieu pénitentiaire des délinquants sexuels. Le traitement psychothérapeutique comme le traitement social, réhabilitatif, se décalent aujourd'hui vers un accompagnement psycho-socio-éducatif via des techniques cognitivo-comportementalistes, plus inscrit dans une perspective pragmatique de gestion des risques et de lutte contre la récidive. Ce mouvement interroge nombre de professionnels mais sa généralisation renvoie aussi aux paradoxes originels de ces domaines de pratique.

Nathalie Gourmelon
Sociologue indépendant

Cette analyse s'inscrit dans l'espace de réflexion ouvert par Simon et Feeley (1992) autour de « la nouvelle pénologie », investi depuis par d'autres chercheurs en France et surtout à l'étranger. Il s'agira de montrer, à travers l'objet de la délinquance sexuelle, les différentes implications, en France, d'une conception de la délinquance et de son traitement non plus centrés sur la correction ou la réhabilitation mais sur la gestion du risque qu'elle représente pour la société. Dans cette optique, *l'objectif ne serait dès lors plus d'éliminer ce risque, mais de le rendre tolérable, de le circonscrire dans des limites sécuritaires acceptables* (Mary, 2001, 35). On passe en quelque sorte du traitement (*treatment*) au traitement statistique (*processing*) (Simon, 1988). Perçues comme trop arbitraires, les capacités diagnostiques des psychiatres et psychologues cliniciens se voient opposer les méthodes probabilistes et statistiques des évaluations actuarielles. Ce n'est plus le suivi individualisé sur une base relationnelle qui importe, mais l'application de programmes sur la base des informations récoltées sur le délinquant ; *le travail des agents du système pénal devient un travail d'application d'outils et non d'interprétation de situations* (Slingeneyer, 2007). Autre paramètre important de ce système : la responsabilisation du délinquant notamment à travers la nécessité d'une prise de conscience de ses déficiences en termes de conduite et l'adoption de comportements socialement adaptés. Les programmes de type cognitivo-comportementalistes qui visent « à apprendre au délinquant à mieux penser » se sont avérés, dans cette

optique gestionnaire, particulièrement adaptés. *C'est d'ailleurs dans cet esprit que l'un des premiers programmes d'intervention cognitive instauré au Service correctionnel du Canada dans les années 80 s'intitulait Time to Think!* (Quirion, 2006, 20).

Le domaine, en France, de la prise en charge des délinquants sexuels témoigne depuis quelques années de cette tendance. L'évolution cependant s'avère être moins marquée qu'outre-Atlantique, la logique actuarielle proprement dite (notamment l'utilisation généralisée d'outils statistiques) semblant faire défaut. Pour autant, *si certaines (...) manifestations sont davantage discursives que pratiques et nombre de dispositifs nouveaux font l'objet de réappropriation en sens divers par les acteurs chargés de leur mise en œuvre, des inflexions n'en sont pas moins données* (Mary, 2001, 40). Nous nous attacherons à les mettre en relief ici, partant d'une mise en lumière des modes d'appropriation, des déplacements dont elles font l'objet du côté des professionnels de terrain, qui nous ramènent à un contexte national, à un positionnement institutionnel singulier. Il s'agit de proposer une analyse circonstancielle de « la nouvelle pénologie » appliquée aux délinquants sexuels.

Nous retracerons dans un premier temps la genèse et les missions des deux services chargés de la prise en charge en milieu pénitentiaire des délinquants sexuels en France : les services médico-psychologiques régionaux (SMPR) et les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP), tous deux traversés, dans l'esprit de l'idéal réhabilitatif, par une certaine idée de la relation, de l'accompagnement individualisé du délinquant en vue du soin ou de l'insertion. Nous suivrons ensuite l'évolution de ces services jusqu'à nos jours en mettant en relief certains éléments (notamment le centrage sur la prévention de la récidive, l'harmonisation des pratiques) qui se raccrochent à la nouvelle tendance. Dans un dernier point nous analyserons l'impact de ces évolutions sur les professionnels impliqués et la façon dont elles participent à un nouvel agencement des modalités de prise en charge.

Quelques données sur la méthode : ce travail sociologique est tiré d'une recherche menée en 2008-2009¹ (Alvarez, Gourmelon, 2009). Il prend appui sur des observations de terrain et sur des entretiens qualitatifs avec une trentaine de professionnels (psychiatres, psychologues, infirmiers psychiatriques, assistants de service social, Directeurs de Services d'Insertion et de Probation, Conseillers d'Insertion et de Probation) concernant leur trajectoire (leur propre version du passé, leur cheminement, tout comme leur positionnement présent) et l'appréhension de leur pratique professionnelle.

La prise en charge sanitaire et sociale en milieu pénitentiaire : les fondements

Les difficiles ajustements d'une psychiatrie en milieu pénitentiaire

La naissance du soin psychiatrique en prison

Si le souci d'un suivi et d'un traitement psychiatrique des détenus inspiré du mouvement de défense sociale, s'amorce en France au moment de la réforme pénitentiaire de

¹ Cet article s'appuie sur la première partie du rapport de recherche, réalisée par N. Gourmelon.

1945, le rôle du psychiatre en prison est alors cantonné aux expertises des détenus à des fins de signalement judiciaire ou de statistiques. Il faut attendre 1977 pour voir la création de centres médico-psychologiques régionaux, techniquement gérés par les hôpitaux de proximité et 1986 (décret du 14 mars 1986) pour voir l'ouverture des SMPR, services hospitaliers de consultations ambulatoires implantés au sein d'établissements pénitentiaires. Désormais des équipes pluridisciplinaires (psychiatres, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux, secrétaires médicales) avec à leur tête un médecin chef psychiatre nommé par le ministre de la Santé, travaillent en milieu pénitentiaire.

La mise en place des SMPR constitue une rupture quant à la place du soin en prison et quant à celle du psychiatre jusque-là « agent de la démarche de redressement et du contrôle social » (Gravier, 1996). En consacrant, ainsi que le souligne B. Gravier : *l'irruption de la psychiatrie de secteur dans le champ médico-légal, elle s'est avant tout constituée comme offre de soins psychiques au détenu définissant l'accès au traitement comme un droit dont use le détenu s'il en émet le souhait, plutôt que comme une contrainte imposée pour prévenir la récidive. À une démarche qui anticipe la dangerosité du détenu s'est ainsi substituée une clinique qui pose la question du sujet de la violence et de l'agressivité* (Gravier, 1996, 5).

En 1994 un pas de plus est franchi : jusque-là du ressort du ministère de la Justice, les soins somatiques, comme les soins psychiatriques, entrent dans le giron du ministère de la Santé. Dans la foulée de nouveaux SMPR sont créés (26 aujourd'hui) et les moyens existants également augmentés. Ils sont chargés de la prévention des affections mentales par dépistage systématique des entrants (via la « consultation arrivants »), du diagnostic et des soins médico-psychologiques de la population incarcérée (prévenue ou condamnée) et ont également pour mission la lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. La continuité des soins pour ce qui concerne le post pénal leur est également dévolue, en coordination avec les équipes de secteur de psychiatrie générale.

Vers l'autonomie institutionnelle et la construction d'une légitimité de pratique

Sur le plan de la pratique, la place de cette psychiatrie ne va pas de soi ; elle est à construire. Elle doit notamment adapter ses règles de fonctionnement aux particularités du monde carcéral. Concernant la question de la demande de soins notamment : *il s'agit alors de prendre le temps nécessaire pour évaluer si la demande du condamné est une soumission à l'injonction judiciaire ou si elle vise un « soin suivi » c'est-à-dire si une entrée en relation et une rencontre sont possibles. Cette rencontre est le minimal requis pour que ce travail sur soi puisse avoir lieu* (Verschoot, 2005). Pour autant, cette psychiatrie en milieu pénitentiaire ne se conçoit pas comme spécifique par rapport à la pratique psychiatrique en général. Plus précisément, contre ses détracteurs du champ, elle revendique vivement sa non-spécificité, rempart par ailleurs à son instrumentalisation politique.

La prise en charge thérapeutique s'appuie sur un éventail de pratiques plus ou moins développé en fonction des équipes en place : consultations individuelles avec possibilité de prescriptions de médicaments ; suivis individuels à visée psychothérapeutique, groupes de parole, ateliers thérapeutiques (art-thérapie, musicothérapie...), psychothérapies familiales.

Sur un plan plus théorique, ici comme dans d'autres domaines de prise en charge en France (celui de la toxicomanie notamment), la psychanalyse a servi de socle, de grille d'interprétation des techniques psychothérapeutiques à partir duquel s'est organisé ce dispositif. Le psychiatre et psychanalyste Claude Balier a ainsi, dès 1988, œuvré pour une clinique centrée non pas sur la nosographie mais sur l'histoire de l'individu, sa dynamique propre. Dans un contexte encore marqué par les débats entre behaviorisme et psychanalyse, il annonce clairement sa position : *en s'arrêtant au comportement, toute une partie de la psychiatrie nie l'individu et le réduit à l'état de chose. L'histoire se renouvelle avec le mouvement comportementaliste, qui, sous le prétexte, illusoire, de se vouloir objectif et scientifique, laisse délibérément de côté l'essentiel du fait humain. La démarche a beau être volontariste et consciente, elle n'en est pas moins réductionniste et comporte les dangers que l'on sait. Or, tout comportement cache un sens en même temps qu'il le révèle, du moins pour le psychanalyste. L'intérêt n'est pas le sens lui-même, mais la démarche pour y parvenir, à travers une rencontre, qui passe nécessairement par des remaniements économiques avant que l'individu devienne sujet de son histoire* (Balier, 1988).

Naissance du travail social en milieu pénitentiaire

L'instauration d'un traitement moral des détenus et de la probation

La création d'un service social des prisons dans chaque établissement pénitentiaire constitue la première véritable innovation, durable, de la réforme pénitentiaire de 1945 dont le premier principe stipule que la peine privative de liberté a pour but essentiel l'amendement et le reclassement social du prisonnier. Pour ce faire, l'institution va mettre en œuvre un régime progressif (principe n° 8). Pièce maîtresse de la réforme destinée au reclassement de l'individu, il institue en technique sa progressivité, en la fragmentant en différentes phases : l'accueil et l'observation, l'amélioration, le régime de confiance et la semi-liberté (Seyler, 1980, 137). À ce régime de détention s'ajoute un tri des détenus condamnés en fonction de l'âge, du sexe, de leur « personnalité » et de leur « degré de perversion » (principe n° 7), évalués scientifiquement, en vertu de la présence de médecins, de psychiatres, de psychologues, dans le Centre national d'orientation (CNO – mis en place en 1950). Ce même souci de technicité ira donner naissance à une école (principe n° 13) destinée à la formation des personnels qui participent à la garde et aussi désormais au traitement des détenus.

Partenaires de la réforme initiée par P. Amor, les assistantes sociales² fonctionnaires de l'État ont une triple mission : enquêter, mener des investigations sociales sur les détenus et leurs famille (sur la base de grilles de questionnements fournies par l'Administration) ; permettre l'orientation des détenus instaurée par le régime progressif, à partir de leurs observations, leurs entretiens ; les accompagner enfin vers la sortie de prison par la recherche d'hébergement ou de logement (Vimont, 2009). Elles sont secondées dans leur rôle par les éducateurs de l'administration pénitentiaire, corps créé en 1949 chargé de « l'observation et de la rééducation des détenus en vue de leur reclassement social ». Portées par la recherche

² *Le champ de l'assistance et celui de la famille sont alors, parmi les professions sociales, l'exclusivité des femmes. Il en va tout autrement des éducateurs. Cf. Bouquet, Garcette, 1994, 97.*

criminologique et les premières expériences étrangères en la matière, des expériences pratiques de probation se mettent en place à partir de 1950. Les agents de probation (éducateurs et assistantes sociales) prennent en charge au sein des comités de probation et d'assistance aux libérés (CPAL) les probationnaires et rendent compte de leur évolution au juge d'application des peines.

Le développement du travail social éducatif sur fond de savoir psychanalytique et de psychologie

La réforme de 1975 marque un tournant dans la finalité des missions de l'institution pénitentiaire à l'égard du détenu en suscitant notamment de sa part une réflexion sur sa condition. Il n'est plus question de son amendement mais de sa resocialisation. On entre ici dans *une période plus psychologique que moralisatrice, plus préoccupée d'une modification du schéma de pensée du sujet pénitentiaire que d'une distribution d'un savoir technique en vue d'une socialisation effective au dehors* (Fize, 1981, 248). Le régime progressif à visée éducative estimé infantilisant sera abandonné pour une redistribution des détenus dans différents types d'établissements : centres de détention à régime libéral ; maisons centrales et quartiers ou établissements à sécurité renforcée (Bellanger, 2009, Criminocorpus).

L'action des travailleurs sociaux vise désormais la resocialisation. Des services sociaux éducatifs (SSE) sont créés par décret du 6 août 1985. Ils sont chargés : « de participer à la prévention des effets désocialisants de l'emprisonnement des détenus, de favoriser le maintien des liens sociaux et familiaux et de les aider à préparer leur réadaptation sociale. Les travailleurs sociaux assurent les liaisons avec les divers services sociaux, éducatifs, médico-sociaux locaux et prennent tous contacts qu'ils jugent nécessaires pour la réinsertion des détenus ».

Sur le plan des pratiques, c'est originellement dans la psychanalyse et la psychologie que le vaste champ du travail social puise sa légitimité d'action. L'entretien individuel, outil privilégié du travailleur social doit permettre d'éclairer la situation de l'individu, de repérer les besoins et de se projeter dans un avenir. *Dans l'histoire personnelle, essentiellement déterminée, en accord avec les schémas psychanalytiques, par les interactions familiales au cours de la prime enfance, les réalités socio-économiques, perçues comme une série d'événements aléatoires, jouent un rôle contingent de révélateur pour objectiver les particularités d'un profil psychologique* (Verdès-Leroux, 1978). La spécificité du travail social en milieu pénitentiaire réside dans la prise en compte du délit, de ses conséquences et de sa compréhension par le délinquant (travail notamment sur la loi). Parallèlement à ces entretiens individuels, le travailleur social organise l'ensemble des activités culturelles destiné au détenu, en fonction d'objectifs préalablement définis. Des activités de groupe à visées éducatives (sportives, culturelles, éducatives) sont ainsi prévues qui font appel à des intervenants extérieurs (associations). La mise en œuvre du partenariat, la négociation avec différentes instances (la direction, les partenaires internes, externes) doivent aussi servir à l'élaboration d'un projet d'action socio-éducative cohérent. La transmission écrite des évolutions et la capacité d'évaluation des actions entreprises font également partie intégrante de leur travail.

Au traitement social individuel de la première heure centré sur l'amendement du condamné va progressivement se substituer un travail de lutte contre la récidive autour de

catégories déterminées de délinquants; s'il va apparaître ici de façon assez nette, ce tournant n'est pas propre au travail social en milieu pénitentiaire. Ailleurs aussi se profile *une action de masse, préventive plutôt que curative, moins coûteuse à mettre en œuvre et plus facile à étendre; l'ancien objectif de moralisation des couches dominées, d'imposition de normes s'efface progressivement dans une pratique qui cherche plus modestement à savoir ce que font ces couches et à être à tout moment en mesure de prévoir leurs réactions et de les prévenir* (Verdès-Leroux, 1978).

La prise en charge des délinquants sexuels : un tournant dans les pratiques

Du traitement psychothérapeutique à l'accompagnement psycho socio-éducatif

La constitution d'un domaine de pratiques spécifiques

La psychiatrie n'a pas toujours porté une attention particulière aux délinquants sexuels incarcérés (Alvarez, Gourmelon, 2006). La raison en est que, le plus souvent tranquilles, ces détenus ne présentent généralement *aucun signe de souffrance psychologique ou psychiatrique et, par conséquent ne sont pas signalés par l'administration pénitentiaire; par ailleurs ils ne formulent pas d'eux-mêmes une demande de soins* (Brahmy, 2004).

Il faut attendre le milieu des années 1990 pour voir se former un champ de réflexion autour de cette catégorie de détenus. À l'origine: des expériences isolées menées par quelques précurseurs interpellés par la question dans le cadre de leurs activités cliniques ou d'expertise. Ainsi dans *Psychanalyse des comportements sexuels violents*, le Dr Claude Balier va s'efforcer de dégager les contours d'une pathologie spécifique aux configurations psychiques néanmoins variées. Ailleurs les docteurs Laurens et Baron-Laforêt (centre de détention de Fresnes), créent, avec le soutien de l'Administration pénitentiaire, une unité psychiatrique d'hospitalisation exclusivement destinée à ces détenus. Dans le même temps, interrogeant les frontières, dans ce contexte, entre les champs sanitaire et juridique, le Dr Roland Coutanceau ouvre une consultation (individuelle et groupale) spécialisée en criminologie et psychiatrie-psychologie légale (La Garenne-Colombes). Dans un autre registre, le Dr Cordier (Hôpital Foch – Suresnes) développe les traitements chimiques alors balbutiants en France. Ces différentes expériences vont progressivement se diffuser et leurs auteurs s'efforcer de partager leurs connaissances.

En 1991, face à l'augmentation du nombre d'incarcérations pour infractions à caractère sexuel, un groupe de travail destiné à définir les possibilités de traitement et le suivi médico-psychiatrique des délinquants sexuels est mis en place par le ministère de la Santé et le ministère de la Justice. Il regroupe ces précurseurs de la première heure. Faisant suite aux premiers travaux de ce groupe, une mission « d'évaluation et de propositions sur les traitements des auteurs de délits ou crimes à caractères sexuels » est confiée au Dr Balier en mai 1993. Il s'agit de faire la synthèse des connaissances dans ce domaine en France comme à l'étranger, d'apporter conseils et soutiens aux professionnels concernés et de

proposer des critères d'appréciation sur la mise en œuvre, les moyens nécessaires et le suivi des auteurs de délits et de crimes sexuels³. Il en résulte, en novembre 1996, un important rapport de près de trois cents pages. Ses conclusions insistent notamment sur le fait que la dénomination auteurs d'agressions sexuelles renvoie à des fonctionnements psychologiques divers; qu'une thérapeutique est possible, pour permettre, par des voies diverses, le développement d'une activité mentale. Pour autant, le suivi médical ne saurait en aucun cas régler tous les problèmes. Dans le cadre du traitement et surtout du suivi, la part du cadre social représenté par le travail des SPIP est perçue comme étant de la plus grande importance.

La création en 1996 de l'Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Aggressions Sexuelles (ARTAAS) présidée par Claude Balier, découle de ces travaux et rencontres professionnelles. L'ARTAAS a pour but de promouvoir la recherche en ce domaine, la formation des personnels. Elle soutient par ailleurs le développement de réseaux de soins et organise des colloques. Les échanges avec l'étranger font partie intégrante de ces rencontres depuis les premières expériences: des équipes de psychiatrie en milieu pénitentiaire effectuent notamment des formations dans des centres de recherche et de prise en charge étrangers (Canada, Belgique).

D'une logique de soins à une logique préventive

Un certain nombre d'éléments et d'événements agissant le plus souvent simultanément vont, vers la fin des années 1990, impulser une nouvelle dynamique à ce jeune champ de pratique. Sur le plan institutionnel tout d'abord, à l'accroissement continu de la population carcérale, à l'allongement de la durée des peines, s'ajoute une forte proportion de la population incarcérée présentant des troubles mentaux. Selon une étude réalisée en 2001 auprès des SMPR (Coldefy, Faure, Prieto, 2002), un entrant en prison sur cinq a été suivi par le secteur psychiatrique contre un sur dix en 1997 (Mouquet, Dumont, Bonnevie, 1999). Dans 55% des cas, un trouble psychiatrique au moins a été détecté lors de l'entretien d'accueil réalisé par le psychiatre. Dans le même temps on assiste à une augmentation importante du nombre des délinquants sexuels sous écrou (14% en 1996 contre 24% en 2001). À ces problématiques s'ajoute la difficulté récurrente de recrutement des personnels de santé en prison, en particulier les psychiatres. En 2005 sur les 26 SMPR, 17 postes de praticiens hospitaliers (dont 4 chefferies) restaient vacants, sans compter la difficulté de nombreux SMPR à maintenir une équipe soignante stable (Juan, Chocard, David, 2005).

D'autres changements liés à la politique de santé mentale énoncée par la circulaire du 14 mars 1990 sont à l'œuvre. *Dans cette réorientation de la psychiatrie publique vers un nouvel objet, de nouvelles missions et de nouvelles demandes, les équipes de psychiatrie (...) inventent de nouvelles pratiques. Les métiers se redessinent. La démographie professionnelle l'illustre: déclin du nombre de psychiatres et du nombre d'infirmiers, parallèlement à l'augmentation du nombre des psychologues* (Golse, 2002, 4). Nous ne sommes plus désormais dans une logique de soins, dans une visée réparatrice, mais dans une logique essentiellement préventive. La santé mentale devient ici *une valeur dans le sens où le terme désigne un idéal vers lequel l'individu doit tendre et sur lequel doivent s'axer les*

³ Cf. Lettre de mission du Dr Balier datée du 12 mai 1993.

pratiques de la psychiatrie publique et les orientations en matière de santé publique (Lovell, 2003, 12). Le glissement est important, il implique, pour la psychiatrie, un repositionnement vis-à-vis d'objets nouveaux qui ne faisaient jusque-là pas partie de son champ de pratique. *Le soin se décale vers le déploiement de techniques particulières et de programmes (souvent cognitivo-comportementalistes) visant la réinsertion et la réadaptation* (Golse, 2002, 19). Les problèmes doivent être envisagés « sous un angle élargi et selon une conception positive et dynamique de la santé : en cherchant à promouvoir des facteurs de santé, en s'intéressant davantage aux aptitudes des individus et des groupes vis-à-vis de leur santé. Pour ce faire, trois niveaux sont à considérer : l'individu, la famille et le groupe social »⁴. Témoigne par exemple de cette perspective, l'investissement nouveau de psychiatres vers des problématiques telles que les violences intra familiales ou conjugales.

Concomitant à l'enracinement sur la scène politique et médiatique d'un discours en termes d'insécurité, ce passage du modèle de la maladie mentale à celui de la santé mentale tend à consacrer la possibilité d'une gestion préventive, populationnelle, à court terme, d'un grand nombre de problèmes, non forcément reliés au pathologique, au détrimement finalement d'une relation thérapeutique individualisée construite sur le long terme, et donc aussi plus coûteuse.

La question de la prise en charge des délinquants sexuels va, de façon quasi mécanique, entrer en synergie avec ce mouvement de fond. La dynamique va s'enclencher d'autant plus rapidement que de telles « affaires » occupent le devant de la scène sur un plan politique ou médiatique et que les délinquants sexuels ne présentent pas, dans leur grande majorité, de pathologie au sens strict du terme. *La psychiatrie ne peut pas proposer un traitement dans la mesure où il n'y a pas de maladie mentale dans la plupart des cas chez les auteurs de violences sexuelles. Il est important de parler d'accompagnement psycho-socio-éducatif par exemple. Celui-ci doit être systématiquement articulé à une prise en charge socio-éducative cohérente qui a toute sa valeur dans l'acquisition d'habiletés sociales souvent défailiantes chez les AVS* (Senon, 2008).

Du travail social au diagnostic criminologique

Le centrage sur la prévention de la récidive et la rationalisation des pratiques

Les travailleurs sociaux en milieu pénitentiaire ont connu, depuis le début des années 1990, certaines évolutions qui vont également les mener vers une accentuation de la dimension préventive de leurs missions, particulièrement visible dans le cadre de la prise en charge des délinquants sexuels. Là encore plusieurs éléments d'explication croisés peuvent être posés : une évolution de la population sous main de justice, plus désinsérée socialement, plus atteinte aussi sur le plan psychique et/ou comportemental et à l'origine de passages à l'acte (particulièrement les agressions sexuelles sur enfant) que les conseillers d'insertion (CIP) et autres travailleurs sociaux de l'Administration pénitentiaire (AP) peinent à aborder dans leurs entretiens de face à face. Une augmentation des cas difficiles donc et plus globalement des dossiers à traiter.

⁴ Circulaire du 14 mars 1990.

Cette évolution s'accompagne de changements politiques et organisationnels qui vont œuvrer dans le sens d'un centrage vers la lutte contre la récidive à savoir notamment un développement et une extension des moyens de contrôle ainsi que la responsabilisation du délinquant. Le Conseil de l'Europe va largement alimenter de nouvelles conduites à tenir en la matière. En 1992 notamment est avancée l'idée de responsabilisation du délinquant : « l'imposition et l'exécution des sanctions et mesures appliquées dans la communauté doivent poursuivre le but de développer chez le délinquant le sens de ses responsabilités envers la société et, plus particulièrement, envers la ou les victimes »⁵. L'idée de participation communautaire est également au cœur du projet : « la participation communautaire doit être utilisée afin de permettre aux délinquants de développer des liens réels avec la communauté, de les rendre conscients de l'intérêt que la communauté leur témoigne et d'élargir leurs possibilités de contact et de soutien ». Ces avancées soulignent assez nettement l'option prise en faveur de modalités de gestion de certains individus à risque, de leur surveillance et de leur (auto)-contrôle au sein de la communauté, au détriment d'une vision en termes de prise en charge sociale individuelle.

En 1993 intervient le décret relatif au changement de statut des agents de probation et travailleurs sociaux de l'Administration pénitentiaire avec la création du corps des CIP. « Les CIP (...) concourent, compte tenu de leur connaissance en criminologie et de leurs compétences en matière d'exécution des peines, à la préparation des décisions de justice à caractère pénal et en assurent le suivi et le contrôle. Dans ce cadre, ils participent à la réinsertion des personnes placées sous main de justice et concourent à l'action de la prévention de la récidive ». Les éléments moteurs du travail actuel des CIP (criminologie, prévention de la récidive) sont ainsi posés, dès cette époque, alors même qu'aucune formation spécifique n'est prévue en la matière. Il faut préciser que la « prévention de la récidive » n'est pas un terme nouveau pour cette catégorie de personnel. La circulaire du 1^{er} février 1946 portant création des CPAL l'inscrit notamment, dans une visée de défense sociale, comme une fin donnée aux actions menées. En revanche, la prévention de la récidive comme concept pragmatique, moyen d'action (sous forme de « programmes ») au service d'une gestion sécuritaire des risques est, elle, une notion fondamentalement nouvelle.

Ce processus de rationalisation va se poursuivre avec la création en 1999⁶ des SPIP. Cette réforme se met en place alors qu'un rapport de l'inspection générale des services judiciaires vient de souligner, en particulier, une aggravation très nette de la situation économique et sociale des publics suivis ainsi qu'une augmentation de la population carcérale et un surcroît de travail pour les services socio-éducatifs des établissements pénitentiaires. La réforme qui s'inscrit dans l'évolution du travail social, doit permettre un meilleur suivi des condamnés. L'accent est mis désormais sur la nécessité d'une prise en charge globale intégrant différentes dimensions : « le SPIP doit assurer le suivi individuel dans une perspective plus globale, c'est-à-dire en intégrant la dimension santé des personnes prises en charge par le service, afin de mieux coordonner les actions pour répondre aux besoins identifiés de ces personnes »⁷.

⁵ Recommandation N° R (92) 16 adoptée par le Comité des ministres le 19 octobre 1992.

⁶ Décret n° 99-276 du 13 avril 1999 modifiant le code de procédure pénale et portant création des services pénitentiaires d'insertion et de probation.

⁷ Circulaire du 15 octobre 1999 (NOR JUSE9940065C) relative aux missions des services pénitentiaires d'insertion et de probation et à leurs relations avec les autorités judiciaires. Les SPIP consacrent la fusion des CPAL et des SSE.

Vers l'harmonisation des méthodes et des techniques

Parallèlement à cette diversification des missions des SPIP et des CIP, une autre ligne d'évolution se dessine au début des années 2000 orientée vers l'harmonisation et l'évaluation des activités. La circulaire du 21 novembre 2000 relative « aux méthodes d'intervention des travailleurs sociaux des SPIP » entérine une orientation plus marquée vers une prise en charge à court terme, en partenariat avec l'extérieur : « alors que la relation individuelle et sur le long terme constituait jusqu'alors le cœur de l'action éducative des travailleurs sociaux, des orientations les ont engagés de plus en plus à travailler en complémentarité avec des partenaires concourant à des missions d'insertion, et à inscrire leur action dans des politiques plus globales ». Un constat y est également fait sur la nécessité, pour les travailleurs sociaux, d'une évaluation rapide des situations rencontrées et la mobilisation de réseaux partenariaux. Ce texte pose ainsi la nécessité de réaffirmer la nature du travail des CIP sous plusieurs aspects ; celui de l'évaluation notamment : « il sera désormais nécessaire pour tout choix d'action prioritaire de créer concomitamment des indicateurs permettant d'évaluer l'impact des modalités d'action choisies ». L'harmonisation des pratiques quant à elle, est désormais jugée « impérative pour assurer la continuité de l'action des services et garantir une égalité de traitement des personnes ». En septembre 2000, une Recommandation du Comité des ministres aux États membres, insiste sur les modalités de mise en place de programmes et interventions à destination des personnes placées sous main de justice : « Ces programmes et interventions devraient faire appel notamment aux méthodes cognitivo-comportementales, qui consistent à apprendre aux délinquants à réfléchir aux conséquences de leur conduite criminelle, à les amener à mieux se connaître et (...) à éviter les situations qui précèdent le passage à l'acte et à leur donner la possibilité de mettre en pratique des comportements pro-sociaux »⁸. Différents rapports parlementaires⁹ vont, dans le même temps, insister sur la nécessité d'évaluer la dangerosité des détenus et les risques de récidive au cours de la détention.

La formation des CIP s'efforce de suivre ces évolutions. Un arrêté du 10 novembre 2006 fixant les modalités d'organisation de la formation des élèves et stagiaires CIP préconise ainsi une formation initiale qui permette « au regard des récentes évolutions législatives et réglementaires, l'acquisition de compétences dans les domaines de la criminologie, du droit de l'exécution des peines, du droit des victimes »¹⁰.

La mise en place par une note datée du 16 juillet 2007 des programmes de prévention de la récidive¹¹ (PPR – nous allons y revenir), découle, logiquement de ces évolutions. Elles se poursuivent à travers la circulaire du 19 mars 2008 relative aux missions et aux méthodes d'intervention des SPIP qui insiste sur le fait que : « La prise en charge des

⁸ Rec (2000) 22 adoptée par le Comité des ministres le 29 septembre 2000.

⁹ Citons notamment :

– Le rapport Clément du 7 juillet 2004 sur le traitement de la récidive des infractions pénales.

– Le rapport Garraud du 19 octobre 2006 sur la dangerosité et la prise en charge des individus dangereux.

Arrêté du 10 novembre 2006 fixant les modalités d'organisation des élèves et de stagiaires CIP de l'Administration pénitentiaire et d'obtention du certificat d'aptitude professionnelle.

Précisons que quelques expérimentations de « groupes de paroles » à destination des délinquants sexuels, mis en place localement par certains SPIP, ont précédé l'instauration officielle des PPR.

¹⁰ Mémo SPIP n° 14, Organisation des SPIP, Direction de l'Administration pénitentiaire, 18 mai 2010.

¹¹ *Ibidem*.

PPSMJ par les personnels d'insertion et de probation (...) ne peut reposer (...) uniquement sur les entretiens individuels. Concernant l'aspect criminologique, la prise en charge doit être fortement orientée sur le passage à l'acte, le repérage et le traitement des facteurs de risque de récidive et les intérêts de la victime »¹². Les PPR « centrés sur le passage à l'acte » sont ainsi cités en exemple.

Cette réorganisation des SPIP se poursuit avec l'instauration fin 2009, du diagnostic à visée criminologique (DAVC) et la mise en œuvre de la segmentation. Au cœur du projet d'évolution des SPIP, le DAVC est le recueil informatisé des données pénales et sociales de la personne. Mis en œuvre par le CIP dès le premier entretien il est ensuite régulièrement actualisé. Il est censé « correspondre à la définition la plus exacte possible de la situation et de la personnalité de l'intéressé à un moment donné »¹³. Novateur par sa forme (informatisée) et par son objectif pragmatique d'évaluation (« il s'agit bien de connaître pour faire et non de connaître pour savoir »¹⁴) le DAVC demeure plus un outil diagnostic que prédictif, destiné à orienter le détenu dans le segment adapté (5 typologies de segments sont posées en fonction de la durée d'accompagnement nécessaire de la personne). Il n'est d'ailleurs pas complètement déconnecté des pratiques antérieures dans la mesure où « il reprend pour l'essentiel des critères d'analyse déjà existants »¹⁵. C'est surtout sa capacité à uniformiser qui a valeur ici. En proposant « une méthodologie harmonisée et partagée par tous les SPIP sur le territoire national », il efface les différences culturelles entre SPIP, entre CIP (qui n'ont pas la même origine universitaire) et entre les CIP et les assistant(e)s de service social¹⁶.

Une modification du profil des candidats au concours des CIP va servir dans le même temps cette volonté d'harmonisation. Si, ainsi que le montre la recherche de D. Lhuillier, aucun des CIP interrogés ne considère en 2007 le diagnostic et le pronostic criminologiques comme une priorité, ceux issus de la filière droit (largement majoritaires aujourd'hui) sont les plus nombreux à adhérer aux principes de la prévention de la récidive (Lhuillier, 2007).

Inflexions et scepticismes

La prise en charge en SMPR des délinquants sexuels ou les aléas d'un domaine de pratique peu balisé

Doutes et débats sur la marche à suivre

Le psychiatre B. Gravier situait bien dès 1996 le sens des enjeux qui se profilaient : *on s'était très vite écarté de la fonction du psychiatre comme évaluateur de la dangerosité,*

¹² Circulaire de la Direction de l'Administration pénitentiaire (DAP) n° 113/PMJ1 du 19 mars 2008 relative aux missions et aux méthodes d'intervention des services pénitentiaires d'insertion et de probation.

¹³ SPIP, Les enjeux de la nouvelle organisation, DAP, septembre 2009.

¹⁴ *Ibidem.*

¹⁵ Circulaire du 8 novembre 2011 relative au diagnostic à visée criminologique.

¹⁶ Qui représentent 40% environ des personnels des SPIP.

cette dangerosité honnie des psychiatres de secteur qu'on a voulu voir bannie de tous les textes, et qui trouve son paradigme dans la situation du thérapeute qui n'est pas l'expert. La question de la délinquance sexuelle nous oblige à réinterroger les histoires de la criminologie, nous impose de repenser la notion de dangerosité et repose la question de la place du psychiatre au-delà du procès pénal et dans tout le processus de réintégration sociale. La place du soin dans ce qui peut être une clinique du sujet en est directement menacée, mais on ne peut éluder ce questionnement et ce positionnement (Gravier, 1996, 10).

Poussée vers un devoir de santé visant à réduire les risques de récidive, la psychiatrie en milieu pénitentiaire s'interroge tant sur les moyens à mettre en œuvre pour y parvenir que sur sa légitimité d'action. Une telle réflexion récurrente dans son histoire engage son positionnement institutionnel, thématique.

C'est un des enjeux aujourd'hui hein c'est de créer une spécialité de psychiatrie. Au fond, d'articulation avec le médico-légal, qui demande un minimum de connaissances hein, où y a de plus en plus de questions à la fois sur l'expertise, l'articulation, comment on s'y prend (une psychiatre, responsable d'un centre ressource).

Elle engage par ailleurs l'organisation des soins aux détenus: doit-on notamment créer des dispositifs spécialement destinés aux délinquants sexuels à des fins de sécurité publique?

Qu'on fasse une prison, une espèce de... pas de prison thérapeutique mais de division thérapeutique. Je pense qu'il faut faire ça, parce que là, nous, on est artisanal, dix patients par an, c'est très bien mais je crois qu'évidemment, l'idée c'est d'ouvrir, de mobiliser et de proposer. Dans le milieu SMPR, idéologiquement, beaucoup sont contre, en disant que... «s'intéresser à la prévention de la récidive, ce n'est pas notre problème!». Moi, je ne suis pas du tout d'accord. On est directement intéressé par la question de la violence... C'est-à-dire que notre mission, c'est que lorsque le patient sort, il ne soit plus dangereux! Et tant qu'il est dangereux, il reste! (une psychiatre, médecin-chef d'un SMPR).

Elle engage également les pratiques à mettre en œuvre qu'il s'agisse de l'évaluation ou des thérapeutiques proprement dites. L'outil actuariel préconisé notamment dans le rapport Garraud qui pointe le retard de la France en la matière comparé à l'étranger, reste peu utilisé et n'est d'ailleurs pas prescrit par la Justice; les outils diagnostics dits mixtes (SVR-20, HCR-20 etc.) bien que plus utilisés par les praticiens ne sont guère plus généralisés; ils se joignent généralement à l'entretien clinique classique. Le fait est que, en France, la commande politique d'évaluation de la dangerosité ne date que de quelques années. L'extension des techniques actuarielles dépend des seuls psychiatres et psychologues qui représentent la source essentielle de la criminologie clinique (Senon, Voyer, Paillard, Jaafari, 2009). Très attentifs quant à l'évolution d'une telle pratique, ils restent aussi, dans leur majorité prudents quant à son adoption, en l'état: *ces évaluations devront reposer sur des outils validés sur des populations françaises, ce qui n'a pas été fait jusqu'à présent*¹⁷.

¹⁷ Cf Article paru dans *Le Monde* du 11 février 2011 à la suite de «l'affaire Laetitia», signé par trois praticiens français: S. Stoléro, S. Baron-Laforêt et C. Hervé, intitulé «Une éthique de la connaissance appliquée aux auteurs d'agressions sexuels»

Sur le plan thérapeutique en revanche, se manifeste au sein des SMPR un usage de plus en plus généralisé de programmes cognitivo-comportementalistes jusque-là tout à fait minoritaires, adaptés de l'étranger. Ils proposent, dans une visée de prévention de la récidive, un travail sur la reconnaissance, par le délinquant, de déficits comportementaux et l'apprentissage d'habiletés sociales.

Différents programmes ont ainsi été mis en place depuis quelques années :

- des programmes sur les « habiletés sociales ». Le but est d'apprendre à faire la conversation, à formuler une demande, une critique, à refuser ;
- des programmes centrés sur « la chaîne de l'agression » : le travail sera mené autour de la série d'événements qui ont conduit au délit et vers la compréhension du processus du délit (de la tristesse à l'alcoolisation par exemple) ;
- des programmes dits de prévention de la récidive : on travaillera ici sur la reconnaissance des déficits à modifier (savoir rompre l'ennui...), l'identification des signaux d'alarme et le développement de stratégies pour rompre ce cycle.

Si ces pratiques bien connues au Canada se développent en France, nous sommes loin pour l'heure, de la « révolution cognitive », voire du « renversement paradigmatique » (Quirion, 2006, 148) tel qu'il s'est produit outre-Atlantique. La culture professionnelle de la nouvelle génération de psychiatres et surtout de psychologues s'avère moins marquée par l'influence de la psychanalyse, mais celle-ci n'en disparaît pas pour autant du projet thérapeutique. La psychiatrie en milieu pénitentiaire se présente, de fait aujourd'hui à travers un réel éclectisme de pratiques dont certaines n'étaient pas envisageables jusque-là. L'usage y compris limité des tables de prédiction et l'introduction via la mise en place d'une sorte de « chaîne de traitements », de programmes cognitivo-comportementalistes (du travail sur l'acceptation au soin par le délinquant, au soin lui-même, en passant par l'inculcation de normes sociales) signale bien une inflexion vers la logique actuarielle.

Un éclectisme et un pragmatisme à toute épreuve

Le programme de soin établi en 2008 dans le service médical d'un établissement pénitentiaire de la région parisienne en offre un exemple (le seul à ce jour) tout à fait significatif. D'emblée, la mission des soignants s'inscrit ici dans une logique de prévention de la récidive.

Je pense qu'on doit s'impliquer plus fortement que ça, ça fait partie de la santé de la personne, de sa capacité ou pas à passer à l'acte et en tant qu'acteur de soin, se substituer aux autres acteurs sociaux. On est directement impliqué là-dedans et ce n'est pas une idée géniale de moi. Au Canada, ça fait longtemps qu'ils ont des groupes qui s'appellent « prévention de la récidive », ce sont des aides-soignants qui les portent, je suis désolée ! (une psychiatre, médecin-chef de SMPR).

Le traitement se déploie sous la forme d'un vaste programme qui intègre différentes approches, justifiées par les nécessités d'un pragmatisme à toute épreuve.

Je suis psychiatre et donc, j'ai toujours été avec une valise où dedans j'ai des médicaments, j'ai les camisoles, j'ai les électrochocs, j'ai la psychothérapie, j'ai l'écoute analytique, j'ai le cognitivo-comportementalisme et... Je veux dire, je n'ai honte d'aucun élément qui compose le soin, parce que s'il faut avoir peur ou honte d'un soin, c'est que ce n'est pas un soin! (cette même psychiatre, médecin-chef d'un SMPR).

L'alignement de la pratique sur la notion de dangerosité semble aller de soi. Elle engage même une conception particulière des lieux où se déroule le traitement. L'injonction au professionnalisme (Boussard, Demazière, Milburn, 2010) qui se manifeste ici, signale la nécessité d'un repositionnement fort alliant autorité, performance, efficacité, technicité; la nécessité d'une vision a-théorique du problème s'impose au profit d'un interventionnisme appuyé en accord avec une vision en termes de risques (la « dangerosité » devenant au passage symptôme clinique) et par conséquent avec les exigences politiques de prévention de la récurrence.

Quand je suis arrivée ici, on voyait le patient, il y avait une table basse, il avait des trucs collés au mur. J'ai dit « vous me débarrassez tout ça ». Je ne reçois pas les patients avec une table basse qui voltige. Ce n'est même pas la peine d'y penser (...). Il y avait les productions des patients au mur, des dessins des patients. J'ai dit « vous enlevez tout ça là, on n'est pas à l'école maternelle ». Ici, c'est un lieu professionnel (...) Voilà. J'ai dit « vous mettez tous la blouse ». (...) C'est, comment dire, on a une représentation de notre profession. On doit représenter notre profession. Et si un patient est dangereux, c'est un symptôme clinique, il n'y a pas à culpabiliser de ça et à faire comme si ce n'était pas ça (...). C'est un symptôme clinique, la dangerosité. Moi je suis très à l'aise avec ça (une psychiatre, médecin-chef d'un SMPR).

Une suspicion s'installe à l'égard de ce qui se rapproche un peu trop d'une démarche réflexive et théorique, perçue comme antinomique de l'action, de l'efficacité, de la rationalité. La pensée ayant plus ici à voir avec l'action qu'avec la représentation générale du problème. Ainsi certaines critiques qui peuvent être faites à l'encontre de la clinique psychothérapeutique auprès des délinquants sexuels a plus à voir avec le fait qu'elle n'est pas immédiatement soluble dans l'action, que dans sa cohérence et son efficacité propres. Dans ce contexte l'intervention se resserre autour de projets déterminés, de supports conceptuels systématisés (des « programmes »), spécifiquement outillés (au moyen des TCC¹⁸ par exemple), aux finalités aisément identifiables. Ce mouvement enclenché vient en retour appuyer l'obsolescence, le non-sens, voire (par un effet de contamination des risques) la dangerosité de certaines pratiques plus anciennes.

Le programme de soins d'une durée de six mois précédé d'une évaluation, se déploie sur trois périodes: une période d'observation, une phase de mobilisation et une phase de changement. Chacune de ces périodes renvoie à des objectifs différenciés (en phase 1 un travail sur « les territoires et les limites » et un travail de responsabilisation; en 2 un travail sur la prévention de la récurrence; en 3 un travail sur la sanction et la réparation). Les moyens pour parvenir à ces objectifs font à chaque fois intervenir trois types de professionnels auxquels renvoient des outils spécifiques: les psychologues appliquant les TCC, les infirmières le relationnel, les psychiatres l'approche plus psychothérapeutique, voire psychanalytique.

¹⁸ Thérapies Cognitivo-Comportementales.

Au terme de ce programme, une évaluation est à nouveau réalisée. Le patient peut éventuellement, s'il le souhaite et si cela lui est proposé, entamer une psychothérapie en individuel cette fois.

Une spécificité forte réside indéniablement dans une division des tâches professionnelles. Qu'il s'agisse du psychologue, de l'infirmière ou du psychiatre, chacun participe, différemment, de sa place et en fonction de ses compétences, au traitement. Dans une optique communautaire, le personnel pénitentiaire est aussi ouvertement convoqué dans cette participation aux soins, ce qui constitue une autre spécificité de ce dispositif.

On a une réunion ici avec le Directeur, le gradé et puis l'équipe de soins, sur tous les patients! Alors, on ne va pas raconter ce qui se passe, mais sur les problèmes éthiques: « Qui sait qui sort? Qui sait qui rentre? Est-ce qu'il y a des problèmes de comportement dont on peut parler? Est-ce qu'il y a des messages à faire passer? Celui-là, il doit être doublé, celui-là, il faut faire attention! Celui-là, il est auto-agressif (...) à ce moment-là, il est doublé, il y a des contres-ronde... Vous savez, enfin! ». Toutes ces techniques pénitentiaires parce que, si vous voulez, c'est quand même très intéressant de voir que les techniques pénitentiaires... Euh! On les utilise en technique de soins! (une psychiatre, médecin-chef d'un SMPR).

Des résistances au modèle anglo-saxon s'expriment en revendiquant notamment une dissociation entre ces méthodes le plus souvent apparentées à un traitement psycho social ou éducatif des déviances et le soin; pour autant, ces pratiques sont désormais installées dans de nombreux services où elles côtoient celles d'inspiration psychanalytique.

De la personne à l'acte: le travail social sous de nouvelles injonctions

La mise en place de « bonnes pratiques »

Vers la fin de la première décennie 2000, un certain nombre de « bonnes pratiques » relevées à l'étranger (Canada, Pays-Bas, Belgique...) vont être expérimentées par l'Administration sur le terrain français du travail social en milieu pénitentiaire¹⁹. Résolument axées sur la prévention de la récidive, elles orientent l'activité des CIP vers la responsabilisation du délinquant au moyen de prises en charges collectives et communautaires. Le dispositif le plus récent, dénommé « cercle de soutien et de responsabilité » a été mis en place en janvier 2010 dans un SPIP de la région parisienne. Il s'agit de disposer autour de la personne volontaire, soumise à une mesure de justice, pour laquelle le diagnostic à visée criminologique fait état d'un risque de récidive, un ensemble d'individus composé de volontaires bénévoles (au nombre de trois généralement) sélectionnés et formés pour l'occasion. Parce qu'ils vivent aux alentours du lieu de vie du délinquant sexuel, ces volontaires (la boulangère, un voisin...) constitueront le premier cercle de recours, si le délinquant

¹⁹ Des délégations de fonctionnaires de l'Administration pénitentiaire vont à cette époque rencontrer les institutionnels et professionnels étrangers (particulièrement au Canada) dans le cadre de missions d'études destinées à enrichir la réflexion sur leurs pratiques.

en exprime la nécessité ou le besoin. En cas de défaillance ou de difficulté de ce cercle, un second cercle composé de CIP est susceptible d'intervenir. Ce type de dispositif qui existe depuis une quinzaine d'années au Canada vient aujourd'hui compléter les PPR mis en place fin 2008. Ils sont emblématiques dans leur forme (des programmes), leur contenu (le travail sur le passage à l'acte) et leurs objectifs (la prévention de la récidive) des évolutions à l'œuvre au sein des SPIP.

C'est par une note du Directeur de l'AP datée du 16 juillet 2007 que les PPR sont officialisés : « Dès à présent, je souhaite que les SPIP développent des programmes basés sur la mise en œuvre de groupes de paroles de prévention de la récidive. J'attire à nouveau votre attention sur le fait qu'ils ne constituent qu'un aspect du projet plus global qu'est la mise en œuvre des programmes pénitentiaires »²⁰. Un comité de pilotage est créé, chargé de suivre l'expérimentation à partir des projets proposés par les SPIP. Une convention est par ailleurs signée avec l'Association Française de Thérapie des Violences Sexuelles et Familiales présidée par le Dr R. Coutanceau, psychiatre. Ce choix n'est pas anodin ; ancrée dans une approche criminologique, pragmatique, sa conception concrète de la prise en charge des délinquants sexuels en milieu pénitentiaire coïncide avec les attentes et besoins institutionnels du moment. Sa légitimité scientifique va en quelque sorte renforcer la montée en charge de ce type de pratique jusqu'alors en gestation.

En juin 2008, 40 projets de PPR sont retenus : 22 sont destinés spécifiquement aux délits et crimes sexuels, 13 aux violences (notamment conjugales) et 5 aux conduites addictives. Les PPR consistent à réunir des détenus volontaires pour les intégrer dans des programmes au sein desquels s'élabore un « travail » autour de la prévention de la récidive. Les programmes, menés par deux CIP en binôme se déploient généralement sur une dizaine de séances (de une heure trente à deux heures) qui ont lieu d'une fois par semaine à une fois par mois. Ce travail peut prendre plusieurs formes en fonction des équipes. Les séances qui suivent la première séance de présentation et de cadrage s'organisent autour de différents thèmes abordés en collectif :

- le thème de la loi, décliné à travers différentes séquences de travail : le travail sur la peine prononcée (le sens que chacun donne à sa peine), le rapport à la loi, les normes ;
- le thème de la victime à partir d'un travail sur l'empathie, la notion de culpabilité ;
- le thème du délit à partir d'un travail sur la chaîne délictuelle qui vise à aborder trois périodes : la période qui a précédé le passage à l'acte, la capacité d'explicitation du passage à l'acte et la période qui a suivi le passage à l'acte (la compréhension de l'arrestation, de la souffrance de la victime...);
- le thème des stratégies d'évitement qui vise à fournir aux participants des moyens d'apaiser certaines tensions, de reprendre en main certaines situations à risque de récidive.

L'approche tranche avec celle, la plus répandue à l'origine, de l'entretien individuel notamment par son caractère systématique. Elle est également censée pallier certaines difficultés rencontrées par les CIP.

²⁰ Note n° 843 du 16 juillet 2007 relative au développement des programmes de prévention de la récidive.

C'est selon la personne, selon son approche du suivi, c'était ou un petit peu mis en œuvre ou pas. Là on est quand même dans quelque chose que porte l'institution. C'est-à-dire que c'est prêt, c'est beaucoup plus cadré, quoi ! On sait que... Voilà ! Que ça doit faire partie à terme du parcours de l'exécution de la peine. C'est-à-dire, qu'à terme, dans peut-être trois-quatre ans ici, quasiment tous les détenus, à un moment ou un autre, devront participer à un programme ! À ce type de programme (une CIP).

Des intentions floues

Si la distinction avec le travail thérapeutique et « l'approche criminologique ou éducative » est précisée dans les textes, un certain nombre d'éléments tendent à brouiller la compréhension de telles intentions dont on situe mal les fondements et les limites. L'orientation comportementaliste d'une part (apprentissage à la gestion de situation à risques, développement d'habiletés sociales...) signale une proximité forte avec les « groupes de parole » existant au sein des SMPR. Les thèmes susceptibles d'être abordés au sein des PPR comme « l'analyse du passage à l'acte » ou encore « l'histoire de la vie affective » engagent également *a priori* un travail psychique potentiellement déstabilisant pour l'individu qui nécessite d'être cadré, et porté dans le temps, jusqu'à sa stabilisation. De même la volonté d'un travail, central, autour du « passage à l'acte », terme emprunté à la psychiatrie et à la psychanalyse via la criminologie, étonne si l'on admet l'idée, depuis Freud, que le passage à l'acte représente une tentative pour rompre un état de tension psychique intolérable pour l'individu. Ce brouillage, cette confusion des genres est d'emblée source d'inquiétudes pour de nombreux psychiatres :

Quand vous ouvrez la porte de la parole, vous déstructurez complètement les gens. On le sait bien ça, puisqu'on l'utilise comme technique. Alors, bien sûr que ces groupes ne sont pas faits pour ça ! Je pense que c'est très, très problématique (...). Le problème n'est pas que le groupe, mais c'est à la sortie, parce que les gens, il y en a qui vont se mettre à parler, mais qu'est-ce que vous allez répondre ? Un travail thérapeutique c'est quand vous proposez au sujet de libérer quelque chose et ou au moins vous donnez au sujet, un moyen de le négocier, alors là oui ! Avant ça ne sert à rien. On sait bien, on appelle ça de l'interprétation sauvage (un psychologue dans un Centre Ressource).

Les CIP interrogés ne se représentent pas leur formation initiale comme étant à même de leur permettre de mener à bien ce type de pratique. Un décalage apparaît ici entre leurs compétences supposées et les tâches qui en découlent du point de vue de l'AP et les compétences dont ils s'estiment effectivement dotés pour mener à bien les PPR y compris après les formations courtes²¹ qui leurs sont délivrées.

Oui, on a bénéficié donc d'une formation spécifique sur le type de public que nous allons aborder, de 5 jours faite par l'organisme X avec une psycho criminologue qui nous a un peu situés les différentes caractéristiques de ce public, etc. Avec différentes

²¹ Formations que se partagent des formateurs officiels comme l'équipe de R. Coutanceau et des formateurs moins officiels repérés localement par les SPIP qui ont reçu l'aval de l'Administration pénitentiaire.

problématiques que l'on pouvait rencontrer chez ce public. Puis nous avons eu une formation à l'animation de groupe de parole. Deux fois deux jours, plus généraliste, et c'est vrai qu'on a pu... enfin! Moi pour ma part j'ai retrouvé les fils conducteurs (...) Mais moi je trouve que ce n'est pas suffisant! (...) Ce n'est pas réactualiser dont on a besoin, c'est approfondir... Approfondir... Parce que les deux fois deux jours qu'on a eu, c'est vraiment général... C'est généraliste! C'est apprendre à reformuler, comment distribuer la parole enfin des petits outils... (une CIP).

Cette position les place, de leur point de vue, dans une posture difficile vis-à-vis des PPR, particulièrement en termes de maîtrise des situations difficiles.

Et nos craintes par rapport à cette frontière thérapeutique-non thérapeutique... Moi, la formation pour ma part, ça a encore plus augmenté mes angoisses. C'est vrai que là, on a touché encore plus du doigt le sujet sensible dans lequel on allait se retrouver et quand on a commencé le groupe là, on a pris en pleine figure vraiment les sujets qu'on allait être amené à prendre en charge, hein! (une CIP).

Mais la difficulté provient également du fait que ces dispositifs « clé en main » ont parfois été imposés aux équipes, sans prise en compte des spécificités de leur établissement d'exercice et au mépris finalement de leurs observations, de leurs analyses, de l'ensemble du travail qu'elles avaient pu engager jusque-là auprès des détenus et/ ou que ces détenus eux-mêmes avaient pu entamer par ailleurs.

Nous ce n'est pas la problématique qui nous interpelle le plus au centre de détention quand on voit des gars sortir en fin de peine ou en aménagement de peine et qu'il y a récurrence, c'est rarement des délinquants sexuels. (...) Ce n'est pas un public sur lequel on va avoir besoin de travailler énormément sur la prévention de la récurrence. D'ailleurs, quand on leur a présenté le but du groupe comme ça, ils nous ont dit: « Mais, nous, on ne récidivera jamais! Quoi! On a trop honte, on est trop coupable! On est trop triste... On a fait trop de mal, notre famille souffre, on a le regard de la société sur nous, on est honteux ». Enfin, voilà! Vraiment, presque ils ne comprenaient pas, ça représente un décalage. Même des collègues ont déjà revu en entretien individuel des participants et ça s'est posé en entretien individuel: « Pourquoi vous m'avez mis dans ce groupe? Parce que moi... ». Nous, ce qu'on leur a dit, c'était que ça ne coûtait rien de travailler là-dessus, même si on n'avait pas de pronostic et qu'effectivement, il y avait très peu de récurrence. On les amène à accepter à ce niveau-là, mais la plupart, ils sont quand même bien avancés en thérapie et je pense que c'est des choses qu'ils ont quand même pas mal travaillées.

Se révèle ici un paradoxe au fondement des PPR, qui est de proposer un outil criminologique ou psychologique à des personnels qui ne sont ni criminologues, ni psychologues et qui n'ont pas, objectivement, vocation à l'être (d'autant moins qu'on leur demande ici de jouer un simple rôle d'animateur). En d'autres termes, les apports de la criminologie ou de la psychologie valent ici en tant qu'ils permettent en théorie, d'atteindre rapidement des objectifs pré-déterminés (la prévention de la récurrence) dans le cadre d'une intervention groupale auprès d'un groupe préalablement défini; ils ne sont en rien les supports scien-

tifiques d'une réflexion sur le sens à donner à telle conduite, tel comportement, telle parole, réflexion que le CIP ne serait de toutes façons pas en capacité temporelle de mener.

Nous sommes loin dans cette optique des «groupes de parole» au sein desquels est amenée à s'exprimer chaque individualité; la dénomination fréquemment rencontrée de «groupe de parole» constitue en ce sens, s'agissant des PPR, un abus de langage. La personne, en tant que telle, n'occupe que peu de place au sein des PPR.

Ce qu'on nous a présenté dès le premier jour de formation pour la prévention de la récidive, c'était: «vous allez intervenir dans un groupe. Un groupe n'est pas constitué de personnes. Il faut vous ôter de la tête le fait que ce sont des personnes, sinon vous n'y arriverez pas. Et puis vous verrez, quand on considère que c'est un groupe, que ce ne sont pas des personnes, ce n'est pas bien méchant. Et ça se passera tout seul. On est censé les considérer comme des actes puisque le PPR est un travail axé sur l'acte et pas sur la personne (un CIP).

On comprend dès lors qu'une attention particulière soit demandée au choix des participants au groupe, afin que rien de trop fâcheux ne vienne déstabiliser l'intervention. Pour autant, hormis des cas lourds désignés en tant que tels par la psychiatrie, cette sélection se fait sur des bases floues qui relèvent à la fois de jugements cliniques (les rapports des experts) et non cliniques. Le choix, réalisé en équipe avec l'aide d'un psychologue superviseur recruté pour l'occasion (mais qui ne travaille pas auprès des détenus), procure néanmoins une certaine assurance.

Sur le plan du déroulement des séances, eu égard aux paradoxes qui le composent, le cadre des PPR ne peut se prévaloir d'une application stricte d'un programme pré-déterminé. Si le cadre formel d'un travail socio-éducatif sur la prévention de la récidive détermine l'usage qui est fait de certains outils (jeux de rôle, de cartes), rien n'est établi au préalable sur la continuité des séances. C'est au coup par coup que les CIP prévoient leur outillage et leur mode d'animation. La méthode n'est ainsi pas véritablement assurée, chacun recourt à une forme de bricolage conceptuel pour cadrer, au mieux, en fonction de ses compétences, avec la commande institutionnelle. Si le bricolage permet de faire face à un manque de perspectives, il permet également de dépasser temporairement certaines tensions et contradictions tout à fait identifiables dans le discours des CIP. Ces tensions sont de plusieurs ordres mais trouvent leur source dans un même enchevêtrement de logiques différentes desquelles ces travailleurs sociaux ne peuvent que difficilement s'extraire: une logique relationnelle qui suppose un travail au cas par cas, fondé sur des rapports de confiance qui ne s'instaurent que sur du long terme et une logique de gestion des risques qui implique de se positionner à court et moyen termes, dans une vision de prévention de la récidive. Si l'on y ajoute la préoccupation constante de travailler sur «l'acte» sans le nommer, de l'aborder sans s'y attarder, ne pas savoir, ni pouvoir maîtriser ce travail de groupe, on comprend que la méthode ne soit pas assurée:

Il s'est nommé, il a parlé de sa problématique en termes enfin, en disant: «je suis pédophile». Tout ça. Il est quand même parti, je dirais sur ce versant qui est le versant thérapeutique où on se livre et puis on parle de sa problématique. Alors là, c'est vrai qu'il y a eu un petit flottement dans le groupe quand même. Il y a eu des expressions

un petit peu de malaise, il a fallu gentiment lui dire, il ne faut pas nommer, on n'est pas là pour nommer l'infraction, on est là pour travailler, donc pour, on ne va pas nommer les infractions, ce n'est pas le but de ce groupe-là, on ne va pas les nommer, on ne va pas dire, voilà exactement les choses que chacun a pu faire, mais on va parler sur une problématique beaucoup plus large (un CIP).

Alors je crois que nous de toute façon quand on sentait que ça pouvait basculer là-dedans, on revenait de suite au sujet qui nous intéressait. Pour rester vraiment dans le champ socio-éducatif parce que c'est vrai qu'on avait des craintes de tomber dans l'énoncé des faits, de tomber dans une prise en charge psychothérapeutique et puis que l'on ne soit pas armé pour le traiter. Parce que voilà, ce n'est pas notre formation, ce n'est pas notre fonction et on voulait vraiment rester sur des choses bien précises». Mais c'est tout le temps sur le fil quand même (une CIP).

Du CIP animateur au « criminologue clinicien » ?

« Malgré les efforts déjà faits en ce sens par l'institution, une évolution culturelle demeure nécessaire au sein de l'Administration pénitentiaire afin qu'elle fasse à la mission de prévention de la récidive conduite par les personnels des SPIP une place équivalente à celle de la mission de garde, en terme de reconnaissance institutionnelle, de connaissance des métiers et des problématiques des SPIP et de moyens de fonctionnement »²². Cette conclusion apportée par C. Trabut dans le cadre de sa mission d'expertise sur les SPIP situe les différentes dimensions afférentes à la problématique des SPIP et au travail des CIP aujourd'hui. Si un mouvement de « professionnalisation du métier sur le champ pénal »²³ est aujourd'hui requis, la démarche, telle qu'elle apparaît au travers des PPR ne semble pourtant ni assurée, ni réellement assumée par l'Administration. Un point nous semble particulièrement significatif à cet égard ; il concerne celui de la criminologie que chacun semble ici appeler de ses vœux : « Il faut clairement positionner les CIP sur le champ pénal et criminologique qui constitue leur cœur de métier et les renforcer professionnellement sur ce champ »²⁴ ; la formation des CIP (...) visera à former des professionnels développant une expertise criminologique, c'est-à-dire ayant des capacités d'évaluation permettant de construire et d'animer des parcours, en vue de prévenir la récidive²⁵ ; *même s'il est toujours malaisé, en France, de parler de « criminologue clinicien » pour dire clairement ce qu'est le métier du CIP ; c'est bien de cela qu'il s'agit* (Pottier, 2008, 238).

Le vocabulaire à l'égard du métier de CIP a sensiblement évolué ces dernières années, évoquant en 1993 des « connaissances en criminologie qui sert d'appui à la préparation des décisions de justice »²⁶ pour aboutir, en 2008 à l'évocation officielle d'une fonction de « criminologue clinicien ». Cette évolution, que rien (en termes de formation notamment)

²² Rapport de la mission d'expertise et de proposition sur les SPIP par C. Trabut.

²³ Propositions pour une définition du métier de conseiller d'insertion et de probation par I. Gorce, 8.

²⁴ *Ibidem*, 3.

²⁵ MEMO SPIP du 21 octobre 2008 par C. d'Harcourt.

²⁶ Décret du 21 septembre 1993.

n'est véritablement venu porter, engage certains questionnements. Qu'est-ce qui justifie concrètement, cette « promotion » ? En quoi les CIP sont-ils aujourd'hui formés à l'approche scientifique du phénomène criminel ? En quoi sont-ils objectivement en mesure de mettre en œuvre et de soutenir des diagnostics, des pronostics et des traitements criminologiques ? En quoi sont-ils en mesure d'adopter cette posture clinique qui nécessite notamment d'inclure dans l'évaluation du client les enjeux de l'évaluation elle-même ?

Ce type d'énoncé qui vient appuyer la nécessité d'une évolution culturelle du métier de CIP ressemble surtout à un énoncé performatif dans un contexte marqué par des identités professionnelles fragilisées qu'il s'agit de remettre en mouvement. Le terme paré de scientificité est flatteur pour un néophyte ; il présente également l'avantage d'être suffisamment mal défini sur un plan objectal et disciplinaire ce qui rend possible son utilisation à diverses fins, notamment de rassemblement. Mais le positionnement des CIP tels qu'il se présente, pour l'heure, au sein des PPR ne semble pas pouvoir aller dans le sens d'une expertise criminologique que l'on imagine à l'interface des mécanismes individuels et sociaux du phénomène criminel et de la mise en œuvre des moyens de sa prévention. Cela n'invalide en rien la capacité d'analyse dont nombre d'entre eux font preuve concernant leur public, simplement la posture adoptée plus axée sur l'accompagnement, valeur forte du travail social que sur l'appréciation critique et la mise en perspective théorique des techniques (valeurs fortes de la clinique proprement dite) n'est pas la même. D'ailleurs, très concrètement, ce type d'activité, pour être valide, suppose une distanciation de la pratique et donc un temps accordé au travail réflexif que tous estiment impossible, en l'état, à aménager.

Ces dispositifs à vocation criminologique témoignent surtout en creux, des limites de telles pratiques dont les visées, essentiellement pragmatiques, comblent mal un manque de problématisation générale.

Aux incertitudes par rapport au cadre s'ajoute un regard critique sur un dispositif que bon nombre de CIP, sans le rejeter dans sa totalité, estiment mal préparé, soupçonnant avant tout une volonté de contrôle de la part de l'institution et un effet d'instrumentalisation et d'affichage politique.

L'entretien individuel n'étant pas quantifiable, c'est plus facile de quantifier le nombre de personnes qui passent dans des groupes, surtout quand il y a de l'événementiel derrière, au moins ça permet d'afficher et de dire : « Voilà, regardez ce qu'on fait » (un CIP).

Alors on se pose la question est-ce que c'est vraiment des programmes de prévention de la récidive ou est-ce que c'est un affichage pour répondre tout simplement à de l'événementiel, à une « opinion publique » ? (un CIP).

Il découle de ces incohérences et difficultés dans cette approche des DS, un certain nombre d'enjeux autour de la définition du métier de CIP aujourd'hui. Entre le CIP-animateur requis au sein des PPR et le « criminologue clinicien » que certains appellent de leurs vœux, la distance est grande et difficile à résorber à court terme. Elle remet surtout en question le caractère essentiellement utilitaire, pragmatique (dont les PPR sont emblématiques), des évolutions à l'œuvre sous la bannière de la gestion des risques.

Conclusion

Les évolutions à l'œuvre depuis quelques années dans le cadre de la prise en charge pénitentiaire des délinquants sexuels témoignent, du côté de la psychiatrie et du travail social, non pas d'un remplacement mais d'un déplacement des objectifs de la correction ou la resocialisation de l'individu, vers la lutte contre la récidive. Dans ce mouvement, les pratiques professionnelles se diversifient, donnant souvent lieu à des ensembles hétérogènes issus d'une *représentation hybride des événements* (Cliquennois, 2006, 362).

Plusieurs éléments expliquent cette évolution relativement rapide. Du côté des pratiques psychiatriques : une urgence à agir (appuyée par la médiatisation de certaines « affaires » de pédophilie), qui fait appel au pragmatisme, à une conception large du soin telle que portée par la politique de santé mentale. Mais les arguments internes au champ lui-même et à ses spécificités pèsent aussi pour beaucoup. Comment en effet réaffirmer une définition et des limites du soin dès lors que, par souci originel d'ouverture, et dans un contexte de compromis institutionnel et politique, aucune pratique n'a été posée comme devant prévaloir sur les autres²⁷ ? Dès lors que ce champ se voit soumis à des évolutions exogènes qui lui sont en partie constitutives dès l'origine : l'influence de l'étranger, d'une politique de santé mentale, d'une nouvelle génération de psychiatres-psychologues ? Le domaine de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire auprès des délinquants sexuels est d'autant plus exposé ici qu'il s'est aussi construit sur l'idée d'une non-spécificité de l'auteur d'agression sexuelle sur un plan psychopathologique. Ce présupposé éthique et scientifique aux fondements de ce champ de pratiques contribue aujourd'hui à sa transformation par le jeu d'influences et de pressions extérieures, qui dépassent le cadre du contexte savant qui l'avait porté jusqu'ici. Il n'est finalement pas très étonnant de voir que des pratiques peu envisagées au départ se développent dès lors que la demande s'en fait sentir de la part des pouvoirs publics et qu'une catégorie de professionnels, en recrudescence dans le champ (les psychologues notamment) s'y attache tout particulièrement.

Des nuances doivent cependant être apportées. Si une diversification des pratiques est à l'œuvre, qui va notamment dans le sens de la « nouvelle pénologie », on n'observe pas pour autant de ralliement massif des professionnels à un tel projet. Il existe plus qu'auparavant une pluralité des « manières de faire » en matière de traitement, mais l'utilisation d'outils diagnostiques, éventuellement prédictifs ainsi que l'adoption des techniques comportementalistes relèvent de la seule décision de chacun et des équipes. On n'observe à cet endroit aucun référentiel partagé ou consensuel, y compris sous forme d'hybride. Finalement, l'argument de la pluralité des cadres théoriques et pratiques est, comme auparavant (au temps de C. Balier) avancé, servant de fait à la confrontation des points de vue, et la volonté de n'en exclure aucun.

La situation des travailleurs sociaux est un peu différente par le fait que ces pratiques (DAVC, segmentation, PPR) sont imposées aux services²⁸ par l'Administration pénitentiaire. Mais cet outillage de la prise en charge (au moyen de diagnostics, de programmes collectifs...), s'inscrit dans le même mouvement d'un délaissement de l'approche relation-

²⁷ L'une des recommandations de la Conférence de consensus de 2001 sur la question posait la nécessité du maintien d'une diversité des approches.

²⁸ ...ou fortement préconisés concernant les PPR.

nelle au profit d'autres techniques importées de l'étranger, qui standardisent l'approche et la rendent théoriquement accessible au plus grand nombre de travailleurs sociaux. Mais là encore, l'adhésion des professionnels à un tel projet apparaît disparate (selon les SPIP) et limitée, notamment s'agissant des PPR destinés aux délinquants sexuels. L'irruption régulière des problématiques psychologiques, voire psychiatriques dans le cadre collectif des PPR, l'inconfort manifesté par les travailleurs sociaux à cet égard, leur difficulté à se mouvoir comme ils le souhaiteraient au sein de ces dispositifs, sont autant d'éléments qui interrogent quant à leur portée et à leur validité. Le recours à l'argument criminologique pour justifier ces dispositifs n'a qu'un court temps – et encore – fait illusion. Ces programmes ne représentent, en soi, qu'une modalité de prise en charge parmi d'autres. Ils ne font guère l'objet d'une appropriation particulière qui amènerait ces travailleurs sociaux à revendiquer une spécificité de leur pratique en milieu pénitentiaire.

Ce qui interpelle le plus finalement dans ce mouvement, poussé par des impératifs politico-médiatiques et rendu possible par le positionnement limite de la population des DS (ni tout à fait dans le pathologique, ni tout à fait dans le social, ou le pénal), c'est le fait qu'il décale les institutions de leur mission première (le soin, la réinsertion sociale), les faisant du même coup glisser vers un espace commun, flou, dédié à un traitement pénal psycho-socio-éducatif.

Cet engouement mou, flou, à l'égard de nouvelles pratiques ne serait alors qu'une preuve supplémentaire de la fin d'une époque *dominée par ces grandes synthèses (...) la recherche d'une totalité sensée – retrouver, au-delà de l'épisode pathologique, le sens d'une trajectoire ou le sens de son inscription dans son milieu social* dont parlait Castel il y a trente ans (Castel, 1984, 113).

Nathalie Gourmelon

gourmelon@anomia-sociologueconsultant.fr

Bibliographie

- ALVAREZ J., GOURMELON N., 2007, *La prise en charge pénitentiaire des auteurs d'agressions sexuelles*, Paris, La Documentation française.
- ALVAREZ J., GOURMELON N., 2009, *La prise en charge pénitentiaire des auteurs d'agressions sexuelles : un objet révélateur d'évolutions institutionnelles et professionnelles*, rapport de recherche pour la Mission de recherche Droit et Justice, CIRAP-ENAP.
- BALIER C., 1988, *Psychanalyse des comportements violents*, Paris, PUF.
- BALIER C., 2002, *La psychanalyse confrontée à la violence criminelle*, Conférence Vulpien, Société Psychanalytique de Paris.
- BELLANGER H., 2009, Une réforme sans lendemain, *Criminocorpus*, CNRS [<http://www.criminocorpus.cnrs.fr/article.396.html>].
- BOUQUET B., GARCETTE C., 1994, Pour une histoire du travail social, *Vingtième siècle. Revue d'histoire*, 41, 97.
- BOUSSARD V., DEMAZIÈRE D., MILBURN P., 2010, *L'injonction au professionnalisme, analyse d'une dynamique plurielle*, Rennes, PUR.
- BRAHMY B., 2004, La prise en charge des auteurs d'infractions sexuelles en milieu pénitentiaire, *Actualités Juridiques Pénales*, 2, 59-62.

- CASTEL R., 1984, *La gestion des risques*, Paris, Éd. de Minuit.
- CLIQUENNOIS G., 2006, Vers une gestion des risques légitimante dans les prisons françaises ?, *Déviance et Société*, 30, 3, 355-371.
- COLDEFY M., FAURE P., PRIETO N., 2002, *La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les SMPR*, DRESS, Études et résultats, 181.
- FEELEY M., SIMON J., 1992, The New Penology: Notes on the Emerging Strategy of Corrections and Its Implications, *Criminology*, 30, 4, 449-474.
- FIZE M., 1981, La formation professionnelle en milieu carcéral, *Déviance et Société*, 5, 3, 247-259.
- GOLSE A. (dir.), 2002, *Transformation de la psychiatrie et pratiques des psychologues*, Rapport de recherche pour la MIRE, Lasar, Université de Caen.
- GORCE I., 2008, *Proposition pour une définition du métier de conseiller d'insertion et de probation*, Paris, Direction de l'Administration pénitentiaire, document interne.
- GRAVIER B., 1996, *La position du problème: entre criminologie et psychiatrie, assiste-t-on au retour du positivisme ou à une nouvelle forme de défense sociale ?*, in GRAVIER B. (dir.), *Entre pression sociale et injonction légale, peut-on soigner les délinquants sexuels ?*, Actes du V^e séminaire du CEDEP, Montignac, 25-27 mai, 5-12.
- GRAVIER B., 2008, De la perception de la dangerosité à l'évaluation du risque de violence, in SENON J.-L., LOPEZ G., CARIO R. et al., *Psycho-criminologie: clinique, prise en charge, expertise*, Paris, Éd. Dunod.
- JUAN F., CHOCARD A.-S., DAVID M., 2005, État des lieux des services médico-psychologiques régionaux, *L'information psychiatrique*, 81, 609-619.
- LOVELL A., 2003, *Étude sur la surveillance sanitaire dans le champ de la santé mentale*, Paris, Institut de Veille sanitaire.
- LHULLIER D (dir.), 2007, *Changements et construction des identités professionnelles: les travailleurs sociaux pénitentiaires*, Paris, Rapport de recherche pour l'Administration pénitentiaire.
- MARY P., 2001, Pénalité et gestion des risques: vers une justice « actuarielle » en Europe ? *Déviance et Société*, 25, 1, 33-51.
- MOUQUET M.-C., DUMONT M., BONNEVIE M.-C., 1999, *La santé à l'entrée en prison: un cumul de facteurs de risque*, DRESS, Études et résultats, janvier, 4.
- POTTIER P., 2008, *Insertion et probation: évolutions et questionnements contemporains*, in SENON J.-L., LOPEZ G., CARIO R. et al., *Psycho-criminologie, clinique, prise en charge, expertise*, Paris, Dunod.
- QUIRION B., 2006, Traiter les délinquants ou contrôler les conduites: le dispositif thérapeutique à l'ère de la nouvelle pénologie, *Criminologie*, 39, 2, 137-164.
- ROSE N., 1996, Psychiatry as a political science: Advanced liberalism and the administration of risk, *History of the Human Sciences*, 9, 2, 1-23.
- SENON J.-L., 2008, Les infractions à caractère sexuel, enjeu de santé publique, quels rôles et quelles fonctions pour le psychiatre et la psychiatrie ? *Revue Pluriels*, 69-70-71, 1^{er} trimestre 19.
- SENON J.-L., LOPEZ G., CARIO R. et al., 2008, *Psycho-criminologie: clinique, prise en charge, expertise*, Paris, Éd. Dunod.
- SENON J.-L., VOYER M., PAILLARD C., JAAFARI N., 2009, Dangerosité criminologique: données contextuelles, enjeux cliniques et experts, *Information psychiatrique*, 85, 8, 719-725.
- SEYLER M., 1980, La banalisation pénitentiaire ou le vœu d'une réforme impossible, *Déviance et Société*, 4, 2, 131-147.
- SIMON J., 1988, The ideological effects of actuarial practices, *Law and Society Review*, 22, 771-800.
- SLINGENEYER T., 2007, La nouvelle pénologie, une grille d'analyse des transformations des discours, des techniques et des objectifs dans la pénalité, *Champ Pénal*, IV.
- TRABUT C., 2008, *Rapport de la mission d'expertise et de proposition sur les SPIP*, Paris, Direction de l'Administration pénitentiaire.
- VERDES-LEROUX J., 1978, *Le travail social*, Paris, Les Éditions de Minuit.

VERSCHOOT O., 2005, *Demande de suivi/demande de soins et traitement du déni*, Journée nationale de l'ARTDS, Blois, 3 juin.

VIMONT J.-C., 2009, Les missions des assistantes sociales dans la Réforme pénitentiaire après 1945, *Criminocorpus* CNRS [<http://www.criminocorpus.cnrs.fr/article426.html>].

Summary

Using a « new penology » matrix, the articles suggests an analysis of the development of psychiatric and social care of sex offenders in penal establishments. Psychotherapeutic treatment, like social care and rehabilitation today is moving towards psycho-social-educational support using cognitive behavioural techniques, stemming from a pragmatic perspective of risk management and reducing recidivism. This movement has been questioned by several professionals, but its generalisation also brings into play some basic paradoxes of these domains of practice.

Zusammenfassung

Ausgehend von Perspektiven einer « Neuen Pönologie » untersucht der Artikel die Entwicklung der psychiatrischen und sozialen Behandlung von Straffälligen mit Sexualdelikten im Milieu des Gefängnisses. Sowohl die therapeutische Behandlung als auch die soziale Interventionen entwickeln sich heutzutage von einer psycho-sozial-pädagogischen Begleitung hin zu kognitiven und verhaltenstherapeutischen Techniken, die einer pragmatischen Perspektive des Risikomanagements und der Rückfallvermeidung folgen. Die Entwicklung wird von vielen Professionellen kritisch gesehen, Ihre allgemeine Verbreitung macht aber auch die ursprünglichen Paradoxien dieser Behandlungsformen deutlich.

Sumario

Partiendo del marco de interpretación de la « nueva penología », este artículo propone un análisis de la evolución del tratamiento psiquiátrico y social de los delincuentes sexuales en el ámbito penitenciario. Tanto el tratamiento psicoterapéutico como el social y rehabilitador se orientan hoy en día hacia un acompañamiento psico-socio-educativo realizado mediante técnicas cognitivo-comportamentalistas, más vinculadas a un planteamiento pragmático de gestión de los riesgos y de lucha contra la reincidencia. Este movimiento pone en cuestión a algunos profesionales, pero su generalización nos coloca ante las paradojas originales de estos ámbitos de la práctica.
