



## **Audition de l'ANJAP le 12 février 2025 par la mission de contrôle conjointe de la commission des lois du Sénat et la délégation aux droits des femmes du Sénat sur la prévention de la récidive en matière de viol et d'agression sexuelle**

### Propos liminaires :

L'ANJAP est une association loi de 1901 créée en 1977, la seule association professionnelle qui réunit des magistrats en charge de l'application des peines.

Son objectif principal est de faire connaître la fonction de juge de l'application des peines et ses conditions de travail, et de faire valoir son point de vue auprès notamment des pouvoirs publics sur les questions d'application et d'exécution des peines ; c'est ainsi qu'elle est régulièrement consultée dans le cadre de l'élaboration des nouveaux textes législatifs et réglementaires, et de l'évaluation de leur application.

Pour mémoire, il existe environ 430 juges de l'application des peines en France, dont la mission principale est le suivi des personnes condamnées, dans l'objectif d'assurer leur réinsertion et de prévenir la récidive tout en préservant les intérêts des victimes et en tenant compte des conditions d'occupation des établissements pénitentiaires.

Le juge de l'application des peines dispose d'une compétence d'attribution, pour les condamnés majeurs uniquement, et concernant les peines pour lesquelles son intervention est prévue par la loi : suivi des peines restrictives de liberté (milieu ouvert, numériquement le plus important), mesures d'individualisation des peines privatives de liberté c'est à dire réductions de peine, aménagements de peine, permissions de sortir (milieu fermé), et suivi des mesures de sûreté.

## Prévention de la récidive dans le cadre de la détention



1. Quelle est votre appréciation générale sur la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS) au stade de l'application des peines et sur la prévention de leur récidive ? Quelle appréciation portez-vous sur le parcours d'exécution des peines des AICS et, plus spécifiquement, sur l'action conduite au sein des établissements pénitentiaires « fléchés AICS » ?

D'une manière générale, la prise en charge des AICS notamment dans le cadre du suivi socio-judiciaire tel qu'il avait été pensé par la loi de 1998 apparaît plutôt satisfaisante. La question reste celle des moyens, afin de permettre un suivi bien individualisé et réévalué régulièrement sur le plan de la probation, et un suivi médical et psychologique suffisant.

Or à cet égard, la situation sur le territoire est, malgré quelques disparités locales, assez préoccupante, particulièrement en milieu ouvert, où :

- Les effectifs des juges de l'application des peines et des services pénitentiaires d'insertion et de probation ne sont pas toujours suffisants ;
- On manque cruellement de psychiatres, et donc d'experts, de médecins coordonnateurs et de traitants ;
- Beaucoup de CMP sont surchargés et refusent de prendre en charge les soins pénalement ordonnés, de sorte que les prises en charge psychologiques deviennent aussi souvent compliquées ;
- Ceux qui ne les refusent pas sont tellement débordés que les délais de prise en charge s'allongent énormément.

En milieu fermé, il y a aussi des disparités locales, mais si globalement en centre de détention on trouve des situations plus favorables, en maison d'arrêt l'accès aux soins est souvent bien plus compliqué. Or tous les AICS détenus passent par la maison d'arrêt, en détention provisoire, parfois pour de longues périodes, et/ou dans les premiers temps de l'exécution de leur peine.

Il faut en outre nuancer cette situation plus favorable des centres de détention par le déséquilibre récemment induit par le désencombrement des maisons d'arrêt vers les centres de



détention, mis en place depuis quelques années par une circulaire du Garde des Sceaux de l'époque.

La population pénale des centres de détention est dès lors bien plus diversifiée qu'avant, avec des profils très différents et des durées de peine plus courtes ; de sorte que dans les centres de détention, notamment ceux qui sont fléchés AICS, la spécificité globale de la prise en charge de ceux-ci est partiellement remise en cause par ces désencombres.

Plus largement, la situation de surpopulation pénale induit mécaniquement une dégradation de la prise en charge des personnes incarcérées puisque les personnels ne sont pas renforcés. La situation est particulièrement critique en Ile-de-France compte tenu de la pénurie dans le domaine médical notamment en psychiatrie. La localisation des établissements pénitentiaires en zone rurale induit des difficultés de recrutement notamment chez les personnels soignants (ex du centre de détention de Joux-la-Ville).

Deux exemples locaux :

- Situation du CD de Melun, 85 % d'AICS (300 places)
  - Déséquilibre lié à la politique de désencombrement et évolution de la démographie pénitentiaire (question de la prise en charge des détenus vieillissants dont les facultés déclinent)
  - Soins psychologiques et psychiatriques à peu près satisfaisants
  - Accès à l'emploi très satisfaisant (près de 80 % des détenus ont une activité rémunérée)
  - Beaucoup d'activités (sport, socio-culturelles, enseignement, formation professionnelle...) de qualité
  - Un programme « Sortant » pour préparer la fin de peine en dehors de tout aménagement de peine



- Situation du CD de CAEN (80% d'AICS) :

Ce qui marche pour éviter la récidive :

- les actions du SPIP ou de l'administration pénitentiaire en détention pour animer différents ateliers / formations / groupe de parole sur des thèmes comme le consentement, la gestion des émotions, le rapport à l'autre etc.
- la justice restaurative : se confronter à des victimes permet aux condamnés de faire un gros travail d'introspection et de compréhension des traumatismes qu'ils ont pu causer
- les soins réguliers au SMPR
- des lieux de placement extérieurs adaptés pour accompagner la remise en liberté, après parfois plus de 20 ou 30 ans de détention

Ce qui ne marche pas :

- la réforme des réductions de peines qui précipite les fins de peine et peut entraver le déroulement d'un aménagement de peine
- le manque d'experts psychiatres : à CAEN, il n'y a que deux experts âgés de 72 et 73 ans, qui vont donc rapidement cesser leurs activités et pour le moment, il n'y a personne pour les remplacer, sachant qu'aucune permission de sortir ou aménagement de peine ne peut être accordé à un condamné AICS sans expertise de moins de deux ans
- le manque de place pour les placements extérieurs et d'une manière générale pour les sortants de prisons AICS, souvent âgés, parfois dépendants, la question d'EPHAD adaptés se pose car il y a une vraie difficulté pour l'accueil des condamnés qui ne sont plus autonomes et qui se voient refuser l'accueil en EPHAD classique en raison de leur profil. Sachant qu'un



condamné AICS qui se retrouverait SDF aurait tous les risques de récidiver.

2. L'encadrement juridique en matière d'obligation et d'injonction de soins vous semble-t-il suffisant ? Seriez-vous favorable à une mise en œuvre de l'injonction de soins dès le stade de l'incarcération ? Envisagez-vous d'autres leviers afin d'inciter plus efficacement au démarrage des soins dès l'incarcération ?

> L'encadrement juridique actuel apparaît suffisant.

Le problème est là encore celui de la disponibilité des soignants (traitants, médecin coordo, experts). Il y a aujourd'hui une vraie pénurie de soignants, à la fois pour les médecins coordonnateurs qui sont limités à 60 dossiers par personne et ne peuvent pas avoir été experts dans le même dossier ce qui, combiné avec les expertises obligatoires tous les deux ans pour les personnes condamnées à des suivis socio-judiciaires, complique beaucoup la disponibilité d'un médecin coordonnateur ; mais aussi pour les médecins traitants, les CMP et autres structures relevant de l'hôpital public étant exsangues.

Dans certains départements, il a également été rencontré des problèmes de financement des médecins coordonnateurs, l'ARS indiquant ne pas avoir les fonds nécessaires au règlement de leurs indemnités. Or il est déjà difficile de trouver des psychiatres qui acceptent d'exercer cette fonction, d'abord au vu de la charge qui est déjà la leur, ensuite parce qu'il existe des inquiétudes sur la spécificité du public visé et le risque d'une mise en cause de leur responsabilité en cas de récidive pendant ou après le suivi socio-judiciaire. Il apparaîtrait à cet égard important de sécuriser les conditions de règlement des indemnités des médecins coordonnateurs.

Par ailleurs, les textes actuels du code de procédure pénale favorisent beaucoup l'injonction de soins.

En effet, au stade du jugement, dès lors que le condamné est susceptible de recevoir un traitement selon l'expertise effectuée avant-jugement, elle existe de plein droit, conformément aux dispositions de l'article 131-36-4 du code pénal.



Dans le cas contraire, par la suite, les articles 763-3 et 763-4 font une quasi-obligation au juge de l'application des peines de l'ajouter si la juridiction de jugement ne l'avait pas prévue, après avoir diligenté une nouvelle expertise qui constaterait cette fois que l'intéressé est bien susceptible de recevoir un traitement.

Or, certains condamnés sont susceptibles de recevoir un traitement psychologique par exemple, sans pour autant que l'intervention d'un psychiatre et que le dispositif plus complexe de l'injonction de soins ne soit forcément nécessaire.

On pourrait donc envisager :

- De rédiger de manière un peu plus précise le texte prévoyant les conditions de l'injonction de soins ;
- De soulager un peu la charge des médecins coordonnateurs, dont le rôle reste important dans le cadre de ce dispositif, en prévoyant la possibilité de leur adjoindre un psychologue qui pourrait assurer les rendez-vous trimestriels avec les condamnés ne nécessitant pas forcément un suivi psychiatrique, et retourner vers le médecin coordonnateur en cas de besoin.

Enfin il serait également utile d'envisager des modalités de formation systématique des experts intervenant en la matière ; une formation d'une demi-journée ou d'une journée par exemple, obligatoire avant d'être inscrit définitivement sur la liste, pour leur expliquer les différentes mesures et leur contexte juridique, et les éclairer dans la rédaction de leurs rapports.

> Sur la mise en œuvre de l'IS dès l'incarcération :

En réalité, elle a déjà d'importantes conséquences en détention et les incitations sont nombreuses. Là encore, la limite est plus souvent la disponibilité des soignants que le manque de dispositions incitatives ; et la faire débiter en détention en tant que telle, n'a pas forcément beaucoup d'intérêt, car on a déjà de quoi « sanctionner » l'absence de soins. Aller au-delà des dispositions actuelles en envisageant de faire débiter au sens strict l'injonction de soins pendant la détention poserait des problèmes juridiques puisque le suivi socio-judiciaire est suspendu pendant l'incarcération, de sorte que l'injonction de soins prendrait alors un régime autonome qui viendrait notablement complexifier la mise en œuvre du suivi socio-



judiciaire, sans plus-value particulière.

En revanche, il serait intéressant d'uniformiser les textes sur les différents aménagements de peine sous écrou, s'agissant de l'applicabilité des obligations du suivi socio-judiciaire et donc notamment de l'injonction de soins, lorsqu'elles sont en cours (763-7 et R.61-5 CPP).

Il faut également se poser la question des permissions de sortir médicales (D.143-4 CPP), qui pourrait être adaptées ou à tout le moins envisageables pour les soins psychologiques.

Pour l'heure, les permissions de sortir médicales restent largement inemployées. Elles pourraient offrir une piste pour régler la pénurie d'accès aux soins (possibilité de prévoir des consultations à l'extérieur avec un cycle de permissions de sortir). Ceci dit les structures à l'extérieur ne sont pas forcément mieux dotées en termes de nombre de soignants disponibles. Mais il pourrait être intéressant d'envisager le développement de protocoles locaux sur des fins de peines par exemple, et des gens qui sont condamnés à un suivi socio-judiciaire, pour faciliter la reprise du suivi à l'extérieur, en commençant ce suivi avant la sortie dans le cadre d'un cycle de permissions de sortir dédiées.

3. Quels sont les critères permettant d'évaluer l'opportunité de prononcer des aménagements de peine pour les AICS ? Disposez-vous de données quant à la proportion d'AICS détenus bénéficiant d'aménagements de peine, ainsi que d'éléments quant à l'efficacité de ces dispositifs sur ce public ?

Les outils d'évaluation sont complets : expertises ; le cas échéant le centre national d'évaluation, même si les délais sont très importants actuellement ; outre l'évolution en détention, dans la prise de conscience de la problématique, évaluée par le service pénitentiaire d'insertion et de probation:

Les juges de l'application des peines ne disposent en revanche pas de statistiques sur l'efficacité des aménagements de peine et de la probation et, l'on ne peut que le regretter, car cela serait très utile pour évaluer nos modèles de prise en charge et les rendre plus performants.



Cela pose plus largement la question de l'efficacité d'une sortie anticipée plutôt que sèche, qui ne concerne pas seulement les AICS, et l'ensemble des études faites en la matière aboutissent unanimement au fait qu'une sortie sans accompagnement est toujours moins efficace sur le plan de la prévention de la récidive.

Pour ce qui est plus spécifiquement des AICS, il apparaît important de souligner la nécessité d'une bonne articulation entre intérieur et extérieur, permettant une continuité sur le plan des soins. Or, pour l'heure, cette continuité semble plus relever d'initiatives locales que d'une organisation plus institutionnalisée, et cela se complique encore quand il y a un écart géographique important entre le lieu de détention et le lieu de la sortie prévisible.

Il existe à Lille et à Toulouse une initiative très intéressante, l'EMOT, qui propose aux patients sortant de prison un accompagnement personnalisé, pluridisciplinaire, centré sur leur projet de vie, avec un objectif de rétablissement. L'équipe est constituée de psychiatres, d'infirmiers, d'un éducateur, d'une assistante de service social et d'une secrétaire. L'orientation des personnes est faite par les personnels soignants travaillant en milieu pénitentiaire, plusieurs mois avant la libération effective. L'accompagnement s'effectue en binôme. Il débute alors que la personne est encore en détention et se poursuit deux à six mois après la sortie, dans une dynamique d'« aller vers » (appels téléphoniques, visites à domicile, accompagnement aux rendez-vous, liens avec les partenaires...). L'Emot sécurise ainsi le relais des soins vers les structures extérieures (centre médico-psychologique (CMP), centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa), médecin traitant...), tout en mettant en place un accompagnement socio-éducatif (vers les centres communaux d'action sociale, les structures d'hébergement, les associations d'entraide... ).

Il serait intéressant d'envisager le développement de ce type d'équipes partout en France, de manière systématique, en prévoyant par exemple leur intervention obligatoire en cas de sortie d'une personne condamnée à un suivi socio-judiciaire ?

#### ***Prise en charge à la suite de la détention***

4. Quelles sont les difficultés rencontrées par le JAP dans la prise en charge des AICS post incarcération ? L'articulation avec les



SPIP est-elle satisfaisante ? Les transmissions d'informations avec le médecin coordinateur chargé du suivi de l'éventuelle injonction de soins sont-elles suffisantes ?

D'une manière générale, la sortie de détention est toujours un moment délicat ; par ailleurs cela se double d'une autre difficulté quand l'intéressé change de ressort. Outre la question des soins ci-dessus évoquée, une bonne coordination entre services de l'application des peines, et entre milieu fermé et milieu ouvert apparaît également indispensable à la réinsertion du condamné et à la prévention de la récidive.

A cet égard, on manque d'un système fiable de repérage car il n'est pas prévu que les juges de l'application des peines soient spécifiquement avisés de la sortie prochaine d'une personne condamnée à un suivi socio-judiciaire et un loupé est vite arrivé. En outre, les textes prévoyant la notification des obligations par le juge de l'application des peines et la convocation devant lui ou devant le service pénitentiaire d'insertion et de probation ne sont pas très clairs pour favoriser la compétence du juge de l'application des peines de milieu fermé ou de celui qui assurera le suivi après la sortie, en milieu ouvert (763-7-1 et R.61 CPP)

Il pourrait donc être opportun :

- De clarifier la question de la notification des obligations par le juge de l'application des peines, en la confiant de manière claire au juge de l'application des peines de milieu fermé, avec par la suite un rendez-vous obligatoire dans le premier trimestre de la mesure devant le juge de l'application des peines de milieu ouvert afin d'évaluer la mise en place du suivi.
- De clarifier d'une manière plus générale les textes un peu épars et pas forcément toujours limpides sur l'injonction de soins et les obligations et le rôle du juge de l'application des peines en la matière (notamment 763-4 CPP)
- De renforcer le repérage de ces situations, soit par le greffe du centre pénitentiaire à l'attention du juge de l'application des peines, soit par l'équipe autour du magistrat, afin de permettre d'anticiper et de sécuriser, d'une part, la notification des obligations, et d'autre part, l'éventuel ajout d'obligations avant la sortie, souvent nécessaire mais assez difficile en l'état à anticiper.



Une autre difficulté est la question de l'information des victimes au moment de la sortie, en fin de peine ou en aménagement.

En cas d'aménagement, elles sont souvent averties car il y a souvent des interdictions de contact ou de paraître en lien avec les victimes qui sont prononcées, et qui sont en outre souvent obligatoires dans le cas de ces infractions en application de 712-16-2 al. 2 CPP.

En fin de peine, les textes sont moins clairs. S'il y a un suivi socio-judiciaire avec une interdiction de contact et/ou de paraître, il y aura une inscription au fichier des personnes recherchées et un avis à victime qui n'est cependant prévu par aucun texte pour le suivi socio-judiciaire, contrairement au sursis probatoire.

Il y a en revanche un avis prévu par le dernier alinéa de 712-16-2 CPP en fin de peine pour les victimes d'infractions visées à 706-47 CPP, mais uniquement quand elles l'ont sollicité. Or, elles sont rarement informées de cette possibilité, et ne peuvent donc pas exercer ce droit.

Une clarification de ces dispositions pourrait être opportune.

Pour ce qui est des échanges avec les médecins coordonnateurs : la transmission des informations prévues par le code de la santé publique apparaît suffisante pour leur donner les moyens d'exercer leurs missions. Il faudrait toutefois prévoir expressément la transmission du bulletin n°1 du casier judiciaire.

Pour autant, d'une manière plus générale, on manque d'un cadre institutionnel d'échanges. Il serait utile d'envisager d'insérer dans le code de procédure pénale et/ou dans le code de la santé publique des réunions périodiques, sur le modèle par exemple des commissions d'exécution des peines (« comex »), ou des conférences semestrielles, ou même en ajoutant un modèle type de Comex réservé à la question (SAP/SPIP/médecins coordonnateurs).

Les CRIAVS pourraient éventuellement jouer aussi un rôle de coordination départementale ou régionale. Cela permettrait notamment d'échanger sur le contenu de leurs rapports, ce qui en est attendu, ce qui leur paraît possible, et plus généralement, permettre une meilleure connaissance entre acteurs de terrain et favoriser leurs échanges.



5. Quelles seraient les mesures de nature à améliorer le suivi post-carcéral des AICS ? Quelle est, à cet égard, l'efficacité respective de la rétention de sûreté, de la surveillance judiciaire et du suivi socio-judiciaire (en particulier l'injonction de soins) ?

Sur les mesures permettant d'améliorer le suivi post-carcéral : la question essentielle est celle du renforcement des effectifs des SPIP, des SAP et des soignants.

Pour ce qui est de la rétention de sûreté : cette mesure est en réalité inexistante compte tenu de la date d'entrée en vigueur de la mesure, et pose de nombreuses questions à la fois juridiques, sociologiques et philosophiques, sans oublier les aspects pratiques : cf les avis du CGLPL de 2014 et 2015.

Pour ce qui est de la surveillance judiciaire et du suivi socio-judiciaire : quand les moyens sont suffisants, ce sont des mesures plutôt efficaces. Il faut toutefois les distinguer dans leur cadre juridique et au moment où elles interviennent.

Le suivi socio-judiciaire, prononcé à titre de peine par la juridiction de jugement, bénéficie à notre sens auprès des justiciables d'une meilleure acceptation que la surveillance judiciaire qui vient se rajouter en fin de peine, à des condamnés qui y sont souvent défavorables car ils trouvent cela injuste.

### **Questions générales**

6. À votre connaissance, certains pays étrangers recourent-ils à des formes d'accompagnement des AICS efficaces mais insuffisamment développées, voire inexistantes en France ? Si oui, lesquelles ?

Une récente étude canadienne a démontré une baisse de 70 % du taux de récidive en 70 ans, sur la base d'une méta analyse portant sur des milliers de cas :

The sexual recidivism drop in Canada : a meta analysis of sex offender recidivism rates over an 80 year period, criminology and public policy, février 2023, Patrick LUSSIER, Evan McCUISH, Jean Proulx, Stéphanie CHOUINARD THIVIERGE et Julien FRECHETTE



Elle est citée et commentée dans « Ces hommes parmi nous, soigner les auteurs de violences sexuelles » Gabrielle ARENA, Caroline LEGENDRE, Gaëlle SAINT-JAMES, 2023

Il en ressort qu'entre 1940 et 1979, le taux de récidive s'élevait autour de 23% alors qu'il est tombé à 7% de nos jours.

Les auteurs estiment que cette amélioration peut s'expliquer par l'amélioration des connaissances sur la délinquance sexuelle et la formation des acteurs.

7. De la même manière, avez-vous eu connaissance d'expérimentations ou de pratiques locales qui ont apporté des résultats probants en matière d'application des peines, et qui pourraient gagner à être généralisées ?

A Lyon, la consultation de psychiatrie légale au Vinatier a un accueil privilégié des AICS, et le service de l'application des peines est lié à ce service (notamment par le partenariat du tribunal judiciaire de Lyon de Justice résolutive de problème mis en place depuis 2017).

A Melun un projet est en cours sur la prise en charge des détenus AICS vieillissants ou handicapés.

A Fresnes, un dispositif de prise en charge des AVS dans un quartier spécifique sur 6 mois avec prise en charge individuelle et collective a été mis en place, sans évaluation pour l'heure.

Des expériences de justice restaurative (à Caen et ailleurs) donnent de bons résultats.

8. Avez-vous d'autres remarques, recommandations ou observations ?

L'ANJAP propose également de :

- simplifier le régime des expertises pour répondre à la désertification en matière de psychiatrie :

\* en permettant que dans certains cas (par exemple lors d'une PS collective ou d'un cycle de PS qui s'est bien déroulé avec une expertise psychiatrique qui arrive au bout des deux ans) on puisse recourir à un psychologue uniquement plutôt qu'à un psychiatre



\* en lançant une expérimentation de la visio-conférence dans le champ de l'expertise, ce qui existe déjà pour des consultations de spécialisées.

- Permettre les permissions de sortir pour les personnes condamnées à la réclusion criminelle à perpétuité, après un temps d'épreuve déterminé par exemple ; car au vu des textes, ces personnes ont également vocation à sortir et il est souvent très tardif de ne pouvoir tester le cadre qu'une fois la libération conditionnelle accordée, et plus difficile aussi de préparer la sortie. en dehors de la libération conditionnelle.

- Mieux anticiper la sortie des AICS, qui ont une vocation « naturelle » à vieillir en détention (rappel : pour l'OMS on est vieux à partir de 50 ans en prison), en cas de détérioration de leurs facultés (problématique EHPAD et du lien pouvant être fait entre soignants dans l'établissement, et établissements de soins pouvant héberger des patients relevant de la suspension de peine de 721-1-1 par exemple).

- Envisager que la durée du SSJ ne soit pas déterminée définitivement par la Cour d'Assises ou la CCD en cas de peine de réclusion supérieure à un certain seuil, mais qu'elle fixe seulement un maximum qui pourrait être diminué par le TAP par exemple en fin de peine, afin de l'adapter à l'évolution qui a eu lieu ou non en détention sur le plan des soins. Cela pourrait permettre de valoriser l'investissement dans les soins en détention et donc de mieux préparer la sortie sur ce point, et d'éviter aussi d'emboliser les médecins/psychologues avec des suivis très longs qui au moment de la sortie de détention ne seraient pas forcément nécessaires sur une aussi longue période.

- prévoir un circuit d'information clair et précis impliquant préfecture, juge des libertés et de la détention, juge de l'application des peines et service pénitentiaire d'insertion et de probation, en cas de placement en centre de rétention administrative d'une personne condamnée à un suivi socio-judiciaire lorsqu'elle sort de détention (et au moins une convocation devant le service pénitentiaire d'insertion et de probation à la sortie du centre de rétention, qui y serait remise).