



HAL
open science

**Les personnes placées sous main de justice, suivies en
injonction de soins, présentent-elles un trouble
psychiatrique? Étude quantitative et qualitative des
mesures d'injonction de soins prononcées en avril 2017
en Languedoc-Roussillon**

Mathilde Ferra

► **To cite this version:**

Mathilde Ferra. Les personnes placées sous main de justice, suivies en injonction de soins, présentent-elles un trouble psychiatrique? Étude quantitative et qualitative des mesures d'injonction de soins prononcées en avril 2017 en Languedoc-Roussillon. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02967181

HAL Id: dumas-02967181

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02967181>

Submitted on 14 Oct 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER-NÎMES

THÈSE

en vue d'obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement par
Mathilde FERRA

le 4 avril 2018

TITRE :

**Les Personnes Placées Sous Main de Justice, suivies en
injonction de soins, présentent-elles un trouble psychiatrique ?
Etude quantitative et qualitative des mesures d'injonction de
soins prononcées en avril 2017 en Languedoc-Roussillon.**

Directeur de thèse : Dr Mathieu LACAMBRE

JURY

Président : Monsieur le Professeur Philippe COURTET
Assesseurs : Monsieur le Professeur Sébastien GUILLAUME
Madame le Docteur Emilie OLIÉ
Monsieur le Docteur Mathieu LACAMBRE
Membre invité : Madame Anne PONSEILLE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER-NÎMES

THÈSE

en vue d'obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement par
Mathilde FERRA

le 4 avril 2018

TITRE :

**Les Personnes Placées Sous Main de Justice, suivies en
injonction de soins, présentent-elles un trouble psychiatrique ?
Etude quantitative et qualitative des mesures d'injonction de
soins prononcées en avril 2017 en Languedoc-Roussillon.**

Directeur de thèse : Dr Mathieu LACAMBRE

JURY

Président : Monsieur le Professeur Philippe COURTET
Assesseurs : Monsieur le Professeur Sébastien GUILLAUME
Madame le Docteur Emilie OLIÉ
Monsieur le Docteur Mathieu LACAMBRE
Membre invité : Madame Anne PONSEILLE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	DIMEGLIO Alain	MEYNADIER Jean
ALRIC Robert	DU CAILAR Jacques	MICHEL François-Bernard
ARNAUD Bernard	DUBOIS Jean Bernard	MICHEL Henri
ASTRUC Jacques	DUMAS Robert	MION Charles
AUSSILLOUX Charles	DUMAZER Romain	MION Henri
AVEROUS Michel	ECHENNE Bernard	MIRO Luis
AYRAL Guy	FABRE Serge	NAVARRO Maurice
BAILLAT Xavier	FREREBEAU Philippe	NAVRATIL Henri
BALDET Pierre	GALIFER René Benoît	OTHONIEL Jacques
BALDY-MOULINIER Michel	GODLEWSKI Guilhem	PAGES Michel
BALMES Jean-Louis	GRASSET Daniel	PEGURET Claude
BALMES Pierre	GROLLEAU-RAOUX Robert	POUGET Régis
BANSARD Nicole	GUILHOU Jean-Jacques	PUECH Paul
BAYLET René	HERTAULT Jean	PUJOL Henri
BILLIARD Michel	HUMEAU Claude	PUJOL Rémy
BLARD Jean-Marie	JAFFIOL Claude	RABISCHONG Pierre
BLAYAC Jean Pierre	JANBON Charles	RAMUZ Michel
BLOTMAN Francis	JANBON François	RIEU Daniel
BONNEL François	JARRY Daniel	RIOUX Jean-Antoine
BOUDET Charles	JOYEUX Henri	ROCHFORT Henri
BOURGEOIS Jean-Marie	LAFFARGUE François	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BRUEL Jean Michel	LALLEMANT Jean Gabriel	SAINT AUBERT Bernard
BUREAU Jean-Paul	LAMARQUE Jean-Louis	SANCHO-GARNIER Hélène
BRUNEL Michel	LAPEYRIE Henri	SANY Jacques
CALLIS Albert	LESBROS Daniel	SENAC Jean-Paul
CANAUD Bernard	LOPEZ François Michel	SERRE Arlette
CASTELNAU Didier	LORIOT Jean	SIMON Lucien
CHAPTAL Paul-André	LOUBATIERES Marie Madeleine	SOLASSOL Claude
CIURANA Albert-Jean	MAGNAN DE BORNIER Bernard	THEVENET André
CLOT Jacques	MARY Henri	VIDAL Jacques
D'ATHIS Françoise	MATHIEU-DAUDE Pierre	VISIÉ Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	MILLAT Bertrand
BLANC François	MARES Pierre
BOULENGER Jean-Philippe	MONNIER Louis
BOURREL Gérard	PRAT Dominique
BRINGER Jacques	PRATLONG Francine
CLAUSTRES Mireille	PREFAUT Christian
DAURES Jean-Pierre	PUJOL Rémy
DAUZAT Michel	ROSSI Michel
DEDET Jean-Pierre	SULTAN Charles
ELEDJAM Jean-Jacques	TOUCHON Jacques
GUERRIER Bernard	VOISIN Michel
JOURDAN Jacques	ZANCA Michel
MAURY Michèle	

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire) BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe - Neurochirurgie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick - Cardiologie
MOURAD Georges-Néphrologie
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie
DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie -
FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-
Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophthalmologie
DE VOS John-Cytologie et histologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétiq ue
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice-Physiologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
MOREL Jacques -Rhumatologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PRUDHOMME Michel-Anatomie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation

SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIÉ Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

Générale DAVID Michel

RAMBAUD Jacques

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénérologie)

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
STOEBNER Pierre -Dermato-vénérologie

MCU-PH de 1^{re} classe

ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LE QUINTREC Moglie-Néphrologie
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie
BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

COSTA David
FOLCO-LOGNOS Béatrice

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard
GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SEGURET Pierre

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences

BERNEX Florence - Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire

DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques

LAINÉ Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé

LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de

santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et

technologies pharmaceutiques

MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques

MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences

MOUTOT Gilles - Philosophie

PASSERIEUX Emilie - Physiologie

RAMIREZ Jean-Marie - Histologie

TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie

BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

FAILLIE Jean-Luc-

Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique

HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie

HERRERO Astrid-Chirurgie générale

PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ;

addictologie
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

« Je n'accepte plus les choses que je ne peux pas changer. Je change les choses que je ne peux pas accepter. »

Angela Davis

À mes parents

REMERCIEMENTS

- **Aux membres du jury :**

Au président du jury, le Professeur Philippe COURTET :

Je vous remercie pour l'enseignement que vous nous accordez depuis le début de mes études de médecine et pour votre soutien. Je vous remercie d'avoir accepté d'être le président de mon jury de thèse en ce jour particulièrement important à mes yeux. J'espère être digne de la confiance que vous m'accordez.

Au Professeur Sébastien GUILLAUME :

Je te remercie d'apporter ton analyse fine à propos de ce travail de thèse et pour ta gentillesse en toute épreuve durant mon cursus d'étudiant en médecine.

Au Docteur Emilie OLIE :

Merci à toi pour l'enseignement que tu m'as apporté, pour ta disponibilité et la confiance que tu m'as accordée. Je suis heureuse que tu ais accepté d'évaluer ce travail en étant membre du jury de ma thèse.

A Madame Anne PONSEILLE, Maître de Conférences en Droit :

Je vous remercie d'avoir accepté d'apporter votre éclairage d'une si grande qualité en matière de droit. C'est un honneur pour moi que soyez présente au sein de mon jury de thèse.

A mon directeur de thèse, le Docteur Mathieu LACAMBRE :

Je te remercie de m'avoir fait l'honneur d'être mon directeur de thèse. Merci pour ton soutien, ta disponibilité en tout moment, ton exigence et ton analyse toujours juste. J'espère être à la hauteur de la confiance que tu m'as accordée.

- **Aux acteurs de ce projet :**

Je tiens à remercier le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation en milieu ouvert de l'Hérault, les Conseillers Pénitentiaires d'Insertion et de Probation qui m'ont apporté leur aide précieuse dans la réalisation de ce travail. Vous avez été très accueillants et professionnels. Je remercie Mathilde MOUROT, psychologue du SPIP de l'Hérault, pour sa précieuse aide dans le recueil de données de ce travail et pour sa gentillesse. Je remercie l'équipe du CRIAVS-LR, le Docteur Cyril MANZANERA, Magali TEILLARD et Cindy PRUDHOMME pour votre gentillesse et votre disponibilité. Je tiens à remercier les experts psychiatres et les magistrats qui ont accepté de prendre de leur temps pour répondre à mes questionnaires. Je remercie également vivement les

différents acteurs de ce projet tels que les membres de l'ONDRP (notamment Aurélien LANGLADE), de la FF-CRIAVS et les chargés de collecte.

- **A ceux que la psychiatrie m'a permis de rencontrer :**

Aux chefs qui m'ont tant transmis durant ces années d'étude : je vous remercie d'avoir partagé une partie de vos riches connaissances et de votre sens clinique au cours de mes stages ou au fil de mes gardes. Merci aux Drs Radu FLOREA, Cyril MANZANERA, Céline BAÏS, Françoise CAUSSE-VERSAVEAU, Emile AGUILAR, Fanny MOLIERE, Magali SEYLLER, Marie BRITTNER, Aurélie SCHANDRIN, Emilie OLIE, Maria POP, Ioana DRAGONU, Olia BOUKHEZRA, Jérôme ATTAL, Déborah DUCASSE, Emmanuelle AUBERT, Hélène HO QUOC, Eric DEIFTS, Hélène DENIS, Elodie COURTABESSIS.

A l'équipe du SMPR : je vous remercie de m'avoir fait découvrir le monde carcéral sous son meilleur jour et de m'avoir donné l'envie de travailler dans le domaine de la psychiatrie légale. J'ai adoré travailler au sein de cette équipe en tant que jeune interne. Merci au Dr SAUT, au Dr BOURGE, au Dr QUENNEHEN, au Dr BARON-LAFORET, au Dr THOMAZEAU et au Dr PECASTAING pour le riche enseignement que vous m'avez apporté. Merci aux infirmiers, sans oublier les deux Karine pour votre gentillesse et votre bonne humeur à toute épreuve.

A l'équipe d'Euzières : merci pour ces six mois de stage si riches et les soirées qui ont suivi. Merci à l'équipe infirmière : Laetitia, Emilien, Thomas, Anne-Claire, Vincent, Jérémy, Olivia, Mathilde et tous les autres. Je remercie le Dr Aguilar pour son enseignement, d'avoir partagé avec nous une partie de sa sémiologie et de son analyse clinique. A ma chère co-interne Anne-Claire : ce semestre n'aurait pas été le même si tu n'avais pas été là, tu as un grand cœur associé à un fort caractère qui font de toi une personne unique.

Aux équipes de l'UPUP et du CEB : à l'équipe infirmière, merci pour votre gentillesse, votre humanité et votre tolérance. A mes co-internes : Dimitri et Justine, pour avoir rendu ce stage agréable par votre présence, ça a été un plaisir de partager ces moments avec vous. Merci à Lucile pour ta justesse et ta disponibilité, à Olia pour ton soutien et à Emilie pour ton enseignement et ton dynamisme. Merci aux secrétaires pour votre gentillesse et votre disponibilité.

A l'équipe de Peyre Plantade : à Vincent et à Fanny pour m'avoir fait découvrir le monde de la pédopsychiatrie. Merci pour vos conseils et vos encouragements durant cette année. Merci à l'équipe infirmière, aux psychologues, psychomotriciens, orthophonistes de m'avoir soutenue pour tenter d'apporter mon aide aux enfants et adolescents.

Aux équipes de VLM, du CRIAVS-LR et de l'USIP : merci de faire que chaque jour de ce stage est unique, pour votre énergie et votre gentillesse. Merci à toute l'équipe de l'USIP pour votre dynamisme et pour votre confiance. Merci au Dr Fadi Meroueh, aux infirmières, à Henri pour ton accueil, à Magali, Pauline et Nelly pour vos mots, à Indiana pour ta spontanéité, à Elsa pour ta douceur, à Florent pour tes blagues décalées, à Jérémy, à Adrien pour ton rire, à Camille pour ta gentillesse, à la pharma pour votre énergie, à Marie et Sandrine pour vos sourires, à toute l'équipe pour leur disponibilité.

A ma chère promo : merci pour ces quatre années partagées, pour avoir rendu ces études plus agréables. A Dimitri et Mélanie, pour votre accueil et votre gentillesse en tout moment, pour me

faire rire et pour être un aussi beau couple. Mélanie, merci pour ton écoute, ta gentillesse inégalée, ta générosité et ton amour pour les chats. Dimitri, merci d'être toujours disponible, pour ce début d'internat à Montpellier ensemble où tout a commencé, pour tes talents de commercial. A Loïc, pour ton humour, ton sourire, ta gentillesse, ton courage et ta générosité. A Manue : merci de me comprendre, pour ton dixième degré et pour ton soutien. A Mehdi : pour ta disponibilité, pour Paris, pour ta capacité à être triathlète en même temps qu'être médecin, pour avoir partagé l'aventure du CNIPSY. A Thibault : merci pour ton énergie, ta gentillesse, les soirées partagées et ta capacité à me pousser à travailler quand je n'en ai pas envie. A Charly, pour ta capacité à faire des discours émouvants. A Justine M, pour ton intelligence, ta gentillesse et ce stage partagé à tes côtés. A Estelle, merci pour la justesse de tes mots et ta générosité. A Aurore : pour ta douceur, ta discrétion, ton intelligence fine, ton accueil et tes prouesses au cirque. A Emma, pour ta sensibilité, ta gentillesse, tes robes toujours choisies avec goût, ta simplicité. A Justine L, pour tes mots, tes convictions, ton amour du voyage et ta générosité. A Anne, pour avoir eu la bonne idée de rejoindre la promo, pour ton humour et pour ta gentillesse. A Elisa, pour ta douceur.

A ceux qui ont partagé l'aventure du CNIPSY : merci pour ces moments riches en échange, en philosophie et en psychiatrie au-delà des frontières. Merci de ne pas m'en avoir voulu d'avoir proposé la ville de Montpellier ce jour-là.

Aux promos « du dessus » :

A Myrtille, merci pour ta générosité, tes « drinks », ton charisme et ta capacité à réunir. A Alex, pour ton humour fin et ta poésie. A Ismaël, pour ton intelligence et ta gentillesse. A Ismaïl, pour ton humour et ta générosité. A Marina, merci pour ta spontanéité, ta franchise et ta disponibilité. A Chloé, pour réussir à tout gérer d'une main de maître et pour ta générosité. A Mathieu, merci pour ton sourire, ton écoute et la gentillesse de tes mots. A Guillaume, pour ton rire inégalé. A Nico, pour ton indignation. A Sylvain, pour ta générosité. A Cyrielle, pour ton humour et ton écoute. A Antoine, parce que ta gentillesse nous manquera.

A Elsa, pour ta douceur et ton écoute. A Nadia, merci pour ta générosité et ton sourire. A Alix, pour ta naturelle gentillesse. A Anis, pour ta gentillesse et tes disparitions furtives. A Clarence, pour ton humour et ton amour de la pédopsy. A Mary, pour ta spontanéité et ta générosité. A Fred, pour ta gentillesse.

Aux promos « du dessous » :

A Ali : merci pour ton intelligence fine, ton humour sarcastique et ta gentillesse. A Estelle, pour ton sourire, ta spontanéité et nos soirées danse. A Clémentine E, pour nos multiples soirées danse, à quand ton retour aux soirées kizomba ? A Bruno, pour ta gentillesse, ton humour et ton addiction aux écrans. A Loïc, pour ton sourire radieux en toute épreuve et ta générosité. A Clémentine H, pour ta douceur et ta motivation. A Margaux, pour notre amour commun de la psychiatrie légale. A Manu, pour ton courage et ton énergie débordante. A Audrey, pour ton sourire et ta gentillesse. A Carole, pour ton énergie, ta générosité et tes chants. A Blandine, pour la justesse de tes mots. A Aurore, pour ta gentillesse et ton dévouement pour l'Afrique de l'Ouest. A Camille, Edith, Lucile, Charlotte, Manon, Olivier, Clara et Cléo. Aux « bébés psys » : à Raphaël,

Yohan et Jean pour ce semestre à l'UPUP où j'ai fait votre rencontre. A Chris, Charles, Jacques et Marion, pour être l'avenir de la psychiatrie.

- **A mes amis :**

A ma Cilou : on se connaît depuis nos trois ans, on a grandi ensemble comme des sœurs, tout partagé. Tu n'es jamais loin dans mon esprit malgré la distance géographique. Merci d'avoir toujours été présente, pour ton intelligence, la justesse de tes mots, ton caractère et ta sensibilité. Je t'aime.

Merci à ta famille de m'avoir donnée l'impression de faire partie des vôtres depuis mon enfance. Je suis heureuse que vous puissiez être présents en ce jour.

A Vincent : merci d'être toujours là, de me supporter malgré tout, pour nos débats toujours riches (même si j'ai toujours raison, à la fin) et d'être toi.

A Manue, Alice, Marie et Cyrielle :

Merci pour ce fameux stage de D2, les « blind-test », les potins, vos rires, les week-ends en Lozère et bien d'autres moments. Manue, merci d'être venue me parler en P2, pour ces nombreuses soirées, ces discussions, ces moments partagés, ton humour décalé ; tu es devenue une véritable amie. Alice, merci pour ta personnalité, ta sensibilité, nos discussions interminables, d'être toi. Je n'oublierai jamais ce voyage en Asie avec vous : Luang-Prabang, le passage de la frontière où on n'y croyait plus, la rencontre de Ben. Cyrielle, merci de me faire sourire juste par ta présence. Marie, merci pour ton humour et ton énergie. Hâte de se faire un nouveau week-end entre filles !

A Ismaa : pour nos longues discussions à refaire le monde, les soirées sushis et les week-ends à deux. Merci pour ton écoute, ta sensibilité, tes conseils toujours justes. Depuis ce début d'externat, on en a partagé des moments et nous en aurons encore bien d'autres à partager je l'espère. A ce voyage que l'on doit se faire !

A mes amis depuis le lycée :

A Johanna : merci d'être venue te présenter devant le Clos Banet. J'admire ta créativité, ta sensibilité et ta façon de toujours aller plus loin malgré les épreuves. Après toutes ces années, merci d'être restée la même personne, une amie aussi fidèle.

A Ingrid : pour ton humour, ta capacité à être toujours motivée, ta gentillesse et ton sourire communicatif. Aux après-midi piscine et ping-pong dans ton jardin, aux week-ends à Pola, à tes cours de guitare, à nos soirées bachata et bien d'autres à venir.

A Floriane : pour s'être donné rendez-vous dans dix ans, pour ta gentillesse, ton rire, pour nos soirées lycée, pour l'incroyable femme et la maman que tu es devenue.

A Marie : merci pour ta douceur, de donner le sourire par ta présence, pour ta gentillesse. Merci de mettre au monde tous ces petits êtres.

A Maxime : merci pour ton intelligence, aux soirées partagées, pour tes mots et ton humour fin ; c'est toujours un plaisir de te voir après toutes ces années.

A Prisc : merci d'être toujours présente, pour ton énergie unique, pour nos nombreuses soirées, pour ta générosité à toute épreuve. Merci d'être là aujourd'hui.

A Ophélie et Dodo : pour partager cette passion de la danse, pour nos soirées, merci d'être toujours aussi motivées. Au waacking, au raggajam, à l'afro et maintenant à la bachata ! Merci d'être des bulles de bonheur.

A Guillaume : j'aurais aimé que tu sois là, sache que je ne t'oublie pas. Tu peux être fier de tes frères Romain et Benjamin qui ont tout autant de qualités que toi.

A Victor : je suis heureuse de t'avoir retrouvé. Merci d'être présent aujourd'hui.

- **A ma chère famille :**

A mes parents :

A ma chère Maman : je te remercie pour tout ce que tu as fait pour nous. Tu m'as toujours encouragée dans mes études et m'a poussée à essayer de devenir une femme libre et indépendante. Tu as toujours été très courageuse et j'admire cela. Merci de m'avoir transmis ton goût pour le voyage, l'amour de la musique et ta sensibilité, entre autres. Merci d'avoir toujours cru en moi. En ce jour particulier, j'aurai une très grande pensée pour toi en espérant pouvoir te rendre fière.

A mon cher Papa : je te remercie de m'avoir élevée ainsi, pour ton écoute et tes mots toujours justes. Merci d'avoir toujours été disponible pour répondre à mes questions avec une intelligence que j'ai toujours admirée. Merci pour les combats que tu mènes, pour ta sensibilité, de m'avoir toujours encouragée, d'avoir été un exemple, pour tes idées souvent tranchées que tu défends si bien. Merci à Sophie pour participer au bonheur de mon père, pour ton écoute et ta gentillesse, pour avoir participé à la réalisation d'un voyage inoubliable en Amérique latine.

Avec tout mon amour.

A mes frères et sœur :

A Laurent, l'aîné de la fratrie. Merci pour les débats interminables que l'on a depuis toujours même si l'on n'est pas toujours d'accord. J'aime ta force de conviction, ta détermination, la passion avec laquelle tu fais tes combats de boxe. Je ne te souhaite que du bonheur avec Baija ; merci d'avoir mis au monde mes deux petites nièces Jasmine et Kamélia.

A Didier alias Didou : je suis heureuse de t'avoir comme frère. Petite, je t'ai toujours suivi partout ; merci pour ta sensibilité, de réussir à me faire rire en toutes circonstances, pour ton écoute. Merci de m'envoyer dès que tu y penses des musiques ou des films qui me permettent de m'évader. J'espère pouvoir t'entendre chanter ce soir. Je te souhaite tout le bonheur possible avec Kyllian.

A ma petite sœur Nadège : tu es mon « moi miniature ». Merci de réussir à me comprendre en toutes circonstances à travers un regard, de réussir à m'apaiser par ta présence, d'être la meilleure version de moi-même. Je suis fière de toi, ma chérie. Je te souhaite le meilleur avec Paco, de rester courageuse dans tes études car crois-moi, les études de médecine sont bien longues ! Ne t'inquiète pas, tu y arriveras.

A Papy et Mamie : je vous remercie de permettre des retrouvailles familiales régulières, avec des anecdotes toujours intéressantes. Merci pour vos conseils et vos encouragements.

A Pépé Konan : je te remercie de m'avoir transmis l'amour de la médecine à travers Maman qui a toujours été très fière de toi. Merci de m'avoir appris quelques mots de baoulé, de la prestance que tu dégageais. J'aurais aimé mieux te connaître.

A Mémé Cécile : merci de m'avoir toujours bien accueillie quand je suis venue chez toi et de m'avoir fait découvrir la Côte d'Ivoire. J'espère te voir bientôt.

A tonton Hugues et tonton Jean-Michel : merci pour votre courage, j'aurais aimé avoir le temps de mieux vous connaître.

A la famille « Farjon-N'da » : mes cousins, Sarah, Gaël, Lionel et Sabaya, on a grandi ensemble et je vous considère un peu comme mes frères et sœurs. Merci pour toutes ces vacances partagées, pour ces Noël, pour ces films d'horreur regardés dans le sous-sol au Canada, pour ces débats, pour être ce que vous êtes. Merci à Jeff, Sandra et Hanane de vous rendre heureux. Merci d'avoir mis au monde ces magnifiques enfants : à Malia, Darek, Noah, Mahely, Kiam, Raïs et la petite dernière en devenir. Sabaya, ma couz : on est née la même année et on a presque tout vécu ensemble, même si tu es partie à des milliers de kms au Canada. Tu me connais mieux que personne, merci de me comprendre si bien et d'être présente et à l'écoute à tout moment. Je t'aime.

A tata Adèle : merci de m'avoir permis de grandir avec mes cousins grâce au si beau lien qui existe entre Maman et toi. Je te remercie de toujours bien m'accueillir, de n'oublier aucun de mes anniversaires, d'avoir toujours autant d'énergie et de courage. Je te souhaite tout le bonheur avec Jean-Michel.

A tonton « Cesco » : merci pour tes mots, tes morceaux de guitare joués, ton humour, ton intelligence et tes tours de magie. Même loin, tu restes présent pour moi.

A Patrick et Laurence, je vous remercie d'être présents aujourd'hui et pour votre accueil lorsque je viens à Fabrègues.

A mes chers cousins : Arnaud, Marlène, Lilou et Valentine. Merci pour votre gentillesse. Merci pour les beaux enfants que vous avez fait naître au sein de cette famille. Merci à Maria et Carlos pour votre énergie positive.

A Sophie : merci de ta gentillesse depuis mon enfance et d'être présente aujourd'hui.

A Denis, je te remercie pour ton exigence et la justesse de tes mots. A mes chers cousins, Elise et Joachim, merci d'être présents.

A Mathias : merci d'être présent depuis presque huit ans dans ma vie. Merci pour ton écoute, ton soutien, ta personnalité passionnée et artistique, ta générosité. Je te remercie de m'avoir accompagnée, rassurée, d'avoir grandi à mes côtés et de m'avoir répété que j'y arriverais. Malgré tout, « je te vois ».

A la danse : merci à mes professeurs de m'avoir appris à m'exprimer à travers la danse depuis l'enfance, de m'avoir permis de découvrir cet art qui a la capacité de remplacer les mots en ne faisant qu'un avec la musique ainsi qu'à mes partenaires de danse de me permettre de partager cette passion avec vous.

A ceux que j'ai oubliés, je m'en excuse.

SOMMAIRE

LISTE DES FIGURES, TABLEAUX ET ANNEXES	21
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	23
INTRODUCTION	24
PREMIERE PARTIE : PARTIE THEORIQUE	26
INTRODUCTION DE LA PREMIERE PARTIE.....	26
I – La mise en place du dispositif légal de l’injonction de soins	27
1) Contexte.....	27
2) Définition de l’injonction de soins	28
a. Les Soins Pénalement Ordonnés	28
b. Distinction entre l’obligation de soins et l’injonction de soins.....	29
c. Notion de consentement.....	30
3) Evolution de son application.....	31
a. Le champ d’application de l’injonction de soins.....	31
b. Le suivi socio-judiciaire	32
c. Infractions concernées par la mesure d’injonction de soins	33
i. Dans le cadre du suivi socio-judiciaire.....	33
ii. En dehors du cadre du suivi socio-judiciaire : les autres cadres légaux.....	35
II- La prise en charge de la personne soumise à une injonction de soins	38
1) Le prononcé de l’injonction de soins	38
2) Les soins psychiatriques en milieu pénitentiaire	39
a. L’incitation aux soins.....	39
b. Soins et réduction de peine	39
3) La nécessaire jonction entre milieu fermé et milieu ouvert	40
4) Les acteurs de la mesure.....	41
a. Le Juge d’Application des Peines (JAP)	41
b. Le Service Pénitentiaire d’Insertion et de Probation (SPIP).....	42
c. Le médecin coordonnateur.....	42
d. Le médecin traitant ou le psychologue traitant.....	43
5) La fin de la mesure	44
III- La prévention de la récidive et la place de l’expertise psychiatrique dans le dispositif d’injonction de soins	46
1) Les modèles issus de la criminologie	46
a. Définition de la récidive	46
b. Générations de modèles d’évaluation du risque de récidive	47
c. Modèle Goodlives.....	49
d. Modèle RBR « Risque-Besoins-Réceptivité »	49
e. La désistance.....	51
2) Les modèles de dangerosité.....	51
a. Le concept de dangerosité.....	51
b. La dangerosité criminologique	52
c. La dangerosité psychiatrique.....	53
3) L’expertise psychiatrique et l’évaluation dans le dispositif de l’injonction de soins	54
a. L’expertise psychiatrique pénale	54

b.	Les temps de l'expertise pénale :	54
i.	L'expertise de garde-à-vue	54
ii.	L'expertise pré-sentencielle	55
iii.	L'expertise post-sentencielle.....	55
c.	La décision prise par le magistrat	56
CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE.....		58
DEUXIEME PARTIE : PARTIE EXPERIMENTALE		60
I-	Evaluation quantitative : Etude « ELIS » (Etats des lieux de l'injonction de soins)	60
1)	Etude ELIS : étude nationale	60
a.	Introduction	60
b.	Objectifs.....	61
c.	Méthode	63
d.	Résultats	69
2)	Etude ELIS : en Languedoc-Roussillon	73
a.	Introduction	73
b.	Objectifs.....	73
c.	Méthode	73
d.	Résultats	74
3)	Conclusion de l'évaluation quantitative.....	80
II-	Evaluation qualitative : questionnaires à destination des magistrats et des experts psychiatres concernés par la mesure d'injonction de soins	82
1)	Introduction	82
2)	Méthode	82
3)	Résultats.....	83
a.	Questionnaire à destination des magistrats	83
i.	Présentation	83
ii.	Résultats.....	83
b.	Questionnaire à destination des experts psychiatres.....	89
i.	Présentation	89
ii.	Résultats.....	89
4)	Conclusion de l'évaluation qualitative	95
III –	Illustration clinique.....	96
1)	Dossier de soins au CRIAVS-LR de Monsieur B.....	96
2)	Données expertales.....	99
3)	Commentaire	106
IV-	Synthèse/Discussion : les PPSMJ condamnées à une injonction de soins présentent-elles un trouble psychiatrique ?	107
CONCLUSION		109
BIBLIOGRAPHIE		111
ANNEXES.....		116
SERMENT		133
PERMIS D'IMPRIMER		134

LISTE DES FIGURES, TABLEAUX ET ANNEXES

- FIGURES :

- Figure 1 : le suivi d'une personne placée sous main de justice en injonction de soins, une relation triangulaire.....p.44
- Figure 2 : Répartition des PPSMJ par genre.....p.73
- Figure 3 : Personnes incarcérées avant la condamnation à une injonction de soins.....p.74
- Figure 4 : Répartition des nationalités des PPSMJ.....p.75
- Figure 5 : Etat civil de la PPSMJ au moment des faits impliqués dans la condamnation à une IS.....p.76
- Figure 6 : Présence d'un trouble psychiatrique chez les PPSMJ condamnées à une injonction de soins.....p.77

- TABLEAUX :

- Tableau 1 : Tableau comparatif entre obligation et injonction de soins du « guide de l'injonction de soins » (Ministère de la Santé et des Sports, Ministère de la Justice).....p.30
- Tableau 2 : Tableau synthétique du suivi socio-judiciaire du « guide de l'injonction de soins » (Ministère de la Santé et des Sports, Ministère de la Justice).....p.33
- Tableau 3 : Sexe des personnes placées sous main de justice.....p.73
- Tableau 4 : Répartition des nationalités des PPSMJ suivies en injonction de soins.....p.75
- Tableau 5 : Diagnostic psychiatrique (selon le DSM-5) parmi les PPSMJ suivies en injonction de soins présentant un trouble psychiatrique.....p.77

- ANNEXES :
 - Annexe 1 : Tableau récapitulatif de l'étude ELIS en région Languedoc-Roussillon.....p.114
 - Annexe 2 : Courrier d'autorisation de l'étude ELIS au niveau national par le directeur de l'administration pénitentiaire.....p.115
 - Annexe 3 : Demande d'autorisation CNIL.....p.116
 - Annexe 4 : Questionnaire à destination des experts psychiatres.....p.125
 - Annexe 5 : Questionnaire à destination des magistrats.....p.126
 - Annexe 6 : Grille d'analyse utilisée pour le recueil de données de l'étude ELIS.....p.127

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

AAH = Allocation Adulte Handicapé

AAS = Auteur d'Agression Sexuelle

AICS = Auteur d'Infraction à Caractère Sexuel

ARTAAS = Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Agressions Sexuelles

AVS = Auteur de Violence Sexuelle

CIP = Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

DSM-5 = 5^{ème} édition du « Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders »

ELIS = Etat des Lieux de l'Injonction de Soins

FF-CRIAVS = Fédération française des Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles

FIJAIS = Fichier Judiciaire National des Auteurs d'Infractions Sexuelles

IGAS = Inspection Générale des Affaires Sociales

IGSJ = Inspection Générale des Services Judiciaires

IS = Injonction de Soins

JAP = Juge de l'Application des Peines

ONDRP = Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales

PPSMJ = Personne Placée Sous Main de Justice

RBR = Risque, Besoins, Réceptivité

SME = Sursis avec Mise à l'Epreuve

SMPR = Service Médico-Psychologique Régional

SPIP = Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

SPO = Soins Pénalement Ordonnés

SSJ = Suivi Socio-Judiciaire

TGI = Tribunal de Grande Instance

UCSA = Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires

US = Unité Sanitaire

INTRODUCTION

Le dispositif d'injonction de soins a été créé par la loi du 17 juin 1998 relative à la répression des infractions sexuelles et à la protection des mineurs. Il est apparu dans un contexte socio-historique particulier qu'il est important de comprendre pour appréhender la mesure d'injonction de soins.

Il s'agit d'un des trois Soins Pénalement Ordonnés (SPO) avec l'obligation de soins (créée en 1958) et l'injonction thérapeutique (créée en 1970). Les SPO sont des mesures prononcées par la Justice contre des auteurs d'infractions responsables de leurs actes, dispensés en milieu ouvert. Il s'agit d'appréhender les liens complexes qui peuvent exister entre la Psychiatrie et la Justice pour prendre en charge au mieux la personne placée sous main de justice ou patient.

L'étude ELIS, signifiant «Etat des Lieux de l'Injonction de Soins », est une étude nationale à partir de laquelle nous réalisons un focus en région Languedoc-Roussillon. L'objectif principal est de dresser un état des lieux statistique quantitatif de ce qu'est l'injonction de soins, vingt ans après la création de cette mesure.

Ainsi, une collecte de données est réalisée au sein du SPIP (Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation) de l'Hérault, à l'Antenne de Montpellier et à l'Antenne de Béziers, ainsi qu'au SPIP de Perpignan. Cette collecte de données anonymisées a pour but d'obtenir des variables correspondant à quatre catégories de caractéristiques :

- Les caractéristiques de la personne placée sous-main de justice (PPSMJ)
- Les caractéristiques du/des faits ayant conduit à l'injonction de soins
- Les caractéristiques de la peine amenant l'injonction de soins
- Les caractéristiques du suivi de la PPSMJ

Nous nous sommes intéressés à la problématique suivante : les Personnes Placées Sous Main de Justice suivies en injonction de soins, présentent-elles un trouble psychiatrique selon les critères du DSM-5 ? Le fait qu'un expert psychiatre se prononce sur la nécessité d'une injonction de soins étant en effet obligatoire pour la mise en place de celle-ci par le magistrat, à la lecture des expertises psychiatriques au sein des dossiers des SPIP en milieu

ouvert des PPSMJ suivies en IS, nous avons relevé quel était le diagnostic psychiatrique retenu.

A cette étude quantitative s'ajoute un volet qualitatif étudié via la création de deux questionnaires : un premier questionnaire à destination des magistrats afin d'obtenir l'avis de ces derniers sur la mesure d'injonction de soins et sur leurs pratiques au sein de ce dispositif. Le deuxième questionnaire créé est à destination des experts psychiatres ayant un rôle dans le dispositif d'injonction de soins afin de mettre en lumière leur expérience et leur opinion en lien avec cette mesure.

PREMIERE PARTIE : PARTIE THEORIQUE

INTRODUCTION DE LA PREMIERE PARTIE

Cette partie s'intéresse à décrire les principales connaissances issues de la bibliographie nationale et internationale en lien avec le dispositif d'injonction de soins et les soins pénalement ordonnés.

Dans un premier temps, nous nous intéresserons à décrire la mise en place du dispositif légal de l'injonction de soins afin de définir le contexte historique, les lois l'encadrant et l'évolution au cours du temps de son champs d'application et du public visé. Cette évolution s'observe à travers les différentes lois créées depuis 1998 jusqu'à nos jours concernant l'injonction de soins.

Dans une deuxième partie, nous nous intéresserons à la prise en charge de la personne placée sous injonction de soins : nous décrirons les différents temps de son application. Ainsi, nous verrons sa mise en place initiale, les soins psychiatriques en milieu pénitentiaire, la nécessaire jonction entre milieu fermé et milieu ouvert, les différents acteurs de la mesure qui ont chacun un rôle central. Enfin, nous verrons de quelle façon la mesure se termine.

Dans une troisième partie, nous nous intéresserons à la prévention de la récidive et la place de l'expertise psychiatrique dans le dispositif d'injonction de soins. Nous décrirons succinctement les modèles issus de la criminologie : le modèle goodlives, le modèle dit « RBR » ainsi que la désistance. Nous décrirons les modèles de dangerosité à travers la dangerosité criminologique et la dangerosité psychiatrique. L'expertise psychiatrique ayant un rôle clé dans le dispositif d'injonction de soins, nous nous attacherons à décrire ce qu'est l'expertise psychiatrique pénale, les différents temps de celle-ci ainsi que la façon dont le magistrat décide in fine.

I – La mise en place du dispositif légal de l’injonction de soins

1) Contexte

Nous allons, dans cette partie, vous relater succinctement le contexte historique dans lequel a été mis en place le dispositif légal de l’injonction de soins. Nous décrivons également l’évolution sur le plan législatif ayant abouti à la mesure d’injonction de soins actuelle.

À la suite de plusieurs affaires judiciaires mettant en cause des auteurs d’infractions sexuelles récidivistes, le législateur a souhaité améliorer l’état de la prévention et de la répression des infractions sexuelles en votant la **loi du 17 juin 1998** (relative à la répression des infractions sexuelles et à la protection des mineurs). Le public initialement visé par cette loi était les auteurs d’agressions et d’atteintes sexuelles. Cette loi a ainsi permis la création d’une procédure spécifique applicables aux infractions de nature sexuelle.

Sur le plan historique : en **1991**, un groupe de travail s’est penché sur le traitement et le suivi médico-psychiatrique des Auteurs d’Agression Sexuelle (AAS).

La loi du 18 janvier **1994**, relative à la santé publique et à la protection sociale, a permis la création des Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA) et des Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR).

En **1995**, le rapport de recherche sur les agresseurs sexuels a été rédigé par M. Claude BALIER : il concernait les possibilités de traitement des auteurs de délits et de crimes sexuels (1).

En **1996**, l’Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d’Agressions Sexuelles (ARTAAS) a été créée.

La loi du 9 mars **2004** a quant à elle permis la création d’un Fichier Judiciaire National des Auteurs d’Infractions Sexuelles : le FIJAIS.

La loi du 12 décembre **2005** a été créée, elle, pour spécifier sur le traitement de la récidive.

La circulaire du 13 avril **2006** a permis la création des Centres de Ressource pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles : les « CRIAVS ».

La loi du 10 août **2007** a été créée dans le but de renforcer la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs.

Enfin, nous évoquons la loi du 10 mars **2010** qui a quant à elle été faite dans le but de tenter d'amoindrir le risque de récidive.

L'ensemble de ces lois, parmi d'autres, ont permis successivement d'élaborer la mesure d'injonction de soins telle que nous la connaissons aujourd'hui.

Ainsi, l'injonction de soins est une illustration d'un rapprochement entre le monde judiciaire et le monde médical. Il s'agit d'une cohabitation délicate entre les professionnels de Justice et les professionnels de Santé. En effet, ces deux types de profession peuvent avoir des logiques différentes. Néanmoins, entre autres points communs, elles partagent toutes deux l'intérêt et le devoir du secret professionnel (3) (4).

Dans ce contexte, le soin est alors envisagé comme un moyen de lutte contre la délinquance. La théorie évoquée par certains auteurs est alors que « le délinquant est un patient que l'on peut soigner » (3) (2).

2) Définition de l'injonction de soins

a. Les Soins Pénalement Ordonnés

Pour définir l'injonction de soins, il est tout d'abord important de préciser qu'elle fait partie des Soins Pénalement Ordonnés (SPO). Les SPO regroupent un ensemble de mesures décidées par le système judiciaire à l'encontre d'auteurs d'infractions jugés pénalement responsables de leurs actes (4). Ils consistent en un suivi médical d'orientation psychiatrique pour une durée délimitée et sous surveillance des autorités judiciaires (3).

Il existe trois types de Soins Pénalement Ordonnés :

- l'obligation de soins : créée en 1958, qui peut être demandée à tous les temps du procès pénal ;
- l'injonction thérapeutique : créée en 1970, qui peut être également demandée à tous les temps du procès pénal. Elle fait intervenir un médecin relais dans la prise en charge et concerne spécifiquement les auteurs d'infraction en lien avec l'usage de stupéfiants ou l'abus d'alcool ;

- l'injonction de soins : créée en 1998, qui nous intéresse plus spécifiquement dans ce travail. L'injonction de soins implique l'organisation de relations entre les autorités judiciaires et sanitaires, notamment par la présence d'un médecin coordonnateur qui fait le lien entre le psychiatre ou psychologue traitant et le juge de l'application des peines.

b. Distinction entre l'obligation de soins et l'injonction de soins

Il est important de distinguer l'obligation de soins de l'injonction de soins.

Nous avons d'une part l'obligation de soins : elle est mise en œuvre sans procédure particulière. L'obligation de soins peut également consister en une « injonction thérapeutique » pour les condamnés faisant usage de stupéfiants ou ayant une consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques. La mise en œuvre de l'injonction thérapeutique fait appel à l'intervention d'un médecin habilité en qualité de médecin relais qui fait connaître à l'autorité judiciaire son avis motivé sur l'opportunité médicale de la mesure.

D'autre part, il existe l'injonction de soins, relative majoritairement au suivi socio judiciaire, qui est applicable lorsque le suivi socio-judiciaire est encouru et lorsqu'une expertise médicale conclut à la possibilité de soins, dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve, d'une libération conditionnelle, d'une surveillance judiciaire, d'une surveillance de sûreté ou d'une rétention de sûreté.

Elle fait intervenir le médecin coordonnateur, dont nous détaillerons le rôle.

Nature de la mesure	Cadre légal	Modalités
Obligation de soins	<ul style="list-style-type: none"> - Contrôle judiciaire - Ajournement avec mise à l'épreuve - Sursis avec mise à l'épreuve - Sursis avec mise à l'épreuve avec obligation d'accomplir un travail d'intérêt général - Mesures d'aménagement de peine. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'expertise préalable n'est pas nécessaire pour l'ordonner ou la supprimer. - Elle peut être ajoutée ou supprimée par ordonnance du juge de l'application des peines à tout moment de la mise en œuvre de la mesure. - Le dispositif repose sur la production d'un justificatif de suivi par l'intéressé ; la concertation entre l'autorité judiciaire et le personnel de santé reste à la discrétion des acteurs de terrain.
Injonction de soins	<p>La loi du 10 août 2007 a posé le principe de l'injonction de soins, sauf décision contraire de la juridiction, dès lors que la personne est condamnée pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru et qu'une expertise médicale conclut à la possibilité d'un traitement.</p> <p>Ces dispositions s'appliquent dans le cadre des mesures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - suivi socio-judiciaire ; - surveillance judiciaire ; - libération conditionnelle ; - sursis avec mise à l'épreuve ; - surveillance de sûreté ; - rétention de sûreté. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'expertise médicale préalable est nécessaire pour l'ordonner ou la prononcer et la supprimer, le cas échéant après débat contradictoire. - Elle peut être ajoutée à tout moment de la peine par le juge de l'application des peines. - Le médecin coordonnateur sert d'interface entre le médecin traitant et le juge de l'application des peines.

Tableau 1 : tableau comparatif entre obligation et injonction de soins du « guide de l'injonction de soins » (Ministère de la Santé et des Sports, Ministère de la Justice) (7)

c. Notion de consentement

L'injonction de soins n'est pas un soin sans consentement. Elle requiert donc que le sujet condamné « consente » aux soins. Cependant, il est important de noter que s'il n'y consent pas, le sujet encourt une peine d'emprisonnement, préalablement fixée par la juridiction de jugement (loi du 9 mars 2004) :

- Durée maximale de 3 ans pour les délits,
- Durée maximale de 7 ans pour les crimes.

Cette notion de consentement peut être considérée comme ambiguë selon certains auteurs. En effet, il est possible de se demander ce que vaut le consentement d'un auteur

d'infractions sexuelles lorsque son refus de s'engager dans une démarche thérapeutique peut, au mieux, lui faire perdre une réduction supplémentaire de peine, n'étant pas « considérée comme manifestant des efforts sérieux de réadaptation sociale » (art. 721-1 du code de procédure pénale), au pire, le condamner à l'exécution totale de la peine d'emprisonnement prononcée par la juridiction de jugement en cas de non-observation de ses obligations (3)(6).

3) Evolution de son application

Il y a eu un élargissement de l'application de l'injonction de soins au cours du temps en fonction des lois, impliquant une augmentation du nombre de personnes concernées par cette mesure. En effet, créée au sein de la loi du 17 juin 1998, elle a été complétée par les dispositions des lois :

- du **12 décembre 2005**, relative au traitement des infractions pénales et de la récidive,
- du **5 mars 2007**, relative à la prévention de la délinquance,
- du **10 août 2007**, renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs,
- et du **25 février 2008**, relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.

a. Le champ d'application de l'injonction de soins

L'injonction de soins est une mesure qui peut être prononcée par différents types de juridiction s'appliquant dans différents cadres : la juridiction de jugement, la juridiction de l'application des peines, la juridiction de la rétention de sûreté.

Mesure initialement attachée à la peine de suivi socio-judiciaire, l'injonction de soins peut également être prononcée, sous certaines conditions légales, dans le cadre du sursis avec mise à l'épreuve, de la libération conditionnelle, de la surveillance judiciaire, de la surveillance de sûreté et de la rétention de sûreté (7).

Ainsi, elle peut être prononcée par la juridiction de jugement dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire (SSJ) ou d'un sursis avec mise à l'épreuve (SME).

Elle est prononcée par les juridictions de l'application des peines dans le cadre de la libération conditionnelle et de la surveillance judiciaire.

Elle est prononcée par les juridictions de la rétention de sûreté dans le cadre de la surveillance de sûreté ou de la rétention de sûreté.

Le dénominateur commun à toutes ces mesures est la nécessité d'avoir été condamné pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru, après qu'une expertise médicale a déterminé que la personne condamnée était susceptible de faire l'objet d'un traitement (7).

b. Le suivi socio-judiciaire

Le suivi socio-judiciaire ne peut donc être prononcé que par la juridiction de jugement.

Pour les délits, le suivi socio-judiciaire peut être prononcé :

- soit à titre de peine principale,
- soit à titre de peine complémentaire à une peine d'amende ou d'emprisonnement.

Pour les crimes, le suivi socio-judiciaire est une peine complémentaire à une peine privative de liberté (avec ou sans sursis). En matière criminelle, la cour d'assises délibère spécialement sur le prononcé d'un suivi socio-judiciaire.

Dans tous les cas, le suivi socio-judiciaire ne peut être ordonné en même temps qu'un sursis avec mise à l'épreuve (8).

Le suivi socio-judiciaire emporte pour le condamné, l'obligation de se soumettre, sous le contrôle du juge de l'application des peines, à des mesures de surveillance et d'assistance destinées à prévenir la récidive, éventuellement à l'issue de la peine privative de liberté. Il est applicable depuis le 20 juin 1998 mais uniquement pour des faits commis à compter de cette date (9).

Depuis la loi du 10 août 2007, le suivi socio-judiciaire comprend automatiquement une injonction de soins, s'il est établi après une expertise médicale que la personne poursuivie est susceptible de faire l'objet d'un traitement, sauf décision contraire de la juridiction de jugement ou de la juridiction de l'application des peines (8) (7).

Nature de la mesure	Autorités judiciaires compétentes	Instances chargées de la mise en œuvre de la mesure
<p>Suivi socio-judiciaire : Automaticité de l'injonction de soins depuis la loi du 10 août 2007 sauf décision contraire du juge de l'application des peines et à condition qu'une expertise établisse que le condamné est apte à suivre un traitement.</p> <p>Si délit, le SSJ est prononcé soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à titre de peine complémentaire d'une peine privative de liberté ou d'amende (sursis simple possible, mais pas le SME) ; - à titre de peine principale. <p>Si crime, le SSJ est prononcé à titre de peine complémentaire d'une peine privative de liberté (sursis simple possible, mais pas le SME).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tribunal correctionnel ou chambre des appels correctionnels de la cour d'appel (pour les délits). - Cour d'assises (pour les crimes). 	<ul style="list-style-type: none"> - Juge de l'application des peines qui contrôle et décide de sanctionner les manquements du condamné. - SPIP ou toute personne qualifiée sur saisine du juge de l'application des peines. - Médecin coordonnateur. - Médecin traitant ou psychologue traitant.

Tableau 2 : tableau synthétique du suivi socio-judiciaire du « guide de l'injonction de soins » (Ministère de la Santé et des Sports, Ministère de la Justice) (7)

c. Infractions concernées par la mesure d'injonction de soins

Concernant les infractions concernées par la mesure d'injonction de soins, nous observons un élargissement du type d'infractions au fur et à mesure du temps du fait de lois successives.

i. Dans le cadre du suivi socio-judiciaire

Depuis sa création par la loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, la peine de suivi socio-judiciaire ne peut être prononcée que pour les infractions prévues par la loi. Etaient initialement concernées uniquement les infractions à caractère sexuel. Ainsi, depuis cette loi du 17 juin 1998, encourent la peine de suivi socio-judiciaire les personnes physiques coupables de (selon le Code Pénal) :

- Meurtre ou d'assassinat d'un mineur, précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie (8) ;
- Viol, agression sexuelle ou exhibition sexuelle (8) ;

- Corruption d'un mineur, fabrication, transport, diffusion d'images pornographiques de mineur ou de messages à caractère violent ou pornographique portant gravement atteinte à la dignité humaine, susceptible d'être vus ou perçus par un mineur, ainsi que l'atteinte sexuelle (8).

Depuis les lois du 12 décembre 2005 et du 5 mars 2007, le champ d'application de l'injonction de soins et du suivi socio judiciaire s'est étendu au-delà des infractions à caractère sexuel.

Ainsi, depuis la loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales, les infractions ci-après sont également concernées :

- Crimes d'atteinte volontaire à la vie des personnes : meurtre, meurtre qui précède, accompagne ou suit un autre crime, assassinat, meurtre aggravé, empoisonnement ;
- Crimes d'enlèvement et de séquestration (8);
- Tortures ou actes de barbarie (8);
- Destruction, dégradation ou détérioration d'un bien par une substance explosive, un incendie ou tout autre moyen de nature à créer un danger pour les personnes, ainsi que le fait de diffuser par tout moyen des procédés permettant la fabrication d'engins de destruction (8).

Enfin, depuis la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance, les infractions suivantes sont également concernées :

- Actes de violence contre les personnes commis par le conjoint ou ex-conjoint ou le concubin ou ex-concubin de la victime ou le partenaire ou ex-partenaire lié à celle-ci par un pacte civil de solidarité (8);
- Actes de violence commis sur un mineur de quinze ans, par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur la victime. Le suivi socio-judiciaire est obligatoire en matière correctionnelle, sauf décision contraire de la juridiction, si ces violences sont commises de manière habituelle (8);
- Délit de propositions sexuelles à un mineur de quinze ans ou à une personne se présentant comme telle en utilisant un moyen de communication électronique, aggravé si ces propositions sont suivies de rencontre (8).

Entre 2005 et 2011, une nouvelle architecture judiciaire a été édiflée dont la pierre angulaire est la notion de dangerosité. Les textes législatifs adoptés au cours de cette période ont ainsi installé une palette de mesures dont l'objectif principal commun vise à contenir la dangerosité. Via la création des mesures de sûreté (surveillance judiciaire, rétention de sûreté et surveillance de sûreté), une césure s'est opérée entre la conception de la pénalité classique reposant sur le couple faute/châtiment et une pénalité que certains auteurs qualifient de post-moderne, qui lui a substitué le couple risque/traitement. De ce fait, peut être concernée par la mesure d'injonction de soins une personne qui n'a pas été condamnée à une peine de suivi socio-judiciaire mais qui a été condamnée pour un crime ou un délit pour lequel la peine de suivi socio-judiciaire était simplement encourue (3).

ii. En dehors du cadre du suivi socio-judiciaire : les autres cadres légaux

Le suivi socio-judiciaire n'a plus le monopole de l'injonction de soins.

En effet, depuis la loi du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs, celle-ci doit en principe être prononcée, sauf décision contraire du juge, dans le cadre de différentes mesures, lorsque la personne a été condamnée pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru et qu'une expertise médicale a conclu à la possibilité d'un traitement. Dès lors que ces conditions sont remplies, l'injonction de soins s'impose :

- soit au moment du prononcé de la peine dans le cadre du sursis avec mise à l'épreuve ou du suivi socio-judiciaire ;
- soit dans le cadre d'une mesure d'aménagement de peine sous forme de libération conditionnelle ;
- soit dans le cadre d'une mesure de sûreté comme la surveillance judiciaire.

En outre, depuis la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, l'injonction de soins s'impose également dans le cadre de la surveillance de sûreté ou de la rétention de sûreté (10).

La surveillance de sûreté et la rétention de sûreté concernent les personnes détenues condamnées à une peine de réclusion criminelle d'une durée égale ou supérieure à 15 ans pour :

- crime d'assassinat, meurtre, torture ou acte de barbarie, viol, enlèvement ou séquestration commis sur mineur ;
- crime d'assassinat, meurtre aggravé, torture ou acte de barbarie aggravés, viol aggravé, enlèvement ou séquestration aggravé, commis sur majeur.

Ces mesures s'appliquent à titre exceptionnel, à l'encontre des personnes dont il est établi, à l'issue d'un réexamen de leur situation intervenant à la fin de l'exécution de leur peine, qu'elles présentent une particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive parce qu'elles souffrent d'un trouble grave de la personnalité (7).

La surveillance de sûreté d'une durée d'un an peut être prononcée ou renouvelée par la juridiction régionale de la rétention de sûreté, à l'égard des personnes mentionnées à l'article 706-53-13 du code de procédure pénale (11), à la suite d'une surveillance judiciaire, d'un suivi socio-judiciaire ou d'une rétention de sûreté.

La rétention de sûreté consiste dans le placement de la personne intéressée en centre socio-médico-judiciaire de sûreté dans lequel lui est proposée, de façon permanente, une prise en charge médicale, sociale et psychologique destinée à permettre la fin de cette mesure (7).

D'un point de vue épidémiologique, selon le rapport d'évaluation de l'injonction de soins de 2011 établi par l'I.G.A.S. et l'I.G.S.J., les condamnations à un suivi socio-judiciaire ont cru très rapidement entre 1998 et 2004, pour atteindre le chiffre de 1055 en 2004. En 2011, le nombre probable d'injonctions de soins en cours d'exécution était de 7800. Le recours au suivi socio-judiciaire rapporté aux condamnations éligibles était resté « modéré » en 2011, le maximum ayant été atteint en 2004 avec un taux de 11,5 %. Pour les infractions éligibles au titre de la loi de 1998, ce taux semblait stabilisé, à hauteur de 12 %. Pour celles introduites par la loi de 2005, ce taux était de 3,4 % et, pour celles introduites en 2007, de 0,2 % (12).

On pourrait résumer le cadre légal d'application de la mesure d'injonction de soins en disant que l'injonction de soins :

- est applicable lorsque le suivi socio-judiciaire est encouru
- est prononcée par la juridiction de jugement après expertise médicale ayant établi que le sujet pouvait bénéficier d'un traitement
- dans le cadre :

- d'un sursis avec mise à l'épreuve,
- d'une libération conditionnelle,
- d'une surveillance judiciaire
- ou d'une surveillance de sûreté.

II- La prise en charge de la personne soumise à une injonction de soins

1) Le prononcé de l'injonction de soins

La première étape de la mise en place d'une injonction de soins est l'expertise psychiatrique. En effet, une expertise qui interroge l'expert psychiatre sur l'opportunité d'une injonction de soins est nécessaire pour que le magistrat prononce une mesure d'injonction de soins (8).

La question de l'opportunité d'un soin en injonction est posée à l'expert avant le jugement ou en déroulement de peine à la demande du juge de l'application des peines (JAP). Il s'agit de poser une indication de soins : il ne s'agit pas de se prononcer sur la durée des soins, sur le contenu ou la forme du traitement.

En effet, les recommandations, à la suite de l'audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale en janvier 2007, rappellent que « les prescriptions n'entrent pas dans le cadre de l'expertise » (13). Elles précisent également que l'expert doit être conscient que son rapport d'expertise de pré-libération peut orienter les soins délivrés ultérieurement. Il doit agir avec modestie et savoir reconnaître les limites de sa compétence, dans le respect de la déontologie, en permettant cependant la transmission des informations nécessaires à la mise en place des soins, y compris éventuellement au probationnaire (13). Nous reviendrons par la suite sur le rôle clé de l'expertise dans le prononcé de la mesure d'injonction de soins.

Pour rappel, le prononcé de l'injonction de soins peut se faire dans différents cadres : dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire, correspondant à la majorité des cas (12) ou en dehors du cadre d'un suivi socio-judiciaire, c'est-à-dire dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve, d'une libération conditionnelle, d'une surveillance judiciaire, d'une surveillance de sûreté ou d'une rétention de sûreté.

Dans le cadre du suivi socio-judiciaire, le prononcé se fait au moment du jugement ou en déroulement de peine. Selon les textes, il nécessite le consentement de la personne et de l'avertir de la peine encourue en cas de non-respect des obligations ou de l'injonction de soins.

Lors du prononcé de l'injonction de soins, le magistrat explique la mesure d'injonction de soins à la PPSMJ, explique le fait qu'elle prend effet « à compter du jour où la privation de liberté a pris fin » et que la PPSMJ peut débiter un traitement pendant l'exécution de la peine ferme s'il y a lieu (14) (15) (16) (17).

2) Les soins psychiatriques en milieu pénitentiaire

a. L'incitation aux soins

La prise en charge sanitaire peut commencer en détention. Il est cependant important de noter que seule est possible en milieu pénitentiaire une incitation aux soins faite par les personnels soignants et par le juge de l'application des peines. Environ un tiers des auteurs de violence sexuelle sont accueillis dans un des 22 établissements spécialisés qui sont notamment prévus pour proposer des soins adaptés à la nature des faits commis (12). Selon le rapport de 2011 sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soins rédigé par l'inspection générale des affaires sociales (I.G.A.S.) et l'inspection générale des services judiciaires (I.G.S.J.) (12), il existe des disparités entre les établissements. Les auteurs citent qu'au centre de détention de Mauzac par exemple, persistaient un manque d'offre en soins psychiatriques et une liste d'attente tandis qu'au centre de détention de Melun et à la maison centrale d'Ensisheim il n'y avait plus de liste d'attente au moment de la rédaction du rapport.

b. Soins et réduction de peine

Le juge de l'application des peines peut, après avis de la commission de l'application des peines, ordonner le retrait du crédit de réduction de peine, lorsque la personne a été condamnée pour les crimes ou délits, commis sur un mineur, de meurtre ou d'assassinat, torture ou actes de barbarie, viol, agression sexuelle ou atteinte sexuelle et qu'elle refuse pendant son incarcération de suivre le traitement qui lui est proposé par le juge de l'application des peines, sur avis médical, selon le code de procédure pénale (10) (7).

D'autre part, le code de procédure pénale (10) prévoit que le juge de l'application des peines pourra prendre en compte le suivi de la thérapie pour l'octroi des réductions de peine supplémentaires. En effet, le code de la santé publique est applicable au médecin traitant du patient condamné détenu qui délivre à ce dernier des attestations de suivi du

traitement afin de lui permettre d'en justifier auprès du juge de l'application des peines pour l'obtention des réductions de peine prévues par le code de procédure pénale.

Depuis la loi du 10 août 2007 (18), sauf décision contraire du juge d'application des peines, aucune réduction supplémentaire de la peine ne peut être accordée à une personne condamnée à un crime ou un délit pour lequel le suivi socio judiciaire est encouru, qui refuse pendant son incarcération de suivre le traitement qui lui est proposé par le juge de l'application des peines. De même, les personnes condamnées pour une des infractions visées à l'article 706-47 du code de procédure pénale (infractions à caractère sexuel) dont le casier judiciaire porte déjà mention d'une telle condamnation, ne peuvent bénéficier de ces mêmes réductions de peine, sauf décision du juge de l'application des peines prise après avis de la commission de l'application des peines (7). Lorsque le suivi socio-judiciaire accompagne une peine d'emprisonnement ferme, il s'applique pour la durée fixée par la décision de condamnation à partir du jour où la privation de liberté a pris fin.

3) La nécessaire jonction entre milieu fermé et milieu ouvert

La sortie de détention constitue une période cruciale pour le condamné à une injonction de soins car elle comporte un double risque de rupture : risque d'absence de contrôle, risque de discontinuité des soins.

Le risque est d'autant plus important dans certaines situations : lorsque la sortie est dite « sèche », sans préparation structurée, sans aménagement de peine ou lorsqu'elle est assortie d'un choix de domicile éloigné du lieu de détention nécessitant un dessaisissement du juge de l'application des peines. Or, il est prouvé aujourd'hui que la récidive intervient particulièrement dans les mois qui suivent la sortie de prison et il semble donc crucial que le suivi socio-judiciaire et l'injonction de soins soient effectifs dans les jours qui suivent (12).

Il semble essentiel de porter une grande vigilance à la coordination des acteurs. Les premiers rendez-vous avec les médecins, coordonnateur et traitant, devraient peut-être être pris avant la sortie ou à défaut immédiatement après la sortie selon le rapport de 2011 sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soins rédigé par l'inspection générale des affaires sociales et l'inspection générale des services judiciaires (12). Selon les auteurs de

ce dernier, il semble également apparaître indispensable de renforcer les contrôles portant sur la séquence de sortie dans ses aspects tant judiciaires que sanitaires (19) (12).

4) Les acteurs de la mesure

a. Le Juge d'Application des Peines (JAP)

Concernant le rappel et le contrôle des obligations, dans le cadre du suivi socio-judiciaire, le juge d'application des peines convoque la personne condamnée pour :

- lui rappeler les obligations auxquelles elle est soumise ;
- lui notifier le cas échéant les obligations complémentaires qu'il ordonne ;
- porter à sa connaissance les conditions de contrôle du respect des obligations ;
- lui rappeler la durée du suivi et la durée maximale de l'emprisonnement encouru ;
- lorsque la personne condamnée fait l'objet d'une injonction de soins, lui indiquer le nom du médecin coordonnateur qu'elle devra rencontrer dans un délai qui ne peut être supérieur à un mois (8) (7).

Le juge de l'application des peines a également pour rôle de désigner un médecin coordonnateur sur une liste de médecins psychiatres établie tous les 3 ans par le procureur de la République (7).

La désignation du médecin coordonnateur intervient, dans la mesure du possible, avant la libération d'un condamné détenu, dans le cadre de la préparation à la sortie, afin de faciliter la prise en charge du condamné dès sa libération (20).

Le juge de l'application des peines peut sanctionner la violation de l'injonction de soins : il peut en effet mettre à exécution l'emprisonnement en cas de violation des obligations du suivi socio-judiciaire et notamment de l'injonction de soin.

Il est à noter que l'accomplissement de l'emprisonnement pour inobservation des obligations du suivi socio-judiciaire ne dispense pas le condamné de l'exécution du suivi socio-judiciaire par la suite, en milieu ouvert (21).

b. Le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP)

Concernant le personnel relevant des services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) : en milieu ouvert, le SPIP est chargé de veiller au respect des obligations imposées au condamné dans le cadre de la mesure de suivi socio-judiciaire ou de toute autre mesure accompagnée d'une injonction de soins.

Le personnel d'insertion et de probation adresse chaque semestre au juge de l'application des peines un rapport de situation proposant le cas échéant des modifications des mesures de contrôle ou rendant compte de leur violation (12) (14) (16) (7).

c. Le médecin coordonnateur

Le médecin coordonnateur est désigné par le JAP sur une liste établie auprès du procureur. Le JAP adresse au médecin coordonnateur sa lettre de désignation, le prononcé du jugement de l'intéressé comportant les actes condamnés, la durée de l'injonction de soins et les éléments en sa possession (expertises de l'auteur et de la victime, réquisitoire, enquête de personnalité...).

Le médecin coordonnateur reçoit le condamné et fait une évaluation clinique. La loi lui demande de « valider le choix du médecin traitant » (8). Il ne s'agit pas là de valider ou pas le confrère mais de valider que la modalité de soins est adaptée à cette personne à ce moment. Fréquemment, la personne placée sous main de justice n'a pas de médecin traitant à proposer et devra être accompagnée dans ses démarches : qui solliciter ? Le CMP, un collègue déjà consulté par la personne ? Le médecin coordonnateur peut adresser le patient à une consultation plus spécialisée s'il en existe et si c'est nécessaire.

Le médecin coordonnateur doit garantir au médecin traitant une évaluation et un recours en cas de besoin. Il doit recevoir au moins deux fois par an la PPSMJ et au moins une fois par trimestre en cas de crimes définis par la loi du 25 février 2008, considérant la personne comme dangereuse.

Le médecin coordonnateur transmet au JAP « les éléments nécessaires au suivi de la mesure » et fait un rapport une à deux fois par an selon la qualification des faits condamnés (22).

Le médecin coordonnateur est en quelque sorte « l'interface » avec le JAP et les conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CIP). Il doit garantir un cadre thérapeutique et un secret professionnel aux professionnels du soin, médecin traitant ou psychologue traitant. Il fait un rapport annuel au JAP et deux fois par an si les faits encourent une rétention de sûreté (loi du 25 février 2008). Ce rapport peut prendre différentes formes : la forme écrite n'étant pas précisée dans le texte de loi. Il peut être synthétique (22).

d. Le médecin traitant ou le psychologue traitant

Peut être concerné par la mesure d'injonction de soins tout psychiatre praticien pouvant prendre en charge un patient soumis à une IS, sur une potentielle longue durée.

Le praticien traitant doit adresser un courrier au médecin coordonnateur pour signifier son accord pour suivre la PPSMJ dans le cadre de l'injonction de soins. Il peut demander au médecin coordonnateur de lui transmettre les documents qui lui semblent utiles, expertises par exemple. Le praticien traitant exerce comme il l'estime nécessaire et adapté.

Selon les dispositions prévues par la loi, le praticien traitant peut être un médecin ou un psychologue. En effet, le psychologue traitant est prévu depuis la loi du décembre 2007. Il a la même fonction de soin que le médecin traitant. Il est également validé par le médecin coordonnateur (12).

Concernant les attestations de soins, elles sont fournies par le praticien traitant, qu'il soit médecin ou psychologue. Les attestations sont destinées au JAP ou le plus souvent au CIP chargé de l'exécution de la mesure. Le rythme de délivrance des attestations peut varier au fil du temps et de l'évolution de la PPSMJ.

Pour les premiers entretiens, il est recommandé de donner une attestation à chaque consultation. Cette délivrance peut ensuite rester identique ou évoluer, avoir valeur de construction d'un cadre thérapeutique que la personne s'approprie : on peut par exemple délivrer des attestations comme quoi la personne suit régulièrement depuis telle date les soins préconisés. Le rythme des consultations ou des séances de groupe est alors un contrat

entre le patient et le ou les thérapeutes et ne regarde pas les acteurs judiciaires qui eux sont intéressés au respect de la mesure et au fait qu'elle soit appropriée, ce que garantit le médecin coordonnateur. Rappelons que la personne obligée est la personne sous main de justice : ce n'est a priori pas le praticien traitant (12) (23).

Le suivi d'une personne placée sous main de justice en injonction de soins peut être considéré comme une triangulation professionnelle autour du patient/condamné, faisant intervenir le juge de l'application des peines, en lien avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation, le médecin coordonnateur et le psychiatre ou psychologue traitant (cf. Figure 1).

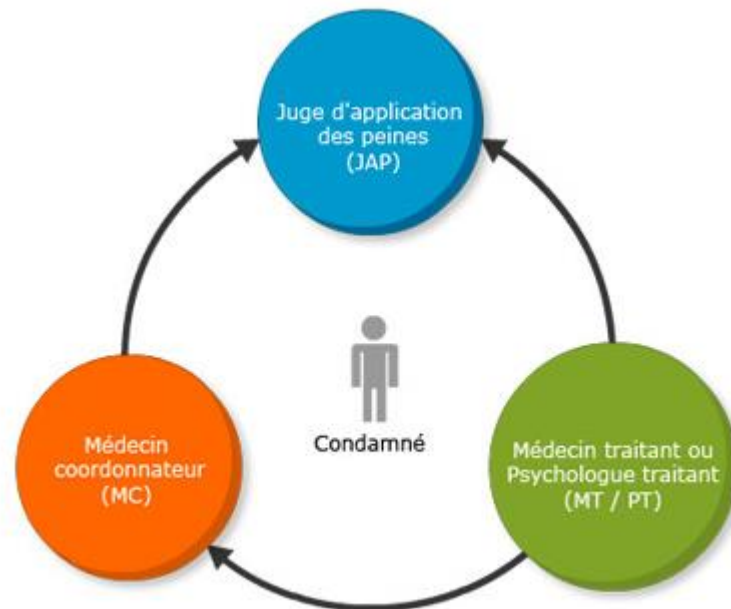


Figure 1 : le suivi d'une personne placée sous main de justice en injonction de soins, une relation triangulaire

5) La fin de la mesure

Les acteurs tentent de gérer la fin de la mesure avec prudence. La mise à exécution de la peine d'emprisonnement pour inobservation des obligations ne met pas fin à l'injonction de soins.

La fin des soins enjoins peut être abordée de trois manières : le terme, le relèvement et la modulation.

Il est assez aisé de supposer que le juge ne pouvait, au moment de sa décision, savoir précisément la durée du traitement nécessaire. On peut donc considérer que l'efficacité attendue des soins et leur inutilité éventuelle devraient être les éléments centraux conduisant à mettre fin à l'injonction. La réalité est plus complexe.

Une procédure de relèvement est prévue par un article du code de procédure pénale (24). Une procédure simplifiée introduite par la loi du 10 mars 2010 permet au juge de l'application des peines de mettre fin de manière anticipée à tout ou partie des obligations du suivi socio-judiciaire et, plus particulièrement, à l'injonction de soins.

Selon la dangerosité probable et l'évolution du traitement et de l'insertion sociale de la personne, les injonctions de soins font l'objet de suivis d'intensité variable. En effet lorsque le SPIP constate une réadaptation sociale et professionnelle, le suivi socio-judiciaire tend à être moins contraignant. La fréquence des consultations peut se trouver réduite à l'initiative du praticien traitant et à la connaissance du médecin coordonnateur. Ce dernier peut espacer ses rencontres avec la personne soumise à l'injonction. Il semble cependant qu'une telle évolution positive conduise rarement à une procédure de relèvement (12).

III- La prévention de la récidive et la place de l'expertise psychiatrique dans le dispositif d'injonction de soins

1) Les modèles issus de la criminologie

La question de l'évaluation de la dangerosité et du risque de récidive ont pris, ces dernières années, une place prépondérante dans le débat sociétal. L'ensemble des recherches indique la difficulté de ce type de prédictivité.

On distingue deux types de dangerosité : la dangerosité psychiatrique et la dangerosité criminologique (7).

a. Définition de la récidive

Dans sa définition légale, il n'y a récidive que lorsque certaines conditions strictement déterminées sont réunies : l'existence d'une première condamnation définitivement jugée puis la commission d'une nouvelle infraction postérieurement à cet événement, le plus souvent dans un certain délai. Pour la politique de prévention, la notion de récidive s'entend comme la rechute de l'auteur d'une infraction (25).

Dans ces hypothèses, la récidive a pour conséquence l'aggravation des peines encourues pour la nouvelle infraction (16).

En outre, en 2005, le législateur a introduit la notion de réitération qui vise l'hypothèse d'une personne qui commet une nouvelle infraction après avoir déjà été condamnée définitivement pour un crime ou un délit mais qui ne répond pas aux conditions de la récidive légale. La réitération aboutit au cumul des peines prononcées pour la nouvelle infraction avec les peines prononcées lors de la condamnation précédente.

Or, selon certains auteurs, ces deux notions ne permettent pas toujours de prendre en compte la réalité du parcours d'un jeune délinquant. Bien souvent, la condamnation ne constitue qu'une étape dans un parcours de délinquance juvénile déjà bien entamé. La priorité est bien d'éviter toute forme de réitération, quels que soient le type d'infraction et les conditions dans lesquelles l'infraction a été commise (25).

Selon certains auteurs, pour un sujet donné, plus le nombre de récidives augmente (toutes catégories confondues) et plus le risque d'apparition d'un délit sexuel est élevé. Chez un certain nombre d'auteurs, on note une tendance, au fil des récidives, à une progression dans la gravité de l'infraction. Selon ces auteurs, sans mesure d'accompagnement, le sujet récidiviste ne présente pas de réelle volonté de changement de sa conduite qui constitue, pour lui, son système de sauvegarde psychique (7).

b. Générations de modèles d'évaluation du risque de récidive

Nous pouvons considérer qu'il existe à l'heure actuelle cinq générations de méthodes d'évaluation du risque de récidive (16) :

- Evaluation clinique – professionnelle,
- Evaluation actuarielle avec facteurs statiques,
- Evaluation actuarielle avec facteurs statiques et dynamiques,
- Evaluation après apparition des facteurs protecteurs et des programmes d'évaluation dynamiques de la dangerosité,
- Le concept de désistance.

Nous décrivons dans ce travail trois modèles d'évaluation du risque de récidive : le modèle « Goodlives », le modèle « Risque-Besoins-Réceptivité » et le concept de désistance.

Il existe différents outils et méthodes d'évaluation de la situation des auteurs d'infraction. Au fil du temps, le champ de l'évaluation du risque de récidive a connu son lot de controverses. Parmi les débats les plus soutenus, on retrouve celui de la question qui oppose les questions cliniques et actuarielles. L'essentiel du débat qui tournait autour de la capacité des cliniciens et des spécialistes à faire des prédictions a eu un écho particulier dans le champ de la recherche correctionnelle. Depuis Meehl (1954) (16), les travaux sur la comparaison de l'efficacité de la prédiction clinique et de la prédiction actuarielle se sont succédés et les résultats obtenus sont d'une « implacable cohérence » selon certains auteurs : les évaluations dites mécaniques (évaluations actuarielles) offrent une validité prédictive supérieure au jugement clinique (16). Indépendamment de la qualité des cliniciens, le comportement humain serait mieux prédit par un instrument que par l'expertise d'un intervenant qualifié. De tels résultats ont guidé les organismes de prise en charge pénale

vers des outils d'aide à la décision visant à faciliter l'évaluation du risque de récidive (16) (26).

Plusieurs auteurs ont proposé des classifications d'outils d'évaluation du risque (Andrews et Bonta, 2007 ; Hanson et Morton-Bourgon, 2007 ; Senon et al, 2012). Les outils ne constituent qu'une composante de la complexe tâche d'évaluer et de gérer le risque des auteurs d'infractions. Ils ne permettent pas de prédire parfaitement la récidive. À l'heure actuelle, ils demeurent toutefois la méthode la plus utile pour déterminer quelles sont les auteurs d'infractions présentant le plus haut risque de récidive et les besoins les plus importants en matière d'intervention et fournissent des pistes utiles à la mise en œuvre de stratégies susceptibles de réduire ce risque (27) (26) (28).

Entre 1970 et 1980, on observe un passage de ce que Bonta (1996) appelle l'évaluation de première génération (c.-à-d. l'évaluation clinique - professionnelle du risque) à l'évaluation de deuxième génération (c.-à-d. l'évaluation actuarielle du risque) (29) (30) (31).

Les instruments actuariels d'évaluation du risque, de deuxième génération, donnent des résultats satisfaisants ; ils sont fiables pour différencier les délinquants à faible risque des délinquants à risque plus élevé. Cependant, les instruments actuariels de deuxième génération ont deux caractéristiques qui présentent d'importantes lacunes selon certains auteurs (27). Premièrement, les instruments d'évaluation du risque, de deuxième génération, sont considérés comme « athéoriques ». Les éléments qui créent ces instruments sont choisis parce qu'ils sont aisément disponibles et semblent avoir un lien avec la récidive. Ils ne sont pas retenus parce qu'ils sont théoriquement pertinents. La majorité d'entre eux sont donc des éléments liés aux antécédents criminels – le type de renseignements que les systèmes correctionnels recueillent et font circuler assez efficacement.

Seconde caractéristique des instruments de deuxième génération : les éléments non liés aux antécédents criminels, qui constituent des exemples de comportement, sont généralement de nature historique (par exemple les antécédents de toxicomanie). Les antécédents criminels et les autres facteurs qui décrivent le comportement passé sont traités comme des facteurs de risque statiques, immuables. C'est là selon la conférence de consensus sur la prévention de la récidive de 2013 (29) (32) une faiblesse majeure des instruments d'évaluation du risque de seconde génération parce que les échelles ne tiennent pas compte

de l'évolution positive des délinquants. Les possibilités sont plutôt les suivantes : a) le niveau de risque que pose une personne ne change pas (chez la personne qui a des antécédents de toxicomanie, ce facteur de risque sera toujours maintenu même si cette personne a appris à s'abstenir de consommer des drogues) ; b) le risque que pose une personne augmente (par exemple de nouvelles infractions sont commises et les scores augmentent au chapitre des antécédents criminels). Il n'existe quasiment aucune possibilité de risque amoindri (29).

c. Modèle Goodlives

En ce qui concerne la prévention de la récidive et la politique criminelle, nous retrouvons le modèle des « Good Lives » (signifiant « Bonnes Vies »). Selon ce modèle d'évaluation du risque de récidive, il n'y a aucune conception unique idéale de ce que devrait être une vie saine. En effet, dans ce modèle, l'idée est que cela relève de chaque individu.

Ce modèle est basé sur les forces et les capacités de l'individu.

L'objectif recherché dans ce cadre est d'équiper l'individu en capacités internes et externes, qui sont nécessaires à la satisfaction de ses besoins et ce d'une manière acceptable au point de vue social. Cela doit se faire également en accord avec ce que la personne est, autrement dit avec ses aspirations (33) (27) (34).

d. Modèle RBR « Risque-Besoins-Réceptivité »

Parmi les modèles de prévention de la récidive, nous retrouvons également le modèle de réhabilitation d'Andrews et Bonta (2006) dit « RBR » pour « Risque, Besoins, Réceptivité » (35).

Celui-ci postule que pour être efficace, tout traitement doit correctement identifier le niveau de risque et les besoins de l'individu tout en étant donné de manière appropriée.

Le but de ce modèle est d'aider l'auteur de violence sexuelle (AVS) à comprendre sa dynamique de passage à l'acte et à gérer les facteurs psychologiques et situationnels qui le mettent en situation de risque de récidive (36).

Le modèle RBR fait partie de l'évaluation à l'aide des facteurs statiques et dynamiques.

À la suite des conclusions de Martinson (1974), à savoir que l'intervention correctionnelle ne donnait pas de résultats probants, un vent de pessimisme a soufflé sur les milieux correctionnels en Amérique du Nord. Plusieurs étaient d'avis que rien ne fonctionnait avec les auteurs d'infractions et qu'il ne valait pas la peine de viser la réinsertion.

Or, plusieurs auteurs se sont appliqués à documenter les processus par lesquels la récidive pouvait être réduite par une intervention correctionnelle appropriée et efficace. Au Canada, ces efforts ont mené à ce qui allait devenir les bases de l'intervention RBR, c'est-à-dire basée sur les principes du risque, des besoins et de la réceptivité (37) (27).

Dans l'optique de proposer des interventions susceptibles de réduire le risque de récidive, plusieurs auteurs ont entrepris de mesurer les éléments dynamiques (en plus des éléments statiques) les plus étroitement liés à ce risque. Leurs efforts visaient à cerner les domaines les plus intimement associés au comportement infractionnel et ainsi à tenter d'agir sur eux par le biais d'interventions précises.

Le choix des premières cibles d'intervention a été grandement influencé par les théories du comportement qui prévalaient à l'époque, de même que par les pratiques générales en matière d'évaluation. Les instruments mesurant la personnalité, l'instabilité et le fonctionnement psychologique général ont rapidement été retenus pour évaluer les auteurs d'infractions et le risque qu'ils posent. Il aura fallu attendre qu'il s'accumule une quantité importante de recherches sur le lien entre les variables de fonctionnement psychologique général et le risque de récidive pour apprécier l'utilité de ces différents aspects de la délinquance et ainsi juger de la pertinence de les considérer dans l'évaluation du risque (27).

Ainsi, de façon plus concise, les trois principes de base du modèle RBR peuvent être décrits comme suit :

- Le principe du risque : adapter le niveau de service au risque de récidive du délinquant.
- Le principe des besoins : évaluer les facteurs criminogènes et les cibler dans le traitement.
- Le principe de la réceptivité : optimiser la capacité du délinquant à tirer des enseignements d'une intervention réhabilitante en lui offrant une thérapie cognitivo-

comportementale (TCC) et en adaptant l'intervention à son style d'apprentissage, à sa motivation, à ses aptitudes et à ses points forts.

e. La désistance

Le paradigme de la désistance a été évoqué en 2006 par M. McNeill.

Il s'agit d'une des dernières évolutions d'approche de la dangerosité.

L'individu y a une place prééminente. Dans ce modèle, il est également à noter le rôle primordial de l'équipe de probation. Il s'agit de l'idée d'un travail d'aide et de collaboration. Le concept théorique est que le changement n'intervient que sur le choix de l'individu.

Par exemple, le Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (CPIP) va réaliser un entretien motivationnel. Il s'agirait selon certains auteurs d'un modèle économique, c'est-à-dire rentable, avec le moins de frais (29) (27).

Afin de réduire le risque de récidive, certains ont pensé à la création de programmes correctionnels. Le but de ces programmes correctionnels est de réduire le risque de récidive criminelle. Même si par le passé on a cru que rien n'arrivait à changer le comportement criminel (38), nous savons maintenant que des interventions de réhabilitation correctionnelle bien conçues et correctement mises en œuvre réduiraient la probabilité d'un comportement criminel futur (39). Qui plus est, des auteurs considèrent comme un fait établi que l'adhésion à des principes précis en matière de réhabilitation est nécessaire pour que les interventions correctionnelles réussissent à diminuer la récidive (27) (39) (35) (40).

2) Les modèles de dangerosité

a. Le concept de dangerosité

Le concept de dangerosité est né au XIXe siècle (41) dans un contexte de défense sociale, de volonté de protection de la population contre le crime. Les aliénistes ont adhéré à cette volonté de défendre la société contre les individus dangereux. La place occupée par la dangerosité s'est accrue après la loi de 1838 (internement des malades mentaux) (42). La psychiatrie a alors porté un jugement sur les risques sociaux, la maîtrise du danger devant

être assurée par l'exclusion de certaines catégories d'individus : « les fous, les criminels » (3).

Tombée en désuétude pendant la plus grande partie du XXe siècle, la notion de dangerosité s'est imposée, dans les dix dernières années, comme l'une des pierres angulaires de la restructuration du droit pénal français, notamment par le développement des mesures de sûreté et l'extension de la place de l'expertise psychiatrique (6) (43).

La notion de dangerosité vient dès son origine justifier la création de mesures pénales spécifiques applicables aux individus jugés dangereux ou à risque. Historiquement, cette catégorie entretient des liens étroits avec la récidive et plus encore de la multi-récidive. En effet, la récidive est parfois présentée comme la preuve de l'inaccessibilité de la personne à la rationalité de la sanction pénale et donc de sa dangerosité (3). Depuis lors, la figure de la dangerosité oscille entre celle du multirécidiviste et celle, en particulier à partir des années 1990, du délinquant sexuel.

Si la psychiatrie du XXe siècle, a permis de s'éloigner de la pensée « déterministe » et de penser à une possible amélioration des symptômes et à une réinsertion des individus atteints de troubles mentaux, la notion de dangerosité n'a pas pour autant disparu des débats. Un certain nombre de lois récentes va à nouveau dans un sens de défense sociale et de prédiction de la dangerosité et vise à mettre à l'écart de la société, pour une durée plus ou moins déterminée, des individus présentant des risques élevés de récidive ou de comportements violents. Les psychiatres sont interpellés par la justice pour évaluer cette dangerosité (expertise psychiatrique pénale) ou amenés à devoir évaluer celle-ci dans le cadre de l'urgence (3) (6) (4).

b. La dangerosité criminologique

La dangerosité criminologique, fait référence à la loi, au crime, au fait criminel.

Elle prend en compte l'ensemble des facteurs environnementaux et situationnels susceptibles de favoriser l'émergence du passage à l'acte. La dangerosité criminologique d'un sujet correspond à « la probabilité qu'un individu commette une infraction contre les personnes ou les biens » (44) ou « la probabilité de réitération chez un sujet déjà condamné » (44) (7) (45).

S'il existe des instruments permettant de proposer une appréciation de l'effectivité potentielle d'une reprise d'actes violents, il n'existe pas aujourd'hui de consensus quant à leur utilisation. Ces instruments s'appuient sur deux modes d'approches bien différents. Les uns considèrent des variables d'ordre actuariel et ne donnent qu'une probabilité quantitative statistique du risque à un moment de vie donné et dans un contexte spécifique. Les autres s'appuient sur des variables d'ordre clinique et contextuel individuel. Elles permettent une appréciation qualitative du risque. Pour autant, aucune de ces deux approches ne saurait avoir une valeur prédictive fiable de façon certaine. Cela est d'autant plus vrai que les outils dont nous disposons sont principalement d'origine anglo-saxonne et ne connaissent pas de validation sur des populations françaises (7) (45).

Si l'évaluation de la dangerosité et de la récurrence est une donnée qui peut apparaître nécessaire, il conviendra toujours d'être vigilant à ne pas stigmatiser le « malade mental » (7).

c. La dangerosité psychiatrique

La dangerosité psychiatrique peut se définir comme un risque de passage à l'acte lié à un trouble mental.

La dangerosité psychiatrique correspond à l'évaluation du risque de dangerosité et de récurrence dans l'évolution clinique d'une pathologie identifiée chez un sujet. Une telle évaluation prend en compte l'observance thérapeutique que l'on est en droit d'attendre de lui. Cependant, et en cela il conviendrait de suivre les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) dans son document sur l'expertise pénale psychiatrique : « il convient d'éviter l'amalgame entre risque de rechute d'une pathologie psychiatrique et risque de récurrence de l'acte délictueux » (13). La dangerosité psychiatrique peut se définir comme « un risque de passage à l'acte principalement lié à un trouble mental et notamment au mécanisme et à la thématique de l'activité délirante » (46) (47) ou encore, comme la « manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale » (48) (13) (7).

3) L'expertise psychiatrique et l'évaluation dans le dispositif de l'injonction de soins

a. L'expertise psychiatrique pénale

Instituée par la loi du 17 juin 1998 relative à la prise en charge des auteurs d'infractions sexuelles, l'injonction de soins peut s'inscrire dans le cadre de la procédure socio-judiciaire, formulation qui a été préférée par les rédacteurs de la loi à celle de suivi médicosocial. Dans la mesure où cette décision d'injonction s'appuie sur la procédure d'expertise médicale judiciaire, elle contribue à redéfinir les enjeux de l'expertise psychiatrique et soulève des questions au plan théorique et clinique puisque nous sommes ici face à une extension du terme « prescription » (49).

Pour le prononcé d'une mesure d'injonction de soins, une expertise médicale préalable au jugement sur le fond est exigée. La personne poursuivie pour une infraction prévue par l'article 706-47-1 du code de procédure pénale (50) (51), doit être soumise avant tout jugement sur le fond à une expertise médicale. L'expert, outre sa mission générale, est interrogé sur l'opportunité d'une injonction de soins (50). Pour qu'une injonction de soins puisse être éventuellement prononcée dans le cadre d'une peine de suivi socio-judiciaire, il est nécessaire que le procureur de la République prenne l'initiative d'ordonner cette expertise préalable, même pour les faits qui ne sont pas visés par l'article 706-47 du code de procédure pénale (50) (7).

b. Les temps de l'expertise pénale :

i. L'expertise de garde-à-vue

L'expertise de garde-à-vue se fait sur réquisition.

Sont posées seulement trois questions :

- La personne mise en cause présente-t-elle une pathologie psychiatrique ?
- Cette pathologie nécessite-t-elle des soins immédiats et, si oui, selon quelles modalités ?
- L'état psychique de la personne justifie-t-il la réalisation à distance d'une expertise psychiatrique ?

L'expertise de garde-à-vue a pour but de permettre l'orientation du gardé à vue. En effet, il peut s'agir en pratique d'un moment de stress aigu. Parfois, il existe un délai important écoulé depuis les faits (Cf. délais de prescription). L'environnement n'est pas toujours adapté. Après la révélation de violences sexuelles, il peut y avoir chez la personne soit un déni, soit un sentiment de culpabilité avec risque de suicide, soit un déplacement de la violence avec risque de passage à l'acte hétéro-agressif envers l'expert psychiatre par exemple (52) (53) (54).

ii. L'expertise pré-sentencielle

Nous relevons que la question de l'injonction est posée dans la mission d'expertise en phase pré-sentencielle : c'est-à-dire pour des prévenus, qu'ils soient sous contrôle judiciaire ou détenus (49).

L'un des principaux retentissements de la loi sur l'expertise pénale tient à ce que la mission de l'expert n'a plus pour seule finalité l'identification d'éventuels troubles psychiques susceptibles d'interférer avec le discernement au moment des faits ; elle lui impose de procéder à une « distinction » visant à la détermination de la nécessité ou de l'inopportunité de soins spécialisés pour un auteur de faits prévus par la loi tel que vu précédemment (principalement des infractions de nature sexuelle), que celle-ci soit déjà juridiquement qualifiée ou que les investigations soient encore en cours.

Dépassant les différences de point de vue sur les plans criminologique et clinique, des auteurs (55) considèrent qu'une « grande partie des patients présentant des dysfonctions sexuelles ou des paraphilies, telles qu'elles sont définies dans les classifications psychiatriques (DSM-5 et CIM10) » nécessite un traitement ; ils relèvent cependant que « délinquants sexuels et paraphiles » ne se recoupent pas nécessairement, même si les personnes rencontrées ont déjà fait l'objet de condamnations antérieures, parfois pour d'autres délits. Nous pouvons donc en retenir que les notions d'infractions sexuelles (pénalement définies) ne sont pas transposables à celles utilisées au plan clinique pour évoquer les auteurs d'agressions sexuelles (AAS) (56) (3).

iii. L'expertise post-sentencielle

Dans le cas de l'expertise post-sentencielle, il s'agit cette fois de faire l'évaluation :

- de la dangerosité,
- du risque de récidive,
- de l'évolution,
- de la nécessité de soins,
- de la possibilité d'insertion et de réadaptation (52) (53).

La loi du 17 juin 1998 consacre la réalisation des expertises post-sentencielles à l'évaluation du risque de récidive et à l'indication d'une injonction de soins. En France, cette évaluation est dans la grande majorité des cas uniquement clinique. Selon certains auteurs, il s'agit bien entendu d'une condition indispensable, mais pas suffisante, d'autres facteurs non cliniques entrant dans l'estimation d'une telle dangerosité criminologique. La question n'est plus de rechercher une pathologie mentale pour déterminer le degré de responsabilité. Il s'agit d'éclairer un magistrat (le plus souvent un juge d'application des peines) concernant un risque de récidive. Du fait de la condamnation pénale, ce risque est par essence présent. Une recherche méticuleuse des facteurs validés par la littérature spécialisée est donc nécessaire à l'obtention d'une réponse graduée. De plus, certains auteurs précisent que le piège de se baser sur des critères cliniques non validés doit être évité autant que faire se peut (57) (58) (59) le risque étant une surestimation de la dangerosité criminologique via des données psychopathologiques non associées statistiquement. Enfin, gardons à l'esprit que prédire si un sujet va récidiver ou non reste actuellement du domaine de l'imaginaire. Aussi élevée soit-elle, cette estimation reste de nature statistique et ne permet pas de prédire la trajectoire que va prendre un individu particulier (57) (60) (61).

c. La décision prise par le magistrat

Selon R. GOUMILLOUX (62), l'avis de l'expert à propos de l'injonction de soins dans le cadre de la mission d'expertise qui lui est dévolue ne prend pas d'autre dimension que celle d'un avis à caractère évaluatif ; il ne s'agit pas d'une décision. Cela indique que cet avis sera nécessairement repris dans la dynamique de la procédure judiciaire et donc susceptible d'être reconsidéré ou réexaminé par diverses voies de recours spécifiques au processus judiciaire, y compris la contre-expertise. La décision reste celle du juge et l'acceptation de s'y conformer celle de l'auteur des faits (63) (57) (62).

Il est ainsi, selon nous, important de rappeler que la décision du prononcé ou non d'une mesure d'injonction de soins est toujours du ressort du magistrat, selon les dispositions prévues par la loi.

CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE

En conclusion de cette première partie, l'injonction de soins est un soin pénalement ordonné par la Justice : elle correspond à une condamnation suite à la commission d'un ou de plusieurs faits de type délictuel ou criminel, s'inscrivant le plus souvent dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire mais pouvant également s'inscrire dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve, d'une libération conditionnelle, d'une surveillance judiciaire, d'une surveillance de sûreté ou d'une rétention de sûreté.

Cette mesure se situe à l'interface entre les mondes de la Santé et de la Justice, imposant et permettant des échanges mutuels afin d'apporter une aide, un cadre, des « soins » à une personne placée sous main de justice ou patient, selon notre positionnement.

La mesure d'injonction de soins a été initialement créée dans le but de réduire le risque de récidive. Pour cela, il est important de comprendre et de s'entendre sur ce que l'on appelle dangerosité, qu'il s'agisse d'une dangerosité psychiatrique ou d'une dangerosité criminologique. L'expert psychiatre a de ce fait un rôle clé.

Presque vingt ans après la création du dispositif par la loi du 17 juin 1998, il est important de faire un état des lieux de la mesure afin d'avoir des retours chiffrés pour, à terme, permettre d'évaluer l'efficacité du dispositif et qu'il y ait une potentielle implication clinique sur nos patients souffrant de trouble psychiatrique suivis en injonction de soins.

Le rapport de l'I.G.A.S. et de l'I.G.S.J. de 2011 a noté que les données statistiques étaient insuffisantes. Si certaines sources peuvent fournir des données sur le suivi socio-judiciaire, seul le Casier judiciaire national est à même d'en fournir, partielles, sur les injonctions de soins, et seulement sur celles prononcées dans le cadre du suivi socio-judiciaire, qui est le cadre majoritaire. Ces dernières ne permettent cependant de remonter qu'à mai 2009. Une nette amélioration des applications portant sur le recueil des données relatives au suivi socio-judiciaire et à l'injonction de soins est indispensable à une bonne connaissance statistique de ces peines (12).

Intuitivement, on peut se dire que ce que l'on attend du dispositif correspond à une prise en charge médicale et une prévention de la récidive. Pour faire une évaluation du dispositif, il faut définir des indicateurs statistiques.

Le rapport de l'I.G.A.S. et de l'I.G.S.J. de 2011 proposait les indicateurs suivants à définir : nombre d'injonctions de soins prononcées par tribunal de grande instance, nombre d'injonctions de soins en cours (avec durées et infractions commises) par tribunal de grande instance et par région (ARS).

Concernant les facteurs de risque de dysfonctionnement, quantitatifs et qualitatifs, l'évolution de certaines données mériterait d'être observée selon ce rapport (12) :

- nombre de dessaisissements entre juges d'application des peines, nombre de sorties avec ou sans désignation préalable d'un médecin coordonnateur qui constituent des risques de rupture entre milieu fermé et milieu ouvert ;
- nombre de médecins coordonnateurs par tribunal de grande instance,
- nombre de cas suivis par coordonnateur et nombre d'entretiens annuels par condamné.

C'est dans ce contexte qu'est née l'idée de notre étude, des travaux d'étude et de recherche étant devenus indispensables pour évaluer l'injonction de soins.

DEUXIEME PARTIE : PARTIE EXPERIMENTALE

I- Evaluation quantitative : Etude « ELIS » (Etats des lieux de l'injonction de soins)

1) Etude ELIS : étude nationale

a. Introduction

Pour rappel, c'est à la suite de plusieurs affaires judiciaires mettant en cause des auteurs d'infractions sexuelles récidivistes que le législateur a souhaité améliorer l'état de la prévention et de la répression des infractions sexuelles en votant la loi du 17 juin 1998.

Nous avons vu précédemment que l'injonction de soins pouvait être prononcée dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire. Elle mobilise à la fois des acteurs judiciaires, sanitaires et pénitentiaires. Le dispositif d'injonction de soins a la particularité d'être le plus souvent une peine complémentaire ordonnant au condamné un suivi médical ou psychologique après sa remise en liberté suite à une expertise médicale préalable concluant à la possibilité d'un traitement.

Cette mesure d'injonction de soins a connu plusieurs évolutions législatives augmentant son champ d'application (loi du 17 juin 1998, loi du 12 décembre 2005, loi du 5 mars 2007, loi du 10 août 2007, loi du 25 février 2008). Cet élargissement important du champ d'application de l'injonction de soins a eu pour conséquence une augmentation du nombre de personnes concernées par cette mesure. Cependant, l'ONDRP précisait en 2017 que nous n'étions pas en mesure de connaître le nombre exact de personnes sous injonction de soins.

Après presque vingt ans d'existence, il n'existe, en effet, que peu d'informations sur ce dispositif. Une meilleure connaissance de cette mesure pourrait permettre un ajustement des besoins ou une amélioration de sa mise en application. Si son utilité n'est pas remise en question, les connaissances générales carentielles de cette mesure peuvent être une limite à son efficacité.

Cette carence fut mise en exergue dès 2011 par l'Inspection générale des affaires sociales et l'Inspection générale des services judiciaires qui, dans un rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soins, ont fait ce même constat. Ce rapport évoque notamment, dès les premières pages, une « pauvreté de la production statistique disponible » et insiste sur l'idée « qu'il serait indispensable que les instruments statistiques soient disponibles, nationalement et localement, pour adapter les moyens nécessaires à la mise en œuvre de l'injonction de soins ».

Plus de six ans après la restitution de ce rapport, le constat reste le même. Malgré une volonté d'améliorer l'état des connaissances sur l'injonction de soins, caractérisée par certaines initiatives locales, le niveau de connaissance général de ce dispositif reste faible. Le nombre de personnes sous injonction de soins n'est notamment toujours pas une information disponible.

Étant consciente du manque de connaissance sur un dispositif dans le cadre duquel ses membres sont souvent amenés à travailler, la Fédération Française des Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (FF-CRIAVS) s'est associée à l'Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales (ONDRP) dans un projet commun ayant pour objectif de collecter des informations détaillées sur l'injonction de soins.

Il est important de noter que ce projet retient l'attention du Ministère de la Justice ; la démarche consistant à autoriser les membres du projet à collecter des informations détaillées sur ce dispositif et sur les personnes qui y sont soumises a été faite. Ainsi, l'autorisation a été donnée par le Ministère de la Justice (cf Annexe 2) pour réaliser cette étude.

b. Objectifs

L'objectif de ce travail, tel qu'il a été défini par le groupe de travail, est, dans un premier temps, de collecter un ensemble d'informations portant sur les personnes suivies dans le cadre de l'injonction de soins, sur les faits ayant mené au prononcé de l'IS, sur la peine amenant l'IS ainsi que sur le suivi de la personne placée sous main de justice (PPSMJ).

L'objectif est ainsi de dresser un état des lieux statistique, quantitatif et exhaustif du dispositif en apportant un maximum d'informations détaillées via cette collecte. Ainsi, ce projet permet de répondre aux premiers constats du rapport d'inspection de 2011 portant sur l'absence de statistiques concernant le dispositif.

Cet état des lieux sera, par ailleurs, un élément central du rapport d'orientation et de proposition portant sur la prévention, l'évaluation et la prise en charge des auteurs de violences sexuelles présentées lors d'une audition publique organisée les 14 et 15 juin 2018 par la FF-CRIAVS. L'audition publique sera suivie d'une conférence de presse le 17 juin afin de communiquer sur la publication des recommandations et des conclusions du rapport.

Le projet initial vise donc à analyser quantitativement le dispositif d'injonction de soins. Comme évoqué précédemment, il n'existe à ce jour aucune base de données administrative nous permettant d'accéder à des informations suffisamment détaillées sur le nombre de personnes sous injonction de soins ni sur leurs caractéristiques ou celles de leur suivi. Afin de mener à bien cet objectif, l'ONDRP et les membres de la FF-CRIAVS ont proposé de créer une base de données détaillée recensant les injonctions de soins en cours sur l'ensemble du territoire français.

La création d'une telle base de données a pour but de permettre ensuite la réalisation de plusieurs études dont une descriptive spécifiquement sur l'injonction de soins et les personnes suivies dans la cadre de ce dispositif. Un tel état des lieux nous semble essentiel pour améliorer l'état des connaissances sur cette mesure et sur la population qu'elle contraint, population encore peu étudiée.

Le niveau de détail de cette base de données peut permettre notamment de mieux connaître les caractéristiques de la PPSMJ, les caractéristiques de l'infraction ou des infractions à l'origine de l'injonction de soins, les caractéristiques de la peine amenant l'injonction de soins ainsi que les caractéristiques du suivi de la PPSMJ en injonction de soins.

Ces possibilités répondent également à un certain nombre de recommandations formulées par le rapport réalisé par l'IGAS et l'IGSJ en 2011, parmi lesquelles figurent des propositions de recherches pluridisciplinaires portant sur les déterminants criminologiques

des violences, l'analyse de l'adhésion aux soins ou les processus d'apparition des violences sexuelles.

Il n'a pas été retenu dans les objectifs du projet d'évaluer l'efficacité du dispositif ou le bon fonctionnement de celui-ci.

c. Méthode

- **Le protocole de la recherche**

- La constitution d'une équipe pluridisciplinaire

Après une première prise de contact au premier semestre 2016 ayant mis en évidence des intérêts communs en raison de leurs missions respectives, la FF-CRIAVS et l'ONDRP ont constitué un groupe de travail afin d'initier le projet.

Ce groupe de travail, composé à la fois de membres de CRIAVS et de personnels de l'ONDRP, est pluridisciplinaire ce qui lui permet d'appréhender le sujet sous toutes ses formes. En effet, des médecins psychiatres, internes en psychiatrie, psychologues, infirmiers, juristes ou encore responsables d'études criminologiques (ONDRP) composent cette équipe et ont eu la charge d'établir un protocole de collecte des informations sur l'injonction de soins.

- Les ressources du projet

Ce projet, ambitieux de par son ampleur, repose intégralement sur des ressources humaines internes aux institutions de rattachement des membres du groupe de travail CRIAVS et ONDRP, ainsi que sur un soutien de la part de l'administration pénitentiaire afin d'accéder aux dossiers à partir desquels se fera la saisie au sein des Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (SPIP) en milieu ouvert (hors de la prison).

Aussi, l'administration pénitentiaire a été sollicitée afin de désigner des référents au sein des SPIP milieu ouvert pour être point de contact de ce projet et afin de mettre à disposition des chargés de la collecte les dossiers de suivi anonymisés et extraits en date du 1^{er} avril 2017, après avoir obtenu l'accord du Ministère de la Justice. La collecte a été effectuée par des membres de chaque CRIAVS de France. Les chargés de collecte ont été encadrés par des référents formés à la collecte. Ce sont donc 11 personnes membres du

groupe de travail et des membres de 23 CRIAVS qui ont été impliqués dans la phase de collecte.

N'ayant pas de décompte précis du nombre de dossiers en cours au moment de la collecte, nous nous sommes appuyés sur les chiffres projetés par le rapport d'inspection de 2011 qui estimait que « *le nombre probable d'injonctions de soins pourrait atteindre le chiffre de 7800 d'ici quelques années* ». La phase de test de la grille d'analyse nous a permis d'estimer à 1,5h le temps de collecte sur un dossier. Répartie sur 9 mois, la collecte représente un coût-temps mensuel d'environ 102 heures par CRIAVS.

La répartition de la charge de travail s'est donc faite entre les SPIP sollicités en début de collecte pour la mise à disposition des dossiers de suivi d'IS en cours au 1er avril 2017, la FF-CRIAVS qui a assuré la collecte des informations sur les dossiers et l'ONDRP qui a assuré le traitement statistique des informations saisies.

- **Les caractéristiques de l'analyse**

- La nature du projet

Le projet présenté est une étude descriptive, quantitative qui vise à collecter des informations sur l'ensemble des dossiers d'injonction de soins en cours en date du 1^{er} avril 2017. Le champ géographique de l'étude est la France, permettant un recensement le plus exhaustif possible et une représentativité du dispositif à la date choisie.

- La collecte de données

L'injonction de soins est un dispositif qui mobilise plusieurs types d'acteurs :

- Des acteurs judiciaires, avec notamment le juge d'application des peines (JAP) qui a un rôle central dans la mise en œuvre de l'injonction de soins. Pour rappel, au-delà du fait qu'il soit depuis 2007 compétent pour ordonner un tel dispositif, le JAP a pour mission de contrôler toutes personnes condamnées à une injonction de soins et ce quel que soit le cadre légal dans lequel elle a été prise.
- Des acteurs sanitaires, avec le médecin coordonnateur qui a pour mission de faire l'interface entre la Santé et la Justice puisqu'il est à la fois l'interlocuteur du médecin et du juge d'application des peines (et des services pénitentiaires

d'insertion et de probation). Son rôle est également de garantir le secret professionnel, d'établir un cadre thérapeutique et d'évaluer l'évolution de la personne condamnée à une injonction de soins. Les médecins ou psychologues traitants doivent quant à eux effectuer concrètement l'accompagnement psychothérapeutique du condamné.

- Enfin, des acteurs pénitentiaires, dont les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) ont un rôle majeur dans l'application du dispositif d'injonction de soins. Leurs missions générales sont de prévenir la récidive des personnes placées sous main de justice et de favoriser leur insertion. Le SPIP doit veiller au bon déroulement de l'injonction de soins. Pour y parvenir au mieux, il est destinataire de la part du médecin coordonnateur des éléments nécessaires au contrôle de cette mesure (art. L3711-1, 3° CSP). Le personnel d'insertion et de probation doit également adresser chaque semestre au juge de l'application des peines un rapport de situation dans lequel il peut proposer des modifications ou rendre compte de la violation de ce dispositif.

Après une réflexion commune alimentée par l'expérience de certains membres du groupe de travail, nous avons estimé que les SPIP étaient les services qui centralisaient le plus d'informations sur le dispositif d'injonction de soins. Un courrier a donc été adressé au Garde des Sceaux dans le but d'obtenir une autorisation formelle d'accès aux dossiers des personnes sous injonction de soins pour pouvoir créer une base de données anonymisée.

Cette collecte s'est faite sur les dossiers extraits, anonymisés, mis à disposition par les SPIP et consultés sur place. Ce mode de saisie garantit la non-diffusion de copies de dossiers à l'extérieur des services pénitentiaires. La saisie s'est faite sur fichier tableur à partir d'une grille d'analyse construite par le groupe de travail dont une partie est présentée à l'annexe 6. Les critères d'inclusion des dossiers dans la collecte portent sur l'ensemble des personnes qui bénéficient de l'injonction de soins en date du 1er avril 2017.

Une demande d'autorisation a été soumise à la CNIL (Annexe 3) pour ce projet en date du 20 janvier 2017 en raison des informations portant, non pas sur l'identité de la personne, mais sur le parcours judiciaire de la personne placée sous main de justice.

- Les données recueillies

Plusieurs réunions du groupe de travail ont porté sur le choix des variables à intégrer au cours de la collecte et devant constituer la grille d'analyse. Après avoir modifié à plusieurs reprises la première version de la grille d'analyse, celle-ci fut testée sur un échantillon de dossiers anonymes afin d'en vérifier la possible mise en œuvre. De nouveaux ajustements ont été apportés après une collecte en condition réelle.

Une grille d'analyse composée de près de 99 variables nous a permis de collecter des informations anonymes sur les caractéristiques des personnes sous injonction de soins, sur les caractéristiques de l'infraction ou des infractions à l'origine de l'injonction de soins et sur les caractéristiques de l'injonction de soins et de sa mise en application.

Un guide méthodologique définissant et précisant toutes les variables et modalités contenues dans cette grille d'analyse a été rédigé pour servir de support aux collecteurs. L'objectif de ce guide méthodologique était de faciliter au maximum le travail des collecteurs.

Les données recueillies portent sur **quatre** catégories de caractéristiques, à savoir :

- Les caractéristiques de la personne placée sous main de justice (PPSMJ)
- Les caractéristiques de l'infraction ou des infractions à l'origine de l'injonction de soins
- Les caractéristiques de la peine amenant l'IS
- Les caractéristiques du suivi de la PPSMJ condamnée à une injonction de soins.

Ces caractéristiques sont détaillées à l'annexe 6.

Le choix de l'ensemble de ces indicateurs vise à répondre au mieux aux objectifs fixés par le groupe de travail, à savoir décrire la population suivie dans le cadre de ce dispositif, savoir suite à quelle infraction les juges ont condamné à une injonction de soins, connaître la peine ayant mené à l'injonction de soins et mettre en lumière les circonstances dans lesquelles s'effectue le suivi.

Par ailleurs, et en vue de créer une base d'information suffisamment riche afin d'ouvrir des pistes de recherche telles que préconisées par le rapport d'inspection, l'étude ELIS intègre

dans la grille d'analyse des indicateurs relatifs aux antécédents judiciaires et psychologiques/psychiatriques ainsi que les liens existants entre les auteurs et les victimes.

- **Calendrier du projet**

Janvier 2016 : sollicitation de l'ONDRP par la FF-CRAIVS sur la question de l'IS

Printemps 2016 : création du groupe de travail

Juin 2016 : première réunion du groupe de travail et lancement du projet

Juillet 2016 : demande d'accord du Garde des Sceaux et constitution de la première grille d'analyse

Septembre – octobre 2016 : phase de test de la grille d'analyse

Octobre 2016 : consolidation de la grille d'analyse

Décembre 2016 : présentation du projet en conseil d'administration de la Fédération Française des CRIAVS

Février 2017 : désignation des référents chargés de l'encadrement de la collecte au sein des CRIAVS.

Février 2017 : désignation des référents SPIP

Mars 2017 : formation des référents chargés de l'encadrement de la collecte et demande d'extraction des dossiers de suivi par les SPIP à la date du 1er avril

Avril 2017- janvier 2018 : collecte

Juin 2017 : bilan intermédiaire de collecte

Février - avril 2018 : exploitation statistique des éléments saisis et présentation des premiers éléments de résultats

Avril 2018 : restitution des résultats à l'administration pénitentiaire

Avril 2018 : restitution des résultats à la FF-CRIAVS

Avril - mai 2018 : publication d'un état des lieux de l'injonction de soins

Juin 2018 : présentation lors de l'audition publique.

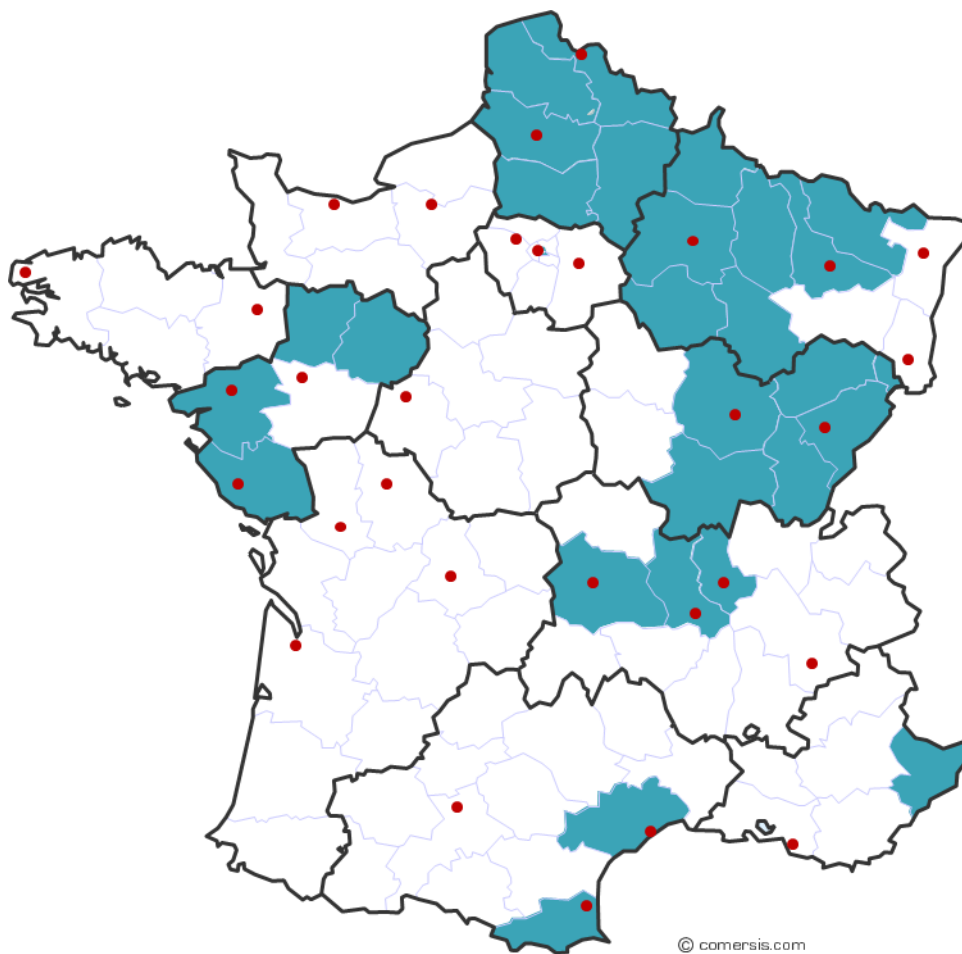
d. Résultats

Etat d'avancement des données en décembre 2017, selon l'ONDRP

Résultats au niveau national

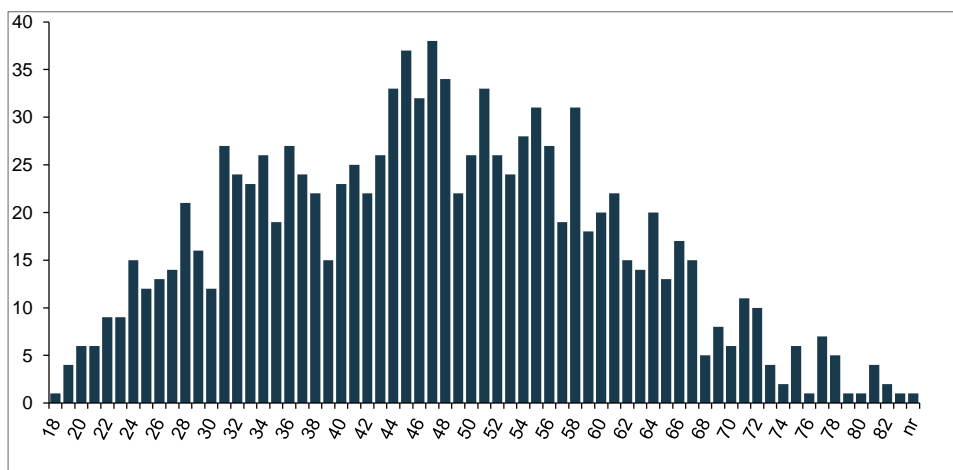
1 534 personnes sous injonctions de soins

28 départements



■ Données transférées

- **Résultats : caractéristiques de la personne sous IS**

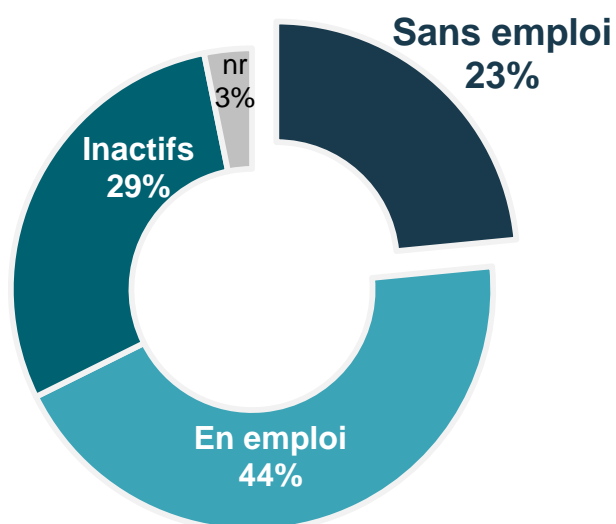


Age moyen : 47 ans

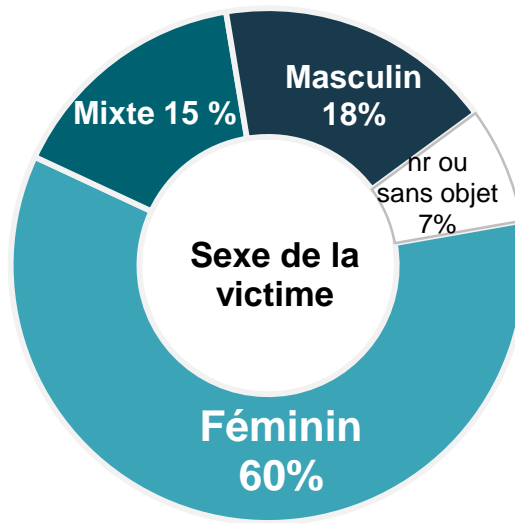
53% avaient des antécédents judiciaires

1/5 en situation de handicap/invalidité

98% d'hommes

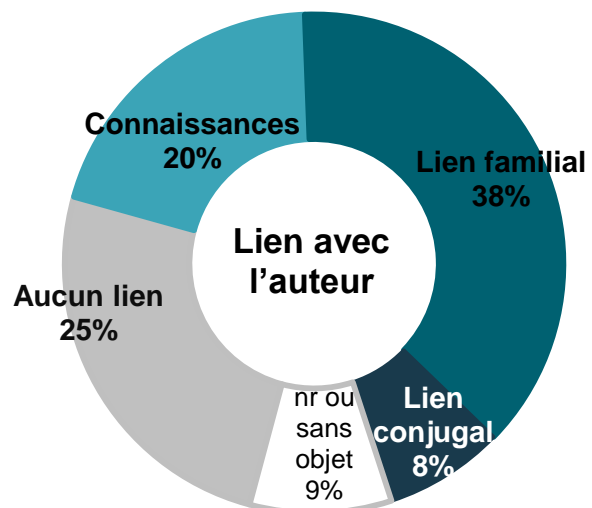


- **Résultats : caractéristiques de la victime**



50% des PPSMJ avaient une seule victime

2/3 des victimes étaient mineures

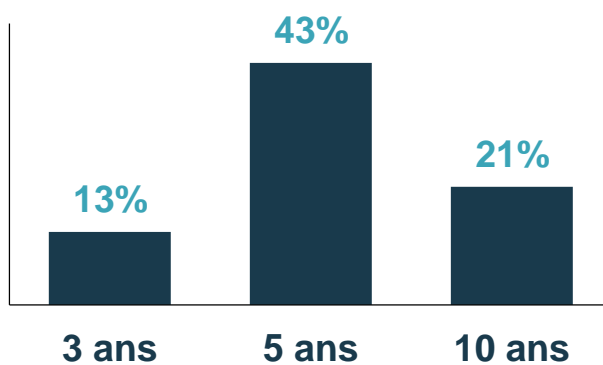


- Résultats : caractéristiques de l'IS

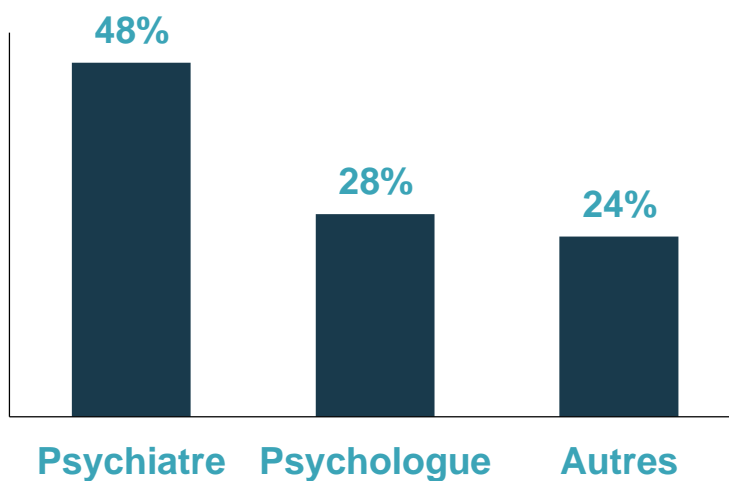
90% des IS sont prononcées à la suite d'**infraction sexuelle**

97% des IS sont prononcées dans le cadre d'un **suivi socio-judiciaire**

Durée de l'IS prononcée



Profession du praticien



2) Etude ELIS : en Languedoc-Roussillon

a. Introduction

Notre étude ELIS en Languedoc-Roussillon s'intéresse elle à dresser un état des lieux de l'injonctions de soins en se focalisant dans la région géographique du Languedoc-Roussillon. Il s'agit d'une étude descriptive, quantitative, transversale, multicentrique.

b. Objectifs

Notre objectif principal de l'étude ELIS en Languedoc-Roussillon est de réaliser un état des lieux descriptif quantitatif de la mesure d'injonction de soins en région Languedoc Roussillon. Notre second objectif est de répondre à la question suivante : les personnes placées sous main de Justice, suivies en injonction de soins, souffrent-elles d'un trouble psychiatrique ?

En d'autres termes, nous nous demandons s'il arrive que les magistrats prononcent une injonction de soins alors qu'il n'y a pas trouble psychiatrique selon l'expert psychiatre et si oui, pour quelles raisons ?

c. Méthode

Pour cela, les dossiers des personnes placées sous main de justice condamnées à une injonction de soins, ayant un suivi en cours au SPIP en milieu ouvert en avril 2017 ont été mis à disposition pour les collecteurs.

Nous sommes allés collectés à l'antenne de Montpellier du SPIP en milieu ouvert de l'Hérault les données afin de les recueillir dans un tableau Excel (cf Annexe 6). Celui-ci comprenait un total de 99 variables.

Ces variables concernaient **quatre** catégories de caractéristiques pour répondre aux objectifs fixés :

- **Les caractéristiques de la personne placée sous main de justice (PPSMJ)**, afin de décrire la population suivie dans le cadre de ce dispositif,
- **Les caractéristiques de l'infraction à l'origine de l'injonction de soins,**
- **Les caractéristiques de la peine amenant l'IS,**

- **Les caractéristiques de l'injonction de soins**, afin de mettre en lumière les circonstances dans lesquelles s'effectue le suivi.

d. Résultats

En région Languedoc-Roussillon, 166 dossiers d'injonction de soins ont été identifiés comme étant en cours en avril 2017.

Nous avons collecté 109 dossiers d'IS en Languedoc-Roussillon, répartis comme suit : dans le département de l'Hérault (34), nous avons collecté 75 dossiers à l'Antenne de Montpellier et 31 dossiers à l'Antenne de Béziers. Dans le département des Pyrénées-Orientales (66), trois dossiers ont été collectés.

Nous avons pu obtenir comme données auprès du SPIP de Nîmes qu'il existait environ 80 suivis socio-judiciaires en cours en avril 2017 dépendant du SPIP de Nîmes répartis comme suit : 22 dépendant du SPIP d'Alès, 47 dépendant du SPIP de Nîmes, 9 dépendant de la maison d'arrêt de Nîmes. Nous n'avons pas pu obtenir le nombre exact de mesures d'injonction de soins en cours en avril 2017 dans cette zone géographique. En effet, nous avons expliqué précédemment qu'il faut distinguer suivi socio-judiciaire et injonction de soins.

Nous avons récapitulé ces données dans un tableau (cf Annexe 1).

Nous avons établi des résultats qui seront complétés par l'ONDRP et explicités lors de l'audition publique qui aura lieu en juin 2018.

Concernant les auteurs : il est à noter que 98% sont de sexe masculin. Dans notre échantillon de population, nous avons 107 hommes pour 2 femmes (cf Figure 2 et Tableau 3).

- **Sexe des PPSMJ :**

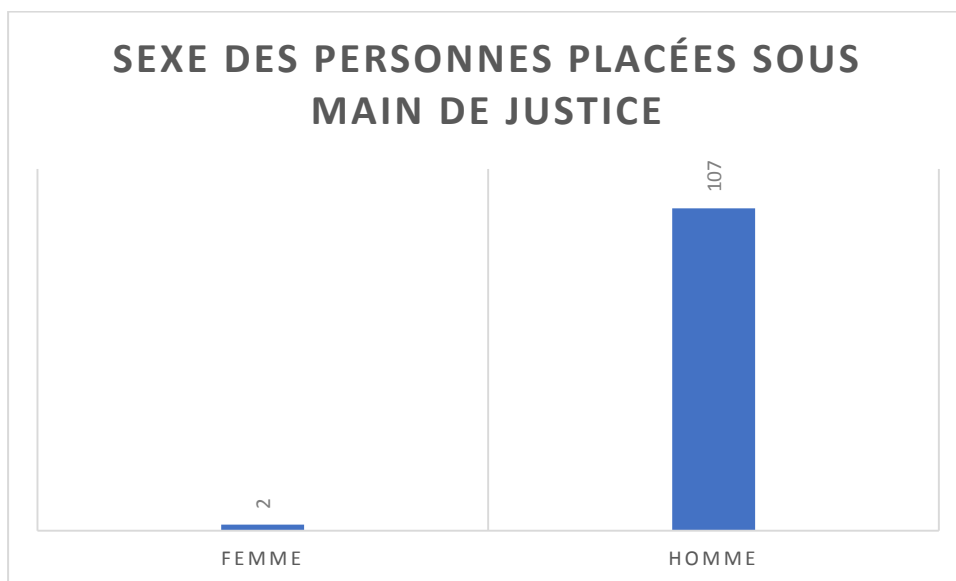


Figure 2 : Répartition des PPSMJ par genre

Sexe des personnes placées sous main de justice	Nombre
Femme	2
Homme	107
Total général	109

Tableau 3 : Sexe des personnes placées sous main de justice

Vingt-et-un virgule cinq pour-cent (21,5 %) des PPSMJ perçoivent l'Allocation Adulte Handicapée (AAH), ce qui indique une situation de handicap. Cependant, notre recueil de données ne précise pas pour quel type de handicap la PPSMJ perçoit une AAH.

Soixante-quatre pour-cent (64%) des auteurs ont au moins un antécédent judiciaire.

Concernant la victime : parmi les PPSMJ suivie en injonction de soins, 64% ont des victimes de sexe féminin. 63 % des PPSMJ suivies en injonctions de soins ont des victimes qui étaient mineures au moment des faits.

- **Incarcérations avant condamnation de la PPSMJ à une injonction de soins :**

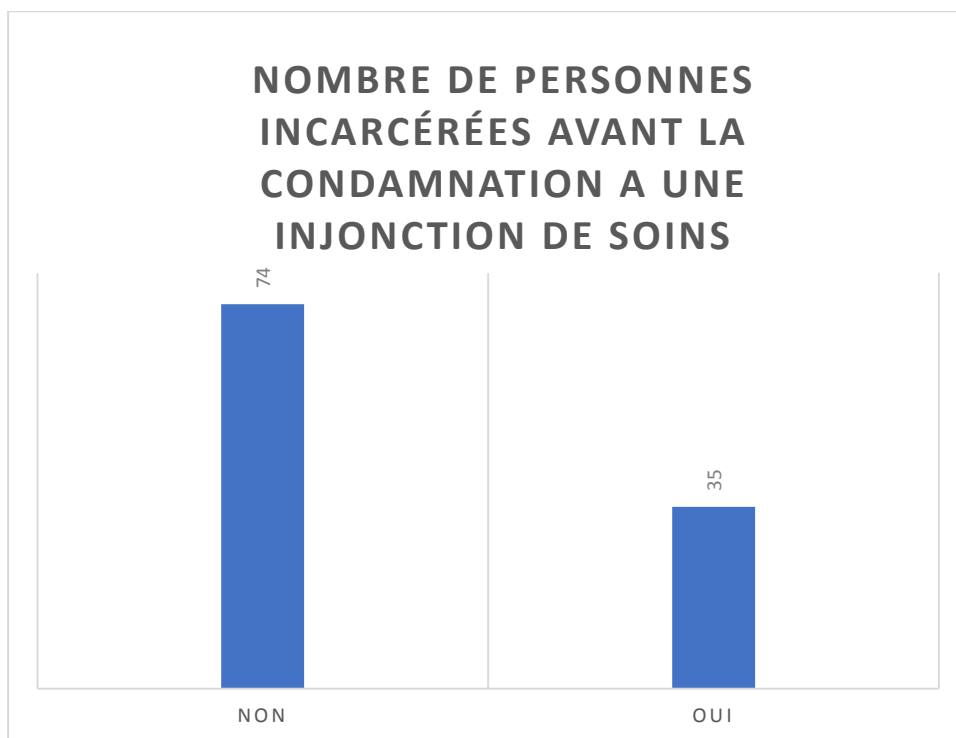


Figure 3 : Personnes incarcérées avant la condamnation à une injonction de soins

- **Nationalité des PPSMJ :**

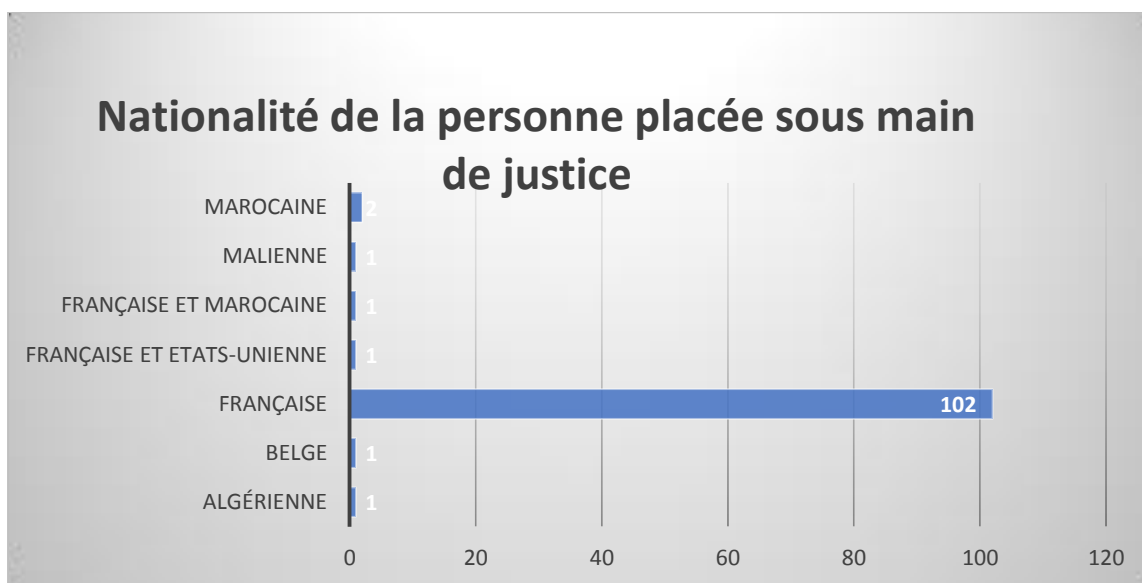


Figure 4 : Répartition des nationalités des PPSMJ

Nationalité	Nombre de la personne placée sous main de justice
Algérienne	1
Belge	1
Française	102
Française et Etats-Unienne	1
Française et Marocaine	1
Malienne	1
Marocaine	2
Total général	109

Tableau 4 : Répartition des nationalités des PPSMJ

- **Etat civil au moment des faits**

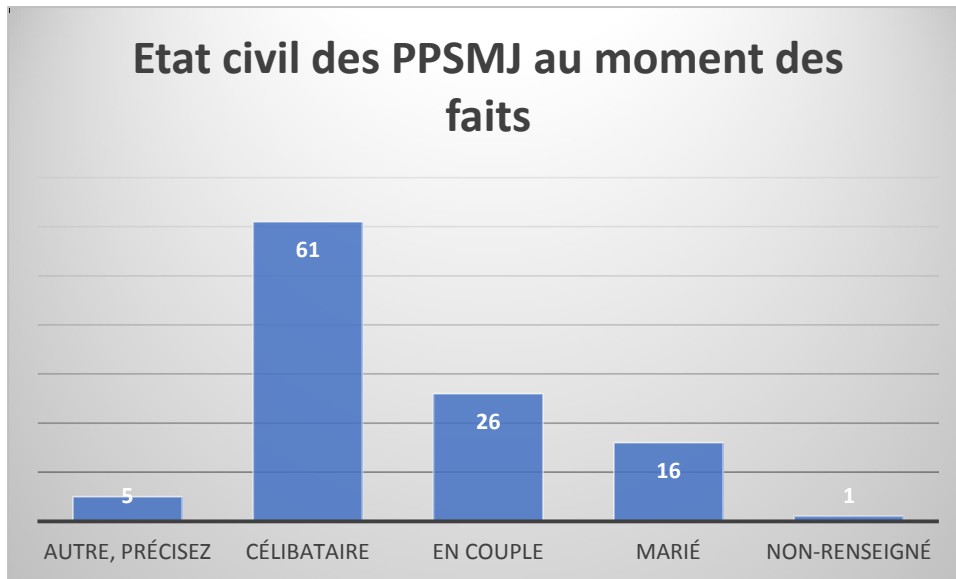


Figure 5 : Etat civil de la PPSMJ au moment des faits impliqués dans la condamnation à une IS

- **Présence d'un trouble psychiatrique chez les PPSMJ**

Le volet quantitatif montre que sur 109 personnes suivies en injonction de soins : 46 ne présentent pas de trouble psychiatrique selon les critères du DSM-5, au moment de l'expertise réalisée, 24 présentent un trouble psychiatrique de l'axe 1 et 17 présentent un trouble de la personnalité (cf Figure 6). Les diagnostics psychiatriques relevés, classés selon le DSM-5, sont détaillés dans le tableau 5.

Ainsi, parmi les personnes suivies en injonction de soins dans notre échantillon d'étude en région Languedoc-Roussillon pour lesquelles nous avons pu étudier l'expertise psychiatrique réalisée : **53%**, soit la majorité, ne présentent pas de trouble psychiatrique selon les critères du DSM-5, **28%** présentent un trouble psychiatrique de l'axe 1 et **19%** présentent un trouble de la personnalité.

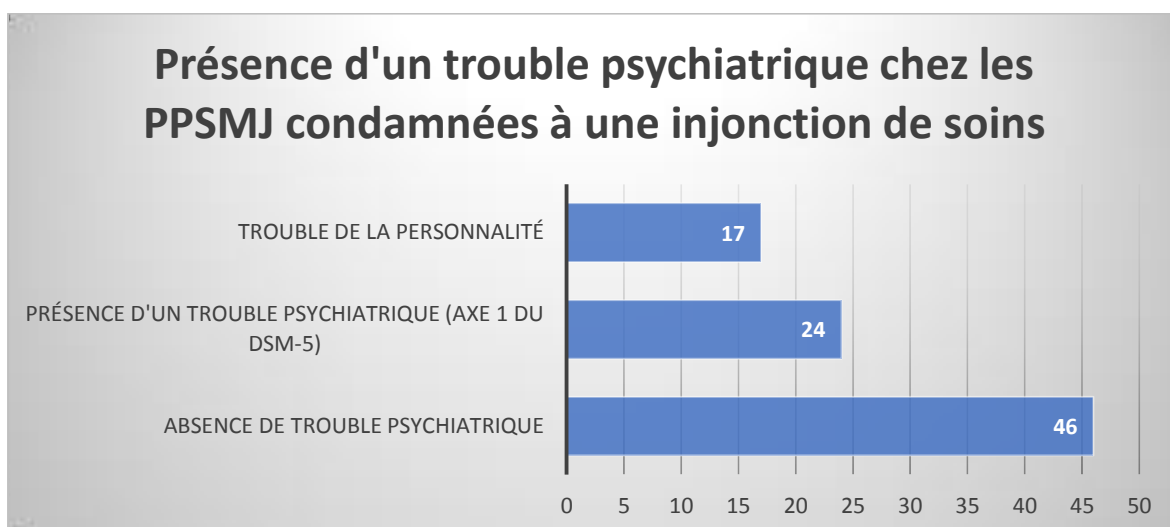


Figure 6 : Présence d'un trouble psychiatrique chez les PPSMJ condamnées à une injonction de soins

Diagnostic psychiatrique - selon le DSM-5	Nombre de PPSMJ
Paraphilie de type pédophilie	5
Paraphilies de type pédophilie et exhibitionnisme	1
Psychose chronique	2
Psychose chronique de type schizophrénie paranoïde	5
Trouble anxieux	1
Trouble bipolaire	1
Trouble de la personnalité antisociale	9
Trouble de la personnalité borderline	1
Trouble de la personnalité dépendante	1
Trouble de la personnalité histrionique	2
Trouble de la personnalité narcissique	2
Trouble de la personnalité paranoïaque	1
Trouble dépressif récurrent	6
Trouble dépressif récurrent + Trouble lié à l'usage des substances (Dépendance à l'alcool)	3
Trouble du comportement alimentaire	1
Total général	41

Tableau 5 : Diagnostic psychiatrique (selon le DSM-5) parmi les PPSMJ suivies en injonction de soins présentant un trouble psychiatrique

L'analyse quantitative de l'Hérault par l'ONDRP montre les résultats suivants :

Concernant les personnes suivies en injonction de soins (106 dossiers), il s'agit en majorité d'hommes ayant commis une infraction à caractère sexuel (dans 85 % des cas). En moyenne, ces individus sont âgés de 46 ans. Seul un quart des personnes qui étaient en couple ou mariés au moment des faits, le sont encore avec la même personne aujourd'hui. Bien que les personnes sous injonction de soin dans l'Hérault vivent le plus souvent dans un logement individuel (dans 64 % des cas), on note quand même que 20 % d'entre eux sont hébergés par leur famille.

Lorsque l'infraction ayant conduit à l'IS a fait des victimes, celles-ci étaient mineures dans 65 % des cas et de sexe féminin dans les trois quarts des dossiers. À noter que dans 10 % des cas, l'infraction ne fait pas de victimes directes, en cas de détention d'images pédopornographiques ou de destruction de biens par exemple.

On observe également que 62 % de ces personnes sous IS avait déjà été condamnées pour une autre infraction (dont 28 % pour infraction à caractère sexuel) et qu'un tiers avait déjà été incarcéré.

L'injonction de soins est le plus souvent prononcée pour une durée de 5 ans (dans 60 % des cas). D'ailleurs, la durée de l'IS n'est supérieure à 5 ans que dans un quart des cas.

3) Conclusion de l'évaluation quantitative

- **Points positifs**

Notre étude a permis de favoriser le travail pluridisciplinaire, notamment le travail d'échange avec les Conseillers Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (CIP) des Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (SPIP) en milieu ouvert. En effet, quasiment chaque CIP de l'Antenne de Montpellier du SPIP de l'Hérault m'a accordée du temps afin de faciliter la collecte de données de l'étude ELIS, connaissant davantage que moi les modalités d'organisation d'un dossier de suivi en injonction de soins.

Il s'agit, à notre connaissance, d'une des premières études du dispositif d'injonction de soins depuis sa création par la loi du 17 juin 1998, presque vingt années après. En effet, le rapport de l'IGAS et de l'IGSJ sur l'évaluation du dispositif d'injonction de soins pointait en 2011 le manque de données chiffrées.

La collecte de données, bien que pouvant être chronophage et fastidieuse par moment, a permis de mettre en lumière quelques difficultés locales : par exemple, certaines régions n'ont pas de médecin coordonnateur. Il est alors impossible en pratique de mettre en place un dispositif d'injonction de soins dans ces régions du fait de l'obligatoire présence d'un médecin coordonnateur dans ce dispositif de triangulation.

- **Limites/ Biais**

Il est important de noter que les résultats de notre étude ELIS en région Languedoc-Roussillon ne sont pas complètes, en attendant les résultats définitifs obtenus auprès de l'ONDRP. Ceci nous indique qu'il faut prendre avec prudence les résultats retrouvés et ne pas conclure trop hâtivement.

Il peut exister un manque de représentativité de notre échantillon du fait d'un manque de puissance, d'un faible nombre de participants.

Nous pouvons retrouver un biais du fait que certaines expertises psychiatriques n'étaient pas présentes dans les dossiers du SPIP, minimisant nos données collectées, notamment en ce qui concerne la présence ou non d'un trouble psychiatrique.

II- Evaluation qualitative : questionnaires à destination des magistrats et des experts psychiatres concernés par la mesure d'injonction de soins

1) Introduction

Nous réalisons un état des lieux sur le prononcé de la mesure d'injonction de soins en région Languedoc-Roussillon. L'étude quantitative « ELIS » est complétée par un volet qualitatif exploré par les questionnaires décrits ci-après.

Afin de préciser nos données et de répondre à notre question principale se demandant si les personnes placées sous main de justice suivies en injonction de soins présentent un trouble psychiatrique selon la classification internationale du DSM-5 (« Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders ») (64), nous avons donc créés ces deux questionnaires, via le logiciel Google Form.

Un questionnaire est à destination des magistrats, l'autre questionnaire est à destination des experts psychiatres. Ces deux questionnaires comprennent respectivement neuf questions pour celui adressé aux magistrats et sept questions pour celui adressé aux experts psychiatres.

Notre idée est de réaliser une étude qualitative pour avoir l'avis précieux à la fois des magistrats et des experts psychiatres sur le dispositif de l'injonction de soins, sur des questions similaires (cf. Annexes 4 et 5).

2) Méthode

Nous nous sommes basés sur les données actuelles de la science, notamment le modèle « big eight » d'ANDREWS et BONTA (65) ainsi que la conférence de consensus sur la prévention de la récidive parue en 2017 pour définir les critères et les différents items de nos deux questionnaires (65) (27). Ces derniers étaient adressés aux magistrats et aux experts psychiatres en leur demandant leurs fins avis concernant le dispositif de l'injonction de soins.

Pour cela, nous avons utilisé le logiciel Google Form. Un mail a été envoyé, via la boîte mail du secrétariat du CRIAVS-LR, afin de solliciter l'aide des experts psychiatres et des magistrats. Des relances par mail ont été réalisées.

Nous sommes restés disponibles par mail ou par téléphone pour aider les participants au remplissage du questionnaire s'il y avait des difficultés à utiliser le logiciel informatique. Pour un des experts psychiatres, nous avons préférés la version papier car l'expert avait rencontré un problème au niveau informatique via l'utilisation du logiciel Google Form (cf Annexes 4 et 5).

Nous avons créé le questionnaire en octobre 2017 et terminé le recueil de données concernant ce volet qualitatif au mois de janvier 2018.

3) Résultats

a. Questionnaire à destination des magistrats

i. Présentation

Le questionnaire à destination des magistrats comprend neuf questions : à propos du sexe, de l'âge, de la fonction, des objectifs attendus de la mesure d'IS ; prononcent-ils la mesure malgré l'absence de trouble psychiatrique selon l'expertise psychiatrique, quels sont les éléments en faveur de cela, y-a-il des incidences sur la mesure et si oui, lesquels ?

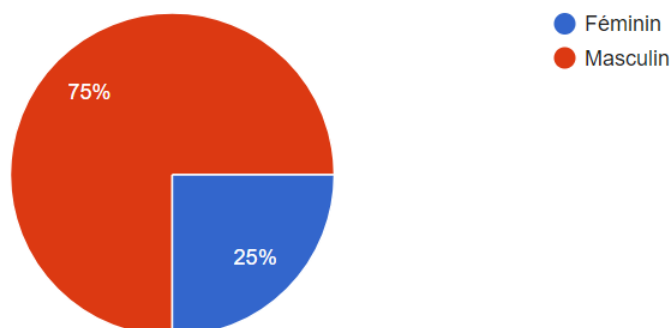
ii. Résultats

Nous avons obtenu quatre réponses de magistrats.

Concernant le genre : une femme (25%) et trois hommes (75%) ont participé à l'étude.

Sexe :

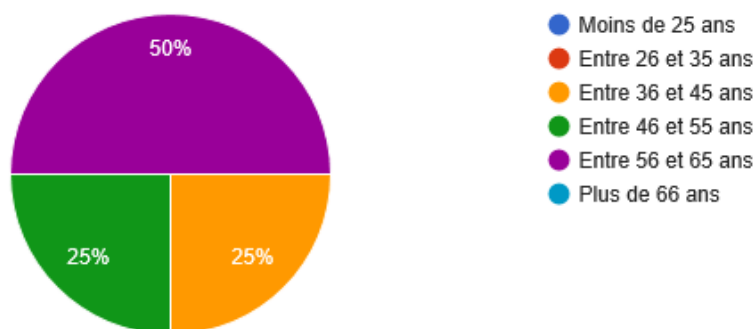
4 réponses



Concernant l'âge des magistrats, un était âgé entre 36 et 45 ans (25 %), un entre 46 et 55 ans et deux entre 56 et 65 ans. Ceci nous suggérerait une ancienneté d'exercice, donnant peut-être davantage de poids à cette exploration qualitative.

Âge :

4 réponses

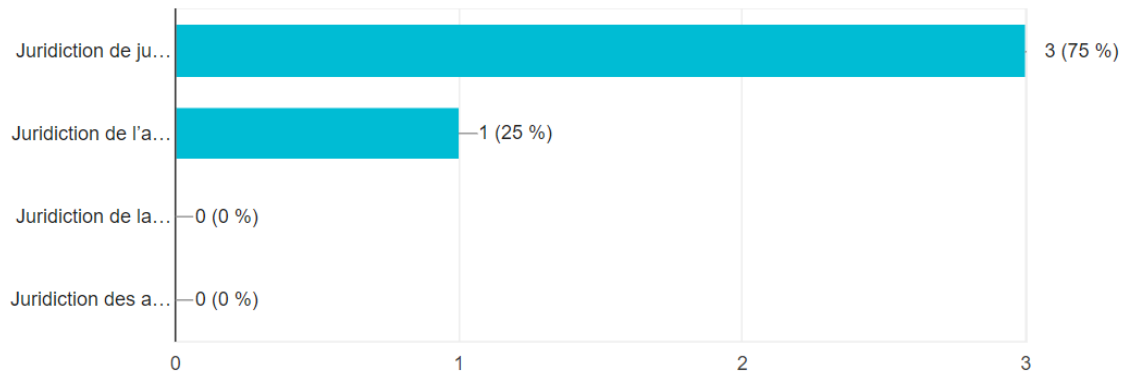


La troisième question était : « Lorsque vous êtes amenés à prononcer une mesure d'injonction de soins, dans quel cadre exercez-vous ? ». Les propositions étaient les suivantes : juridiction de jugement, juridiction de l'application des peines, juridiction de la rétention de sûreté, juridiction des affaires familiales ou « autres », ainsi qu'une possibilité de « commentaire libre ». Nos résultats sont : 75 % de magistrats exerçant dans le cadre

d'une juridiction de jugement contre 25 % des magistrats exerçant dans une juridiction de l'application des peines.

Lorsque vous êtes amenés à prononcer une mesure d'injonction de soins, dans quel cadre exercez-vous ?

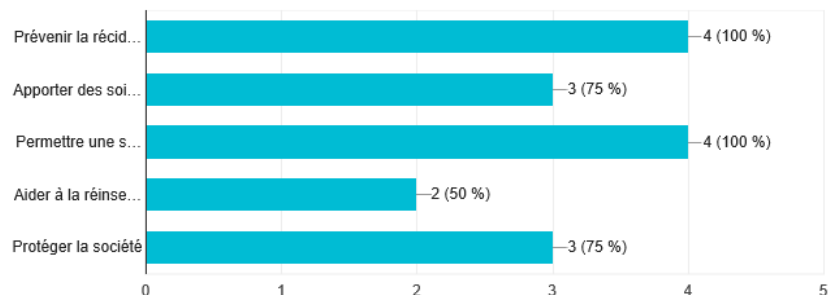
4 réponses



En ce qui concerne la quatrième question, « selon vous, quels sont les objectifs de la mesure d'injonction de soins ? », la totalité des magistrats ont répondu « prévenir la récidive criminelle » et « permettre une surveillance accrue d'une personne placée sous mains de justice », rappelant peut-être que les magistrats ont plus à cœur de prévenir la récidive et d'avoir ce rôle de régulateur sociétal. Soixante-quinze pour-cent ont indiqué que la mesure d'injonction de soins avait pour objectif d'« apporter des soins à un patient » et de « protéger la société ». Enfin, 50 % ont indiqué que l'un des objectifs de la mesure d'injonction de soins était d'aider à la réinsertion d'une personne placée sous main de justice (cf schéma ci-après).

Selon vous, quels sont les objectifs de la mesure d'injonction de soins ? (Plusieurs réponses possibles)

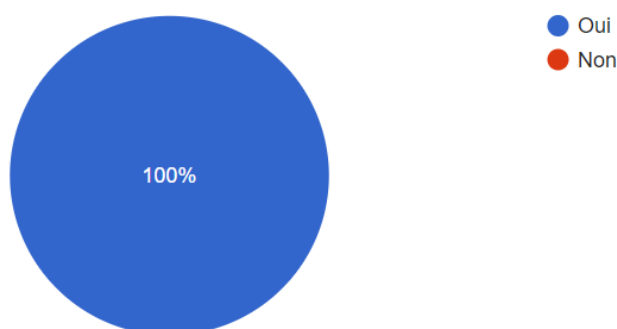
4 réponses



Concernant la question « Lorsque la personne incriminée ne présente pas de trouble mental d'après l'expertise psychiatrique réalisée, vous-arrive-t-il de prononcer la mesure d'injonction de soins ? » : la totalité des magistrats ayant répondu au questionnaire (100 %) ont répondu positivement à cette question, laquelle constitue un intérêt central au sein de notre travail de recherche.

Lorsque la personne incriminée ne présente pas de trouble mental d'après l'expertise psychiatrique réalisée, vous-arrive-t-il de prononcer la mesure d'injonction de soins ?

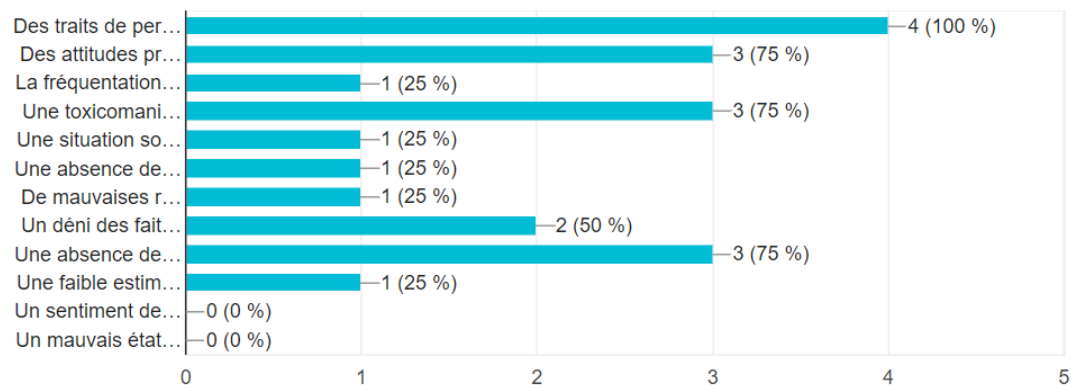
4 réponses



A la question suivante « Si oui, quels sont les éléments concernant la personne incriminée qui sont pour vous en faveur du prononcé de la mesure d'injonction de soins (plusieurs réponses possibles) ? », tous (100 %) ont répondu « des traits de personnalité antisociale », 75 % des « attitudes procriminelles, négatives vis-à-vis de la loi », 50 % un « déni des faits incriminés », et dans une moindre mesure 25% « la fréquentation de pairs délinquants », « une situation socioprofessionnelle précaire », « une absence de loisirs et d'activités récréatives », « de mauvaises relations intra-familiales et/ou conjugales », « une faible estime de soi ».

Si oui, quels sont les éléments concernant la personne incriminée qui sont pour vous en faveur du prononcé de la mesure d'injonction de soins ? (Plusieurs réponses possibles)

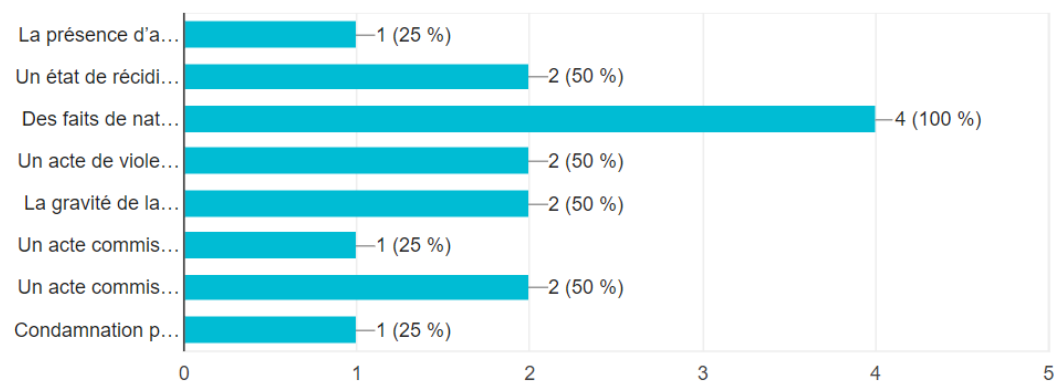
4 réponses



A la question « Si oui, concernant les faits reprochés, quels sont les éléments qui vous orientent vers la décision de prononcer une injonction de soins ? (Plusieurs réponses possibles) », tous ont répondu « des faits de nature sexuelle », la moitié « un état de récidive légal », « un acte de violence interpersonnelle », « la gravité de la violence commise » et « un acte commis sur un mineur de 15 ans ». 25 % ont répondu soit « la présence d'antécédents judiciaires », soit « un acte commis par un ascendant ». Un des magistrats ayant participé à notre étude a répondu en commentaire libre : « une condamnation prévue par la loi ».

Si oui, concernant les faits reprochés, quels sont les éléments qui vous orientent vers la décision de prononcer une injonction de soins ?
(Plusieurs réponses possibles)

4 réponses

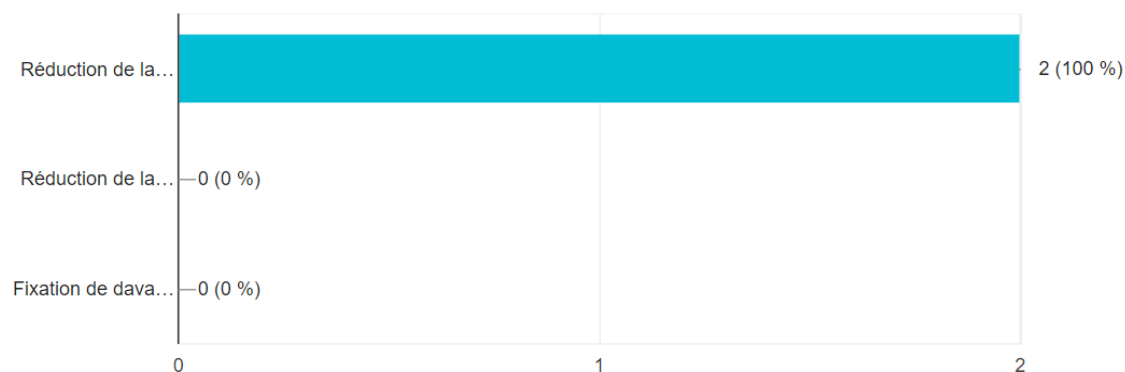


« Dans les cas où la personne concernée ne présente pas de diagnostic de trouble mental, y a-t-il une incidence sur les caractéristiques de la mesure d'injonction de soins que vous prononcez ? » : les magistrats ont répondu « oui » dans la moitié des cas.

Nous leur demandions par la suite « Si oui, sur quels points ? », en précisant qu'il y avait plusieurs réponses possibles. Les magistrats ayant répondu oui à la question précédente étaient tous d'accord pour signifier que cela impliquait une réduction de la durée de la mesure.

Si oui, sur quels points : (Plusieurs réponses possibles)

2 réponses



b. Questionnaire à destination des experts psychiatres

i. Présentation

Le questionnaire à destination des experts psychiatres comprend sept questions : concernant le genre, la tranche d'âge, la fonction, les objectifs selon eux de la mesure d'IS, se prononcent-ils en faveur d'une injonction de soins malgré l'absence de trouble mental selon le DSM-5, et si oui, quels sont les éléments en faveur de cela ?

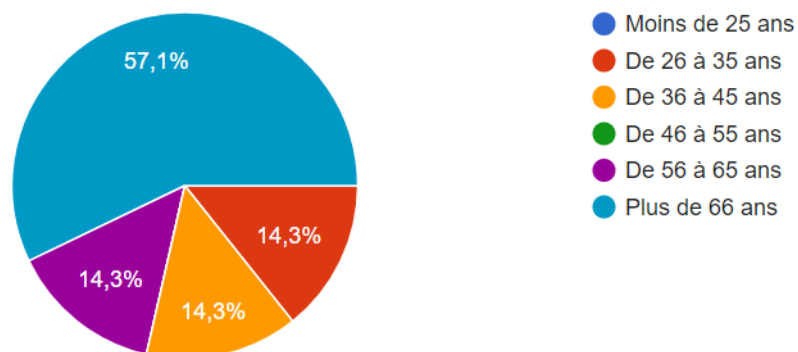
ii. Résultats

Nous avons obtenu sept réponses à notre questionnaire à destination des experts psychiatres. Sur sept personnes, cinq étaient des hommes, deux étaient des femmes.

Concernant l'âge, la majorité a plus de 66 ans (57,1 %), ce qui suggère une expérience marquée dans cette fonction.

Âge :

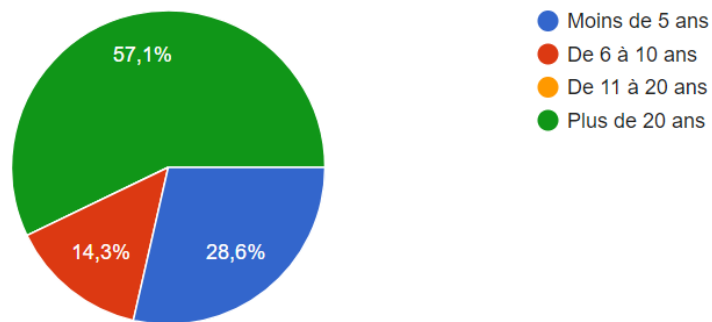
7 réponses



En effet, la majorité (57,1 %) a une ancienneté d'exercice supérieure à vingt ans. 42,9% ont plus de 100 expertises pénales annuelles, contre 28,6 % entre 51 et 100 expertises pénales annuelles, ce qui est un nombre non négligeable.

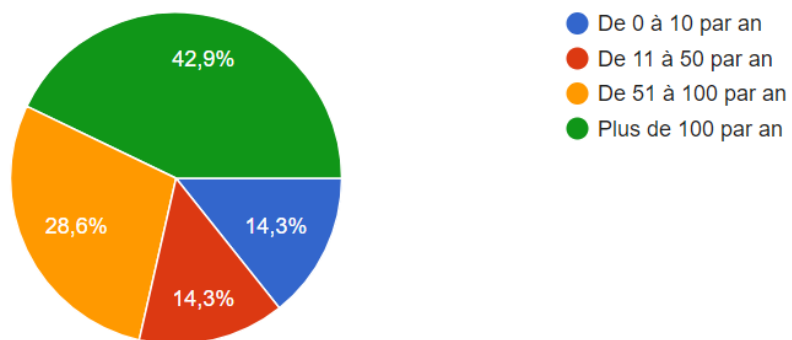
Ancienneté d'exercice - Vous exercez vos fonctions d'expert depuis :

7 réponses



Nombre d'expertises pénales annuelles :

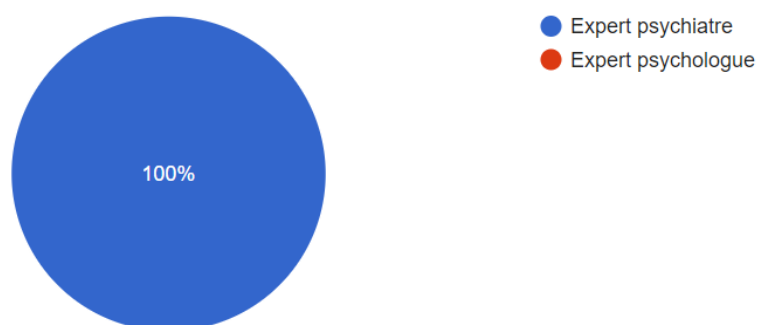
7 réponses



Les experts ayant répondu au questionnaire sont tous des médecins experts psychiatres.

Lorsque vous êtes amenés à vous prononcer concernant une mesure d'injonction de soins, dans quel cadre exercez-vous ?

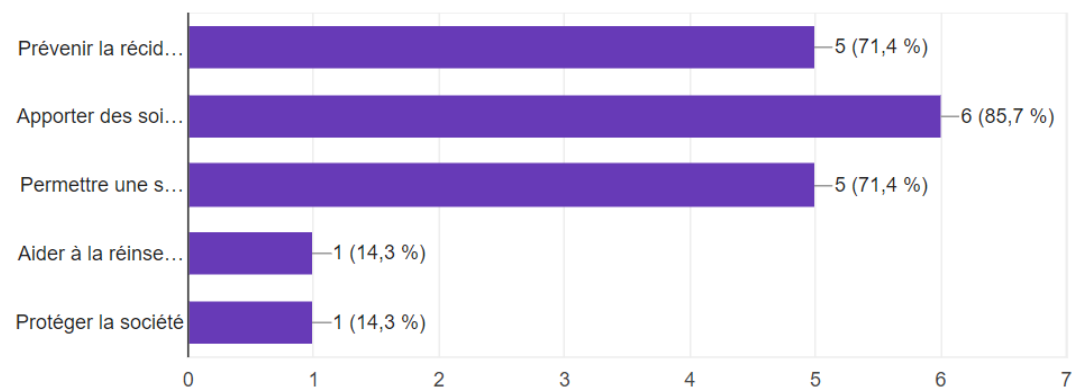
7 réponses



Concernant les objectifs de la mesure d'injonction de soins, les experts psychiatres répondent dans la plupart des cas (85,7 %) « apporter des soins à un patient », ce qui semble cohérent avec leur branche de métier (médical). 71,4 % d'entre eux répondent : « prévenir la récidive criminelle » et « permettre une surveillance accrue d'une personne placée sous main de justice ».

Selon vous, quels sont les objectifs de la mesure d'injonction de soins ?
(Plusieurs réponses possibles)

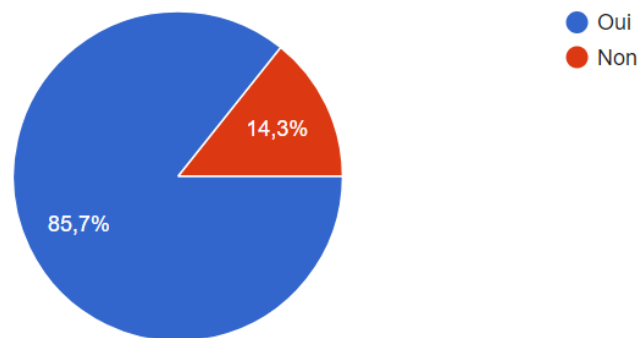
7 réponses



D'autre part, 85,7 % des experts psychiatres ayant répondu au questionnaire répondent positivement lorsqu'on leur demande si « lorsque la personne incriminée ne présente pas de trouble mental d'après leur expertise, selon le DSM-5 » il leur arrive de se prononcer en faveur d'une mesure d'injonction de soins.

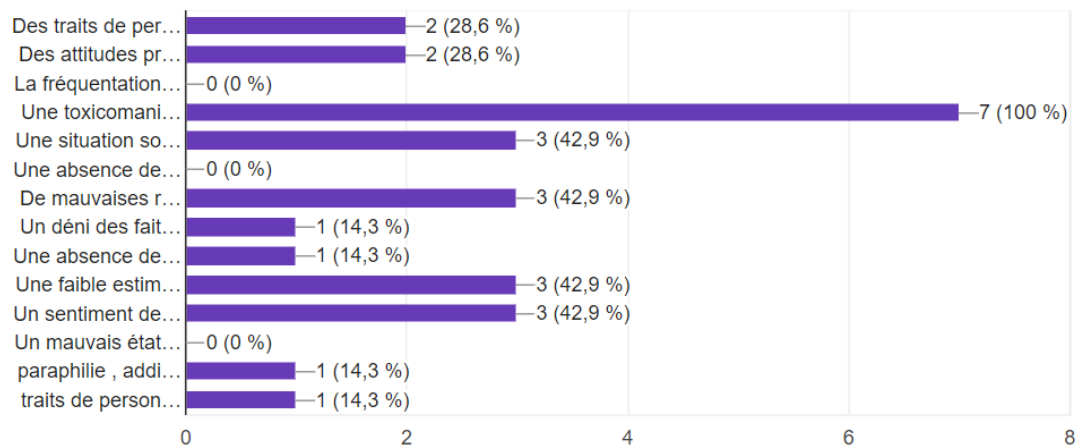
Lorsque la personne incriminée ne présente pas de trouble mental d'après votre expertise, selon le DSM-5, vous arrive-t-il de vous prononcer en faveur d'une mesure d'injonction de soins ?

7 réponses



Si oui, quels sont les éléments concernant la personne incriminée qui sont pour vous en faveur du prononcé de la mesure d'injonction de soins ? (Plusieurs réponses possibles)

7 réponses

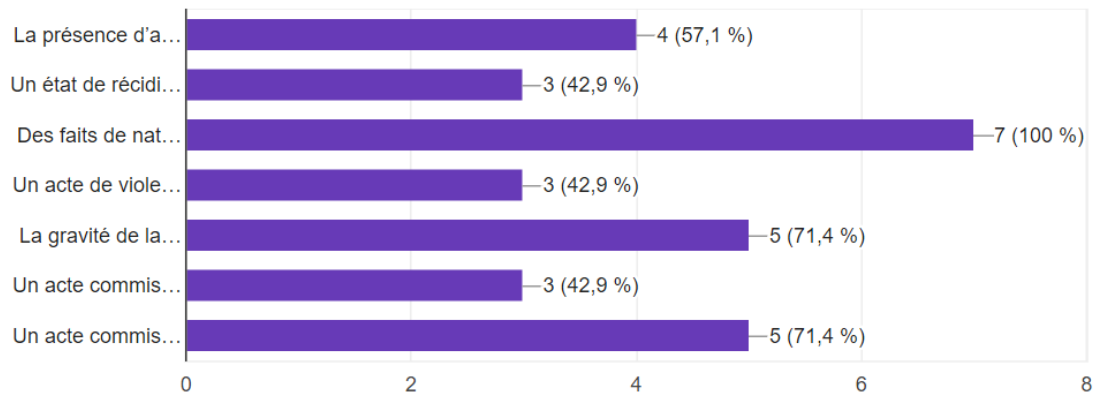


Les éléments en faveur du prononcé de la mesure d'injonction de soins concernant la personne incriminée chez les experts psychiatres ayant répondu favorablement à la question précédente sont : dans 100 % des cas, « une toxicomanie ou un abus de substances », ce qui est cohérent avec les données de la littérature, dans 42,9 % des cas « une situation socio-professionnelle précaire », « de mauvaises relations intra-familiales et/ou conjugales », ou « une faible estime de soi » ou un « sentiment de détresse personnelle ». Dans 28,6 % des cas, les experts ont répondu « des traits de personnalité antisociale » et « des attitudes pro-criminelles, négatives vis-à-vis de la loi ». Enfin, dans 14,3 % des cas, les experts ont répondu « un déni des faits incriminés » ou « une absence de remords » (en sachant que la littérature internationale n'a jamais prouvé que le déni ou l'absence de remords étaient significativement en lien avec une augmentation du risque de passage à l'acte en récidive (52)), une « paraphilie ou une addiction » mis en commentaire libre par un expert psychiatre, ou « des traits de personnalités pathologiques sans diagnostic DSM complet » selon un autre expert psychiatre.

Enfin, si les experts répondaient positivement à la dernière question, leur était demandé quels étaient les éléments qui étaient pour eux en faveur d'une injonction de soins : tous ont répondu « des faits de nature sexuelle », 71,4 % d'entre eux ont répondu soit « la gravité de la violence commise », soit « un acte commis sur un mineur de 15 ans ». 57,1 % ont répondu « la présence d'antécédents judiciaires ». Enfin, 42,9 % des experts psychiatres qui ont répondu au questionnaire répondent « un état de récidive légale », ou « un acte de violence interpersonnelle » ou « un acte commis par un ascendant ».

Si oui, concernant les faits reprochés, quels sont les éléments qui sont pour vous en faveur d'une injonction de soins ? (Plusieurs réponses possibles)

7 réponses



4) Conclusion de l'évaluation qualitative

En conclusion, il existe des points communs et des différences entre les magistrats et les experts psychiatres. Tous sont d'accord sur le fait que l'injonction de soins a pour objectif de prévenir la récidive criminelle. Néanmoins, chaque corps de métier, que ce soit du côté des magistrats ou du côté des experts psychiatres, a ses spécificités.

Il existe des biais : notamment le fait qu'il y ait peu de réponses aux deux questionnaires créés peut correspondre à une mauvaise représentativité des deux groupes correspondants à deux corps de métiers (celui des magistrats d'une part, celui des experts psychiatres d'autre part).

Ce volet qualitatif semble montrer que des magistrats peuvent s'appuyer sur des données qui n'ont pas forcément été prouvées au niveau de la littérature scientifique internationale : par exemple, en ce qui concerne l'absence de remords et le déni de l'acte, certains en tiennent compte dans le prononcé d'une mesure d'injonction de soins c'est-à-dire d'un suivi psychiatrique ou psychologique durant une durée de plusieurs années, alors qu'il n'est pas prouvé scientifiquement avec significativité que cela augmente le risque d'un nouveau passage à l'acte.

Les magistrats semblent se sentir davantage concernés par leur rôle de protection sociale tandis que les experts psychiatres gardent leur posture de médecin, de « prendre soin d'un patient ».

Le faible nombre de réponses ne nous permet pas de conclure, mais de suggérer des tendances. En effet, notre hypothèse de départ selon laquelle la majorité des PPSMJ suivies en injonction de soins ne souffraient pas de trouble psychiatrique semble se vérifier, et d'autre part les magistrats et les experts psychiatres reconnaissent dans cette étude ne pas trouver indispensable de présenter un trouble psychiatrique pour être suivi d'un point de vue psychiatrique ou psychologique pendant plusieurs années, avec le risque d'être incarcéré si on ne respecte pas les obligations judiciaires. Des études supplémentaires sont nécessaires pour affiner et confirmer ces tendances le cas échéant.

III – Illustration clinique

1) Dossier de soins au CRIAVS-LR de Monsieur B.

- **Données judiciaires :**

- **Mesure :** Injonction de soins.
- **Motif :** « Viol sous la menace d'une arme ».
- **Durée :** 5 ans.
- **Dans le cadre d'un :** SSJ

- **Faits reprochés :**

Selon le patient : viol avec menace d'une arme

Selon jugements : 3 viols

- **Etat de récidive :** oui
- **Antécédents judiciaires personnels** (dont condamnation à des SPO) :

Alcool au volant, retrait du permis.

- **Antécédents judiciaires familiaux :**

Aucun.

- **Données par rapport au dernier acte :**

Acte : avec violence

Année des faits : 2004

Lieu : Marseille

Âge de l'auteur : 28 ans

Fréquence : 1

Concernant la victime :

Sexe de la victime : F

Âge de la victime : 24 ans

Lien avec la victime : « extra familiale »

Rapport à l'acte : Remords/regrets

Prise de toxiques : « prise d'alcool »

○ **Données par rapport à/aux acte(s) précédent(s)**

Acte(s) : avec violence

Date du 1^{er} PAL : 2003/2004

Age auteur : 28 ans

Lieu : voie publique

Fréquence : 1 fois

Nombre de victimes : 2

Sexe des victimes : F

Proximité : extra familiale

Rapport à l'acte : Déni

● **Données socioprofessionnelles et familiales**

Nombre de frères et sœurs du patient : 2 frères, 3 sœurs

Niveau d'éducation : Avant BAC

Perturbation de la scolarité : Absence.

Profession actuelle : travail d'insertion espace vert / cherche un travail de cuisinier.

Stabilité professionnelle : absence.

Ressources actuelles : RSA

Situation familiale : divorcé

Événements de vie (exil/fugue, maltraitance...) : travaillait comme gendarme au moment de la guerre civile algérienne

Masturbation : Oui

Age du premier rapport sexuel (avec pénétration) : 17 ans. Le rapport était consenti.

Charge affective associée : Positive

Préférence sexuelle : hétérosexuelle

Charge affective associée : positive

Préoccupations sexuelles envahissantes : Non

Consommation de pornographie : Non

Nombre de partenaires sexuels : 5

Diagnostic de paraphilie : Non

Antécédents familiaux (inceste, maltraitance ...) : Absence

• **Données médicales :**

Monsieur B. est né le 27/07/1976.

Traitement actuel : aucun

Taille : 1m73, Poids : 54,7 kgs

Addiction : tabac = 40 PA

OH : 18 ans

Cannabis : occasionnellement en détention

Antécédents personnels somatiques/psychiatriques :

Chirurgie des ligaments croisés en 2012

Antécédents familiaux somatiques/psychiatriques :

Diabète chez le père.

2) Données expertales

- **Expertise psychiatrique du 25 août 2006** (Tribunal de Grande Instance de Bastia)

Par le Docteur R., psychiatre, expert inscrit sur la liste Nationale près de la Cour de Cassation.

Condamné par la Cour d'Assises d'Aix en Provence le 29 septembre 2004 à 13 ans de réclusion criminelle sans peine de sûreté. Il a été condamné à 46000 euros de dommages et intérêts et à un suivi socio-judiciaire de 5 ans.

Après avoir été incarcéré aux Baumettes, il a été transféré directement au Centre de Détention de Casabianda.

Sur le plan du suivi médico-psychologique, il a rencontré une fois la psychologue, dit-il. Il ne lui est prescrit aucun médicament à visée psychotrope.

Le travail psychologique effectué sur son comportement est tout de même assez intéressant puisqu'il a parlé de son affaire avec la psychologue et il dit que cela lui a permis de comprendre et a reconnu les faits.

En ce qui concerne les visites, il bénéficie des visites de sa femme, de ses frères et de sa sœur.

Il n'a bénéficié jusqu'à présent d'aucune permission de sortie.

En ce qui concerne son séjour au Centre de Détention de Casabianda, il est arrivé en juin 2006 et a été affecté au bois et à la régie. Il n'a bénéficié d'aucune permission de sortie jusqu'à présent. Le contact familial existe avec sa femme, dit-il. Il a eu contact avec le psychologue du projet d'exécution de la peine. Il a rencontré une fois le C.I.P. du S.P.I.P. Il a rencontré à une reprise la psychologue dans le cadre du suivi médico-psychologique.

En ce qui concerne les faits pour lesquels il a été condamné, il m'explique : « j'étais sous l'emprise de l'alcool dans un bar. En sortant j'ai provoqué la fille. Il y a eu un conflit et il y a eu viol. Pour le deuxième viol, il y a le rapprochement par rapport au téléphone portable mais dans le deuxième viol je n'ai rien fait ... » On voit donc qu'en fait il reconnaît partiellement c'est-à-dire qu'il reconnaît le premier viol mais ne reconnaît pas être l'auteur du second.

Dans cette affaire, il y a deux victimes mais il nie être l'auteur du viol de la deuxième victime. Il n'y a aucun lien de parenté avec ces jeunes femmes qu'il ne connaissait pas. Concernant le rôle des victimes, il pense qu'il les a draguées et qu'ensuite elle l'a insulté ce qui fait qu'il s'est trouvé dans la situation de réagir. Il n'intéresse absolument pas au devenir de ces femmes, dit-il.

- **Examen :**

J'atteste avoir personnellement examiné le 22 août 2006 au Centre de Détention de Casabiandia Monsieur B. R.

Après les présentations d'usage au cours desquelles monsieur B comprend et situe correctement le rôle et la mission de l'expert, il accepte absolument sans aucune difficulté et avec beaucoup de complaisance de se soumettre à cet examen pratiqué dans le cadre de l'expertise mentale ordonnée par Madame S., en remplacement de Monsieur H., Juge d'Application des Peines au TGI de BASTIA.

Monsieur B. est un homme âgé de 30 ans de nationalité française originaire d'Algérie. Sa morphologie est celle d'un homme svelte, souple, mince. Il ne porte aucun tatouage sur son corps, affirme-t-il. Il a des cicatrices sur la face antérieure du thorax à la suite d'une chute sur un fer. Il est vêtu correctement d'effets personnels propres et portés sans aucune excentricité ni manifestation d'ordre pathologique. Il ne porte aucune prothèse dans son corps, affirme-t-il. Sa mimique est animée, son regard est direct. Son discours est cohérent et lucide et son langage est correctement structuré, bien énoncé, bien prononcé et bien construit. La tonalité de sa voix est assurée et bien contrôlée. Il fait preuve d'un sens logique certain et son comportement est tout à fait correct et adapté. Il vit difficilement cette incarcération car il considère sa condamnation comme injuste.

De ses antécédents, il m'explique que :

1. Sur le plan pathologique, il ne présente aucun passé médical, chirurgical, psychiatrique ou traumatique.
2. Sur le plan de la maltraitance, il affirme ne jamais avoir été l'objet d'aucuns sévices durant l'enfance ou l'adolescence dans le domaine sexuel, psychologique ou physique.
3. Sur le plan légal, il affirme ne jamais avoir été l'objet d'aucune condamnation antérieure.

La biographie du sujet est retracée et reconstruite uniquement à partir des propres déclarations de celui-ci au cours de cet examen et permet ainsi de noter que le sujet est bien inséré dans la relation et correctement ancré dans la réalité et qu'il se repère parfaitement dans les différents événements chronologiques qui ont émaillé le cours de sa vie. Il ne présente donc aucun élément confusionnel dans son discours. C'est une vie grosso modo sans relief qui met en évidence le fait qu'il s'est partagé entre l'Algérie et la France.

Il est né à Marseille le 27 juillet 1976. Il est le troisième enfant d'une fratrie de six composée de trois garçons et de trois filles ayant une différence d'âge de treize ans entre l'aîné et le dernier et s'entendant bien globalement, dit-il. Il a été élevé entre Marseille et l'Algérie et a grandi en Algérie. Il a été scolarisé jusqu'au baccalauréat mais ne l'a pas obtenu. Il a fait son service militaire en Algérie pendant trois ans comme gendarme. Puis il a travaillé avec son frère dans le bâtiment puis il est rentré en France. Il a fait des stages dans la sécurité, il a eu une licence de cariste et il travaille en intérim depuis. Il habitait Marseille.

Il s'est marié avec Nabila en 2002 qui a dix ans de plus que lui et qui était divorcée avec trois enfants. De leur union est né un enfant qui est actuellement âgé de 31 mois. Ils sont toujours ensemble, elle vit à Marseille et ne travaille pas, dit-il. En fait, sur le plan de sa vie sentimentale et affective, il aurait eu une première relation amoureuse vers l'âge de 17 ans qui a duré un an, une seconde à 18 ans qui aurait duré trois ans puis il a connu une autre

femme lorsqu'il était gendarme en Algérie, dit-il et 2002 il vit donc avec sa femme actuelle dont il a eu un enfant, l'entente serait bonne, dit-il.

De ses habitudes de vie, j'ai noté que pour une taille de 1 m 72, il pèse 57 Kg. Il consomme rarement mais épisodiquement de l'alcool, dit-il. En ce qui concerne le tabac, il dit qu'il a diminué sa consommation depuis son incarcération. Il ne se drogue pas, affirme-t-il. Il boit modérément du café et de manière très rare du thé. Il ne lui est jamais prescrit de médicament et notamment à visée psychotrope, dit-il. En ce qui concerne les loisirs, habituellement il aime bien la pêche, dit-il.

L'évaluation de son caractère et de sa personnalité par le sujet lui-même permet de noter qu'il se considère comme ayant plutôt un bon caractère qu'il décrit de la manière suivante, il n'est pas inquiet habituellement, il est plutôt extraverti et parle facilement de lui-même. Dans l'ensemble, il se considère comme étant assez optimiste. Suivant les circonstances, il peut être gentil ou méchant, dit-il. Il est très sociabilisé. Habituellement, il a un bon contrôle émotionnel sur le plan de l'émotivité. En ce qui concerne l'adaptabilité, il estime qu'elle est bonne, il s'adapte bien aux événements, estime-t-il. Il est assez exigeant de lui-même. Il ne se considère pas comme impulsif ni vantard.

L'évaluation de la sexualité du sujet par le sujet lui-même permet de noter qu'il situe l'âge de son premier éveil sexuel vers 15 ans et de sa première relation sexuelle féminine à 17 ans avec une partenaire qui avait le même âge et cette fréquentation fut assez longue puisqu'elle dura un an, c'était en Algérie, dit-il. Sa préférence est essentiellement hétérosexuelle exclusive. La fidélité avec sa partenaire est estimée comme assez bonne dans l'ensemble, dit-il. En ce qui concerne la pudeur sur le plan domestique et sur le plan général, il dit qu'il est pudique. Il ne présente pas d'intérêt pour les cassettes ou les vidéos à caractère pornographique, dit-il. Il n'a jamais présenté, à sa connaissance, d'impuissance sexuelle. En ce qui concerne son comportement au cours de l'acte sexuel, il estime qu'il faut partager. Il estime et apprécie son besoin sexuel à un niveau modéré.

L'évaluation sémiologique sur le plan psychiatrique n'a mis en évidence aucune pathologie mentale dans le domaine des grandes fonctions mentales qu'ils s'agissent des fonctions intellectuelles, cognitives dans la vie de relation cognitives dans la vie d'adaptation, psychoaffectives. Il n'est pas mis en évidence de tendance obsessionnelle hystérique ou schizoïde chez ce sujet. Il ne présente pas non plus d'éléments phobiques dans sa personnalité.

En ce qui concerne l'évaluation actuelle du comportement du sujet, les critères suivants ont été relevés :

- Sur la reconnaissance des faits, il reconnaît un viol sur deux, ce qui est déjà un progrès par rapport à l'information où il ne reconnaissait rien.
- Vis-à-vis de la condamnation, il estime qu'elle a été très lourde.
- Il y a une certaine remise en cause ainsi qu'une critique de l'épisode criminogène mais qui semble encore assez superficielle.
- Le rôle de la victime est reconnu par lui-même comme une femme à laquelle il a imposé la relation sexuelle.
- La perception du caractère illicite de son comportement il dit qu'il l'a eue.

- Il explique son comportement par le fait qu'il avait bu et avait mélangé les alcools et que c'est cela qui a provoqué chez lui cette désinhibition.
- L'incarcération a produit sur lui les faits suivants : cela lui servira de leçon, dit-il.
- Les efforts d'insertion passent essentiellement par la famille, dit-il.

Nous pouvons mettre en lumière un certain nombre de points communs entre les deux viols. Les deux avaient été commis en pleine rue, de nuit dans des zones désertées en raison de l'heure tardive et du calme des rues, les victimes avaient été suivies sur plusieurs dizaines de mètres avant d'être agressées, leur agresseur leur avait fait un croche-patte pour les faire tomber, elles avaient toutes les deux subies des violences physiques aux jambes et au visage ainsi que des menaces. Elles avaient toutes les deux été emmenées de force dans un endroit mal éclairé et toutes les deux avaient subi une pénétration vaginale sans préservatif par derrière, toutes les deux s'étaient fait dérober leur téléphone portable après les deux agressions, l'auteur des faits avait ordonné à sa victime de s'en aller sur un ton très énervé.

Le 25 avril 2005, monsieur B. était à nouveau interrogé par le magistrat instructeur et il persistait à nier les viols qui lui étaient reprochés mais reconnaissait avoir mis sa puce dans les deux téléphones des victimes.

De ce fait après l'instruction, monsieur B était renvoyé devant la Cour d'Assises pour des actes de pénétrations sexuelles sur la personne de Madame F. et sur la personne Mme B.

Expertisé par le Docteur G à la demande du Juge d'Instruction durant l'instruction le 04 août 2004, le Docteur G rendait un rapport d'expertise avec les conclusions suivantes :

1. L'examen expertal du nommé M. B. n'a pas permis de mettre en évidence des anomalies mentales, psychiques ou sexuelles : il s'est dépeint comme un transplanté relativement intégré, croyant mais non pratiquant et depuis peu en charge de responsabilités paternelles.
2. L'infraction reprochée est niée : il n'a pas convenu, de même, de dysfonction ou de déviance de la libido, notamment dans le registre sadique, généralement en cause, dans ce type de viols itératifs.
3. Sur les constatations effectuées ou permises, il ne saurait être considéré comme dangereux au sens psychiatrique du terme et ne relève pas d'une mesure d'internement en milieu spécialisé.
4. Il est accessible à la sanction pénale, comprenant le caractère répréhensible de ce qu'on lui reproche.
5. Il ne saurait bénéficier d'une prise en charge spécialisée y compris sous la forme d'une injonction de soins dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire pour tenter d'améliorer le pronostic de sa réadaptabilité sociale ultérieure.
6. Dans l'hypothèse où sa culpabilité était établie, on peut considérer qu'il se trouvait atteint, au moment des faits de troubles psychiques ou neuropsychiques ayant aboli, altéré ou entravé son discernement ou le contrôle de ses actes, au sens de l'article 122-1 du Code Pénal.

7. Il n'a pas agi sous l'empire d'une force ou d'une contrainte à laquelle il n'a pu résister au sens de l'article 122-2 du Code Pénal.

En ce qui concerne le suivi psychologique lors de son incarcération préventive, il dit qu'il a rencontré à deux reprises le psychologue qui a estimé qu'il n'avait pas à être suivi.

- **Réponses aux questions expertales du Docteur R. :**

(5) Rechercher si l'intéressé a pris connaissance de la gravité des faits qu'il a commis.

Oui, il a pris conscience de la gravité des faits qu'il a commis mais dans une attitude justificative qu'il attribue partiellement à l'alcool, dit-il et surtout au mélange des alcools.

(6) Apprécier l'état de dangerosité actuelle du détenu.

Actuellement, le sujet ne présente pas d'état dangereux sur le plan psychiatrique.

Sur le plan criminologique, je n'ai pas mis en évidence d'éléments qui permettent de discuter d'un véritable état dangereux au sens criminologique du terme.

(7) Dire si un suivi psychiatrique ou médico-psychologique est actuellement utile en détention et lui sera nécessaire après sa libération.

Je pense qu'il est nécessaire qu'il soit pris en charge sur le plan psychologique en détention et surtout après sa libération.

(8) Dire si le prononcé d'une injonction de soins dans le cadre du suivi sociojudiciaire est opportun, pour des faits d'agression sexuelle (art 222-48-1 CP) ou pour des infractions prévues par les articles 221-9-1, 227-31 du Code Pénal, sous réserve que ces faits aient été commis après le 18 juin 1998 (loi du 17.06.98)

Oui le prononcé d'une injonction de soins dans le cadre d'un suivi sociojudiciaire me paraît tout à fait opportun.

Fait à Nice le 25 août 2006

Docteur R.

- **Expertise psychiatrique du 15 juillet 2010**

Par le Docteur L.

Discussion-conclusion :

1. Examiner le détenu

Nous avons personnellement procédé à l'examen psychiatrique de Monsieur B. le 10 juillet 2010. Cet examen s'est déroulé au Centre de Détention de Casabianda où le sujet est actuellement détenu.

2. Prendre connaissance de tous documents utiles contenus dans son dossier pénitentiaire et notamment des précédentes expertises psychiatriques et médico-psychologiques dont il a fait l'objet.

Nous avons pris connaissance de tous les documents qui nous sont été fournis par le greffe du centre de détention de Casabianda. Nous avons donc pris connaissance :

- Du réquisitoire définitif établi en date du 28 juin 2005 par Monsieur V., Vice procureur au TGI de Marseille.
- De l'enquête de personnalité effectuée par Madame J. à la demande de Madame U., Juge d'Instruction au TGI de Marseille en date du 10 octobre 2004.
- De l'arrêt du 29 septembre 2005 de la cour d'assises des Bouches du Rhône
- De l'expertise psychiatrique effectuée par le Docteur G, psychiatre, à la demande de Madame U., JI au TGI de Marseille en date du 04 août 2004.
- Du rapport d'examen psychologique effectué par Madame P., psychologue à la demande de Madame U., JI au TGI de Marseille en date du 1^{er} septembre 2004
- Du rapport d'expertise psychiatrique effectué par le Docteur R., psychiatre en date du 22 août 2006 à la demande de Monsieur H., JAP au TGI de Bastia.
- Nous avons personnellement procédé à l'examen du sujet le 09 juillet 2008 à la demande de Monsieur H, JAP au TGI de Bastia.

3. Analyser l'état actuel de la personnalité du détenu.

Le sujet ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique cliniquement objectivable.

Comme lors de notre précédente expertise, l'examen met en évidence une personnalité psychorigide, égocentré et introverti. Nous avons noté une tendance à l'impulsivité, le sujet privilégiant le passage à l'acte à la mentalisation.

Cliniquement, son niveau intellectuel correspond à celui de normal-inférieur.

4. Préciser son évolution entre le moment des faits et aujourd'hui.

Le sujet a été condamné le 19 septembre 2005 par la cour d'assises des Bouches du Rhône pour deux viols commis avec usage ou menace d'une arme. Le premier viol s'est déroulé le 28 janvier 2004, le deuxième le 18 avril 2004. Au mois de janvier 2010, il a été condamné à une peine de 7 ans d'emprisonnement pour viol commis sur une troisième victime en 2003.

S'il reconnaît avoir violé la première victime, il indique que ce viol a été facilité par la prise d'alcool. Il rationalise son agir sexuel en indiquant qu'il l'a violée car la victime l'insultait.

Pour la deuxième victime, il ne reconnaît pas les faits.

Enfin pour la troisième victime, il explique avoir eu une relation sexuelle avec elle mais il estime que la victime était consentante.

La reconnaissance des faits est partielle.

Il ne reconnaît pas avoir exercé une contrainte sur les victimes, et réfute de les avoir menacées avec un couteau.

Le sujet ne manifeste aucun sentiment de honte ou de culpabilité, bien au contraire il se défend avec une certaine sthénie d'avoir violé deux des trois victimes.

Le sujet n'a aucune conscience du retentissement psychologique et de la souffrance éprouvés par les victimes.

Le sujet comprend ce qui lui a été reproché mais il estime avoir été lourdement puni précisant que, lors de son dernier procès d'assises, il a été condamné en raison du fait que l'avocat général était raciste.

Le sujet n'a pas évolué entre le moment des faits et notre présent examen.

5. Rechercher si le condamné a pris conscience de la gravité des faits qu'il a commis.

Le sujet n'a pas conscience de la gravité des faits qu'il a commis et qu'il ne reconnaît qu'en partie.

6. Se prononcer sur la dangerosité du condamné et les risques de récidive ou de commission d'une nouvelle infraction.

Le sujet a été condamné pour avoir violé trois femmes, inconnues de lui et sous la menace d'une arme. Ces trois critères sont des critères qui statistiquement sont faveur d'un plus grand risque de récidive.

La reconnaissance partielle des faits, l'absence d'empathie à l'encontre des victimes, l'absence d'un sentiment de honte ou de culpabilité, la non reconnaissance de la contrainte

exercée à l'encontre des victimes, l'impulsivité sont, aussi, des items en faveur d'une possibilité de récidive.

7. Indiquer si le condamné est susceptible de faire l'objet d'un traitement et dans l'affirmative la nature du traitement préconisé.

La psychorigidité dont fait preuve le sujet, ses faibles capacités d'autocritique qui le limitent à avoir accès à sa vie interne, c'est-à-dire à se montrer capable d'auto-observation et de réflexions critiques sur lui-même sont des facteurs de mauvais pronostic quant aux résultats d'une prise en charge psychiatrique ou psychologique. Toutefois, il reste souhaitable que Monsieur B. puisse faire partie d'un groupe thérapeutique d'auteurs d'abus sexuels ce qui lui permettra, peut-être, de reconnaître ses actes grâce à la confrontation aux actes commis par les autres membres du groupe. Ainsi la dynamique de groupe constituera un étayage sur lequel il pourrait en écoutant les autres participants reconnaître les faits qu'il a commis, ce qui est absolument indispensable pour trouver, dans le meilleur des cas, un modèle de changement de son mode de fonctionnement sexuel.

Fait à Nice, le 15 juillet 2010

Docteur L.

3) Commentaire

Dans ce cas clinique, il est important de noter qu'expertisé par le Docteur G. à la demande du Juge d'Instruction durant l'instruction le 04 août 2004, le Docteur G rendait un rapport d'expertise avec la conclusion suivante : *« l'examen expertal du nommé M. B. n'a pas permis de mettre en évidence des anomalies mentales, psychiques ou sexuelles. Il s'est dépeint comme un transplanté relativement intégré, croyant mais non pratiquant et depuis peu en charge de responsabilités paternelles. »*. De plus, interrogé sur la possibilité de traitement, le Docteur G répond : *« Il ne saurait bénéficier d'une prise en charge spécialisée y compris sous la forme d'une injonction de soins dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire pour tenter d'améliorer le pronostic de sa réadaptabilité sociale ultérieure »*.

Egalement, l'évaluation sémiologique sur le plan psychiatrique n'a mis en évidence aucune pathologie mentale, selon l'expertise réalisée par un expert psychiatre en 2006, c'est-à-dire en postsentenciel

Ainsi, ce cas illustre bien la possibilité d'une personne placée sous main de justice condamnée à une injonction de soins par le magistrat, suivie par un praticien traitant pendant une durée de 5 ans après avoir commis des faits de viol sous la menace d'une arme, en récidive, mais qui ne présentait pas de trouble psychiatrique selon l'expert psychiatre au moment de l'expertise psychiatrique présentencielle de 2004.

IV- Synthèse/Discussion : les PPSMJ condamnées à une injonction de soins présentent-elles un trouble psychiatrique ?

Dans ce travail de recherche, nous nous sommes demandés si les personnes placées sous main de justice (PPSMJ) suivies en injonction de soins présentaient ou non un trouble psychiatrique. En effet, il nous paraissait délicat voire difficile de suivre de façon mensuelle une personne si celle-ci ne souffre pas d'une maladie psychiatrique.

Nous avons réalisé une étude quantitative, descriptive, multicentrique : l'étude ELIS, signifiant Etat des Lieux de l'Injonction de Soins, afin d'apporter des données chiffrées et d'y voir plus clair dans ce dispositif présent depuis vingt ans mais presque jamais évalué. En effet, une évaluation descriptive permet d'envisager dans un second temps des interventions afin d'évaluer l'efficacité du dispositif d'injonction de soins. Nous nous sommes plus particulièrement intéressés aux dossiers d'injonction de soins en cours en avril 2017 au SPIP milieu ouvert en région Languedoc-Roussillon. Ces données nous ont permis de dresser un premier « profil » quant aux caractéristiques de la PPSMJ, aux caractéristiques de la ou des infractions ayant conduit à l'injonction de soins, aux caractéristiques de la peine ainsi qu'aux caractéristiques du suivi d'injonction de soins.

Nous avons également réalisé un volet qualitatif : en s'inspirant des données de la littérature, nous avons créé deux questionnaires, l'un à destination des magistrats, l'autre à destination des experts psychiatres. Ce qui résulte de cette étude est que les magistrats et les experts psychiatriques sont d'accord sur le fait que la présence d'un trouble psychiatrique n'est pas nécessaire au prononcé de la mesure d'injonction de soins. Il semble y avoir une incidence sur la mesure prononcée avec une réduction de la durée d'injonction de soins chez les magistrats ayant répondu qu'il leur arrivait de se prononcer en faveur d'une IS malgré l'absence de trouble psychiatrique.

Ce travail de recherche nous montre les limites du dispositif d'injonction de soins qui se trouve à la frontière entre la criminologie, la médecine, la psychiatrie et la justice. Nous pensons qu'il serait intéressant de définir davantage les facteurs prédictifs de récurrence d'un passage à l'acte si l'on se base sur cet objectif pour prononcer une injonction de soins. Il serait également intéressant de définir plus précisément les « indications » à une injonction de soins selon des critères objectifs que l'on pourrait prendre en compte pour orienter les magistrats dans la décision de prononcer ou non une injonction de soins. En effet, il peut

être difficile de suivre durant dix ans une personne placée sous main de justice en psychiatrie, de façon mensuelle, alors que cette personne ne souffre pas d'un trouble psychiatrique au sens du DSM-5.

Nous pensons que nous avons intérêt à construire cette interactivité entre des organismes de criminologie comme l'ONDRP, des travailleurs sociaux comme les CIP des SPIP, les magistrats et les médecins qu'ils soient experts psychiatres ou médecins traitants afin de prendre en charge au mieux le patient dans une approche globale pluridisciplinaire.

Notre étude présente évidemment des limites et des biais : biais de mémorisation, biais de classement. On peut considérer qu'il existe également un biais avec un manque de représentativité des groupes du fait du faible nombre de participants à la partie qualitative de l'étude.

Il existe également une réserve sur le plan de l'interprétation des résultats : l'analyse statistique complète sera en effet réalisée et rendue publique par l'ONDRP lors de l'audition publique de juin 2018.

CONCLUSION

En conclusion, l'étude ELIS est une étude nationale, réalisée en partenariat entre la FF-CRIAVS et l'ONDRP, avec le soutien du ministère de la Justice, en vue de faire un état des lieux de la mesure d'injonction de soins vingt ans après sa création.

L'injonction de soins correspond à une triangulation professionnelle autour du patient/condamné : via le juge de l'application des peines (JAP) soutenu par le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) – le médecin coordonnateur, qui a un rôle pivot dans le dispositif – et le psychiatre ou psychologue traitant.

Les infractions concernées par la mesure d'injonction de soins sont dans la grande majorité des infractions à caractère sexuel mais peuvent aussi être des « crimes de sang », des violences, voire certaines atteintes aux biens. Les CRIAVS ont un rôle prépondérant dans l'information et la formation des intervenants auprès des AVS ainsi que dans la prise en charge de ces derniers.

Dans notre étude, nous avons réalisé un focus en région Languedoc-Roussillon. Les résultats semblent similaires aux résultats nationaux concernant les caractéristiques de la PPSMJ, du ou des faits ayant mené à l'IS, de la peine prononcée et du suivi de la personne en injonction de soins. Les résultats nationaux présentés dans notre étude seront complétés par l'ONDRP et présentés lors de l'audition publique en juin 2018.

Dans notre étude, nous avons également réalisé un volet qualitatif en créant des questionnaires à destination des magistrats et des experts psychiatres ayant un rôle dans l'injonction de soins. Les experts psychiatres et les magistrats sont d'accord sur le fait que la présence d'un trouble psychiatrique (selon le DSM-5 (64)) n'est pas nécessaire au suivi d'une personne en injonction de soins.

Concernant les perspectives de notre étude : il serait intéressant de se questionner sur les implications que cette étude peut avoir au niveau clinique, de quelle façon elle peut apporter in fine une aide à la personne suivie en injonction de soins par un psychiatre ou un psychologue traitant. Nous proposons également de créer des groupes de travail entre les différents corps de métiers ayant participé à l'accomplissement de cette étude : membres de l'ONDRP, collecteurs, médecins coordonnateurs, psychiatres, experts, SPIP,

patient/PPSMJ. Nous insistons sur l'intérêt d'un travail multidisciplinaire pour prendre en charge une personne suivie en injonction de soins. D'autres travaux de recherche sont, selon nous, à poursuivre afin notamment de mesurer à terme « l'efficacité » du dispositif d'injonction de soins.

Voici quelques mesures complémentaires qui permettraient le renforcement et le développement du dispositif de l'injonction de soins :

- Renforcer le nombre d'experts et de médecins coordonnateurs
- Assurer la continuité des soins entre milieu ouvert et milieu fermé
- Renforcer la formation des praticiens sur la procédure de l'injonction de soins
- Organiser la production de statistiques sur l'injonction de soins
- Harmoniser les pratiques dans les relations Justice-Médecine pour la mise en œuvre de l'injonction de soins

Au sein de notre étude, la majorité des personnes placées sous main de justice ne souffre pas de pathologie psychiatrique. Ceci questionne sur un potentiel glissement du rôle du psychiatre vers celui d'un auxiliaire de justice.

Une meilleure connaissance de cette mesure pourrait permettre un ajustement des besoins et une amélioration de sa mise en application.

BIBLIOGRAPHIE

1. BALIER C. Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels. 1996.
2. PONSEILLE A. L'injonction de soins, approche législative. DIU Clinique et Prise en charge des sujets auteurs de violences sexuelles; 2017.
3. PONSEILLE A. Personnes atteintes d'un trouble mental ayant altéré leur discernement : entre responsabilité pénale atténuée et injonction de soins renforcée [Internet]. BNDS (Bibliothèque numérique de droit de la santé et d'éthique médicale). 2011. Disponible sur: <https://www.bnds.fr/revue/rds/rds-41/personnes-atteintes-d-un-trouble-mental-ayant-altere-leur-discernement-entre-responsabilite-penale-attenuee-et-injonction-de-soins-renforcee-1751.html>
4. SENON J-L, MANZANERA C. « L'obligation de soins dans la loi renforçant la lutte contre la récidive », AJPén. 2007.
5. Couhet G, De Rocquigny H, Verdoux H. Soins pénalement ordonnés: étude des pratiques des psychiatres de la Gironde. In: Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique [Internet]. Elsevier; 2012; p. 569–572. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448712002363>
6. DARSONVILLE A. « Le surinvestissement législatif en matière d'infractions sexuelles », Arch.Pol.Crim., n°34. 2012;
7. Ministère de la Santé et des Sport, Ministère de la Justice. Guide de l'injonction de soins. 2009.
8. Code pénal | Legifrance [Internet]. [cité 25 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719>
9. Cour de Cassation. Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 2 septembre 2004, 04-80.518, Publié au bulletin [Internet]. [cité 25 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000007068705>
10. Code de procédure pénale | Legifrance [Internet]. [cité 25 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006071154>
11. Code de procédure pénale - Article 706-53-13. Code de procédure pénale.
12. I.G.S.J – I.G.A.S. Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soins. 2011.
13. Programme Expertise psychiatrique pénale [Internet]. Disponible sur: <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/expertise/programmeAP.html>
14. BARON-LAFORET S. Guide des nouvelles obligations de soin. Inf Psychiatr. 2009;85(8):753.
15. MARQUES A, Saetta S, Tartour T. Des murailles de papier. La contrainte aux soins en ambulatoire, Involuntary outpatient treatment –administrative boundaries. Rev Fr Aff Soc. 2016;(2):57- 74.

16. SENON J-L, LOPEZ G, CARIO R. Psychocriminologie - Clinique, prise en charge, expertise. Dunod; 2008. 466 p.
17. Expertise psychiatrique pénale. Audition publique. 25 et 26 janvier 2007. Ministère de la Santé et des Solidarités - Paris. Rapport de la Commission d'audition. | Base documentaire | BDSP [Internet]. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/407696/>
18. LOI n° 2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs. 2007-1198 août 10, 2007.
19. Arena G, Marette F. Enquête sur les obligations de soins en Seine-Saint-Denis EPS de Ville-Evrard. *Inf Psychiatr.* 2007;83(1):23.
20. Eglin M. Quand la justice impose des soins. *Enfances Psy.* 2006;30(1):121.
21. VENTEJOUX A, HIRSCHMANN A. Soins pénalement ordonnés et positionnements professionnels : des pratiques au carrefour de la Santé et de la Justice. *Prat Psychol.* 1 juin 2014;20(2):95- 110.
22. BARATTA A, MILOSESCU G-A. Apport des mesures objectives dans l'évaluation du risque de violence sexuelle. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 août 2013;171(7):449- 51.
23. HALLEGUEN O, BARATTA A. L'injonction de soins. À propos d'une étude réalisée sur les régions Alsace et Lorraine. *L'Encéphale.* 1 févr 2014;40(1):42- 7.
24. Code de procédure pénale - Article 763-6. Code de procédure pénale.
25. France, Comité interministériel de prévention de la délinquance. Prévention de la récidive: guide pratique. Paris: La Documentation française; 2016.
26. Campbell MA, French S, Gendreau P. The Prediction of Violence in Adult Offenders: A Meta-Analytic Comparison of Instruments and Methods of Assessment. *Crim Justice Behav.* juin 2009;36(6):567- 90.
27. GUAY JP. Conférence de consensus sur la prévention de la récidive. 4 sept 2017 [cité 4 sept 2017]; Disponible sur: http://conference-consensus.justice.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/01/contrib_guay.pdf
28. ROBBE M de V, VOGEL V de, Spa E de. Protective Factors for Violence Risk in Forensic Psychiatric Patients: A Retrospective Validation Study of the SAPROF. *Int J Forensic Ment Health.* 2011;10(3):178- 86.
29. CORTONI F. Conférence de consensus sur la prévention de la récidive. 2013; Disponible sur: http://conference-consensus.justice.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/01/contrib_franca_cortoni.pdf
30. POLASCHEK DLL, ROSS EC. Do early therapeutic alliance, motivation, and stages of change predict therapy change for high-risk, psychopathic violent prisoners? *Crim Behav Ment Health CBMH.* 2010;20(2):100- 11.
31. BEECH AR, HAMILTON-GIACHRITSIS CE. Relationship between therapeutic climate and treatment outcome in group-based sexual offender treatment programs. *Sex Abuse J Res Treat.* 2005;17(2):127- 40.

32. DICKSON SR, POLASCHEK DLL, CASEY AR. Can the quality of high-risk violent prisoners' release plans predict recidivism following intensive rehabilitation? A comparison with risk assessment instruments. *Psychol Crime Law*. 2013;19(4):371 - 89.
33. LEFRANCOIS J. Le Modèle des vies saines (Good lives model) appliqué dans le traitement de délinquants sexuels suivis dans la communauté. 2010; Disponible sur: <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/3522>
34. LINDSAY WR, Ward T, Morgan T, Wilson I. Self-regulation of sex offending, future pathways and the Good Lives Model: Applications and problems. *J Sex Aggress*. 2007;13(1):37 - 50.
35. BONTA J, ANDREWS DA. Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation. Ottawa: Public Safety Canada; 2007. 22 p.
36. LINDSAY WR, Steptoe L, Beech AT. The Ward and Hudson Pathways Model of the Sexual Offense Process Applied to Offenders With Intellectual Disability. *Sex Abuse J Res Treat*. déc 2008;20(4):379- 92.
37. ANDREWS, BONTA & HOGE. DOES CORRECTIONAL TREATMENT WORK? A CLINICALLY RELEVANT AND PSYCHOLOGICALLY INFORMED META-ANALYSIS - ANDREWS - 1990 - *Criminology* - Wiley Online Library [Internet]. 1990. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1745-9125.1990.tb01330.x/abstract>
38. MARTINSON R. What works?-Questions and answers about prison reform. *Public Interest*. 1974;(35):22.
39. ANDREWS DA, BONTA J. *The Psychology of Criminal Conduct*. Routledge; 2010. 700 p.
40. POLASCHEK DLL, Skeem JL, Patrick CJ, Lilienfeld SO. Psychopathic Personality: Bridging the Gap Between Scientific Evidence and Public Policy. *Psychol Sci Public Interest J Am Psychol Soc*. 2011;12(3):95 - 162.
41. GAROFALO. *LA CRIMINOLOGIE Étude sur la nature du crime et la théorie de la pénalité*. 1890.
42. 1838-06-30 (lég) Loi n° 7443 sur les aliénés du 30 juin 1838 - Recueil Duvergier page 490 • Loi Esquirol - • CRPA : sur l'internement psychiatrique abusif et illégal [Internet]. 1838. Disponible sur: <https://psychiatrie.crupa.asso.fr/1838-06-30-leg-Loi-no-7443-sur-les-alienes-du-30-juin-1838-Recueil-Duvergier-page-490-o-Loi-Esquirol>
43. ZAGURY D. Humeur : les troubles de la personnalité sont-ils des maladies mentales ? *Inf Psychiatr*. 2008;me 84(1):11 - 3.
44. SENON J-L. Évolution des attentes et des représentations en clinique dans les rapports entre psychiatrie et justice. *L'Évolution Psychiatr*. janv 2005;70(1):117 - 30.
45. ARCHER E. Expertise psychiatrique de prélibération. </data/revues/00034487/01640010/06002265/>. 2006;
46. La Documentation française. Santé, justice et dangers : pour une meilleure prévention de la récidive - Rapport de la Commission santé-justice présidée par Monsieur Jean-François Burgelin [Internet]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/054000449/index.shtml>

47. CRAMPAGNE S. L'évaluation de la dangerosité dans le cadre de l'expertise psychiatrique pénale [PhD Thesis]. Thèse de doctorat en médecine, Faculté de médecine de Grenoble; 2013.
48. HAS. Recommandations HAS sur l'évaluation de la dangerosité psychiatrique. 2011;
49. Pellerin B, Proulx J, Ouimet M, Paradis Y, McKibben A, Aubut J. Étude de la récurrence post-traitement chez des agresseurs sexuels judiciairisés. *Criminologie*. 1996;29(1):85.
50. Code de procédure pénale - Article 706-47-1. Code de procédure pénale.
51. BOUCHARD J-P. L'indispensable réforme de l'expertise psychiatrique et de l'expertise psychologique. *J Int Vict*. 2006;2.
52. COUTANCEAU et al R. Victimes et auteurs de violence sexuelle - broché - Roland Coutanceau, Carole Damiani, Mathieu Lacambre. 2016.
53. VANDERSTUKKEN O, LACAMBRE M. « Dangerosité, prédictivité et échelles actuarielles : confusion ou détournement ? », *L'information psychiatrique* 2011/7 (Volume 87), p. 549-550. DOI 10.3917/inpsy.8707.0549 -2011;
54. DAILLIET A. Approche expertale évolutive et comparative: un point de vue de défense sociale? *Inf Psychiatr*. 2008;84(1):35-39.
55. THIBAUT F. Troubles des conduites sexuelles : diagnostic et traitement. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie* 2000, 37-105-G-10.
56. SENON J-L, MANZANERA C. Réflexion sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2006;164(10):818 - 27.
57. BARATTA A. Expertise post-sentencielle et évaluation du risque de récurrence, Expertise and post-sentencing assessment of risk of recurrence, Peritaje post sentencia y valoración del riesgo de reincidencia. *Inf Psychiatr*. 2011;me 87(8):657 - 62.
58. ARCHAMBAULT J-C. L'Expertise psychiatrique Face à la dangerosité et à la récurrence des criminels. 2012.
59. Ministère de l'Intérieur. La criminalité en France. Paris : INHES, rapport 2008 de l'Observatoire national de la délinquance, 2008 : 13.
60. CIAVALDINI A. Violences sexuelles - Le soin sous contrôle judiciaire. 2003.
61. PHAM T. Évaluation psychométrique du questionnaire de la psychopathie de Hare auprès d'une population carcérale belge. *L'encéphale* 1998 ; 24 : 435-41. 1998;
62. GOUMILLOUX R. Prédicteurs de risque de récurrence dans le cadre de suivis sociojudiciaires avec injonction de soins. *Inf Psychiatr*. 2016;92(8):641-648.
63. ROUSSEAU G, DE FONTBRESSIN P. L'expert et l'expertise judiciaire en France. Théorie - pratique - formation - Gérard Rousseau, Patrick de Fontbressin. 2007.
64. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. DSM-5 [Internet]. 2013. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/dsm5>

65. ANDREWS & BONTA. Tableau des sept principaux facteurs et quelques facteurs mineurs de risque et de besoin | Psychocriminologie. 2007.

ANNEXES

Annexe 1 : Tableau récapitulatif de l'étude ELIS en région Languedoc-Roussillon

CRIA VS Languedoc-Roussillon		
SPIP (siège + antennes) de la région	Département	Nombre de SPIP/antennes
	Aude (11)	1
	Gard (30)	1
	Hérault (34)	2 antennes : Montpellier, Béziers
	Lozère (48)	1
	Pyrénées-Orientales (66)	1
SPIP/antennes participant à la collecte ELIS (nombre)	3	
Nombre de dossiers ELIS identifiés	166	
Nombre de refus	0	
Nombre de dossiers ELIS "acceptés" saisis en région	109	
Nombre de dossiers ELIS saisis par SPIP/antenne	Département	Nombre dossiers par SPIP/Antenne
	Aude (11)	0
	Gard (30)	0
	Hérault (34)	Antenne Montpellier : 75
		Antenne Béziers : 31
	Lozère (48)	0
Pyrénées-Orientales (66)	3	

Annexe 2 : Courrier d'autorisation de l'étude ELIS au niveau national par le directeur de l'administration pénitentiaire.



Numéro messager : 201710014772



LE DIRECTEUR DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE

Paris, le **20 AVR. 2017**

Monsieur le Président,

Vous avez adressé à l'administration pénitentiaire une demande d'autorisation pour une enquête portant sur l'injonction de soin (étude ELIS) menée par l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP) en association avec la Fédération française des centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (FFCRIAVS).

L'injonction de soins est une réponse pénale incontournable. Pour autant, les connaissances sur cette mesure (nombre, profil des personnes concernées, infractions associées, etc.) sont peu développées. L'objectif du projet ELIS, tel qu'il a été défini par l'ONDRP et la FFCRIAVS et validé par le Garde des Sceaux, est, dans un premier temps, de collecter un ensemble d'information portant sur les personnes suivies dans le cadre de l'injonction de soins (IS), sur les faits ayant amené le prononcé de l'IS, ainsi que sur le suivi de la personne placée sous main de justice (PPSMJ). Dans un second temps, cette collecte permettra de dresser un état des lieux statistique, quantitatif et exhaustif du dispositif en apportant un maximum d'informations. Pour ce faire, vous demandez à accéder à l'ensemble des dossiers de suivi des personnes sous IS en cours à la date du 15 avril 2017

Je suis favorable à la conduite de cette enquête. Néanmoins, vous voudrez bien solliciter l'accord de chaque service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) ; à cette fin, vous prendrez leur attache pour présenter en détail votre projet et convenir des modalités de mise en œuvre les plus appropriées.

Notamment, vous identifierez des référents au sein des CRIAVS et des SPIP ; le correspondant ELIS en SPIP sera l'interlocuteur privilégié du correspondant ELIS des CRIAVS.

M. Stéfan LOLLIVIER
Président du conseil d'orientation de l'ONDRP
Ecole Militaire,
1 place Joffre, case 39
75700 Paris 07 SP

DAF

Adresse postale : 13, place Vendôme - 75042 PARIS Cedex 01
Bureaux situés : 35 rue de la gare - 75019 PARIS
Tél. : 01 44 77 60 60

Annexe 3 : Demande d'autorisation CNIL

Cadre réservé à la CNIL

N° d'enregistrement : 2027718

DEMANDE D'AUTORISATION
PRÉALABLE À LA MISE EN ŒUVRE DE TRAITEMENTS AUTOMATISÉS DE
DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL
(Articles 25 de la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004)

1 Déclarant

Nom et prénom ou raison sociale : INSTITUT NATIONAL DES HAUTES ETUDES DE SÉCURITÉ ET JUSTICE **Sigle (facultatif) :** ONDRP

N° SIRET : 130007768 00026

Service : OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DÉLINQUANCE ET DES PÉDOPHILES **Code APE :** 8542Z Enseignement supérieur et post-secondaire non supérieur

Adres

Code
ONDF

2

(Veulle
Si le tr
cidess

Nom €
DES :

Servic
DÉLI

Adre:

Code
OND.

Exemplaire à conserver - ne pas envoyer

3 Finalité du traitement (objectif(s) du traitement)

1) Quelle est la finalité ou l'objectif de votre traitement (*exemple : Contrôle d'accès à des locaux professionnels par un dispositif biométrique*) ?

CONSTITUTION D'UNE BASE DE DONNÉES ANONYME PORTANT SUR LES PERSONNES CONDAMNÉES À DE L'INJONCTION DE SOIN ET PORTANT SUR LES CARACTÉRISTIQUES DE LA PERSONNE CONDAMNÉE, SUR SON ENVIRONNEMENT, LES FAITS À L'ORIGINE DE LA CONDAMNATION ET DE DÉROULEMENT DU SUIVI. CE TRAVAIL QUI EST EN COURS DE VALIDATION IMMEDIATE PAR LE MINISTÈRE DE LA JUSTICE, FAIT SUITE AU RAPPORT D'ÉVALUATION DU DISPOSITIF DE L'INJONCTION DE SOIN RÉDIGÉ PAR L'IGAS ET L'IGSJ EN 2011. CE RAPPORT FAISAIT ÉTAT D'UNE PRODUCTION STATISTIQUE JUDICIAIRE SUR L'INJONCTION DE SOIN [...] QUASIMENT INEXISTANTE (P30). CE PROJET VISE À APPORTER DE L'INFORMATION STATISTIQUE SUR LE DISPOSITIF MAIS ÉGALEMENT À RÉPONDRE À PLUSIEURS RECOMMANDATIONS DU RAPPORT. ENTREPRENDRE DES RECHERCHES PLURIDISCIPLINAIRES AFIN D'AMÉLIORER LES CONNAISSANCES SUR LES CAUSES ET APPARITION DES VIOLENCES (R3), MIEUX COMPRENDRE LES DÉTERMINANTS CRIMINOLOGIQUES DES VIOLENCES À TRAVERS L'HISTOIRE ET L'ENVIRONNEMENT SOCIAL DES AUTEURS (R53), ETC...

2) Veuillez préciser le fondement juridique du traitement (*facultatif*) ?

3) Nom du logiciel utilisé (*facultatif*) ?

4) Quelles sont les personnes concernées par le traitement ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Salariés | <input type="checkbox"/> Patients |
| <input type="checkbox"/> Usagers | <input type="checkbox"/> Etudiants/élèves |
| <input type="checkbox"/> Adhérents | <input checked="" type="checkbox"/> Autres (préciser) : Personnes sous main de justice |
| <input type="checkbox"/> Clients (actuels ou potentiels) | |
| <input type="checkbox"/> Visiteurs | |

5) Si vous utilisez une technologie particulière, merci de préciser laquelle (*facultatif*) :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dispositif sans contact (Ex. : RFID, NFC) | <input type="checkbox"/> Mécanisme d'anonymisation |
| <input type="checkbox"/> Carte à puce | <input type="checkbox"/> Géo localisation (Ex. : GPS couplé avec GSM/GPRS) |
| <input type="checkbox"/> Vidéo-protection | <input type="checkbox"/> Nanotechnologie |
| <input type="checkbox"/> Autres (précisez) : | |

4 Transferts de données hors de l'Union européenne

Transmettez-vous tout ou partie des données traitées vers un pays situé hors de l'Union européenne et n'assurant pas un niveau de protection suffisant (*cf liste à jour de ces pays sur la carte interactive du site internet de la CNIL* www.cnil.fr/vos-responsabilites/le-transfert-de-donnees-a-letranger/)

Oui Non

! Si oui, merci de compléter l'annexe « Transfert de données hors de l'Union européenne »

5

Catégories de données	Détail (précisez le détail des données traitées)	Origine (comment avez vous collecté ces données ?)	Durée de conservation (combien de temps conserverez-vous les données sur support informatique?)
État-civil, Identité, Données d'identification.	<input type="checkbox"/> Nom, <input type="checkbox"/> prénom <input type="checkbox"/> Adresse <input type="checkbox"/> Pho <input checked="" type="checkbox"/> togr <input type="checkbox"/> aph ie Date, lieu de naissance Autres. (précisez) : Année de naissance, nationalité, commune de résidence	<input type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée <input type="checkbox"/> De manière indirecte. <input checked="" type="checkbox"/> Précisez : Dossiers de suivi auprès de Services pénitentiaires d'insertion et de probation	<input type="checkbox"/> 0 jours <input type="checkbox"/> 0 mois <input checked="" type="checkbox"/> 5 années <input type="checkbox"/> Autres, précisez

<p>Vie personnelle (habitudes de vie, situation familiale, etc.)</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Habitude <input checked="" type="checkbox"/> de vie <input checked="" type="checkbox"/> Situation familiale Autres. (précisez) : antécédants judiciaire, antécédants psychiatriques, type de logement</p>	<p><input type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée <input checked="" type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez : Dossiers de suivi auprès de Services pénitentiaires d'insertion et de probation</p>	<p>0 jours 0 mois 5 années <input type="checkbox"/> Autres, précisez</p>
<p>Vie professionnelle (CV, scolarité, formation professionnelle, distinctions, etc.)</p>	<p><input type="checkbox"/> CV <input checked="" type="checkbox"/> Situation professionnelle <input type="checkbox"/> Scolarité, formation <input type="checkbox"/> Distinction <input type="checkbox"/> Autres. (précisez) :</p>	<p><input type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée De manière indirecte. <input checked="" type="checkbox"/> Précisez : Dossiers de suivi auprès de Services pénitentiaires d'insertion et de probation</p>	<p>0 jours 0 mois 5 années <input type="checkbox"/> Autres, précisez</p>
<p>Informations d'ordre économique et financier (revenus, situation financière, situation fiscale, etc.)</p>	<p><input type="checkbox"/> Revenus <input type="checkbox"/> Situation financière (ex : taux d'endettement) <input checked="" type="checkbox"/>) Autres. (précisez) : Types de revenus</p>	<p><input type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée De manière indirecte. <input checked="" type="checkbox"/> Précisez : Dossiers de suivi auprès de Services pénitentiaires d'insertion et de probation</p>	<p>0 jours 0 mois 5 années <input type="checkbox"/> Autres, précisez</p>

Données de connexion (adresse IP, logs, etc.)	<input type="checkbox"/> Identifiants des terminaux	<input type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée	0 jours 0 mois 0 années
	<input type="checkbox"/> Identifiants de connexions	<input type="checkbox"/> De manière indirecte. <input type="checkbox"/> Précisez :	
Information			

	<input type="checkbox"/> d'horodatage		
	<input type="checkbox"/> Autres. (précisez) :		
Données de localisation (déplacements, données GPS, GSM, etc.)	<input type="checkbox"/> Par satellite	<input type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée	0 jours 0 mois 0 années
	<input type="checkbox"/> Par le téléphone mobile	<input type="checkbox"/> De manière indirecte. <input type="checkbox"/> Précisez :	
	Autres. (précisez):		<input type="checkbox"/> Autres, précisez

6

Catégories de données	Détail (précisez le détail des données traitées)	Origine (comment avez vous collecté ces données ?)	Durée de conservation (combien de temps conserverez-vous les données sur support informatique?)
N° de sécurité sociale (NIR)		<input type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée <input type="checkbox"/> De manière indirecte. <input type="checkbox"/> Précisez :	0 jours 0 mois 0 années <input type="checkbox"/> Autres, précisez

<p>Données biométriques</p> <p>! Annexe « Dispositifs biométriques » à fournir</p>	<p><input type="checkbox"/> Contour de la main</p> <p><input type="checkbox"/> Empreintes digitales</p> <p><input type="checkbox"/> Réseau veineux</p> <p><input type="checkbox"/> Iris de l'œil</p> <p><input type="checkbox"/> Reconnaissance faciale</p> <p><input type="checkbox"/> Reconnaissance vocale</p> <p>Autres. (précisez):</p>	<p><input type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée</p> <p><input type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez :</p>	<p>0 jours</p> <p>0 mois</p> <p>0 années</p> <p><input type="checkbox"/> Autres, précisez</p>
<p>Données génétiques (ADN)</p>	<p>Précisez :</p>	<p><input type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée</p> <p>De manière indirecte.</p> <p><input type="checkbox"/> Précisez :</p>	<p>0 jours</p> <p>0 mois</p> <p>0 années</p> <p><input type="checkbox"/> Autres, précisez</p>
<p>Infractions, condamnations, mesures de sûreté</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> infractions</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Condamnations</p> <p>Mesures de sûreté</p>	<p><input type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée</p> <p>De manière indirecte.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Précisez : Dossiers de suivi auprès des Services pénitentiaires d'insertion et de probation</p>	<p>0 jours</p> <p>0 mois</p> <p>5 années</p> <p><input type="checkbox"/> Autres, précisez</p>
<p>Appréciation sur les difficultés sociales des personnes</p>	<p>Précisez :</p>	<p><input type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée</p> <p>De manière indirecte.</p> <p><input type="checkbox"/> Précisez :</p>	<p>0 jours</p> <p>0 mois</p> <p>0 années</p> <p><input type="checkbox"/> Autres, précisez</p>

Données de santé	<input type="checkbox"/> Pathologie, affection <input type="checkbox"/> Antécédents familiaux, <input type="checkbox"/> Données relatives aux soins <input type="checkbox"/> Situations ou comportements à risques <input checked="" type="checkbox"/> Autres. (précisez): Présence d'antécédents psychiatriques	<input type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée <input checked="" type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez : Dossiers de suivi auprès des Services pénitentiaires d'insertion et de probation <input type="checkbox"/> Consentement exprès de la personne concernée	0 jours 0 mois 5 années <input type="checkbox"/> Autres, précisez	Destinataires : Fédération française des CRIAVS, ONDRP
Autres données sensibles	<input type="checkbox"/> Origines raciales ou ethniques <input type="checkbox"/> Opinions politiques <input type="checkbox"/> Opinions philosophiques <input type="checkbox"/> Opinions religieuses <input type="checkbox"/> Appartenance syndicale <input type="checkbox"/> Vie sexuelle	<input type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée <input type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez : <input type="checkbox"/> Consentement exprès de la personne concernée	0 jours 0 mois 0 années <input type="checkbox"/> Autres, précisez	Destinataires :

7 Interconnexions

Procédez-vous à des interconnexions de fichiers (échange de données entre fichiers) ayant des finalités différentes ou poursuivant un intérêt public différent ? Non Oui

Si oui, veuillez compléter le tableau ci-dessous en apportant des précisions sur les fichiers que vous interconnectez :

	FINALITE <i>Veuillez indiquer la finalité du fichier concerné</i>	Organisme Responsable	N° de déclaration à la CNIL <i>(le cas échéant)</i>
Fichier n° 1			
Fichier n° 2			
Fichier n° 3			

Veuillez détailler les raisons pour lesquelles vous effectuez cette interconnexion et indiquez, le cas échéant, si cette interconnexion est prévue par un texte législatif ou réglementaire (Si oui, précisez lequel) :

8 Le droit des personnes fichées

Le droit d'accès est le droit reconnu à toute personne d'interroger le responsable d'un traitement pour savoir s'il détient des informations sur elle, et le cas échéant d'en obtenir communication. Cf. article 32 de la loi et modèles de mentions d'information dans la notice

Comment informez-vous les personnes concernées par votre traitement de leur droit d'accès ?

- | | |
|--|----------------------------------|
| Mentions légales sur formulaire | Affichage |
| Mentions sur site internet | Envoi d'un courrier personnalisé |
| Autres mesure, précisez : Mention orale faite lors de la viste des personne splacées sou main de justice au SPIP | |

Veuillez indiquer les coordonnées du service chargé de répondre aux demandes de droit d'accès :



NOM (prénom) ou raison sociale : INSTITUT NATIONAL DES HAUTES ETUDES DE SÉCURITÉ ET JUSTICE

Sigle (facultatif) : ONDRP

N° SIRET : 130007768 00026

Service : OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DÉLINQUANCE ET DES RÉPONSES PÉNALES

Code NAF : 8542Z Enseignement supérieur et post-secondaire non supérieur

Adresse : 1 PLACE JOFFRE CASE 39

Code postal : 75007 Ville : PARIS Téléphone : 0176648961 Adresse électronique : ONDRP@INHESJ.FR Fax :

9 Personne à contacter

Veillez indiquer ici les coordonnées de la personne qui a complété ce questionnaire au sein de votre organisme et qui répondra aux éventuelles demandes de compléments que la CNIL pourrait être amenée à formuler. Votre nom (prénom) : DELBECQUE Vincent

Service : ONDRP

Adresse : 1 PLACE JOFFRE CASE 39

Code postal : 75007 - Ville : PARIS Téléphone : 0176648970 Adresse électronique : VINCENT.DELBECQUE@INHESJ.FR Fax :

10 Signature du responsable

Je m'engage à ce que le traitement décrit par cette déclaration respecte les exigences de la loi du 6 janvier 1978 modifiée.

Personne responsable de l'organisme déclarant.

NOM et prénom : C. Hélène

Date le : 20-01-2017

Fonction : Directrice

Signature

Adresse électronique : XXX

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à permettre à la CNIL l'instruction des déclarations qu'elle reçoit. Elles sont destinées aux membres et services de la CNIL. Certaines données figurant dans ce formulaire sont mises à disposition du public en application de l'article 31 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée. Vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent en vous adressant à la CNIL: 8 rue Vivienne – CS 30223 – 75083 Paris cedex 02.

Annexe 4 : Questionnaire à destination des experts psychiatres

Etude ELIS : état des lieux de l'injonction de soins en Languedoc-Roussillon

- Enquête dans le cadre du projet de thèse pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine de Mathilde FERRA, sous la direction du Docteur Mathieu LACAMBRE -

Madame, Monsieur,

Nous réalisons une étude s'intéressant à établir un état des lieux de la mesure d'injonction de soins. Avec l'accord des tutelles et administrations ad hoc, un recensement national de cette mesure médico-judiciaire est en cours. Dans le cadre d'un projet de thèse soutenue en avril prochain, nous assurons la collecte des données pour la juridiction de Montpellier. L'étude quantitative sera complétée par un volet qualitatif exploré par le questionnaire ci-dessous que je vous remercie de compléter. Notre projet de recherche de thèse s'intéresse particulièrement à la présence ou non d'un trouble mental chez les personnes bénéficiant d'une injonction de soins.

Votre participation sera déterminante pour apporter un éclairage dynamique à l'étude descriptive que nous réalisons. Nos résultats vous seront communiqués si vous le désirez.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments respectueux.

Annexe 5 : Questionnaire à destination des magistrats

Etude ELIS : état des lieux de l'injonction de soins en Languedoc- Roussillon

- Enquête dans le cadre du projet de thèse pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine de Mathilde FERRA, sous la direction du Docteur Mathieu LACAMBRE -

Madame, Monsieur,

Nous réalisons un état des lieux sur le prononcé de la mesure d'injonction de soins sur la juridiction de Montpellier. Cette recherche s'inscrit dans un travail de thèse de Médecine qui sera soutenue en avril prochain à la Faculté de Médecine de Montpellier. L'étude quantitative est complétée par un volet qualitatif exploré par le questionnaire ci-dessous que je vous remercie de compléter.

Votre participation sera déterminante pour apporter un éclairage dynamique à l'étude descriptive que nous réalisons. Nos résultats vous seront communiqués si vous le désirez.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments respectueux.

Annexe 6 : Grille d'analyse utilisée pour le recueil de données de l'étude ELIS

	N°	Nom de la variable dans Excel	Nom complet de la variable
INFORMATIONS SUR LA SAISIE	<u>1</u>	<u>COMPTE</u>	Numéro de compte (NE PAS SAISIR)
	<u>2</u>	<u>NSAISIE</u>	Numéro de la saisie
	3	<u>DATSAISIE</u>	Date de la saisie
	4	<u>NOMSAISIE</u>	Nom de la personne qui effectue la collecte
	5	<u>DPTSAISIE</u>	Département du SPIP dans lequel s'est effectuée la collecte
CARACTÉRISTIQUES DE LA PERSONNE PLACÉE SOUS MAIN DE JUSTICE (PPSMJ)	6	<u>SEXPPSMJ</u>	Sexe de la personne placée sous main de justice
	7	<u>NAISSPPSMJ</u>	Année de naissance de la personne placée sous main de justice
	8	<u>NATPPSMJ</u>	Nationalité de la personne placée sous main de justice
	9	<u>COMMUNEACT</u>	Commune de résidence actuelle de la personne placée sous main de justice
	10	<u>DPTACT</u>	département de résidence actuel de la personne placée sous main de justice
	11	<u>TYPLOGACT</u>	Type de logement actuel
	12	<u>TXT_TYPLOGACT</u>	Précision du type de logement actuel
	13	<u>ETCIV FAIT</u>	État civil de la personne placée sous main de justice au moment des faits
	14	<u>TXT_ETCIV FAIT</u>	Précision du type d'état civil de la personne placée sous main de justice au moment des faits
	15	<u>ETCIV ACT</u>	État civil actuel de la personne placée sous main de justice
	16	<u>TXT_ETCIV ACT</u>	Précision du type d'état civil actuel de la personne placée sous main de justice
	17	<u>MEM_CONJ</u>	Même conjoint ?
	18	<u>ENFDOM FAIT</u>	Enfants au domicile au moment de la révélation des faits
	19	<u>ENF_MIN</u>	Enfants mineurs au domicile au moment de la révélation des faits
	20	<u>ENFDOM ACT</u>	Enfants au domicile actuellement

CARACTÉRISTIQUES DE L'INFRACTION À L'ORIGINE DE L'INJONCTION DE SOIN (IS)	21	ENF_MIN_ACT	Enfants mineurs au domicile actuellement
	22	SITUPRO_FAIT	Situation professionnelle effective au moment de la révélation des faits
	23	TXT_SITUPRO_FAIT	Précision sur la situation professionnelle de la personne placée sous main de justice au moment de la révélation des faits
	24	SITUPRO_ACT	Situation professionnelle effective actuellement
	25	TXT_SITUPRO_ACT	Précision sur la situation professionnelle de la personne placée sous main de justice actuellement
	26	TYPREV	Type de revenu perçu par la personne placée sous main de justice actuellement
	27	TXT_TYPREV	Précision sur le type de revenu perçu par la personne placée sous main de justice actuellement
	28	ANTEPSY_FAIT	Antécédents de suivis psychiatriques au moment de la révélation des faits
	29	NBANTE_JUD	Nombre d'antécédents judiciaires
	30	NBANTE_IS	Nombre d'antécédents concernant une infraction à caractère sexuel
	31	NBANTE_PERS	Nombre d'antécédents concernant une infraction contre les personnes
	32	NBANTE_BIENS	Nombre d'antécédents concernant une infraction contre les biens
	33	NBANTE_STUP	Nombre d'antécédents concernant une infraction en lien avec les stupéfiants
	34	INCARCER_AVT	Incarcération avant la condamnation à l'Injonction de soins
	35	DUREINCARCER	Durée d'incarcération
	36	IS_AVT	condamnée préalablement à une injonction de soins
	37	TYPINFRA_IS_1	Type d'infraction à l'origine de l'IS (1)
	38	PRECINFRA_IS_1	Précision d'une infraction à l'origine de l'injonction de soins (1)
	39	DATPERIODINFRA_IS_1	Date ou période(s) de commission de la première infraction à l'origine de l'injonction de soins
	40	DPTCOM_IS_1	Département de commission (IS 1)
	41	TYPINFRA_IS_2	Type d'infraction à l'origine de l'IS (2)
	42	PRECINFRA_IS_2	Précision sur la deuxième infraction à l'origine de l'injonction de soins (2)

CARACTÉRISTIQUES DE LA PEINE AMENANT L'IS	43	DATPERIODINFRA IS 2	Date ou période(s) de commission de la deuxième infraction à l'origine de l'injonction de soins (2)
	44	DPTCOM IS 2	Département de commission (2)
	45	TYPINFRA IS 3	Type d'infraction à l'origine de l'IS (3)
	46	PRECINFRA IS 3	Précision sur la troisième infraction à l'origine de l'injonction de soins (3)
	47	DATPERIODINFRA IS 3	Date ou période(s) de commission de la troisième infraction à l'origine de l'injonction de soins (3)
	48	DPTCOM IS 3	Département de commission (IS 3)
	49	TYPINFRA IS 4	Type d'infraction à l'origine de l'IS (3)
	50	PRECINFRA IS 4	Précision sur la troisième infraction à l'origine de l'injonction de soins (3)
	51	DATPERIODINFRA IS 4	Date ou période(s) de commission de la troisième infraction à l'origine de l'injonction de soins (3)
	52	DPTCOM IS 4	Département de commission (IS 3)
	53	NBRE VICT	Nombre de victimes
	54	SEX VICT	Sexe(s) victime(s)
	55	VICT MIN	Victime(s) mineure(s)
	56	VICT VULN	Victime(s) vulnérable(s)
	57	LIENVICT AUT	Lien entre la ou les victimes et l'auteur
	58	TXT LIENVICT AUT	type de lien si un autre lien unit la ou les victimes et l'auteur
	59	RECIDIV	Infraction commise en état de récidive
	60	DAT PEIN	Date de prononcé de la peine
	61	NATPEIN PPAL	Nature de la peine principale
	62	TXT NATPEIN PPAL	type de peine principale si "autre"
	63	QUANTUM PEIN	Quantum de la peine principale prononcée
	64	DATENTR DET	Date d'entrée en détention

CARACTÉRISTIQUES DE L'INJONCTION DE SOIN	65	DATENTR_ECROU	Date de mise sous écrou
	66	ETAB_FLECH	Passage par un établissement fléché
	67	COMMUNE_DET	Dernière commune de détention
	68	DATSORTI_DET	Date de sortie de détention (Hors placement sous surveillance électronique)
	69	DATLEVEE_ECROU	Date de levée d'écrou
	70	SOINS_DET	Le condamné a-t-il suivi des soins en détention ?
	71	NB_EXP	Nombre d'expertises
	72	NBR_PRECO_SOINS	Nombre d'expertises qui préconisent des soins
	73	CONFLIT_EXP	Conflit entre les expertises
	74	CADRE_IS	Cadre de l'injonction de soin
	75	JURID_IS	Juridiction ayant prononcé l'injonction de soins
	76	TAP_MODIF_IS	Si décision du TAP, modifie-t-elle le prononcé de l'injonction de soins
	77	DAT_IS	Date de la décision prononçant l'IS
	78	DUREE_IS	Durée de l'injonction de soin
	79	DUREEMANQ_IS	Durée d'emprisonnement en cas de manquement à l'injonction de soins
	80	DATORD_MCO	Date d'ordonnance de désignation du médecin coordonnateur
	81	DATRDV_MCO	Date de rendez-vous avec le médecin coordonnateur
	82	DATDEBU_IS	Date de début de l'injonction de soins
	83	NBRVISITE_MCO	Nombre de visites auprès du médecin coordonnateur
	84	PROF_PRATICIEN	Profession du praticien traitant
	85	TXT_PROF_PRATICIEN	Précision de la profession du praticien traitant
	86	SUIVI_PREAL	Suivi préalable du praticien traitant

87	<u>TYPLIEU_EXER</u>	Lieu d'exercice du praticien
88	<u>TXT_TYPLIEU_EXER</u>	Précision du type de lieu
89	<u>NBRVISIT_PRAT</u>	Nombre de visites auprès du praticien traitant depuis le début du suivi
90	<u>INCIDENT_IS</u>	Incidents relevés pendant l'injonction de soins
91	<u>CONDAPDT_IS</u>	Condamnation pendant l'Injonction de soins
92	<u>TYPNVL_COND</u>	Type d'infraction commise pendant l'injonction de soins
93	<u>TXT_TYPNVL_COND</u>	Précision du type d'infraction commise pendant l'injonction de soins
94	<u>SUIT_RELEVMT</u>	Suite après demande de relèvement
95	<u>NBRAPPOR_MC</u>	Nombre de rapport(s) de médecin coordonnateur
96	<u>CTACT_CPIP_PRAT</u>	Contacts entre CPIP et praticien traitant
97	<u>CTACT_CPIP_MCO</u>	Contacts entre CPIP et le médecin coordonnateur
98	<u>CHANGE_SPIP</u>	Changement de SPIP en cours d'IS
99	<u>CHANGE_MCO</u>	Changement de médecin coordonnateur en cours d'IS

SERMENT

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

RESUME

Contexte : L'injonction de soins a été créée par la loi du 17 juin 1998, relative à la prévention de la récidive sexuelle et à la protection des mineurs. Cependant, presque vingt ans après, ce dispositif n'a quasiment jamais été évalué. Un rapport d'évaluation du ministère de la Justice réalisé en 2011 insistait sur la nécessité d'obtenir davantage de données chiffrées via des études.

Objectif : Notre premier objectif est de réaliser un état des lieux descriptif quantitatif du dispositif d'injonction de soins sur le plan national et en région Languedoc-Roussillon. Notre second objectif est d'évaluer si les personnes placées sous main de justice suivies en injonction en soins présentent un trouble psychiatrique selon les critères du DSM-5 lors de l'expertise psychiatrique.

Méthodologie : Pour ce faire, nous avons créé une étude avec un volet quantitatif via l'étude ELIS (Etat des lieux de l'injonction de soins) collectant des données recueillies dans les dossiers d'injonctions de soins en cours en avril 2017, mis à disposition dans les SPIP. Nous avons également réalisé un volet qualitatif avec la création de deux questionnaires : un à destination des magistrats et l'autre à destination des experts psychiatres afin qu'ils nous apportent leur éclairage dans ce domaine.

Résultats : Le volet quantitatif de notre étude montre que parmi les personnes suivies en injonction de soins en Languedoc-Roussillon, selon l'expertise psychiatrique : 53%, soit la majorité, ne présentent pas de trouble psychiatrique selon les critères du DSM-5, 28% présentent un trouble psychiatrique de l'axe 1 et 19% présentent un trouble de la personnalité. Sur le plan qualitatif, il ressort que les experts psychiatres et les magistrats s'accordent sur le fait que la présence d'un trouble psychiatrique selon le DSM-5 n'est pas nécessaire pour qu'une PPSMJ soit suivie en injonction de soins.

Discussion/conclusion : Il semble que la majorité des personnes placées sous main de justice ne souffre pas de pathologie psychiatrique. Ceci interroge sur un potentiel glissement du rôle du psychiatre vers celui d'un auxiliaire de justice.

MOTS CLES

Psychiatrie légale, Injonction de Soins, Justice, Psychiatrie, Trouble psychiatrique, Expertise psychiatrique pénale, Magistrat, Expert psychiatre.