



HAL
open science

Critères médico-légaux, enjeux cliniques et théoriques de l'indication d'injonction de soins : une enquête comparative nationale auprès des psychiatres experts judiciaires et des juges d'application des peines

Bénédicte Roux

► To cite this version:

Bénédicte Roux. Critères médico-légaux, enjeux cliniques et théoriques de l'indication d'injonction de soins : une enquête comparative nationale auprès des psychiatres experts judiciaires et des juges d'application des peines. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03213563

HAL Id: dumas-03213563

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03213563v1>

Submitted on 30 Apr 2021

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.



**Faculté des sciences
médicales et paramédicales**

Aix-Marseille Université

**Critères médico-légaux, enjeux cliniques et théoriques de l'indication
d'injonction de soins : une enquête comparative nationale auprès des
psychiatres experts judiciaires et des juges d'application des peines**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 29 Avril 2021

Par Madame Bénédicte ROUX

Née le 8 mars 1993 à Dijon (21)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur BARTOLI Christophe

Président

Monsieur le Docteur (MCU-PH) GUIVARCH Jokthan

Directeur

Madame le Docteur GIRAVALLI Pascale

Assesseur

Madame la Juge IRAGNES Frédérique

Assesseur



**Faculté des sciences
médicales et paramédicales**

Aix-Marseille Université

**Critères médico-légaux, enjeux cliniques et théoriques de l'indication
d'injonction de soins : une enquête comparative nationale auprès des
psychiatres experts judiciaires et des juges d'application des peines**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 29 Avril 2021

Par Madame Bénédicte ROUX

Née le 8 mars 1993 à Dijon (21)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur BARTOLI Christophe

Président

Monsieur le Docteur (MCU-PH) GUIVARCH Jokthan

Directeur

Madame le Docteur GIRAVALLI Pascale

Assesseur

Madame la Juge IRAGNES Frédérique

Assesseur



FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI
Assesseurs :		
➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur : **Pr. Jean-Michel VITON**

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON



ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVRED Philippe
	ALDIGHIERI René		DJIANE Pierre
	ALESSANDRINI Pierre		DONNET Vincent
	ALLIEZ Bernard		DUCASSOU Jacques
	AQUARON Robert		DUFOUR Michel
	ARGEME Maxime		DUMON Henri
	ASSADOURIAN Robert		ENJALBERT Alain
	AUFFRAY Jean-Pierre		FAUGERE Gérard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAVRE Roger
	AZORIN Jean-Michel		FIECHI Marius
	BAILLE Yves		FARNARIER Georges
	BARDOT Jacques		FIGARELLA Jacques
	BARDOT André		FONTES Michel
	BERARD Pierre		FRANCES Yves
	BERGOIN Maurice		FRANCOIS Georges
	BERLAND Yvon		FUENTES Pierre
	BERNARD Dominique		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Louis		GALINIER Louis
	BERNARD Jean-Paul		GALLAIS Hervé
	BERNARD Pierre-Marie		GAMERRE Marc
	BERTRAND Edmond		GARCIN Michel
	BISSET Jean-Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Bernard		GAUTHIER André
	BLANC Jean-Louis		GERARD Raymond
	BOLLINI Gérard		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONGRAND Pierre		GIUDICELLI Sébastien
	BONNEAU Henri		GOUDARD Alain
	BONNOIT Jean		GOUIN François
	BORY Michel		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA Alain		GRIMAUD Jean-Charles
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRISOLI François
	BOURGADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOUYALA Jean-Marie		HASSOUN Jacques
	BREMOND Georges		HEIM Marc
	BRICOT René		HOUEL Jean
	BRUNET Christian		HUGUET Jean-François
	BUREAU Henri		JAQUET Philippe
	CAMBOULIVES Jean		JAMMES Yves
	CANNONI Maurice		JOUBE Paulette
	CARTOUZOU Guy		JUHAN Claude
	CAU Pierre		JUIN Pierre
	CHABOT Jean-Michel		KAPHAN Gérard
	CHAMLIAN Albert		KASBARIAN Michel
	CHARPIN Denis		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHARREL Michel		LACHARD Jean

CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
CURVALE Georges
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert

MM MICHOTEY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert

LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul

VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTE Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021

Honoris causa

1967	
MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
1974	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
1975	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
1982	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
1986	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)
1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)

D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs

M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur
Sir

T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDA (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GUIEU Régis
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric	GUIS Sandrine
ALIMI Yves	COSTELLO Régis	GUYE Maxime
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine	GUYOT Laurent
AMBROSI Pierre	COWEN Didier	<i>GUYYS Jean-Michel Surnombre</i>
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic	HABIB Gilbert
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas	HARDWIGSEN Jean
ASTOUL Philippe	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
ATTARIAN Shahram	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOUVENAEGHEL Gilles
AUDOUIN Bertrand	DANIEL Laurent	JACQUIER Alexis
AUQUIER Pascal	DARMON Patrice	JOURDE-CHICHE Noémie
AVIERINOS Jean-François	DAVID Thierry	JOUVE Jean-Luc KAPLANSKI Gilles
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude	KARSENTY Gilles
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude	KRAHN Martin
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel	LAFFORGUE Pierre
BARLOGIS Vincent	DENIS Danièle	LAGIER Jean-Christophe
BARTHET Marc	DISDIER Patrick	LAMBAUDIE Eric
BARTOLI Christophe	DODDOLI Christophe	LANCON Christophe
BARTOLI Jean-Michel	DRANCOURT Michel	LA SCOLA Bernard LAUNAY Franck
BARTOLI Michel	DUBUS Jean-Christophe	LAVIEILLE Jean-Pierre
BARTOLOMEI Fabrice	DUFFAUD Florence	LE CORROLLER Thomas
BASTIDE Cyrille	DUFOUR Henry	LECHEVALLIER Eric
BENSOUSSAN Laurent	DURAND Jean-Marc	LEGRE Régis
BERBIS Philippe	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BERBIS Julie	EBBO Mikaël	LEONE Marc
BERDAH Stéphane	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BEROUD Christophe	FABRE Alexandre	LEPIDI Hubert
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas	LEVY Nicolas
BLAISE Didier	FELICIAN Olivier	MACE Loïc MAGNAN Pierre-Edouard
BLIN Olivier	FENOLLAR Florence	MANCINI Julien
BLONDEL Benjamin	FIGARELLA/BRANGER Dominique	MEGE Jean-Louis
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier	MERROT Thierry
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MEYER/DUTOUR Anne
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric	MICCALEF/ROLL Joëlle
BOUFI Mourad	FUENTES Stéphane	MICHEL Fabrice
BOYER Laurent	GABERT Jean	MICHEL Gérard
BREGEON Fabienne	GABORIT Bénédicte	MICHEL Justin
BRETELLE Florence	GAINNIER Marc	MICHELET Pierre
BROUQUI Philippe	GARCIA Stéphane	MILH Mathieu
BRUDER Nicolas	GARIBOLDI Vlad	MILLION Matthieu
BRUE Thierry	GAUDART Jean	MOAL Valérie
BRUNET Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MORANGE Pierre-Emmanuel
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie	MOULIN Guy MOUTARDIER Vincent
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick	NAUDIN Jean
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	NICOLLAS Richard NGUYEN Karine
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch	OLIVE Daniel
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine	OLLIVIER Matthieu
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine	OUAFIK L'Houcine
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte	OVAERT-REGGIO Caroline
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony	PADOVANI Laetitia
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANEL/REY Brigitte	
CHARREL Rémi	GRANVAL Philippe	
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent	
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques	
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric	

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	TURRINI Olivier
<i>PANUEL Michel Surnombre</i>	ROCH Antoine	VALERO René
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard	VAROQUAUX Arthur Damien
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	VELLY Lionel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique	VEY Norbert
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	VIDAL Vincent
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	VIENS Patrice
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VILLANI Patrick
PETIT Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VITON Jean-Michel
PHAM Thao	SCAVARDA Didier	VITTON Véronique
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCHLEINITZ Nicolas	<i>VIEHWEGER Heide Elke détachement</i>
PIQUET Philippe	SEBAG Frédéric	VIVIER Eric
PIRRO Nicolas	SIELEZNEFF Igor	XERRI Luc
POINSO François	SIMON Nicolas	
RACCAH Denis	STEIN Andréas	
RANQUE Stéphane	TAIEB David	
<i>RAOULT Didier Surnombre</i>	THOMAS Pascal	
REGIS Jean	THUNY Franck	
REYNAUD/GAUBERT Martine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	
REYNAUD Rachel	TRIGLIA Jean-Michel	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TROPIANO Patrick	
RICHERI Raphaëlle	TSIMARATOS Michel	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

GUIDA Pierre

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	PAULMYER/LACROIX Odile
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	FAURE Alice	PESENTI Sébastien
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	RADULESCO Thomas
BEGE Thierry	FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie
BELIARD Sophie	FROMNOT Julien	ROBERT Philippe
BENYAMINE Audrey	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	<i>SECQ Véronique (disponibilité)</i>
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	ZATTARA/CANNONI Hélène
<i>DADOUN Frédéric (disponibilité)</i>	<i>LAGIER Aude (disponibilité)</i>	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUCONSEIL Pauline	NINOVE Laetitia	
DUFOUR Jean-Charles	NOUGAIREDE Antoine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
 CALVET-MONTREDON Céline
 FORTE Jenny
 JANCZEWSKI Aurélie
 NUSSLI Nicolas
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
 THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH) *disponibilité*

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)
DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH) *Surnombre*

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE) *retraite mars 2021*
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)
FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
 GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
 OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
 PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE : RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 PADOVANI Laetitia (PH-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH)
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH)
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
 HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH)
 THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)
 MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) *détachement*
 DARIEL Anne (MCU-PH)
 FAURE Alice (MCU PH)
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)
 FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,**RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)
 BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 NGYUEN Karine (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BOUBLI Léon (PU-PH) *Surnombre*
 BRETTELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701**

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703**MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603**

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DEGEORGES/MITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
MILLION Matthieu (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
EBBO Mikael (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/2020 (MOAL Valérie (PU-PH)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) DUFOUR Henry (PU-PH)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/11/2020) FUENTES Stéphane (PU-PH)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502**PHILOSOPHIE 17**

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401**PHYSIOLOGIE 4402**

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**

BAILLY Daniel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**RHUMATOLOGIE 5001**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

*PANUEL Michel (PU-PH) surnombre***THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804**

PETIT Philippe (PU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802**UROLOGIE 5204**

GAINNIER Marc (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)

GERBEAUX Patrick (PU-PH)

KARSENTY Gilles (PU-PH)

PAPAZIAN Laurent (PU-PH)

LECHEVALLIER Eric (PU-PH)

ROCH Antoine (PU-PH)

ROSSI Dominique (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

Remerciements

A Monsieur le Professeur Christophe BARTOLI,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse.

Je vous remercie d'avoir accepté d'apporter un regard critique sur ce travail ; votre expérience professionnelle en médecine légale illustre en effet l'importance de la collaboration entre les domaines médicaux et judiciaires, abordée dans notre étude.

Je vous suis reconnaissante de votre grande disponibilité et de votre implication qui ont facilité l'organisation préalable à la soutenance de thèse.

Soyez assuré de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Jokthan GUIVARCH,

Je te remercie pour ton accompagnement tout au long de ce travail.

En associant ta prévenance et ta disponibilité à la rigueur et à la précision, tu m'as appris à mieux structurer ma pensée et m'as permis d'accorder l'importance nécessaire aux détails.

J'espère avoir l'occasion d'apprendre de nouveau à tes côtés, et d'expérimenter encore le plaisir d'un travail réalisé dans un tel climat de bienveillance, propice à en accepter l'exigence.

A Madame le Docteur Pascale GIRAVALLI,

Je vous suis reconnaissante de l'honneur que vous me faites en acceptant de participer au jury de ma thèse.

Je vous remercie très sincèrement pour vos conseils qui ont été précieux pour l'élaboration de ce travail, et de m'avoir permis de rencontrer les professionnels qui y ont contribué.

Les enseignements que vous nous avez dispensés au cours de l'internat ont constitué une première approche de la psychiatrie légale qui a sans nul doute permis de susciter ma curiosité pour cette matière et contribué à mon souhait de l'approfondir désormais davantage.

A Madame la Juge Frédérique IRAGNES,

Vous me faites l'honneur de participer au jury de ma thèse.

Je vous suis reconnaissante d'avoir accepté d'apporter à ce travail votre regard de magistrat et votre expertise en matière de droit.

Je vous remercie pour l'accueil que vous m'avez consacré lors de notre rencontre, qui m'a permis de découvrir votre pratique professionnelle et d'envisager le sujet de mon travail en ce qu'il appelle à l'interdisciplinarité.

A tous les professionnels qui ont contribué à la réalisation de ce travail, sans l'aide desquels l'étude que nous avons menée n'aurait pu aboutir,

Je tiens particulièrement à adresser mes remerciements à :

Monsieur le Docteur Laurent LAYET,

Monsieur le Docteur Manuel ORSAT,

Monsieur le Juge Morgan DONAZ-PERNIER,

Monsieur Pierre DUBOULOZ, pour son aide à la réalisation des statistiques,

*A mes parents ; pour votre dévouement, et pour votre amour inconditionnel porté à
chacun de nous*

A mes frères et sœurs, à Adrien, pareil à un frère,

A tous les professionnels rencontrés au cours de mon internat, qui m'ont transmis leurs savoirs et leur expérience, et qui m'ont permis de nourrir un intérêt si grand pour la théorie et la pratique psychiatrique ;

Au Docteur Brandejsky ; Laura, devenue amie, qui m'a, la première, fait découvrir la pratique hospitalière de la psychiatrie.

Au Docteur Bataillard, au Docteur Palma, au Docteur Di Mano et à toute l'équipe de l'USMP du Pontet ;

Aucun mot ne saurait rendre compte de ma reconnaissance envers vous pour m'avoir initiée, avec tant d'attention et de bienveillance à la pratique de la psychiatrie en milieu carcéral. Votre accueil si chaleureux et votre faculté à partager vos connaissances me permettent d'en retenir une expérience humaine et professionnelle dont jamais je n'épuiserai les richesses.

Au Docteur Belzeaux ; je te remercie d'avoir su orienter mes choix avec une si grande justesse, je te remercie également de ta patience, de ta gentillesse et pour ton enseignement si fécond.

A Julie, à Dalia ; Je garde un souvenir heureux du semestre passé ensemble, qui m'a permis de découvrir la pédopsychiatrie et de constater, avec admiration, votre dévouement constant à votre travail.

A Isa, à Claudine ; je suis si heureuse de vous avoir rencontrées lors de mon semestre en pédopsychiatrie. J'ai la conviction la plus intime que nos liens, désormais pleins d'affection, perdureront encore bien longtemps.

A tous mes amis ;

Sachez trouver ici la marque de la si grande affection que j'ai pour chacun d'entre vous, et que vous me savez bien malhabile à exprimer par les mots,

A Arnaud,

*A mes plus anciens amis ; Olivia, Aziz, Maxime, Sophie, Michou, Lucille, Lele, Thaïs,
Claire-Ma, Marji, Hélo,*

A Gogo

*A tous mes grrr, Louis, Chri, Airelle, Rémy, Azélie, Vincent, Bubu, Flo, Thomas, Sat,
Doudou, Ricky, Adrien,*

*A Claire, à Elsa, à Antoine, à Julie, à Antonio,
A tous les flingués, Roxane, Clément, Axel, Nico, David, Boubou, Agathe*

A Mathou, à Manon, à Emi, à Florian, à Seb,

Table des matières

INTRODUCTION	10
PARTIE 1 : APPROCHE HISTORIQUE DES RELATIONS SANTÉ-JUSTICE : DE LA FIN DU XVII^{ÈME} SIECLE A LA LOI DU 17 JUIN 1998.....	13
I. Les prémices de l’articulation des relations santé-justice.....	13
1. <i>L’évolution des représentations de la folie entre la Renaissance et le XVI^{ÈME} siècle</i>	<i>14</i>
2. <i>La naissance de nouveaux espaces d’exclusion.....</i>	<i>16</i>
3. <i>L’influence aliéniste sur la distinction du crime et de la folie</i>	<i>17</i>
4. <i>La distinction du sujet « criminel » et du « fou » à partir de la notion de libre-arbitre.....</i>	<i>18</i>
II. La naissance des sciences humaines et l’avènement de la criminologie : une nouvelle confusion du crime et de la folie.....	20
1. <i>L’essor de la phrénologie.....</i>	<i>20</i>
2. <i>L’assimilation du crime et de la folie impulsée par la théorie de la dégénérescence.....</i>	<i>21</i>
III. L’organisation des relations santé-justice au XX ^{ÈME} siècle	23
1. <i>L’apport de la Circulaire Chaumié dans le principe d’individualisation des peines</i>	<i>23</i>
2. <i>Le mouvement de défense sociale Belge.....</i>	<i>24</i>
3. <i>De la « Défense Sociale Nouvelle » en France, au modèle intégratif santé-justice</i>	<i>25</i>
PARTIE 2 : CADRE MÉDICO-LEGAL D’APPLICATION DES SOINS PÉNALEMENT ORDONNÉS	28
I. Principes de procédure et définition des soins pénalement ordonnés.....	29
1. <i>L’obligation de soins</i>	<i>29</i>
2. <i>L’injonction thérapeutique</i>	<i>31</i>
3. <i>L’injonction de soins</i>	<i>32</i>
II. Contexte de création et évolutions législatives du suivi socio-judiciaire et de l’injonction de soins.....	33
1. <i>La création du suivi socio-judiciaire et de l’injonction de soins par la loi du 17 juin 1998</i>	<i>33</i>
2. <i>L’évolution législative des dispositifs.....</i>	<i>36</i>
3. <i>Les différents temps et acteurs de la mesure.....</i>	<i>39</i>
PARTIE 3 : ENJEUX DE L’INJONCTION DE SOINS AUTOUR DES NOTIONS DE DANGÉROSITÉ ET DE RISQUE DE RÉCIDIVE	47
I. Approche des concepts de dangersités psychiatrique et criminologique.....	49
1. <i>Tenir à une distinction entre dangersité psychiatrique et dangersité criminologique.....</i>	<i>49</i>
2. <i>De la dangersité au risque de récidive.....</i>	<i>51</i>
II. Enjeux cliniques et théoriques de l’évaluation de la dangersité dans le cadre de l’expertise psychiatrique pénale.....	52
1. <i>Enjeux conceptuels de l’expertise de dangersité.....</i>	<i>52</i>
2. <i>Les moyens de l’évaluation de la dangersité et du risque de récidive</i>	<i>54</i>

PARTIE 4 : ENQUETE COMPARATIVE NATIONALE AUPRÈS DES PSYCHIATRES EXPERTS JUDICIAIRES ET DES JUGES D'APPLICATION DES PEINES	59
I. Introduction	59
II. Matériel et méthode	61
1. Objectifs de l'étude.....	61
2. Type d'étude	61
3. Constitution des échantillons	61
4. Questionnaires.....	62
5. Analyse statistique.....	64
III. Résultats.....	64
1. Résultats obtenus auprès des experts psychiatres.....	64
2. Résultats obtenus auprès des juges d'application des peines	74
3. Comparaison des résultats obtenus auprès des experts psychiatres et des juges d'application des peines	81
IV. Discussion.....	86
1. Principaux résultats	86
2. Questions d'ordre général relatives à l'indication de l'injonction de soins.....	87
3. Critères ayant donné lieu à une différence significative entre experts psychiatres et magistrats	91
4. Les moyens de l'évaluation de la dangerosité et du risque de récidive dans le cas de l'expertise psychiatrique pénale.....	98
5. Forces et limites de l'étude.....	100
6. Perspectives.....	102
CONCLUSION	105
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	107
ANNEXE 1 : LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES.....	117
ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE ADRESSÉ AUX EXPERTS PSYCHIATRES	118
ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE ADRESSÉ AUX JUGES D'APPLICATION DES PEINES	122

« Mais le plus haut des tourments humains est d'être jugé sans loi »

Albert CAMUS – *La chute*

Introduction

Si la mise en œuvre des relations entre justice et psychiatrie a été perceptible dès la fin du XVIIIème siècle, c'est bien au XXème siècle que l'organisation de ces rapports s'est concrétisée, grâce à l'adoption de différentes lois qui ont répondu à la volonté de dépasser le clivage longtemps établi entre ces disciplines.

La loi n°98-468 du 17 juin 1998 « relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles et à la protection des mineurs » a été l'illustration manifeste de l'articulation nouvelle des relations santé-justice. En donnant naissance au suivi socio-judiciaire et à l'injonction de soins, elle a incité les professionnels des milieux sanitaires et judiciaires à collaborer, aux fins de renforcer la prévention de la récidive pénale.

Dans l'Histoire, la question débattue a longtemps été celle de la prise en charge des sujets ayant commis un acte criminel et ceux souffrant d'un trouble mental, puis la réflexion s'est orientée autour de la question de la prise en charge de sujets délinquants souffrant de maladie mentale.(1)(2) Le développement de ces réflexions s'est inscrit dans des contextes politiques, sociaux, philosophiques particuliers qui ont participé à l'évolution des concepts de « folie », du « fait criminel » et de « dangerosité ».

Bien que les instruments législatifs aient été multipliés pour tenter de répondre à ces questions, les problèmes qui s'y rattachent demeurent ; les enjeux suscités par le suivi socio-judiciaire et l'injonction de soins en sont des exemples probants.

En faisant intervenir des professionnels des milieux judiciaires, sanitaires et sociaux, le suivi socio-judiciaire consiste en un suivi en milieu ouvert, qui implique pour le sujet condamné de se soumettre à certaines mesures « d'assistance » et « de surveillance » sous le contrôle du Juge d'Application des peines, dans le but de prévenir la commission d'une nouvelle infraction. (3) L'injonction de soins représente l'une des obligations possibles du suivi socio-judiciaire ; bien qu'elle soit le plus couramment prononcée dans ce cadre légal, elle n'y est plus exclusivement liée(4) et peut également être prononcée dans le cadre d'une surveillance judiciaire,(5) d'un sursis probatoire,(6) d'une libération conditionnelle(7) ou d'une surveillance de sûreté.(8)

L'injonction de soins, tout comme les deux autres formes de soins pénalement ordonnés que sont l'obligation de soins et l'injonction thérapeutique, consiste en des soins psychiatriques ou psychologiques imposés par la justice, qui ne peuvent prendre effet qu'après l'obtention du consentement de l'intéressé. (4)

Chacune des trois mesures de soins pénalement ordonnés relèvent cependant de cadres législatifs bien distincts que nous nous attacherons à préciser. L'intervention obligatoire de l'expert médecin - en pratique médecin psychiatre - préalablement au prononcé de l'injonction de soins,(4) en est notamment une spécificité, qui nous a conduits à nous intéresser particulièrement à cette mesure dans notre travail.

L'élargissement continu du cadre législatif d'application de l'injonction de soins met en exergue la volonté des pouvoirs publics, qui est celle de renforcer les moyens à accorder à la prévention de la récidive. Mais cette extension n'est pas sans soulever certaines questions, puisqu'elle tend à confondre dangerosité, risque de récidive et maladie mentale, et interroge dans le même temps les limites du champ d'intervention de chacun de ses acteurs. (9)

L'injonction de soins est bien en cela une mesure équivoque dont il convient de clarifier les contours. C'est d'ailleurs le sens des préconisations portées par le FFCRIAVS dans le cadre du rapport de la Commission d'Audition sur les auteurs de violences sexuelles du 17 juin 2018, qui incitait à « Redéfinir un ensemble de critères aussi objectifs que possible, justifiant l'opportunité de la mise en place d'une injonction de soins », ainsi qu'à « Renforcer le maillage « Santé-Justice-Social » afin de garantir le champ d'intervention de chacun des acteurs du dispositif ».(10)

Forts de ces constats, nous nous sommes donc demandés quels étaient les critères retenus par les experts psychiatres et les magistrats pour considérer opportune la mesure d'injonction de soins, et quels étaient ceux donnant lieu à des avis divergents entre ces professionnels.

L'étude que nous avons menée a eu comme point de départ ces interrogations.

Afin de mieux appréhender les enjeux actuels soulevés par l'injonction de soins, il nous a semblé important d'aborder dans un premier temps l'injonction de soins et plus généralement les soins pénalement ordonnés, en nous plaçant dans une perspective historique.

Envisager la façon dont ont été considérés la « folie » et le « fait criminel » depuis la période classique nous permettra d'entrevoir l'évolution des rapports entre justice et psychiatrie, et de comprendre en quoi le suivi socio-judiciaire et l'injonction de soins occupent une place centrale dans les relations entre ces domaines.

Dans un second temps, nous nous attacherons à définir le cadre procédural d'application des soins pénalement ordonnés et préciserons leurs enjeux. Une attention particulière sera portée à l'injonction de soins dans la mesure où il s'agit de cette modalité de soins pénalement ordonnés qui a fait l'objet de notre étude.

Puis, nous aborderons les concepts de « dangerosité » et de « risque de récidive », tant du point de vue de leurs définitions théoriques que de leurs implications pratiques, puisque ces notions tiennent une place fondamentale dans les réflexions menées au sujet de l'injonction de soins.

Enfin, nous présenterons dans une dernière partie, l'étude comparative que nous avons menée auprès d'experts psychiatres et de juges d'application des peines, dont l'objectif était de mettre en évidence les critères qui, utilisés pour déterminer l'opportunité d'une injonction de soins, peuvent être à l'origine de désaccords et d'incompréhensions entre ces professionnels.

Partie 1 : Approche historique des relations santé-justice : de la fin du

XVII^{ème} siècle à la loi du 17 juin 1998

« *Que je sois antisocial est un fait, mais est-ce la faute de la société ou la mienne ?* »

Antonin ARTAUD – *Suppôts et supplications*

I. Les prémices de l'articulation des relations santé-justice

« *A l'âge classique, l'asile surgit comme une nouvelle manière de voir et de faire les fous, manière très différente de celle du Moyen-Âge, de celle de la Renaissance ; et la médecine de son côté, mais aussi le droit, la réglementation, la littérature, inventent un régime d'énoncés qui concerne la déraison comme nouveau concept. Si les énoncés du XVII^{ème} siècle inscrivent la folie comme l'extrême degré de la déraison, l'asile ou l'internement l'enveloppe dans un ensemble qui unit les fous aux vagabonds, aux pauvres, aux oisifs, à toutes sortes de dépravés : il y a une évidence, perception historique ou sensibilité, non moins qu'un régime discursif.* »

G. Deleuze – *Foucault* (11)

Michel Foucault dans sa thèse *Folie et déraison. L'Histoire de la Folie à l'âge classique*, publiée en 1961, va tenir le XVII^{ème} siècle comme point de bascule, excluant la folie du champ de la Raison. C'est ce renversement qui fut, pour lui, fondateur de l'histoire de la folie telle que nous la connaissons aujourd'hui.(2)

Alors qu'au XVI^{ème} siècle la folie était intégrée dans la société et exhalée par la culture, au XVII^{ème} siècle au contraire les maladies mentales furent considérées sur le même plan que les conduites de mendicité ou que les conduites criminelles, si bien que tous ces « indésirables » se trouvèrent enfermés dans des institutions, aux fins notamment de protéger la société.(1)

Ce n'est qu'à la fin du XVIII^{ème} siècle, prenant inspiration dans une vision humaniste portée par les philosophes des Lumières, que les aliénistes comme Pinel, œuvreront vers une *médicalisation* de la folie qui aura pour conséquence la création d'établissements spécifiques nommés *asiles*.

Dans ce contexte, plusieurs lois marqueront la distinction du crime et de la folie, introduisant dans ce clivage les relations de la justice et de la santé.(9)

1. L'évolution des représentations de la folie entre la Renaissance et le XVII^{ème} siècle

a. La place de la folie dans la culture et dans la société à la Renaissance

Dans une Europe occidentale marquée par les croyances religieuses et inquiétée par les famines et les guerres qui se profilent, la figure du fou devient au début de la Renaissance l'emblème du désordre universel, de la « colère de Dieu » contre le péché des hommes, l'allégorie « du monde à l'envers ». Le fou est un personnage symbolique, qui hante l'imaginaire du monde occidental par les images fantastiques qu'il fait naître.

Mais alors que le Moyen-Âge l'avait marginalisé, les humanistes de la Renaissance vont au contraire donner au « fou » une place importante dans la culture ; ils vont, pour Foucault, le laisser « circuler à l'état libre ». La figure du fou est reprise dans la littérature, à l'instar de l'ouvrage allemand *La Nef des fous* de Sebastian Brant paru en 1494, ou du célèbre Essai d'Érasme, *L'éloge de la folie* paru pour la première fois en 1509. Le fou est représenté dans la peinture, ou dans des pièces de théâtre, bref il reste en somme « présent à l'horizon ».(2)

La folie dit Foucault « *circule, elle fait partie du décor et du langage communs, elle est pour chacun une expérience quotidienne qu'on cherche plus à exalter qu'à maîtriser* » (12).

Si une telle place est accordée à la folie c'est qu'elle permet notamment aux penseurs et artistes de la Renaissance de dénoncer les vices de la société et les abus des pouvoirs de l'époque. La folie va alors porter la voix des critiques envers le pouvoir et la société et revêtira sous cet aspect le masque de la sagesse.

Les propos de M. Foucault dans *Maladie mentale et psychologie* illustrent la place accordée à la folie à l'époque de la Renaissance :

« La fin du XVème siècle est certainement une de ces époques où la folie renoue avec les pouvoirs essentiels du langage. (...) Il y a les réjouissances populaires autour des spectacles donnés par les « associations de fous » (...); il y a aussi les textes savants, les ouvrages de la philosophie ou de critique morale (...). Il y aura enfin, toute la littérature de la folie (...). Ce n'est pas dire que la Renaissance n'a pas soigné les fous. (...) On va les soumettre à un traitement pour une grande part sans doute inspiré de la médecine arabe. Mais ces pratiques sont localisées. La folie est pour l'essentiel éprouvée à l'état libre. (...) Il y a en France, au début du XVIIème siècle, des fous célèbres dont le public, et le public cultivé, aime à s'amuser. Jusqu'aux environs de 1650, la culture occidentale a été étrangement hospitalière à ces formes d'expérience ». (12)

Mais pour Foucault, la folie va être « réduite au silence » à l'Age Classique par un « étrange coup de force » (2) qui est celui du *Cogito*.

b. L'importance du Cogito de Descartes

Au XVIIème siècle, la perception que la société aura de la folie va changer, influencée par des réflexions philosophiques nouvelles.

Foucault, L'auteur du *Grand Enfermement* (1972) va reprendre le passage des *Premières Méditations* de Descartes (1641) pour en faire le point d'encrage d'une vision nouvelle de la figure du « fou » :

« Et comment est-ce que je pourrais nier que ces mains et ce corps-ci soient à moi ? Si ce n'est peut-être que je me compare à ces insensés, de qui le cerveau est tellement troublé et offusqué par les noires vapeurs de la bile, qu'ils sont très pauvres ; qu'ils sont vêtus d'or et de pourpre, lorsqu'ils sont tout nus ; ou s'imaginent être des cruches, ou avoir un corps de verre. Mais quoi ? Ce sont des fous, et je ne serais pas moins extravagant, si je me réglais sur leurs exemples ». (13)

Ce passage des *Méditations*, représente pour Foucault la façon dont Descartes a mis à l'écart le fou du *cogito* c'est-à-dire du sujet-pensant, en le faisant entrer dans le domaine de la Dérison.

Même si la lecture faite par Foucault du texte de Descartes a été contestée par de nombreux philosophes et en particulier Jacques Derrida au sein de la fameuse « Querelle sur la folie », (14) il n'en demeure pas moins que cette interprétation du *Cogito* ouvre la voie à la mise en question du rapport entre folie et Raison telle qu'elle a pu être posée par les penseurs à la suite de Descartes.

Elle permet également de comprendre comment, pour Foucault, ce qu'il a appelé Dérison, a constitué le socle de ce qu'il nomma la période du « Grand Renfermement », en établissant un lien historique entre les *Première Méditations* de Descartes et la naissance de l'exclusion de la folie, au sein d'espaces où s'est par la suite constitué le savoir psychiatrique. (15)

2. La naissance de nouveaux espaces d'exclusion

Au XVII^{ème} siècle, dans une société où la norme sociale était basée sur le travail, la misère était assimilée à la vie libertine c'est-à-dire à l'oisiveté. La nécessité de punir tous les individus contestant l'ordre social basé sur le travail s'est alors imposée. (16)

Tout individu montrant des signes de « dérangement » ou ne pouvant participer à la production et à la circulation des richesses fut exclu et envoyé dans de grandes maisons d'internement. Pauvres, invalides, vieillards, mendiants, chômeurs, libertins, criminels, insensés, ont été enfermés dans ces nouvelles institutions, créant ainsi un monde paradoxalement hétérogène et uniforme, celui de la Dérison. (16)

Dans ces lieux se pratiquait d'ailleurs le travail forcé dans le but d'infliger aux individus un traitement moral et de les préparer à leur éventuel retour dans la société.

Michel Foucault voit dans la naissance de ces nouveaux espaces d'exclusion, le début d'une filiation entre folie et culpabilités morales et sociales, dont l'association entre crimes et folie telle qu'elle fut ensuite observée au XIX^{ème} siècle a été l'héritière.

L'oisiveté représentait donc une menace pour un l'ordre social et servait de prétexte à l'exclusion de tous ceux qui ne pouvait participer à l'effort de travail commun, mais la création de l'Hôpital Général en 1656 puis des grandes maisons d'enfermement répondirent également au désir de mettre à l'écart les individus représentant un danger pour la société.

Aussi, « l'insensé » ayant commis un acte criminel pouvait être privé de sa liberté, mais il l'était alors, non à visée de condamnation, mais par mesure de protection sociale.

Bien qu'ayant un destin commun dans ces lieux d'exclusion, criminels et insensés étaient distingués sur le primat d'une folie qui « s'impose, incontournable, quand les rites qui assurent l'ordre de la communauté ne sont plus respectés ».(17)

Marc Renneville souligne que cette distinction laissait imaginer que le fou y souffre moins que le criminel, « la société ne faisant que lui retirer en droit une liberté déjà perdue par son état de déraison ».(1)

Là, il ne s'agissait pas de savoir si le criminel était ou non un être déchu de sa raison ; le crime était considéré comme une « faute », un « péché » dont l'individu devrait rendre compte devant Dieu. De même, il n'était pas question de préciser si le fou ayant commis un crime devait être considéré comme malade ou coupable, il fallait d'abord protéger la société du danger qu'il représentait.

Ces questions prirent forme en revanche avec l'émergence du courant « aliéniste » mené par Beccaria et Pinel à la fin du XVIIIème siècle.

3. L'influence aliéniste sur la distinction du crime et de la folie

Les pratiques d'enfermement commun de tous les êtres de Déraison furent remises en question dès fin du XVIIIème siècle dans le contexte de la Révolution et de la contestation de tous les symboles de la Royauté.

L'État, organisé au sein d'une République naissante, a alors été sommé de répondre au paradigme posé par la nécessité de protection de ses citoyens inquiétés par la figure du fou, et par une certaine retenue dans l'usage de son pouvoir qui impliquait de ne pas enfermer arbitrairement le sujet « insensé ».

La naissance de la psychiatrie avec l'aliénisme à la fin du XVIIIème siècle a permis d'apporter un élément de réponse à ce dilemme « en soustrayant le fou à l'univers de la faute »(18) et en donnant à la folie un statut de la maladie pouvant être guérie.

Il est de coutume de prendre comme geste symbolisant la naissance de la psychiatrie contemporaine, ce que le Docteur Philippe Pinel (1745-1826) fit lorsqu'il pris la décision d'enlever les chaînes qui entravaient les fous dans l'hospice de Bicêtre où il exerçait.(19) Bien que contesté par certains historiens dans sa généalogie, la portée symbolique de ce geste est grande puisqu'il représente en lui-même la conception nouvelle de la folie amenée par le courant aliéniste dont Pinel fut un des précurseurs.

En le « désentravant », Pinel manifeste sa volonté de considérer le fou comme un *sujet*, malade, auquel il est nécessaire d'apporter des soins adaptés. Ce désir de guérir est lié à la reconnaissance chez le sujet, d'un « fond de raison » (1) qu'un dialogue entre médecin et patient pourra faire émerger.

Il devient donc nécessaire d'accueillir ces individus malades dans des espaces de soins spécifiques désormais appelés « asiles » qui permettent de répondre à une exigence double, celle de protection et celle de guérison.

Cette conception nouvelle du fou nommé « aliéné » marque un tournant important puisque la médecine de l'esprit nécessite alors d'être séparée de la médecine organique et confiée à des spécialistes que sont les aliénistes.

Pinel, Beccaria, Esquirol ou encore Georget, figures emblématiques du courant aliéniste, accordent au malade un statut qui prévaut sur les actes commis, et les médecins aliénistes revendiquent à ce titre des compétences pour distinguer la folie et le crime, à travers la pratique de l'expertise psychiatrique pénale.

La distinction prend forme entre folie et crime : l'aliéné est malade et non un criminel et le criminel n'est pas un fou. Le désir de « médicalisation de la folie », rend désormais impossible pour les aliénistes de considérer qu'un sujet malade puisse être puni.

L'apparition implicite de la notion de libre-arbitre dans le Code Pénal de 1810 entérinera cette dichotomie entre crime et folie.

4. La distinction du sujet « criminel » et du « fou » à partir de la notion de libre-arbitre

« S'il n'y a point de liberté, il n'y a point d'action qui mérite la louange ou le blâme ; il n'y a ni vice ni vertu, rien dont il faille récompenser ou châtier »

Denis DIDEROT

Opposé au déterminisme, le libre-arbitre rend compte de cette capacité de choix qu'a le sujet à se déterminer lui-même par sa propre *volonté* d'agir, en toute liberté, sans influence extérieure.

Si cette notion a été étudiée par de nombreux penseurs et philosophes, nous retiendrons ici la conception de Kant telle qu'il l'a développée dans *la Critique de la Raison pratique*(20), puisqu'elle permet d'envisager le lien qui existe entre libre-arbitre et responsabilité dont l'importance est capitale dans l'article 84 du Code Pénal de 1810.

Pour Kant, la question du libre-arbitre se définit à partir de la morale. La valeur morale d'un acte sera mesurée en fonction de la disposition intérieure du *vouloir* du sujet, c'est-à-dire dans *l'intention* qui préside l'action. Seule l'action qui découle de la liberté de l'individu en lien avec sa volonté, peut être imputable au sujet.

L'article 84 du Code Pénal de 1810 dans lequel il est énoncé : « Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence, au temps de l'action ou lorsqu'il aura été contraint par une force à laquelle il n'a pas pu résister » fait le postulat du libre-arbitre. « L'homme est libre et responsable lorsqu'il dispose de son libre-arbitre ». (21)

Un sujet dont la *volonté* serait amputée, ou dont *l'intention* ne serait pas reconnue, ne peut donc être tenu comme responsable de son action. C'est le cas du malade mental dont « l'aliénation » altère la volonté et les capacités de décision.

La responsabilité pénale devient donc une question du tout ou rien :(22) la distinction est faite entre le sujet responsable/non-aliéné et le sujet irresponsable/aliéné avec pour conséquence une différence de traitement accordé à chacun. L'aliéné sera pris en charge par les institutions soignantes quand le sujet responsable sera confié à l'institution judiciaire.

Le nouveau Code Napoléonien a ainsi permis de poser une délimitation entre le domaine pénal et le domaine médical.

D'ailleurs, les aliénés qu'ils soient délinquants ou non, vont être enfermés ensemble dans les nouveaux « asiles » aux fins de protéger la société. Là, l'aliéniste aura tout pouvoir et exercera des fonctions multiples ; « celles d'administrateur, de juge, d'expert, de thérapeute et de savant » (22)

Mais la vision philanthropique des premiers aliénistes dont a fait partie Pinel, fut bien vite compromise par la peur qu'inspirait l'aliéné tenu pour malade mental et celle engendrée par le fait criminel, dont le nombre était en augmentation croissante en ce début du XIXème siècle. L'apparition simultanée de la phrénologie, en renonçant à distinguer le criminel du fou annonçait quant à elle, l'essor d'une nouvelle discipline : la criminologie.

II. La naissance des sciences humaines et l'avènement de la criminologie : une nouvelle confusion du crime et de la folie

« Mais les bêtes sauvages restent des bêtes sauvages, et on aura beau inventer des mécaniques meilleures encore, il y aura quand même des bêtes sauvages en dessous. »

Émile ZOLA- *La bête humaine*

Dans une société en pleine évolution au début du XIX^{ème} siècle, l'essor d'une observation clinique plus rigoureuse joint à des avancées scientifiques permettant l'analyse des lésions de tissus et organes, a conduit certains psychiatres à chercher une cause organique aux dysfonctionnements psychiques. La phrénologie, née dans le même temps que le courant aliéniste, a progressivement insufflé l'idée d'une relation causale entre certaines lésions organiques cérébrales et des troubles observables du comportement humain. Cette idée fut ensuite reprise et élargie par certains anthropologues qui ont fait de la « théorie de la dégénérescence » le socle commun expliquant crime et folie.

1. L'essor de la phrénologie

Alors que le courant aliéniste apportait une distinction du crime et de la folie en s'attachant à placer l'Homme en tant qu'être pensant au cœur de son objet d'étude, un autre courant, porté par le Docteur François-Joseph Gall (1758-1828) fit son apparition en Europe et prétendit expliquer les désordres psychiques par des facultés physiques dysfonctionnelles.

L'avènement de la craniologie a permis de préciser l'origine de ces dysfonctionnements en s'attachant à décrire la morphologie de la boîte crânienne dont la forme devait être en lien avec le volume des aires cérébrales.

La phrénologie, bien que contestée par certains de ses contemporains aliénistes comme Esquirol, va contribuer à porter un regard pathologique sur la déviance, qu'elle soit celle du criminel ou du malade mental.(23)

La société phrénologique de Paris, créée en 1831 après la mort de Gall va d'ailleurs explicitement appeler à considérer crime et folie ensemble.(23) Cette conception nouvelle sera formulée ainsi : « Selon nous, les condamnés devraient être considérés et traités comme des malades. La maladie est au cerveau ; traitez donc le cerveau en habile médecin plutôt qu'en empirique, en bourreau ».

Bien que le courant de la phrénologie se soit rapidement dissipé au milieu XIX^{ème} siècle, Gall puis à sa suite la Société phrénologique de Paris auront fait émerger un regard nouveau sur l'origine des comportements humains jugés « déviants » et ont contribué à apporter une nouvelle confusion du crime et de la folie. L'essor simultané des sciences a encouragé cette démarche qui s'est ensuite concrétisée par la « théorie de la dégénérescence », appliquée aussi bien aux criminels avec Lombroso, qu'aux malades mentaux avec Benedict Augustin Morel.

2. L'assimilation du crime et de la folie impulsée par la théorie de la dégénérescence

Au milieu du XIX^{ème} siècle, les conceptions du crime et de la folie ont subi de profonds bouleversements.

D'abord, la théorie du libre-arbitre a été remise en question par la naissance de ce qu'Esquirol a baptisé la « monomanie homicide », ce qui le conduit d'ailleurs à s'éloigner de ses prédécesseurs comme Pinel. Pour Esquirol, le groupe des monomanies, isolé à partir de la mélancolie était caractérisé par « un délire partiel, un trouble intellectuel limité à un seul objet ou à un petit nombre d'idées ».(24)

Dans le groupe des monomanies, il distinguait le groupe des monomanies « instinctives » à laquelle l'expression criminelle pouvait être rapportée. Le crime n'était donc plus uniquement une altération de la *volonté* liée à la présence d'un délire, mais bien la conséquence de l'altération de celle-ci par des « pulsions instinctives ».

C'est l'introduction de la notion « d'impulsion instinctive » qui caractérisa la conception nouvelle du fait criminel qu'Esquirol décrivait ainsi : « *Si les aliénés, trompés par le délire, par des hallucinations, par des illusions tuent, si les aliénés en proie à la monomanie raisonnante, tuent après avoir prémédité et raisonné l'homicide qu'ils vont commettre, il est d'autres monomaniaques qui tuent par une impulsion instinctive. Ces derniers agissent sans conscience, sans passion, sans délire, sans motif, ils tuent par un entraînement aveugle, instantané indépendant de leur volonté ; ils sont dans un accès de monomanie sans délire* ».(25)

Dans cette perspective, crime et folie ont été confondus autour de *l'acte criminel* et non plus du *sujet* l'ayant commis : l'acte criminel servait à lui seul à rendre compte de la présence d'une maladie mentale.

Au milieu du XIX^{ème} siècle, la « théorie de la dégénérescence » a pris la place des conceptions portées par la phrénologie et s'est rendue applicable aussi bien aux malades mentaux qu'aux criminels.

En 1857, l'aliéniste Bénédict Augustin Morel ami de Claude Bernard, a publié un *Traité des dégénérescences de l'espèce humaine*. Abandonnant l'idée des phrénologistes qui était de trouver une lésion cérébrale comme cause directe des troubles des comportements, Morel a émis l'hypothèse d'une « lésion métaphysique », transmissible entre générations, et dont les stigmates étaient certaines déformations, même minimes, visibles chez les sujets. Un bec de lièvre, un pied-bot, un strabisme pouvaient en être les témoins.

Morel s'est alors éloigné du concept de monomanie homicide en délaissant la dynamique des « instincts » pour s'attacher à faire de l'aliénation une dégénérescence, définie comme une « déviation malade d'un type primitif ».(26)

L'hérédité était ici au cœur de la question, et Morel croyait percevoir dans le personnage du criminel ou du malade mental, le signe d'une lente transformation inscrite dans un processus générationnel. Le crime comme la folie étaient en ce sens comme « contenus » ensemble au sein d'une même lignée héréditaire et pouvaient faire surface à tout moment du processus de dégénérescence.

A partir de ces « stigmates », Morel a ensuite élaboré une « typologie des dégénérés », utilisée par l'expert pour apporter au juge lors du procès les preuves de l'existence d'une maladie mentale.

Cette « théorie de la dégénérescence » a par la suite été reprise par Cesare Lombroso (1835-1909), médecin psychiatre italien qui, s'est appuyé sur ses recherches anthropologiques pour chercher à mettre en évidence ce qui pouvait distinguer, d'une part le criminel de l'homme « normal » et d'autre part le criminel du « malade mental ».

Lombroso devenu chef de file de « l'école positiviste italienne » a entériné la confusion du crime et de la folie en considérant le criminel-né comme un descendant direct de l'homme primitif. (23)

C'est Enrico Ferri (1856-1929) qui a introduit le terme de « criminel-né » tandis que Raffaele Garofalo (1852-1934) a diffusé celui de « criminologie » pour désigner cette nouvelle discipline qu'était l'anthropologie criminelle.

Les positivistes ont alors dressé une « typologie du criminel » en distinguant 5 types : les criminels d'habitude, les criminels d'occasion, les criminels aliénés, les criminels par passion et les criminels-nés.

C'est sur cette classification nouvelle qu'ils s'appuyèrent ensuite pour expliquer tout acte criminel, en prenant en compte non seulement des facteurs endogènes mais également des facteurs exogènes (l'alcool, la pauvreté etc.). Les facteurs exogènes ou sociaux ont particulièrement intéressé l'Ecole lyonnaise d'A. Lacassagne qui esquissait les contours d'une sociologie criminelle à venir.

Pour les positivistes, puisqu'il existait un « déterminisme » criminel, alors le risque de récidive devenait prégnant et la société devait se protéger de ces individus dangereux. Dans cette idée, le sort réservé aux criminels ou aliénés les plus dangereux a été celui d'une mise à l'écart définitive de la société, comme en a témoigné la Loi de 1885 sur l'internement perpétuel des multirécidivistes dans les colonies.(9)

L'anthropologie criminelle a ainsi largement contribué à l'évolution du droit répressif pénal au XIXème puis au début du XXème siècle, qui est passé d'une volonté de punir des actes à celle de punir des personnes. Elle a fait naître l'exigence d'une adaptabilité de la peine au *type* de criminel auquel la justice devait faire face. Ce changement de paradigme a été renforcé par la circulaire Chaumié de 1905 qui a introduit de plus la nécessité de moduler la peine en fonction de la dangerosité supposée du sujet, et non de sa responsabilité établie.

III. L'organisation des relations santé-justice au XXème siècle

En introduisant le principe d'atténuation de la responsabilité, la Circulaire Chaumié de 1905 a définitivement rompu avec la dichotomie aliéniste du début du XIXème siècle.

En remettant en question la logique binaire instituée par l'article 64 du Code Pénal de 1810, elle a incité les institutions sanitaires et judiciaires à travailler ensemble, et a représenté le début de l'articulation des relations santé-justice dont l'évolution s'est poursuivie tout au long du XXème siècle jusqu'à ce jour.

1. L'apport de la Circulaire Chaumié dans le principe d'individualisation des peines

« A côté des aliénés proprement dits, on rencontre des dégénérés, des individus sujets à des impulsions morbides momentanées ou atteints d'anomalies mentales assez marquées pour justifier, à leur égard, une certaine modération dans l'application des peines édictées par la loi. »

Circulaire Chaumié- 1905

Par cette formulation, la circulaire Chaumié de 1905 a introduit dans le droit pénal français une nouvelle catégorie de sujets : celle de « malades mentaux non irresponsables », pour lesquels la peine devait être modulée.

Le Garde des Sceaux a par cette circulaire, enjoint les experts à approfondir leur examen clinique dans le cas où « l'état de démence » et donc l'irresponsabilité était écartée. Dans ce dernier cas, il devenait nécessaire de déterminer s'il existait chez le sujet des anomalies mentales ou psychiques de nature à atténuer, dans une certaine mesure, sa responsabilité.

G. Lantéri-Laura relève « *qu'à partir de la circulaire de 1905, la justice s'intéressera de plus en plus à la personne du prévenu, l'expertise mentale se complétera par l'étude de la personnalité, l'expert psychiatre se trouvera secondé par un expert psychologue* ». (27)

En mettant la *personne* du prévenu en tant que sujet, au cœur de l'évaluation clinique, il a été admis que les Hommes-criminels, n'étant en rien égaux, devaient recevoir une peine adaptée à leur personnalité, comme à leurs actes.(1)

Par cette circulaire ont été apportés les prémices d'une individualisation de la peine en suggérant le principe de proportionnalité.

En introduisant la notion de *sujet* psychique dans le droit pénal français et en admettant qu'il puisse exister des responsabilités graduées, la frontière entre crime et folie s'est faite moins distincte. La reconnaissance de sujets « malades mentaux non irresponsables » a remis en question la distinction entre hôpital et prison que les aliénistes avaient prônée, incitant encore davantage juristes et psychiatres à coopérer.

2. Le mouvement de défense sociale Belge

Un détour par la Belgique nous permet de comprendre comment la notion de dangerosité s'est imposée en Europe puis en France au XXème siècle et comment ce concept s'est trouvé peu à peu au centre des préoccupations sociales, judiciaires et sanitaires, organisant dans le même temps les relations entre ces différentes institutions.

Votée par le Parlement Belge, la loi du 9 avril 1930 dite de « Défense Sociale » a appliqué la notion d'internement thérapeutique à la criminalité, tout en demandant - à l'instar de la circulaire Chaumié- à ce que la peine soit adaptée à l'état mental du criminel.

Cette loi a trouvé sa justification dans le caractère de dangerosité que représentait l'individu pour la société.

Des médecins psychiatres ont donc été en charge d'examiner tous les condamnés au sein même des prisons, afin de moduler si besoin la peine, et d'orienter le sujet vers des soins s'il présentait les signes d'une maladie mentale.

Adolphe Prins, inspecteur général des prisons en Belgique affirmait dans son ouvrage publié en 1910 : (28) « *L'important est de constater si l'acte commis est un avantage ou un préjudice pour la société et de nous faire profiter, dans la première hypothèse, du bien obtenu, comme de nous protéger contre le mal dans la seconde* ».

L'idéologie du mouvement de Défense Sociale était de prendre en compte en premier lieu l'intérêt de la société, et d'organiser la réponse judiciaire aux fins de protections de celle-ci. La réponse pénale devait, elle, s'appuyer sur le savoir du psychiatre et du criminologue, qui permettrait de catégoriser les individus en fonction de leur « personnalité dangereuse ». (29)

Les relations entre les instances judiciaires et médico-psychiatriques se sont organisées dès lors autour de la notion de dangerosité, tant dans son évaluation, par le recours systématique à l'Homme de Sciences lors du procès pénal, que dans sa prise en charge puisque le choix du lieu d'exécution de la mesure était soumis à une commission de défense sociale « composée d'un magistrat, d'un avocat et du médecin de l'annexe psychiatrique ». (29)

En France, ce mouvement ne connut pas immédiatement le même succès, nombreux psychiatres lui reprochant sa position trop radicale, qui était celle d'opposer fondamentalement le sujet délinquant à la société, quitte à l'en exclure définitivement.

Il a fallu attendre la fin de la seconde guerre mondiale pour voir émerger en France un mouvement de « Défense Sociale nouvelle » porté par le magistrat Marc Ancel.

3. De la « Défense Sociale Nouvelle » en France, au modèle intégratif santé-justice

Dans une Europe encore marquée par les expériences totalitaires de la Seconde Guerre Mondiale, Marc Ancel a développé un mouvement nouveau, une « Défense Sociale Nouvelle », qui reprenait certaines idées du courant Belge mais qui s'en est détachée, par une vision résolument plus humaniste de la prise en charge des individus.

L'idée de Marc Ancel était de mettre au point un système pénal qui permettait d'apporter une réponse judiciaire nuancée, dont l'objectif était certes de protéger la société, mais sans opposer l'individu à la communauté.

Marc Ancel souhaitait trouver « *la sanction efficace qui permette aussi bien de redresser, et plus tard de réhabiliter si possible le délinquant, que de protéger la société* ». (30)

Il souhaitait également rompre avec une justice qui n'était que répressive en instaurant un modèle de prévention de l'acte criminel ou délictuel.

La Réforme des soins aux détenus du 18 janvier 1994, en s'attachant à envisager une prévention de la délinquance par l'aide à la réinsertion, s'est inscrite directement dans cette lignée.

Bien qu'absente de façon explicite dans cette théorie, la notion de dangerosité infuse depuis progressivement le droit pénal français, face l'instante demande sociale et politique de protection de la société et la prévention de la récidive.

En parallèle, l'organisation et le statut de la psychiatrie ont été modifiés en France dans la seconde moitié du XXème siècle.

Sous la conjecture de nombreux facteurs au premier rang desquels se trouvait la constatation des conditions de vie dégradantes et inacceptables dans les asiles, la psychiatrie a fait face à un mouvement de « désinstitutionnalisation » impulsé par les antipsychiatres, qui avaient la volonté d'ouvrir les portes des hôpitaux psychiatriques et favoriser une prise en charge intégrée à la société. Pour illustrer cela, J-L Senon rapporte qu'entre 1970 à 2003, le nombre de lits d'hospitalisations en psychiatrie est passé de 170 000 à 40 000.(31)

Par ailleurs, des évolutions législatives ont également contribué à changer le statut du sujet malade délinquant pour la justice. La modification de l'article 64 du Code de 1810 à l'occasion de la réforme du Code Pénal de 1994, a introduit la notion d'atténuation de responsabilité pour des sujets dont l'état mental aurait « altéré » sans « abolir » le discernement au moment de l'acte; mais loin de permettre l'allègement répressif à l'égard de ces individus, cette transformation législative a eu au contraire pour effet d'aggraver les peines prononcées à l'égard de ces malades responsabilisés.(9)

Dans ce contexte, le nombre d'individus sous-main de justice présentant un trouble mental s'est largement accru, ce qui a incité les institutions judiciaires et sanitaires à collaborer.

Rendue désormais indispensable par ces évolutions multiples, l'articulation des relations entre les institutions judiciaires et sanitaires a eu lieu dans un contexte de décloisonnement des espaces que J-L Senon considère être la naissance « du modèle intégratif santé-justice ». (9) Nombreuses sont les réformes qui sont ensuite allées dans ce sens, à l'instar de la création en 1977 des premiers Centres médico-psychologiques régionaux (CMPR) venus remplacer les anciennes annexes psychiatriques. Ces nouveaux lieux ont permis d'introduire du personnel soignant qualifié, dans le système carcéral.

Ces CMPR ont ensuite été transformés en 1986 en Services médico-psychologiques régionaux (SMPR), qui ont entériné la présence médicale au sein des prisons.

C'est donc dans un contexte de refonte des relations santé-justice que la notion de dangerosité a progressivement repris une place prépondérante dans le système pénal.

Le délinquant sexuel récidiviste a, dans les années 1990, représenté la figure de « l'individu dangereux », suite à la médiatisation de plusieurs affaires judiciaires.

La peur suscitée dans la société a conduit les autorités politiques à adopter des mesures visant à renforcer la prise en charge de ces sujets pour aider à prévenir une éventuelle récidive.

La loi n°98-468 du 17 juin 1998 relative « à la prévention et à la répression des infractions sexuelles et à la protection des mineurs » représente à ce titre un exemple du modèle intégratif santé-justice décrit par J-L Senon, puisqu'en donnant naissance au suivi socio-judiciaire et à l'injonction de soins, institutions judiciaires et sanitaires ont été incitées à travailler ensemble dans un « au-delà des murs » de l'hôpital ou de la prison.

Attachons désormais à détailler le contenu législatif de cette loi, en préciser les évolutions jusqu'à ce jour après que nous ayons présenté les deux autres mesures de soins pénalement ordonnés que sont l'obligation de soins et l'injonction thérapeutique.

Partie 2 : Cadre médico-légal d'application des soins pénalement ordonnés

*« On doit échapper à l'alternative du dehors et du dedans : il faut être aux frontières.
La critique, c'est l'analyse des limites et la réflexion sur elles. »*

Michel FOUCAULT – *Dits et écrits*

Comme nous avons pu le voir précédemment, les soins ont tenu, à partir de la fin des années 50, une place importante dans le système pénal, comme moyen de prévention de certains comportements jugés déviants, et socialement inacceptables. La création des soins pénalement ordonnés et de l'obligation de soins en 1958(32) en a été un exemple probant.

Avec la loi n°98-468 du 17 juin 1998 relative « à la prévention et à la répression des infractions sexuelles et à la protection des mineurs » le législateur a créé un dispositif innovant, permettant l'articulation des domaines de la santé et de la justice autour de la question de la prévention de la récidive. Par cette loi, qui intègre dans le droit pénal les mesures de suivi socio-judiciaire et l'injonction de soins, le législateur a entériné sa volonté d'associer le soin à la peine, faisant émerger dans le même temps des enjeux nouveaux.

Après avoir défini succinctement chacune des trois mesures de soins pénalement ordonnés, nous précisons plus spécifiquement le cadre légal de l'injonction de soins et ses évolutions législatives depuis sa création. Nous avons ici utilisé comme support de travail le Guide de l'Injonction de soins(33) mis à disposition en 2018 par le Ministère de la Santé. Les enjeux soulevés par l'injonction de soins seront abordés dans une troisième partie.

I. Principes de procédure et définition des soins pénalement ordonnés

Les soins pénalement ordonnés représentent un ensemble de mesures prononcées par la justice dans le but de prévenir la récidive ou la réitération de certaines infractions pénales. Au nombre de trois, elles ont en commun de consister en des soins, imposés par la justice à des individus condamnés, qui ne pourront s'accomplir qu'avec le consentement de l'intéressé- bien qu'il s'agisse d'un consentement « sous conditions ».

L'obligation de soins, l'injonction thérapeutique et l'injonction de soins représentent ces trois mesures de soins pénalement ordonnés et correspondent chacune à des modalités de mise en application bien distinctes.

Nous nous attacherons donc dans cette partie à définir le cadre légal et à préciser le contenu de chacun de ces dispositifs, qui font souvent l'objet de confusions.

1. L'obligation de soins

L'obligation de soins a été introduite dans le droit français par l'ordonnance du 23 décembre 1958, en même temps que le sursis avec mise à l'épreuve. Cette ordonnance faisait suite à la loi du 15 avril 1954 relative au traitement des personnes alcooliques dangereuses, qui avait amorcé une réflexion autour de mesures de soins pouvant être imposées à un individu considéré comme dangereux du fait de sa consommation alcoolique.

L'obligation de soins est prévue par **l'article 132-45 du Code Pénal** et détaillée à **l'article 138 du Code de Procédure Pénale**.

L'obligation de soins, à la différence des autres mesures de soins pénalement ordonnés, **ne nécessite pas d'examen médical ou psychiatrique préalable à son prononcé**, et possède un champ d'application et procédural très large.

Elle peut être **prononcée pour tous les crimes et délits**, dès lors que le juge a estimé que la personne avait besoin de soins.(34)

L'obligation de soins peut ainsi être **prononcée à tous les stades de la procédure**.

Le Guide de l'injonction de soins la présente ainsi: (33)

- Au temps pré-sentenciel, c'est-à-dire avant le jugement, l'obligation de soins constitue une modalité du contrôle judiciaire.

Sa définition légale est alors la suivante : « Se soumettre à des mesures d'examen, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation, aux fins notamment de désintoxication ». (Art. 138-10°CPP)

- Au temps post-sentenciel, c'est-à-dire après le jugement, l'obligation de soins constitue une obligation particulière prévue par l'article 132-45 du Code Pénal pour :
 - L'ajournement avec mise à l'épreuve
 - L'emprisonnement assorti du sursis avec mise à l'épreuve
 - L'emprisonnement assorti du sursis avec mise à l'épreuve avec obligation d'accomplir un travail d'intérêt général
 - Une mesure d'aménagement de peine

La Loi n°2019-222 du 23 mars 2019 de Programmation et de Réforme pour la Justice, entrée en vigueur le 24 mars 2020, a apporté certaines modifications au droit de la peine en remplaçant la contrainte pénale, le sursis avec mise à l'épreuve et le sursis avec obligation d'accomplir un travail d'intérêt général par **le sursis probatoire**.

Les obligations pouvant être retenues dans le cadre du sursis probatoire simple sont énumérées aux articles 132-44 et 132-45 du Code Pénal ; l'obligation de soins fait partie des obligations particulières pouvant être prononcées par la juridiction de jugement ou le juge d'application des peines dans ce cadre.

Cette même loi a également instauré un sursis probatoire renforcé, dont les modalités de mise en application sont détaillées à l'Art 132-41-1 du Code Pénal. Il consiste en des mesures socio-éducatives applicables dans des conditions particulières afin de renforcer la prévention de la récidive, en favorisant l'insertion ou la réinsertion du condamné.

A la différence de l'injonction thérapeutique et de l'injonction de soins, l'obligation de soins ne prévoit pas de dispositif ni d'acteur particulier faisant l'interface entre la justice et le soin (18).

La mise en place de l'obligation de soins est supervisée par le Juge d'Application des Peines et mise à exécution par le Service d'Insertion et de Probation (SPIP).

Le médecin remettra en mains propres des attestations au patient afin qu'il les transmette au Juge d'Application des Peines, dans le but de vérifier l'assiduité et le respect des obligations prévues par la mesure.

Dans le cas où le sujet ne respecte pas ses obligations, le JAP pourra révoquer la mesure, ce qui pourra conduire soit à une détention provisoire en phase présentencielle, soit à une incarcération en phase postsentencielle.

2. L'injonction thérapeutique

L'injonction thérapeutique est une mesure de soins pénalement ordonnée créée par la **Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970** puis **modifiée par la loi du 5 mars 2007** relative à la prévention de la délinquance, complétée ensuite par la **circulaire du 9 mai 2008**.

Définie par le Code de la Santé Publique l'injonction thérapeutique s'adresse aux personnes « faisant usage de stupéfiants ou ayant une consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques » (Article L. 3413-1 à L. 3413-45 du Code de la Santé Publique).

La loi de 1970 relative aux « mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses » s'est inscrite dans un contexte d'inquiétudes des autorités face à la recrudescence de la consommation de substances psychoactives dans la population à la fin des années 1960.

Cette loi répondait en réalité deux objectifs : celui de réprimer l'usage et le trafic de stupéfiants, et celui, à vocation sanitaire, de prendre en charge les usagers de drogues en ouvrant la possibilité d'une prise en charge anonyme et gratuite, conventionnée par l'État.

L'injonction thérapeutique ne peut être prononcée par le juge que sur la base d'un examen médical réalisé par un médecin-relais, ou d'une évaluation socio-psychologique du sujet par un psychologue habilité ou par tout professionnel de santé habilité par le Directeur Général de l'ARS.

Désormais, l'injonction thérapeutique **peut être prononcée à tous les stades de la procédure** :

- Au temps pré-sentenciel, l'injonction thérapeutique : (Art 41-1 à 3 du CPP)
 - peut servir d'alternative aux poursuites (Art 41-1 du CPP)
 - entrer dans le cadre de la composition pénale pour majeur ou mineur de plus de 13 ans
 - ou servir d'alternative à la détention provisoire et sera dans ce cas précis prononcée par le juge d'instruction.
- Au temps post-sentenciel, l'injonction thérapeutique peut entrer dans le cadre d'une peine complémentaire ou en modalité d'exécution d'une peine dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve, pour les personnes ayant fait l'usage illicite de stupéfiants ou ayant une consommation habituelle d'alcool.(35).

L'injonction thérapeutique a comme spécificité d'introduire la présence d'un **médecin relais, chargé d'articuler les relations entre les institutions sanitaires et judiciaires**. Ce médecin relais, différent du médecin traitant, devra ainsi, non seulement évaluer le patient avant la mise en place de la mesure, mais également contrôler le déroulement de sa mise en exécution.

La durée de l'injonction thérapeutique est fixée à 6 mois, renouvelable 3 fois.

3. L'injonction de soins

L'injonction de soins est une mesure de suivi socio-judiciaire **instaurée par la loi n° 98-468 du 17 juin 1998** relative « à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs » dont nous détaillerons le contexte de création dans la partie suivante.

L'injonction de soins, à la différence de l'obligation de soins et de l'injonction thérapeutique ne peut être prononcée **qu'après déclaration de culpabilité et nécessite une expertise médicale préalable au cours de laquelle l'expert se prononcera sur l'opportunité de sa mise en place**.

Les détails de son contenu et de sa mise en application seront détaillés ci-après.

II. Contexte de création et évolutions législatives du suivi socio-judiciaire et de l'injonction de soins

1. La création du suivi socio-judiciaire et de l'injonction de soins par la loi du 17 juin 1998

a. Contexte politique et social d'adoption de la loi du 17 juin 1998

Le suivi socio-judiciaire et l'injonction de soins, précisés par les articles 131-36-1 à 131-36-8 du Code Pénal et 763-1 à 763-9 du Code de Procédure Pénale, ont été créés par la loi du 17 juin 1998(36) et ont été applicables à compter du 20 juin 1998.

Cette loi, qui faisait suite au projet de « loi Toubon » de 1996 s'est inscrite dans un contexte social et législatif particulier, marqué par une volonté prégnante de réorganiser les relations santé-justice (*cf partie I*)

Les années 1980 et 1990 furent caractérisées par des évolutions législatives importantes, à l'instar de la rédaction du nouveau Code Pénal entré en vigueur le 1^{er} mars 1994.

L'article 122-1 du Code Pénal est rédigé ainsi, selon deux alinéas :

- « N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment de faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement »
- « La personne qui était atteinte au moment des faits d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable : toutefois la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime »

Cet article présente une importance majeure puisqu'il va distinguer deux situations : (37)

- L'irresponsabilité de la personne atteinte, au moment des faits, d'un trouble mental ayant *aboli* son discernement ou le contrôle de ses actes
- La responsabilité, considérée par le législateur comme *atténuée*, d'un sujet qui était atteint au moment des faits d'un trouble mental ayant *altéré* son discernement ou *entravé* le contrôle de ses actes.

Paradoxalement, cette distinction établie par le nouveau Code Pénal a eu pour effet, non l'allègement des peines pour les sujets concernés par l'alinéa 2, mais au contraire l'aggravation et l'allongement de celles-ci, tandis que le nombre d'ordonnances de non-lieu prononcées au titre de l'alinéa 1 ne fut pas diminué. (1)(21)(38)

Aussi, le deuxième alinéa de l'article 122-1 a été complété par la loi n° 2014-896 du 15 août 2014(39) qui précisait alors : « Si est encourue une peine privative de liberté, celle-ci est réduite du tiers ou, en cas de crime puni de la réclusion criminelle ou de la détention criminelle à perpétuité, est ramenée à trente ans. La juridiction peut toutefois, par une décision spécialement motivée en matière correctionnelle, décider de ne pas appliquer cette diminution de peine. Lorsque, après avis médical, la juridiction considère que la nature du trouble le justifie, elle s'assure que la peine prononcée permette que le condamné fasse l'objet de soins adaptés à son état ».

Dans le même temps, plusieurs affaires judiciaires mettant en cause des auteurs de violences sexuelles récidivistes dans les années 1980 et 1990 ont eu un impact médiatique important et ont conduit les autorités politiques à réfléchir à des mesures spécifiques pour la prise en charge des auteurs de violences sexuelles, jointes à la volonté d'une meilleure prise en considération des victimes. Constataions étaient faites d'une augmentation des infractions sexuelles et des condamnations pour ces mêmes motifs, entre 1991 et 1995, renforçant donc cette orientation politique.(40)

La loi du 1^{er} février 1994(41) allait dans le sens d'une aggravation de la répression pénale à l'égard des auteurs d'infractions de nature sexuelle,(42) en instituant notamment une « peine incompressible » et en prévoyant que les auteurs d'infractions sexuelles sur mineurs de quinze ans puissent exécuter leur peine « dans des établissements pénitentiaires permettant d'assurer un suivi médical et psychologique adapté. »

En 1996, un premier projet de loi rédigé à l'initiative du Garde des Sceaux J. Toubon prévoyait d'aller plus loin dans cette perspective, en instituant une peine complémentaire de suivi médico-social prenant effet à la sortie de prison.(34). Ce projet instaurait alors une sorte de condamnation en deux temps : « d'abord la prison, puis les soins ».(43)

Ce projet de loi fut modifié, en prenant en compte les critiques qu'il avait suscitées qui étaient notamment celles du maintien du clivage entre soin et justice, par l'absence d'ouverture aux soins pendant les périodes de détention (43) et par l'absence d'instance chargée d'articuler les relations entre les intervenants.

Le suivi socio-judiciaire tel qu'instauré par la Loi du 17 juin 1998(36) répondait alors à l'ensemble de ces objectifs en faisant du soin à la sortie de prison la pierre angulaire autour de laquelle s'organiseraient les relations santé-justice.

b. Le suivi socio-judiciaire et l'injonction de soins tels que décrits initialement par la loi du 17 juin 1998

Le suivi socio-judiciaire avait donc vocation, non seulement à dépasser la séparation entre les domaines sanitaires et judiciaires en articulant leurs relations autour d'un médecin coordonnateur, mais également à dégager autant que faire se peut le soin de son statut de sanction (34) et à répondre à la nécessité de prévention de la récidive criminelle.

Dans l'esprit de la loi du 17 juin 1998, le suivi socio-judiciaire consiste à soumettre le condamné, sous le contrôle du juge d'application des peines, et pendant une durée fixée par la juridiction de jugement,(40) « à des mesures de surveillance, d'assistance, et éventuellement de soins, destinées à prévenir la récidive » (Art. 131-36-1 du Code Pénal).

Le suivi socio-judiciaire ne s'exerce qu'en « milieu libre » et ne s'applique donc pas au temps de l'incarcération.

Les dispositions relatives au suivi socio-judiciaire que nous ne détaillerons pas ici, ont été codifiées aux articles 131-36-1 à 131-36-8 du Code Pénal et aux articles L. 3711-1 à L. 3711-5 du Code de la Santé Publique.

Le suivi socio-judiciaire est prononcé par la juridiction de jugement après expertise médicale, - il s'agit en pratique le plus souvent d'une expertise médicale psychiatrique- et sa mise à exécution est placée sous le contrôle du Juge d'Application des Peines.

Dans la loi n°98-468 du 17 juin 1998, la peine de suivi socio-judiciaire était encourue pour les infractions suivantes :

- Meurtre ou d'assassinat d'un mineur, précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie (Art. 221-9-1 CP)
- Viol, agression sexuelle ou exhibition sexuelle (222-48-1 CP renvoyant aux articles 222-23 à 222-32 du CP)

- 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 d'atteinte sexuelle (227-31 CP renvoyant aux articles 227-22 à 227-27 du CP)

Ainsi, au moment de sa création, l'injonction de soins n'était *qu'éventuellement* prononcée en cas de condamnation à un suivi socio-judiciaire et la liste des infractions pouvant faire encourir cette peine était restreinte à certaines d'entre elles de nature sexuelle. Les dispositions législatives encadrant ces mesures ont ensuite évolué.

2. L'évolution législative des dispositifs

a. L'élargissement des infractions pouvant donner lieu à une condamnation à un suivi socio-judiciaire et à une injonction de soins

Instaurée initialement pour prévenir la récidive des seuls auteurs d'infractions à caractère sexuel, la nature des infractions pouvant donner lieu à une peine de suivi socio-judiciaire et à une injonction de soins s'est progressivement étendue :

Depuis la loi n°2005-1549 du 12 décembre 2005 relative « au traitement de la récidive des infractions pénales » la peine de suivi socio-judiciaire assortie d'une injonction de soins peut également être encourue pour les infractions suivantes :

- Crimes d'atteinte volontaire à la vie des personnes : meurtre, meurtre qui précède, accompagne ou suit un autre crime, assassinat, meurtre aggravé, empoisonnement (Art. 221-9-1 CP renvoyant aux articles 221-1 à 221-5-5 du CP)
- Crimes d'enlèvement et de séquestration (Art. 224-10 CP renvoyant aux articles 224-1 à 224-5-2 CP)
- Tortures ou actes de barbarie (Art. 222-48-1 CP)
- 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 (Art. 322-18 CP qui renvoie aux articles 322-6 à 322-11 du CP)

La loi n°2007-297 du 5 mars 2007 relative « à la prévention de la délinquance » a également étendu le champ des infractions pouvant donner lieu à une peine de suivi socio-judiciaire associé à une injonction de soins aux :

- 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
- 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 (Art. 222-48-1 CP)
- 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 (Art. 227-22-1 et 227-31 CP).

b. L'extension du champ d'application de l'injonction de soins en dehors du suivi socio-judiciaire

La loi n°2007-1198 du 10 août 2007 renforçant « la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs » a ouvert le champ d'application de l'injonction de soins au-delà du cadre du suivi socio-judiciaire, l'étendant au cadre de mesures d'aménagement de peine comme la **libération conditionnelle ou la surveillance judiciaire**.

Notons que conformément à l'énoncé de l'article D147-37, le Juge d'Application des peines ordonnera une injonction de soins dès lors qu'il décide une surveillance judiciaire - dont les dispositions sont précisées à l'Article 723-29 du CPP-, après qu'une expertise médicale ait conclu en l'opportunité d'un traitement.

La loi n°2008-174 du 25 février 2008 relative à la « rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour trouble mental » a étendu la possibilité du prononcé de l'injonction de soins dans le cadre d'une **surveillance de sûreté**. (Art. 706-53-13 et suivants CPP et R. 53-8-40 et suivants CPP)

Enfin, **la loi n°2014-896 du 15 août 2014** « relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des mesures de sûreté » a intégré la possibilité du prononcé d'une injonction de soins dans le cadre de la **contrainte pénale**.

Comme nous l'avons précisé dans la précédente partie, **la Loi n°2019-222 du 23 mars 2019 de Programmation et de Réforme pour la Justice**, entrée en vigueur le 24 mars 2020, a supprimé la contrainte pénale, le sursis avec mise à l'épreuve et le sursis avec obligation d'accomplir un travail d'intérêt général, alors remplacés par **le sursis probatoire**.

L'injonction de soins fait partie des obligations particulières mentionnées à l'Article 132-45 du Code Pénal ; elle peut être prononcée par la juridiction de jugement ou le juge d'application dans le cadre du sursis probatoire, « si la personne a été condamnée pour un délit pour lequel le suivi socio-judiciaire est encouru et qu'une expertise médicale a conclu qu'elle était susceptible de faire l'objet d'un traitement. »

Bien que pouvant être prononcée dans ces autres cadres pénaux, le suivi socio-judiciaire reste celui dans lequel l'injonction de soins est la plus fréquemment prononcée ; une étude menée par l'ONDRP et la FFCRIAVS en avril 2017 dont l'objectif était de faire un état des lieux du dispositif d'injonction de soins a mis en évidence qu'elle était prononcée dans 96% dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire.(44)

c. L'automaticité du prononcé d'injonction de soins dans le cadre du suivi socio-judiciaire

Alors que jusqu'alors l'injonction de soins était « éventuellement » prononcée dans le cadre du suivi socio-judiciaire, **la Loi n°2007-1198 du 10 août 2007** « renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs » a entériné son association systématique, qui est cependant nuancée par deux conditions : « s'il est établi après 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 d'application des peines ». (Art. 131-36-4 CP)

d. La durée de l'injonction de soins

La durée de l'injonction de soins varie en fonction du cadre légal dans lequel elle est prononcée.

Si elle l'est dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire, les durées maximales de condamnation à ces deux mesures sont liées et sont fonction du type d'infraction pour laquelle la personne a été condamnée.

Ces durées sont précisées à l'Art 131-36-1 al 2 du Code Pénal et ont été étendues depuis **la loi du 9 mars 2004** :

- En matière délictuelle, la durée maximale du suivi socio-judiciaire est de 10 ans, et peut être portée à 20 ans par décision spécialement motivée, depuis la loi du 9 mars 2004
- En matière criminelle, cette durée est de 20 ans et peut être portée à 30 ans par décision spécialement motivée.
- Depuis la loi du 9 mars 2004, la durée du suivi socio-judiciaire est de 30 ans s'il s'agit d'un crime puni de 30 ans de réclusion criminelle à perpétuité
- Cette même loi a rendu possible le prononcé d'un suivi socio-judiciaire sans limitation de durée en cas de crime puni de la réclusion criminelle à perpétuité. Le tribunal d'application des peines garde cependant la possibilité de mettre fin à la mesure à l'issue d'un délai de 30 ans.

Si l'injonction de soins est prononcée dans le cadre **d'une surveillance de sûreté**, elle l'est pour une durée de deux ans, renouvelable sans limitation. (Art. R53-8-44 du CPP).

Enfin, si l'injonction de soins est prononcée dans le cadre d'une **libération conditionnelle** alors la durée maximale est de 10 ans, sauf peines incompressibles pour lesquelles elle est prononcée sans limitation de durée. (Art 732 du CPP)

3. Les différents temps et acteurs de la mesure

a. Le prononcé

L'injonction de soins est une mesure qui ne peut prendre effet qu'après déclaration de culpabilité, contrairement à l'obligation de soins et à l'injonction thérapeutique. Elle peut être prononcée par la juridiction de jugement ou bien par la juridiction d'application des peines.

Une expertise médicale préalable est obligatoire pour que soit décidée une injonction de soins. En pratique, l'expertise médicale est représentée par l'expertise psychiatrique ; il est alors demandé à l'expert de se prononcer sur l'opportunité de la mesure mais il ne doit en aucun cas en préciser le contenu ni la durée.

Bien que le juge ne soit pas tenu par l'avis de l'expert, celui-ci en influence nécessairement sa décision. C'est dans ce sens que J-L Senon prévient dans le rapport d'audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale du 25 et 26 janvier 2007(45): « *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* »

Si l'injonction de soins est prononcée dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire, son encadrement juridique sera fonction de la nature de l'infraction :

- En cas de délit, le suivi socio-judiciaire assorti d'une injonction de soins peut être prononcé :
 - à titre de peine principale (Art. 131-36-7 CP)
 - ou à titre de peine complémentaire à une peine d'amende ou d'emprisonnement (Art 131-10 CP)
- En cas de crime, à titre de peine complémentaire à une peine privative de liberté (avec ou sans sursis). La Cour d'Assises statuera spécialement sur la peine de suivi socio-judiciaire et d'injonction de soins lors du rendu de son jugement.

Si l'injonction de soins est prononcée dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire en tant que peine complémentaire d'une peine d'emprisonnement sans sursis, le président de la juridiction indique au sujet qu'elle ne prendra effet que le jour de sa remise en liberté, mais qu'il lui est possible de commencer des soins pendant la peine d'emprisonnement, sous la forme d'une « incitation aux soins ».(46)(47)

Aussi, la peine d'emprisonnement doit se dérouler dans un établissement pénitentiaire susceptible d'assurer un suivi médical ou psychologique adapté. (Art 736-7 du CPP)

L'affectation du condamné dans un établissement ainsi spécifié porte alors de véritables enjeux, celui « d'une gestion dynamique du temps de détention devenant un instrument de préparation à la réinsertion du condamné ».(48).

L'objectif est donc de mobiliser les différents intervenants de la prise en charge de la personne détenue pour inciter cette dernière à entreprendre des soins.

Si la personne condamnée à un suivi socio-judiciaire comprenant une injonction de soins doit exécuter cette mesure à la suite d'une peine privative de liberté, le juge d'application des peines peut ordonner l'expertise médicale de l'intéressé avant sa libération. Cette expertise médicale est obligatoire si le sujet a été condamné plus de deux auparavant. (Art. 763-4 du CPP)

Depuis la loi du 10 août 2007, si un suivi socio-judiciaire n'a pas été prononcé au moment du jugement, le Juge d'Application des peines aura la possibilité de soumettre le sujet à une injonction de soins, après examen médical par un expert psychiatre et à la suite d'un débat contradictoire en présence du sujet et de son avocat, avec l'accord du Procureur de la République. (Art. 763-3 du CPP)

Lors du prononcé de la mesure, le magistrat avertit le sujet « qu'aucun traitement ne pourra être entrepris sans son consentement » (Art 131-36-1 du CP) mais que « s'il refuse, les soins qui lui sont proposés, l'emprisonnement pourra être mis à exécution » (Art 131-36-4 du Code Pénal).

Le magistrat informe également l'individu condamné de la peine encourue en cas de non-respect de l'injonction de soins. (46)

b. L'incitation aux soins en milieu fermé

Les soins, s'ils sont débutés en prison, ne modifient pas la durée de la mesure d'injonction de soins, mais ils peuvent donner lieu à des crédits de réduction de peine écourtant la peine d'emprisonnement. (Art 721 à 721-3 CPP)

A l'inverse, le Code de Procédure Pénale prévoit également que le Juge d'Application des peines puisse, après avis de la Commission d'Application des peines, ordonner le retrait du crédit de réduction de peines, si 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 proposé par le juge de l'application des peines, sur avis médical. (Art. 721 à 721-3 CPP).

Les soins pénalement ordonnés interfèrent donc directement dans l'écoulement du temps carcéral. Certains verront cela comme un moyen de « mise à profit » de la période d'incarcération, alors que d'autres émettront des doutes quant à l'efficacité d'un traitement initié dans un contexte aussi coercitif que celui de la prison, puisque le moment de la libération pourra être conditionné par l'assiduité de la personne incarcérée au suivi des soins.(49)

Conformément à l'article 763-7 du CPP, ces soins doivent se dérouler au sein d'un établissement pénitentiaire prévu par le troisième alinéa de l'article 717-1 du CPP, tel que les établissements pénitentiaires sièges d'un service médico-psychologique régional et les établissements pour peine dotés d'une unité fonctionnelle rattachée à un service médico-psychologique régional.

c. Le déroulé de l'injonction de soins en milieu ouvert

Le sujet soumis à une injonction de soins devra donc faire l'objet d'une prise en charge thérapeutique spécifique, dispensée par un psychiatre ou un psychologue, dont le contenu et le rythme seront à la discrétion de ces derniers. Il devra également rencontrer régulièrement le médecin coordonnateur, chargé d'articuler l'intervention des différents intervenants.

Pendant toute la durée des dispositifs dans lesquelles peut être incluse l'injonction de soins, le Juge d'Application des peines pourra modifier ou compléter les modalités de leur mise en application. (Art 764-3 al.1 CPP)

Au moment du prononcé de l'injonction de soins, le juge d'application des peines aura nommé un médecin coordonnateur, choisi parmi une liste établie tous les trois ans par le Procureur de la République (art. L. 3711-1, R. 3711-1 CSP).

En cas d'inobservation des obligations légales, le Juge d'Application des peines pourra ordonner, après avis du Procureur de la République, l'incarcération provisoire du condamné (Art. 712-19 CPP) ou la mise à exécution totale ou partielle de l'emprisonnement encouru telle qu'il avait été fixé par la juridiction de jugement. (Art. 763-5 CPP)

- Rôle du médecin coordonnateur

Le médecin coordonnateur va servir d'interface entre le psychiatre ou le psychologue traitant et le magistrat, puisque toutes les informations concernant le condamné transiteront par lui.

Dans un premier temps, il recevra le sujet condamné pour l'informer des modalités de mise en pratique de l'injonction de soins et l'inviter à choisir un psychiatre ou un psychologue traitant parmi une liste définie.

Une fois choisi, le médecin coordonnateur se chargera d'informer le professionnel du suivi à initier avec le sujet. Il pourra lui transmettre certaines pièces du dossier judiciaire qu'il considérera utiles à la prise en charge. (Art. L-355-34 du CSP).

Il aura la possibilité de déroger au secret médical pour transmettre au Juge d'application des peines les éléments médicaux utiles au contrôle de l'exécution des obligations légales. L'article L. 3711-1 du CSP indique ainsi que le médecin coordonnateur est chargé : de « transmettre au juge de l'application des peines ou à l'agent de probation les éléments nécessaires au contrôle de l'injonction de soins ».

Les propos de M.N Vacheron (50) illustrent bien le rôle particulier du médecin coordonnateur, à l'interface des institutions judiciaires et celles du soin : « *Le médecin coordonnateur devra réaliser une évaluation longitudinale de l'impact du soin. Il ne partage pas toutes les informations avec le juge mais sert de médiation entre l'espace judiciaire et l'espace de soins. Le médecin peut également conclure son rapport par une proposition motivée de modification, de prorogation ou d'arrêt de la mesure de soins ou de surveillance.* »

Lorsque la personne a été condamnée pour un crime mentionné à l'article 706-53-13 du CPP, pouvant donner lieu à une mesure de sûreté, en l'espèce à une surveillance de sûreté, le rapport au juge sera adressé au moins deux fois par an.(33)

- Rôle du psychologue ou du psychiatre traitant

Depuis la loi du 12 décembre 2005, le praticien traitant peut non seulement être un médecin psychiatre mais il peut être également un psychologue justifiant d'une expérience professionnelle d'au moins 5 ans.

Le thérapeute traitant garde la possibilité de refuser de prendre en charge le patient, conformément aux dispositions prévues à l'article 47 du Code de déontologie médicale et à l'article R.4127-47 du CSP, mais devra alors l'orienter vers un autre professionnel agréé.

Le psychiatre ou le psychologue traitant est le professionnel qui assurera le suivi du sujet et décidera du contenu de la prise en charge et du type de traitement ou de soins adaptés.

S'agissant du secret professionnel, celui-ci est garanti conformément à l'article 226-13 du CP ; trois situations spécifiées à l'article 3711-3 du CSP autorisent cependant le médecin traitant à déroger au secret médical sans qu'il ne puisse lui être opposé une violation au secret professionnel tel qu'énoncé à l'article 226-13 CP.

- Dans le cas de l'interruption du traitement, le médecin traitant peut en informer le Juge d'Application des peines ou l'agent de probation et devra alors en « aviser immédiatement le médecin coordonnateur ».
- Si l'interruption ou le refus de traitement intervient contre avis du médecin traitant alors celui-ci pourra d'abord en informer le médecin coordonnateur qui transmettra l'information au juge d'application des peines, dans le respect des dispositions relatives au partage d'informations médicales. Si ce dernier n'est pas disponible l'article de loi précise que le thérapeute traitant pourra directement en informer le Juge d'Application des Peines.
- Enfin, dans les mêmes conditions que celles précisées en deuxième alinéa, en cas de difficultés survenues au cours de traitement, le médecin traitant pourra en informer le médecin coordonnateur, sauf indisponibilité de ce dernier où l'information pourra alors être portée directement au Juge d'Application des Peines.

L'article 3711-3 du CSP se différencie ainsi de l'article L355-55 du CSP qui régissait, avant d'être abrogé par l'ordonnance du 20 juin 2000, les conditions de dérogation au secret médical dans le cas de l'inobservation ou de difficultés survenues au cours de traitement dans le cadre de l'injonction de soins.

La modification apportée a répondu à la demande de nombreux thérapeutes traitants qui était celle de donner le primat à l'échange avec le médecin coordonnateur, dont le rôle est justement celui d'intermédiaire entre juge et soignants.

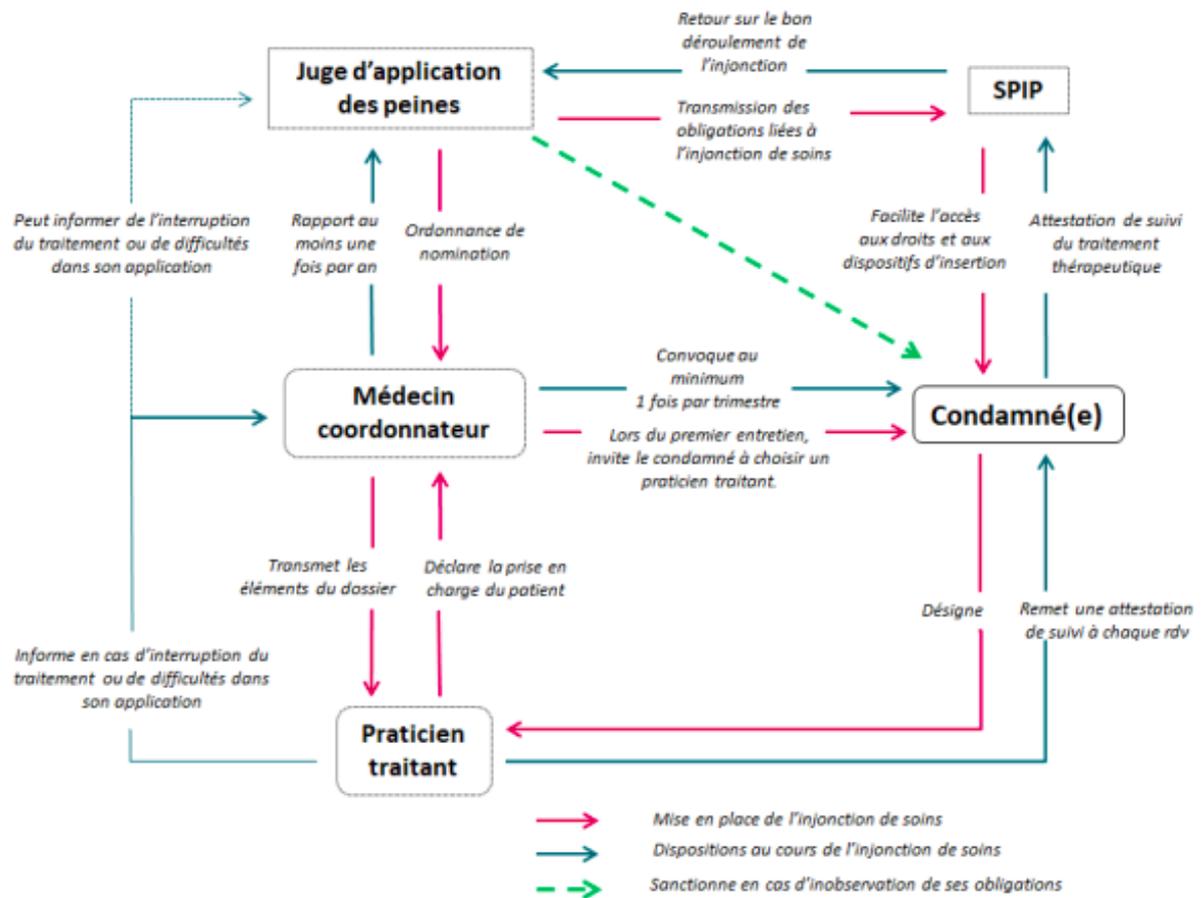
Le thérapeute devra fournir, en mains propres à la personne condamnée, des attestations de suivi, au moins une fois par trimestre (Art 717-1 CPP). C'est ensuite le sujet qui les remettra lui-même au Juge d'application des peines ou au médecin coordonnateur.

d. La fin de la mesure

Lorsque la durée de l'injonction de soins arrive à son terme, le médecin coordonnateur, par l'intermédiaire du médecin ou du psychologue traitant, informe le sujet de la fin du suivi et de la possibilité de suivre les soins en l'absence de tout contrôle judiciaire.

Le Juge d'application des peines peut, après avis du procureur de la République, audition du condamné et avis du médecin coordonnateur, décider de mettre fin de manière anticipée au suivi socio-judiciaire comportant une injonction de soins, « dès lors qu'il apparaît que le reclassement du condamné est acquis et qu'un traitement n'est plus nécessaire » (Art. 712-8 du CPP).

Nous pouvons résumer le rôle et les interactions entre les différents acteurs à l'aide du schéma suivant : (édité par A. Langlade, C. Vanier, Léo-Paul Biamba (44))



Partie 3 : Enjeux de l'injonction de soins autour des notions de dangerosité et de risque de récidive

Le suivi socio-judiciaire et l'injonction de soins n'en finissent pas de susciter débats et discussions, tant les enjeux qu'ils soulèvent sont nombreux, eu égard à cette position délicate qu'ils occupent au carrefour de nombreuses disciplines.

La question du partage d'informations entre professionnels,(50) celle de la demande n'émanant pas du patient pour ces soins imposés,(51) celle encore de la juste place à trouver pour chacun des intervenants,(52) sont autant de sujets traités par de nombreux auteurs que nous ne ferons ici que citer.

La question de la dangerosité – et de son corollaire sur le plan légal qui est celui de la récidive – est en revanche le thème sur lequel nous avons fait le choix de nous pencher davantage, puisque c'est bien à partir de ce concept que l'injonction de soins a été pensée.

De nature insaisissable, le concept de dangerosité est en lui-même une notion tout à fait relative. Bien que relatif, son utilisation dans le domaine pénal s'accroît, favorisée par le contexte sociétal et politique déjà décrit, l'instaurant dans le même temps comme agent normatif – tout du moins dans le domaine juridique – autour duquel se cristallisent de nouveaux enjeux.

Certains auteurs verront le passage d'une justice rétributive vers une justice préventive comme illustrant au mieux la place prépondérante accordée en matière pénale à la notion de dangerosité.(52)

Bien qu'intéressant un champ vaste de professionnels, ceux du domaine de la santé mentale sont particulièrement sollicités pour appréhender la « dangerosité », avec peut être cette idée selon laquelle « l'homme de sciences » pourrait apporter un regard objectif sur ce concept si subjectif. Le recours de plus en plus fréquent à l'expert psychiatre dans ce domaine conforte cette idée, mais le confronte dans le même temps aux limites de sa pratique.(53)

Les propos de C. Kouperkink(54) illustrent bien la difficulté pressentie par certains psychiatres pour intégrer l'évaluation de la dangerosité à la démarche clinique :

« La dangerosité prédite par la science est une utopie, elle-même porteuse de dangerosité. L'incertitude recouverte du manteau de la Science est dangereuse, rien ne la distinguant d'une certitude. Être déclaré dangereux par la Loi permet la révolte. Être déclaré dangereux par la Science, ne permet que le suicide ou la folie ».

C'est dire combien l'évaluation de la dangerosité confiée aux professionnels de la santé mentale dans le cadre des nouvelles missions d'expertise, interroge certains d'entre eux quant à leur possibilité de l'opérer.

Ne pouvant renoncer à cette pratique désormais acquise, ces professionnels se questionnent sur les moyens à leur disposition pour répondre aux besoins de la justice en ce qui concerne la prédiction de la dangerosité, du risque de récidive, et sur les types de prises en charge adaptées à ces individus. (55)(56)(57)

Nous tenterons dans un premier temps d'aborder le concept de dangerosité sous deux de ses formes que sont la dangerosité psychiatrique et la dangerosité criminologique, dont la distinction prend un sens déterminant en matière pénale ; dans un second temps, nous nous efforcerons de dégager les enjeux suscités par l'injonction de soins en référence aux difficultés posées par l'évaluation de la dangerosité et du risque de récidive.

I. Approche des concepts de dangersités psychiatrique et criminologique

« *Le trop d'attention qu'on a pour le danger*

Fait le plus souvent qu'on y tombe ».

Jean de La Fontaine - *Le renard et les poulets d'Inde*

Nous avons fait le choix de ne pas aborder ici le concept général de dangerosité mais d'en considérer deux notions particulières ; celle de dangerosité psychiatrique et celle de dangerosité criminologique. L'effort de distinction à réaliser entre ces deux types de dangerosité fait en effet écho à une problématique centrale dans notre sujet : celle de l'indispensable *limite* à établir entre ce qui relève de l'intervention judiciaire et celle de la médecine, en s'attachant à circonscrire autant que faire se peut les notions de trouble ou de pathologie mentale.

C'est bien en effet le risque de confusion entre ces deux types de dangersités qui préoccupe la communauté des psychiatres, puisqu'elle peut tendre vers un amalgame entre « dangerosité » et « maladie mentale » dont les questionnements éthiques apparaissent alors aisément.

En cela, il apparaît indispensable de conserver ces deux concepts dans des champs de réflexions différents, afin d'adapter les différentes prises en charge qu'ils supposent.

1. Tenir à une distinction entre dangerosité psychiatrique et dangerosité criminologique

La dangerosité criminologique peut être définie comme « un phénomène psychosocial caractérisé par des indices révélateurs de la grande probabilité de commettre une infraction contre les personnes et les biens » (58) ou bien encore selon la HAS comme étant liée « a de multiples facteurs qui n'ont aucune relation avec une quelconque pathologie »(59).

En cela, la dangerosité criminologique suggère de prendre en compte les facteurs environnementaux et situationnels susceptibles de favoriser la commission d'une infraction ; l'évaluation de la dangerosité criminologique relève donc d'une évaluation *pronostique*, considérant la *probabilité* d'un passage à l'acte qui ne saurait être en lien avec une quelconque pathologie mentale.

Reprenons la définition donnée par la HAS pour aborder la notion de **dangerosité psychiatrique**. Pour la HAS, la dangerosité psychiatrique peut être caractérisée « comme la manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale ».(59)(60)

Le risque est grand dans ce cas dernier d'établir une relation de réciprocité entre maladie mentale et dangerosité ; d'ailleurs la confusion entre dangerosité ou acte de violence et maladie mentale est bien trop courante.

Une large étude baptisée « Santé mentale en population générale » (61)(62) menée entre 1993 et 2003 auprès de la population française a mis en évidence que 45% des personnes interrogées associaient le fait de commettre un meurtre et être « fou », et 30% l'associait au fait d'avoir « une maladie mentale ». Cette enquête a également montré que plus un acte était considéré comme violent et en ce sens dangereux, plus il avait tendance à être attribué au « fou » ou au « malade mental. »

Si dans certains cas la dangerosité est associée à la présence d'un trouble mental et peut alors être qualifiée de « dangerosité psychiatrique », l'amalgame systématique entre les deux notions est en lui-même dangereux, car participe à la stigmatisation des sujets malades.

En outre, J-L Senon attire l'attention sur le fait que ces derniers représentent au contraire une population vulnérable, qui les expose eux-mêmes à être victimes de violence « dans une proportion 17 fois supérieure à la moyenne ».(9)

En s'en tenant aux définitions données, et en considérant désormais la prise en charge qu'elles suggèrent, la constatation d'une dangerosité psychiatrique devrait avoir pour effet d'être du ressort du personnel médical ou paramédical, alors qu'un individu présentant une dangerosité criminologique devrait rester du ressort de la justice. Bien sûr, certaines situations imposent de nuancer cette répartition.

D'autres cas « frontière » interrogent la place à donner aux interventions de chacun et laissent finalement la question en suspens : l'exemple manifeste est celui des sujets pour lesquels une atténuation de responsabilité a été retenue, à partir du constat d'un trouble mental ayant *altéré* le discernement.

Mais l'obstacle supplémentaire qui réside dans la prise en charge de la « dangerosité » est qu'il s'agit d'une « potentialité ». Son aspect hypothétique en renforce la complexité et met en difficulté les professionnels du droit et de la santé pour attribuer leurs rôles respectifs.

Aussi, la mesure d'injonction de soins semble avoir voulu apporter un élément de réponse en les faisant intervenir ensemble, avec le risque encouru de confondre les moyens d'action de chacun : la peine et le soin.

2. De la dangerosité au risque de récidive

Si la pratique de l'expertise psychiatrique pénale est d'ordinaire centrée sur la constatation d'un état mental au moment de la rencontre clinique, ou sur son évaluation passée, l'expertise criminologique, elle, se veut plus intégrative et prend en compte non seulement des facteurs propres à la construction psychique du sujet, mais également d'autres facteurs qui relèvent davantage de son environnement et du lien que le sujet entretient avec celui-ci.

L'évaluation du risque de récidive s'inscrit exactement dans cette dernière démarche qualifiée de « criminologique » ; en effet, elle nécessite de prendre en compte l'ensemble des facteurs de risque concourant à l'expression de la dangerosité *potentiellement* contenue chez un sujet en dehors de toute pathologie mentale, pour en prédire la survenue.

Afin de pouvoir conclure en l'une ou l'autre des dangerosités, l'expert psychiatre est donc contraint de s'inscrire dans une double démarche, l'une issue de la clinique psychiatrique, l'autre de la criminologie, ce qui n'est pas sans soulever certaines questions puisque l'évaluation criminologique devrait être, par essence, pluridisciplinaire.

En cela, l'évaluation de la dangerosité devenue celle du risque de récidive, représente un enjeu majeur dont s'est saisie la communauté psychiatrique, en proposant de nouvelles méthodes d'évaluation issues de la criminologie.

II. Enjeux cliniques et théoriques de l'évaluation de la dangerosité dans le cadre de l'expertise psychiatrique pénale

1. Enjeux conceptuels de l'expertise de dangerosité

L'expertise psychiatrique nécessaire au prononcé du suivi socio-judiciaire et de l'injonction de soins renverse le paradigme de la pratique expertale. Jusqu'à la loi du 17 juin 1998, la mission confiée à l'expert dans le cadre de la procédure pénale était principalement celle de repérer l'existence d'un trouble mental ayant pu abolir ou altérer le discernement de l'individu, (63) afin d'évaluer sa responsabilité pénale. Cette évaluation clinique se faisait au décours d'une expertise dite « présentencielle », c'est-à-dire avant tout jugement sur le fond.

Avec la création du suivi socio-judiciaire et de l'injonction de soins, l'expert psychiatre a été invité, en plus de ses missions traditionnelles, à se prononcer sur la dangerosité de l'individu et sur le risque de récidive, dans le cadre d'une expertise postsentencielle dite « de dangerosité ».

Les missions confiées à l'expert dans le cadre de l'expertise postsentencielle sont résumées ainsi dans le Rapport de l'Audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale des 25 et 26 janvier 2007 : (45)

- Décrire la personnalité de l'intéressé
- Décrire son évolution depuis l'ouverture du dossier pénal en tenant compte des expertises antérieures
- Décrire les éventuels troubles psychopathologiques qu'il présente
- Émettre un avis sur l'attitude du sujet par rapport aux faits pour lesquels il a été condamné
- Déterminer s'il présente une dangerosité en milieu libre, discuter les éléments favorables et défavorables du pronostic tant du point de vue de la réinsertion que du risque de récidive
- Préciser s'il relève d'un suivi médical ou d'un traitement

Les difficultés auxquelles se trouve confronté l'expert dans le cadre de l'expertise postsentencielle dite de « dangerosité » apparaissent ici nettement.

L'expert est en quelque sorte incité à procéder par déduction : l'élément à partir duquel découle le raisonnement est la mise en évidence d'une dangerosité ou plutôt d'un « état de dangerosité ».

Pour arriver à cette première constatation clinique, l'expert doit procéder à une analyse que J-L Senon qualifie de « psychocriminologique »(21) c'est-à-dire qui impose la mise en lien de facteurs psychiatriques et criminologiques.

Il est donc demandé au psychiatre de rechercher la présence d'une dangerosité, tant psychiatrique que criminologique. Si l'exploration du premier type de dangerosité est sans conteste du ressort du psychiatre, la mise en évidence du deuxième type lui est moins aisée.

C'est la raison pour laquelle l'audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale des 25 et 26 janvier 2007 (59) incitait à procéder à l'évaluation de la dangerosité criminologique de façon multidisciplinaire. Depuis, l'évaluation collégiale de la dangerosité s'est, pour certains cas particuliers, développée mais elle reste à la marge.

Une fois la constatation d'un état de dangerosité faite, l'expert devra établir un « pronostic » c'est-à-dire prédire l'évolution de cet « état dangereux » selon deux *risques* : la réinsertion et la récidive. A dessein, il n'est jamais employé le terme de « risque » pour la réinsertion mais considérons le ici en son sens de probabilité statistique, conformément à la position que l'expert est tenu d'adopter.

Si l'évaluation du « risque » de réinsertion est tout aussi difficile que celle du risque de récidive, elle n'engage pas le même niveau de responsabilité pour l'évaluateur.

Aussi, c'est bien l'évaluation du risque de récidive qui incommoder l'expert psychiatre puisqu'en cas d'erreur, le dommage impliquera un préjudice subi par la société.

C'est alors le poids de cette responsabilité qui, pouvant être perçue par l'expert comme une obligation de résultat, peut conduire nombre d'entre eux à appliquer le « principe de précaution », (64) et à surévaluer inévitablement, risque de récidive et dangerosité.(9)

Les difficultés posées par l'expertise de dangerosité se situent donc à plusieurs niveaux de l'analyse. Le passage de l'évaluation de la dangerosité à celle du risque de récidive a notamment eu pour effet le développement d'une nouvelle méthodologie et de nombreux outils issus de la criminologie.

2. Les moyens de l'évaluation de la dangerosité et du risque de récurrence

Menés dans les années 1980, les travaux de Monahan (65) ont marqué un tournant important dans l'évaluation de la dangerosité en pratique clinique.

Ces travaux ont montré en effet, que la prédiction du risque de comportement violent ou de récurrence, basée sur la seule appréciation clinique était peu fiable, manquait de systématisation et était correcte pour moins d'un tiers des patients.(66). Il apparaissait en outre que l'évaluation clinique seule omettait de prendre en compte des variables protectrices, si bien qu'elle avait tendance à surévaluer le risque.(67)

Forts de ces critiques, les professionnels ont donc souhaité mettre au point des outils reproductibles, s'appuyant sur des probabilités statistiques, et ont d'abord créé des échelles dites « actuarielles » basées sur des facteurs de risque dits « statiques » ou « historiques ».

Peu de temps après, des recherches ont été menées pour identifier, chez des sujets souffrant d'un trouble mental, non seulement les facteurs de risque de violence statiques mais aussi les facteurs de risque dynamiques.

L'étude de Mac Arthur, conduite par Monahan et Steadman (68) a servi de pionnière en la matière. Ces nouvelles connaissances ont permis la création d'instruments d'évaluation clinique structurés, associant des données statiques et dynamiques, (66) dont l'intérêt était celui de prendre en compte la situation passée, actuelle et l'évolution constante du sujet.(69)

Ces nouveaux instruments ont été utilisés par une grande communauté de psychiatres dans certains pays anglo-saxons dans les années 1990. Mais l'utilisation de ces outils d'évaluation n'a pas eu cette portée en France, où les professionnels étaient encore attachés à la seule évaluation clinique, acceptant, voire revendiquant, sa part inhérente de subjectivité. (70)

Les propos de C. Kouperkik(54) illustrent bien la réticence qu'ont eu certains psychiatres à utiliser ces nouveaux outils, alors perçus comme contribuant à faire de la dangerosité un « objet scientifique » : *« L'évaluation de la dangerosité ne peut relever de l'expérimentation, action reproductible à loisir, sans risque pour l'expérimentateur et transmissible. Elle ne peut être que le résultat de l'expérience, acte à risque, non reproductible et intransmissible ».*

a. Les échelles actuarielles

Les échelles actuarielles sont des instruments d'évaluation utilisés pour prédire la dangerosité et le risque de récidive, qui s'appuient sur des données empiriques ayant identifié les facteurs de risque statistiquement corrélés au risque de violence. Ces facteurs de risque ont été étudiés en situant le sujet en fonction d'un groupe comparable, dont l'évolution dans le temps était connue.(68)(71)

Les facteurs de risque utilisés dans les échelles actuarielles sont des facteurs de risque dits statiques ou historiques, c'est-à-dire non modifiables ou ne pouvant faire l'objet d'une prise en charge. (par exemple, le sexe ou l'âge)

La critique principale faite à ces échelles est celle d'un manque de nuance dans la mesure où elles ne permettent pas de prendre en compte la dimension « dynamique » du risque de violence, et ne tiennent pas compte de plus de l'évolution positive possible du sujet.

J. Englebert les présente ainsi : « *Les échelles actuarielles ne permettent pas de prédire la récidive [. . .] mais déterminent la mesure dans laquelle le profil du sujet est comparable au profil moyen d'un échantillon de personnes qui ont récidivé' [. . .]* ».(72)

Autrement dit, les échelles actuarielles apportent un intérêt en permettant d'identifier des sujets à risque au regard de facteurs historiques, mais l'évaluation devra être complétée à l'aide d'outils prenant en compte d'autres paramètres envisagés de manière prospective .(73)

Nous retiendrons ici quatre exemples d'échelles actuarielles, les plus communément utilisées en pratique clinique :

- **L'échelle de Psychopathie de Hare révisée** (PCL- R 20, Psychopathy CheckList – Revised) est une échelle construite à partir des critères de psychopathie mis en évidence par Hervey Cleckley en 1941. Cette échelle présente une bonne fiabilité inter-juges (74) et de bonnes qualités prédictives de la récidive et notamment de la récidive violente.(75)
- **Le VRAG** (Violent Risk Appraising Guide) est une échelle couramment utilisée pour prédire le risque de récidive générale. De même que la PCL-R elle présente de bonnes qualités prédictives de la récidive, violente et non violente.(75).

Certaines faiblesses méthodologiques que nous ne décrivons pas ici (76)(77) rendent réticents certains professionnels à son utilisation dans la pratique clinique.

- La **SORAG** (Sex Offender Risk Appraisal Guide) qui est issue de la VRAG est une échelle permettant de prédire le risque de récidive sexuelle chez les auteurs de violences sexuelles. Nommons également la **Statique-99** qui est un instrument actuariel permettant de prédire le risque de récidive violente, y compris sexuelle chez les auteurs de violences sexuelles.

Dans son rapport du 17 juin 2018, la FFCRIAVS (40) présentait ces outils comme des « indicateurs » pouvant être utilisés de façon « complémentaire » à une évaluation clinique. La société d'experts psychiatres attirait également l'attention sur le fait que l'utilisation de ces outils « nécessite un apprentissage » et qu'il serait, de plus, préférable de « bénéficier de l'éclairage de deux examinateurs » pour la passation.

b. Les guides d'entretien semi-structurés ou structurés

Nous avons donc vu que la critique principale faite aux outils actuariels est celle de correspondre à une démarche trop objectiviste. « Objectif » est ici à comprendre au sens strictement opposé de « subjectif » c'est-à-dire qui ne prend pas suffisamment en compte le *sujet* – voire *les sujets* dans cette relation duelle qu'est la rencontre clinique - et n'autorise donc pas la prise en considération de la relation d'intersubjectivité et de ses conséquences implicites sur l'évaluation.

Certains auteurs ont alors cherché à intégrer aux données empiriques connues sur le risque de violence et de récidive, l'évaluation subjective de l'examineur prenant en compte l'individu avec ses caractéristiques propres, et dans un environnement particulier.(70)

Cette démarche permet d'associer des facteurs de risque « statiques » et « dynamiques » c'est-à-dire modifiables et pouvant faire l'objet d'une prise en charge, au sein de ce qui a été appelé des guides d'entretien structurés ou semi-structurés.

Bien que ces instruments présentent une capacité prédictive modérée, leur utilisation en complément de l'évaluation clinique est intéressante et préconisée par plusieurs auteurs(66) (76) puisqu'ils ont cet avantage de permettre non seulement une *évaluation* du risque mais également une *gestion* du risque en évaluant à mesure l'efficacité de la prise en charge.

Nous retiendrons ici l'exemple de l'échelle HCR-20, qui est le guide d'entretien semi-structuré le plus utilisé en pratique :

L'HCR-20 (Historical Clinical Risk-20) est une échelle construite comme un guide structuré comportant 20 items divisés en trois sous-échelles : Historique, Clinique et Gestion du Risque. Chaque item est évalué selon trois modalités : 0,1 et 2.

Ce guide prend donc en compte des facteurs historiques, mais également des données cliniques actuelles et des indices liés au contexte futur dans lequel évoluera le sujet.

Cette échelle a été traduite en Français par *Pham t al.*, à partir d'une population de détenus et de patients de psychiatrie médico-légale en Belgique.(75).

Le risque évalué ne se définit pas uniquement en fonction du résultat accordé à chaque item mais le « poids » relatif de chaque item est également pris en compte pour l'estimation finale.(78)

Par exemple, un sujet pour lequel il est retrouvé un score important à l'indice de psychopathie (H7) sera considéré plus à risque qu'un sujet ayant le même résultat global à l'HCR 20 mais ayant un score moins élevé à H7 et plus élevé à l'item H10.

Les résultats de l'étude ont retrouvé une capacité prédictive modérée de la récidive violente et de la récidive générale.(66)

Echelle Historical Clinical Risk-20 (HCR 20) :

Facteurs historiques	Facteurs cliniques	Facteurs de gestion du risque
H1 Violence antérieure	C1 Introspection difficile	R1 Projet manquant de faisabilité
H2 1 ^{er} acte de violence commis durant la jeunesse	C2 Attitudes négatives	R2 Exposition à des facteurs déstabilisants
H3 Instabilité des relations intimes	C3 Symptômes actifs de la maladie	R3 Manque de soutien personnel
H4 Problèmes d'emploi	C4 Impulsivité	R4 Inobservance des mesures curatives
H5 Problèmes de toxicomanie	C5 Résistance au changement	R5 Stress
H6 Maladie mentale grave		
H7 Psychopathie		
H8 Inadaptation durant la jeunesse		
H9 Trouble de la personnalité		
H10 Echecs antérieurs de surveillance		

Nous avons mis en évidence dans cette partie, certains enjeux liés à l'appréciation de la dangerosité et du risque de récidive dans le cadre de l'expertise qui y est dédiée. Si l'apport de la criminologie a bien été indéniable, elle apparaît désormais entièrement intégrée aux pratiques. Certes, les méthodes utilisées pour l'évaluation de la dangerosité se précisent, mais le sujet même de cette évaluation demeure mal défini.

Aussi, le caractère imprécis des notions de dangerosité contribue-t-il bien certainement à rendre difficile l'élaboration de critères pour déterminer l'opportunité d'une injonction de soins.

L'étude que nous avons menée et que nous allons désormais présenter, s'est nourrie de ce dernier constat ; en comparant l'avis porté par des experts psychiatres et des magistrats sur les critères d'indication de l'injonction de soins, nous souhaitons mettre en évidence les points de divergence entre ces professionnels et élaborer ensuite certaines hypothèses quant à leur influence sur les désaccords pouvant exister entre eux.

Partie 4 : Enquête comparative nationale auprès des psychiatres experts judiciaires et des juges d'application des peines

I. Introduction

La loi n°98-468 du 17 juin 1998 « relative à la prévention des infractions sexuelles, ainsi qu'à la protection des mineurs » a introduit dans le droit français la possibilité pour le magistrat d'ordonner par jugement, pour certaines infractions de nature sexuelle, une mesure de suivi socio-judiciaire destinée à prévenir la récidive.

Le suivi socio-judiciaire emporte pour le condamné de se soumettre à diverses mesures, en faisant intervenir des professionnels des milieux sanitaires, sociaux et judiciaires. La nécessité d'un suivi psychiatrique ou psychologique représente l'une des obligations possibles du suivi socio-judiciaire, *via* l'injonction de soins.(3)

Depuis la loi n°2007-1198 du 10 août 2007 « renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs », l'injonction de soins est, non plus facultative, mais revêt un caractère automatique lors du prononcé du suivi socio-judiciaire, en restant cependant subordonnée à deux conditions : « sauf décision contraire de la juridiction » et dès lors qu'une expertise médicale a conclu en la possibilité d'un traitement. (Art 131-36-4 du CP)

L'ensemble des évolutions législatives des dispositifs de suivi socio-judiciaire et d'injonction de soins que nous avons décrites dans notre deuxième partie, confirment la volonté du législateur d'intégrer le soin à la peine, afin de répondre à la demande sociale et politique de prévention de la récidive.

La conséquence déjà perceptible de cette extension est celle d'un amalgame entre « fait criminel » et pathologie psychiatrique (79); elle tend en effet à faire considérer tout « crime grave » comme étant lié à un désordre psychique, et appelle à ce titre à l'intervention du psychiatre afin d'éviter la commission d'une nouvelle infraction. Cette confusion met en difficulté de nombreux thérapeutes, psychiatres ou psychologues, ainsi confrontés à une pratique clinique qui dépasse parfois leurs possibilités de prise en charge.(47)

L'évaluation dans le cadre de l'expertise médicale – le plus souvent psychiatrique-obligatoire avant tout prononcé d'une mesure d'injonction de soins, interroge également la communauté d'experts psychiatres, eu égard aux enjeux qu'elle a fait naître et que nous avons pu développer dans notre troisième partie. Il est apparu que la « dangerosité » est notamment la notion autour de laquelle se sont cristallisés un grand nombre de ces enjeux.(21)

Si la loi précise que la mission d'expertise est celle « d'évaluer si la personne est susceptible de faire l'objet d'un traitement », (4) elle suggère en réalité plus généralement l'évaluation du risque de récidive.

En cela, la loi du 17 juin 1998(36) a profondément renversé le paradigme de l'expertise psychiatrique pénale, jusqu'alors tenue à l'évaluation psychiatrique de responsabilité ; les nouvelles missions confiées à l'expert ont été celles d'une évaluation prospective du risque de récidive, nécessitant d'outrepasser une lecture purement clinique. Cette prérogative nouvelle a conduit les experts psychiatres à devoir adopter une démarche criminologique qui se veut plus intégrative.

Or, c'est bien cette démarche, par essence pluridisciplinaire, qui interroge ces professionnels quant à leur possibilité de répondre aux besoins de la justice, en ce qui concerne l'appréciation de la dangerosité et du risque de récidive. (21)(45)(71)(80)

Les questions posées par l'expertise médicale obligatoire avant le prononcé d'une injonction de soins relèvent exactement de cette dernière interrogation.

D'ailleurs, les dernières données de la littérature (1)(33)(40) mettent en évidence des pratiques professionnelles très inhomogènes en ce qui concerne l'évaluation expertale donnant lieu à une indication d'injonction de soins.

En outre, peu d'études se sont intéressées aux critères utilisés pour déterminer cette même indication. A notre connaissance, l'ensemble des recherches disponibles s'appuient sur des études rétrospectives basées essentiellement sur l'analyse de dossiers pénaux de personnes en injonction de soins.(81)(82)(83)(84) Seule une étude s'y est intéressée de façon prospective, en interrogeant des experts psychiatres et des magistrats par le biais d'entretiens semi-structurés.(85)

Enfin, nous avons pu constater que dans ces recherches, la question à l'étude était souvent celle des critères nosographiques permettant de déterminer l'opportunité d'une injonction de soins, mais que la prise en compte des facteurs criminologiques était plus rare.

Si les critères d'indication de l'injonction de soins ne font pas consensus au sein de la communauté des experts psychiatres, ceux-ci semblent être également à l'origine de désaccords entre psychiatres et magistrats.

Ces mécontentements ont été relevés par le FFCRIAVS dans le rapport de la Commission d'Audition sur les auteurs de violences sexuelles, du 17 juin 2018,(40) qui incitait dès lors à « Renforcer le maillage « Santé-Justice-Social » afin de garantir le champ d'intervention de chacun des acteurs du dispositif d'injonction de soins ».

Forts de ces constats nous avons souhaité mener une étude comparative auprès d'experts psychiatres et de juges d'application des peines afin de recueillir leur avis au sujet de critères leur permettant de considérer opportune une mesure d'injonction de soins.

II. Matériel et méthode

1. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude était de mettre en évidence les critères donnant lieu à des différences d'appréciation entre ces professionnels, et formuler ensuite des hypothèses quant aux significations possibles de ces désaccords.

L'objectif secondaire de l'étude était de mettre en évidence les méthodes et outils utilisés dans la pratique expertale pour évaluer la dangerosité et le risque de récidive.

2. Type d'étude

Pour répondre à nos objectifs nous avons réalisé, à l'aide de questionnaires envoyés par voie électronique, une étude qualitative transversale ; il s'agit d'une analyse comparative des réponses obtenues auprès deux populations que sont les experts psychiatres et les juges d'application des peines.

3. Constitution des échantillons

Les experts psychiatres ont été contactés via la mailing-liste du secrétariat de la Compagnie Nationale des Experts à laquelle 80 experts sont inscrits.

D'après les derniers chiffres communiqués par le ministère de la Justice, 365 experts psychiatres étaient inscrits sur les listes des cours d'appel au 1^{er} janvier 2021.(86) La population d'experts

que nous avons sollicitée dans le cadre de notre étude représente donc environ 20% des experts psychiatres nationaux.

Les Juges d'application des peines ont été contactés *via* une mailing-liste professionnelle regroupant 120 Juges d'Application des peines.

D'après les derniers chiffres communiqués par le ministère de la Justice, 426 Juges d'Application des Peines étaient en poste au 1^{er} janvier 2020. La population de magistrats sollicitée représente donc environ un quart des Juges d'Application des Peines en poste sur l'ensemble du territoire national.

Aucun critère d'exclusion n'a été retenu.

L'envoi et le recueil des données ont été réalisés du 23 décembre 2020 au 29 janvier 2021.

Le recueil des données a été réalisé de façon anonyme.

Une relance a été effectuée par mail pour chacun des professionnels sollicités.

4. Questionnaires

Le support de notre étude est un questionnaire édité par Google Form, que nous avons élaboré à partir des données actuelles de la littérature existant au sujet des critères pris en compte pour évaluer le risque de récidive et la dangerosité.

Le questionnaire proposé aux experts psychiatres comprend 19 questions et celui proposé aux juges d'application en comprend 13, certaines questions posées aux experts étant spécifiques à leur pratique professionnelle.

Chacun des questionnaires est organisé de façon similaire pour les deux populations d'étude : les premières questions permettent de recueillir certaines données sociodémographiques (le sexe, la tranche d'âge, la région d'exercice) et d'autres relatives à la formation théorique et à l'expérience en pratique professionnelle de chacun des participants.

Six questions sont ensuite posées pour répondre à notre objectif principal.

Les critères que nous avons choisis peuvent être organisés en cinq domaines : les caractéristiques psychiatriques et psychologiques du sujet concerné par la mesure, ses caractéristiques sociodémographiques, ses relations sociales et affectives, ses antécédents judiciaires et plus généralement son rapport à la loi- présent et passé- et enfin les caractéristiques de l'infraction commise et la position du sujet vis-à-vis de celle-ci.

Les premières questions, d'ordre général, interrogent le lien entre l'indication d'injonction de soins et la présence, puis l'absence, d'un trouble mental tel que défini par le DSM 5.

En reprenant les principales catégories nosographiques décrites par le DSM 5, nous avons ensuite souhaité interroger l'opportunité d'une injonction de soins au regard de critères cliniques spécifiques.

Les questions suivantes font référence à des facteurs considérés en pratique criminologique et repris au niveau international par plusieurs modèles d'évaluation du risque de violence.

Nous avons également intégré à notre questionnaire des facteurs considérés par la littérature internationale comme n'étant pas en lien avec le risque de récidive. (33)(47)(87)(88)(89)

Nous avons croisé les données communes aux modèles d'évaluation du risque de violence désormais utilisés au niveau international que sont : les instruments et outils actuariels et ceux dits de 3^{ème} génération, le modèle des « *good lives* » développé à partir du modèle RBR (Risque-Besoin-Réceptivité) et le modèle de désistance.

Les outils actuariels et ceux intégrant des facteurs statiques et dynamiques ont été présentés dans notre troisième partie. La HCR-20, la VRAG et la Statique-99R ont notamment été les échelles depuis lesquelles certains de nos critères ont été choisis. (66)(70)(90)

Les facteurs de désistance sont eux, des facteurs dynamiques considérés comme pouvant susciter l'abandon du comportement pro-criminel. Les critères que nous avons retenus de ce modèle largement utilisé dans la pratique criminologique au Canada,(91)(92) sont essentiellement relatifs à l'environnement social et affectif du sujet.

Enfin, le modèle « *good lives* » a été inspiré par le modèle Risque-Besoin-Réceptivité développé dans les années 1990 par J. Bonta et D.A Andrews.(69) Il a pour caractéristique de mettre en évidence des facteurs criminogènes de risque mais également de protection vis-à-vis de la récidive chez les auteurs de violences sexuelles ; ces facteurs nous ont également servis de support pour le choix de nos critères dans une dernière question consacrée cette population de sujets.(93) Pour cette même population, nous nous sommes également appuyés sur les nombreuses données de la littérature internationale rendant compte des facteurs associés ou non au risque de récidive violente et sexuelle(33)(28)(47)(70)(94)(95)(96) ; ceux que nous avons choisis sont relatifs au passé judiciaire du sujet, aux antécédents de faits de nature sexuelle subis, à la caractéristique des victimes, et à la capacité et aux moyens de gestion des émotions.

Enfin, pour répondre à notre objectif secondaire, nous avons également souhaité étudier, dans la sous-population d'experts psychiatres, les moyens utilisés dans leur pratique pour évaluer la dangerosité et le risque de récurrence chez un sujet. Trois questions s'y rapportent. Nous n'avons pas réalisé de test statistique pour rendre compte de ces résultats et y avons procédé de manière qualitative.

Une question finale permettait de recueillir le commentaire libre du participant.

5. Analyse statistique

Les questions communes aux experts psychiatres et aux juges d'application de peines combinent des échelles de réponses à 5 modalités (Fortement en défaveur- En défaveur – En faveur – Fortement en faveur- Ne se prononce pas) ; nous avons fait ce choix afin de permettre aux participants d'apporter une réponse plus nuancée.

A partir de chacun des 42 critères, et pour chacun des variables mesurées, nous avons pu construire des tableaux de contingence. A partir de ces tableaux nous avons ensuite procédé à un Test de Fischer, préféré au test du Chi-deux compte-tenu des petits effectifs dans chaque population. La significativité a été fixée à 10% au vu du faible nombre de données.

Une $p\text{-value} < 0,1\%$ permettait donc de conclure en une différence significative entre experts et magistrats. Cette différence a été trouvée pour 10 critères.

L'ensemble des calculs ont ensuite été effectués sur Python.

III. Résultats

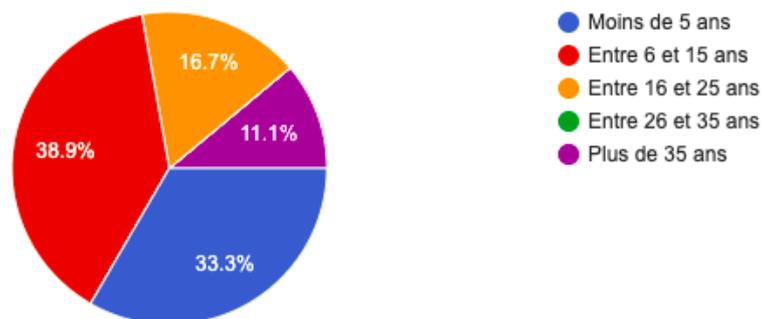
1. Résultats obtenus auprès des experts psychiatres

Les résultats sont analysés à partir des 20 réponses obtenues aux questionnaires envoyés à l'échelle nationale aux 80 experts psychiatres inscrits auprès de Compagnie Nationale des Experts. Le taux de réponses est donc de 26,25%.

a. Données sociodémographiques

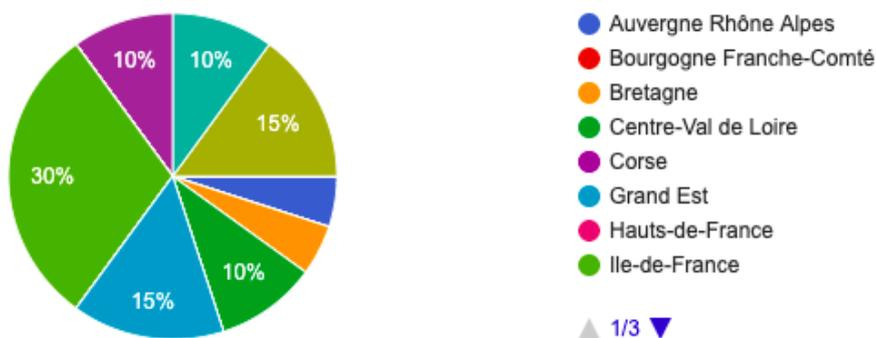
- Concernant le **genre**, la répartition peut être considérée comme équilibrée puisque 60% des experts ayant répondu étaient des hommes et 40% étaient des femmes.

- **L'âge** présentait une répartition relativement homogène : 30% des experts ayant répondu avaient plus de 65 ans, 20% avaient entre 46 et 55, 30% avaient entre 36 et 45 ans, et 20% avaient entre 26 et 35 ans.
- Concernant l'expérience dans le domaine de l'expertise psychiatrique, les professionnels interrogés exerçaient majoritairement en tant qu'experts depuis **moins de 15 ans**.
- Le **nombre moyen d'années d'exercice en tant que psychiatre**, considéré à partir de l'année de soutenance de thèse, était de 21,1 ans.



Graphique 1.1 : Diagramme circulaire représentant la répartition des experts psychiatres en fonction du nombre moyen d'années d'exercices

- Concernant la **région d'exercice**, le plus grand nombre d'experts ayant répondu provenaient de la région Ile de France.



Graphique 1.2 : Diagramme circulaire représentant la répartition géographique des experts psychiatres

- Concernant le **mode d'exercice**, la majorité des professionnels interrogés (71,4%)

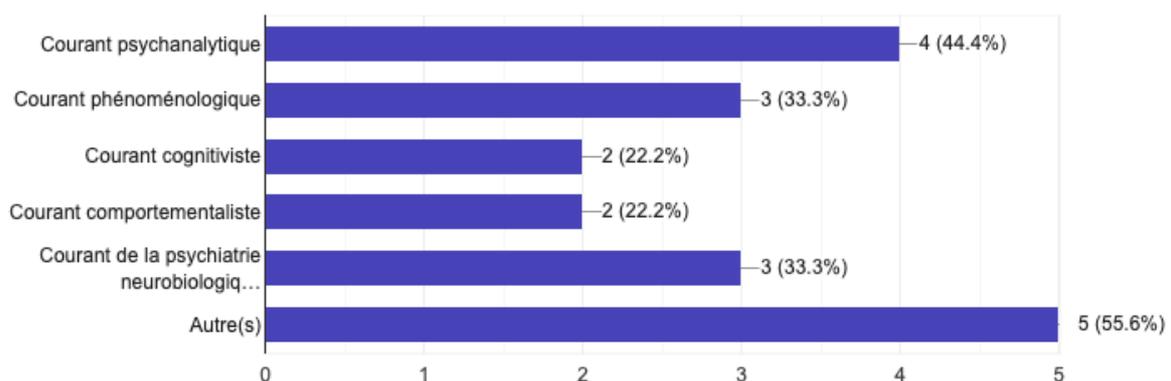
déclaraient avoir une activité hospitalière exclusive. 28,6% d'entre eux déclaraient avoir une activité privée exclusive. Aucun ne déclarait avoir d'activité mixte, hospitalière et privée.

- Concernant la **formation des experts psychiatres**, la grande majorité des experts psychiatres (95%) ont déclaré avoir suivi une formation spécifique en criminologie ou psychiatrie médico-légale au cours de leur parcours professionnel.

a. Les moyens de l'évaluation de la dangerosité et du risque de récidive dans la pratique expertale

- A la question : « **Considérez-vous vous référencer à un courant de pensée qui puisse influencer votre appréciation clinique dans la pratique expertale ?** », seuls 19 participants sur 21 ont répondu :
 - 47,7% (9 experts) ont répondu défavorablement
 - 36,8% (7 experts) favorablement
 - 15,8% (3 experts) ne se sont pas prononcés.

Il s'agissait ensuite, pour les experts ayant favorablement à cette question de préciser le(s) courant(s) de pensée auquel/auxquels ils se référaient. Les réponses ont été les suivantes :



Graphique 1.3 : Diagramme en bâtons représentant les courants de pensée auxquels se réfèrent les experts psychiatres dans leur pratique expertale

- A la question : « **Dans le cadre de l'expertise, utilisez-vous une ou des classification(s) internationale(s) pour déterminer s'il existe, chez le sujet, des anomalies psychiques ou mentales ?** »

- 88,9% ont répondu favorablement
- 11,1% ont répondu défavorablement.

Il s'agissait ensuite de préciser pour les experts ayant répondu favorablement à la question, de préciser à quelle(s) classification(s) ils se référaient :

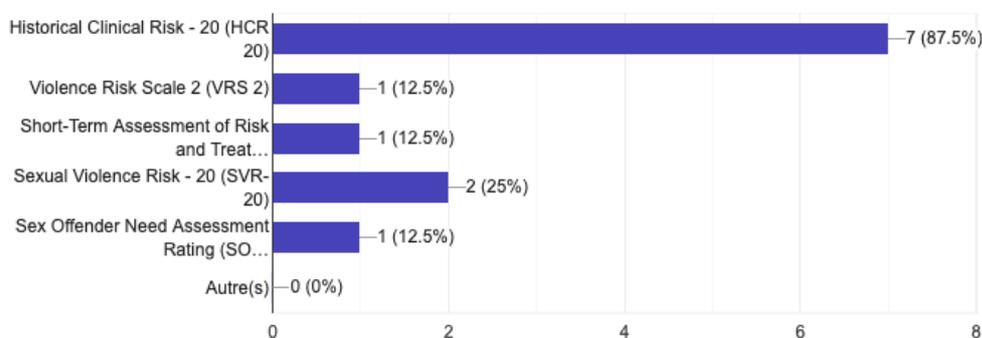
- 87,5% ont déclaré se référer à la CIM 10
- 75 % ont déclaré se référer au DSM V
- 18,8% ont déclaré se référer à une autre classification, sans pouvoir préciser laquelle

- S'agissant des **outils à disposition de l'expert pour l'évaluation de la dangerosité et du risque de récurrence dans le cadre spécifique de l'expertise psychiatrique post-sentencielle**, nous avons distingué, par deux questions, les guides d'entretiens structurés ou semi-structurés des outils actuariels.

- 44,4% des experts ont déclaré utiliser des guides d'entretien structurés ou semi-structurés pour cette évaluation
- Seuls 16,7% ont déclaré s'aider d'échelles actuarielles pour l'évaluation de la dangerosité et du risque récurrence

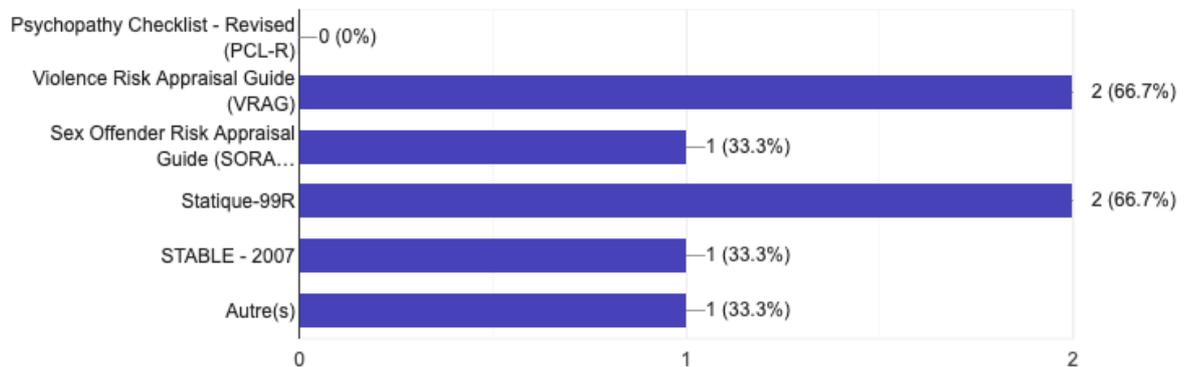
Il était ensuite demandé aux experts de préciser quels outils standardisés étaient utilisés.

Dans le cas des guides d'entretiens structurés ou semi-structurés, l'échelle HCR 20 était l'outil le plus utilisé par les experts.



Graphique 1.4 : Diagramme en bâtons représentant les guides d'entretien structurés ou semi-structurés utilisés par les experts psychiatres pour évaluer la dangerosité et le risque de récurrence chez un sujet.

S'agissant des échelles actuarielles, la VRAG et la Statique-99R étaient celles les plus fréquemment utilisées :



Graphique 1.5 : Diagramme en bâtons représentant les échelles actuarielles utilisées par les experts psychiatres pour évaluer la dangerosité et le risque de récidive chez un sujet.

b. Critères permettant d'exclure ou déterminer l'indication d'injonction de soins

- A la question : « **Au terme de votre expertise, si vous mettiez en évidence, chez le sujet, des arguments cliniques en faveur d'une dangerosité psychiatrique plutôt que criminologique, pourriez-vous conclure en l'opportunité d'une mesure d'injonction de soins** », seuls 19 experts ont répondu.

Parmi les 19 répondants :

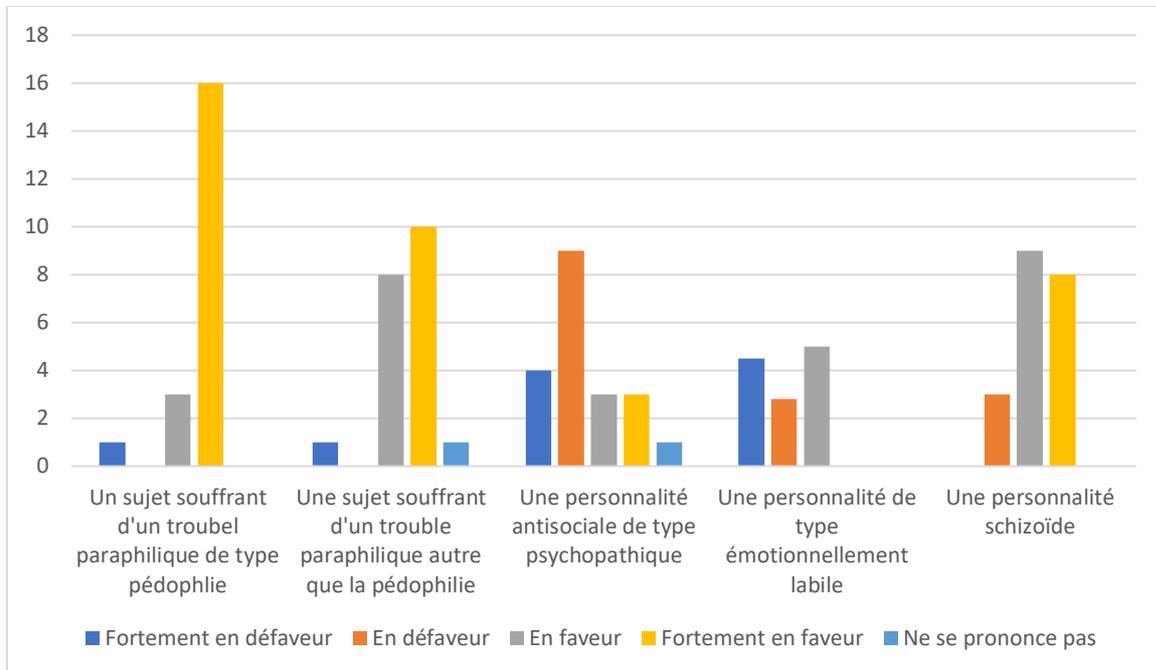
- 17 experts soit 89,5% ont répondu favorablement.
- Aucun n'a répondu défavorablement
- 2 experts ne se sont pas prononcés

- A la question : « **Au terme de votre expertise, si vous ne mettiez en évidence chez le sujet aucun trouble mental tel que défini par le DSM-5, pourriez-vous conclure en l'opportunité d'une mesure d'injonction de soins?** », de même, seuls 19 experts ont répondu.

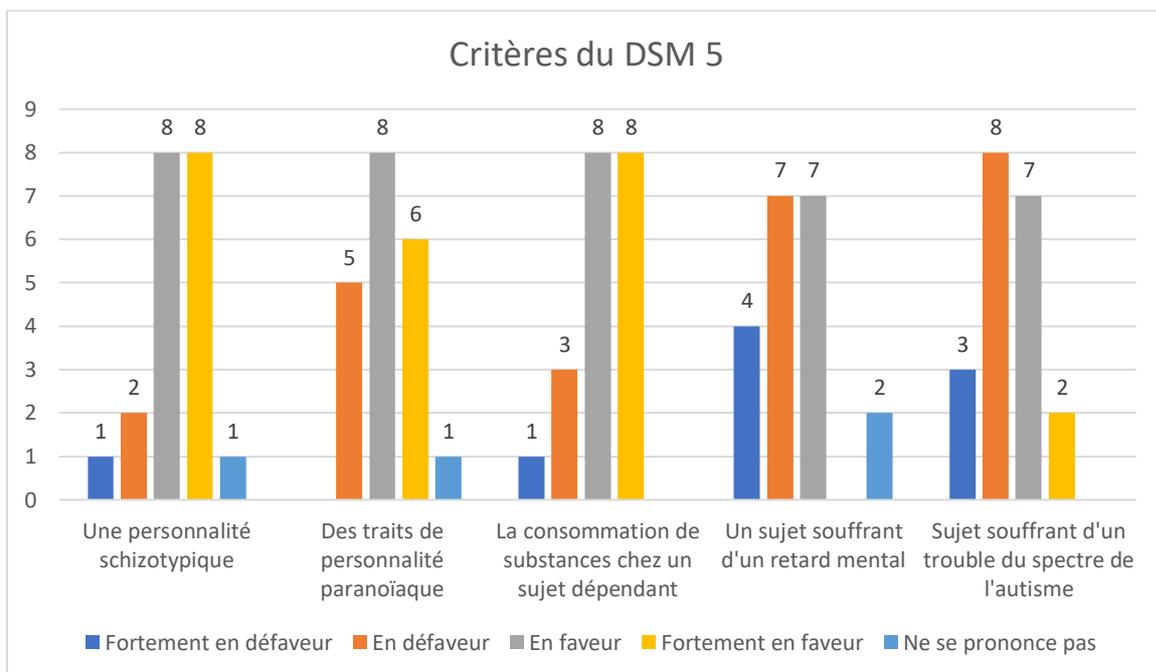
Parmi les 19 répondants :

- 8 experts, soit 42,1% ont répondu favorablement
- 8 experts soit 42% ont répondu défavorablement
- 3 experts, soit 15,8% ne se sont pas prononcés

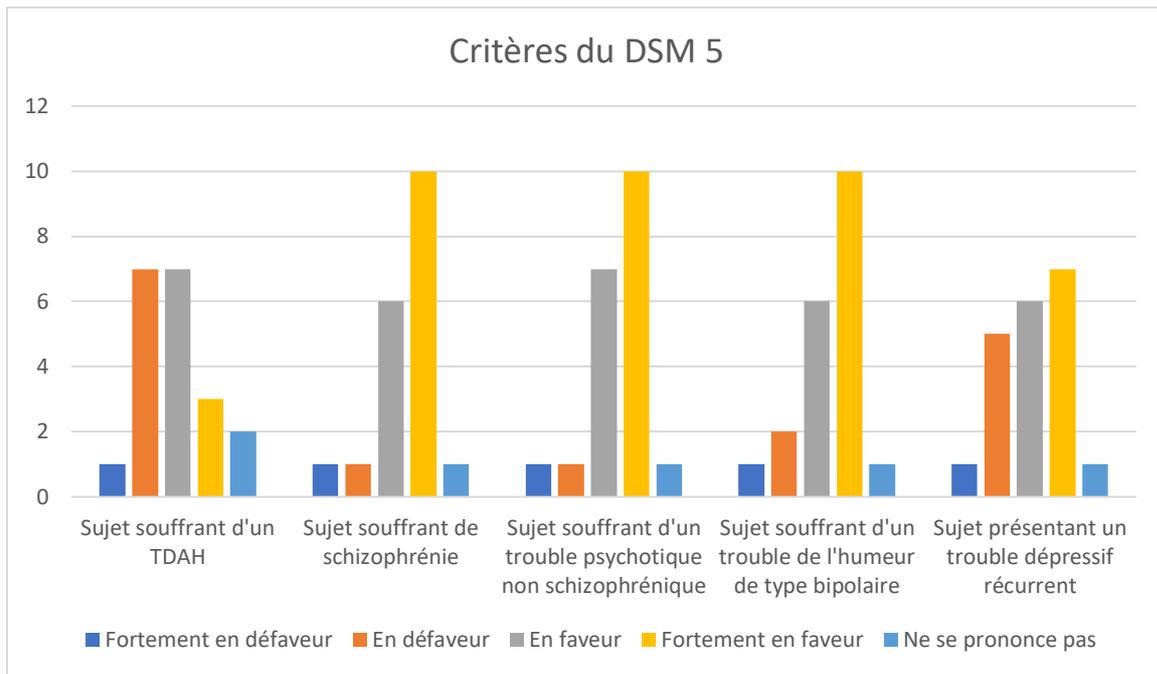
- A la question : « En s'appuyant sur les définitions du DSM-5, pour chacune de ces caractéristiques cliniques, considérez-vous qu'elle puisse être un critère en faveur ou en défaveur d'une injonction de soins ? » les résultats ont été les suivants :



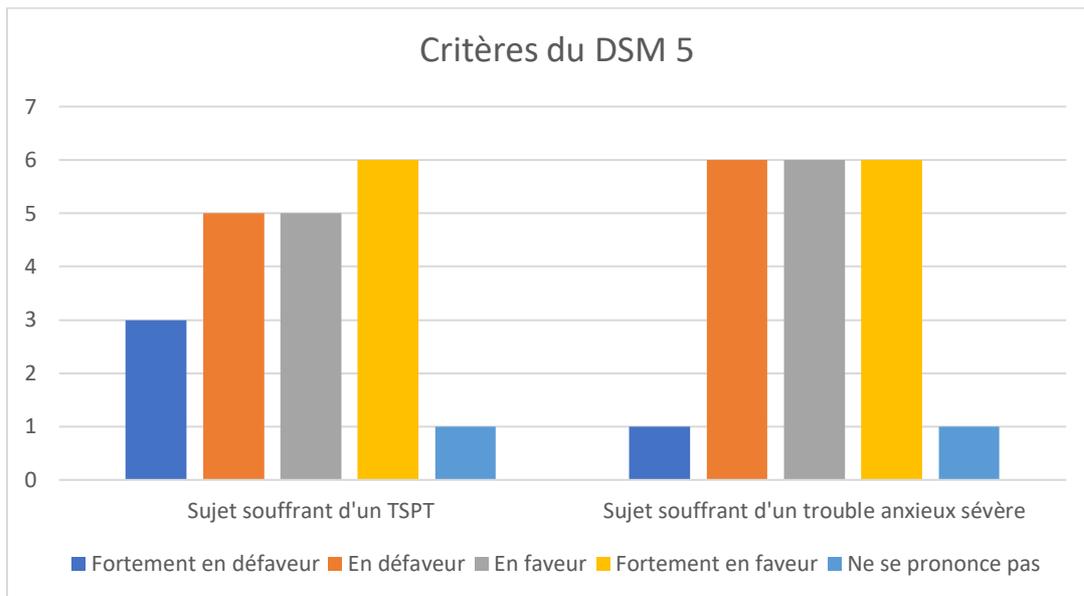
Graphique 1.6 : Diagramme en bâtons représentant les réponses des experts psychiatres à la question portant sur l'indication d'injonction de soins en fonction de critères cliniques du DSM 5.



Graphique 1.7 : Diagramme en bâtons représentant les réponses des experts psychiatres à la question portant sur l'indication d'injonction de soins en fonction de critères cliniques du DSM 5.

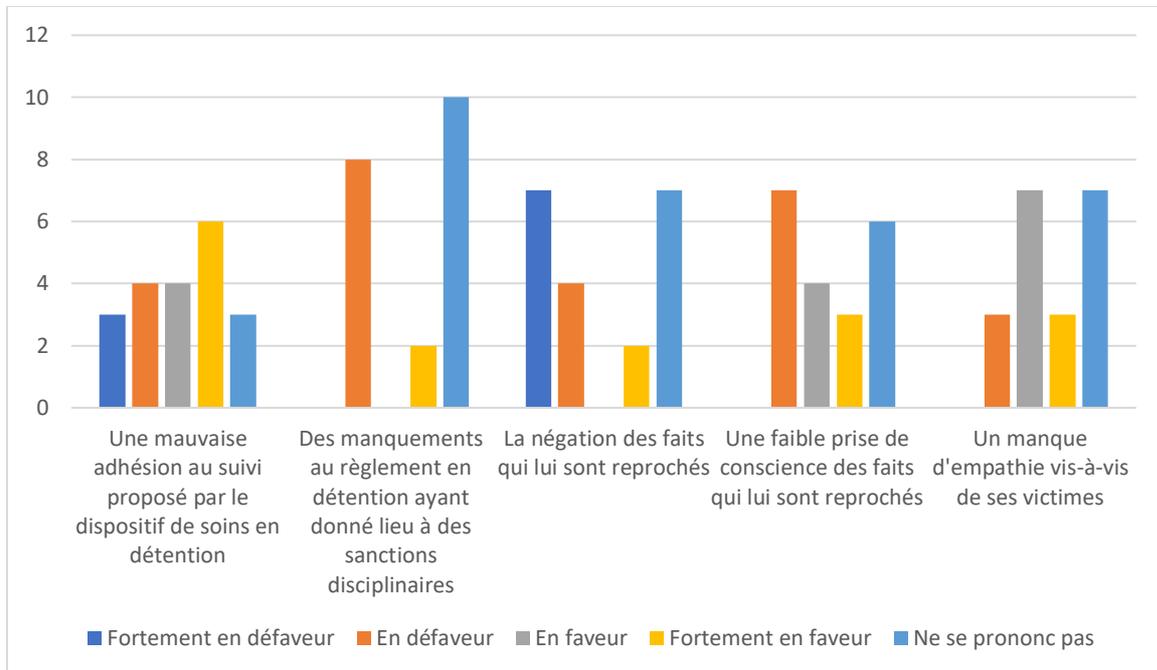


Graphique 1.8: Diagramme en bâtons représentant les réponses des experts psychiatres à la question portant sur l'indication d'injonction de soins en fonction de critères cliniques du DSM 5.



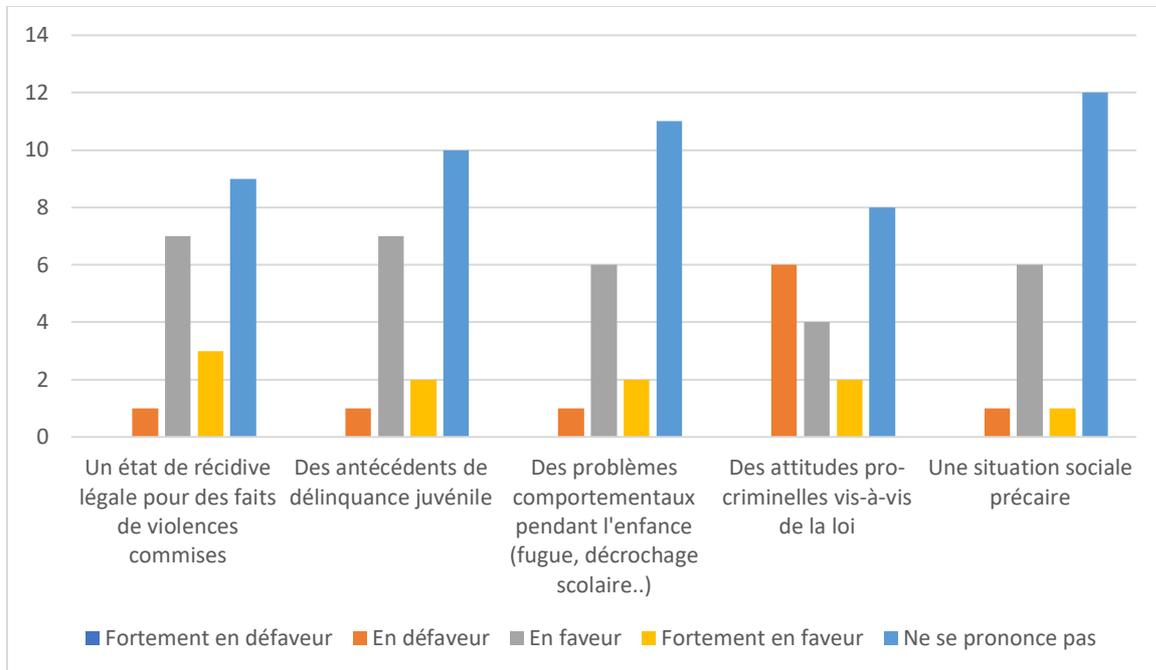
Graphique 1.9: Diagramme en bâtons représentant les réponses des experts psychiatres à la question portant sur l'indication d'injonction de soins en fonction de critères cliniques du DSM 5.

- A la question : « **Pour chacun de ces facteurs rendant compte de l'évolution du sujet au cours de son incarcération, considérez-vous qu'il puisse être un critère en faveur ou en défaveur d'une injonction de soins ?** », les résultats ont été les suivants :

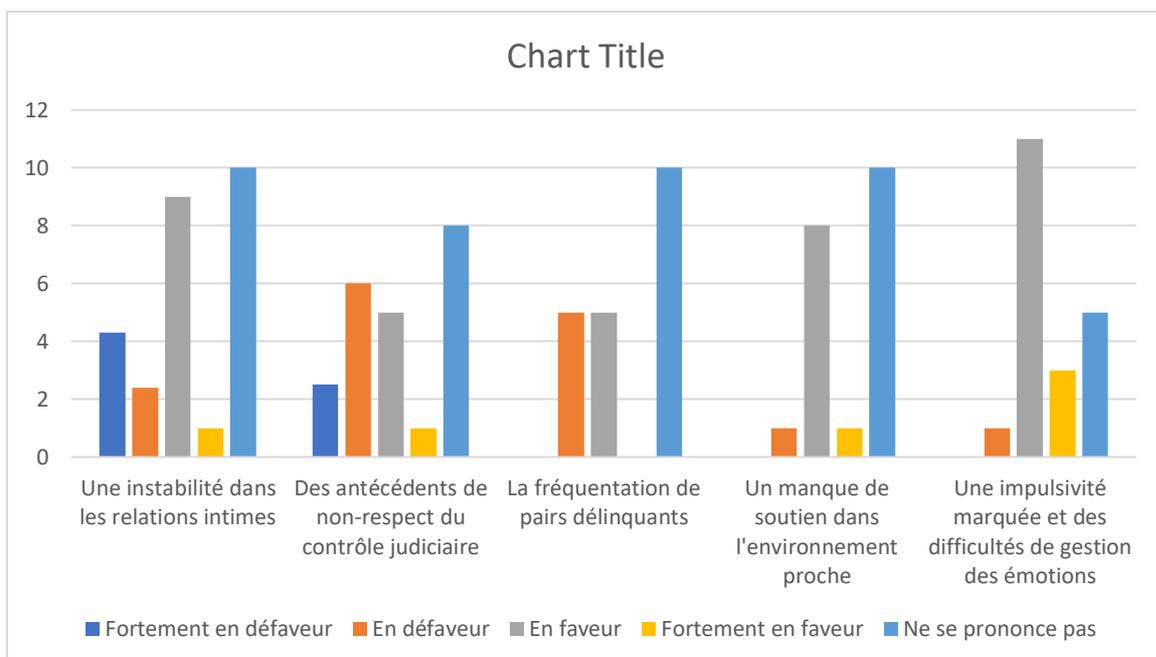


Graphique 1.10 : Diagramme en bâtons représentant les réponses des experts psychiatres à la question portant sur l'indication d'injonction de soins en fonction de critères liés à l'évolution du sujet au cours de son incarcération

- A la question : « **Pour chacun de ces éléments retrouvés chez le sujet, considérez-vous qu'il puisse être un critère en faveur ou en défaveur d'une injonction de soins?** » les résultats ont été les suivants :

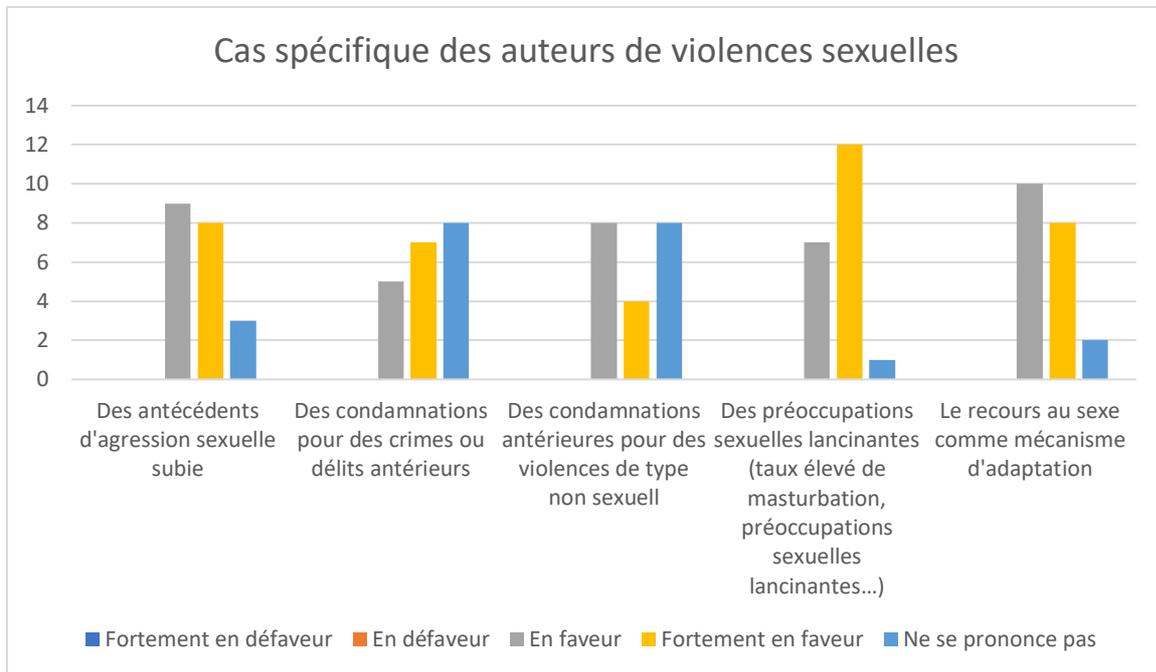


Graphique 1.11 : Diagramme en bâtons représentant les réponses des experts psychiatres à la question portant sur l'indication d'injonction de soins en fonction de critères criminologiques statiques et dynamiques

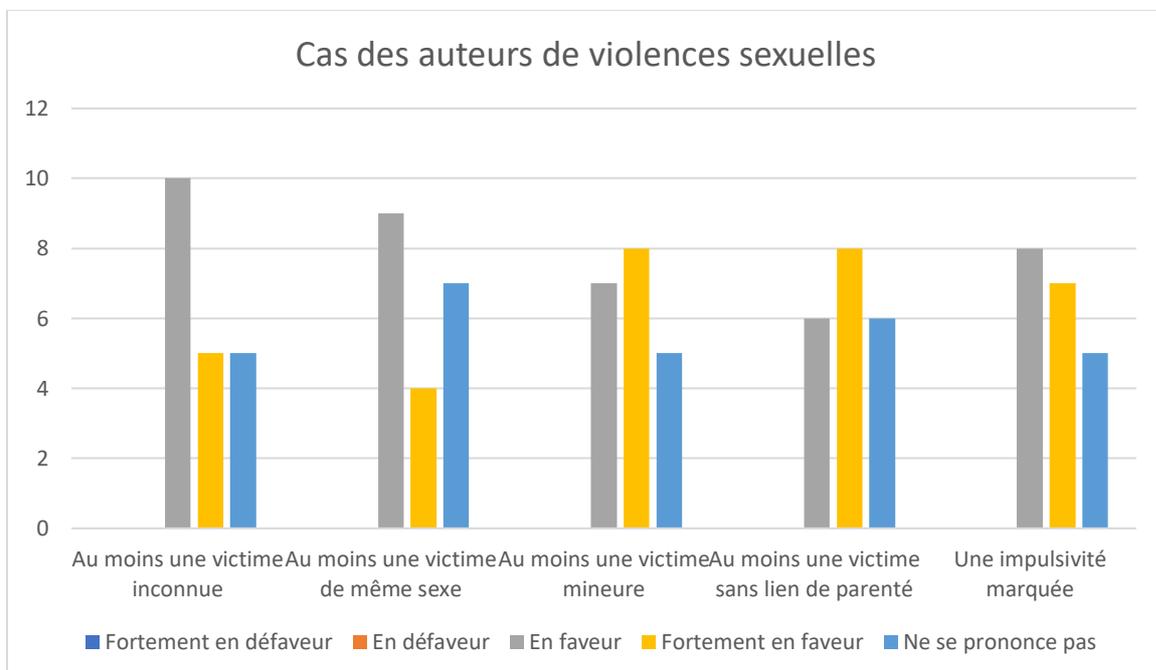


Graphique 1.12 : Diagramme en bâtons représentant les réponses des experts psychiatres à la question portant sur l'indication d'injonction de soins en fonction de critères criminologiques statiques et dynamique

- A la question : « **Dans le cas spécifique d'auteurs de violences sexuelles, considérez-vous que chacun de ces éléments soit plutôt un critère en faveur ou en défaveur d'une injonction de soins?** » les résultats ont été les suivants :



Graphique 1.13: Diagramme en bâtons représentant les réponses des experts psychiatres à la question portant sur l'indication d'injonction de soins chez des auteurs de violences sexuelles



Graphique 1.14: Diagramme en bâtons représentant les réponses des experts psychiatres à la question portant sur l'indication d'injonction de soins chez des auteurs de violences sexuelles

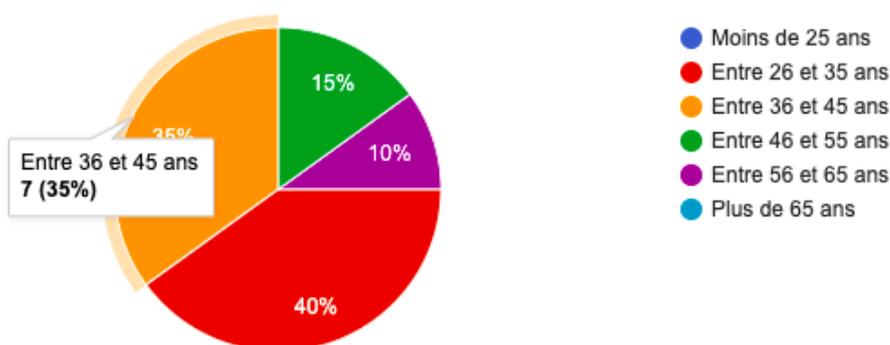
2. Résultats obtenus auprès des juges d'application des peines

Les résultats ont été analysés à partir des 20 réponses obtenues aux questionnaires envoyés au niveau national à 180 Juges d'Application des Peines.

a. Données sociodémographiques

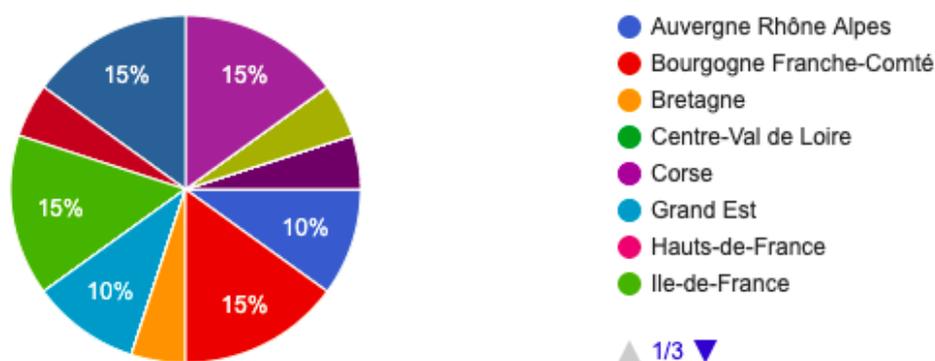
- Concernant le **genre**, la répartition peut être considérée comme équilibrée puisque 55% des JAP ayant répondu étaient des femmes et 45% étaient des hommes
- Concernant l'**âge**, la majorité des JAP ayant répondu **avaient moins de 45 ans**.

Les classes d'âges ont été réparties de la façon suivante :



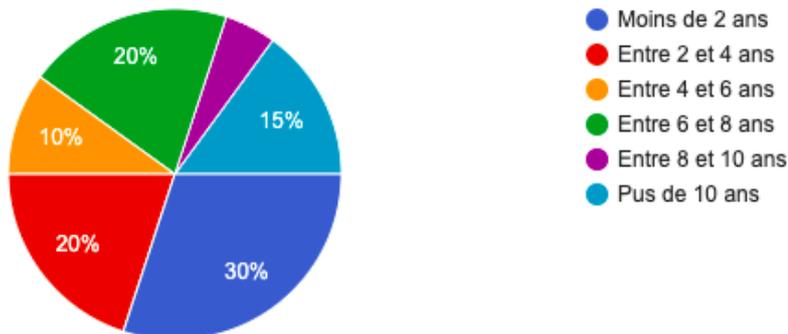
Graphique 2.1 : Diagramme circulaire représentant la répartition des JAP en fonction de leur âge

- Concernant la **situation géographique du lieu d'exercice**, nous avons obtenu une population relativement hétérogène sur l'ensemble de la France, répartie de la façon suivante :



Graphique 2.2: Diagramme circulaire représentant la répartition géographique des JAP

- Concernant l'**ancienneté dans l'exercice de la fonction de Juge d'application des peines**, 50% des magistrats ayant répondu exerçaient depuis moins de 4 ans.



Graphique 2.3 : Diagramme circulaire représentant la répartition des JAP en fonction de leur ancienneté d'exercice dans la fonction de juge d'application des peines

- Interrogés sur la possibilité d'une **formation spécifique en criminologie ou psychiatrie médico-légale**, suivie au cours de leur parcours professionnel, 84,2% soit 16 magistrats interrogés y ont répondu favorablement.

Seuls 3 magistrats ont déclaré ne pas avoir reçu de formation spécifique dans ces domaines.

b. Critères donnant lieu à une indication d'injonction de soins

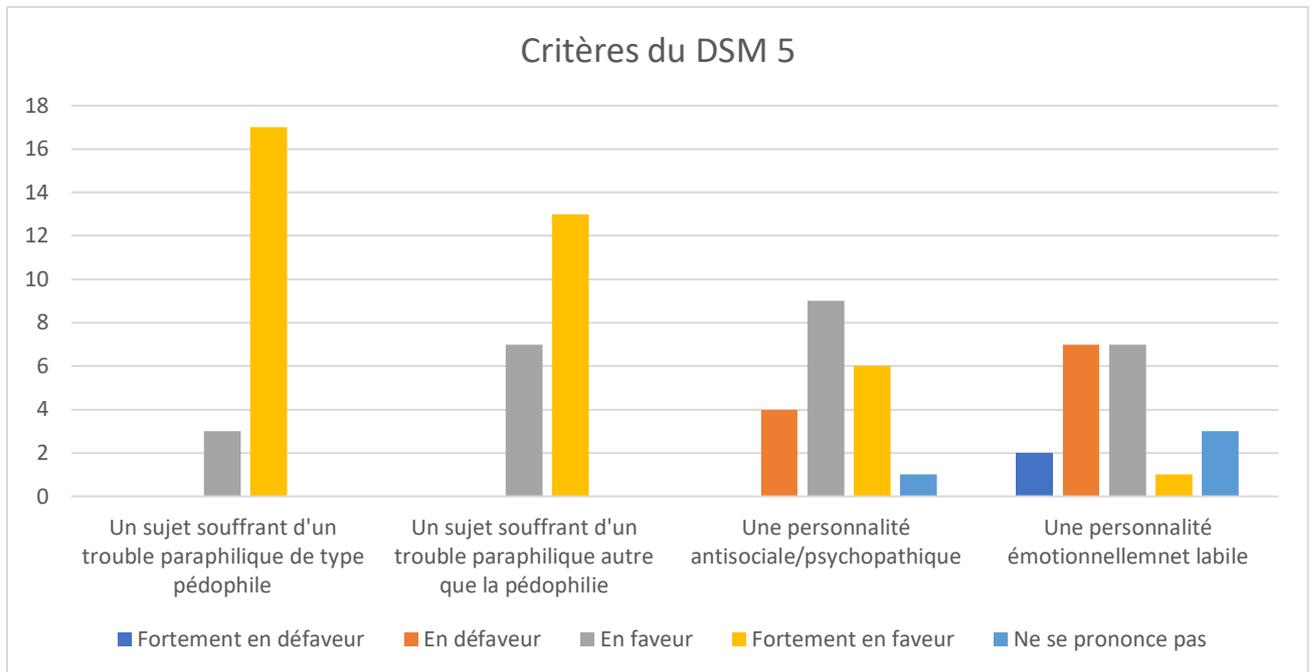
- A la question : « **Si, dans son rapport d'expertise, le psychiatre mettait en évidence des arguments cliniques en faveur d'une dangerosité psychiatrique plutôt que criminologique, pourriez-vous prononcer une injonction de soins?** »

- 17 magistrats, soit 85% ont répondu favorablement
- Seul 1 Juge d'application des peines a répondu défavorablement
- 2 Juges d'application des peines ont souhaité ne pas se prononcer

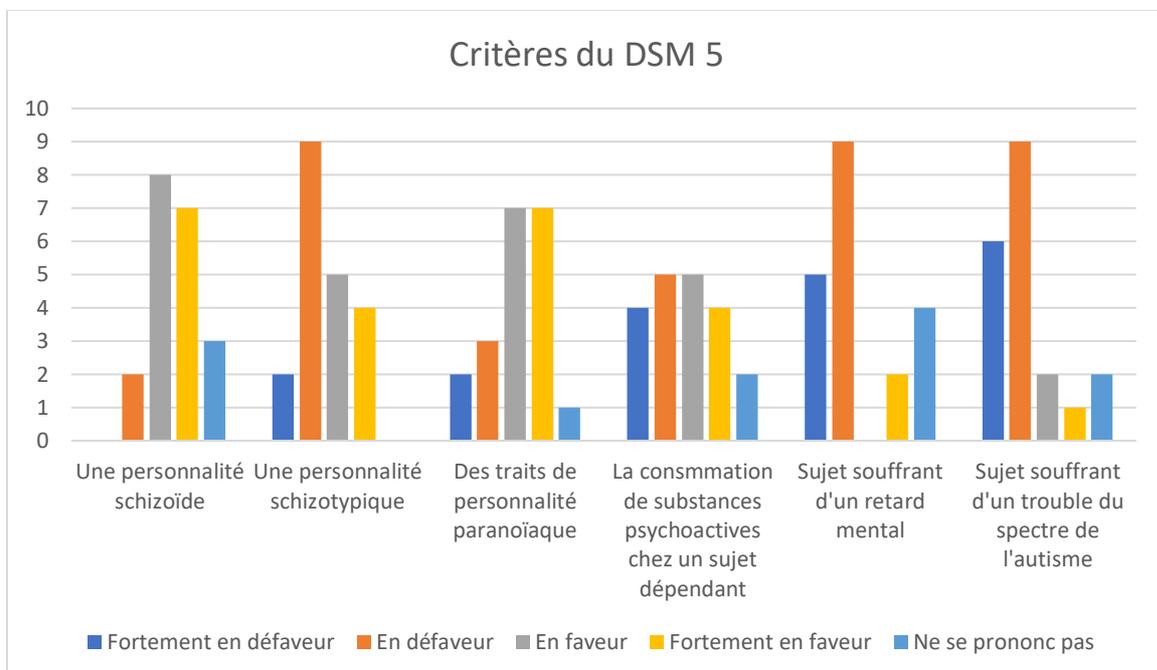
- A la question : « **Si dans son rapport d'expertise, le psychiatre ne mettait en évidence aucun trouble mental chez le sujet, pourriez-vous prononcer une injonction de soins ?** »

- 17 magistrats soit 85% ont répondu favorablement
- 3 magistrats ont répondu défavorablement

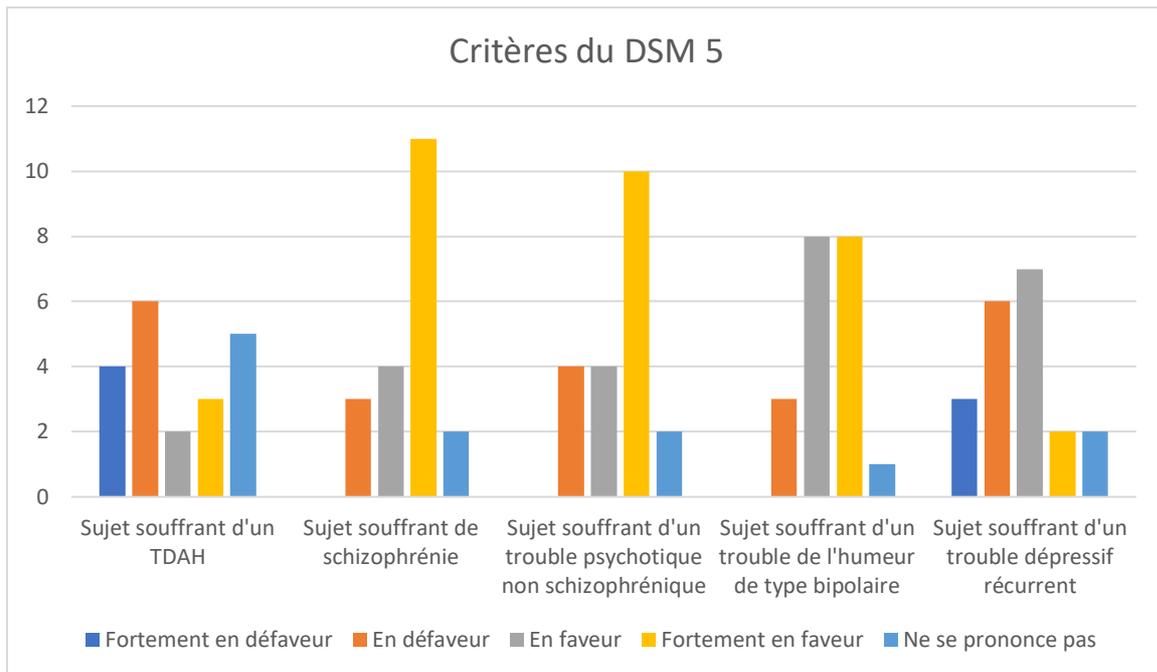
- A la question : « **En s'appuyant sur les définitions du DSM-5, pour chacune de ces caractéristiques cliniques, considérez-vous qu'elle puisse être un critère en faveur ou en défaveur d'une injonction de soins ?** » les résultats ont été les suivants :



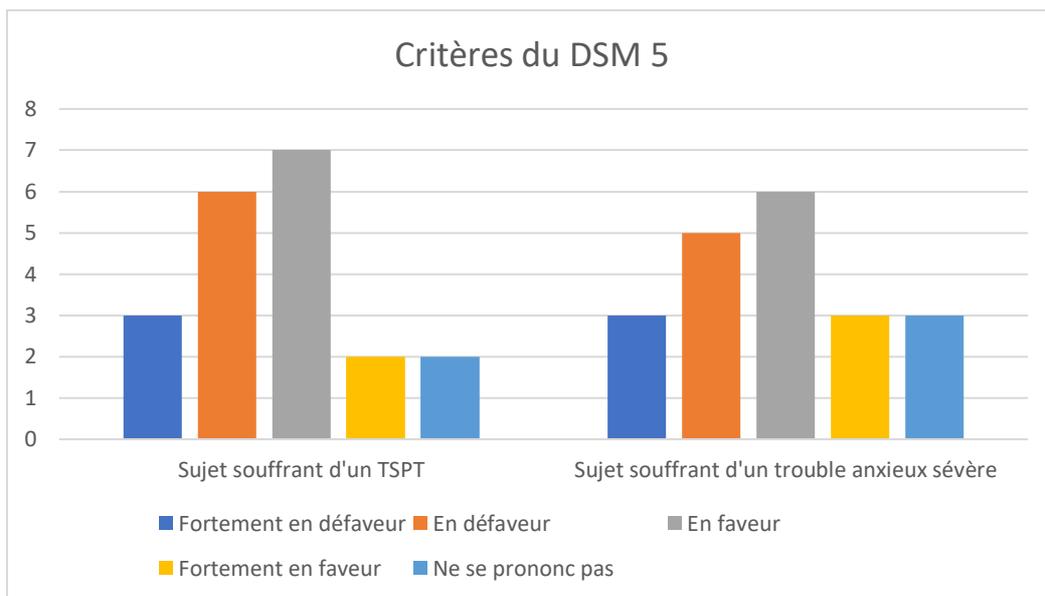
Graphique 2.4: Diagramme en bâtons représentant les réponses des JAP à la question portant sur l'indication d'injonction de soins en fonction de critères cliniques du DSM 5.



Graphique 2.5: Diagramme en bâtons représentant les réponses des JAP à la question portant sur l'indication d'injonction de soins en fonction de critères cliniques du DSM 5.

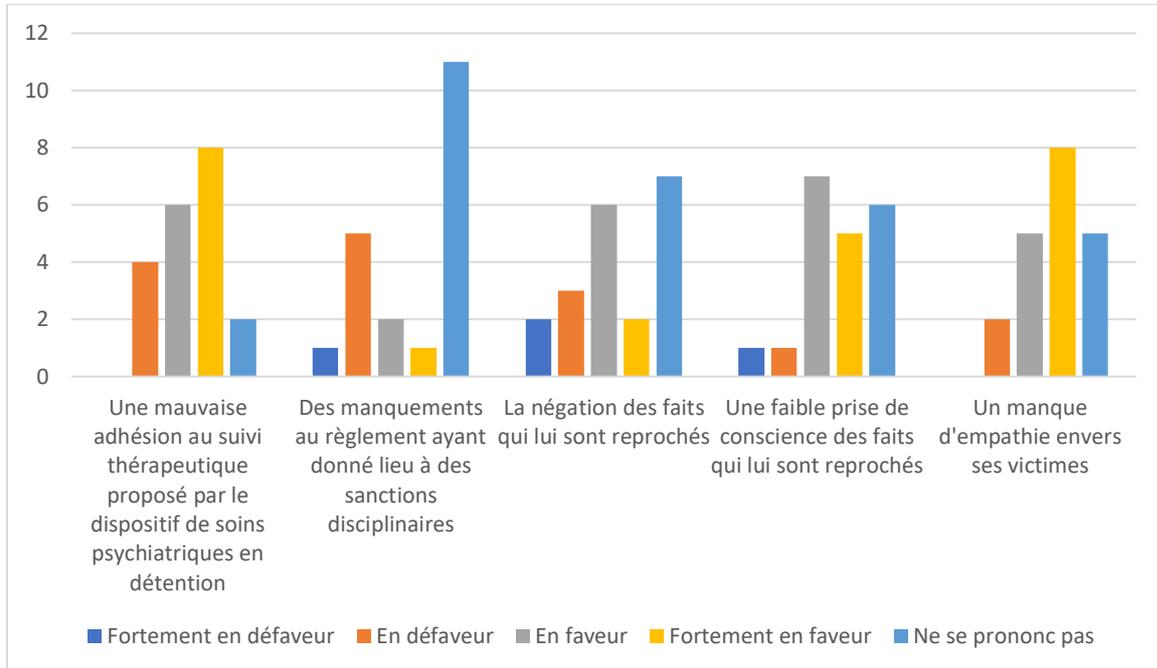


Graphique 2.6: Diagramme en bâtons représentant les réponses des JAP à la question portant sur l'indication d'injonction de soins en fonction de critères cliniques du DSM 5.



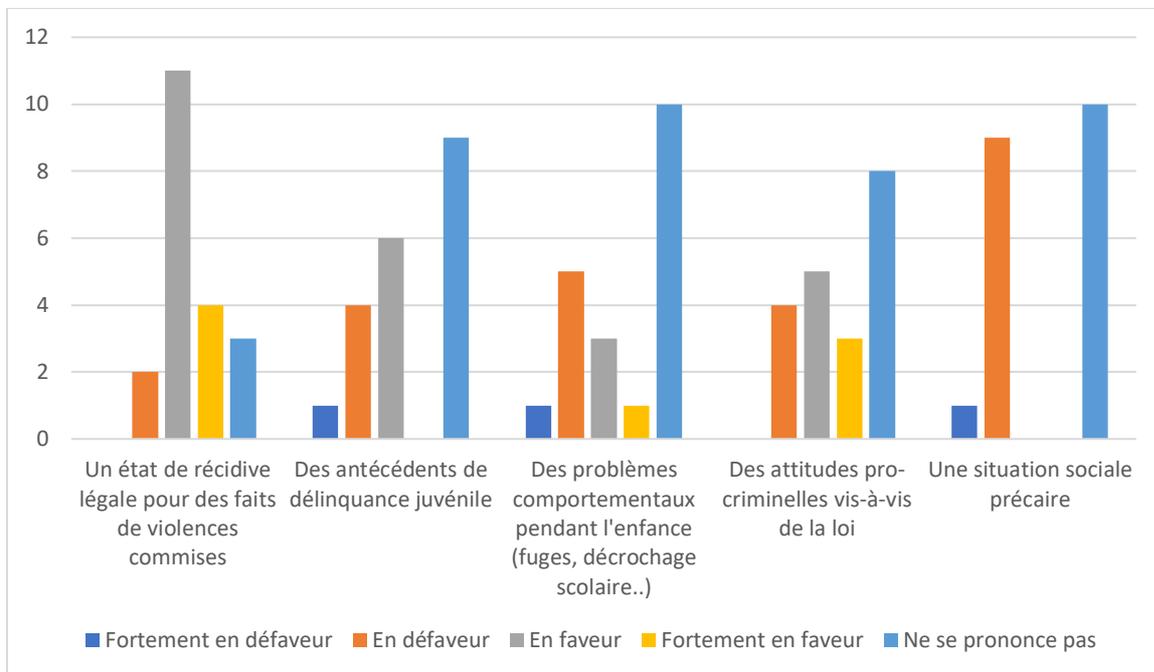
Graphique 2.7: Diagramme en bâtons représentant les réponses des JAP à la question portant sur l'indication d'injonction de soins en fonction de critères cliniques du DSM 5.

- A la question : « **Pour chacun de ces facteurs rendant compte de l'évolution du sujet au cours de son incarcération, considérez-vous qu'il puisse être un critère en faveur ou en défaveur d'une injonction de soins ?** », les résultats ont été les suivants :

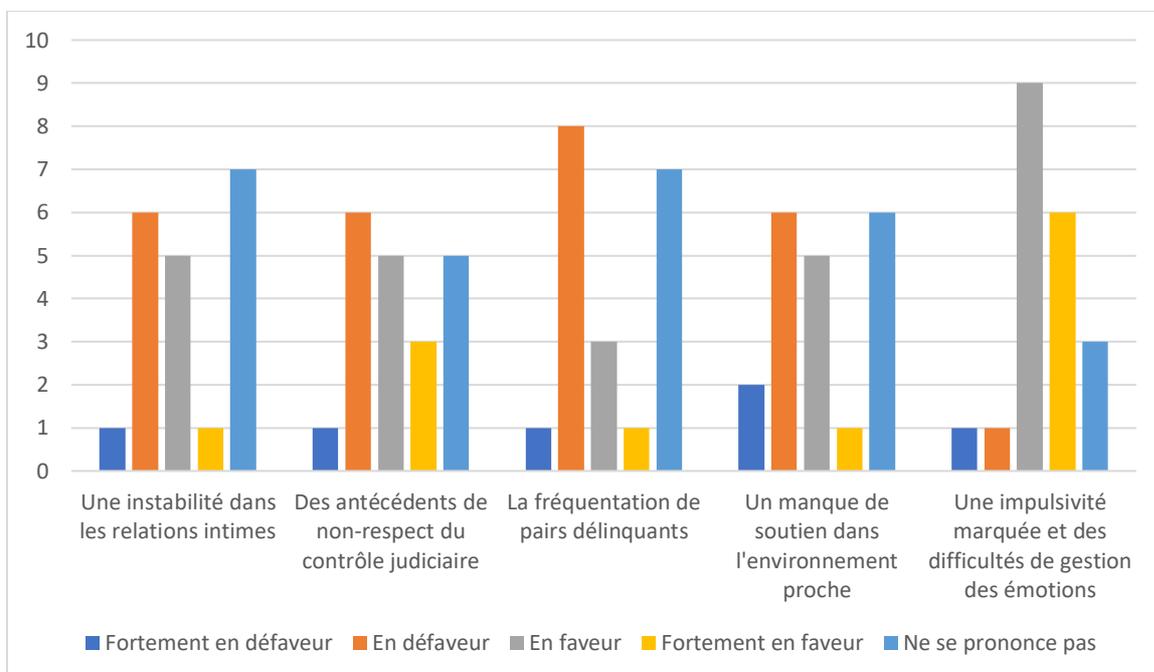


Graphique 2.8 : Diagramme en bâtons représentant les réponses des JAP à la question portant sur l'indication d'injonction de soins en fonction de critères liés à l'évolution du sujet au cours de son incarcération

- A la question : « Pour chacun de ces éléments retrouvés chez le sujet, considérez-vous qu'il puisse être un critère en faveur ou en défaveur d'une injonction de soins? » les résultats ont été les suivants :

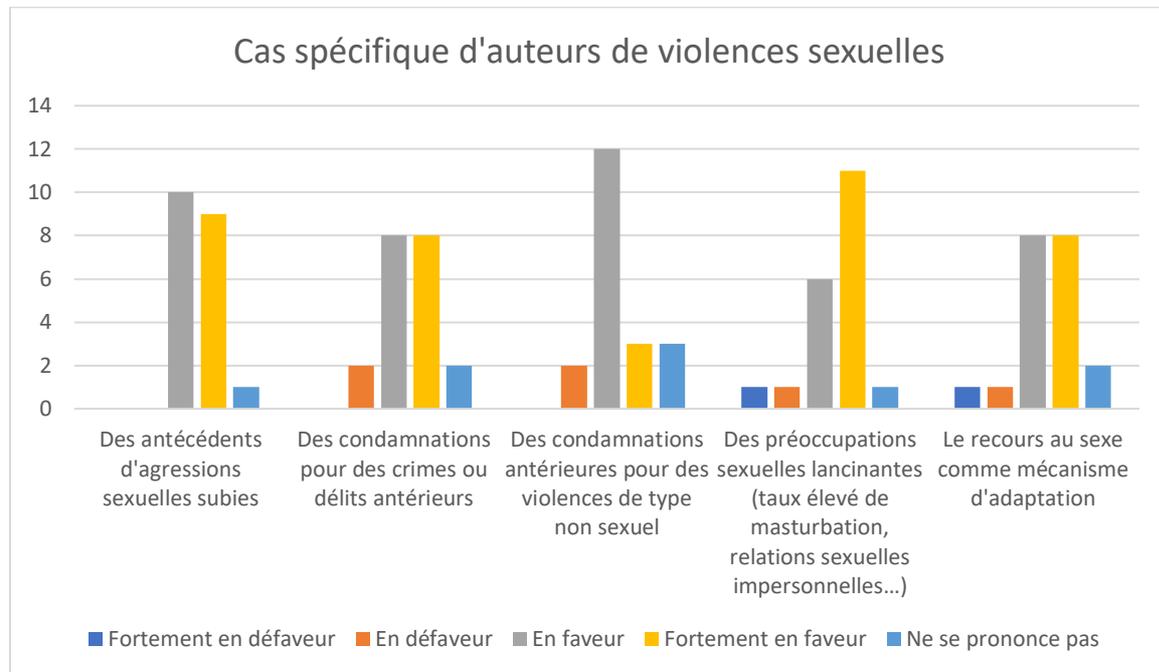


Graphique 2.9 : Diagramme en bâtons représentant les réponses des JAP à la question portant sur l'indication d'injonction de soins en fonction de critères criminologiques statiques et dynamiques

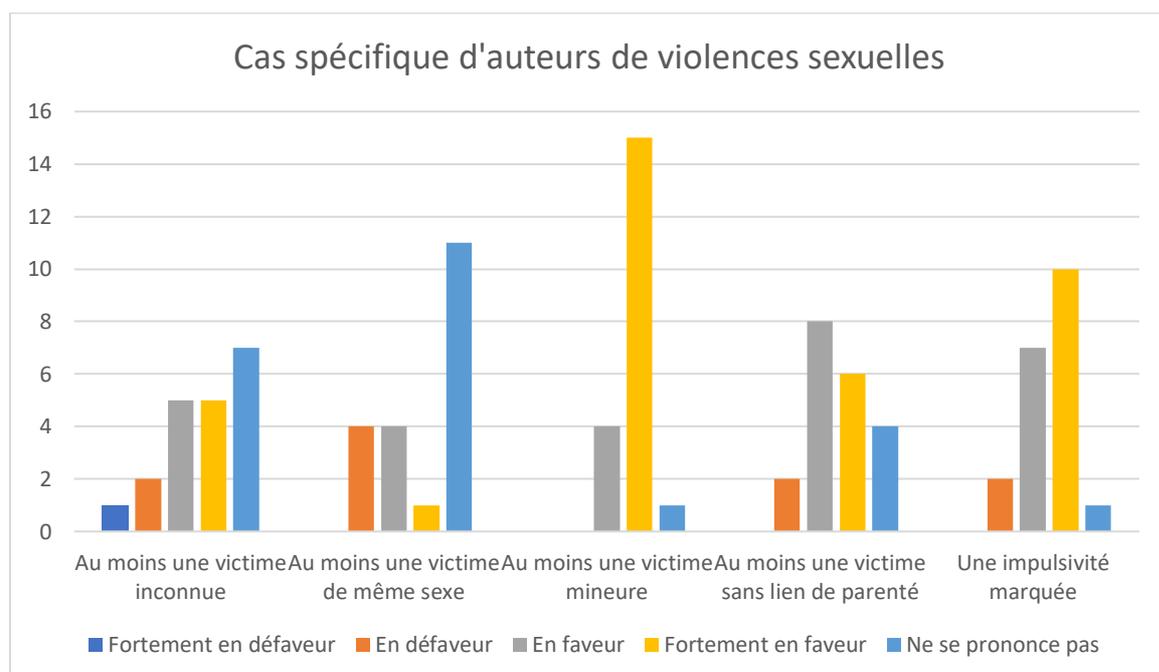


Graphique 2.10: Diagramme en bâtons représentant les réponses des JAP à la question portant sur l'indication d'injonction de soins en fonction de critères criminologiques statiques et dynamiques

- A la question : « **Dans le cas spécifique d'auteurs de violences sexuelles, considérez-vous que chacun de ces éléments soit plutôt un critère en faveur ou en défaveur d'une injonction de soins? »**



Graphique 2.11: Diagramme en bâtons représentant les réponses des JAP à la question portant sur l'indication d'injonction de soins chez des auteurs de violences sexuelles



Graphique 2.12: Diagramme en bâtons représentant les réponses des JAP à la question portant sur l'indication d'injonction de soins chez des auteurs de violences sexuelles

3. Comparaison des résultats obtenus auprès des experts psychiatres et des juges d'application des peines

Nous avons donc effectué un test de Fischer pour les 42 critères, à partir des données obtenues dans chacune des deux populations.

Nous présenterons dans un premier temps, sous forme de tableaux, les résultats statistiques obtenus pour chacun des 42 critères, puis détaillerons à l'aide de tableaux de contingence les critères pour lesquels il a été observé la différence la plus significative entre experts psychiatres et juges d'application des peines.

Tableau 3.1 : Comparaison des résultats pour 32 critères à l'aide d'un Test de Fischer ($p < 0,1$)

	<i>p value (< 0,1)*</i>
Sujet souffrant d'un trouble paraphilique de type pédophile	0,9999
Sujet souffrant d'un trouble paraphilique autre que la pédophilie	0,6212
Une personnalité antisociale / psychopathique	<u>0,0287</u>
Une personnalité émotionnellement labile de type borderline	<u>0,0776</u>
Une personnalité schizoïde	0,4097
Une personnalité schizotypique	0,4916
Des traits de personnalité paranoïaque	0,7933
La consommation de substances psychoactives chez un sujet dépendant	0,2090
Un sujet souffrant d'un retard mental	<u>0,0284</u>
Un sujet souffrant d'un TSA	0,2053
Un sujet souffrant d'un TDAH	0,2260
Un sujet souffrant de schizophrénie	0,7233
Un sujet souffrant d'un trouble psychotique non schizophrénique	0,5056
Un sujet souffrant d'un trouble de l'humeur de type bipolaire	0,8656
Un sujet souffrant d'un TSPT	0,7395
Un sujet souffrant d'un trouble dépressif récurrent	0,4040
Un sujet souffrant d'un trouble anxieux sévère	0,3771
Une mauvaise adhésion aux soins proposés par le dispositif de soins psychiatrique en détention	0,5053
Des manquements au règlement ayant donné lieu à des sanctions disciplinaires	<u>0,0498</u>
La négation des faits qui lui sont reprochés	<u>0,0501</u>
Une faible prise de conscience des faits qui lui sont reprochés	0,1333
Un manque d'empathie vis-à-vis de ses victimes	0,3725
Un état de récidive légale pour des faits de violence antérieurs	0,2410
Des antécédents de délinquance juvénile	0,3502
Des problèmes comportementaux pendant l'enfance (fugues, décrochage scolaire...)	0,2952
Des attitudes pro-criminelles vis-à-vis de la loi	0,8880
Une situation sociale précaire	<u>0,0010</u>
Une instabilité dans les relations intimes	<u>0,0350</u>
Des antécédents de non-respect du contrôle judiciaire	0,6923
La fréquentation de pairs délinquants	0,4632
Un manque de soutien dans l'environnement proche	<u>0,0989</u>
Une impulsivité marquée et des difficultés de gestion des émotions	0,6998

* *Two-sided Fischer's Exact Test*

Tableau 3.2: Comparaison des résultats obtenus pour 10 critères correspondant au cas spécifique des auteurs de violences sexuelles

	<i>p value (< 0,1)*</i>
Des antécédents d'agressions sexuelles subies	0,8045
Des condamnations pour des crimes ou délits antérieurs	0,0897
Des condamnations antérieures pour des violences de type non sexuel	0,1427
Des préoccupations sexuelles lancinantes (taux élevé de masturbation, relations sexuelles impersonnelles...)	0,9999
Le recours au sexe comme mécanisme d'adaptation	0,9455
Au moins une victime inconnue	0,2812
Au moins une victime de même sexe	0,0329
Au moins une victime mineure	0,0674
Au moins une victime sans lien de parenté	0,5201
Une impulsivité marquée	0,1707

* *Two-sided Fischer's Exact Test*

a. Critères cliniques ayant donné lieu à des différences d'appréciation entre experts psychiatres et magistrats

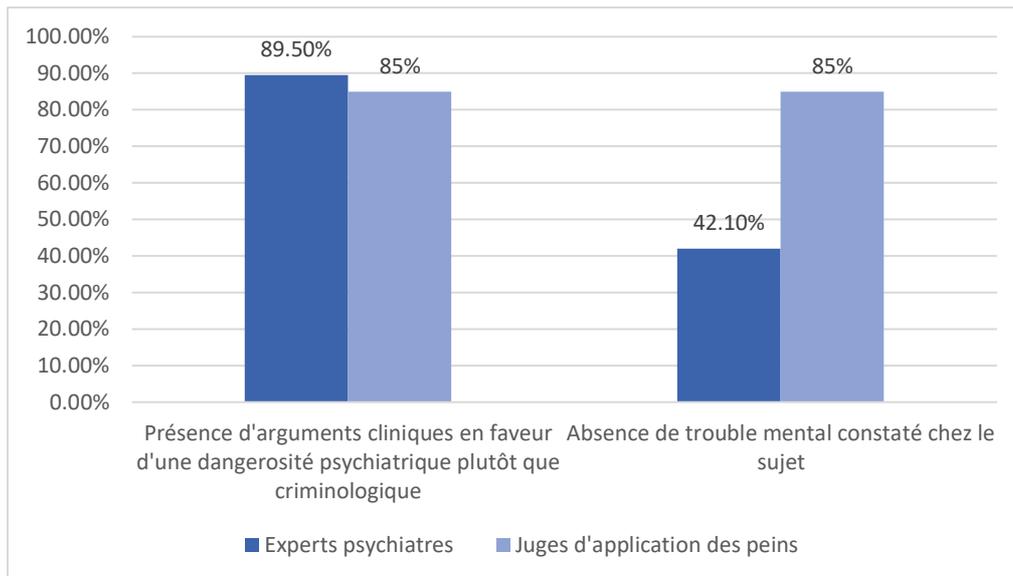
Nous souhaitons d'abord connaître l'avis des participants sur l'opportunité d'une injonction de soins dans le cas où il était établi que le sujet **présentait une dangerosité psychiatrique plutôt que criminologique**, sous-tendue donc par une pathologie mentale.

A cette question, les réponses entre experts psychiatres et magistrats ont été équilibrées ; chaque population s'est en effet prononcée majoritairement (89,5% pour les experts psychiatres et 85% pour les JAP) en faveur d'une d'injonction de soins dans le cas où le sujet présente une dangerosité psychiatrique plutôt que criminologique.

Une autre question interrogeait les participants sur l'opportunité d'une injonction de soins dans le cas où **le sujet ne présente pas de trouble mental au sens du DSM 5**.

A cette question les réponses ont été partagées ; les experts psychiatres ont considéré dans 42 % des cas qu'une injonction de soins n'était pas opportune lorsque le sujet ne présente pas de trouble mental et dans 42,10% des cas qu'elle l'était.

Les magistrats ont, eux, considéré dans 85% des cas que l'injonction de soins était opportune lorsque le sujet de présente pas de trouble mental au sens du DSM 5.



Graphique 3.1 – Histogramme en fréquence des réponses des experts psychiatres et des magistrats aux questions portant sur l’indication d’injonction de soins dans deux situations spécifiées

Note de lecture : 89,5% des experts psychiatres se prononcent en faveur d’une injonction de soins dans le cas où sont mis en évidence des arguments cliniques en faveur d’une dangerosité psychiatrique plutôt que criminologique

42,10% des experts et 85% des JAP se prononcent en faveur d’une injonction de soins dans le cas où il n’est constaté aucun trouble mental chez le sujet

> Cas de sujets présentant un trouble de la personnalité de type antisocial/psychopathique :

	Fortement en défaveur	En défaveur	En faveur	Fortement en faveur	Ne se prononce pas	Total
Experts psychiatres	4	9	3	3	1	20
JAP	0	4	9	6	1	20
Total	4	13	12	9	2	20

Tableau 3.3 Tableau de contingence présentant les réponses des participants à la question de l’opportunité d’une injonction de soins pour un sujet présentant **une personnalité antisociale/psychopathique**

Note de lecture : 9 experts psychiatres et 4 magistrats se sont prononcés en défaveur d’une injonction de soins pour un sujet présentant un trouble de la personnalité de type antisociale/psychopathique

Une différence significative ($p = 0,0287$) a été retrouvée entre les réponses des experts psychiatres et des magistrats. Le tableau de contingence nous permet de conclure que les **experts psychiatres considèrent en majorité qu’une injonction de soins n’est pas opportune** pour un sujet présentant un trouble de la personnalité de type antisocial/psychopathique tandis qu’il s’agit d’un argument clinique en faveur du prononcé de la mesure pour les magistrats.

> Cas de sujets souffrant d'un retard mental

	Fortement en défaveur	En défaveur	En faveur	Fortement en faveur	Ne se prononce pas	Total
Experts psychiatres	4	7	0	7	2	20
JAP	5	9	0	2	4	20
Total	9	16	0	9	6	40

Tableau 3.5 : Tableau de contingence présentant les réponses des participants à la question de l'opportunité d'une injonction de soins pour un **sujet souffrant d'un retard mental**

Une différence significative ($p = 0,0284$) a été retrouvée entre les réponses des experts psychiatres et des magistrats ; le tableau de contingence nous indique que les magistrats sont davantage en défaveur d'une injonction de soins lorsque le sujet présente un retard mental.

b. Prise en compte de critères criminologiques pour déterminer l'indication de l'injonction de soins

> La négation des faits

	Fortement en défaveur	En défaveur	En faveur	Fortement en faveur	Ne se prononce pas	Total
Experts psychiatres	7	4	0	2	7	20
JAP	2	3	6	2	7	20
Total	9	7	6	4	14	40

Tableau 3.6 : Tableau de contingence présentant les réponses des participants à la question de l'opportunité d'une injonction de soins **dans le cas où le sujet nie les faits qui lui sont reprochés** malgré une prise en charge débutée pendant l'incarcération

Une différence significative ($p= 0,05$) a été retrouvée pour ce critère. Le tableau de contingence nous informe sur le fait que **les experts psychiatres le considèrent plutôt comme un critère étant en défaveur d'une injonction de soins tandis que les JAP le considèrent comme un critère étant en faveur.**

> L'influence d'une situation sociale précaire

	Fortement en défaveur	En défaveur	En faveur	Fortement en faveur	Ne se prononce pas	Total
Experts psychiatres	0	1	6	1	12	20
JAP	1	9	0	0	10	20
Total	1	10	6	1	12	40

Tableau 3.8 : Tableau de contingence présentant les réponses des participants à la question de l'opportunité d'une injonction de soins **dans le cas où le sujet soit considéré dans une situation sociale précaire**

Une différence significative ($p= 0,01$) a été retrouvée pour ce critère. Le tableau de contingence nous montre que **pour les magistrats, le fait d'être dans une situation sociale précaire est un critère en défaveur d'une injonction de soins tandis qu'il est un critère en faveur de la mesure pour les experts psychiatres.**

> L'instabilité dans les relations intimes du sujet

	Fortement en défaveur	En défaveur	En faveur	Fortement en faveur	Ne se prononce pas	Total
Experts psychiatres	0	0	9	1	10	20
JAP	1	6	1	5	7	20
Total	1	6	10	6	17	40

Tableau 3.9 : Tableau de contingence présentant les réponses des participants à la question de l'opportunité d'une injonction de soins **dans le cas où le sujet présente une instabilité dans ses relations intimes**

Une différence significative ($p= 0,035$) a été retrouvée pour ce critère. Le tableau de contingence nous montre qu'aucun expert psychiatre n'a **considéré qu'une tendance à l'instabilité dans les relations intimes du sujet était un critère en défaveur d'une injonction de soins tandis qu'une majorité de juges d'application des peines l'ont exprimé.**

IV. Discussion

Il s'agit à notre connaissance de la première étude menée à l'échelle nationale qui permet d'étudier les différences d'appréciation apparaissant entre experts psychiatres et magistrats au sujet de critères utilisés pour déterminer l'opportunité d'une injonction de soins.

Nous avons pu, à partir des différences observées, formuler des hypothèses quant au sens possible à attribuer à certains de ces désaccords.

1. Principaux résultats

S'agissant des caractéristiques sociodémographiques de chacune des populations sollicitées pour l'étude, la répartition par âge était équilibrée et nous avons pu, de plus, recueillir l'avis de professionnels ayant des niveaux variés d'expérience dans leur domaine de compétence.

Les experts psychiatres tout comme les magistrats ont déclaré en grande majorité, avoir reçu une formation spécifique en criminologie ou psychiatrie médico-légale ; ceci représente un avantage important pour notre étude puisque les avis portés le sont eu égard à un socle de connaissances théoriques sur le sujet.

S'agissant des questions d'ordre général, qui ont exploré le lien envisagé par les professionnels entre l'indication d'injonction de soins et la présence ou l'absence d'un trouble mental, nous avons pu mettre en évidence qu'experts psychiatres et magistrats considéraient cette mesure opportune dans le cas où le sujet présente une dangerosité psychiatrique - c'est-à-dire sous-tendue par la présence d'une pathologie mentale.

Dans le cas proposé où le sujet est exempt d'un trouble mental, les avis des psychiatres étaient partagés, tandis que les magistrats se sont prononcés majoritairement en faveur de la mesure.

10 critères ont mis en évidence une différence significative entre experts psychiatres et magistrats ; les 4 critères pour lesquels il a été retrouvé une plus grande significativité seront discutés.

Le cas d'un sujet présentant un trouble de la personnalité antisociale/psychopathique a donné lieu à des avis particulièrement divergents entre les populations d'étude ; ceux-ci ont également été partagés lorsqu'il s'agissait d'envisager le cas d'un sujet ne reconnaissant pas les faits qui lui étaient reprochés.

Deux critères rendant compte de caractéristiques liées à l'environnement du sujet qu'étaient « l'influence d'une situation sociale précaire » et une « instabilité dans les relations intimes » ont donné lieu à des avis nettement opposés entre experts et des magistrats.

Enfin, s'agissant des méthodes et outils utilisés par les psychiatres dans leur pratique expertale pour évaluer la dangerosité et le risque de récidive, nous avons mis en évidence qu'une grande majorité d'entre eux prenait appui sur des classifications internationales (DSM 5 et CIM 10) pour fonder leur diagnostic psychiatrique. Un peu moins de la moitié des experts ayant répondu ont déclaré s'aider de guides d'entretien semi-structurés ou structurés et seuls quelques-uns ont déclaré se référer à des outils standardisés de type actuariels.

2. Questions d'ordre général relatives à l'indication d'injonction de soins

Tout d'abord, les résultats indiquent qu'en grande majorité, experts psychiatres et magistrats considèrent qu'un sujet présentant une dangerosité psychiatrique plutôt que criminologique, peut faire l'objet d'une injonction de soins.

Les professionnels envisagent donc l'injonction de soins – qui, rappelons-le, est une peine-comme mesure pouvant être utilisée aux fins de prévenir la dangerosité d'un sujet en lien avec une pathologie psychiatrique avérée.

Ce résultat est concordant avec les données de la littérature (82)(85)(97) et peut être mis en perspective du nombre croissant d'individus sous-main de justice souffrant d'une pathologie mentale avérée. (98)(99)

Une des raisons avancées par de nombreux auteurs pour expliquer ce dernier point (100)(101) est la diminution d'irresponsabilités pénales pour trouble mental prononcées avant le jugement sur le fond, et le recours de plus en plus fréquent à l'alinéa 2 de l'article 122.1 du Code Pénal. Si les causes de cette tendance à la « responsabilisation » sont multiples, attachons-nous à en souligner les conséquences.

La première est celle d'une surreprésentation de sujets souffrant de maladies psychiatriques en détention, sur laquelle de nombreux psychiatres attirent l'attention. La dernière étude épidémiologique réalisée en France 2007 par B. Falissard (102) sur la santé mentale des détenus masculins mettait par exemple en évidence que huit détenus sur dix souffraient d'au moins un trouble psychiatrique et que parmi eux, 24% souffraient d'un trouble psychotique.

De même, une étude réalisée auprès de la population carcérale dans le Nord-Pas-de-Calais entre 2015 et 2017 relevait que 45% des sujets arrivant en détention présentaient au moins deux troubles psychiatriques et plus de 18% au moins quatre troubles. (99)

Si la conséquence ici mise en avant est celle d'un glissement de la prise en charge des malades mentaux délinquants vers le système carcéral, une seconde, non moins importante est à envisager : celle de la poursuite de la surveillance pénale dans le temps post-carcéral, sous la forme de soins pénalement ordonnés.

On peut en effet facilement supposer qu'une fois les sujets entrés dans le circuit judiciaire plutôt que dans celui du soin, l'ensemble des mesures destinées à les prendre en charge s'organiseront principalement au sein de l'appareil juridique.

Or, pour ces sujets malades, s'agit-il de prévenir la récidive ou bien la rechute d'une pathologie psychiatrique ? Bien que ces deux finalités puissent dans certains cas être liées il apparaît préjudiciable de les confondre, puisque cela reviendrait à mettre sur un même plan les moyens pour y faire face.

L'enjeu est donc double : celui de savoir si, pour ces individus malades sur le plan psychiatrique, le soin doit représenter une finalité ou bien s'il est acceptable de le considérer comme un moyen au service de la prévention de la récidive, comme c'est le cas lorsqu'il est inclus dans une mesure d'injonction de soins.

Et, puisqu'il est difficile d'apporter une réponse à ce paradigme et que le soin est en tout état de cause inclus dans la mesure judiciaire, l'enjeu est alors de s'efforcer à bien différencier la place des soignants de celle des juges, afin de rendre lisibles les rôles de chacun, et pour ne pas dénaturer l'essence même du soin.

Lorsqu'il leur a été posé la question de la possibilité de prononcer une injonction de soins dans le cas où l'expert n'avait pas mis en évidence de trouble ou de pathologie mentale, les magistrats y ont répondu en grande majorité favorablement. Dans la population d'experts psychiatres, les avis étaient partagés entre rendre opportune ou non la mesure d'injonction de soins dans le cas où l'individu soit exempt de trouble mental.

Ce résultat peut être analysé de deux façons.

La première analyse rendrait compte de l'attachement des magistrats à suivre l'avis donné par l'expert, et renforce donc l'idée d'un rôle prépondérant accordé à ce dernier dans la décision judiciaire finale. Du point de vue de la règle de droit, le juge n'est en aucun cas tenu par l'avis de l'expert, c'est-à-dire qu'il conserve la possibilité d'aller contre cet avis mais par décision « spécialement motivée » ; cependant il apparaît assez nettement que, lorsque l'enjeu est celui d'accorder un suivi médical à un sujet en vue de prévenir sa dangerosité et une éventuelle récurrence, le magistrat s'en tiendra le plus souvent aux conclusions expertales.

Il s'agit bien sûr du sens général de la mission d'expertise de pouvoir éclairer le juge par l'apport de connaissances spécifiques, mais l'expertise psychiatrique détient une place particulière dans la procédure pénale, en conférant à l'expert une responsabilité majeure qui peut conduire certains de ces professionnels à favoriser le « principe de précaution ».

La deuxième analyse à suggérer à partir du résultat obtenu, relève du paradoxe qui réside dans le fait que des soins puissent être ordonnés par la justice, pour des sujets ne présentant pas de « trouble » psychiatrique.

Différentes études menées (81)(82)(83)(84) de façon rétrospective à partir de dossiers pénaux et d'expertises psychiatriques ont confirmé cette aporie.

Une revue de la littérature réalisée en 2013(97) montrait par exemple que sur l'ensemble des études françaises répertoriées, aucun trouble psychiatrique n'était constaté pour 15,3 à 27% des patients en injonction de soins.

De même, une étude quantitative réalisée à partir d'une base de données issues de dossiers pénaux des sujets en injonction de soins en Languedoc-Roussillon en avril 2017,(44)(85) montrait que les rapports d'expertises ne relevaient aucun trouble psychiatrique défini selon les critères du DSM 5 dans 53% des cas.

Quelles peuvent être les origines de ce « découplage » entre nécessité de soins et existence d'un trouble mental ? Qu'attendrait-on dans ces cas d'une mesure d'injonction de soins ? Et surtout comment peuvent se positionner les psychiatres en charge du patient au sein de ce paradoxe ?

La première explication relève d'une mésentente possible sur la sémantique et aurait attiré à des questions d'ordre épistémologique.

S'il est bien difficile pour les psychiatres de donner une définition claire de ce qu'est une maladie ou un trouble mental, ces notions ne semblent intuitivement pourtant pas engager le même type de prise en charge. Aussi, l'utilisation indifférenciée de ces termes dans la littérature professionnelle et les textes de lois marque ces difficultés, et entretient dans le même temps la confusion.

Comme l'ont déjà préconisé certains collègues d'experts, il semble indispensable de s'entendre sur des définitions plus précises de ces concepts, dans l'objectif de les utiliser comme références afin de favoriser le « langage commun » et limiter les biais d'interprétation.

Le second élément de réponse pourrait tenir à ce qui est attendu du « soin ».

Si l'on considère que le « soin » n'est pas le corollaire obligatoire de la pathologie ou du trouble mental, il est dans ce cas bien différent du « traitement » et l'idée d'une prise en charge dépassant le strict cadre médical est renforcée.

C'est exactement le sens de ce qui est préconisé dans le dispositif de suivi socio-judiciaire comprenant une injonction de soins, puisque les services à vocation sociale tels que le SPIP y sont impliqués ; mais chez des sujets *a priori* exempts de trouble mental caractérisé, l'injonction de soins persiste à être au cœur du dispositif et les psychiatres et psychologues y demeurent les acteurs principaux.

Le couplage systématique de l'injonction de soins avec le suivi socio-judiciaire dès lors que l'expert a conclu en la possibilité d'un traitement,(3) est un exemple de l'indifférenciation faite entre les différents types de prises en charge au sein du suivi socio-judiciaire, ou en tout cas de l'absence de prise en compte des caractéristiques cliniques de l'individu, pour individualiser ces obligations.

Or, pour des patients dont le « trouble mental » est, sinon absent, moins évident, la prise en charge des facteurs de vulnérabilité sociale et éducative semblerait être une priorité.

Dans le sens de la préconisation faite par le FFCRIAVS(40) qui était celle de découpler la durée de l'injonction de soins à celle du suivi socio-judiciaire, le résultat de notre étude renforce l'idée selon laquelle il apparaîtrait indispensable dans certains cas de décentrer la prise en charge du psychiatre ou du psychologue, de décroquer véritablement les pratiques, en mettant l'accent sur le maillage socio-éducatif, afin de permettre au sujet de mieux accepter la peine et le soin.

3. Critères ayant donné lieu à une différence significative entre experts psychiatres et magistrats

a. Le cas de sujets présentant un trouble de la personnalité de type antisociale/psychopathique

Notre étude a mis en évidence le fait que les experts considèrent en majorité la présence d'un trouble de la personnalité de type antisociale/psychopathique comme étant un critère en défaveur d'une indication d'injonction de soins. Les magistrats, eux, ont principalement considéré cette caractéristique clinique comme étant en faveur de la mesure.

Il est intéressant de constater combien la question de la prise en charge du sujet psychopathe délinquant divise les professionnels, à la lumière d'interrogations déjà anciennes : celles du lieu et des moyens les plus adaptés pour accompagner ces individus, dont le profil clinique désempare et qui provoquent des réticences chez un grand nombre d'intervenants. (72)(103)(104)

A la question du lieu, la loi du 25 février 2008(105) relative à « La rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour trouble mental » semble avoir voulu apporter un élément de réponse en créant des centres « socio-médico-judiciaires » appelés « centres de rétention de sûreté. »

Bien que non réservés aux personnes présentant un trouble de la personnalité antisociale / psychopathique, une proportion non négligeable de ces sujets y est représentée.

Ces centres sont destinés à accueillir, une fois leur peine de prison terminée, des individus présentant « une particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive, parce qu'ils souffrent d'un trouble grave de la personnalité ». (105)

La création de ces « centres de rétention de sûreté » a suscité – et suscite encore- de nombreuses critiques, certains auteurs considérant qu'ils remettent en question des principes éthiques et de fondement du droit, puisqu'il ne s'agit plus de garder enfermés des sujets en rapport avec un fait commis mais de restreindre leur liberté d'aller et venir *en prévision de*. (31)(106)

Le renversement du principe de légalité pénale ainsi opéré interpelle de nombreux professionnels, ce d'autant plus qu'il n'est pas certain que pour des individus présentant un trouble de la personnalité antisociale/ psychopathique, le maintien dans une telle forme de détention n'aggrave pas le trouble, en renforçant le sentiment d'injustice et la vulnérabilité narcissique.

Mais si la vocation de ces centres est celle d'une multidisciplinarité dans un milieu, en lui-même « contenant », les questions restent entières en ce qui concerne la prise en charge de ces individus en milieu ouvert ; elles confrontent en effet le psychiatre à certaines difficultés cliniques, qui peuvent expliquer leur réticence à prendre en charge ces patients dans le cadre d'une injonction de soins.

Toute l'enjeu réside alors dans le fait de parvenir à faire du cadre des soins pénalement ordonnés un espace *justement* contenant, qui assure au patient comme au thérapeute, une forme de sécurité – réelle et imaginaire – indispensable aux soins.

Ce dernier aspect introduit la question des moyens utilisables en pratique pour prendre en charge les sujets présentant un trouble de la personnalité antisociale/psychopathique.

La faiblesse d'apports théoriques sur cette question renforce la crainte éprouvée par les psychiatres et psychologues, lorsqu'il est leur est demandé d'intervenir pour accompagner ces individus, et amoindrir leur potentiel de dangerosité.

Nombreux sont-ils en effet à s'avouer impuissants à l'égard de ces sujets considérés comme « manipulateurs » et « dénués d'empathie et de culpabilité », avec lesquels l'alliance thérapeutique est particulièrement difficile à établir.(107)(108) Le sujet souffrant de psychopathie place le thérapeute face à un « effet contre-transférentiel » de rejet difficile à intégrer dans une dynamique de soins efficaces.

Si Lacan considérait « l'assentiment subjectif du criminel »(109) comme « nécessaire à la signification de la punition », on pourrait ajouter qu'il l'est de surcroît quand le soin est associé à la peine. Or, cet « assentiment subjectif » qui semble faire défaut chez l'individu psychopathe interroge dans le même temps la signification à donner à la peine et au soin.

Le vécu d'incapacité éprouvé par certains soignants est bien certainement renforcé par l'absence de consensus vis-à-vis des soins à mettre en œuvre pour accompagner ces individus.

Quelques études (110)(111) se sont intéressées à l'utilisation de thérapeutiques pharmacologiques pour prendre en charge des symptômes de la psychopathie, (tels que des symptômes dépressifs, des troubles anxieux) ou certaines de ses manifestations en période aiguë, (telles que l'agressivité, l'impulsivité) mais elles restent peu nombreuses et les résultats sont contradictoires. En outre, aucune étude n'a, à notre connaissance pu mettre en avant l'efficacité d'un traitement psychotrope pour la prise en charge pérenne des manifestations de la psychopathie.

Nombreuses recherches sont désormais menées, pour s'intéresser aux dysfonctionnements neurobiologiques à l'origine des certains comportements observés chez les sujets qualifiés de « psychopathes » ; (112)(113)(114)(115) ces voies de recherche peuvent nourrir l'espoir d'une prise en charge médicamenteuse future plus adaptée.

De même, aucune approche psychothérapeutique n'a démontré sa supériorité dans l'accompagnement des individus présentant ce type de trouble de la personnalité.

Seule fait consensus la nécessité d'une démarche multidisciplinaire, relevant alors davantage du champ de la psycho-criminologie (31)(116)

Winnicott décrivait le mode d'être du psychopathe comme cherchant sans cesse un cadre plus large, « un cercle dont le premier exemple est le bras de la mère, puis le corps de la mère, la relation parentale, la maison, la famille, l'école, la localité, avec ses postes de police, le pays avec ses lois ».(117)

Chez le sujet psychopathe, sans cesse en recherches de limites, il apparaît donc plus que jamais indispensable de définir un cadre thérapeutique cohérent, impliquant une meilleure collaboration des différents professionnels. (60)

b. La négation des faits

Notre étude a mis en évidence une différence significative entre experts psychiatres et magistrats au sujet de la négation des faits.

A la différence des juges d'application des peines, les experts psychiatres se sont majoritairement prononcés en défaveur d'une injonction de soins dans le cas où le sujet nie les faits qui lui sont reprochés.

Ce résultat soulève deux questionnements : celui de la relation hypothétique entre déni et risque de récidive et celui du lien thérapeutique suffisamment efficient à créer avec un sujet ne reconnaissant pas les faits.

S'agissant du lien entre risque de récidive et négation des faits, celui-ci a été de nombreuses fois étudié pour la population d'auteurs de violences sexuelles.

Les données de la littérature concourent majoritairement à rejeter le lien positif entre ces deux éléments.

Une méta-analyse réalisée en 1998 sur 61 études (95) chez des auteurs de violences sexuelles a écarté le lien entre déni et majoration du risque de récidive sexuelle, ce qui a été confirmé par une nouvelle méta-analyse réalisée en 2004 par Hanson et Marton Burgon.(94)

De même, la méta-analyse de Barrata,(57) a identifié à travers une revue de la littérature, les facteurs qui étaient associés ou non au risque de récidive sexuelle ; cette étude a notamment montré que le déni de l'acte criminel n'en était pas un.

A l'opposé, certains auteurs (118) ont même envisagé le déni comme facteur de protection vis-à-vis de la récidive.

Prenant en compte les résultats de ces recherches, les recommandations élaborées par les sociétés savantes évoluent depuis plusieurs années.

En 2001, la conférence du consensus sur la prise en charge des auteurs de violences sexuelles (119), puis en 2007, l'Audition Publique sur l'Expertise Psychiatrique Pénale (59) ont recommandé chacune la contre-indication à tout prononcé d'injonction de soins dans le cas où le sujet nie les faits qui lui sont reprochés.

Ces directives ont ensuite été nuancés par les Recommandations de bonnes pratiques de la HAS en 2009 (120) pour laquelle « *le déni est perçu comme mécanisme de défense sain (indispensable à la santé mentale) et à respecter, sa dynamique car il permet au sujet de faire face au réel. Si celui-ci est massif, c'est qu'il est porteur de sens pour le clinicien. C'est pour cette raison que les faits doivent pouvoir être abordés au cours des entretiens sans y revenir de manière lancinante, mais ils ne doivent pas non plus être scotomisés* ».

Dernièrement, dans le rapport de la Commission d'Audition sur les auteurs de violences sexuelles du 17 juin 2018, le FFCRIAVS (40) a insisté sur le fait que la non-reconnaissance des faits n'était pas un élément à prendre en compte pour évaluer le risque de récidive puisque « la validité prédictive de ces marqueurs était nulle ».

Les résultats de notre étude, qui mettent en évidence la réticence des experts à indiquer une injonction de soins lorsque le sujet nie les faits, montrent donc que la position de ces professionnels est en contradiction avec les dernières recommandations des sociétés savantes. Ceci laisse supposer que cette question fait écho à un obstacle au lien thérapeutique, intimement vécu par le psychiatre au sein de la relation clinique avec le patient.

Une approche psychanalytique nous permet de comprendre la fonction du déni et d'ouvrir à une remise en question du positionnement adopté par les experts.

Pour Freud, le déni est considéré comme un mécanisme de défense qui émerge chez l'individu pour protéger le Moi d'une réalité insoutenable. En refusant ainsi la réalité extérieure, le sujet se protège d'une réaction de clivage, source d'angoisses massives, qui tiendrait à la cohabitation de deux affirmations conflictuelles au sein du Moi.(121)

Si dans le champ psycho-criminologique, le terme de déni a évolué - les termes de « négation » ou de « non-reconnaissance » des faits étant préférés par certains auteurs(122) – sa conception générale, envisagée dans l'économie psychique de l'individu a également été soumise à certaines évolutions.

En effet, alors que la psychanalyse présente une logique binaire du déni, certains auteurs retiendront au contraire plusieurs *types* de « reconnaissance » ou de « négation » des faits.

Roland Coutanceau en donnera par exemple les descriptions suivantes(122): « *On peut distinguer une reconnaissance totale ; une reconnaissance partielle, une reconnaissance indirecte ou implicite (...); une négation banalisante (...); une négation sthénique (...); une négation perverse (...).* »

Dans le cas de l'évaluation clinique d'auteurs de violences sexuelles, plusieurs modèles typologiques du déni ont également été élaborés, comme le modèle de Barabree (1991) ou le modèle de Salter (1998), à partir desquels des échelles d'évaluation du déni ou de négation des faits ont été construites.(123).

Dans un esprit similaire à la définition donnée par la psychanalyse, certains auteurs avancent un lien entre déni et distorsions cognitives chez des auteurs de violences sexuelles, dont la fonction serait de réduire le sentiment de responsabilité de l'agresseur. Ces distorsions cognitives pourraient faire l'objet d'une prise en charge psychothérapeutique basée sur la restructuration cognitive, mais il n'existe à ce jour que peu de recherches permettant de valider cette approche.(123)

Ces démarches ont en tout cas pour but d'élaborer des tentatives de compréhension *des dénis* afin, non pas de rejeter cette composante en dehors de la relation thérapeutique, mais de l'y intégrer, en considérant qu'elle puisse être au contraire un levier de la thérapie.

L'objet de notre discussion n'est pas ici de trancher entre le fait que le déni soit une indication ou au contraire une contre-indication à la thérapie. En effet cette question semble bien mobiliser des processus internes diverses chez les psychiatres, à l'origine de « vécus » qui sont peut-être eux-mêmes à respecter, afin de ne pas induire de mouvement contre-transférentiel de rejet au sein de la relation thérapeutique.

Mais un élément de réponse pourrait être apporté en se plaçant dans une vision *dynamique* et *évolutive* du déni, que les propos de R. Coutanceau précédemment cités suggèrent. Il poursuit ainsi : « *Seules les trois premières positions relèvent d'emblée d'un suivi médico-psychologique. (...) Toutefois, un groupe de parole est envisageable pour les sujets négateurs, dans un cadre médical ou psychocriminologique* ».

La confrontation à un tiers par le groupe de parole pourrait en effet permettre une identification projective sur une « figure » différente de celle du thérapeute ; ceci faciliterait l'approche psychothérapeutique, en contournant la relation duelle parfois vécue comme persécutrice, pour un sujet percevant son rôle comme celui du repentir.

En laissant ainsi le temps psychique du sujet évoluer au sein du groupe, la reconnaissance des faits émergerait peut-être progressivement et ne serait en tout cas plus une condition *sine qua non* pour débiter une thérapie.

Si la non-reconnaissance des faits n'est pas un facteur devant intervenir dans l'évaluation du risque de récidive il ne doit pas non plus être nécessairement considéré comme un obstacle à la thérapie et en suggère au contraire des aménagements.

En contournant les difficultés cliniques que le déni peut instaurer dans une relation thérapeutique duelle, la pratique groupale serait une des réponses à apporter à la défense du sujet contre ses clivages internes.

c. Critères relatifs à l'environnement du sujet

Deux critères qu'étaient « une situation sociale précaire » et une « instabilité dans les relations intimes » ont été considérés comme étant en faveur d'une injonction de soins par les experts psychiatres. Les magistrats, eux les ont considérés comme étant des critères en défaveur de la mesure.

Cette différence interroge et nous permet de formuler deux hypothèses, en suivant deux niveaux d'analyse ; il s'agit dans un premier temps de penser ces critères dans leur lien qu'ils entretiennent avec le risque de récidive et dans un deuxième temps de les envisager en ce qu'ils impliquent pour la prise en charge.

La première hypothèse est que pour les experts, ces deux critères, qui témoignent d'une vulnérabilité sociale du sujet, majorent le risque de réitération, ce qui ne semble pas être le cas pour les magistrats. Ceci rend compte des divergences de positions inhérentes à la formation, aux rôles et à la pratique professionnelle de chacun.

Ces critères sont tous deux reconnus dans la littérature comme étant des facteurs manifestes de risque de récidive et figurent à ce titre dans certains instruments validés pour l'évaluation du risque.(69)

Le fait d'être dans une situation sociale précaire fait essentiellement référence dans ces échelles à l'absence d'emploi, de logement ou à une incapacité à garder un emploi ou un logement stables.

Une instabilité dans les relations intimes elle, serait révélatrice de difficultés pour le sujet à entretenir de façon continue des comportements affectifs réciproques avec son partenaire, en lien avec des modes d'attachement « insécures » et des difficultés de gestion des émotions.

Les données empiriques(57)(124) indiquent que ces facteurs dynamiques stables entretiennent un lien avec le risque de récidive violente et sexuelle.

Elles montrent en effet que l'affaiblissement des ressources sociales et affectives du sujet crée un environnement propice à la réitération, en majorant les vécus d'exclusion et de solitude qui pourraient par exemple potentialiser une orientation antisociale préexistante.

En effet, pour un sujet qui présente déjà des difficultés à s'inscrire dans un environnement socio-affectif stable du fait d'un fonctionnement relationnel hostile ou conflictuel, la majoration du vécu d'isolement pourra jouer le rôle de catalyseur à un nouveau passage à l'acte.

S'il peut être dangereux de conclure trop hâtivement sur l'origine et les conséquences de ces facteurs environnementaux considérés individuellement, il est en tout cas certain qu'ils sont des critères importants à prendre en compte dans l'évaluation.

Ils montrent en effet la nécessité de mettre en relation les caractéristiques individuelles et contextuelles du sujet, afin de mieux apprécier le risque de récidive et révèlent de plus certains éléments sur lesquels il est possible d'agir dans le cadre de la prise en charge.

Si les experts sont coutumiers de ce type d'arguments, il est moins certain que les magistrats aient connaissance de ces données, compte-tenu de leur pratique professionnelle qui n'est pas celle de l'évaluation clinique.

La seconde hypothèse que l'on peut formuler à partir de nos résultats consiste à mettre en perspective ces critères sociaux ou environnementaux et la prise en charge auxquels ils font référence dans le cadre du suivi socio-judiciaire.

Si les magistrats n'ont pas considéré les critères sociaux ou environnementaux comme allant en faveur d'une injonction de soins, c'est peut-être parce qu'ils considèrent que de tels objectifs de prise en charge outrepassent l'intervention du psychiatre. En ce sens, peut-être considèrent-ils les autres obligations possibles du suivi socio-judiciaire comme plus adaptées.

Si une telle hypothèse était confirmée, alors cela rendrait compte de la sensibilité des magistrats à bien différencier les rôles de chacun des intervenants.

Ceci est certes absolument nécessaire pour éviter la confusion des pratiques, mais il reste indispensable d'encourager la circulation des moyens dont chacun dispose, pour tendre vers la finalité commune qui est celle de la prévention de la réitération.

4. Les moyens de l'évaluation de la dangerosité et du risque de récidive dans le cas de l'expertise psychiatrique pénale.

L'objectif secondaire de notre étude était d'étudier les moyens et outils utilisés par les experts psychiatres pour évaluer la dangerosité et le risque de récidive.

Les experts ont en grande majorité déclaré se référer à au moins une classification internationale dans leur pratique clinique expertale ; la CIM 10 et le DSM V étaient les classifications internationales les plus utilisées.

Concernant les outils standardisés utilisés pour évaluer la dangerosité et le risque de récurrence, un peu moins de la moitié des experts psychiatres a déclaré avoir recours à des guides d'entretiens semi-structurés ; lorsqu'ils y avaient recours, la HCR-20 était celui qui était le plus utilisé.

En revanche, seuls quelques experts psychiatres ont indiqué se servir d'échelles actuarielles pour évaluer la dangerosité et le risque de récurrence. Parmi les échelles proposées, la VRAG et la Statique-99 sont celles qui sont apparues comme étant utilisées le plus fréquemment.

Ces résultats sont dans leur ensemble cohérents avec les données de la littérature.

Une étude menée à l'échelle Européenne par *Giovannangeli et al.* (70) en 2000 a permis de faire un état des lieux de la pratique expertale dans 15 des pays de l'Union en s'intéressant aux méthodes et techniques utilisées pour l'évaluation de la dangerosité et du risque de récurrence pour les auteurs de violences sexuelles. Il a été mis en évidence que la France était l'un des seuls pays, avec l'Italie à ne pas utiliser d'échelles actuarielles et à l'inverse était le pays qui avait le plus recours aux guides d'entretiens structurés et semi-structurés.

Une nouvelle étude menée en 2013 dans le cadre d'un travail de thèse (125) a permis de révéler que sur 139 experts français interrogés, 59,7% utilisaient une classification internationale, ce qui est inférieur au résultat trouvé dans notre étude. 17,3% déclaraient avoir recours à une échelle actuarielle pour évaluer le risque de récurrence (la Statique-99 était la plus couramment utilisée) et 13% des experts s'en servaient pour évaluer la dangerosité psychiatrique (la VRAG était alors la plus utilisée).

Davantage d'experts (24,5%) utilisaient des guides d'entretien structurés ou semi-structurés pour apprécier la dangerosité psychiatrique (la HCR 20 était le questionnaire le plus utilisé).

Bien que du point de vue de la méthodologie, l'étude que nous avons menée ne soit pas identique aux deux susmentionnées, la tendance reste la même : celle d'une place importante accordée aux classifications internationales dans l'évaluation clinique et celle d'une faible utilisation des outils standardisés, en particulier des échelles actuarielles.

Comme nous l'avons évoqué en troisième partie de notre préambule, les sociétés d'experts psychiatres recommandent actuellement d'associer à l'évaluation clinique l'utilisation d'instruments standardisés – en particulier des échelles actuarielles - pour l'évaluation du risque de récurrence et de la dangerosité.(40)

Les arguments avancés sont notamment ceux d'une surévaluation du risque dans le cas d'une évaluation clinique seule et d'une mauvaise reproductibilité des résultats, qui participe bien certainement au constat d'expertises parfois contradictoires.

Si les échelles actuarielles sont désormais courantes dans la pratique expertale notamment dans les pays anglo-saxons, tel n'est pas le cas en France où les experts reprochent à ces outils de contraindre l'évaluation aux seuls facteurs statistiques, en omettant de prendre en compte l'individualité du sujet et son évolution possible.

Pour de nombreux psychiatres français, ces échelles contredisent l'essence même de leur profession, basée sur l'expérience et l'imperceptible de la rencontre clinique, qui ne peuvent en aucun cas être reproductibles « à loisir. »

L'utilisation plus fréquente des guides d'entretien structurés ou semi-structurés, qui laissent une place à l'évaluation clinique en l'associant à des facteurs statistiques confirme l'attachement des experts psychiatres français à l'approche clinique.

Les contraintes matérielles et de temps qu'imposent l'utilisation de ces outils standardisés est également une des raisons retrouvées dans la littérature (125) expliquant leur faible utilisation en pratique ; c'est la raison pour laquelle certaines d'entre elles, comme la PCL-R ont été adaptées afin de pouvoir être plus facilement utilisables.

Cette justification conduit inévitablement à évoquer le manque de temps déploré par de nombreux psychiatres, en raison de la paupérisation de la population d'experts en France, alors que leur sollicitation par la justice augmente.

Si ce constat n'est pas nouveau il persiste à être insolvable et ses conséquences possibles sur la pratique clinique regrettées par tous.

5. Forces et limites de l'étude

Notre étude a eu pour spécificité de s'attacher à mettre en évidence les points de divergence entre experts psychiatres et magistrats au sujet de critères leur permettant d'estimer opportune une injonction de soins. L'analyse comparative nous a permis de relever les situations donnant lieu à un désaccord entre ces différents professionnels, dont on peut supposer qu'il participe aux mésententes constatées au sujet des critères d'indication, et de la finalité de l'injonction de soins.

Cette étude est, à notre connaissance, la première qui s'est intéressée à la question des critères d'indication de l'injonction de soins au moyen d'une telle analyse.

Notre questionnaire a été élaboré en croisant de nombreuses données de la littérature internationale, afin de retrouver ceux qui apparaissent être le plus souvent en relation avec la dangerosité ou le risque de récidive, ou bien ceux utilisés à tort pour établir ce même lien. Notre objectif était d'utiliser pour notre questionnaire un ensemble de critères les plus représentatifs possibles, qui faisaient référence à l'évaluation clinique psychiatrique mais également psychocriminologique.

Notre étude présente cependant plusieurs limites et biais méthodologiques.

La première tient au faible taux de réponses dans chaque population, qui a cependant été pris en compte dans le choix des tests statistiques. Une plus faible proportion de participants a été observée chez les magistrats, ce qui peut être imputable à l'aspect technique de certaines questions qui reprenaient un vocabulaire utilisé en pratique psychiatrique, mais difficile à appréhender pour les professionnels non-initiés.

Notre étude comporte également un biais de recrutement puisque nous n'avons pas été en mesure de proposer notre questionnaire à l'ensemble des experts psychiatres français ni à tous les juges d'application des peines du territoire national. L'absence d'une *mailing-list* nationale qui aurait permis de contacter l'ensemble des experts psychiatres français en est l'une des raisons.

De plus, il aurait pu être intéressant de solliciter l'avis des magistrats siégeant en Cour d'Assises puisque se pose également pour eux la question de l'injonction de soins au moment du rendu du jugement.

L'utilisation d'un questionnaire à questions fermées et l'impossibilité pour la personne interrogée de justifier son choix est une troisième limite à notre étude. Ce type de recueil de données a été motivé par notre volonté d'obtenir une plus grande quantité de réponses, sur un territoire élargi et dans un temps limité. Nous avons tenté d'atténuer la trivialité des réponses en proposant plusieurs modalités ; ceci nous a permis de construire des tableaux de contingence que nous avons interprétés ensuite de façon qualitative.

6. Perspectives

Notre étude a permis de mettre en évidence certains points de divergence entre magistrats experts psychiatres, relatifs au cadre général et à l'esprit même de l'injonction de soins, mais eu égard également à certains de ses aspects spécifiques.

Si la finalité et les critères donnant lieu à une injonction de soins ne font pas toujours consensus, la nécessité d'un travail coordonné entre les différents intervenants apparaît être une priorité à donner à la mesure.

Aussi, forts des constats établis à partir des résultats obtenus nous pouvons suggérer plusieurs perspectives.

Si l'injonction de soins soulève tant de questionnements c'est parce qu'elle pose la question des *limites*. *Limites* des définitions de dangerosité, de soins, de pathologie mentale, *limite* en tant qu'alternative au « dedans » et au « dehors » de la prison, *limites* du champ d'intervention de la médecine, de la justice, *limites* encore des moyens à donner à ces interventions.

La question des frontières est immanente dans chacune de ces spécialités, *a fortiori* quand le sujet est celui de la pathologie mentale, mais la particularité de l'injonction de soins est qu'elle fait se rencontrer les limites que chaque discipline avait établi en son sein.

Or, il est possible de constater que lorsqu'elles ne sont pas suffisamment interrogées, ces normes de valeurs tendent à être plus imperceptibles encore ; la tendance à la médicalisation de tout acte sortant des normes juridiques et celle de la judiciarisation de comportements considérés comme pathologiques en psychiatrie, en sont des exemples frappants.

Il pourrait alors être intéressant de créer un espace de réflexion auxquels participeraient médecins, juristes, philosophes, sociologues, anthropologues pour redéfinir ensemble des normes de valeurs autour de ces concepts si difficiles à appréhender.

« Normes » n'est pas ici à comprendre au sens d'un « jugement » qui serait teinté d'une dimension morale à laquelle il faut justement prendre garde de ne pas céder, mais bien au sens de « limites ».

L'intérêt d'une rencontre multidisciplinaire serait celui d'élaborer une réflexion, qui autoriserait la constitution de nouvelles *démarcations*, repérables par chacun, au sein d'un système de relativité commune.

L'enjeu n'est donc pas de créer des catégories, qui n'auraient pour effet que la stigmatisation, mais d'aider les différents professionnels à se positionner au sein d'un dispositif dont les bords demandent encore à être spécifiés.

Et puis, s'il est important de réfléchir au fait pathologique – qu'il soit considéré comme une « déviation » par rapport à une norme biologique ou bien sociale- peut-être serait-il intéressant de considérer le concept de santé, et des moyens à lui accorder pour y parvenir, puisque c'est bien ce vers quoi l'intervention médicale doit tendre.

Aussi, si l'on reprend la conception de la « santé », telle que G. Canguilhem l'avait présentée, celle-ci n'est pas le contraire de « pathologie » mais fait référence à la capacité du sujet à s'adapter à son environnement, par la création de normes relatives aux milieux dans lesquels il évolue ; tendre vers le concept de santé avec l'injonction de soins ne serait pas vouloir à tout prix supprimer une pathologie ou un trouble, mais aider l'individu à créer de nouvelles « normes de vie » (126) compatibles avec celles de la société.

Notre étude a pu implicitement mettre en évidence l'importante responsabilité accordée par la justice à l'expert psychiatre qui a la charge de se prononcer sur l'opportunité de l'injonction de soins, en réunissant des éléments qui dépassent le cadre de la stricte évaluation psychiatrique. Plusieurs auteurs ont en effet déjà souligné que l'expertise dite « de dangerosité » relève davantage d'une approche criminologique que d'une évaluation psychiatrique, dont les experts sont, de fait, coutumiers.

Aussi, s'il n'est pas rare que le juge ordonne une seconde expertise dans certains cas complexes, celle-ci n'est pas systématique, faute de moyens et de temps ; ne pourrait-il pas être envisageable d'associer à l'expertise médicale proprement dite une évaluation socio-psychologique, comme c'est le cas avant le prononcé d'une injonction thérapeutique, qui permettrait en outre d'apporter une évaluation plus générale du sujet dans ses liens avec son environnement ?

Les résultats de notre étude nous ont permis de formuler l'hypothèse, déjà retrouvée dans la littérature, selon laquelle il existait un découplage entre la nécessité de soins et la présence d'un trouble ou d'une pathologie mentale.

Comme nous l'avons avancé, ce paradoxe peut tenir à une confusion autour de ce qui est attendu du soin, et donc à l'amalgame fréquent entre le soin psychiatrique ou psychologique inclus dans l'injonction de soins, et le suivi socio-judiciaire.

L'association systématique de l'injonction de soins au suivi socio-judiciaire dès lors que l'expert a conclu en la possibilité d'un traitement et en dernier lieu soumise à la décision du juge d'application des peines, est en certainement l'une des raisons.

Cette hypothèse nous permet d'interroger le lien de subordination qui existe entre la durée de l'injonction de soins et celle du suivi socio-judiciaire. Cette remise en question a déjà été avancée par des sociétés d'experts psychiatres telles que le FFCRIAVS, (40) mais les résultats que nous avons obtenus nous permettent de conforter cette idée.

L'intérêt serait celui d'adapter la prise en charge post-carcérale au profil du patient, c'est-à-dire de moduler la durée du suivi psychiatrique et/ou psychologique à la présentation clinique et aux problématiques qu'elle soulève.

Le temps psychique du sujet ne peut en effet se confondre avec le temps judiciaire et il peut même être préjudiciable à terme de les associer, tant pour le sens à donner à la peine que celui à donner au soin.

Enfin, notre étude a permis de distinguer certains critères donnant lieu à des désaccords entre experts et magistrats ; le cas d'un sujet présentant un trouble de la personnalité antisociale/psychopathique et celui d'un sujet ne reconnaissant pas les faits ont mis en évidence des différences d'appréciation entre ces professionnels. Ces deux situations rencontrées en pratique clinique conduisent chacun à se questionner sur les moyens à mettre en place pour leur prise en charge.

Cela nous amène à penser que pour aider à l'accompagnement de patients dont le profil clinique suscite des réticences et qui questionne magistrats, travailleurs sociaux, psychiatres et psychologues, il pourrait être intéressant de proposer des *Guidelines* qui s'appuieraient sur les données de la littérature et qui seraient utilisables et compréhensibles par tous.

Cela nous conduit également à avancer l'idée selon laquelle il pourrait être nécessaire de favoriser des formations et des rencontres interdisciplinaires pour créer des échanges et permettre le partage de savoirs conjoints.

Conclusion

L'étude que nous avons menée a eu pour originalité de mettre en évidence les points de divergence existants entre experts psychiatres et magistrats au sujet de critères utilisés pour déterminer l'opportunité d'une indication d'injonction de soins. Cette démarche répondait à la volonté d'identifier les éléments pouvant être à l'origine d'incompréhensions ou de distensions entre ces professionnels invités à travailler ensemble autour de sujets communs : celui de l'évaluation et celui de la prise en charge en « milieu ouvert », d'individus présentant une certaine dangerosité pouvant mener à la récidive.

Nous avons vu que les débats suscités par l'injonction de soins dans les domaines judiciaires et médicaux, étaient notamment liés à l'absence de consensus sur les critères permettant de déterminer son indication.

S'il résulte de notre étude que la dangerosité psychiatrique est communément admise comme étant en faveur d'une injonction de soins, les avis sont plus divergents s'agissant d'un sujet exempt de trouble mental.

Par ailleurs, il n'est pas anodin de constater que la question de la prise en charge du sujet souffrant de psychopathie est apparue comme un élément divisant les professionnels.

Ce profil d'individu, qui interroge par la nature même de son trouble les *limites*, illustre exactement les questions soulevées par l'injonction de soins : celle de la place à accorder au psychiatre sommé de guérir la dangerosité, autant qu'au juge chargé de répondre à l'impératif social et politique de prévention de la récidive.

Aussi, notre travail nous a permis de mettre en évidence l'évolution historique des notions de « dangerosité », de « soins » et de « pathologie mentale » et a mis en exergue une certaine confusion dans la définition de chacun de ces concepts.

Ce constat nous conduit à formuler l'hypothèse selon laquelle, s'il est si difficile de caractériser les individus visés par l'injonction de soins, c'est en partie en lien avec ces questions qui relèvent de l'épistémologie et de la sémantique.

A cet égard, il nous semblerait fondamental de prendre le temps d'interroger ces notions au sein d'un espace de réflexion où seraient invités des professionnels de domaines variés : psychiatres, magistrats, scientifiques, philosophes, anthropologues, sociologues...

Préciser le contour et le contenu de ces concepts aurait pour intérêt d'aider à mieux délimiter les frontières de l'injonction de soins, et d'en favoriser une application uniforme.

Sans ce travail, le risque d'un effacement progressif des *limites* existe ; l'extension législative du dispositif en est un exemple flagrant, avec pour conséquence possible une perte du sens, et de la peine et du soin.

L'enjeu n'est-il pas au fond de susciter une plus grande collaboration des psychiatres et des magistrats dans le but commun qui est le leur de toujours mieux protéger l'Homme et la société ?

Références bibliographiques

1. RENNEVILLE, Marc. *Crime et folie : deux siècles d'enquêtes médicales et judiciaires*. Paris, Fayard, 2003
2. FOUCAULT Michel. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris, Gallimard, 1976
3. Article 131-36 -1 du Code Pénal
4. Article 131-36-4 du Code Pénal
5. Article 723-29 du Code de Procédure Pénale
6. Article 132-45 du Code Pénal
7. Article 729 du Code de Procédure Pénale
8. Articles 706-53-13 et suivants du Code de Procédure Pénale
9. SECHTER D, SENON J-L, La dangerosité, problème central dans la confrontation des modèles intégratifs et ségrégatifs des soins entre prison et hôpital. *Information psychiatrique*. 2012 ; Volume 88(8) :631-40
10. DELARUE, JM. *et al.* (2018). Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge. Rapport de la Commission d'audition du 17 juin 2018. Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge
11. DELEUZE G. *Foucault*. Paris, Les Éditions de Minuit, 1986
12. FOUCAULT M. *Maladie mentale et psychologie*. Paris, PUF, p104
13. DESCARTES. *Méditations métaphysiques*. Edition commentée par Marie-Frédérique Pellegrin, Flammarion. Paris. 2009, p59
14. DERRIDA J. *L'écriture et la différence*. Paris, Seuil, 1967
15. SU Hsiao-Chun. *Cogito et Raison, l'épreuve de la folie*. Thèse de Doctorat en Philosophie soutenue le 11 avril 2015, Université Paris Ouest Nanterre la Défense
16. FOSSIER A. Le grand renfermement. *Tracés. Revue de Sciences humaines* [Online], 1 | 2002, Online since 11 May 2009, URL : <http://journals.openedition.org/lama.univ-amu.fr/traces/4130> ; DOI : <https://doi-org.lama.univ-amu.fr/10.4000/traces.4130>
17. GAUVARD Claude. *"De Grace Especial", Crime, Etat et société en France à la fin du Moyen-Age*. Paris, Publications de la Sorbonne. 1991. Vol I. p.446.

18. RENNEVILLE Marc, LECOURT Dominique. Aliénisme. In : *Dictionnaire d'histoire de la pensée médicale*, Presses universitaires de France. pp.26-29, 2004. Halshs-00130385
19. FAUVEL Aude. *Pinel et les aliénistes. Aux origines de la psychiatrie*. Éditions Sciences Humaines ; 2012, p 7 à 11. Disponible sur : <http://www.cairn.info/histoire-de-la-psychologie--9782361060206-page-7.htm>
20. KANT E. *Critique de la Raison pratique*. Préface de F. Alquié. Presses universitaires de France, Paris, PUF ; 8e édition, 2012
21. SENON J-L, MANZANERA C. Réflexion sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale. *Annales médico-psychologiques Revue psychiatrie*. 1 déc 2006 ;164(10):818-27
22. RENNEVILLE M. Le glaive et le caducée. Bernard Granger. *La psychiatrie à l'épreuve de la justice*, TD Editions, pp.7-15, 2012. {hal-01390431}
23. RENNEVILLE M. *Le langage des crânes - Histoire de la phrénologie*. Paris, La Découverte, séries : « Poche / Sciences humaines et sociales », 2020, 324 p., 1er éd. 2000, postf. ISBN : 9782348064791
24. RAOULT Patrick-Ange, « Figures de la dangerosité : de la monomanie au tueur en série », *Bulletin de psychologie*, 2006/1 (Numéro 481), p. 31-39. DOI : 10.3917/bupsy.481.0031. URL : <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/revue-bulletin-de-psychologie-2006-1-page-31.htm>
25. ESQUIROL E. *Des maladies mentales*. Paris, Baillière, 1838, tome II.
26. MOREL B.A. *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives*. Paris, Baillière, 857
27. LANTERI-LAURA Georges. « Pathologie mentale et droit pénal : un regard rétrospectif », *Journal français de psychiatrie*, 2001/2 (n°13), p. 29-31. DOI : 10.3917/jfp.013.0029. URL : <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/revue-journal-francais-de-psychiatrie-2001-2-page-29.htm>
28. PRINS Adolphe. *La défense sociale et les transformations du droit pénal*. Bruxelles, 1910.
29. DIGNEFFE F. Quel est l'apport, réciproque, de la psychiatrie à la criminologie ? In: *Criminologie et psychiatrie* - Sous la direction de T Albernhe. Ellipses, 1994, p. 104-10.
30. ANCEL M., 1954, *La défense sociale nouvelle, un mouvement de politique criminelle humaniste*, 3^e édition, Paris, Cujas,

31. SENON Jean-Louis, JAAFARI Nemat, « La loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté : ne faudrait-il pas clarifier et établir des priorités dans les rapports entre psychiatrie et justice ? », *L'information psychiatrique*, 2008/6 (Volume 84), p. 511-518. DOI : 10.3917/inpsy.8406.0511. URL : <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/revue-l-information-psychiatrique-2008-6-page-511.htm>
32. Loi n°54-439 du 15 avril sur le traitement des alcooliques dangereux pour autrui
33. CIAVALDINI André, CANON Jean-Philippe, DELPLA Pierre-André, LEHEMBRE Olivier, LHUILLER Jean-Paul, *and al* - Guide de l'injonction de soins. Paris, Ministère de la Santé et des Sports.
34. LE BODIC Cédric, MICHELOT Mannaïg, ROBIN Didier. Les soins pénalement ordonnés (I). Cadre légal et revue de la littérature. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*. Mars 2015 ;173(2) :197-202.
35. <http://www.drogues.gouv.fr/site-professionnel/actions-et-mesures/application-de-la-loi/injonction-therapeutique/>.
36. Loi n°98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs.
37. Rapport d'information parlementaire. *Prison et troubles mentaux : Comment remédier aux dérives du système français ?* [Internet]. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/r09-434/r09-4341.html>
38. Rapport de la Commission Santé-Justice présidée par M. Jean François Burgelin, ministère de la Justice et ministère de la Santé 2005 - *Santé, Justice et dangers, pour une meilleure prévention de la récidive*. Document en ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/054000449/index.shtml>
39. Loi n°2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines en renforçant l'efficacité des sanctions pénales.
40. *Ibid ref 10*. DELARUE, JM. et al. (2018). Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge. Rapport de la Commission d'audit du 17 juin 2018. Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge
41. Loi n° 94-89 du 1 février 1994 "instituant une peine incompressible et relative au nouveau code pénal et à certaines dispositions de procédure pénale"
42. AGHABABIAN V, LANÇON C, GIOCANTI D, GLEZER D, LEONETTI G. Les décrets d'application de la loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des auteurs d'infractions sexuelles : aspects législatifs et cliniques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatriques* 2001 ; 159 : 424-30.
43. DUBRET G. L'injonction thérapeutique de la loi du 17 juin 1998 : une tentative pour articuler la peine et le soin. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Elsevier ; 2006. p. 851-6.

44. LANGLADE A, VANIER C, BIAMBA L-P. État des lieux d'un dispositif de soins pénalement ordonnés : l'injonction de soins. *Revue Grand Angle*.n°49, septembre 2018
45. ROSSINELLI G, DOSQUET P, GROHENS M, PAINDAVOINE C, PASCAL J-C, RICHARD N, et al. COMITÉ D'ORGANISATION - Rapport sur l'expertise psychiatrique pénale des 25 et 26 janvier 2007, recommandée par le Ministère de la Santé et des Solidarités. 2007 ;16.
46. BARON-LAFORET Sophie. « Guide des nouvelles obligations de soin », *L'information psychiatrique*, 2009/8 (Volume 85), p. 753-757. DOI : 10.3917/inpsy.8508.0753. URL : <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/revue-l-information-psychiatrique-2009-8-page-753.htm>
47. SENON J-L, LOPEZ G, CARIO R. Clinique, prise en charge, expertise. In : *Psychocriminologie clinique*. Paris, Dunod, 2008. p. 466.
48. Circulaire de la direction de l'administration pénitentiaire relative à la procédure d'orientation et de l'affectation des condamnés. 1998
49. KAZANCHI C. Le temps carcéral et les soins pénalement obligés. In : *Santé et Prison - sous la direction de Geneviève CASILE-HUGUES*. LEH Edition. (Les cahiers de droit et de la santé juridiques, historiques et prospectifs). p.207-17
50. VACHERON N. Le point sur l'injonction de soins et le médecin coordonnateur. 2009 ;22(1):3-4.
51. SCHWEITZER Marc G, PUIG-VERGES Nielle. Soins obligés, injonction de soins et expertises judiciaires. Enjeux idéologiques ou enjeux politiques pour la psychiatrie. *Elsevier Masson SAS*. 2014 ; Volume 72(7) : p573-576
52. "Dangerosité et droits fondamentaux : Dangerosité et privation de liberté "(Table ronde n°5) | *Revue des droits et libertés fondamentaux*. Disponible sur : <http://www.revuedlf.com/droit-penal/dangerosite-et-droits-fondamentaux-dangerosite-et-privation-de-liberte/>
53. MOULIN V, PALARIC R. À propos de quelques fonctions des expertises judiciaires au pénal. *Information Psychiatrique*. 2013 ; Volume 89(9) :713-21.
54. KOUPERKIK Catherine. L'apport de la clinique psychiatrique à la compréhension des phénomènes de dangerosité. In : *Criminologie et psychiatrie*, Paris, Ellipses,1997. p. 61-73
55. BARATTA A. La vérité sur l'expertise post-sentencielle : évaluation clinique contre échelle actuarielle. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 2012, 170(2) p96-98
56. BARATTA A, MORALI A. Prise en charge médicale et psychiatrique de la pédophilie : données actuelles. *L'information psychiatrique*. 2011 ; Volume 87(2):133-40.

57. BARATTA A. Expertise post-sentencielle et évaluation du risque de récidive. *L'information psychiatrique*. 2011 ; Volume 87(8) :657-62.
58. SENON J-L. Évolution des attentes et des représentations en clinique dans les rapports entre psychiatrie et justice. *L'évolution psychiatrique*. 70(1) :117- 30 2005 ;
59. Haute Autorité de santé, Fédération française de psychiatrie : Expertise psychiatrique pénale. Audition publique, 25 et 26 janvier 2007.
60. Haute Autorité de santé : dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur. Audition publique, mars 2011.
61. CARIA A, ROELANDT J-L, BELLAMY V, VANDEBORRE A. « Santé Mentale en Population Générale : Images et Réalités (Smpg) » : Présentation de La méthodologie d'enquête. *L'Encéphale*. Janvier 2010 ;36(3) :1-6.
62. TASSONE-MONCHICOURT C, DAUMERIE N, CARIA A, BENRADIA I, ROELANDT J-L. Etats dangereux et troubles psychiques : images et réalités. *L'Encéphale*. janv 2010;36(3):21-5.
63. Article 122-1 et articles 122-2 du Code Pénal.
64. GARRAUD, J.P. député de la Gironde, (confiée à) Rapport de la mission parlementaire sur la Dangerosité et la prise en charge des individus dangereux, octobre 2009
65. PFOHL Stephen J. Predicting violent behavior: an assessment of the clinical techniques. 1983
66. VOYER Mélanie, SENON J-L. Présentation comparative des outils d'évaluation du risque de violence. *L'information psychiatrique*.2012/6 Volume 88 | pages 445 à 453
67. DE PAGE L, ENGLEBERT J, TITECA P. L'évaluation du risque de violence. Comment évaluer le risque sans concession sur la primauté de la clinique ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Avril 2020 ;178(4):335-9.
68. MONAHAN J, STEADMAN HJ. Violence and mental disorder: developments in risk assessment.
69. Modèle d'évaluation et de réadaptation des délinquants fondé sur les principes du risque, des besoins et de la réceptivité 2007-06. 2018. Disponible sur : <https://www.securitepublique.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/rsk-nd-rspnsvty/index-fr.aspx>
70. GIOVANNANGELI D., et al. Etude comparative dans les 15 pays de l'Union Européenne : Les méthodes et les techniques d'évaluation de la dangerosité et du risque de récidive des personnes présumées ou avérées délinquants sexuels. Programme STOP de la Commission Européenne. Sept 2000
71. GRAVIER B. Comment évaluer la dangerosité dans l'expertise psychiatrique pénale et quels sont les difficultés et les pièges de cette évaluation. :151-62.

72. ENGLEBERT Jérôme. *Psychopathologie de l'homme en situation*. Paris, Hermann. 2017
2^{ème} édition
73. CARROLL A. Are violence risk assessment tools clinically useful? *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 2007, Volume 41, Numéro 4
74. PHAM TH. Évaluation psychométrique du questionnaire de la psychopathie de Hare auprès d'une population carcérale belge.
75. PHAM T.H., DUCRO C, MARGHEM B. and, REVEILLERE C. Évaluation du risque de récidive au sein d'une population de délinquants incarcérés ou internés en Belgique francophone. *Annales Médico-Psychologiques*, 163 2005 842–845.
76. GRAVIER B, LUSTENBERGER Y. L'évaluation du risque de comportements violents : le point sur la question, *Annales Médico-Psychologiques*, 163 (2005) 668-680
77. LITWACK, THOMAS R. Actuarial versus clinical assessment of dangerousness. *Psychology, Public Policy, Law* 2001(7) 409–43
78. COTE G. Les instruments d'évaluation du risque de comportements violents : mise en perspective critique. *Criminologie*. 2 oct 2002 ; 34(1):31-45.
79. SENON, J.-L., MANZANERA, C., HUMEAU, M., & GOTZAMANIS, L. États dangereux, délinquance et santé mentale : représentations, insécurité et peurs sociétales comme sources de la stigmatisation des malades mentaux. *L'information psychiatrique*, 2007 ;83(8), 655-62.
80. SCHWEITZER MG, PUIG-VERGES N. Soins obligés, injonction de soins et expertises judiciaires. Enjeux idéologiques ou enjeux politiques pour la psychiatrie. *Annales Médico-Psychologique, Revue Psychiatrique*, sept 2014 ;172(7):573-6.
81. AUGER G, EL HAGE W, BOUYSSY M, CANO J, CAMUS V, GAILLARD P. Évaluation du dispositif d'injonction de soins pour les auteurs de violences sexuelles en Indre-et-Loire (France). *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Elsevier ; 2010. p. 462-5.
82. SPRIET H, ABONDO M, NAUDET F, BOUVET R, LE GUEUT M. L'indication d'injonction de soins repose-t-elle sur un diagnostic médical ? *L'Encéphale*. 2014 ; 40(4):295-300.
83. HALLEGUEN O, BARATTA A. L'injonction de soins. À propos d'une étude réalisée sur les régions Alsace et Lorraine. *L'encéphale*. 2014 ;40(1) :42-7.
84. COUHET G, DE ROCQUIGNY H, VERDOUX H. Soins pénalement ordonnés : étude des pratiques des psychiatres de la Gironde. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Octobre 2012 ;170(8):569-72.

85. FERRA Mathilde. 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. Thèse de doctorat en médecine, soutenue le 4 avril 2018. Université de médecine de Montpellier.
86. Rapport d'information de MM. Jean SOL et Jean-Yves ROUX, fait au nom de la commission des lois et de la commission des affaires sociales, n° 432 (2020-2021) - 10 mars 2021. Expertise psychiatrique et psychologique en matière pénale : mieux organiser pour mieux juger. Document Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r20-432/r20-4321.html>
87. HARKINS L, BEECH AR, GOODWILL AM L. Examining the influence of denial, motivation, and risk on sexual recidivism. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 2010, 22(1) 78–94
88. LANGTON CM, BARBAREE HE, HARKINS L, ARENOVICH T, MCNAMEE J, PEACOCK EJ, *et al.* Denial and Minimization Among Sexual Offenders: Posttreatment Presentation and Association With Sexual Recidivism. *Criminal Justice and Behavior*. Janvier 2008 ;35(1):69-98.
89. GUAY JP. Conférence du consensus sur la prévention de la récidive. 2017.
90. JABER FS, MAHMOUD KF. Risk tools for the prediction of violence : VRAG, HCR-20, PCL-R : Risk tools. *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing*. Mars 2015 ; 22(2) :133-41
91. VILLENEUVE Marie-Pierre, DUFOUR Isabelle F, FARRALL Stephen. Désistement assisté en pratique formelle : une étude de la portée. *Revue Criminologie*, Vol 53 (1) Printemps 2020 ; 41-71
92. MARUNA Shadd. De la réhabilitation au désistement assisté : transcender le modèle médical. *Revue Criminologie*, Vol 53 (1) Printemps 2020 ;53(1) :19-39.
93. LAFORTUNE D. Parcours : développement d'une stratégie de prévention de la récidive adaptée aux milieux ouverts. *Pratiques Psychologiques*. Septembre 2015 ; Vol 21(3):275-92.
94. HANSON RK, MORTON-BOURGON K. Les prédicteurs de la récidive sexuelle : une méta-analyse à jour. Ottawa Sécurité Publique Protection Civile Canadienne Rapport 2004
95. HANSON RK, BUSSIÈRE MT. Predicting relapse : A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Avril 1998 ;66(2):348-62.
96. *Ibid ref 95* : HANSON RK, BUSSIÈRE MT. Predicting relapse : A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Avril 1998 ;66(2):348-62.

97. ORSAT M, AUFFRET E, BRUNETIERE C, DECAMPS-MINI D, CANET J, Olié J-P, et al. Les soins pénalement ordonnés : analyse d'une pratique complexe à travers une revue de la littérature. *L'Encéphale*. Octobre 2015 ;41(5) :420-8.
98. DRESS. La santé des personnes entrées en prison en 2003.2003;12.
99. PLANCKE L, FOVET T. La santé mentale des personnes entrant en détention dans le Nord et le Pas-de-Calais, Lille, F2RSM Psy, novembre 2017, 34 p.
100. PROTAIS C. La responsabilisation des malades mentaux criminels en France : origines et conséquences. *Rhizome*. N°56(2) :11-2 2015.
101. PROTAIS C. Les malades mentaux dans les prisons françaises : le rôle de l'expertise psychiatrique. *Mouvements*. 18 novembre 2016
102. FALISSARD B, LOZE J-Y, GASQUET I, DUBURC A, De BEAUREPAIRE C, FAGNANI F, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry*. 6 décembre 2006 ;6(1) :33
103. SENON, J.-L. Troubles de la personnalité et psychiatrie face au courant d'insécurité de la société : de la nécessité de penser le champ du soin face aux peurs collective. *L'information psychiatrique*. 2008 ;84(3), 241-7
104. ENGLEBERT Jérôme, ADAM Christophe. La « personnalité antisociale », antithèse de la psychopathologie ». *Déviance et Société*, 2017/1 (Vol. 41), p. 3-28. DOI : 10.3917/ds.411.0003. URL : <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/revue-deviance-et-societe-2017-1-page-3.htm>
105. Loi n°2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental
106. WYVEKENS A. La rétention de sûreté en France : une défense sociale en trompe-l'œil (ou les habits neufs de l'empereur). *Déviance et Société*, 2010/4 (Vol. 34), p. 503-525. DOI : 10.3917/ds.344.0503. URL : <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/revue-deviance-et-societe-2010-4-page-503.htm>
107. WOODY GE, MCLELLAN AT, LUBORSKY L, O'Brien CP. Sociopathy and psychotherapy outcome. *Arch Gen Psychiatry*. 1985 ;42(11) :1081–1086. DOI :10.1001/archpsyc.1985.01790340059009
108. MELOY J-R. Entre la personnalité antisociale et la psychopathie grave, un gradient de sévérité. *L'évolution Psychiatrique*. Volume 66 (4) October–December 2001, Pages 563-586
109. LACAN Jacques, CENAC, Michel. Introduction théorique aux fonctions de la psychanalyse en criminologie-13ème conférence des psychanalystes de langue française le 29 mai 1950. Mars 1951 ; Tome XV(1):7-29.
110. FILLIEUX Thomas, GODFROID I.O. Le point sur le traitement des psychopathes. *Annales Médico-Psychologiques*, 2001, Volume 159 (4)

111. THOMPSON, D. F, RAMOS C. L, WILLETT, J. K. Psychopathy: clinical features, developmental basis and therapeutic challenges. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*, Volume 39, N°5 2014
112. TARQUIS N. Hypothèses neurobiologiques concernant les liens entre psychopathie et maltraitance infantile. *L'Encéphale*. Juin 2006 ;32(3):377-84
113. De OLIVEIRA-SOUZA R, HARE RD, BRAMATI IE, GARRIDO GJ, AZEVEDO IGNACIO F, TOVAR-MOLI F, *et al.* Psychopathy as a disorder of the moral brain: Fronto-temporo-limbic grey matter reductions demonstrated by voxel-based morphometry. *NeuroImage*. Avril 2008 ;40(3) :1202-13.
114. DEMING P, DARGIS M, HAAS BW, BROOK M, DECETY J, HARENSKI C, *et al.* Psychopathy is associated with fear-specific reductions in neural activity during affective perspective-taking. *NeuroImage*. Décembre 2020 ;223 :117342.
115. HOSKING JG, KASTMAN EK, DORFMAN HM, SAMANEZ-LARKIN GR, BASKIN-SOMMERS A, KIEHL KA, *et al.* Disrupted Prefrontal Regulation of Striatal Subjective Value Signals in Psychopathy. *Neuron*. Juillet 2017 ;95(1):221-231.e4
116. ARCHER E. Quelques réflexions sur la prise en charge des psychopathes incarcérés.
117. WINNICOTT D.W. La « tendance antisociale » (1956). In: *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, Payot, 1969. p. 145-58.
118. VANDERSTUKKEN O, PHAM T. Dénier ou reconnaissance des faits chez les auteurs d'agression sexuelle : traitements et récurrence en question. *Actualités Juridiques Pénales*. Janvier 2014; 8341- 5.
119. Fédération française de psychiatrie. Conférence de consensus. Psychopathologies et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles. 2001
120. HAS - Recommandations de bonnes pratiques, juillet 2009 : Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans.
121. QUINODOZ Jean-Michel. Écrits sur le déni de la réalité et clivage du moi (1924-1938), « La négation », S. Freud (1925h). In: *Lire Freud*. 2004. p. 271-80.
122. AFTVS (Association Française de Thérapie des Violences Sexuelles), Roland Coutanceau, Joanna Smith. La violence sexuelle - Approche psycho-criminologique. 2010. (Dunod).
123. VANDERSTUKKEN O, PHAM TH, MENGHINI M, WILLOCQ L. « Chapitre 6. Évaluation du déni, des distorsions cognitives et de l'empathie », dans : Thierry Pham éd., *L'évaluation diagnostique des agresseurs sexuels*. Wavre, Mardaga, « Pratiques psychologiques », 2006, p. 161-194. DOI : 10.3917/mard.pham.2006.01.0161. URL : <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/l-evaluation-diagnostique-des-agresseurs-sexuels--9782870099261-page-161.htm>

124. QUINSEY VL, RICE ME, HARRIS GT. Actuarial prediction of sexual recidivism. *Journal of Interpersonal Violence*,85-105 1995.
125. CRAMPAGNE Sophie. L'évaluation de la dangerosité dans le cadre de l'expertise psychiatrique pénale. Thèse de Doctorat en Médecine soutenue publiquement le 01 octobre 2013. Faculté de médecine de Grenoble. Médecine humaine et pathologie. 2013. ([dumas-00871486](#))
126. Cynthia Fleury. *Le soin est un humanisme*. Tracts Gallimard N°6. 2019.

Annexe 1 : Liste des sigles et acronymes

ARS : Agence Régionale de Santé

CIM : Classification Internationale des Maladies

CMPR : Centre Médico-Psychologique Régional

CP : Code Pénal

CPIP : Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

CPP : Code de Procédure Pénale

CSP : Code de Santé Publique

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

FFCRIA VS : Fédération française des Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles

HAS : Haute Autorité de Santé

HCR : Historical Clinical Risk

JAP : Juge d'Application des Peines

PCL-R : Psychopathy Check-List- Revised / PCL - Short Version

RBR : Risque-Besoin- Réceptivité

SMPR : Service Médico-Psychologique Régional

SORAG : Sex Offender Risk Appraisal Guide

SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée

VRAG : Violent Risk Appraising Guide

Annexe 2 : Questionnaire adressé aux experts psychiatres

1) Vous êtes :

- Une femme
- Un homme

2) Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

- Moins de 25 ans
- Entre 26 et 35 ans
- Entre 36 et 45 ans
- Entre 46 et 55 ans
- Entre 56 et 65 ans
- Plus de 65 ans

3) En quelle année avez-vous soutenu votre thèse ? 59 propositions (2018 à 1960 inclus)

4) Dans quelle région exercez-vous ? 18 propositions (13 régions métropolitaines et 5 régions ultramarines)

5) Quel est actuellement votre mode d'exercice ?

- Activité hospitalière exclusive
- Activité privée exclusive
- Activité mixte

6) Depuis combien de temps réalisez-vous des expertises psychiatriques ?

- Moins de 5 ans
- Entre 6 et 15 ans
- Entre 16 et 25 ans
- Entre 26 et 35 ans
- Plus de 35 ans

7) Au cours de votre parcours professionnel, avez-vous bénéficié d'une formation spécifique en criminologie ou en psychiatrie médico-légale ?

Réponse à choix unique Oui / Non

8) Considérez-vous vous référer à un courant de pensée qui puisse influencer votre appréciation clinique dans le cadre expertal ?

Réponse à choix unique Oui / Non

Si oui, lequel ou lesquels ?

- Courant psychanalytique
- Courant phénoménologique
- Courant cognitiviste
- Courant comportementaliste
- Courant de la psychiatrie neurobiologique
- Autre(s)

9) Dans le cadre de l'expertise, utilisez-vous une ou des classification(s) internationale(s) pour déterminer s'il existe, chez le sujet, des anomalies mentales ou psychiques ?

Réponse à choix unique : Oui / Non

Si oui, laquelle/lesquelles ?

- Le DSM 5
- La CIM 10
- Autre(s)

10) Dans le cadre d'une expertise psychiatrique post-sentencielle, utilisez-vous des outils standardisés tels que des guides d'entretiens structurés ou semi-structurés pour évaluer la dangerosité et le risque de récidive chez le sujet ?

Réponse à choix unique : Oui / Non

Si oui, lequel ou lesquels ?

- Historical Clinical Risk - 20 (HCR 20)
- Violence Risk Scale 2 (VRS 2)
- Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START)
- Sexual Violence Risk - 20 (SVR- 20)
- Sex Offender Need Assessment Rating (SONAR)
- Autre(s)

11) Dans le cadre d'une expertise psychiatrique post-sentencielle, utilisez-vous des outils standardisés tels que des échelles actuarielles pour évaluer la dangerosité et le risque de récidive chez le sujet ?

Réponse à choix unique : Oui / Non

Si oui, laquelle ou lesquelles ?

- Psychopathy Checklist - Revised (PCL-R)
- Violence Risk Appraisal Guide (VRAG)
- Sex Offender Risk Appraisal Guide (SORAG)
- Statique-99R
- STABLE – 2007
- Autre(s)

12) Au vu des textes légaux et de l'interprétation qu'en fait la Cour de Cassation, le juge est-il tenu par l'avis de l'expert psychiatre s'étant prononcé sur l'opportunité ou non d'une injonction de soins ?

- Oui, dans le cas de l'injonction de soins, le juge est tenu par l'avis de l'expert psychiatre
- Non, le juge n'est, en aucun des cas, tenu par l'avis de l'expert psychiatre

13) Au terme de votre expertise, si vous mettiez en évidence, chez le sujet, des arguments cliniques en faveur d'une dangerosité psychiatrique plutôt que criminologique, pourriez-vous conclure en l'opportunité d'une mesure d'injonction de soins ?

Réponse à choix unique : Oui / Non / Ne se prononce pas

14) Au terme de votre expertise, si vous ne mettiez en évidence chez le sujet aucun trouble mental tel que défini par le DSM-5, pourriez-vous conclure en l'opportunité d'une mesure d'injonction de soins ?

Réponse à choix unique : Oui / Non / Ne se prononce pas

15) En s'appuyant sur les définitions du DSM-5, pour chacune de ces caractéristiques cliniques, considérez-vous qu'elle puisse être un critère en faveur ou en défaveur d'une injonction de soins ?

Réponses à 5 modalités : Fortement en défaveur / En défaveur/ En faveur/ Fortement en faveur / Sans opinion, pour chaque proposition suivante :

- Sujet souffrant d'un trouble paraphilique de type pédophilie
- Sujet souffrant d'un trouble paraphilique autre que la pédophilie
- Une personnalité antisociale/psychopatique
- Une personnalité émotionnellement labile
- Une personnalité schizoïde
- Une personnalité schizotypique
- Des traits de personnalité paranoïaque
- La consommation de substances psychoactives chez un sujet dépendant
- Sujet souffrant d'un retard mental
- Sujet souffrant d'un trouble du spectre de l'autisme
- Sujet souffrant d'un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité
- Sujet souffrant de schizophrénie
- Sujet souffrant d'un trouble psychotique non schizophrénique
- Sujet souffrant d'un trouble de l'humeur de type bipolaire
- Sujet présentant un épisode dépressif caractérisé
- Sujet souffrant d'un trouble de stress post-traumatique
- Sujet souffrant d'un trouble anxieux sévère

16) Pour chacun de ces facteurs rendant compte de l'évolution du sujet au cours de son incarcération, considérez-vous qu'il puisse être un critère en faveur ou en défaveur d'une injonction de soins ?

Réponses à 5 modalités : Fortement en défaveur / En défaveur/ En faveur/ Fortement en faveur / Sans opinion, pour chaque proposition suivante :

- Une mauvaise adhésion au suivi thérapeutique proposé par le dispositif de soins psychiatriques en détention
- Des manquements au règlement en détention ayant donné lieu à des sanctions disciplinaires
- La négation des faits qui lui sont reprochés
- Une faible prise de conscience de la gravité des faits qui lui sont reprochés
- Un manque d'empathie vis à vis de ses victimes

17) Pour chacun de ces éléments retrouvés chez le sujet, considérez-vous qu'il puisse être un critère en faveur ou en défaveur d'une injonction de soins ?

Réponses à 5 modalités : Fortement en défaveur / En défaveur/ En faveur/ Fortement en faveur / Sans opinion, pour chaque proposition suivante :

- Un état de récidive légale pour des faits de violences commises
- Des antécédents de délinquance juvénile
- Des problèmes comportementaux pendant l'enfance (décrochage scolaire, fugues..)
- Des attitudes pro-criminelles vis à vis de la loi
- Une situation sociale précaire
- Une instabilité dans les relations intimes

- Un antécédent de non-respect du contrôle judiciaire
- La fréquentation de pairs délinquants
- Un manque de soutien dans l'environnement proche
- Une impulsivité marquée et des difficultés de gestion des émotions

18) Dans le cas spécifique d'auteur de violences sexuelles, considérez-vous que chacun de ces éléments soit plutôt un critère en faveur ou en défaveur d'une injonction de soins ?

Réponses à 5 modalités : Fortement en défaveur / En défaveur/ En faveur/ Fortement en faveur / Sans opinion, pour chaque proposition suivante :

- Des antécédents d'agressions sexuelles subies
- Des condamnations pour des crimes ou délits antérieurs
- Des condamnations antérieures pour des violences non sexuelles
- Des préoccupations sexuelles lancinantes (taux élevé de masturbation, relations sexuelles impersonnelles.)
- Le recours au sexe comme mécanisme d'adaptation
- Au moins une victime inconnue
- Au moins une victime de même sexe
- Au moins une victime mineure
- Au moins une victime sans lien de parenté
- Une impulsivité marquée

19) Commentaire(s) libre(s) :

Annexe 3 : Questionnaire adressé aux juges d'application des peines

1) Vous êtes :

- Une femme
- Un homme

2) Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

- Moins de 25 ans
- Entre 26 et 35 ans
- Entre 36 et 45 ans
- Entre 46 et 55 ans
- Entre 56 et 65 ans
- Plus de 65 ans

3) Dans quelle région exercez-vous ? 18 propositions (13 régions métropolitaines et 5 régions ultramarines)

4) Depuis combien de temps exercez-vous la fonction de juge d'application des peines ?

- Moins de 2 ans
- Entre 2 et 4 ans
- Entre 4 et 6 ans
- Entre 6 et 8 ans
- Entre 8 et 10 ans
- Plus de 10 ans

5) Au cours de votre parcours professionnel, avez-vous bénéficié d'une formation spécifique en criminologie ou en psychiatrie médico-légale ?

Réponse à choix unique : Oui / Non

6) Au vu des textes légaux et de l'interprétation qu'en fait la Cour de Cassation, le juge est-il tenu par l'avis de l'expert psychiatre s'étant prononcé sur l'opportunité ou non d'une injonction de soins ?

- Oui, dans le cas de l'injonction de soins, le juge est tenu par l'avis de l'expert psychiatre
- Non, le juge n'est, en aucun des cas, tenu par l'avis de l'expert psychiatre

7) Si, dans son rapport d'expertise, le psychiatre mettait en évidence des arguments cliniques en faveur d'une dangerosité psychiatrique plutôt que criminologique, pourriez-vous prononcer une mesure d'injonction de soins ?

Réponse à choix unique : Oui /Non /Ne se prononce pas

8) Si, dans son rapport d'expertise, le psychiatre ne mettait en évidence aucun trouble mental chez le sujet, pourriez-vous prononcer une mesure d'injonction de soins ?

Réponse à choix unique : Oui /Non /Ne se prononce pas

9) **En s'appuyant sur les définitions du DSM-5, pour chacune de ces caractéristiques cliniques, considérez-vous qu'elle puisse être un critère en faveur ou en défaveur d'une injonction de soins ?**

Réponses à 5 modalités : Fortement en défaveur / En défaveur/ En faveur/ Fortement en faveur / Sans opinion, pour chaque proposition suivante :

- Sujet souffrant d'un trouble paraphilique de type pédophilie
- Sujet souffrant d'un trouble paraphilique autre que la pédophilie
- Une personnalité antisociale/psychopatique
- Une personnalité émotionnellement labile
- Une personnalité schizoïde
- Une personnalité schizotypique
- Des traits de personnalité paranoïaque
- La consommation de substances psychoactives chez un sujet dépendant
- Sujet souffrant d'un retard mental
- Sujet souffrant d'un trouble du spectre de l'autisme
- Sujet souffrant d'un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité
- Sujet souffrant de schizophrénie
- Sujet souffrant d'un trouble psychotique non schizophrénique
- Sujet souffrant d'un trouble de l'humeur de type bipolaire
- Sujet présentant un épisode dépressif caractérisé
- Sujet souffrant d'un trouble de stress post-traumatique
- Sujet souffrant d'un trouble anxieux sévère

10) **Pour chacun de ces facteurs rendant compte de l'évolution du sujet au cours de son incarcération, considérez-vous qu'il puisse être un critère en faveur ou en défaveur d'une injonction de soins ?**

Réponses à 5 modalités : Fortement en défaveur / En défaveur/ En faveur/ Fortement en faveur / Sans opinion, pour chaque proposition suivante :

- Une mauvaise adhésion au suivi thérapeutique proposé par le dispositif de soins psychiatriques en détention
- Des manquements au règlement en détention ayant donné lieu à des sanctions disciplinaires
- La négation des faits qui lui sont reprochés
- Une faible prise de conscience de la gravité des faits qui lui sont reprochés
- Un manque d'empathie vis à vis de ses victimes

11) **Pour chacun de ces éléments retrouvés chez le sujet, considérez-vous qu'il puisse être un critère en faveur ou en défaveur d'une injonction de soins ?**

Réponses à 5 modalités : Fortement en défaveur / En défaveur/ En faveur/ Fortement en faveur / Sans opinion, pour chaque proposition suivante :

- Un état de récidive légale pour des faits de violences commises
- Des antécédents de délinquance juvénile
- Des problèmes comportementaux pendant l'enfance (décrochage scolaire, fugues..)
- Des attitudes pro-criminelles vis à vis de la loi
- Une situation sociale précaire
- Une instabilité dans les relations intimes

- Un antécédent de non-respect du contrôle judiciaire
- La fréquentation de pairs délinquants
- Un manque de soutien dans l'environnement proche
- Une impulsivité marquée et des difficultés de gestion des émotions

12) Dans le cas spécifique d'auteur de violences sexuelles, considérez-vous que chacun de ces éléments soit plutôt un critère en faveur ou en défaveur d'une injonction de soins ?

Réponses à 5 modalités : Fortement en défaveur / En défaveur/ En faveur/ Fortement en faveur / Sans opinion, pour chaque proposition suivante :

- Des antécédents d'agressions sexuelles subies
- Des condamnations pour des crimes ou délits antérieurs
- Des condamnations antérieures pour des violences non sexuelles
- Des préoccupations sexuelles lancinantes (taux élevé de masturbation, relations sexuelles impersonnelles.)
- Le recours au sexe comme mécanisme d'adaptation
- Au moins une victime inconnue
- Au moins une victime de même sexe
- Au moins une victime mineure
- Au moins une victime sans lien de parenté
- Une impulsivité marquée

13) Commentaire(s) libre(s) :

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans **aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions**. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas **usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité**.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai **jamais leur confiance** et **n'exploiterai pas le pouvoir hérité** des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Résumé

Introduction :

La loi n°98-468 du 17 juin 1998 « relative à la prévention des infractions sexuelles, ainsi qu'à la protection des mineurs » a donné naissance au suivi socio-judiciaire et à l'injonction de soins, dans le but de renforcer la prévention de la récidive. L'injonction de soins est une des obligations possibles du suivi socio-judiciaire. Constat a été fait d'une absence de consensus entre les différents professionnels, au sujet des critères d'indication et de la finalité de la mesure. Peu de travaux sont disponibles sur le sujet et la majeure partie d'entre eux s'y sont intéressés aux moyens d'études rétrospectives ; en outre, rares sont les études qui ont évalué l'influence de facteurs criminologiques sur l'indication de la mesure.

Méthode

Nous avons mené une étude comparative qualitative transversale au niveau national, auprès de deux populations qu'étaient les experts psychiatres et les juges d'application des peines. Nous avons pour cela envoyé des questionnaires, par voie électronique, à chaque participant. L'objectif était de mettre en évidence les critères donnant lieu à des désaccords entre ces professionnels, et formuler ensuite des hypothèses quant à la signification qu'il était possible d'y apporter. L'objectif secondaire de l'étude était de mettre en évidence les méthodes et outils utilisés dans la pratique expertale pour évaluer la dangerosité et le risque de récidive.

Résultats

Nous avons obtenu 20 réponses dans chacune des deux populations. Nous avons pu mettre en évidence qu'experts psychiatres et magistrats considéraient en grande majorité, l'injonction de soins opportune dans le cas où le sujet présente une dangerosité psychiatrique - donc sous-tendue par la présence d'une pathologie mentale. Pour le cas d'un sujet exempt de trouble mental caractérisé, les avis des psychiatres étaient partagés, tandis que les magistrats se sont prononcés majoritairement en faveur de la mesure. 4 critères ont donné lieu à une différence particulièrement significative entre les populations : il s'agissait du cas où le sujet présente un trouble de la personnalité antisociale/psychopathique, le cas d'un sujet ne reconnaissant pas les faits reprochés. Deux autres critères qu'étaient « l'influence d'une situation sociale précaire » et une « instabilité dans les relations intimes » ont donné lieu à des désaccords entre professionnels. Nous avons mis en évidence qu'en majorité, les experts utilisaient des classifications internationales (DSM 5 et CIM 10) pour fonder leur diagnostic psychiatrique. Un peu moins de la moitié ont déclaré s'aider de guides d'entretien semi-structurés ou structurés et seuls quelques-uns ont déclaré se référer à des outils standardisés de type actuariels.

Discussion

Les multiples représentations associées aux notions de « soins », de « dangerosité », de « trouble mental » participent bien certainement aux désaccords entre les différents professionnels. Une meilleure définition de ces concepts semble être primordiale afin de favoriser un langage commun et d'apporter une plus grande clarté aux indications et aux finalités de la mesure. Nous avons également formulé l'hypothèse selon laquelle les désaccords entre professionnels au sujet des critères d'indication de l'injonction de soins, peuvent être en lien avec certaines difficultés posées par la prise en charge de la personne condamnée. Élaborer des *guidelines* utilisables par chacun des professionnels pourrait permettre d'amoinrir certaines de ces difficultés. Les experts psychiatres demeurent attachés à l'évaluation clinique et le recours aux instruments d'évaluation reste limité. Les contraintes matérielles et de temps qu'imposent l'utilisation de ces outils peuvent être des arguments à avancer pour expliquer ce point.

Conclusion

L'enjeu de l'injonction de soins et du suivi socio-judiciaire est de favoriser la collaboration des différents professionnels, en créant des espaces d'échanges au sein desquels les notions fondamentales posées par ces mesures pourraient être discutées, les craintes partagées et les savoirs mis en commun.

Mots-clés : suivi socio-judiciaire – injonction de soins – expertise psychiatrique pénale – dangerosité – risque de récidive – diagnostic psychiatrique – déni – trouble de la personnalité antisociale/psychopathique.