



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

**ANNÉE 2018**

**N° 271**

**Caractéristiques médico-légales et type de prise en charge des sujets sous injonction  
de soin dans le Rhône**

**THESE D'EXERCICE EN MEDECINE**

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1 et soutenue publiquement le 16 Octobre 2018 en vue d'obtenir le  
titre de Docteur en Médecine

Par

**Alexandre Jacques Didier THOINET**

**Né le 2 janvier 1989 à Lyon**

**Sous la direction du Docteur Sabine MOUCHET-MAGES**

## Remerciements

*A ma directrice de Thèse,*

### **Madame le Docteur MOUCHET -MAGES**

Vous m'avez fait l'honneur de diriger ce travail de thèse. Votre patience et votre bienveillance de tous les instants ont fait de ce volumineux travail une opportunité unique pour moi d'apprendre de vous une rigueur scientifique qui saura me profiter à l'avenir. Je ne peux que vous remercier encore de votre disponibilité, et votre enthousiasme mais aussi de votre volonté permanente à m'inciter à poser un regard critique sur mon travail. J'espère avoir été à la hauteur de la tâche que vous me confiâtes.

Veillez trouver ici l'expression de ma plus profonde gratitude et de mon respect le plus sincère.

*A mon président de Jury,*

### **Monsieur le Professeur POULET**

C'est un grand honneur pour moi que vous présidiez ce travail de thèse, étape majeure dans la carrière à laquelle je me destine. Votre présence au siège représente beaucoup pour moi tant c'est à votre contact à Edouard Herriot que j'ai contracté le virus de la psychiatrie légale. Au-delà de ce travail de thèse, je vous remercie pour le dévouement dont vous faites sans cesse preuve à la formation des internes en psychiatrie. Votre disponibilité, votre dynamisme et votre impressionnante maîtrise sont pour nous un exemple à suivre.

Veillez trouver ici l'expression de mon respect le plus sincère.

*A mes Juges*

### **Monsieur le Professeur D'AMATO**

Il ne saurait être de thèse Lyonnaise en psychiatrie sans qu'elle ne soit jugée par vous tant vous savez porter avec brio la culture Lyonnaise de la psychiatrie. C'est avant tout grâce à vous que je suis fier d'avoir été interne des hôpitaux de Lyon en psychiatrie. Votre volonté permanente de nous proposer un nouveau regard sur la pathologie, notre société et notre activité a fait de moi j'en suis sûr un meilleur psychiatre.

Veillez trouver ici l'expression de ma plus profonde admiration

### **Monsieur le Professeur FANTON**

Je ressens beaucoup de fierté de vous savoir jugeant mon travail de thèse, tant celui-ci je le souhaite, constitue un pont entre psychiatrie et droit pénal. Votre éclairage de médecin légiste est assurément un regard critique et expert de mon travail dont je ne saurais me passer.

Veillez trouver ici l'expression de ma plus immense gratitude

**Madame le Professeur MASSOUBRE**

C'est avec une joie non dissimulée que j'ai reçu votre accord pour que vous jugiez ma thèse. La présence dans mon jury d'une experte en la matière apporte à ce travail un crédit dont j'espère être à la hauteur. C'est ainsi un immense honneur que vous jugiez mon travail.

Veillez trouver ici l'expression de ma très haute considération

**Monsieur le Docteur MEUNIER**

Votre présence dans mon jury de thèse est pour moi un immense honneur et une grande satisfaction tant j'ai regretté de ne pas avoir eu l'opportunité de travailler à vos côtés lors de mon stage au SMPR. Vos connaissances immenses en droit Français, en droit comparé, en criminologie, votre sens clinique et votre humilité font de vous le *magister absolutus*, capable d'enseigner sans peine au *studens vulgaris* les subtilités les plus techniques et tortueuses de la psychiatrie légale.

Veillez trouver ici l'expression de ma plus profonde gratitude

## Remerciements

Mes remerciements vont à :

Greg et Nico qui savent au fond d'eux que l'analphabétisme n'est pas une maladie

Florian pour la rue Men Holo, les quarts de steak, les mickey parade du grenier, le trou sur la table pour le parasol

Le chalet de Nanard et Thérèse et à la grenouille

Joris et Aurel pour ces folles années de collocations (désolé pour le ménage)

Pef qui a toujours été là par monts et par vaux, et parce que t'entendre grogner est toujours un réel bonheur

Bobol pour les sessions Pizza Délice/Pawn Stars/Next/Exposed/Sirop Gilbert...

Le quart d'heure technique, à qui je dois beaucoup

Aux cartes de membre de la Gratinée

Yann qui m'a apporté durant ces longues études ce vent de fraîcheur, de rires et de phylactères qui m'a fait parfois tant défaut

Loïc pour ta sincérité de tous les instants et ton dévouement total en amitié.

Amélie, Marine et Laura, probablement les trois seules amies qui auront su me supporter. Mention spéciale à maman marine sans qui j'aurais manqué bon nombre de cours/TD/exams

Maël, Marc et Pauline, l'équipe du Hellfest. On ne dit jamais non à un verre du pipichet avec vous

Pablo, Jéré et Rourou pour ces années fac un peu folles avec vous et pour ce mois de solidarité et de Munchkin à Pomme

Sacha qui a souffert comme moi des heures passées en voiture avec Thierry, le moniteur d'auto école psychotique

Martin et Oscar, pour les soirées du mercredi, les passes en profondeur, la violence gratuite, les imitations de Moscato

Charlie O'Malley sans qui je ne saurais pas comment gaspiller ma paye à la Fnac

Ben, Manf et Mich, alias « Les Barbus », qui ne font finalement pas si peur

Maxime dont la cruelle absence nous rappelle à tous à quel point ce que nous avons est précieux

Adèle, Hugo, Vincent et Antoine, l'équipe des « kassos » de l'UPChé. On s'est lavés les mains...

Toute la promo de Psy Lyonnaise

Toute l'équipe du SPIP de Lyon et tout particulièrement Mme GABRIEL et Mr THEOLÈYRE qui grâce à leur accueil et leur patience ont rendus ce travail possible

Mme Carole BAZZOLI grâce à qui le traitement statistique de cette database conséquente a été possible et sans laquelle je serais encore perdu dans les chiffres

Cette thèse n'est pas dédiée au type qui m'a dit un soir qu'une fois la première année terminée c'était « tranquille », aux Nuits Sonores en face du Cha en pleines révisions, à Rosette, au bonhomme qui est reparti de l'HFMÉ avec mon vélo, à Toutoune et son pote « performeur », à l'exophtalmique du 2<sup>ème</sup> rue du Bourbonnais

*Je remercie enfin tout particulièrement :*

*Ma mère qui m'a transmis le virus de la médecine, qui n'a jamais bronché et m'a toujours soutenu dans mes études et dans ma vie.  
Rien n'aurait été possible sans toi.*

*Sébastien et Olivier, les Brothers. Il y a tant à dire que je m'y perdrais. Vous êtes incroyables.*

*Mes belles sœurs Karen et Christelle*

*Mon adorable petit filleul Victor*

*Anne Marie, François et Héroïse qui m'ont accueilli parmi les leurs avec une telle douceur.*

*L'amour de ma vie, ma tendre épouse Chloé, sans qui la vie n'aurait pas ce goût sucré tout le temps, épicé souvent, poivré parfois mais parfaitement délicieux.*

*Ma petite Hélène, mon trésor à bouclettes, mon tirlitoui, mon patraboulon, mon caillou, ma carotte en fanes, mon patrichoubicradipodi.....Arrêteeeeeuuuhhh papa !!!!*

*D'une manière générale, je remercie toutes les personnes rencontrées durant ces longues études, avec qui mes rapports furent aussi divers qu'enrichissants (Copyright BINET)*

*Ce travail de thèse est dédié à mon père Michel qui j'en suis sûr aurait été aussi fier d'être présent  
à mes côtés ce jour que je le suis d'être son fils.*

## UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président Frédéric FLEURY  
Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales Pierre COCHAT  
Directrice Générale des Services Dominique MARCHAND

### Secteur Santé

UFR de Médecine Lyon Est-Doyen Doyen : Gilles RODE  
UFR de Médecine Lyon Sud- Charles Mérieux Doyen : Carole BURILLON  
Institut des Sciences Pharmaceutiques Et Biologiques (ISPB)  
Directrice : Christine VINCIGUERRA

UFR d'Odontologie Directeur : Denis BOURGEOIS  
Institut des Sciences et Techniques De Réadaptation (ISTR)  
Directeur : Xavier PERROT  
Département de Biologie Humaine Directrice : Anne-Marie SCHOTT

### Secteur Sciences et Technologie

UFR de Sciences et Technologies Directeur : Fabien de MARCHI  
UFR de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)  
Directeur : Yannick VANPOULLE  
Polytech Lyon Directeur : Emmanuel PERRIN  
I.U.T. Directeur : Christophe VITON  
Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA)  
Directeur : Nicolas LEBOISNE  
Observatoire de Lyon Directrice : Isabelle DANIEL  
Ecole Supérieure du Professorat Et de l'Éducation (ESPE)  
Directeur : Alain MOUGNIOTTE

### **Faculté de Médecine Lyon Est**

### **Liste des enseignants 2017/2018**

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers**

**Classe exceptionnelle Echelon 2**

Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ovize	Michel	Physiologie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers**

**Classe exceptionnelle Echelon 1**

Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Claris	Olivier	Pédiatrie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale

Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Finet	Gérard	Cardiologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Mertens	Patrick	Anatomie
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Moulin	Philippe	Nutrition
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

## Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

### Première classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Ederly	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénérologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie

Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Tilikete	Caroline	Physiologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vukusic	Sandra	Neurologie

## Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

### Seconde Classe

Bacchetta	Justine	Pédiatrie
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Crouzet	Sébastien	Urologie
Cucherat	Michel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
David	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Di Rocco	Federico	Neurochirurgie
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Dubourg	Laurence	Physiologie
Ducray	François	Neurologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Fourmeret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquín-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Lesurtel	Mickaël	Chirurgie générale
Levrero	Massimo	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication

Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Million	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Peretti	Noël	Nutrition
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Poulet	Emmanuel	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
Rheims	Sylvain	Neurologie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Robert	Maud	Chirurgie digestive
Rossetti	Yves	Physiologie
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Thaunat	Olivier	Néphrologie
Thibault	Hélène	Physiologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

### **Professeur des Universités - Médecine Générale**

Flori	Marie
Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain
Zerbib	Yves

### **Professeurs associés de Médecine Générale**

Lainé	Xavier
-------	--------

### **Professeurs émérites**

Baulieux	Jacques	Cardiologie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Cordier	Jean-François	
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Mauguière	François	Neurologie
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

## Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

### Hors classe

Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Charrière	Sybil	Nutrition
Confavreux	Cyrille	Rhumatologie
Cozon	Grégoire	Immunologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Lesca	Gaëtan	Génétique
Lukaszewicz	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Phan	Alice	Dermato-vénérologie
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et

		technologies de communication
Roman	Sabine	Physiologie
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Venet	Fabienne	Immunologie
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

### **Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers**

#### **Seconde classe**

Bouchiat Sarabi	Coralie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Cour	Martin	Réanimation ; médecine d'urgence
Coutant	Frédéric	Immunologie
Curie	Aurore	Pédiatrie
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Josset	Laurence	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lemoine	Sandrine	Physiologie
Marignier	Romain	Neurologie
Menotti	Jean	Parasitologie et mycologie
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques

### **Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale**

Farge	Thierry
Pigache	Christophe
De Fréminville	Humbert

## *Le serment D'Hippocrate*

*Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.*

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.*

*J'interviendrai pour les protéger si elles sont 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.*

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

*Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

*Je ferai tout pour soulager les souffrances.*

*Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort. Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.*

*Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.*



Nom, prénom du candidat : Alexandre THOINET

## CONCLUSIONS

L'injonction de soins est une mesure de soins pénalement ordonnés mise en place depuis la loi du 17 juin 1998. Elle implique un médecin ou un psychologue traitant, et un médecin coordonnateur nommé par un juge d'application des peines, qui assure l'interface avec la justice. Concernant initialement les infractions à caractère sexuel relevant du suivi socio-judiciaire, plusieurs lois successives ont élargi ses modalités. Par ailleurs, il existe peu de données concernant les injonctions de soins sur le territoire.

Notre étude porte sur les 110 dossiers d'injonction de soins effectifs au 25 avril 2017 sur le tribunal de grande instance de Lyon. Ces dossiers ont été traités dans le cadre d'une étude nationale multicentrique transversale menée par la Fédération Française des Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violence Sexuelle (FF-CRIAVS) et l'Observatoire National de la Délinquance et de la Réponse Pénale (ONDRP). Les données, recueillies directement dans les dossiers des services pénitentiaires d'insertion et de probation portaient sur les caractéristiques de la personne placée sous main de justice, de l'infraction ayant conduit à l'injonction de soins, de la peine et de la conduite des soins.

L'objet du travail présenté ici a été d'étudier les spécificités de deux populations fréquemment rencontrées en pratique clinique : les sujets ayant des antécédents psychiatriques et les sujets ayant des antécédents judiciaires liés aux stupéfiants, tant sur le plan infractionnel que sur les modalités de mise en œuvre des soins pénalement ordonnés. L'objectif est d'apporter aux soignants impliqués dans le dispositif (médecins traitants et médecins coordonnateurs) de l'injonction de soins, des éléments de réflexion pour leur pratique, ainsi que des points de vigilance particulière qui s'avèreraient nécessaires.

Les résultats de notre analyse montrent que parmi les patients sous injonction de soins, la population définie par ses antécédents psychiatriques était globalement comparable à celle n'ayant pas de tels antécédents sur le plan de l'infraction commise, que ce soit sur le type d'infraction, les caractéristiques de la victime (sexe, minorité, vulnérabilité), ou les antécédents judiciaires. Nous notons toutefois que la présence d'antécédents psychiatriques est associée à une augmentation de la probabilité que l'infraction soit commise en état de récidive légale. Cette même population ne commet pas plus souvent d'infraction en état de réitération.

Pourtant, le traitement pénal de l'infraction diffère selon qu'un individu ait ou non des antécédents psychiatriques. Ainsi, on observe que les peines de prison sont plus courtes chez les sujets ayant des antécédents psychiatriques. Ces résultats suggèrent la volonté des magistrats de tenir compte du passé psychiatrique comme un facteur atténuant la peine, chez des individus dont la responsabilité était rarement altérée selon l'article 122-1 du Code Pénal. Par ailleurs, la durée de l'injonction de soin est comparable dans les deux populations, ce qui laisse penser que la mesure est généralement ordonnée à titre de défense sociale que dans une perspective de soins.

Cette étude met l'accent sur les répercussions de l'infraction et de son traitement pénal sur le niveau d'insertion professionnelle et sociale. Ainsi, on observe que les sujets ayant des antécédents psychiatriques sont plus à même de perdre leur travail et leur environnement familial après la peine, ce qui nécessite une vigilance particulière du fait du lien entre ces facteurs et le risque de récidive.



Faculté de Médecine  
Lyon Est

L'existence d'antécédents judiciaires liés à la consommation et au trafic de stupéfiants, a un impact fort sur l'infraction commise.

A l'inverse de la population psychiatrique, ces sujets commettent moins souvent d'infraction sur une victime mineure que les sujets n'ayant pas de tels antécédents. Ainsi, l'infraction la plus fréquemment retrouvée est le viol simple. Les autres déterminants concernant la victime sont comparables dans les deux groupes. La récurrence comme la réitération sont par ailleurs plus fréquentes dans la population ayant des antécédents liés aux stupéfiants que dans celle n'en ayant pas.

Ces résultats suggèrent que les individus ayant des antécédents judiciaires liés aux stupéfiants et s'étant rendus coupables d'une infraction ayant motivée le prononcé de l'injonction de soins constituent une population particulière, avec un profil infractionnel plus antisocial que la population d'auteurs sur victimes de moins de 15 ans (inceste, pédophilie)

Enfin, dans notre population, la mesure d'injonction de soin, bien qu'effective théoriquement dès la sortie de détention, ne prend effet en pratique qu'environ 3 mois après la libération. Ce délai est conséquent, et doit être mis en perspective de ce que peut représenter cette période immédiate post libération, qui est à haut risque de récurrence et de passage à l'acte auto agressif.

Ainsi, notre étude met en évidence un profil différent entre les populations aux antécédents psychiatriques, et aux antécédents judiciaires liés aux stupéfiants pris en charge en injonction de soins sur le territoire du TGI de Lyon. Il existe des limites, du fait que le recueil soit issu de données judiciaires, et que la population aux antécédents judiciaires en lien avec les stupéfiants est une population hétérogène. Ces particularités justifient néanmoins une prise en charge particulière par les soignants impliqués par le dispositif.

**Le Président de la thèse,**

*Nom et Prénom du Président*

*Signature*

P. Poucet

Vu :

**Pour Le Président de l'Université**

**Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est**



Professeur Gilles RODE

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 03 SEP. 2018

## PLAN

- I- INTRODUCTION
  
- II- DEFINITION DES INFRACTIONS A CARACTERE SEXUEL ET ORGANISATION DU SYSTÈME JUDICIAIRE FRANÇAIS
  
- III- SOINS PENALEMENT ORDONNES EN FRANCE
  - 1- L'obligation de soins
  - 2- L'injonction thérapeutique
  - 3- L'injonction de soins
    - a. Préambule sur le Suivi Socio Judiciaire
    - b. L'injonction de soins
  
- IV- CONTEXTE PENAL ET TRAVAUX PRELIMINAIRES DE LA LOI DU 17 JUIN 1998
  - 1- Génèse de la loi du 17 juin 1998
  - 2- Les textes intervenus entre 1994 et 1998
  - 3- Les travaux préparatoires
  
- V- LE DISPOSITIF DE L'INJONCTION DE SOINS
  - 1- Les acteurs de l'injonction de soins
    - a. Le Juge de l'application des peines
    - b. Le médecin coordonnateur
    - c. Le médecin ou psychologue traitant
    - d. Le service pénitentiaire d'insertion et de probation
    - e. L'expert psychiatre
    - f. Les établissements pénitentiaires
  - 2- Les étapes précédant l'injonction de soins
    - a. Le suivi en milieu fermé
    - b. La prise en charge sanitaire précoce

c. La continuité du suivi entre milieu fermé et milieu ouvert

3- Evolutions du dispositif d'injonction de soins

a. L'extension du domaine d'application

b. La systématisation du recours à l'expertise psychiatrique

c. Le prononcé de l'injonction de soins en dehors du cadre du suivi socio judiciaire

d. L'élargissement des juridictions pouvant prononcer l'injonction de soins

## VI- CARACTERISTIQUES DES SUJETS SOUS INJONCTION DE SOIN DANS LA LITTERATURE

1- Caractéristiques des peines prononcées pour infraction à caractère sexuel

2- Caractéristiques des personnes condamnées pour des infractions à caractère sexuel

3- Taux de récidive et de réitération

4- Quelques statistiques concernant le suivi socio judiciaire

## VII- L'ETUDE ELIS

1- Introduction

2- Matériels et méthodes

3- Résultats

A- Concernant la population générale

a. Le profil médico-légal et civil des personnes placées sous main de justice et condamnées à une injonction de soin

b. Le contexte pénal

c. L'infraction commise

d. La victime

e. Les victimes des récidivistes et réitérants

f. La durée de l'injonction de soin

g. Le poids de l'expertise

h. La peine de prison

i. Le déroulement de l'injonction de soin

j. La communication au sein du dispositif

- k. L'impact de l'infraction et de la peine sur la situation socio professionnelle
- B- Concernant la population présentant des antécédents psychiatriques
  - a. Profil des sujets ayant des antécédents psychiatriques
  - b. Profil infractionnel des sujets ayant des antécédents psychiatriques
  - c. Impact des antécédents psychiatriques sur la durée de la peine ferme et d'injonction de soin
  - d. Impact de la peine sur le mode de vie et les facteurs d'insertion sociale chez les sujets présentant des antécédents psychiatriques
  - e. Le déroulement des soins
- C- Concernant la population présentant des antécédents liés aux stupéfiants
  - a. Profil des sujets ayant des antécédents judiciaire liés aux stupéfiants
  - b. Profil infractionnel des sujets ayant des antécédents judiciaire liés aux stupéfiants
  - c. Impact des antécédents liés aux stupéfiants sur la durée de la peine ferme et d'injonction de soin
  - d. Impact de la peine sur le mode de vie et les facteurs d'insertion sociale chez les sujets présentant des antécédents judiciaires liés aux stupéfiants
  - e. Le déroulement des soins

## VIII- DISCUSSION

- 1- Les particularités des sujets présentant des antécédents psychiatriques
- 2- Les particularités des sujets présentant des antécédents judiciaires liés aux stupéfiants
- 3- Comment le législateur utilise l'injonction de soins sur le TGI de Lyon
- 4- Les singularités et points de vigilance de l'exercice de psychiatre traitant un sujet sous injonction de soin

## IX- ELEMENTS DE DISCUSSION AUTOUR DE L'INJONCTION DE SOIN....

- 1- Du manque de moyens sur le terrain

- a. Pénurie de médecins coordonnateurs
  - b. Pénurie de psychiatres traitant
  - c. Manque de formation du personnel soignant
- 2- Du caractère illusoire des soins contraints
  - 3- Du risque de la perte du sens de l'injonction de soins
  - 4- De la nécessité de clarification de l'obligation de compte rendu du médecin coordonnateur
  - 5- La question de la triple entente, ou comment articuler l'action judiciaire et sanitaire
  - 6- De la nécessité d'un meilleur accompagnement pour la transition milieu ouvert vers milieu fermé
  - 7- De la question du secret médical au sein du dispositif d'injonction de soin
  - 8- Du manque de coordination entre les acteurs de l'injonction de soin

X- CONCLUSION

XI- BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

## Glossaire

- AVS : Auteur de Violences Sexuelles
- CA : Cour d'Assises
- CMP : Centre Médico Psychologique
- CP : Code Pénal
- CPP : Code de Procédure Pénale
- CSP : Code de Santé Publique
- CPIP : Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
- ELIS : Etat des Lieux de l'Injonction de Soins
- FF-CRIAVS : Fédération Française des Centres Ressource pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violence Sexuelle
- IACS : Infraction à Caractère Sexuel
- IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
- IGSJ : Inspection Générale des Services Judiciaires
- IS : Injonction de Soins
- IT : Injonction Thérapeutique
- JAP : Juge de l'Application des Peines
- JLD : Juge des Libertés et de la Détention
- ONDRP : Observatoire National de la Délinquance et de la Réponse Pénale
- OS : Obligation de Soins
- PPSMJ : Personne Placée Sous Main de Justice
- SMPR : Service Médico Psychologique Régional
- SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
- SPO : Soins Pénalement Ordonnés
- SSJ : Suivi Socio Judiciaire
- TAP : Tribunal de l'Application des Peines
- TC : Tribunal Correctionnel
- TGI : Tribunal de Grande Instance
- UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée

## I- INTRODUCTION

La législation relative au traitement pénal des infractions à caractère sexuel a considérablement fait évoluer le mode de prise en charge sanitaire des sujets condamnés pour de tels faits. La loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs a été un tournant dans la politique de prise en charge des auteurs de violence sexuelle en mettant la dimension pluridisciplinaire, médicale, sociale et judiciaire au centre d'une peine nouvellement créée : le suivi socio judiciaire, avec en son sein l'injonction de soin. Cette obligation, initialement inhérente au suivi socio judiciaire a été largement utilisée en France depuis 20 ans sans que nous n'ayons à disposition de statistiques nationales même élémentaires lui étant relatives.

Dans le cadre des 20 ans de la loi du 17 juin 1998, l'Observatoire Nationale de la Délinquance et de la Réponse Pénale ainsi que la Fédération Française des Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violence Sexuelle ont menés ensemble une étude épidémiologique nationale, multicentrique avec pour objectif d'établir un état des lieux de l'injonction de soin pour les 20 ans de la mesure de suivi socio judiciaire. Ce vaste recueil s'intéressait aux données d'état civil des sujets sous injonction de soin, à leur parcours pénal, au traitement de l'infraction et à la mise en place et au déroulement de l'injonction de soin.

Il nous a toutefois paru nécessaire d'étudier plus avant la question du soin dans ce dispositif pluridisciplinaire et notamment les spécificités de ces sujets condamnés à l'injonction de soin. Nous avons ainsi analysé spécifiquement les données relatives au sujet de l'étude qui sont sous le contrôle du tribunal de grande instance de Lyon, afin d'étudier les caractéristiques médico légales des patients sous injonction de soin dans le Rhône.

Ce travail a ainsi pour objectif de fournir un relevé épidémiologique des sujets sous injonction de soin dans le Rhône pour la première fois, mais aussi de s'adresser aux professionnels de santé qui sont amenés à prendre en charge des auteurs de violence sexuels dans le cadre de l'injonction de soin.

## II- DEFINITION DES INFRACTIONS A CARACTERE SEXUEL (INFRACTION À CARACTÈRE SEXUEL) ET ORGANISATION DU SYSTÈME JUDICIAIRE FRANCAIS

### 1- Définitions pénales(1)

La définition des infractions à caractère sexuel implique en premier lieu de distinguer le crime du délit. En droit pénal français, les infractions sont catégorisées en 3 classes principales :

- La contravention est la catégorie d'infraction la moins grave. La peine principale maximale encourue est de 3000 euros sous forme d'amende. La contravention est prononcée par un Tribunal de Police. Il n'existe pas de contravention à caractère sexuel ni de contravention pouvant faire encourir le suivi socio judiciaire
- Le délit est la seconde catégorie d'infraction la plus grave. La peine principale encourue est de 10 ans de prison ferme au maximum, mais peut aussi consister en un travail d'intérêt général, une restriction des droits, une sanction-réparation. Les délits sont jugés en première instance par le tribunal correctionnel. En matière d'infraction sexuelle, les délits sont tout ce qui n'est pas un crime.
- Le crime est la catégorie d'infraction la plus grave. La peine maximale encourue est la réclusion criminelle à perpétuité et la peine minimale encourue est de 10 ans. Les crimes sont jugés en première instance en Cour d'Assises. En matière d'infraction sexuelle, les crimes sont le viol.

Il convient donc à présent de définir les différentes infractions à caractère sexuel.

Défini par l'article 222-23 du Code Pénal, le viol est « *Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature que ce soit, commis sur la personne d'autrui par violence, menace, contrainte ou surprise* ». Le caractère criminel d'une infraction sexuelle est donc défini par l'acte de pénétration.

L'agression sexuelle *stricto sensu* est définie par l'article 222-27 du Code Pénal : « *Toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise et qui n'est pas un viol* ». Cette notion, anciennement nommée « *attentat à la pudeur avec violence* », se distingue pour les mineurs de l'atteinte sexuelle sur mineur de 15 ans, définie à l'article 227-25 du Code Pénal comme « *le fait pour un majeur d'exercer, sans violence, contrainte, menace ni surprise, une atteinte sexuelle sur la personne d'un mineur de 15 ans* ». Cette distinction, spécifique aux mineurs de 15 ans, met en avant la vulnérabilité des mineurs de 15 ans puisque le législateur sanctionne toute atteinte sexuelle au mineur, sans qu'il n'y ait de violence.

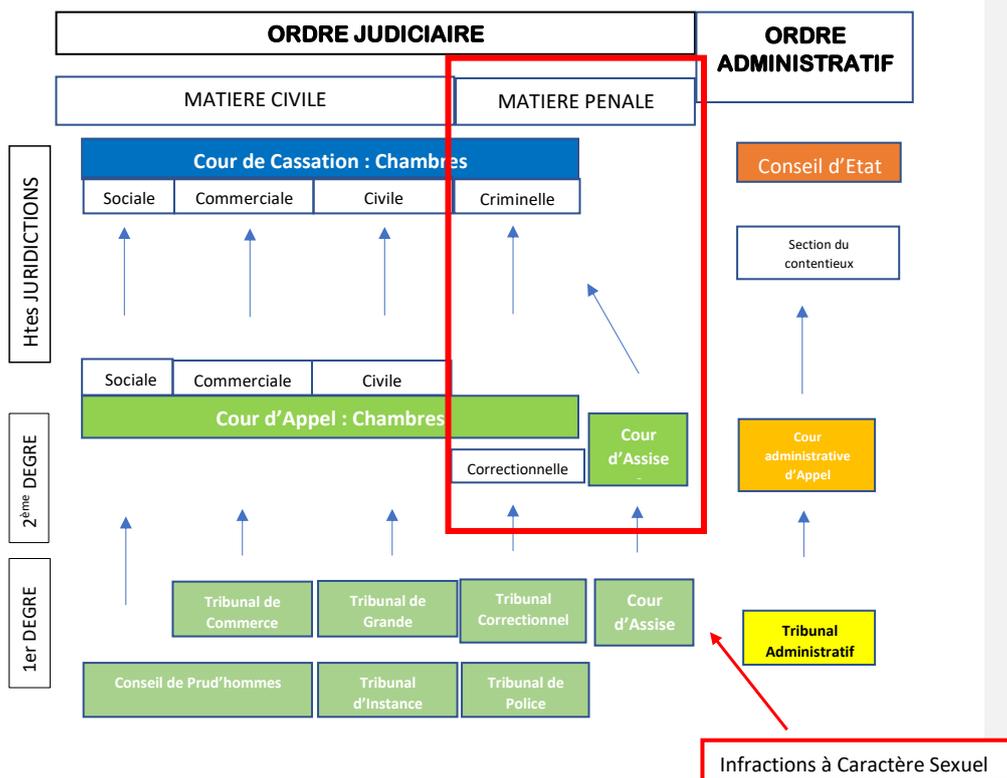
L'exhibition sexuelle (ex outrage public à la pudeur « *acte d'exhibition sexuelle imposée à la vue d'autrui dans un lieu accessible aux regards du public* » est définie par l'article 222-23 du Code Pénal.

Le harcèlement sexuel est une notion pénale plus récente, introduite dans le code pénal dans son article 222-23 en 1994 : Il s'agit du « *fait de harceler autrui en usant d'ordres, de menaces ou de contraintes, dans le but d'obtenir des faveurs de nature sexuelle, par une personne abusant de l'autorité que lui confèrent ses fonctions* ».

L'exploitation de l'image d'un mineur à caractère pornographique, en même temps que le délit de diffusion de messages à caractère pornographique sont des incriminations introduites en 1994 par les articles 227-23 du Code Pénal : « *Le fait, en vue de sa diffusion, de fixer, d'enregistrer ou de transmettre l'image ou la représentation d'un mineur lorsque celle-ci représente un caractère pornographique* »

La corruption d'un mineur (ex incitation d'un mineur à la débauche) est inscrite dans le Code Pénal à l'article 227-22 comme « *le fait de favoriser la corruption d'un mineur* »

## 2- Organisation du système judiciaire Français



### Organisation du système judiciaire Français

Les infractions à caractère sexuel comme toute forme de violence, sont jugées en droit français en matière pénale et en matière civile. Le droit pénal qualifie ainsi les comportements délinquants et détermine la réaction de la société envers ces comportements. Le droit civil détermine le trouble physique ou moral comportant des conséquences dommageables pour la personne.

Nous n'étudierons ici que le versant pénal de l'infraction.

En amont du jugement, la procédure pénale comporte une phase d'instruction menée par la Chambre de l'Instruction. Cette dernière rassemble les indices sur la commission d'une infraction et décide du renvoi devant une juridiction de jugement.

En matière pénale, l'organisation juridictionnelle française de jugement se fait sur trois degrés.

- Le 1<sup>er</sup> degré, ou première instance, dont la juridiction dépend de la gravité de l'infraction :
  - o Le tribunal de police connaît des contraventions dont les peines d'amendes sont supérieures à 3000 euros
  - o Le tribunal correctionnel connaît toutes les autres infractions à l'exception des crimes. Il statue donc en première instance sur les contraventions les plus graves et les délits
  - o La cour d'Assises statue en première instance sur les crimes
  
- Le 2<sup>nd</sup> degré ou seconde instance est la cour d'appel, qui réexamine sur le fond et la forme un litige déjà jugé en première instance. Elle comporte une chambre distincte pour chaque tribunal de première instance. Elle peut être saisie :
  - o Sur appel des parties à l'issue du jugement de 1<sup>ère</sup> instance
  - o Par arrêt de renvoi de la Cour de Cassation
  
- La haute instance est la chambre criminelle de la cour de cassation, qui prononce l'annulation des décisions de justices antérieures qui ont été rendues au prix d'une méconnaissance de la loi. Elle juge donc sur la forme et non le fond. Elle est saisie :
  - o A la suite d'un arrêt rendu en appel
  - o A la suite d'un jugement de première instance non susceptible d'appel

A partir de l'arrêt définitif de la cour, le parcours pénal du condamné passe sous la compétence du tribunal d'application des peines, jusqu'à la fin de la peine.

Les infractions à caractère sexuel sont qualifiées de délit à l'exception du viol qui est un crime. Elles sont donc :

- Instruites par la Chambre de l'Instruction
- Jugées par le Tribunal Correctionnel ou la Cour d'Assises
- Suivies après le prononcé de la peine par le Tribunal de l'Application des Peines

### III- SOINS PENALEMENT ORDONNES EN FRANCE

Avant 1952, aucune mesure de soins ordonnés par une juridiction suite à une infraction n'existe dans le droit pénal Français.

Depuis, plusieurs mesures de soins pénalement ordonnés ont été mises en place, dont l'injonction de soin qui se distingue en de nombreux points des autres qui sont l'injonction thérapeutique et l'obligation de soin (2) (3) (4) (5) (6). Nous les décrivons brièvement.

#### 1- L'obligation de soin

C'est la plus ancienne des mesures de soins pénalement ordonnés en vigueur. L'obligation de soin est créée par la circulaire du 1<sup>er</sup> avril 1952 puis la Loi n° 54-439 du 15 avril 1954 sur le traitement des alcooliques dangereux pour autrui.

L'obligation de soin est une mesure qui emporte obligation de se soumettre à des mesures d'examen, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation notamment aux fins de désintoxication ou de suivi psychologique ou psychiatrique. Elle concerne les majeurs et mineurs de plus de 13 ans.

A l'instar de l'injonction thérapeutique, elle peut être prononcée avant ou après la condamnation. Il s'agit d'une mesure relativement simple à mettre en place, mais complexe à suivre car elle ne comporte aucun intervenant faisant interface entre santé et justice.

Son champ d'application pénale et son cadre procédural sont larges.

Ainsi, l'obligation de soin peut être prononcée :

- Avant la condamnation, en tant que modalité du contrôle judiciaire, définie par l'article 138-10 du Code de Procédure Pénale en ces termes : « *Se soumettre à des mesures d'examen, de traitement, ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation, notamment à des fins de désintoxication* ». Par ailleurs, l'obligation de soin peut être prononcée dans le cadre de la composition pénale, qui de fait, éteint l'action publique.
- Après la condamnation : article 132-45 du Code de Procédure Pénale : Elle est alors une modalité de :
  - o L'ajournement avec mise à l'épreuve
  - o L'emprisonnement assorti de sursis avec mise à l'épreuve
  - o L'emprisonnement assorti de sursis avec mise à l'épreuve, comprenant obligation d'accomplir un travail d'intérêt général
  - o L'aménagement de peine (semi-liberté, surveillance électronique, libération conditionnelle, placement à l'extérieur)

L'obligation de soins concerne toute infraction délictuelle ou criminelle, passible de prison ferme, pour les majeurs et mineurs de plus de 13 ans.

Aucun avis médical n'est nécessaire pour sa mise en place. Le seul contact établi entre le soignant et la justice se fait, le cas échéant, sous forme de certificats de suivi.

La mesure a toutefois évolué dans le sens de l'article 132-44 du Code de Procédure Pénale, puisque l'obligation emporte soumission aux mesures de surveillance suivantes :

- Répondre aux convocations du juge de l'application des peines ou du travailleur social désigné
- Recevoir les visites du travailleur social et lui communiquer les renseignements ou documents de nature à permettre le contrôle de la mesure

Aucune peine n'est spécifiquement prévue en cas d'inobservance des obligations. Toutefois, le non-respect de ces obligations peut emporter révocation totale ou partielle du sursis avec mise à l'épreuve, de l'aménagement de peine, de la surveillance électronique ou de la semi-liberté

L'obligation de soins reste la mesure de soins pénalement ordonnés la plus utilisée en France du fait de sa grande souplesse. 5,8% des affaires jugées en 2009 ont abouties à une obligation de soins contre 3,6% en 2000, (7)

Sur la période 2000-2009 (7) :

- ⇒ 16,7% des obligations de soins s'adressaient à des auteurs de violence sexuelle
- ⇒ 50% des condamnés pour corruption de mineur ou pédopornographie étaient condamnés à une obligation de soin
- ⇒ 24,9% des auteurs d'exhibition sexuelle étaient condamnés à une obligation de soin.
- ⇒ 17,6% des agresseurs sexuels étaient condamnés à une obligation de soin.

## 2- L'injonction thérapeutique

Initialement créée comme une mesure de lutte contre la toxicomanie, l'injonction thérapeutique est prévue par la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 (8), actualisée par la loi du 5 mars 2007 (9) et codifiée aux articles L3413-1 et L 3423-1 du Code de Santé Publique.

L'injonction thérapeutique est une mesure de soins ou de surveillance médicale prévue à tous les stades de la procédure pénale. Elle peut être notamment décidée

- Comme une alternative aux poursuites, comme précisé à l'article 41-1 du Code de Procédure Pénale, dans le cadre de la composition pénale (sanction infligée par le procureur de la République, alternative au procès lorsque l'accusé reconnaît les faits).
- Pour le majeur mais aussi le mineur de 13 ans « *comme peine complémentaire ou en modalité d'exécution d'une peine dans le cadre du sursis avec mise à l'épreuve ainsi qu'en matière d'infraction liées à l'abus d'alcool ou de stupéfiants* ».

En pratique, l'injonction thérapeutique est une mesure principalement employée comme une alternative aux peines privatives de liberté, notamment chez les récidivistes.

Elle peut être ordonnée par le Juge d'Instruction, le magistrat de jugement, le Juge des Libertés et de la Détention, le Juge Pour Enfants et le Parquet.

La prise en charge est effectuée par un médecin relais, qui officie en tant qu'interface santé justice. Il se prononce notamment sur l'opportunité des soins.

Sa mise en place est complexe, et nécessite théoriquement une enquête sociale et une enquête de personnalité. Faute de temps dans un contexte d'accélération du traitement procédural, ces éléments se résumaient à une enquête judiciaire, transformant une mesure de soins pour des délinquants malades, en une mesure privilégiée pour les délinquants méritants.

Malgré une augmentation constante des condamnations pour usage de stupéfiant, le prononcé de l'injonction thérapeutique tend à diminuer, (10062 en 2007, 8263 en 2010)(7), ceci s'expliquant par les éléments sus cités, associés à la lourdeur organisationnelle de la mesure.

**Commenté [MS1]:** Cx'est mieux de mettre le tableau sans qu'il soit coupé

	Obligation de soin	Injonction de soin
Cadre légal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contrôle Judiciaire</li> <li>- Ajournement avec mise à l'épreuve</li> <li>- Sursis avec mise à l'épreuve</li> <li>- Aménagement de peine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suivi socio-judiciaire</li> <li>- Surveillance judiciaire</li> <li>- Libération conditionnelle</li> <li>- Sursis avec mise à l'épreuve</li> <li>- Surveillance de sureté</li> <li>- Rétenction de Sureté</li> </ul>
Modalités	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas d'expertise</li> <li>- Ajoutable ou supprimable par le Juge de l'Application des Peines à tout moment</li> <li>- Pas d'intervenant faisant interface santé justice</li> <li>- Aucune procédure particulière</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expertise nécessaire (pour le prononcé, et lors de la fin de la peine privative de liberté, si expertise &gt; 2 ans</li> <li>- Ajoutable à tout moment de la peine par le Juge de l'Application des Peines</li> <li>- Médecin coordonnateur</li> </ul>
Durée	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Non codifiée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Délit : 10 ans (20 ans sur décision motivée)</li> <li>- Crime : 20 ans (30 ans si réclusion criminelle de 30 ans, et sans limite si réclusion criminelle à perpétuité)</li> </ul>
En cas d'inobservance	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Non codifié</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 ans pour les délits</li> <li>- 7 ans pour les crimes</li> </ul>
Juridiction pouvant prononcer	<ul style="list-style-type: none"> <li>- D'instruction</li> <li>- De jugement</li> <li>- D'application des peines</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De jugement</li> <li>- D'application des peines</li> <li>- De la rétenction de sureté</li> </ul>

**Tableau n°1 : Différences entre obligation de soin et injonction de soin**

### 3- L'injonction de soin

#### 1- Préambule sur le suivi socio judiciaire

La présentation de l'injonction de soins est indissociable de celle du suivi socio judiciaire. En effet, l'injonction de soin, créée par la loi du 17 juin 1998(10), est initialement l'une des obligations spécifiques à une peine nouvellement créée par la même loi: le suivi socio judiciaire.

Le suivi socio-judiciaire est une peine imposée à une personne placée sous main de justice, consistant à se soumettre à certaines obligations prévues par l'article 132-44 du code pénal.

Il convient de présenter ce qui distingue une peine d'une mesure. En effet, le suivi socio judiciaire respecte l'architecture d'une mesure, bien qu'il n'en soit pas une dans les faits.

Dans la philosophie pénale, la mesure de sûreté est distincte de la peine dans son objectif avant tout préventif. La peine, revêt une fonction afflictive. La mesure de sûreté s'attache avant tout à l'état dangereux contre lequel le législateur entend lutter, et ainsi, n'est pas forcément fixe. Par essence, elle s'attache plus à l'avenir de la personne qu'à son passé et aux faits commis. Ce qui distingue le plus clairement la peine de la mesure est le principe de non rétro activité de la loi pénale la plus sévère. Une peine ne peut ainsi être prononcée pour des faits commis antérieurement à sa création, si celle-ci est plus sévère que la peine prévue par le passé. La mesure peut, elle, être prononcée dans ce cas.

Toutefois le suivi socio-judiciaire est une peine de par son caractère contraignant et le fait qu'il peut être prononcé à titre principal en matière correctionnelle. Par ailleurs, le suivi socio judiciaire ne peut être prononcé de manière rétro active. Son « pendant » en termes de mesure est la surveillance judiciaire, qui globalement, est prononcée pour les mêmes faits, et qui peut à ce jour comprendre l'injonction de soins. Il s'agit donc d'une peine prenant l'aspect d'une mesure.

Le législateur entend par la création du suivi socio-judiciaire, imposer à certains condamnés une série d'obligations de suivi, d'assistance et de surveillance afin de prévenir la récidive. L'injonction de soin en fait partie. Le suivi socio judiciaire ne peut initialement être

prononcé que pour des infractions à caractère sexuel (non exhaustivement), et pour les actes de torture et de barbarie.

Dans sa conception première, il est prononcé par la juridiction de jugement en tant que peine complémentaire à une peine privative de liberté mais peut aussi être prononcé en tant que peine principale en matière correctionnelle.

Le suivi socio-judiciaire même s'il est prononcé par la juridiction de jugement, ne commence réellement qu'à la fin de la peine privative de liberté. Il est par ailleurs suspendu dès lors que le condamné est incarcéré, à titre exécutoire ou conservatoire.

Sa durée est fixée par le juge dans les limites prévues par le législateur : 10 ans en matière correctionnelle et 20 ans en matière criminelle. Exceptions sont faites des peines de réclusion criminelle à perpétuité où le suivi socio-judiciaire peut durer 30 ans, et sur motivation spéciale de la juridiction correctionnelle qui peut porter la durée du suivi socio-judiciaire à 20 ans.

Les obligations et interdictions afférentes au suivi socio-judiciaire sont les mêmes que pour le régime de la mise à l'épreuve, c'est-à-dire celles des articles 132-44 et 132-45 du code pénal, telles que répondre aux convocations du juge de l'application des peines ou de l'agent de probation, les prévenir de ses changements d'emploi du temps ou de résidence. Elles comportent par ailleurs un volet spécifique au suivi socio judiciaire, énoncées à l'article 131-36-2 du code pénal :

- *S'abstenir de paraître en tout lieu ou toute catégorie de lieux spécialement désignés, et notamment les lieux accueillant habituellement des mineurs.*
- *S'abstenir de fréquenter ou d'entrer en relation avec certaines personnes ou certaines catégories de personnes, et notamment des mineurs, à l'exception, le cas échéant, de ceux désignés par la juridiction.*
- *Ne pas exercer une activité professionnelle ou bénévole impliquant un contact habituel avec des mineurs.*

Le suivi socio judiciaire est par ailleurs assorti d'une peine d'emprisonnement maximale en cas de non-respect des obligations et interdictions qui y sont rattachées.

- 3 ans en matière délictuelle
- 7 ans en matière criminelle

La coopération de la personne placée sous main de justice est entendue dans le suivi socio judiciaire puisqu'il est soumis à un ensemble de devoirs inhérents au dispositif :

- L'obligation de répondre aux convocations du Juge de l'Application des Peines, de se présenter aux entretiens avec le conseiller d'insertion, de lui rendre compte d'éventuels changements de domicile, de voyages.
- L'obligation de justifier auprès du Juge de l'Application des Peines de l'accomplissement de ces obligations (article 763-2 du Code de Procédure Pénale)
- L'apport de la preuve du respect de l'injonction de soin

## 2- L'injonction de soins

L'injonction de soin est un dispositif de soins pénalement ordonnés créé conjointement au suivi socio judiciaire par la loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs et défini par l'article 131-36-1 du code pénal (10).

L'injonction de soins consiste en un ensemble de soins qui peuvent aussi bien être un traitement pharmacologique (psychotrope ou anti hormonal), que psychothérapeutique. Aucun soin ne peut être fait sans le consentement de la personne placée sous-main de justice. Toutefois, le non-respect des soins ordonnés peut être sanctionnable d'une peine d'emprisonnement prévue *ab initio* par la juridiction ayant prononcé le suivi socio-judiciaire.

Le prononcé de la peine de prison en cas d'inobservance relève du Tribunal d'application des peines, donc du Juge de l'Application des Peines.

Les traitements, de quelque nature soient-ils, sont administrés pas un médecin ou psychologue traitant. Le suivi du respect de ces soins, ainsi que de leur efficacité, est sous le contrôle du médecin coordonnateur, véritable interface entre le soignant et le juge de l'application des peines.

L'injonction de soins peut être prononcée dans le cadre du suivi socio judiciaire (article 136-36-4 du Code Pénal). A noter que sauf sur décision spécialement motivée, l'IS est obligatoire dans le suivi socio-judiciaire depuis le 1er mars 2007.

L'injonction de soins peut par ailleurs être prononcée dans le cadre d'autres mesures pénales que sont la contrainte pénale (article 131-4-1 du Code pénal), la surveillance judiciaire (articles 723-30 et D147-37 du Code de Procédure Pénale), la surveillance de sureté (article 706-53-19 du Code de Procédure Pénale) et la libération conditionnelle (article 731-1 du Code de Procédure Pénale).

Ainsi, elle peut être prononcée par le juge de jugement, le juge d'application des peines, et le juge de la juridiction de sureté.

L'injonction de soin est systématiquement prononcée après avis d'un expert psychiatre. Ce dernier émet un avis sur la faisabilité et la pertinence de soins pénalement ordonnés. L'expertise psychiatrique est en effet obligatoirement demandée par le président de la juridiction pour les infractions à caractère sexuel.

Ces soins sont prodigués au condamné avec son consentement. Il s'agit donc de soins libres, bien que largement incités. En effet, à l'instar des autres obligations et interdictions qui constituent le suivi socio-judiciaire, la non observance de l'injonction de soin autorise le Juge de l'Application des Peines à prononcer une peine d'emprisonnement prévue par la juridiction ayant prononcée le suivi socio-judiciaire. Les termes précis prononcés par le président de la juridiction sont ceux de l'article 131-364 alinéa 2 du code pénal :

*« Aucun traitement ne pourra être entrepris sans son consentement, mais (que) s'il refuse les soins qui lui seront proposés, l'emprisonnement prononcé [...] pourra être mis à exécution »*

Nous avons abordé dans ce chapitre les principales différences structurelles entre injonction de soin, obligation de soin et injonction thérapeutique. De ces trois mesures de soins pénalement ordonnées, seules les deux dernières restent fréquemment utilisées en droit pénal Français, ce pour des raisons différentes et complémentaires. L'obligation de soin est une mesure simple de mise en œuvre, requérant une intervention humaine et logistique légère, et dédiée à l'accompagnement des patients ayant commis des infractions de gravité moyenne. L'injonction de soin à l'inverse est une mesure lourde et complexe, réservée à l'accompagnement des auteurs des infractions les plus graves.

#### IV- CONTEXTE PENAL ET TRAVAUX PRELIMINAIRES DE LA LOI DU 17 JUIN 1998

Ce chapitre présente le contexte légal et sociétal dans lequel le dispositif d'injonction de soin a été créé, ainsi que les objectifs de cet outil pénal.

##### 1- Genèse de la loi du 17 juin 1998

La création de la Loi du 17 juin 1998 résulte d'une prise de conscience par la société de la gravité des conséquences des violences sexuelles, et surtout celles dont sont victimes les mineurs. Ce constat, largement relayé par la presse, donne lieu à 9 mois de travaux préparatoires sous la forme de débats parlementaires. Ainsi, et dans un mouvement européen global de renforcement de l'arsenal pénal face aux infractions à caractère sexuel, la France entendait se doter d'une législation avancée.

Ce pas en avant du législateur est d'ailleurs dans l'air du temps puisque depuis la mise en application du nouveau code pénal de 1994, les peines prononcées pour viol, meurtre ou assassinat de mineur avec viol ou acte de torture sont aggravées et dotées d'une période de sûreté incompressible. Les peines minima prononcées par les cours d'assises passent alors de

10 à 20 ans, alors que les maxima passent de 20 à 30 ans. Les juridictions, tant correctionnelles que criminelles prononcent ainsi des peines de plus en plus sévères, ce qui a pour effet en l'absence de réponse pénitentiaire adaptée, une surpopulation carcérale, sans pour autant que cela ne semble résoudre le problème de l'inflation des infractions à caractère sexuel.

Cette inflation est d'ailleurs ce qui alerte initialement l'opinion publique. Les chiffres du ministère de la justice révélaient une augmentation de 20 % des crimes et délits à caractère sexuel entre 1984 et 1993 (vs 8% pour l'ensemble des crimes et délits)(11).

Cette augmentation est principalement portée par une hausse constante des condamnations pour viol (42 % des condamnations criminelles en 1995, 48% en 1997), et notamment de viols sur mineur de 15 ans commis par un ascendant, dont la progression est de 500 % en 10 ans(11).

Sans que l'on puisse alors affirmer que cette inflation des condamnations est parallèle à une augmentation des faits, il n'en reste pas moins que c'est ce constat et la pression publique qui incitent le pouvoir législatif à travailler la question. Il paraît toutefois évident que les victimes portent plus facilement plainte qu'auparavant : le nombre de viols constatés par les services de police ayant quintuplé en 25 ans. Ceci s'inscrivait alors dans un développement global du droit des femmes et de l'enfant avec la Loi n°89-487 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements sur mineurs et à la protection de l'enfance (12).

Par ailleurs, le constat est fait que les détenus ayant bénéficié d'un aménagement de peine (liberté conditionnelle...), connaissent un taux de récidive deux fois moins important que ceux libérés en fin de peine (11). Bien que les auteurs de violence sexuelle, et notamment les auteurs de viol, ne connaissent pas les taux de récidive les plus importants, il n'en reste pas moins que le volume annuel de condamnations pour crimes sexuels rend cette récidive encore trop importante. Entre 1993 et 1995, entre 15 et 20 condamnés pour viol par an étaient des récidivistes (entre 2,5 et 4%)(11).

Enfin, il est observé que malgré un nombre record de longues peines (plus de 5 ans) en Europe, le taux d'infractions à caractère sexuel est légèrement supérieur à la moyenne Européenne (11).

L'arsenal pénal Français est pourtant pourvu de dispositifs d'accompagnement post pénal et de suivi des personnes placées sous main de justice en dehors du milieu carcéral. Toutefois, ces dispositifs apparaissent inadaptés. A titre d'exemple, le sursis avec mise à l'épreuve ne peut être prononcé ni pour des peines supérieures à 5 ans, ni accompagner une peine de réclusion criminelle. La durée plafond du suivi thérapeutique dans le cadre de ces mesures ne peut excéder 3 ans. L'obligation de soin, elle ne peut être prévue que dans le cadre d'une libération conditionnelle ou de la mise à l'épreuve.

Il s'est alors avéré que la réponse pénale Française à ce type d'infraction était inadaptée, ce qui motiva la tenue de différentes commissions. Parmi les plus notables, ont été (11) :

- **Le rapport Balier** (13): Rapport sur les agresseurs sexuels établi par le Dr Claude Balier, chef de service du SMPR à la maison d'arrêt de Varce. Ce travail, avant tout épidémiologique et clinique, concluait sur la nécessité de poursuite d'un suivi thérapeutique à la libération pour les condamnés à une peine d'emprisonnement pour une infraction à caractère sexuel. Ce suivi se ferait dans le cadre d'une obligation de soin assortie à un aménagement de peine ou toute alternative à l'emprisonnement. Ce rapport dessine les contours du suivi socio judiciaire. *« A l'extérieur de la prison, une « obligation de soin » est nécessaire pour maintenir un repère, indiquant à ces sujets la nécessité qu'il y a pour eux à continuer un suivi. Une telle "obligation" constitue pour ces sujets un environnement apaisant, qui vaut moins par l'effet d'obligation que par celui de cadre propre à faciliter le travail de mentalisation ».*
  
- **Le rapport de la commission Cartier** : Rapport dirigé par le Professeur Marie Elisabeth CARTIER, Professeur de Droit Pénal à l'Université Paris II. Ce rapport faisait alors état de la nécessité de création d'un dispositif de suivi post pénal avec pour objectif la prévention de la récidive (14). Ce travail, bien qu'axé sur la prise en charge des auteurs de violence sexuelle, s'intéressait plus largement au risque de récidive chez toute personne sortant de prison. Après avoir évoqué la possibilité de

la transformation des réductions de peine en suivi post pénal, ce rapport préconisait la création d'une peine complémentaire.

## 2- Les textes intervenus entre 1994 et 1998

La Loi n°94-89 du 1<sup>er</sup> février 1994 instituant une peine incompressible et relative au nouveau code pénal et à certaines dispositions de procédure pénale dite « Loi Méhaignerie » met en place l'expertise psychiatrique systématique pour tout aménagement de peine relative à un crime commis sur un mineur de 15 ans. Cette nouvelle approche, crée ainsi le concept « *d'expertise prospective* », dont l'objectif devient de projeter le sujet dans un avenir de réinsertion, et d'indiquer son potentiel de dangerosité, mais aussi de se prononcer sur la possibilité de soins qui pourraient lui être prodigués.

Le décret n°95-886 du 4 août 1995 portant application de la Loi n°94-89 du 1<sup>er</sup> février 1994 institue une peine incompressible et relative au nouveau code pénal et à certaines dispositions de procédure pénale. Ce décret précise que les sujets ayant été condamnés aux crimes qui seront en 1998 éligibles à une peine de SSJ doivent être incarcérés dans un établissement pénitentiaire ou ils peuvent recevoir des soins psychiatriques. Ces personnes sont alors signalées au psychiatre de l'établissement et leur dossier pénal est en partie mis à disposition.

Ces deux textes sont précurseurs de certaines conditions du suivi socio judiciaire.

## 3- Les travaux préparatoires

Un premier projet de loi est présenté à l'Assemblée Nationale en date du 29 janvier 1997 par le Garde des Sceaux, Mr Jacques Toubon. Ce dernier prévoit de « *renforcer la prévention et la répression des atteintes sexuelles commises sur les mineurs et les infractions portant atteinte à la dignité de la personne* »(11). Soulevant d'emblée des interrogations, notamment de par le suivi post pénal judiciaire et médical qu'elle prévoyait, les principales critiques concernaient le projet de faire porter aux soignants le rôle d'auxiliaire de justice, menaçant par

nature le secret médical qui est « *le garant de la relation entre médecin et malade* » (Rapport de l'assemblée nationale n°3475). Ce projet sera rendu caduque par la dissolution de l'assemblée nationale du 21 avril 1997. Ces travaux préparatoires servirent toutefois de socle de travail au nouveau Ministre de la Justice, Mme Elisabeth GUIGOU qui présente le 3 septembre 1997 un projet de loi relatif à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs. Ce dernier reprenait en grande partie son aîné.

L'injonction de soin, le suivi socio judiciaire, sont parmi les mesures majeures créées par la loi du 17 juin 1998. Cette avancée législative, fait face au constat d'un dysfonctionnement de société, en l'occurrence dans les années 1990, la question de la récidive des auteurs de violence sexuelle qui est par ailleurs largement médiatisée. L'appareil législatif évolue en effet le plus souvent dans cet ordre : le constat du désordre impose au législateur d'imaginer une solution adéquate.

#### V- LE DISPOSITIF DE L'INJONCTION DE SOINS

Nous avons précédemment défini l'injonction de soin. Il convient à présent de s'intéresser à son architecture et aux acteurs qui composent ce dispositif complexe.

##### 1- Les acteurs de l'injonction de soin

L'injonction de soin est articulée autour de 6 acteurs et dispositifs principaux (15–17) :

- Le Juge de l'Application des Peines
- Le médecin coordonnateur
- Le médecin/psychologue traitant
- Le conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation
- L'expert psychiatre
- Les établissements pénitentiaires

a) Le Juge de l'Application des Peines.

L'injonction de soin est principalement prononcée par la juridiction de jugement : par le Tribunal correctionnel à titre de peine complémentaire ou de peine principale, et par la cour d'assise uniquement comme peine principale.

Toutefois, c'est bien le Juge de l'application des Peines qui est au centre de la mesure d'injonction de soin. La prononçant parfois depuis 2007, l'article 763-1 du code de procédure pénale le place au cœur du dispositif.

Ainsi, le Juge de l'Application des peines a à charge de désigner le service pénitentiaire d'insertion et de probation chargé de veiller au respect des obligations imposées au condamné.

Il désigne par ailleurs le médecin coordonnateur et l'informe de ses missions (article 763-1 du Code de Santé Publique), en reçoit les rapports annuels

Durant la détention, il informe la personne placée sous main de justice de la possibilité de suivre un traitement et lui rappelle les obligations à venir quelques jours avant la sortie, mais aussi après la sortie de détention

Pendant le déroulement de la mesure il assure le rôle de correspondant central de la mesure avec le conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation et le médecin coordonnateur. Il reçoit au besoin la personne en entretien, prend toute décision utile au respect de la mesure (vérification de la conformité des contrats de travail, autorisation de sortie du territoire...). Il met en application la peine prévue par la juridiction ayant prononcée l'IS en cas d'inobservance, ce de manière partielle ou totale.

Pour mener à bien sa mission, le Juge de l'Application des Peines dispose d'une autorité lui permettant de demander une expertise à tout moment de la mesure, de délivrer un mandat d'amener ou un mandat d'arrêt en cas d'inobservance des mesures de surveillance. Au cas où le condamné n'observerait pas le respect de ses obligations et interdictions, le Juge de l'Application des Peines peut ordonner l'incarcération provisoire de la PPSMJ, ou encore l'inscription du condamné au fichier des personnes recherchées.

Le Juge de l'Application des Peines peut par ailleurs modifier les obligations du suivi socio judiciaire. Ainsi, il dispose de l'autorité de modifier ou compléter les mesures de surveillance, les obligations et les mesures d'assistance à tout moment de celle-ci après audition du condamné et avis du procureur de la République, et ce de manière non contradictoire. Il lui est par ailleurs possible de prononcer l'IS sur avis de l'expert psychiatre dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire déjà prononcé

Son rôle ne se limite pas à la mise en place et à la surveillance de la mesure puisque le Juge de l'Application des Peines sanctionne les manquements aux obligations et interdictions de l'injonction de soins. Ces sanctions peuvent aller de la révocation du sursis avec mise à l'épreuve ou de la libération conditionnelle à la mise à exécution partielle ou totale de la peine d'emprisonnement prévue au moment du prononcé de la mesure.

b) Le médecin coordonnateur

La fonction de médecin coordonnateur est nouvellement créée par la loi du 17 juin 1998. Le médecin coordonnateur, désigné par le Juge de l'Application des Peines, assure un rôle d'interface entre les acteurs de santé et judiciaires. Ainsi, sa mission est d'évaluer la bonne tenue du soin pénalement ordonné sur un versant médical, de s'assurer de sa pertinence, et d'évaluer l'évolution de la personne placée sous main de justice. De par cette mission, il est chargé (10) :

*1° « D'inviter le condamné, au vu des expertises réalisées au cours de la procédure ainsi que, le cas échéant, au cours de l'exécution de la peine privative de liberté, à choisir un médecin traitant. En cas de désaccord persistant sur le choix effectué, le médecin est désigné par le juge de l'application des peines, après avis du médecin coordonnateur ;*

*2° De conseiller le médecin traitant si celui-ci en fait la demande ;*

*3° 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 ;*

LD

*4° D'informer, en liaison avec le médecin traitant, le condamné dont le suivi socio-judiciaire, le sursis avec mise à l'épreuve ou la surveillance judiciaire est arrivé à son terme, ou le condamné qui a bénéficié d'une libération conditionnelle, de la possibilité de poursuivre son traitement en l'absence de contrôle de l'autorité judiciaire et de lui indiquer les modalités et la durée qu'il estime nécessaires et raisonnables en raison notamment de l'évolution des soins en cours ;*

*5° De coopérer à la réalisation d'évaluations périodiques du dispositif de l'injonction de soins ainsi qu'à des actions de formation et d'étude ».*

Le médecin coordonnateur, ne peut être considéré comme un soignant de par sa mission de transmission d'informations médicales au juge d'application des peines ou au conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation (article L.3711-1 du Code de la Santé Publique). :

Ainsi, la fonction de soignant et de médecin coordonnateur entend une dérogation spécifique à la règle du secret médical. Ces dérogations ont été prévues par l'article L 3711-2 du Code de la Santé Publique, donnant obligation de la transmission des éléments médicaux relatifs au soin en détention entre soignants de l'IS et soignants en détention.

- *« Le juge de l'application des peines communique au médecin traitant, par l'intermédiaire du médecin coordonnateur, copie de la décision ayant ordonné l'injonction de soins. Le juge communique également au médecin traitant, à la demande de ce dernier ou à son initiative, par l'intermédiaire du médecin coordonnateur, copie des rapports des expertises médicales réalisées pendant l'enquête ou l'instruction, du réquisitoire définitif, de la décision de renvoi devant la juridiction de jugement, de la décision de condamnation ainsi que des rapports des expertises qu'il a ordonnées en cours d'exécution de la peine. Le juge peut, en outre, adresser au médecin traitant toute autre pièce utile du dossier.*
- *Sans que leur soient opposables les dispositions de l'article [226-13](#) du code pénal, les praticiens chargés de dispenser des soins en milieu pénitentiaire communiquent les*

*informations médicales qu'ils détiennent sur le condamné au médecin coordonnateur afin qu'il les transmette au médecin traitant.*

- *Le médecin traitant délivre des attestations de suivi du traitement à intervalles réguliers, afin de permettre au condamné de justifier auprès du juge de l'application des peines de l'accomplissement de son injonction de soins ».*

On notera toutefois qu'il n'est pas prévu de dérogation au secret médical entre médecin coordonnateur et médecin traitant.

- La désignation du médecin coordonnateur (18)
  - o Le médecin coordonnateur peut être :
    - Un médecin psychiatre exerçant en qualité de spécialiste depuis au moins 3 ans, ou ayant exercé en tant que spécialiste pendant au moins 5 ans
    - Un médecin autre que psychiatre ayant suivi une formation appropriée, répondant aux conditions fixées par l'arrêté du 24 mars 2009 émanant du ministre chargé de la santé.
    - Il ne doit être, ni le médecin traitant, ni avoir de lien familial, d'alliance ou d'intérêt professionnel avec la PPSMJ. Il ne doit pas avoir conduit l'expertise de la personne condamnée.
  - o La désignation du médecin coordonnateur doit se faire dans la mesure du possible (obligatoirement en cas de condamnation pour crime) avant la sortie de prison.
  - o Il reçoit du Juge de l'Application des Peines, toute expertise en lien avec la personne condamnée, ainsi que toute pièce utile à l'exercice de sa mission.

c) Le médecin ou psychologue traitant

Le soignant est choisi par la personne placée sous main de justice, en accord avec le principe de libre choix (article R.4127-6 du code de la santé publique) => *Le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin. Il doit lui faciliter l'exercice*

*de ce droit.* Ce choix est soumis au médecin coordonnateur, qui juge de sa pertinence. Ce dernier peut rejeter le choix du condamné et l'inviter à en faire un autre.

Il est chargé de prodiguer les soins qu'il juge adéquats à la personne placée sous main de justice. Ces soins se font avec son consentement.

Il reçoit du médecin coordonnateur l'information relative aux dispositions judiciaires de l'injonction de soins et remet à la personne placée sous main de justice les certificats de suivi, faisant foi de la bonne tenue de la mesure.

Le soignant traitant est considéré comme soumis au secret professionnel, et il ne saurait donc transmettre à quiconque des informations qui y sont relatives. Il est toutefois fait exception, puisqu'incluse dans sa mission de l'information systématique au Juge de l'application des peines ou au médecin coordonnateur de tout événement venant faire entrave à la bonne poursuite des soins et de la mesure d'IS. En cela, le secret médical ne peut lui être opposable

- L 3711-3 du Code de Santé Publique, autorisant le médecin traitant à transmettre toute information utile au juge de l'application des peines et à l'agent de probation.

*Le médecin traitant est habilité, sans que puissent lui être opposées les dispositions de l'article [226-13](#) du code pénal, à informer le juge de l'application des peines ou l'agent de probation de l'interruption du traitement. Lorsque le médecin traitant informe le juge ou l'agent de probation, il en avise immédiatement le médecin coordonnateur.*

*Lorsque le refus ou l'interruption du traitement intervient contre l'avis du médecin traitant, celui-ci le signale sans délai au médecin coordonnateur qui en informe immédiatement, dans le respect des dispositions relatives au secret médical, le juge de l'application des peines. En cas d'indisponibilité du médecin coordonnateur, le médecin traitant peut informer directement le juge de l'application des peines du refus ou de l'interruption du traitement intervenu contre son avis.*

*Le médecin traitant peut également informer de toutes difficultés survenues dans l'exécution du traitement le médecin coordonnateur qui est habilité, dans les mêmes conditions qu'à l'alinéa précédent, à prévenir le juge de l'application des peines ou l'agent de probation.*

*Le médecin traitant peut également proposer au juge de l'application des peines d'ordonner une expertise médicale.*

*Le médecin traitant peut prescrire tout traitement indiqué pour le soin du condamné y compris des médicaments inhibiteurs de libido.*

Le Juge de l'Application des Peines, doit transmettre au médecin coordonnateur et au médecin traitant, toute pièce utile à l'exercice de leur mission. Le médecin traitant, peut faire la demande au médecin coordonnateur et au Juge de l'Application des Peines, de pièces supplémentaires.

d) Le Service Pénitentiaire d'insertion et de Probation (SPIP)

Le service pénitentiaire d'insertion et de probation est l'acteur pénitentiaire central dans le suivi de la mesure de suivi socio-judiciaire. Le Juge de l'Application des Peines désigne le service pénitentiaire d'insertion et de probation qui sera en charge de ce suivi. Ainsi, les conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation reçoivent le condamné à intervalle à des fins d'évaluation de l'efficacité de la mesure et du respect des obligations et interdictions. Ils surveillent par ailleurs le contexte social, professionnel dans lequel évolue la personne placée sous main de justice, afin d'évaluer le risque de récidive. Ils transmettent au médecin coordonnateur, et au Juge de l'Application des Peines, toute information jugée utile au suivi de la mesure.

e) L'expert psychiatre

On rappelle que l'injonction de soin ne peut être prononcée sans qu'une expertise psychiatrique ait été réalisée sur mission d'un magistrat compétent en la matière. L'expert psychiatre a pour mission d'apporter une lecture psychodynamique du passage à l'acte, d'identifier une pathologie psychiatrique, de se prononcer sur le discernement du sujet, de se prononcer sur l'opportunité de l'injonction de soin (19,20), sa faisabilité, mais aussi de dégager une perspective d'évolution dans laquelle cette injonction prendra place (21). Il ne se prononce toutefois pas sur le contenu du soin, ce qui reste à la discrétion du psychiatre traitant, mais dessine les contours de la prise en charge médico psycho sociale

L'audition publique de 2007 concernant l'expertise psychiatrique pénale précise que (22):  
*« Il faut construire un soin qui sait qu'il agit en articulation. Le fait que la contrainte existe conduit le sujet devant le thérapeute : ce n'est pas sa souffrance directe ou sa demande. Cette situation se rencontre en psychiatrie dans les hospitalisations sous contrainte pour des pathologies avérées et repérées. Mais le plus souvent actuellement, dans les soins juridiquement contraints, les pathologies psychiatriques sont rares et il s'agit de troubles de la personnalité plus ou moins graves, retentissant diversement sur la conscience des troubles, la vie affective et sociale. La place de la loi dans l'organisation psychique du sujet doit être interrogée. La connaissance de l'expertise, sa lecture avec le justiciable peut permettre de mettre en place ce qui fonde le soin : elle vient dire en termes psychopathologiques ce qui fonde la rencontre. Elle place un discours médical en interface du discours juridique. Elle vient nommer ce quelque chose qui dysfonctionne chez l'auteur. Elle peut permettre au thérapeute d'interpeller le justiciable qui n'est pas encore devenu patient, sur la « folie » qui pourrait être l'objet des entretiens et d'une quête de sens »*

f) Les établissements pénitentiaires

Sans aucun caractère obligatoire, bien que largement incité comme nous le verrons plus tard, le soin peut démarrer en prison au sein des services sanitaires carcéraux comme les Unités Carcérales Spécialement aménagées et les Services Médico Psychologiques Régionaux.

Par ailleurs, depuis Mai 2009, les auteurs d'infraction à caractère sexuel sont orientés prioritairement vers l'un des 22 « établissements fléchés », qui comptaient en 2010, 42% de leur population incarcérée pour ces motifs (23). En pratique, un tiers des auteurs de violence sexuelle sont accueillis dans ces établissements. Toutefois, seule une *incitation aux soins faite par le personnel soignant est possible en milieu fermé, hors situations prévues par la Loi du 5 juillet 2011*

Ces établissements sont :

- Centre de détention de Casabianda
- Centre de détention de Salon de Provence
- Centre Pénitentiaire de Perpignan
- Centre de détention de de Muret
- Centre Pénitentiaire de Saint Quentin Fallavier
- Centre Pénitentiaire de Roanne
- Centre de détention de Riom
- Centre de détention de Mauzac
- Centre de détention de Bedenac
- Centre Pénitentiaire de Poitiers
- Centre de détention de Melun
- Maison Centrale de Saint Martin de Ré
- Centre de détention de Nantes
- Centre de détention de d'Argentan
- Centre Pénitentiaire de Caen
- Centre de détention de Val de Reuil
- Centre de détention de Liancourt
- Centre de détention de Bapaume
- Centre de détention de de Toul
- Maison Centrale d'Ensisheim
- Centre de détention de Joux la Ville
- Centre Pénitentiaire le Port

La production statistique retrouve en 2010 que 33.4% des détenus de ces centres (3568/10661) y purgent une peine en lien avec une infraction à caractère sexuel. (24). Sur l'ensemble des établissements pénitentiaires, ce chiffre est de 13% (25)

L'injonction de soins, contrairement à l'obligation de soins, est un dispositif dont l'architecture est lourde et qui requiert pour un fonctionnement optimal, l'intervention de nombreux professionnels et dispositifs, qu'ils soient sanitaires, pénitentiaires, judiciaires ou sociaux. Cette caractéristique semble d'autant plus justifier que l'injonction de soins soit applicable en premier lieu aux infractions les plus graves.

On entend toutefois que la multiplication des intervenants impose aussi la multiplication des dialogues. On devine d'emblée que ce dialogue n'est pas inné, notamment entre des univers professionnels où la mission est différente et les pratiques bien distinctes.

On voit par ailleurs que ce dispositif, lourd, nécessite une mise en place précoce, dont certains éléments peuvent être préparés en amont de l'activation de l'injonction de soin.

## 2- Les étapes précédant l'injonction de soin

Dans la majorité des cas dans le Rhône, l'injonction de soin est mise en place avec le suivi socio judiciaire à la sortie de détention. Ce dispositif ne peut en effet être actif qu'en milieu ouvert. De ce fait, les consultations inhérentes à l'injonction de soin débutent dès lors que la personne placée sous main de justice est remise en liberté.

On sait toutefois d'expérience, et à l'instar des premières semaines après une sortie d'hospitalisation, que la sortie de détention est une période à risque pour les patients qui sont souvent en manque de repères. De ce fait, un certain nombre d'actions peuvent être effectuées lors de la détention, en amont de l'injonction de soin, visant à la fois à démarrer le soin précocement, mais aussi à préparer un temps complexe qui est celui du relai entre milieu ouvert et fermé.

a) Le suivi en milieu fermé :

Assuré en milieu pénitentiaire par les services médico psychologiques régionaux (SMPR) et les unités de consultation et de soin ambulatoire (UCSA). 26 établissements pénitentiaires en France disposent d'un SMPR. Ces services sont composés de psychiatres, psychologues, infirmiers, aides soignant, agents de service hospitalier, assistantes sociales, éducateurs et secrétaires.

Ayant pour mission de répondre aux besoins de santé mentale, et de suivi social des personnes condamnées. Ils ne revêtent aucun caractère obligatoire, puisque l'IS débute à la sortie de prison. Le mode d'accès est donc sur demande du détenu et dans le cadre de l'incitation aux soins.

Les missions du SMPR sont la prévention et le traitement des affections mentales et addictions en milieu pénitentiaire et éventuellement, le suivi psychiatrique de la population post pénale

b) La prise en charge sanitaire précoce

Il convient tout d'abord de rappeler qu'aucune obligation de soins en détention n'est prévue par le législateur dans le cadre de la mesure d'IS. Le magistrat qui prononce la mesure informe en effet le condamné qu'aucun soin ne pourra être fait sans son consentement. Il est toutefois tenu, au gré des rencontres émaillant le parcours pénitentiaire, de lui rappeler qu'il a la possibilité de recevoir des soins. En théorie, ce rappel lui est adressé tous les 6 mois. Il est d'ailleurs précisé dans le code de procédure pénal que les sujets relevant d'une injonction de soin, doivent purger leur peine d'enfermement dans un établissement à même de leur fournir des soins psychiques.

Par ailleurs, le Juge de l'Application des Peines peut refuser les réductions de peine supplémentaires des détenus condamnés à une injonction de soins, qui refusent les soins qui leur sont proposés.

c) La Continuité des suivis entre milieu fermé et milieu ouvert

La continuité des soins est une problématique majeure des soins pénalement ordonnés de par le risque que représente cette période charnière de sortie de prison. Du fait des profils de personnalités que présentent souvent les auteurs de violence sexuelle, l'acceptation du trouble peut être un obstacle aux soins. Il en découle que l'acceptation de la nécessité des soins en est une aussi. Ainsi, l'obtention du consentement aux soins psychiatriques de la personne placée sous main de justice est un enjeu majeur, dès lors qu'elle n'en reconnaît pas les fondements.

Alors que l'accès au soin peut se faire sur un mode coercitif, le temps de transition entre milieu ouvert et milieu fermé est un temps critique, marqué par la perte des repères, parfois l'isolement, chez des sujets marqués par l'opprobre social de leur acte. Le risque est alors majeur, sur le plan de la récidive criminologique, mais aussi sur le plan suicidaire, ou de perte de suivi.

Par ailleurs, l'organisation de la sortie du détenu peut en elle-même être pourvoyeur de ruptures de suivi social et sanitaire. On retrouve dans ces facteurs de risque :

- La sortie « sèche », sans permissions préalables. Les remises de peines supplémentaires et crédits de réduction de peine sont attribués au détenu à l'issue de commissions tenues régulièrement au sein des établissements pénitentiaires. Il est donc fréquent que le détenu apprenne la date de libération quelques jours avant la sortie effective, privant le soignant et la personne de temps pour organiser le relai.
- L'élection du domicile en dehors du ressort du tribunal où se situe le lieu de détention
- L'absence de domicile fixe.

Ainsi, l'articulation doit être stricte entre ces deux milieux, notamment via la préparation à la sortie :

Le législateur prévoit toutefois dans l'article 706-53-13 du Code de Procédure Pénale, une vigilance accrue pour les criminels jugés particulièrement dangereux : « *la première convocation par le médecin coordonnateur doit intervenir avant sa libération, ainsi que le choix du médecin traitant. S'agissant du médecin coordonnateur, l'article R3711- 8 du Code de la Santé Publique prévoit sa désignation précoce avant la libération « dans la mesure du possible », et la rend obligatoire pour certaines infractions »*

Nous avons pu constater que le dispositif de l'injonction de soin débute réellement à la sortie de détention. Le temps de détention, temps pouvant être propice à un travail d'adhésion au soin par exemple, n'est pas inscrit dans l'architecture de l'injonction de soin, sinon dans une incitation au soin qui paraît bien ambiguë, et qui fait planer sur l'adhésion le spectre de la coercition. Les dispositifs de soin existent, des établissements sont désignés et organisés pour recevoir ces sujets, mais le temps de relai paraît flou et insuffisamment organisé

### 3- Evolutions du dispositif (26)

Le dispositif de suivi socio-judiciaire a largement évolué depuis sa création dans 4 directions

- Le domaine d'application
- La recherche d'une systématisation du recours à l'IS
- L'élargissement du prononcé de l'IS hors du champ du suivi socio-judiciaire
- L'élargissement des juridictions pouvant prononcer le suivi socio-judiciaire

Ces évolutions, de la même manière que la création du suivi socio judiciaire, se sont faites au sein de lois, en réponse à un constat d'un dysfonctionnement de l'appareil judiciaire ou de la société.

Nous détaillerons ici ces évolutions

a) L'extension du domaine d'application

Le dispositif était initialement prévu pour les infractions à caractère sexuel, exception faite du harcèlement sexuel, des atteintes sexuelles commises sans violence sur des mineurs et des délits de corruption de mineurs, de diffusion d'images de mineurs présentant un caractère pornographique

Ce domaine d'application a été étendu par la loi n°2005-1549 du 12 décembre 2005 (27) puis n°2007-297 du 5 mars 2007 (9) aux assassinats et meurtres simples, enlèvement ou séquestration, destructions commises avec des moyens dangereux pour les personnes et diffusion de procédés de fabrication d'engins de destruction, violences sur mineurs de 15 ans par ascendant ou personne ayant autorité, proposition sexuelle par majeur à mineur de 15 ans avec un moyen de communication électronique, violences intra conjugales, harcèlement sexuel, des atteintes sexuelles commises sans violence sur des mineurs et délits de corruption de mineurs, de diffusion d'images de mineurs présentant un caractère pornographique

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	Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales	Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance	Loi n°2016-731 du 3 juin 2016 renforçant la lutte contre le crime organisé, le terrorisme et leur financement
<p>Meurtre ou assassinat d'un mineur, précédé ou accompagné d'un viol, de torture ou d'actes de barbarie (art 221-9-1 du Code Pénal)</p> <p>Viol, agression sexuelle ou exhibition sexuelle (222-48-1 du Code Pénal)</p> <p>Corruption d'un mineur, fabrication, transport, diffusion d'images pornographiques de mineur ou de message à caractère violent ou pornographique portant gravement atteinte à la dignité humaine, susceptibles d'être vus ou perçus par un mineur (227-31 du Code Pénal)</p>	<p>Crimes d'atteinte volontaire à la vie des personnes : meurtre, meurtre qui précède, accompagne ou suit un autre crime, meurtre aggravé, empoisonnement (art 221-9-1 du Code Pénal)</p> <p>Crimes d'enlèvement et de séquestration (art 224-10 du Code Pénal)</p> <p>Tortures ou actes de barbarie (art 222-48-1 du Code Pénal)</p> <p>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 les procédés de fabrication d'engins de destruction (art 322-18 du Code Pénal)</p>	<p>Actes de violence contre les personnes commis par le conjoint, ex-conjoint, le concubin, ex-concubin de la victime, le partenaire, ex-partenaire lié à celle-ci par un PACS (art 22-48-1 du Code Pénal)</p> <p>Actes de violence commis sur un mineur de 15 ans par ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur la victime* (art 222-48-1 du Code Pénal)</p> <p>Délit de propositions sexuelles à un mineur de 15 ans ou à une personne se présentant comme telle en utilisant un moyen de communication électronique (art 227-22-1 et 227-31 du code Pénal)</p>	<p>Actes de terrorisme ou de trafic d'armes</p>

**Tableau n°2 : Evolution du champ d'application pénal de l'injonction de soins (d'après Bouchard et al)**

Commenté [MS2]: Même remarque sur le tableau

Par ailleurs, depuis le 1er mars 2007 le suivi socio-judiciaire emporte injonction de soin si une expertise déclarait le condamné susceptible de faire l'objet d'un traitement, sauf décision spécialement motivée de la juridiction qui prononce le suivi socio-judiciaire. De fait, l'injonction de soin devient obligatoire pour les infractions citées dans ce chapitre

Le suivi socio-judiciaire est par ailleurs obligatoire pour les infractions précisées par l'alinéa 2 de l'article 222-48-1 du code pénal depuis la loi du 5 mars 2007, sauf dérogation sur décision spécialement motivée

*Les personnes physiques coupables des infractions définies aux articles 222-8, 222-10, 222-12, 222-13, 222-14 et 222-18-3 peuvent également être condamnées à un suivi socio-judiciaire, selon les modalités prévues par les articles 131-36-1 à 131-36-13, lorsque l'infraction est commise soit par le conjoint ou le concubin de la victime ou par le partenaire lié à celle-ci par un pacte civil de solidarité, ou par son ancien conjoint, son ancien concubin ou l'ancien partenaire lié à elle par un pacte civil de solidarité, soit, sur un mineur de quinze ans, par un ascendant légitime, naturel ou adoptif, ou par toute autre personne ayant autorité sur la victime.*

En effet, depuis la loi de 2007, le suivi socio-judiciaire est obligatoire en matière correctionnelle si les violences sont commises de manière habituelle, sauf en cas de condamnation à une peine d'emprisonnement assortie du sursis avec mise à l'épreuve ou de décision spécialement motivée par le tribunal. En matière criminelle, la cour d'assises délibère spécialement sur le prononcé d'un suivi socio-judiciaire.

b) La systématisation du recours à l'expertise

L'expertise psychiatrique est devenue systématique pour les infractions énumérées par l'article 706-47 du Code de Procédure Pénale.

*1- Crimes de meurtre ou d'assassinat prévus aux articles 221-1 à 221-4 du code pénal, lorsqu'ils sont commis sur un mineur, précédés ou accompagnés d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie, ou lorsqu'ils sont commis en état de récidive légale ;*

- 2- Crimes de tortures ou d'actes de barbarie prévus aux articles 222-1 à 222-6 du même code
- 3- Crimes de viol prévus aux articles 222-23 à 222-26 dudit code ;
- 4- Délits d'agressions sexuelles prévus aux articles 222-27 à 222-31-1 du même code ;
- 5- Délits et crimes de traite des êtres humains à l'égard d'un mineur prévus aux articles 225-4-1 à 225-4-4 du même code ;
- 6- Délit et crime de proxénétisme à l'égard d'un mineur prévus au 1° de l'article 225-7 et à l'article 225-7-1 du même code ;
- 7- Délits de recours à la prostitution d'un mineur prévus aux articles 225-12-1 et 225-12-2 du même code ;
- 8- Délit de corruption de mineur prévu à l'article 227-22 du même code ;
- 9- Délit de proposition sexuelle faite par un majeur à un mineur de quinze ans ou à une personne se présentant comme telle en utilisant un moyen de communication électronique, prévu à l'article 227-22-1 du même code ;
- 10- Délits de captation, d'enregistrement, de transmission, d'offre, de mise à disposition, de diffusion, d'importation ou d'exportation, d'acquisition ou de détention d'image ou de représentation pornographique d'un mineur ainsi que le délit de consultation habituelle ou en contrepartie d'un paiement d'un service de communication au public en ligne mettant à disposition une telle image ou représentation, prévus à l'article 227-23 du même code ;
- 11- Délits de fabrication, de transport, de diffusion ou de commerce de message violent ou pornographique susceptible d'être vu ou perçu par un mineur, prévus à l'article 227-24 du même code ;
- 12- Délit d'incitation d'un mineur à se soumettre à une mutilation sexuelle ou à commettre cette mutilation, prévu à l'article 227-24-1 du même code ;
- 13- Délits d'atteintes sexuelles prévus aux articles 227-25 à 227-27 du même code

Cette généralisation de l'expertise, combinée aux apports de la loi du 10 août 2007, précisant que l'injonction de soins devient systématique dans le cadre du suivi socio judiciaire renforce le poids de l'expertise dans la mise en place de soins pénalement ordonnés (24).

L'injonction de soin devient donc une mesure dont le juge ne fait que disposer, ne pouvant s'y opposer dans le cadre du suivi socio judiciaire que sur décision spécialement motivée.

c) Le prononcé de l'IS hors du cadre du suivi socio-judiciaire

Les lois n° 2007-1198 du 10 août 2007 et n°2008-174 du 25 février 2008 prévoient que l'IS peut être prononcée non seulement au moment du jugement, mais aussi ultérieurement lors de l'application du suivi socio-judiciaire, de la libération conditionnelle, de la surveillance judiciaire, ou de la surveillance de sureté.

L'injonction de soin reste identique, quelle que soit la mesure dans laquelle elle est prononcée, à la différence près que son inobservance n'a pas les mêmes conséquences :

La loi du 10 mars 2010 clarifie le fait que le sursis avec mise à l'épreuve ne peut plus emporter injonction de soins. Cette information émanant du rapport de l'Assemblée Nationale sur le dispositif d'injonction de soins est en contradiction avec le guide de l'injonction de soins qui précise que l'injonction de soins peut être prononcée dans le cadre du sursis avec mise à l'épreuve depuis la loi du 10 août 2007.

De la même manière, lorsque l'injonction de soin est une obligation de la libération conditionnelle, l'inobservance peut être sanctionnée d'une révocation de cet aménagement de peine. Dans le cas de la libération conditionnelle avec injonction de soins, on note que celle-ci ne peut être prononcée si le détenu a refusé en détention les soins proposés (incitation au soin)

Par ailleurs, l'inobservance peut emporter un retrait des réductions de peine dans le cadre de la surveillance judiciaire.

Enfin, si la méconnaissance par la personne des obligations qui lui sont imposées fait apparaître que celle-ci présente à nouveau une particulière dangerosité caractérisée par un risque très élevé de commettre à nouveau l'une des infractions mentionnées à l'article 706-53-13 du code de procédure pénale (assassinat, meurtre, torture ou acte de barbarie, viol, enlèvement ou séquestration), le président de la juridiction peut ordonner en urgence son placement provisoire dans un centre médico-judiciaire de sûreté. Ce placement doit être confirmé dans un délai de 3 mois par la juridiction régionale après avis favorable de la commission pluridisciplinaire.

D'une manière générale, l'injonction de soins peut être à présent prononcée à tous les stades de la peine si le législateur a prévu que l'infraction pouvait être punie d'une peine de suivi socio-judiciaire. L'expertise médicale reste systématique si la juridiction entend prononcer une Injonction de Soins. De la même manière qu'au stade du jugement, et sauf décision contraire motivée, le magistrat n'a pas lieu de s'opposer à l'ajout d'une injonction de soins si l'expertise conclue à la possibilité des soins.

d) L'élargissement des juridictions pouvant prononcer l'IS.

L'injonction de soin, initialement prononcée par la juridiction de jugement comme une obligation du suivi socio judiciaire se voit à ce jour prononcée dans un panel plus large de contexte judiciaire, et donc, par d'autres juridictions.

Depuis la mise en place de la loi du 17 juin 1998 la juridiction de jugement dispose de l'autorité à enjoindre les soins dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire.

La juridiction d'application des peines peut, elle, prononcer l'injonction de soins dans le cadre de la libération conditionnelle, de la surveillance judiciaire, du placement sous surveillance électronique. Depuis la loi du 10 août 2007, le Juge de l'Application des Peines peut par ailleurs prononcer l'injonction de soins comme une obligation du suivi socio judiciaire, alors même que la mesure a déjà été définie par la juridiction de jugement.

Les juridictions de la rétention de sureté prononcent le cas échéant l'injonction de soins dans le cadre de la surveillance de sureté et de la rétention de sureté

La règle princeps reste en vigueur concernant les infractions pouvant faire encourir l'injonction de soins. Elle ne peut être prononcée que dans le cadre d'infractions pour lesquelles le suivi socio-judiciaire est encouru. Ce spectre a été largement étendu depuis la création du dispositif.

Nous l'avons au cours de ce chapitre, l'injonction de soin a considérablement évolué depuis 20 ans. Sa structure est restée inchangée, à l'exception près que depuis la loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive, le médecin traitant peut prescrire à la

personne condamnée à un suivi socio-judiciaire des médicaments entraînant une diminution de la libido. Cette prescription est conditionnée par l'accord de la personne sous la forme d'un consentement secret et renouvelé au moins une fois par an.

La loi du 10 août 2007 notamment est déterminante sur le plan théorique dans l'évolution du dispositif, ouvrant le prononcé de l'injonction de soins à plusieurs juridictions, notamment post sentencielles, avec pour objectif affiché, la prévention de la récidive.

Par ailleurs, le champ d'application pénale de l'injonction de soin en elle-même, et au sein du suivi socio judiciaire a considérablement évolué. Nous attendons ainsi de l'étude ELIS, d'observer une augmentation considérable du nombre de mesures d'injonction de soins en France Métropolitaine. Cette augmentation, associée à la systématisation du recours à l'expertise psychiatrique, pourrait poser des problèmes logistiques qui seront évoqués ci-après.

#### 1- L'injonction de soins, un dispositif unique en droit européen.

La philosophie pénale de nos voisins Suisses et Belges en matière de soins pénalement ordonnés est tout à fait différente de celle appliquée en France. En Belgique comme en Suisse, l'accent est mis sur la notion de l'existence d'un trouble mental grave et la mesure a pour objectif la prise en charge de cet état pathologique. Sur des durées maximales nettement plus courtes qu'en France, le législateur Suisse condamne le délinquant à soigner la pathologie qui serait en lien avec les actes commis. A l'inverse, l'exemple Belge est encore plus frappant puisque l'internement ne trouve aucune limite de temps si ce n'est celui nécessaire à l'obtention d'un état de santé mental suffisamment bon pour que le risque social devienne tolérable. La justice raisonne comme le médecin mais le soin prend l'allure d'une peine.

Par ailleurs, les lois de défense sociale belge et suisse comprennent la possibilité d'une hospitalisation judiciaire.

Enfin en Suisse, les soins pénalement ordonnés peuvent dans certains cas se substituer à la peine en cas de réussite du traitement, ce qui confère à ces mesures un rôle de composition pénale.

Par la loi du 17 juin 1998, le législateur s'est doté d'un outil pénal unique en Europe de par sa nature. En effet, et bien que la notion de dangerosité psychiatrique soit bien connue chez nos voisins européens, aucun pays ne s'est doté d'une mesure similaire à l'injonction de soins. Cette mesure est novatrice et unique de par le fait :

- Qu'elle ne revêt initialement aucunement l'aspect d'un outil de composition pénale ou de condition à l'octroi d'un aménagement de peine. Par ailleurs elle ne se conçoit pas comme une mesure de probation
- Qu'elle est conçue comme une peine à part entière
- Qu'elle ne s'applique qu'en milieu ouvert, hormis concernant l'incitation aux soins
- Qu'elle implique une communication rapprochée entre organes judiciaires et sanitaires
- Que cette communication est permise par l'existence d'une fonction unique, celle de médecin coordonnateur

Selon la doctrine, il présente un caractère « *sui generis* » intermédiaire entre la peine complémentaire et la mesure de sûreté [*Rapport d'information sur la prise en charge sanitaire des personnes majeures placées sous main de justice*]

Sa plus notable particularité reste toutefois qu'elle ne concerne que les infractions les plus graves, sans qu'elle ne soit aucunement liée à l'existence d'un trouble mental. Par ailleurs, l'injonction de soin a cela d'unique, que, étant initialement l'apanage du suivi socio judiciaire, elle ne peut être prononcée que pour un certain type d'infractions, à savoir celles qui font encourir le suivi socio judiciaire.

## VI- CARACTERISTIQUES DES SUJETS SOUS INJONCTION DE SOIN DANS LA LITTERATURE

On rappelle en préambule que la production statistique au sujet de l'injonction de soins est assez pauvre. Les précédents rapports (28) (24), ainsi que la littérature, font avant tout état du suivi socio judiciaire. Bien que, comme nous le verrons par la suite, l'injonction de soin soit essentiellement prononcée dans le cadre du suivi socio judiciaire, il convient de ne pas extrapoler les données relatives à l'injonction de soin à celles du suivi socio judiciaire qui ne comprend pas forcément l'injonction de soin.

Les données disponibles concernant le suivi socio judiciaire chez les auteurs de violence sexuelle, restent toutefois intéressantes. Nous les présenterons ci-après :

En 2009, sur 1342 condamnations à un SSJ, 66% comprenaient une mesure d'IS.

En 2011, le taux de récidive des délinquants sexuels était significativement plus faible que pour les autres types d'infractions

- 2,7% pour les viols et atteintes sexuelles criminelles (vs 3.9%)
- 3,8% pour les délits sexuels (vs 8%)

Tous les récidivistes avaient déjà des antécédents judiciaires, et les 2/3 des récidivistes avaient été condamnées pour des faits d'agression sexuelle sur femme adulte.

### 1- Caractéristiques des peines prononcées pour infraction à caractère sexuel (25)

En 2007, 9292 atteintes sexuelles étaient répertoriées, c'est à dire 1,6% des condamnations par les Tribunaux Correctionnels. 1684 condamnations pour viol étaient prononcées, ce qui correspond à 48,6% des crimes ayant fait l'objet d'une condamnation à la Cour d'Assises.

Sur les 41920 condamnés détenus au 31 décembre 2006, 8268 le sont pour crimes et délits sexuels (19,7%)

La durée moyenne de la peine ferme pour viol était de 101,5 mois, contre 21,5 mois pour délit sexuel

## 2- Caractéristiques des personnes condamnées pour des infractions à caractère sexuel (25)

Concernant les viols, 98,6% étaient commis par des hommes. 44,5% avaient entre 30 et 60 ans, 20% avaient moins de 16 ans.

6,7% (116) des viols avaient été commis par un ascendant ou une personne ayant autorité. Nous n'avons pas cette information pour les délits.

## 3- Taux de récidive et de réitération

Les infractions à caractère sexuel sont moins souvent commises en état de récidive légale et de réitération que les autres infractions.

Il convient pour une meilleure compréhension, de se référer aux définitions de la récidive et de la réitération

La récidive légale :

- En matière délictuelle : Le premier terme de la récidive doit être un délit, et le deuxième terme le même délit, ou un délit assimilé par la loi, commis dans le délai de cinq ans à compter de l'expiration ou de la prescription de la précédente peine (Art. 132-10 du CP).
- En matière criminelle : Le premier terme de la récidive doit être un crime ou un délit puni de 10 ans d'emprisonnement, et le deuxième terme doit être un crime (Art. 132-8 du CP). Dans tous les cas, la récidive fait encourir le double des peines prévues (ou la perpétuité pour un crime puni de vingt ou trente ans de réclusion).

### La réitération légale :

Il y a réitération d'infractions pénales lorsqu'une personne a déjà été condamnée définitivement pour un crime ou un délit et commet une nouvelle infraction qui ne répond pas aux conditions de la récidive légale (art 132-16-7 al.1) Cette définition légale de la réitération est récente puisque qu'elle n'est introduite dans le code pénal qu'en décembre 2005 par la loi n°2005-1549. Le texte de loi ne limite pas l'observation de la réitération à une période de temps donnée comme c'est le cas pour la récidive et le code ne prévoit pas de conséquences sur la peine prononcée.

Condammations	Taux de récidive	Taux de réitération
Tous crimes	3.9%	36.5%
Viols et atteintes sexuelles criminelles	2.7%	23.4%
Tous délits	8%	26.7%
Délits sexuels	3.8%	13.0%

**Tableau n°3 : Taux de récidive et de réitération en 2011** (24)

#### 4- Quelques statistiques concernant le Suivi Socio-Judiciaire

L'évolution législative de la peine de suivi socio judiciaire laisse supposer qu'elle a eu un impact fort sur l'utilisation de l'injonction de soin. Nous présenterons quelques chiffres illustrant l'emploi du suivi socio judiciaire et son évolution.

#### De l'augmentation du nombre de mesures prononcées

En 2000, 265 mesures de SSJ étaient prononcées contre 1055 en 2004. En 2007, ce sont près de 1 300 mesures de suivi socio-judiciaire qui ont été prononcées par les juridictions

françaises, soit quatre à 5 fois plus qu'en 2000 (28) (29). Ces chiffres restent faibles (0,2% des condamnations en 2007), mais comparables au nombre de prononcé de réclusion criminelle.

Sur une plus large durée d'étude, la progression des condamnations à un SSJ faisait passer leur nombre de 265 en 2000 à 1342 en 2009 (+ 506%).

#### Du caractère principalement complémentaire de la peine de SSJ

On rappelle que le Suivi socio judiciaire ne peut être prononcé à titre de peine principale pour crime. Il peut toutefois l'être pour un délit.

En lien avec une utilisation privilégiée par les cours d'assises, le suivi socio judiciaire est prononcé, toute infraction comprise, dans 88% des cas comme peine complémentaire. Par ailleurs, en cas de délit, le suivi socio-judiciaire est l'unique peine dans 19 % des cas (24).

#### Du sous emploi du SSJ pour les infractions prévues après 1998

Année	Condamnations éligibles	Mesures de SSJ	Taux
2000	5052	258	5.1%
2001	6041	413	4.8%
2002	7087	626	8.8%
2003	7922	836	10.6%
2004	8910	1024	11.5%
2006	11170	1181	10.6%
2008	28252	1313	4.6%
2009	30376	1303	4.3%

**Tableau n°4 : Pourcentage de SSJ prononcé par rapport au nombre de condamnations éligibles par année.** (24)

On constate une nette baisse du taux de SSJ prononcés à partir de 2008. Ces résultats sont en lien avec l'impact des modifications de 2005 et 2007 des condamnations éligibles au prononcé d'un SSJ. Ces résultats laissent supposer que les infractions pour lesquels le SSJ est devenu une peine possible, font peu souvent l'objet d'une peine de SSJ.

Année	Condamnations éligibles en 1998	Mesures de SSJ	Taux
2000	5052	258	5.1%
2001	6041	413	6.8%
2002	7087	626	8.8%
2003	7922	836	10.6%
2004	8910	1024	11.5%
2006	9659	1175	12.2%
2008	9832	1227	12.5%
2009	9371	1135	12.1%

**Tableau n°5 : Pourcentage de SSJ prononcé par rapport au nombre de condamnations éligibles en 1998 par année (24).**

Ces chiffres montrent une stabilité de l'usage du SSJ depuis 2004 pour les infractions prévues par la loi de 1998. Le corolaire logique de cette disparité est un faible emploi du SSJ pour les infractions prévues par le législateur en 2005 et 2007

Année	Loi constituant le SSJ	Condamnations éligibles	Mesures de SSJ	Taux
2009	1998	9371	1135	12.1%
2009	2005	3764	127	3.4%
2009	2007	17241	41	0.2%
Total		30376	1303	
<b>Taux moyen</b>				<b>4.3%</b>

**Tableau n°6 : Taux de SSJ prononcé en 2009 pour les condamnations éligibles en fonction de la loi constituant le SSJ**

Ces chiffres montrent un faible emploi du SSJ pour les condamnations prévues par les lois de 2005 et 2007.

De la durée du suivi socio judiciaire

L'étude de Mme Valérie Carrasco (29) montrait que la durée moyenne du suivi socio-judiciaire augmentait avec la durée de la peine privative de liberté :

Ainsi, en matière délictuelle, la durée du suivi socio judiciaire était en moyenne de 4,2 ans quand la peine d'emprisonnement était inférieure à 6 mois et de 7 ans quand l'emprisonnement dépassait 5 ans.

En matière criminelle, la durée du suivi socio-judiciaire passait de 5,8 ans pour une peine de prison ferme inférieure à 5 ans à 9,3 ans quand la peine de prison dépassait 15 ans.

En 2007 la durée moyenne était de 5,3 ans pour les délits et de 6,9 ans pour les crimes (24). On observait alors un premier pic de durée à 5 ans : c'était le cas de 48 % des suivis prononcés suite à un délit et de 39 % de ceux prononcés suite à un crime. Le deuxième pic était atteint pour la durée de 10 ans, prononcée dans 18 % de l'ensemble des suivis, 14 % de ceux sanctionnant un délit et 23 % de ceux sanctionnant un crime (24).

Ces durées étaient assez stables dans le temps puisque la durée moyenne en 2011 des peines de SSJ était de 5,8 ans, dont 80% exécutées après un an d'emprisonnement (24)

Seulement 34 SSJ de plus de 10 ans étaient prononcés en 2007 sur les 541 prononcés pour crime (soit 6 %) et ce sont alors les durées de 15 et 20 ans qui sont essentiellement prononcées (24).

*De la juridiction prononçant le suivi socio judiciaire*

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Cour d'Assises</b>	32	132	232	339	409	433	461	488
<b>Cour d'Assises pour mineurs</b>	6	10	17	22	38	40	28	39
<b>Cour d'Appel</b>	25	44	49	81	89	92	85	88
<b>Cour d'Appel pour mineurs</b>	–	–	2	–	6	2	1	6
<b>Tribunal de Grande Instance</b>	199	225	332	395	496	544	598	630
<b>Tribunal pour enfants</b>	3	10	10	16	17	24	36	34
<b>Toutes juridictions</b>	265	421	642	853	1055	1136	1209	1285

**Tableau n°7 : Evolution des condamnations à une mesure de SSJ par type de juridiction (24)**

Le Suivi socio judiciaire a été prononcé en 2007 (28) en première instance dans 86 % des cas, et est prononcé pour un peu moins de la moitié par les tribunaux correctionnels, 41 % par les cours d'assises, 7 % par les cours d'assises d'appel, et moins de 3 % par les tribunaux pour enfants. 3 ans auparavant, en 2004, 452 des 1055 SSJ étaient prononcées pour des faits criminels (29).

Ainsi, initialement conçu pour punir les infractions les plus graves, le SSJ était en 2007 plus souvent prononcé en matière criminelle (36 %) qu'en matière délictuelle (7,7 %) (28).

Ce dernier chiffre correspond à une mesure antérieure à la loi de 2007 qui a considérablement élargi le champ d'application pénale du SSJ. Ainsi, en utilisant le champ du

suivi socio-judiciaire élargi par loi du 12 décembre on observait que le taux de recours au suivi socio-judiciaire est de 3,7 % pour l'ensemble des délits et crimes (24 % pour les crimes contre 2,3 % pour les délits.

L'échantillon d'infractions criminelles est bien sur moindre que celui des infractions délictuelles, mais ces chiffres nous permettent de constater que l'élargissement des indications de SSJ n'avait pas été suivi par l'élargissement de son prononcé. On constate ainsi que dans l'absolu, 55,75% des mesures de SSJ prononcées en première instance en 2007, l'étaient pour des infractions délictuelles.

#### Du type d'infraction entraînant le prononcé du suivi socio judiciaire

On notera tout d'abord qu'en 2006, 1710 des 12111 condamnations pour atteintes sexuelles étaient des viols soit 14,11%. 6309 étaient des agressions sexuelles (52,1%), 2084 des exhibitions sexuelles, soit 17,2% (28) (29).

Par ailleurs, 96 % des condamnés à un suivi socio-judiciaire en 2007 avaient commis une infraction sexuelle.

70% des condamnés à une peine comportant un suivi socio-judiciaire pour délit en 2007 l'ont été pour agression ou atteinte sexuelle, Parmi toutes les agressions sexuelles commises par ces condamnés, les plus fréquentes étaient les « agressions sexuelles imposées à un mineur de 15 ans » (34 %), puis les « agressions sexuelles sur mineur de 15 ans par ascendant ou personne ayant autorité » (31 %) et les « agressions sexuelles » simples (21 %) (28) (29).

En dehors des agressions ou atteintes sexuelles, les infractions le plus souvent sanctionnées d'un suivi socio-judiciaire étaient les exhibitions sexuelles (12 % des cas), les infractions liées à la corruption de mineur (3 %) et les infractions concernant l'image à caractère pornographique d'un mineur (11 % des cas).

<b>Infraction</b>	<b>Nombre de SSJ</b>	<b>Proportion</b>
<b>Agression sexuelle sur mineur + autre</b>	193	26%
<b>Agression sexuelle sur mineur</b>	164	22%
<b>Agression sexuelle</b>	104	14%
<b>Détention d'images de mineur à caractère pornographique</b>	97	13%
<b>Exhibition sexuelle</b>	89	12%
<b>Agression sexuelle + autre</b>	60	8%
<b>Corruption de mineur</b>	22	3%
<b>Autre</b>	15	2%
<b>Total</b>	<b>744</b>	<b>100%</b>

**Tableau n°8: Répartition des condamnés pour un délit à un SSJ en 2007 (25)**

En 2007, 98% des condamnés à un suivi socio-judiciaire pour crime l'étaient pour viol (17). La plupart des personnes condamnées à un suivi socio-judiciaire ayant commis un viol (64 %) étaient également poursuivies pour une autre infraction (crime ou délit). Il s'agissait alors rarement d'un autre crime (4%), plus de la moitié d'entre eux (53 %) ayant également commis une agression ou une atteinte sexuelle, très souvent sur mineur (46%) (28) (29)

<b>Infraction</b>	<b>Nombre de SSJ</b>	<b>Proportion</b>
<b>Viol aggravé</b>	249	46%
<b>Viol sur mineur</b>	162	30%
<b>Viol seul</b>	119	22%
<b>Autres</b>	11	2%
<b>Total</b>	541	100%

**Tableau n°9: Répartition des condamnés pour un crime à un SSJ en 2007 (25)**

Après une nette croissance de l'utilisation du SSJ depuis 1998, et un maximum de 11,5% des condamnations éligibles, en 2011, le taux de prononciation de SSJ est de 4,3% décomposés comme suit (24) :

- 12% de condamnation à un SSJ pour les infractions prévues en 1998
- 3,4% pour les infractions introduites en 2005
- 0,2% pour les infractions introduites en 2007

Ces dernières données concordent avec celles précédemment exposées, qui mettaient en avant le fait que le SSJ restait jusqu'à lors une mesure principalement utilisée en matière criminelle. L'évolution de la législation semblait alors ne pas avoir impacté le travail de l'appareil judiciaire.

On notera enfin que la population des AVS condamnés à un SSJ est différente de la population globale des AVS en 2007 (24).

Ainsi, 43% des auteurs de violence sexuelle condamnés à un SSJ étaient des criminels. Dans la population globale des auteurs de violence sexuelle, de chiffre était de 10%. Les deux tiers

avaient entre 30 et 35 ans contre seulement la moitié dans la population d'auteurs de violences sexuelles globale

Enfin, seuls 1% des AVS condamnés à un SSJ étaient mineurs, contre 25% environ dans la population globale d'AVS

Les condamnés à un SSJ pour une infraction à caractère sexuel sont donc une population plus adulte et plus jeune, ayant commis des infractions plus graves que les auteurs de violence sexuelle dans leur globalité.

Dans un travail de revue de littérature, une rare étude sur l'injonction de soin retrouvait les données suivantes (30) :

Cette étude, portant sur 50 sujets sous injonction de soins s'attachait au recueil de données d'état civil et pénales des personnes placées sous main de justice. Parmi eux, 98% étaient des hommes, d'un âge moyen de 40 ans.

92 % avaient été condamnés à une injonction de soin dans un contexte d'infraction à caractère sexuel dont :

- 37% pour viol sur mineur de 15 ans
- 35 % pour agression sexuelle sur mineur de 15 ans
- 11% pour détention d'images pédopornographiques
- 2% pour viol sur majeur
- 6% pour agression sexuelle sur majeur
- 9% pour exhibition sexuelle

#### *Du caractère principalement complémentaire de la peine de SSJ*

En lien avec une utilisation privilégiée par les cours d'assises comme nous l'avons vu précédemment, le SSJ est prononcé, toute infraction comprise, dans 88% des cas comme peine complémentaire (29). En cas de délit, le suivi socio-judiciaire est l'unique peine dans 19 % des cas.

De manière générale, plus des trois quarts des condamnés à un suivi socio-judiciaire sont également condamnés à une peine de prison ferme.

#### Du rapport entre durée d'emprisonnement et durée du SSJ

L'étude de Mme Valérie Carrasco (29) montrait que la durée moyenne du suivi socio-judiciaire augmentait avec la durée de la peine privative de liberté :

Ainsi en matière délictuelle, de 4,2 ans quand la peine d'emprisonnement était inférieure à 6 mois la durée du SSJ était de 7 ans en moyenne quand l'emprisonnement dépassait 5 ans. En matière criminelle, la durée du suivi socio-judiciaire passait de 5,8 ans pour une peine de prison ferme inférieure à 5 ans à 9,3 ans quand la peine de prison dépassait 15 ans.

#### Des caractéristiques socio démographiques des patients en SPO (30)

Sur l'ensemble des patients sous le coup d'une mesure de soins pénalement ordonnés en 2004, 83% étaient des hommes. L'âge moyen de ces patients était de 40 ans. Parmi ces mesures, des sujets sous injonction de soin, 90,2% l'étaient suite à une infraction à caractère sexuel.

30,6% à 61% de ces personnes étaient sans emploi

#### Des caractéristiques psychiatriques des sujets en IS et OS (30)

Une revue de littérature menée par le Dr ORSAT et son équipe, s'attachait à évaluer le profil clinique des sujets sous une mesure de soins pénalement ordonnés. Ils retrouvaient que 19 à

43,8% des sujets sous IS souffrent de troubles de l'axe I, 22 à 65% des sujets sous IS souffrent de troubles de l'axe II. 15,3 à 27 % des sujets sous IS ne souffraient d'aucun trouble mental

4 à 69% des sujets sous IS souffrent de comorbidités addictives

Ces chiffres étaient produits suite au recueil d'informations médicales dans les rapports d'expertise psychiatrique.

Concernant la prévalence des SPO (30):

En 2009, 362 nouvelles mesures d'IS étaient prononcées. 4276 mesures de SSJ étaient alors en cours en 2010, dont 3791 comportent une IS (88,6% des SSJ).

En perspective, ce sont 20000 mesures d'obligation de soins qui étaient prononcées dans le même temps.

## VII- L'ETUDE ELIS

Dans les chapitres précédents, nous avons pu étudier le contexte dans lequel a été rédigée la loi du 18 juin 1998. Ayant largement évolué depuis sa création, le dispositif de suivi socio judiciaire a fait l'objet de nombreuses études, permettant d'apprécier la manière dont le pouvoir judiciaire a pu se saisir de cet outil pénal. Au travers de ces évolutions, c'est aussi l'injonction de soin qui a vu son champ d'application s'étendre, sans que ne soient menées d'études nationales permettant de collecter un ensemble d'informations relatives aux sujets sous cette mesure de soins pénalement ordonnés. Il n'existe pas non plus de recueil systématisé organisé au niveau judiciaire ou pénitentiaire. Après 13 ans d'existence de cette loi, l'inspection générale des services judiciaires et l'inspection générale des affaires sociales soulignaient déjà dans un rapport à l'assemblée nationale, « *la pauvreté de la production statistique disponible* », et insistait sur l'idée « *qu'il serait indispensable que les instruments statistiques soient*

*disponibles, nationalement et localement, pour adapter les moyens nécessaires à la mise en œuvre de l'injonction de soins »(24).*

La Fédération Française des Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violence Sexuelle, dont les membres sont amenés à travailler au sein du dispositif d'injonction de soin ayant fait ce constat s'est associée en 2016 à l'Observatoire National de la Délinquance et de la Réponse Pénale dans ce projet commun afin de collecter des informations détaillées. Ce projet d'envergure nationale a retenu l'attention du Ministère de la Justice, qui a validé l'autorisation à recueillir ces informations sensibles.

## **1- Introduction**

L'objectif principal de l'étude ELIS est avant tout de collecter un ensemble de données relatives aux personnes condamnées à une IS. Ces données portent sur :

- La PPSMJ, sa situation civile, géographique, son parcours pénal
- Les faits ayant amenés le prononcé de l'IS
- Les caractéristiques de la peine, le contexte pénal de l'IS
- Le suivi médical et social de la PPSMJ

Il s'agit donc de créer une base de données quantitative détaillée sur le nombre de personnes sous IS sur le territoire nationale de manière transversale. Ces données collectées constituent le socle informatif pour la réalisation de plusieurs études, dont une descriptive spécifiquement sur l'injonction de soins, et les PPSMJ sous IS. Cet état des lieux, à l'instar des remarques de l'IGAS et de l'IGSJ nous semble essentiel dans la démarche d'améliorer l'état des connaissances sur cette mesure et la population qu'elle concerne.

Les résultats de cette étude ont été présentés au cours de l'audition publique des 14 et 15 juin 2018 sur le thème « Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge », afin d'apparaître dans le rapport d'orientation de la Commission d'Audition.

A noter que cette étude fournit bon nombre de données utiles pour répondre à certaines recommandations de l'IGAS et l'IGSJ (rapport de 2011), notamment la réalisation d'études relatives :

- Aux déterminants criminologiques des violences
- A l'analyse de l'adhésion aux soins
- Aux processus d'apparition des violences sexuelles.

## **2- Matériels et Méthodes**

La structuration de l'étude ELIS résulte du travail conjoint de la FFCRIAVS et de l'ONDRP, qui ont, au premier semestre 2016, constitués une équipe pluri disciplinaire (médecin coordonnateur, psychologue, responsable d'études criminologiques, juriste, médecin psychiatre, infirmier). L'objectif de cette pluridisciplinarité étant d'appréhender le sujet de l'étude sous tous ses aspects. Nous l'avons évoqué plus haut, l'injonction de soin est un dispositif complexe, qui repose avant tout sur la communication entre intervenants judiciaires, médicaux et sociaux, et l'étude de ce dispositif requerrait avant tout que l'équipe en charge, soit porteuse de ces multiples regards.

Les ressources nécessaires à la réalisation de ce projet ambitieux sont exclusivement humaines, au sein des institutions des membres du groupe de travail CRIAVS et ONDRP. Elles reposent par ailleurs sur le concours de l'administration pénitentiaire, qui a mis à disposition les dossiers sur lesquels s'est fait le recueil.

Le recueil s'est fait sur le territoire de chaque Tribunal de Grande Instance, par les chargés de collecte des CRIAVS de France, encadrés par les référents formés à la collecte. 11 personnes membres du groupe de travail initial et les membres de 23 CRIAVS se sont ainsi impliqués dans la phase de collecte, réalisée au sein des Services d'Insertion et de Probation.

Concernant le Tribunal de Grande Instance de Lyon, dont les données font l'objet de ce travail de thèse, la collecte a été effectuée par 4 membres du CRIAVS Rhône Alpes, délégation de Lyon, sous l'encadrement du Dr Mouchet Mages, responsable médical régional.

Une première phase de test a été conduite afin d'estimer le temps de recueil, pour un nombre total de dossier estimé à 7800 sur la France entière. Le temps estimé était de 1,5 heures par dossier. La récolte a été répartie sur 5 mois

L'état des Lieux de l'Injonction de Soins était une étude épidémiologique quantitative, nationale, multicentrique, ayant pour ambition de porter sur la totalité des mesures d'injonction de soin en cours au 1<sup>er</sup> avril 2017 sur toute la France. Le recensement s'est voulu exhaustif et représentatif du dispositif à la date choisie. En effet, il ne s'agissait pas d'un recensement exhaustif du nombre de personnes sous injonction de soin, mais de l'analyse d'un échantillon représentatif. Ce dernier concernait en effet 36 départements Français, dont la population cumulée dépassait la moitié de la population totale. Il s'agissait sur la France Métropolitaine d'environ 1900 sujets sous injonction de soin qui composaient la base de données des Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation.

Après réflexion commune, il a été estimé que l'acteur institutionnel disposant du plus grand nombre d'informations concernant les sujets sous injonction de soin était le service pénitentiaire d'insertion et de probation. Une demande d'autorisation a été soumise à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés en date du 20 janvier 2017 en raison des informations portant sur le parcours judiciaire des sujets.

La collecte s'est faite sur dossiers extraits anonymisés et consultés sur place au service pénitentiaire d'insertion et de probation, garantissant ainsi la préservation du secret judiciaire. Les données ont été recueillies sur fichier tableur à partir d'une grille d'analyse construite par le groupe de travail. Cette grille d'analyse, a été modifiée à plusieurs reprises, puis testée sur un échantillon de dossiers afin d'en vérifier la possible mise en œuvre. Elle comprenait 99 variables, portant sur les caractéristiques civiles et judiciaires des personnes sous IS, de la mesure d'IS, et de l'infraction ayant conduit à l'IS. Ces variables pouvaient être binaires, quantitatives, linéaires ou nominatives. Cette grille était assortie d'une guide méthodologique précisant les variables et le mode de recueil.

Un courrier demandant consentement aux personnes placées sous main de justice leur était adressé et retourné auprès de leur conseiller. Les sujets ayant refusés ont été exclus de l'étude.

Après recueil des données, 110 dossiers ont été traités sur le TGI de Lyon.

Dans un premier temps, une analyse univariée des variables d'intérêts (variables d'origines, nouvelles variables créées pour l'analyse à partir des variables d'origines, des variables recodées suite à la fusion de deux modalités par exemple) ont été réalisées. Les résultats sont présentés sous la forme de tableaux appelés « tri à plat ».

Puis, ces dernières ont été croisées avec les variables relatant la présence d'antécédents psychiatriques et la prise de stupéfiants. Les résultats sont présentés sous la forme de tableaux croisés ou de tableaux de distributions conditionnelles. Des représentations graphiques (diagramme en barre ou boîtes à moustaches) permettent d'illustrer ces résultats. L'étude des relations entre les variables est complétée par des tests réalisés avec un niveau de 5%. Les résultats sont reportés à travers les p-valeurs. Selon le type des variables, différents tests ont été appliqués :

Les p-valeurs ont été obtenues grâce à un test du khi deux d'adéquation pour les variables qualitatives, représenté avec des diagrammes à barres, et grâce à un test d'ANOVA pour les croisements de variables qualitatives et quantitatives, représenté avec des boxplots. Pour réaliser le test d'ANOVA il a fallu vérifier que les variances des différents groupes étaient les mêmes par un test de BARLETT).

Le travail présenté ci-après constitue une analyse de données issues du recueil de ces 110 dossiers. Lors de nos différents temps d'analyse des résultats, il a été choisi d'exclure les modalités « non-renseigné ».

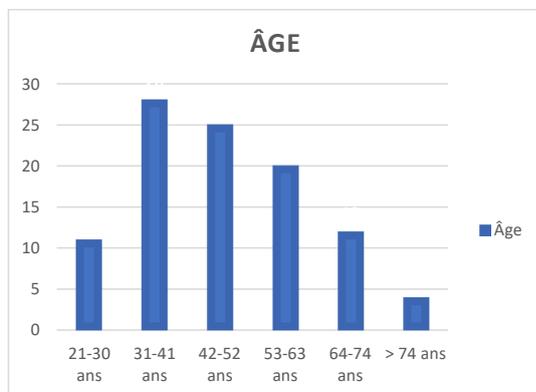
### 3- Résultats

#### A- Concernant la population générale

L'étude protocolisée des dossiers des 110 personnes placées sous main de justice, condamnées à une injonction de soin dans le tribunal de grande instance de Lyon à la date du 25 avril 2017, nous permet tout d'abord de dresser un portrait de la mesure d'injonction de soin.

a. Le profil médico-légal et civil des personnes placées sous main de justice condamnées à une injonction de soin.

Les sujets sous injonction de soin avaient en moyenne 46,43 ans, avec un écart type de 14,4 ans. Une analyse plus approfondie de l'âge nous permettait de constater que 11 % avaient moins de 30 ans au moment des faits, et plus de la moitié entre 31 et 52 ans.



**Figure n°2 : Diagramme d'Âge des condamnés à une IS sur le TGI de Lyon**

On notait concernant la répartition des âges que près des trois quarts de la population avait entre 31 et 63 ans. Cette répartition était similaire aux données nationales (31).

Il s'agissait d'hommes à 97,27% (2 femmes). Ces résultats étaient homogènes aux résultats nationaux de l'étude (31)

Au moment des faits, 62% d'entre eux étaient célibataires, et 22% partageaient leur domicile avec leur(s) enfant(s). On notera qu'il s'agit d'une population plutôt isolée compte tenu de l'âge, puisque près de 61 % de la population vivait sans conjoint et sans enfant. Cette donnée est essentielle au regard du fait que l'isolement social est souvent considéré comme un facteur de vulnérabilité aux influences antisociales (32)

Etat civil au moment des faits	Effectif	Pourcentage
Célibataire	68	61,82%
En couple	26	23,64%
Marié	12	10,91%
Non-renseigné	4	3,64%
<b>Total général</b>	<b>110</b>	<b>100,00%</b>

**Tableau n°10 : Etat civil de la PPSMJ au moment des faits**

Enfants au domicile au moment des faits	Effectif	Pourcentage
Non	75	68,18%
Non-renseigné	11	10,00%
Oui	24	21,82%
<b>Total général</b>	<b>110</b>	<b>100,00%</b>

**Tableau n°11 : Présence des enfants de la PPSMJ à son domicile au moment des faits**

Sur le plan professionnel, 43% d'entre eux étaient actifs au sens qu'ils exerçaient une fonction professionnelle.

Situation professionnelle	Effectif	Pourcentage
Autre	3	2,73%
Étudiant	9	8,18%
En formation	2	1,82%
Intérimaire	3	2,73%
Non-renseigné	12	10,91%
Retraité	5	4,55%
Salarié/Artisan/Auto entrepreneur...	44	40,00%
Sans Emploi	32	29,09%
<b>Total général</b>	<b>110</b>	<b>100,00%</b>

**Tableau n°12 : Situation professionnelle de la PPSMJ au moment des faits**

Sur le plan sanitaire, 12,73 % des sujets de l'étude étaient reconnus comme invalides ou handicapés, alors que 33,64% avaient des antécédents psychiatriques.

Sur le plan des antécédents judiciaires, plus de la moitié avaient un antécédent ou plus au bulletin n°1 de leur casier judiciaire (55,45%), et 32,72% des sujets sous injonction de soins avaient déjà été condamnés pour des faits de violence sexuelle. Le temps passé en prison était en moyenne de 1 an et 5 mois pour les sujets ayant été condamnés.

Antécédents judiciaires	Effectif	Pourcentage
Non	46	41,82%
Oui	51	55,45%
Non-renseigné	3	2,73%
<b>Total général</b>	<b>110</b>	<b>100,00%</b>

**Tableau n°13 : Antécédents judiciaires de la PPSMJ**

Antécédents d'Infraction à Caractère Sexuel (IACS)	Effectif	Pourcentage
Non	71	64,55%
Oui	36	32,72%
Non-renseigné	3	2,73%
<b>Total général</b>	<b>110</b>	<b>100,00%</b>

**Tableau n°14 : Présence d'antécédents d'IACS chez la PPSMJ**

Antécédents liés aux stupéfiants	Pourcentage
Non	84,55%
Oui	12,72%
Non-renseigné	2,73%
<b>Total général</b>	<b>100,00%</b>

**Tableau n°15 : Présence d'antécédents liés aux stupéfiants chez la PPSMJ**

Antécédents de violence contre les personnes	Pourcentage
Non	51,82%
Oui	45,45%
Non-renseigné	2,73%
<b>Total général</b>	<b>100,00%</b>

**Tableau n°16 : Présence d'antécédents judiciaires de violence contre les personnes**

Antécédents d'atteinte aux biens	Pourcentage
Non	69,09%
Oui	28,18%
Non-renseigné	2,73%
<b>Total général</b>	<b>100,00%</b>

**Tableau n°17 : Présence d'antécédents judiciaires d'atteinte aux biens**

Seul 8% des sujets de l'étude avaient déjà été condamnés à une injonction de soin. Ce chiffre est à mettre en relief avec le fait que l'injonction de soin a été créée il y a 20 ans, et que son action débute à la sortie de détention. L'injonction de soin étant prévue pour des faits graves le plus souvent sanctionnés de prison ferme, nous nous attendions, à retrouver une population comptant peu de sujets déjà condamnés à cette mesure.

b. Le contexte pénal

Nous constatons tout d'abord que sur les 110 injonctions de soin sur le TGI de Lyon, une seule n'avait pas été prononcée dans le cadre du suivi socio judiciaire. Elle l'avait été comme obligation d'une surveillance judiciaire.

Concernant la juridiction ayant prononcée l'injonction de soin, seules 9 mesures étaient prononcées en post sentenciel, et toutes les injonctions de soin prononcées en phase de jugement l'étaient en première instance. 29% de ces injonctions de soin lorsqu'elles étaient prononcées par la juridiction de jugement, l'étaient lors d'une procédure criminelle, 61 % par le tribunal correctionnel et 9% par le tribunal d'application des peines.

Juridiction ayant prononcée l'IS	Effectif	Pourcentage
Cour d'Assises	29	26,36%
Cour d'Assises des Mineurs	3	2,73%
Non-renseigné	2	1,82%
Tribunal Correctionnel	66	60,00%
Tribunal Correctionnel pour Mineurs	1	0,91%
Tribunal d'Application des Peines	9	8,18%
<b>Total général</b>	<b>110</b>	<b>100,00%</b>

**Tableau n°17 : Répartition des juridictions ayant prononcées l'IS**

4 mesures de suivi socio judiciaire avec injonction de soin ont été prononcées à l'encontre d'un mineur, dont 3 par la Cour d'Assises pour mineurs.

Lorsque l'injonction de soin était prononcée dans le cadre du suivi socio judiciaire, ce dernier l'était au titre de peine principale dans 12,73% des cas. 100% de ces cas relevaient du Tribunal Correctionnel, ce qui était prévisible au regard de la Loi.

c. L'infraction commise

On notera en préambule que sur l'échantillon du TGI de Lyon, 60 % des sujets ont commis une seule infraction. Il s'agit de ne pas confondre la notion d'infraction unique et de passage à l'acte unique. En effet, dans cette population, plusieurs sujets ont pu passer à l'acte à plusieurs reprises : ces passages à l'acte pouvaient alors être regroupés sous un seul et même chef d'inculpation, faisant de plusieurs agressions, une seule qualification.

Nombre d'infractions retenu	Effectif	Pourcentage
1	65	59,10%
2	27	24,55%
3	13	11,81%
4 et plus	5	4,54%
<b>Total général</b>	<b>110</b>	<b>100,00%</b>

**Tableau n°18 : Répartition du nombre d'infractions retenues pour le prononcé de l'IS**

Sur le TGI de Lyon à la date du 25 avril 2017, 93,64% des injonctions de soin ont été prononcées pour des faits de violence sexuelle. Seules 7 personnes ont été condamnées pour d'autres faits.

En matière délictuelle, ce pourcentage était de 93,05 %, dont une grande majorité de faits d'agression sexuelle.

En matière criminelle, ce pourcentage était de 92,11%.

L'infraction la plus fréquemment commise était l'agression sexuelle sur mineur de 15 ans.

<b>Infraction principale (la plus grave)</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Atteintes aux biens</b>	<b>1</b>	<b>0,91%</b>
Destruction de biens par un moyen incendiaire ou explosif	1	100,00%
<b>Infraction à caractère sexuel</b>	<b>103</b>	<b>93,64%</b>
Agression sexuelle	20	19,41%
Agression sexuelle sur mineur de 15 ans	25	24,27%
Agression sexuelle sur mineur de 15 ans par personne ayant autorité	6	5,83%
Captation en vue de sa diffusion, d'images à caractère pédo pornographique	8	7,77%
Complicité de viol	1	0,97%
Corruption de mineur	2	1,94%
Exhibition sexuelle	4	3,88%
Fabrication, transport, diffusion d'images pornographiques de mineurs	1	0,97%
Non renseigné	1	0,97%
Proposition à caractère sexuel faite à mineur de 15 ans par un majeur via un moyen de communication électronique	1	0,97%
Viol	19	17,44%
Viol sur mineur de 15 ans	12	11,65%
Viol sur mineur de 15 ans par personne ayant autorité	3	2,91%
<b>Violences aux personnes</b>	<b>6</b>	<b>5,45%</b>
Menace de crime contre les personnes avec ordre de remplir une mission	1	16,67%
Meurtre	1	16,67%
Tentative d'assassinat avec séquestration	1	16,67%
Tentative d'homicide en état de récidive	1	16,67%
Violence ayant entraîné une ITT > 8 jours sur conjoint	1	16,67%
Violence sur une personne dépositaire de l'autorité	1	16,67%
<b>Total général</b>	<b>110</b>	<b>100,00%</b>

**Tableau n°19 : Infraction principale retenue pour le prononcé de l'IS**

### EN MATIERE DELICTUELLE

<b>Infraction principale délictuelle</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Agression sexuelle	20	24,79%
Agression sexuelle sur mineur de 15 ans	25	34,72%
Agression sexuelle sur mineur de 15 ans par personne ayant autorité	6	8,33%
Captation en vue de sa diffusion, d'images à caractère pédo pornographique	8	11,11%
Corruption de mineur	2	2,78%
Destruction de biens incendie	1	1,39%
Exhibition sexuelle	4	5,56%
Menace de crime contre les personnes avec ordre de remplir une mission	1	1,39%
Proposition à caractère sexuel faite à mineur de 15 ans par un majeur via un moyen de communication électronique	1	1,39%
Violence ayant entraînée une ITT > 8 jours sur conjoint	1	1,39%
Violence sur une personne dépositaire de l'autorité	1	1,39%
Fabrication, transport, diffusion d'images pornographiques de mineurs	1	1,39%
Non renseigné	1	1,39%
<b>Total général</b>	<b>72</b>	<b>100,00%</b>

**Tableau n°20 : Infraction principale retenue pour le prononcé de l'IS lors d'une procédure correctionnelle**

### EN MATIERE CRIMINELLE

<b>Infraction causant l'IS</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Complicité de viol	1	2,63%
Meurtre	1	2,63%
Tentative d'assassinat avec séquestration	1	2,63%
Tentative d'homicide en état de récidive légale	1	2,63%
Viol	19	50,00%
Viol sur mineur de 15 ans	12	31,57%
Viol sur mineur de 15 ans par personne ayant autorité	3	7,89%
<b>Total général</b>	<b>38</b>	<b>100,00%</b>

**Tableau n°21 : Infraction principale retenue pour le prononcé de l'IS lors d'une procédure criminelle**

L'infraction était commise en état de récidive légale dans 16 % des cas. Ce chiffre augmentant à 35,42% lorsqu'on étendait la recherche à la notion de réitération (17).

Dans le TGI de Lyon, au 1<sup>er</sup> avril 2017, 94,45% des injonctions de soin avaient été prononcées pour des faits prévus par la loi du 17 juin 1998. 3,80% l'avaient été pour des faits inscrits au code pénal en 2005 et 1.85% en 2007. Il convient toutefois de tempérer ces résultats. Dans notre étude, nous avons choisi lorsque le sujet avait commis plusieurs infractions faisant encourir le suivi socio judiciaire, de n'étudier que la plus grave au sens légal. Ainsi, des infractions moins graves au sens pénal, lorsqu'elles avaient été jugées en même temps qu'un crime sexuel ou un délit sexuel avec contact, ont pu ne pas être traitées. Il était ainsi possible que ces chiffres soient sous-estimés.

<u>Type d'infraction</u>	<u>Effectif</u>	<u>Pourcentage</u>
Loi du 17 juin 1998	103	94.45%
Loi du 12 décembre 2005	4	3.70%
Loi du 10 août 2007	2	1.85%
<b>Total Général</b>	<b>109</b>	<b>100%</b>

**Tableau n°22 : Répartition des lois constituant le SSJ dans le prononcé de l'IS**

Etonnamment, une infraction avait été pénalisée d'un suivi socio judiciaire avec injonction de soin, sans que cela ne soit prévu par la loi, en l'occurrence, un délit de violence à personne dépositaire de l'autorité.

#### d. La victime

Nous constatons tout d'abord que les victimes étaient principalement de sexe féminin, donc de sexe opposé à celui de l'agresseur

Sexe	Effectif	Pourcentage
Femme	78	70,91%
Homme	14	12,73%
Mixte	10	9,09%
Non-renseigné	6	5,45%
Pas de victime identifiée	2	1,82%
<b>Total général</b>	<b>110</b>	<b>100,00%</b>

**Tableau n°23 : Sexe de la victime**

Dans un peu moins de 79% des cas, l'infraction avait fait au moins une victime directe, c'est-à-dire une victime avec laquelle l'auteur de l'infraction a eu un contact physique.

Cette infraction que l'on qualifiera « d'avec contact » faisait une victime directe unique dans 56 % des cas. Là encore, il convient de préciser que la notion de victimes multiples ne sous-entend pas qu'elles l'ont été de manière simultanée. Il pouvait s'agir de plusieurs infractions commises dans une temporalité différente, mais jugées sous le même chef d'inculpation. A l'inverse, une victime unique avait pu être agressée à plusieurs reprises.

Il y avait au moins une victime mineure dans 71,7% des cas.

Victime mineure	Effectif	Pourcentage
Les deux	5	4,59%
Non	30	27,52%
Non-renseigné	4	2,75%
Oui	71	65,14%
<b>Total général</b>	<b>110</b>	<b>100,00%</b>

**Tableau n°24 : Présence d'une victime mineure**

Cette victime mineure était une femme dans 71 % des cas, un homme dans 13 % des cas, et les deux sexes dans 9 % des cas. On constatait par ailleurs que lorsque la victime était un homme, la probabilité que ce dernier soit mineur était de 92,86%, contre 59.74% si c'était une femme soit plus d'1,5 fois probable.

<b>Victime mineure</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Non</b>	<b>30</b>	<b>29,70%</b>
Femme	26	25,74%
Homme	1	0,99%
Mixte	2	1,98%
Non-renseigné	1	0,99%
<b>Oui</b>	<b>71</b>	<b>70,30%</b>
Femme	46	45,54%
Homme	13	12,87%
Mixte	8	7,92%
Non-renseigné	3	2,97%
Sans objet	1	0,99%
<b>Total général</b>	<b>101</b>	<b>100,00%</b>

**Tableau n°25 : Sexe des victimes mineures**

Ces chiffres montraient ainsi que les auteurs de violence sexuelle, pour quasi-totalité des hommes, agressaient plus souvent le sexe opposé, mais que lorsqu'ils agressaient un homme, ce dernier était nettement plus souvent un mineur.

Lorsque la victime était mineure, la peine d'injonction de soins était alors plus longue (6,19 ans vs 5,5 ans), alors que la peine de prison ferme était à l'inverse plus courte (4,22 ans vs 5,78 ans).

Victime mineure	Durée moyenne de l'IS	Peine ferme moyenne	Effectif
Les deux	7,6	13	5
Oui	6,09	3,60	71
Non	5,5	5,78	30
<b>Total général</b>	<b>6,19</b>	<b>4,22</b>	<b>106</b>

**Tableau n°26 : Durées moyennes de l'IS et de la peine ferme en fonction de l'âge légal de la victime**

A noter que les sujets s'étant rendus coupables d'une infraction à caractère sexuel sur mineur de 15 ans étaient moins souvent en état de réitération que ceux ayant commis un acte sur un majeur (28,94% vs 53,33%).

Au sujet du lien entre l'agresseur et la victime, cette information figurait dans le dossier pour 90% des cas. Lorsque l'on disposait de cette information, on constatait que la moitié des victimes connaissaient leur agresseur. 15,55 % des victimes avaient un lien familial avec l'agresseur. Ce lien familial avait une définition assez large puisqu'il peut recouvrir jusqu'au 3<sup>ème</sup> degré de filiation (oncle, tante, cousin...). Le reste de la population était donc composé d'auteurs ayant un lien non familial avec leur victime, et des auteurs d'infractions sans contact. Il n'existait pas de lien entre les relations à la victime et les durées de prison ferme et de l'IS.

Lien avec la victime	Effectif	Pourcentage
Aucun lien	49	44,55%
Lien conjugal	3	2,73%
Lien de connaissance	20	18,18%
Lien familial	26	23,64%
Non-renseigné	9	8,18%
Pas de victime	3	2,73%
<b>Total général</b>	<b>110</b>	<b>100,00%</b>

**Tableau n°27 : Lien entre la victime et l'auteur de l'infraction avant entraînée le prononcé de l'IS**

e. Les victimes des récidivistes et réitérants.

Nous observons dans cette étude que le profil de victime des réitérants était assez différent. La victime était moins souvent une femme (diminution de 15 points), ceci s'accompagnant chez les réitérants d'une augmentation du nombre de victimes mixtes.

Réitération	Effectif	Pourcentage
<b>Non</b>	<b>66</b>	<b>60,00%</b>
Femme	50	75,76%
Homme	8	12,12%
Mixte	4	6,06%
Non-renseigné	3	4,55%
Sans objet	1	1,52%
<b>Non-renseigné</b>	<b>3</b>	<b>2,73%</b>
Femme	3	100,00%
<b>Oui</b>	<b>41</b>	<b>37,27%</b>
Femme	25	60,98%
Homme	6	14,63%
Mixte	6	14,63%
Non-renseigné	3	7,32%
Sans objet	1	2,44%
<b>Total général</b>	<b>110</b>	<b>100,00%</b>

**Tableau n°28 : Sexe de la victime en fonction de la qualification en réitération de l'infraction**

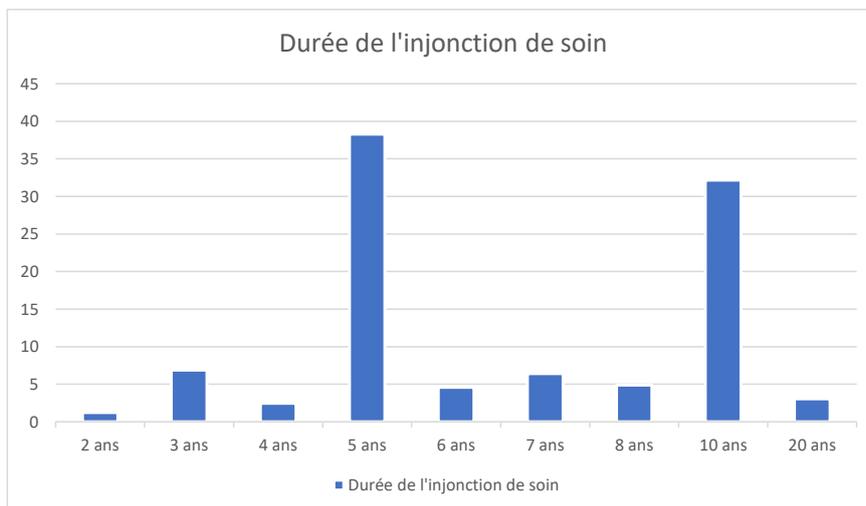
Nous retrouvons donc une plus forte proportion de victimes multiples chez les réitérants (43,9%).

La victime était alors mineure dans 50 % des cas ce qui représentait une diminution de 21 points par rapport à la population générale.

Enfin, sur le plan du lien avec la victime, ce dernier était familial dans 16 % des cas. Il n'y avait aucun lien dans 45 % des cas. Les résultats étaient donc similaires sur le plan du lien à la victime selon que l'agresseur était en état de récidive/réitération ou non.

f. La durée de l'injonction de soin

La durée moyenne de l'injonction de soin était de 5 ans et 11 mois avec un premier quartile à 5 ans et un 3<sup>ème</sup> quartile à 7 ans. On observait, à l'instar des pics de durée de suivi socio judiciaire en 2007, que l'injonction de soin est principalement prononcée pour des durées de 3, 5 et 10 ans. Cette durée était d'autant plus importante que la peine de prison était longue.



**Figure n°3 : Diagramme de durée de l'injonction de soin**

Durée Moyenne de l'IS	Ecart Type	Durée Médiane
5 ans et 11 mois	2 ans et 9 mois	5 ans

**Tableau n°29 : Durée moyenne, médiane et écart type de l'injonction de soin**

Cette peine d'injonction de soin augmentait à mesure que la peine de prison ferme augmentait

Durée de la Peine	Durée moyenne de l'IS (en années)
0 à 1 an	5,02
>1 an et < 5 ans	5,84
> 5 ans et < 10 ans	6,13
> 10 ans	8,92

**Tableau n°30 : Evolution de la durée moyenne de l'IS en fonction de la durée de la peine ferme**

De la même façon, la peine prévue en cas d'inobservance n'était pas linéaire puisqu'on retrouvait là aussi 3 pics de durée à 1 an, 2 ans et 5 ans pour une peine moyenne maximale de 2 ans et 4 mois.

Durée moyenne peine si inobservance	Ecart type	Durée médiane
2 ans et 4 mois	1 an et 5 mois	2 ans

**Tableau n°31 : Durée moyenne, médiane et écart type de la peine de prison ferme en cas d'inobservance des obligations inhérentes au SSJ**

Durée de la peine si inobservance	Effectif	Pourcentage
3 mois	1	0,91%
6 mois	4	3,64%
1 an	27	24,55%
1 an et 6 mois	3	2,73%
2 ans	34	30,91%
3 ans	16	14,55%
4 ans	1	0,91%
5 ans	19	17,27%
Non-renseigné	5	4,55%
<b>Total général</b>	<b>110</b>	<b>100,00%</b>

**Tableau n°32 : Répartition de la peine de prison ferme en cas d'inobservance des obligations inhérentes au SSJ**

La durée de l'injonction de soins était en moyenne de 5 ans lorsque le suivi socio judiciaire était prononcé en tant que peine principale, 5 ans et 7 mois en complément d'une peine d'emprisonnement et de 7 ans et 4 mois en complément de la réclusion criminelle.

Type de peine principale	Effectif	Durée moyenne de l'IS
Peine d'emprisonnement	69	5 ans et 7 mois
Réclusion criminelle	27	7 ans et 4 mois
SSJ (dont IS)	14	5 ans
<b>Total général</b>	<b>110</b>	<b>5 ans et 11 mois</b>

**Tableau n°33 : Répartition du type de peine principale prononcée**

On observait enfin que la durée moyenne de l'injonction de soins augmentait avec le nombre d'infractions retenues pour son prononcé.

Nombre d'infractions retenue	Durée moyenne de l'IS	Effectif
1	5 ans et 4 mois	65
2	6 ans et 8 mois	27
3	6 ans et 8 mois	13
4	8 ans et 5 mois	5
<b>Total général</b>	<b>5 ans et 11 mois</b>	<b>110</b>

**Tableau n°34 : Evolution de la durée moyenne de l'IS en fonction du nombre d'infractions retenues pour le prononcé du SSJ**

Au moment du recueil, les mesures d'injonction de soin étaient en cours depuis 2.83 ans en moyenne, soit 55% de la durée moyenne.

g. Le poids de l'expertise

Sur les dossiers que nous avons analysés, 11 ne comportaient aucune expertise disponible. Nous devons retenir comme hypothèse pour expliquer ce chiffre, que les expertises n'avaient pas été versées au dossier du SPIP puisque ces dossiers étaient soit d'agression sexuelle soit de viol.

Sur les 99 mesures d'injonction de soin analysées et pour lesquelles l'expertise était disponible, seules 5 avaient été prononcées sans que l'expertise ne la recommande.

54 sujets avaient été expertisés plus d'une fois, et les expertises étaient concordantes au sujet du prononcé de l'IS dans 83,33% des cas.

Nombre d'expertise en faveur d'une IS	Effectif	Pourcentage
Aucune	5	4,55%
1 ou +	44	89,09%
Non-renseigné	7	6,36%
<b>Total général</b>	<b>110</b>	<b>100,00%</b>

**Tableau n° 35 : Répartition du nombre d'expertises en faveur de l'IS**

Conflit entre les expertises	Effectif	Pourcentage
Non	45	83,33%
Oui	9	16,67%
<b>Total général</b>	<b>54</b>	<b>100,00%</b>

**Tableau n°36 : Présence d'un conflit entre les expertises**

Ces chiffres montraient l'ampleur de l'impact de la loi du 10 août 2007, qui, on le rappelle, confiait à l'expert psychiatre, un rôle prédominant dans le prononcé de l'IS, en n'accordant sur ce point au magistrat, que la possibilité sur décision expressément motivée, de ne pas adjoindre l'IS au suivi socio judiciaire. Par ailleurs, nous pouvions constater que la discordance des

expertises psychiatriques au sujet de l'opportunité de soins pénalement ordonnés restait assez rare avec près de 83% des cas où les expertises étaient concordantes.

#### h. La peine de prison

On notait en préambule que 13% des suivi socio judiciaires étaient prononcés en tant que peine principale. 100% d'entre eux l'étaient pour des délits. Par ailleurs, la totalité de ces délits étaient à caractère sexuel

Infraction faisant prononcer le SSJ en peine principale	Effectif
<b>SSJ (dont IS)</b>	<b>14</b>
Agression sexuelle	2
Agression sexuelle sur mineur de 15 ans	6
Agression sexuelle sur mineur de 15 ans par personne ayant autorité	1
Captation en vue de sa diffusion, d'images à caractère pédo pornographique	3
Exhibition sexuelle	2
<b>Total général</b>	<b>14</b>

**Tableau n°37 : Effectif des infractions ayant entraînés le prononcé du SSJ en tant que peine principale**

Les autres peines étaient l'emprisonnement (63%) et la réclusion criminelle (25%). Nous constatons qu'alors que 29% des injonctions de soin étaient prononcées par la cour d'assise, seulement 25% amenaient à une peine de réclusion criminelle. Nous expliquions cet écart par le fait que dans les casiers judiciaires, certaines peines de prison prononcées lors des procédures criminelles étaient libellées « peine d'emprisonnement ». Les données ont été recueillies selon l'appellation du bulletin n°1 du casier judiciaire *stricto sensu*.

La durée moyenne de la peine de prison était de 4 ans et 7 mois.

Durée moyenne de la peine ferme	Ecart type de la peine ferme
4 ans et 7 mois	5 ans et 3 mois

**Tableau n°38 : Durée moyenne et écart type de la peine ferme**

Nous pouvions observer qu'à mesure que la durée de la peine augmentait, la peine d'injonction de soin était plus longue (cf tableau n°30), ce qui corroborait bien le fait que le suivi socio judiciaire ne se conçoit pas comme une alternative à l'emprisonnement mais bien comme une peine à part entière. On observait par ailleurs, que la durée de la peine d'injonction de soins était la plus forte lorsqu'elle était prononcée en complément de la réclusion criminelle, et la plus faible lorsque le SSJ était la peine principale, constat confirmant l'observation précédente.

Type de peine principale	Effectif	Durée moyenne de l'IS
Peine d'emprisonnement	69	5 ans et 7 mois
Réclusion criminelle	27	7 ans et 4 mois
SSJ (dont IS)	14	5 ans
<b>Total général</b>	<b>110</b>	<b>5 ans et 11 mois</b>

**Tableau n°39 : Durée moyenne de l'IS en fonction du type de peine principale**

Concernant la durée de la peine de prison ferme celle-ci était plus importante pour les infractions les plus graves et absente lorsque le suivi socio judiciaire était prononcée en tant que peine principale

Nature de la peine principale	Effectif	Durée moyenne de la peine ferme
Peine d'emprisonnement	69	3 ans
Réclusion criminelle	27	11 ans et 2 mois
SSJ (dont IS)	14	0
<b>Total général</b>	<b>110</b>	<b>4,634</b>

**Tableau n°40 : Durée de la peine de prison ferme en fonction de la nature de la peine principale**

Lorsque cette information était disponible, c'est-à-dire lorsque le condamné était incarcéré et que son lieu d'incarcération était mentionné, le condamné était incarcéré dans un établissement fléché dans 47% des cas.

Les soins en détention étaient majoritairement accessibles par le patient qui en avait reçu. Toutefois, le taux de soin en détention passait de 54 à 78,8 % lorsque le détenu était incarcéré dans un établissement fléché AVS.

Soins en détention	Effectif	Pourcentage
<b>Pas d'établissement fléché</b>	<b>37</b>	<b>33,64%</b>
Non	1	2,70%
Non-renseigné	15	40,54%
Oui	20	54,05%
Sans objet	1	2,70%
<b>Non renseigné</b>	<b>10</b>	<b>9,09%</b>
Non-renseigné	7	70,00%
Oui	1	10,00%
Sans objet	2	20,00%
<b>Etablissement fléché</b>	<b>33</b>	<b>30,00%</b>
Non	1	3,03%
Non-renseigné	6	18,18%
Oui	26	78,79%
<b>Sans objet</b>	<b>30</b>	<b>27,27%</b>
<b>Total général</b>	<b>110</b>	<b>100,00%</b>

**Tableau n°41 : Soins en détention en fonction du type d'établissement d'incarcération**

i. Le déroulement de l'injonction de soin

Dans l'échantillon traité sur le TGI de Lyon, 66,05% des sujets étaient pris en charge sur le secteur psychiatrique (Hôpital psychiatrique et CMP)

Lieu d'exercice	Effectif	Pourcentage
Cabinet libéral	17	15,60%
CMP	65	59,63%
Hopital psychiatrique	7	6,42%
Non-renseigné	21	18,34%
<b>Total général</b>	<b>110</b>	<b>100,00%</b>

**Tableau n°42 : Lieu d'exercice du praticien soignant**

Le soignant prenant en charge le patient était dans 64,55% des cas un psychiatre, et dans 17,27% des cas un psychologue. On notera enfin qu'un seul sujet était pris en charge par un médecin généraliste. 16% des dossiers ne comprenaient pas cette information.

Profession du soignant	Effectif	Pourcentage
Infirmier	1	0,91%
Médecin généraliste	1	0,91%
Non-renseigné	18	16,36%
Psychiatre	71	64,55%
Psychologue	19	17,27%
<b>Total général</b>	<b>110</b>	<b>100,00%</b>

**Tableau n°42 : Profession du praticien soignant**

Les condamnations pendant l'injonction de soins étaient fréquentes puisque 20 sujets ont été condamnés soit 18,52%. Nous précisons que ces condamnations n'étaient pas nécessairement le fait d'infractions commises pendant l'injonction de soin, mais pouvaient être en lien avec une procédure plus ancienne.

Lorsque les faits étaient renseignés, les condamnations étaient consécutives à des faits de violence sexuelle dans 16,67% des cas (3 sujets).

Le format de l'injonction de soin était stable durant la mesure avec 10% de changement de SPIP, et 6,54% de changement de médecin coordonnateur. Aucune mesure n'a été modifiée par le tribunal d'application des peines. On notera toutefois que 24,77 % des injonctions de soins avaient été marquées par un incident, c'est-à-dire des absences multiples aux rendez-vous avec les intervenants, un séjour non autorisé ou l'exercice d'une activité professionnelle interdite par la mesure. 1 patient était suivi par un infirmier : toutefois il s'agissait du début de la mesure.

A noter que seules 3 mesures sur les 110 avaient été relevées. Concernant le relèvement, nous précisons qu'il s'agit du fait d'annuler une interdiction, obligation ou déchéance faite à autrui, en l'occurrence ici, l'obligation de se soumettre à la mesure d'injonction de soins. L'article 763-6 du code de procédure pénale prévoit les modalités de demande de relèvement. Cette décision de relèvement est prise par le juge de l'application des peines après audition du procureur de la République, du médecin coordonnateur et du condamné. Le condamné peut être relevé de toute ou partie du suivi socio judiciaire.

Les sujets ayant des antécédents psychiatriques avaient été suivis au préalable par le même professionnel de santé dans 21,62% des cas dans le sens d'un suivi régulier. A noter toutefois que cette information n'était pas disponible dans plus de 16% des cas.

Le premier rendez-vous avec le médecin coordonnateur survenait lorsque cette information était disponible (18 patients seulement), en moyenne 114 jours après la sortie de la détention et lorsque ce premier rendez-vous avait lieu dans l'année suivant la sortie de détention. Ces conditions ont permis d'exclure un sujet dont le premier rendez-vous aurait eu lieu plus de 2 ans après la sortie de détention, information aberrante puisque le dossier faisait mention, sans date précise d'un suivi plus précoce.

En termes de stabilité des intervenants, 10 % des PPSMJ avaient dû changer de SPIP durant la mesure. La quasi-totalité de ces sujets avaient déménagé ce qui avait conduit au changement de SPIP. 6 % seulement avaient changé de soignant durant la mesure.

Nous n'avons pas pu relever le nombre de changement de magistrat d'application de la peine durant la mesure.

j. La communication au sein du dispositif.

Nous avons été frappés par le manque d'information dans les dossiers papier du Service pénitentiaire d'insertion et de probation. On notait ainsi que le nombre de visite chez le soignant était inconnu dans 47,27% des cas. De la même façon, 40% des dossiers ne comprenaient aucun rapport du médecin coordonnateur, rapport qui, on le rappelle, doit être annuel.

k. L'impact de l'infraction et de la peine sur la situation socio professionnelle.

Au 15 avril 2017, la population active restait inchangée (42,73%). Toutefois on notait une nette augmentation de la population sans emploi, dont l'expansion semblait se faire au détriment de la population en formation. Ces chiffres suggéraient que le passage à l'acte et sa judiciarisation avaient eu un effet délétère sur la poursuite des démarches personnelles de formation et d'insertion professionnelle.

Situation professionnelle actuelle	Effectif	Pourcentage
En formation	3	2,73%
Intérimaire	4	3,64%
Non-renseigné	2	1,82%
Retraité	15	13,64%
Salarié/artisan/ouvrier...	47	42,73%
Sans emploi	39	35,45%
<b>Total général</b>	<b>110</b>	<b>100,00%</b>

**Tableau n°43 : Situation professionnelle de la PPSMJ au moment du recueil des données**

Sur le plan familial, l'impact était nettement plus fort. On notait une diminution de 35% à 24 % de la population en couple ou mariée. Par ailleurs, le pourcentage de sujets ayant leurs enfants au domicile chutait drastiquement de 22% à 6%. C'est donc plus de 80% des sujets qui ne vivaient pas avec leurs enfants au domicile (soit parce qu'ils n'en avaient pas, soit parce que leur garde leur avait été retirée), et plus de 71% qui vivaient sans enfant ni conjoint. Ce dernier chiffre augmentait de 10 points par rapport à avant les faits. On rappelle que la victime était un membre de la famille dans 14 % des cas.

Etat civil actuel	Effectif	Pourcentage
Célibataire	74	67,27%
En couple	27	24,54%
Non-renseigné	8	7,27%
Veuf	1	0,91%
<b>Total général</b>	<b>110</b>	<b>100,00%</b>

**Tableau n°44 : Etat civil de la PPSMJ au moment du recueil des données**

Enfants au domicile actuellement	Effectif	Pourcentage
Non	91	82,73%
Non-renseigné	11	10,00%
Oui	8	7,27%
<b>Total général</b>	<b>110</b>	<b>100,00%</b>

**Tableau n°45 : Enfants au domicile de la PPSMJ au moment du recueil des données**

Nous précisons qu'il est admis qu'un moindre degré d'insertion professionnelle et familiale est un facteur de risque de récidive (32).

## B- Concernant la population présentant des antécédents psychiatriques

Dans les données que nous avons recueillies, les antécédents psychiatriques étaient constitués par les consultations et hospitalisations en psychiatrie. Aucune notion de diagnostic ou de traitement n'était disponible car le recueil avait été effectué dans les dossiers des CPIP. Par ailleurs, il n'était pas précisé si les sujets ayant déjà consulté un psychiatre, l'avaient fait dans le cadre de l'incitation au soin. Enfin, il a été choisi pour traiter ces antécédents, de ne pas faire de distinction entre hospitalisation et suivi, du fait que nous n'avions pas à disposition les motifs médicaux de cet antécédent. Les données étaient retrouvées dans les comptes rendus d'expertise, et était considéré comme un antécédent, un suivi significatif ou une hospitalisation en psychiatrie, autre qu'un passage aux urgences. Dans l'échantillon, 38 sujets (33,64%) avaient déjà consulté un psychiatre ou été hospitalisés en psychiatrie.

### a. Profil des sujets ayant des antécédents psychiatriques

L'âge moyen des sujets ayant des antécédents psychiatriques était similaire à ceux n'en ayant pas : 47 ans et 6 mois (vs 46 ans et 11 mois). La distribution des sexes était aussi similaire avec un taux d'homme à 97,37%.

La situation maritale était similaire, selon que le sujet avait des antécédents psychiatriques (65,79% de célibataires), ou non (65,52%). Toutefois, les sujets ayant des antécédents psychiatriques avaient moins souvent leurs enfants au domicile (15,79% vs 29,31%).

Etat Civil au moment des faits	Effectif	Pourcentage
<b>Aucun antécédent psychiatrique</b>	<b>58</b>	<b>60,42%</b>
Célibataire	38	65,52%
En couple	11	18,97%
Marié	9	15,52%
<b>Antécédents psychiatriques</b>	<b>38</b>	<b>39,58%</b>
Célibataire	25	65,79%
En couple	9	23,68%
Marié	3	7,89%
Non-renseigné	1	2,63%
<b>Total général</b>	<b>96</b>	<b>100,00%</b>

**Tableau n°46 : Etat civil au moment des faits en fonction de la présence d'antécédents psychiatriques**

Enfants à domicile au moment des faits	Effectif	Pourcentage
<b>Aucun antécédent psychiatrique</b>	<b>58</b>	<b>60,42%</b>
Non	41	70,69%
Oui	17	29,31%
<b>Antécédents psychiatriques</b>	<b>38</b>	<b>39,58%</b>
Non	26	68,42%
Non-renseigné	6	15,79%
Oui	6	15,79%
<b>Total général</b>	<b>96</b>	<b>100,00%</b>

**Tableau n°47 : Enfants au domicile au moment des faits en fonction de la présence d'antécédents psychiatriques**

Sur le plan professionnel, leur situation était plus précaire. 26,32% des sujets présentant des antécédents psychiatriques avaient un emploi stable au moment des faits contre 55,17% dans la population ne présentant pas de tels antécédents. Cette différence était notamment marquée pour les sujets sans emploi qui étaient beaucoup plus nombreux dans la population ayant des antécédents psychiatriques.

Situation professionnelle au moment des faits	Effectif	Pourcentage
<b>Aucun antécédent psychiatrique</b>	<b>58</b>	<b>60,42%</b>
Etudiant	5	8,62%
En formation	2	3,45%
Non-renseigné	4	6,90%
Retraité	3	5,17%
Salarié	32	55,17%
Sans emploi	12	20,69%
<b>Antécédents psychiatriques</b>	<b>38</b>	<b>39,58%</b>
Autre	2	5,26%
Etudiant	2	5,26%
En formation	1	2,63%
Non-renseigné	5	13,16%
Retraité	2	5,26%
Salarié	10	26,32%
Sans emploi	16	42,11%
<b>Total général</b>	<b>96</b>	<b>100,00%</b>

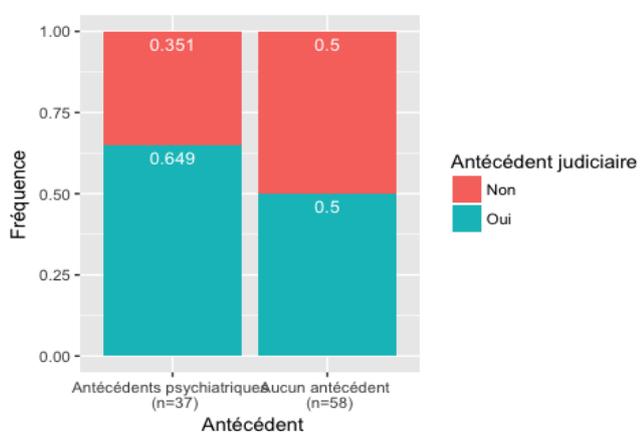
**Tableau n°48 : Situation professionnelle au moment des faits en fonction de la présence d'antécédents psychiatriques**

Sur le plan sanitaire, la population handicapée ou invalide était largement plus représentée chez les personnes ayant des antécédents psychiatriques (31,58 % vs 3,45%), chiffre attendu du fait que les troubles psychiatriques étaient pourvoyeurs de reconnaissance de handicap.

Handicap ou invalidité	Effectif	Pourcentage
<b>Aucun antécédent psychiatrique</b>	<b>58</b>	<b>60,42%</b>
Non	56	96,55%
Oui	2	3,45%
<b>Antécédents psychiatriques</b>	<b>38</b>	<b>39,58%</b>
Non	26	68,42%
Oui	12	31,58%
<b>Total général</b>	<b>96</b>	<b>100,00%</b>

**Tableau n°49 : Statut d'invalide ou d'handicapé en fonction de la présence d'antécédents psychiatriques**

Sur le plan judiciaire, les sujets ayant des antécédents psychiatriques avaient d'un point de vue descriptif, plus souvent des antécédents judiciaires (64,9% vs 50%). Toutefois, nous n'avons pas noté de différence statistiquement significative entre les antécédents judiciaires des individus ayant ou non des antécédents psychiatriques (p-valeur : 0.226).



Base : 95 individus

**Figure n°4 : Présence d'antécédents judiciaires en fonction des antécédents psychiatriques**

Par ailleurs, étaient aussi plus nombreux les sujets ayant un grand nombre de mentions à leur casier judiciaire, à savoir trois ou plus (17,24% vs 39,46%) lorsqu'ils présentaient des antécédents psychiatriques.

Antécédents judiciaires	Effectif	Pourcentage	Nombre moyen d'antécédents judiciaires
<b>Aucun antécédent psychiatrique</b>	<b>58</b>	<b>60,42%</b>	<b>1,61</b>
Aucun antécédent judiciaire	28	48,28%	
1 à 2	7	32,75%	
3 ou +	10	17,24%	
Non-renseigné	1	1,72%	
<b>Oui</b>	<b>38</b>	<b>39,58%</b>	<b>3,86</b>
Aucun antécédent judiciaire	14	36,85%	
1 à 2	9	23,69%	
3 ou +	15	39,46%	
<b>Total général</b>	<b>96</b>	<b>100,00%</b>	<b>2,51</b>

**Tableau n°50 : Nombre d'antécédents judiciaires en fonction de la présence d'antécédents psychiatriques**

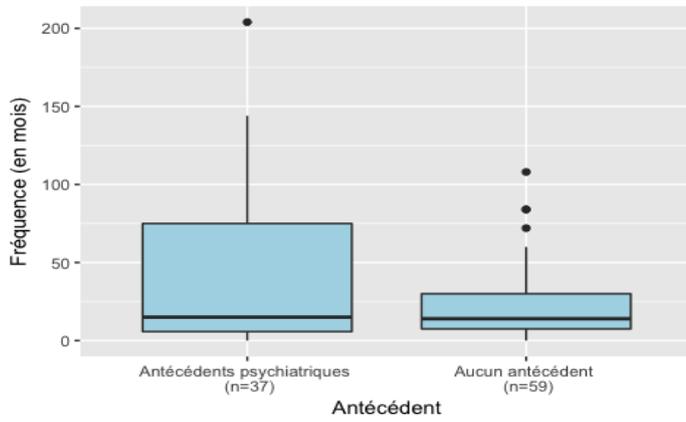
Le nombre moyen d'antécédents judiciaires était plus élevé chez les sujets ayant des antécédents psychiatriques (3,86 vs 1,61).

On retrouvait une population de sujets aux antécédents psychiatriques ayant en moyenne passé 2 ans et 4 mois en prison, contre 11 mois dans le groupe sans antécédent.

Antécédents psychiatriques	Durée moyenne en prison au casier
Non	11 mois
Non-renseigné	1 an et 1 mois
Oui	2 ans et 4 mois
<b>Total général</b>	<b>1 an et 5 mois</b>

**Tableau n°51 : Durée moyenne d'incarcération dans le casier judiciaire et antécédents psychiatriques**

Concernant cette dernière donnée, il n'a pas été possible d'établir un lien statistique du fait d'une variance des deux groupes incomparables (figure n°4). Nous avons pu toutefois constater qu'il n'existait pas de différence significative entre les deux groupes concernant la répartition de peines de prison supérieures ou inférieures à 10 ans (p-valeur : 0,836) (figure n°5).

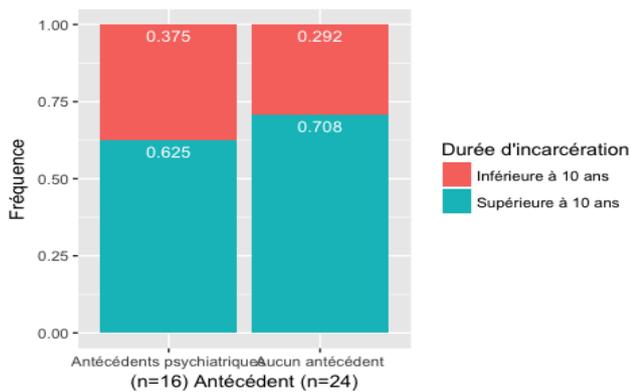


Base : 43 individus

**Figure n°4 : Les antécédents psychiatriques et ce qu'ils impliquent en termes de durée d'incarcération dans les antécédents**

Durée d'incarcération	Effectif
< 10 ans	13
> 10 ans	30
<b>Total</b>	<b>43</b>

**Tableau n°52 : Répartition en effectif de la durée d'incarcération après regroupement des modalités en deux classes, "Inférieure à 10 ans" ou "Supérieure à 10 ans"**



Base : 40 individus

**Figure n°5 : Répartition en pourcentage de la durée d'incarcération après regroupement des modalités en deux classes, "Inférieure à 10 ans" ou "Supérieure à 10 ans"**

Ces antécédents étaient similaires dans les deux groupes avec environ 30% de sujets ayant déjà été condamnés pour des faits de violence sexuelle.

Antécédents d'IACS	Effectif	Pourcentage
<b>Aucun antécédent psychiatrique</b>	<b>58</b>	<b>52,73%</b>
Non	40	68,97%
Non-renseigné	1	1,72%
Oui	17	29,31%
<b>Non-renseigné</b>	<b>14</b>	<b>12,73%</b>
Non	5	35,71%
Non-renseigné	2	14,29%
Oui	7	50,00%
<b>Antécédents psychiatriques</b>	<b>38</b>	<b>34,55%</b>
Non	26	68,42%
Oui	12	31,58%
<b>Total général</b>	<b>110</b>	<b>100,00%</b>

**Tableau n°53 : Antécédents judiciaires à caractère sexuel et antécédents psychiatriques**

Ces données nous permettaient de constater que la population présentant des antécédents psychiatriques était une population globalement plus isolée sur le plan social et professionnel, mais qui présentait un parcours judiciaire similaire à la population sans antécédents.

b. Profil infractionnel des sujets ayant des antécédents psychiatriques

Lors de l'analyse des données recueillies, nous avons pu observer que les sujets ayant des antécédents psychiatriques commettaient moins souvent un crime que les autres (28,95% vs 34,48%). Ce résultat étant toutefois descriptif.

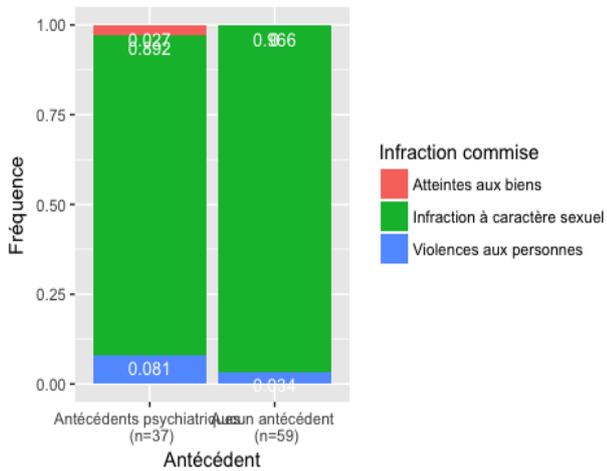
Catégorie pénale/ antécédent psy	Effectif	Pourcentage/ antécédent psy
<b>Aucun antécédent psychiatrique</b>	<b>58</b>	<b>52,73%</b>
Crime	20	34,48%
Délit	37	63,79%
Non-renseigné	1	1,72%
<b>Non-renseigné</b>	<b>14</b>	<b>12,73%</b>
Crime	8	57,14%
Délit	6	42,86%
<b>Antécédents psychiatriques</b>	<b>38</b>	<b>34,55%</b>
Crime	11	28,95%
Délit	27	71,05%
<b>Total général</b>	<b>110</b>	<b>100,00%</b>

**Tableau n°54 : Catégorie pénale de l'infraction et antécédents psychiatriques**

La majorité des individus avaient commis une infraction à caractère sexuel, qu'ils aient des antécédents psychiatriques ou non. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes au sujet du type d'infraction principale (p-valeur : 0.259).

Type d'infraction	Effectif	Pourcentage
<b>Aucun antécédent psychiatrique</b>	<b>58</b>	<b>52,73%</b>
Infraction à caractère sexuel	56	96,55%
Violences aux personnes	2	3,45%
<b>Non-renseigné</b>	<b>14</b>	<b>12,73%</b>
Infraction à caractère sexuel	13	92,86%
Violences aux personnes	1	7,14%
<b>Antécédents psychiatriques</b>	<b>38</b>	<b>34,55%</b>
Atteintes aux biens	1	2,63%
Infraction à caractère sexuel	34	89,47%
Violences aux personnes	3	7,89%
<b>Total général</b>	<b>110</b>	<b>100,00%</b>

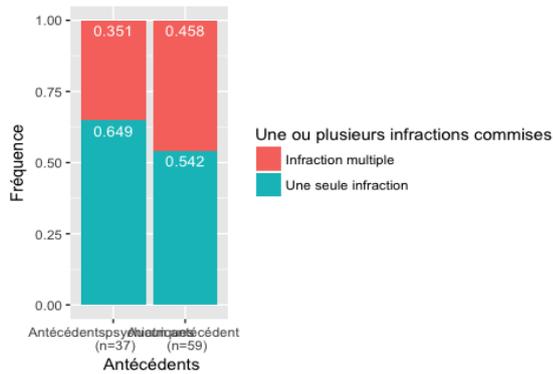
**Tableau n°55 : Type d'infraction commise en fonction des antécédents psychiatriques**



Base : 96 individus

**Figure n°6 : Les antécédents psychiatriques et ce qu'ils impliquent en termes de type d'infraction commise**

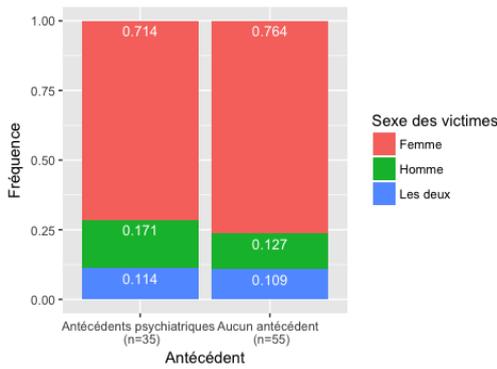
Cette infraction était unique, au sens qu'un seul chef d'inculpation avait été retenu pour le prononcé de l'injonction de soins, dans 64,9% des cas chez les sujets ayant des antécédents psychiatriques contre 54,2% chez les individus n'ayant pas de tels antécédents, sans que cette différence soit significative (p-valeur = 0,415).



Base : 96 individus

**Figure n°7 : Nombre d'infractions commises et antécédents psychiatriques**

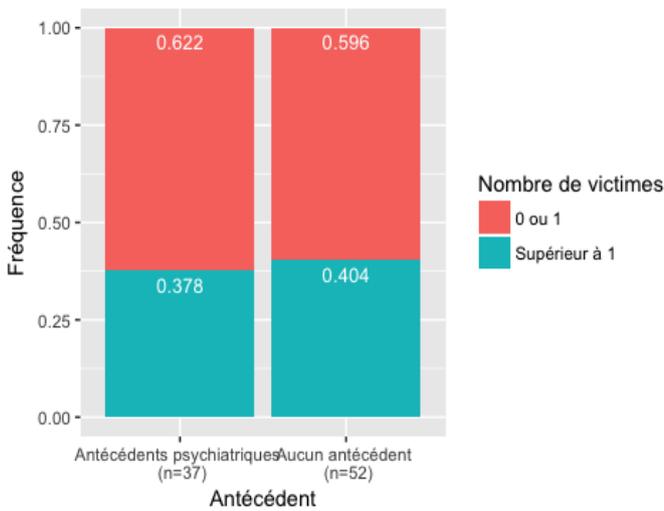
La victime était globalement de même sexe (ATCD + = 71,4% de victime femme vs 76,4%), sans lien statistique (p-valeur = 0,834).



Base : 90 individus

**Figure n°8 : Les antécédents psychiatriques et ce qu'ils impliquent en terme du sexe des victimes**

La proportion d'infraction avec des victimes multiples était sensiblement la même (37,8% chez les sujets ayant des antécédents psychiatriques vs 40,4%). Ce résultat n'était pas statistiquement significatif (p-valeur : 0,982)



Base : 89 individus

**Figure n°9 : Les antécédents psychiatriques et ce qu'ils impliquent en terme de nombre de victimes**

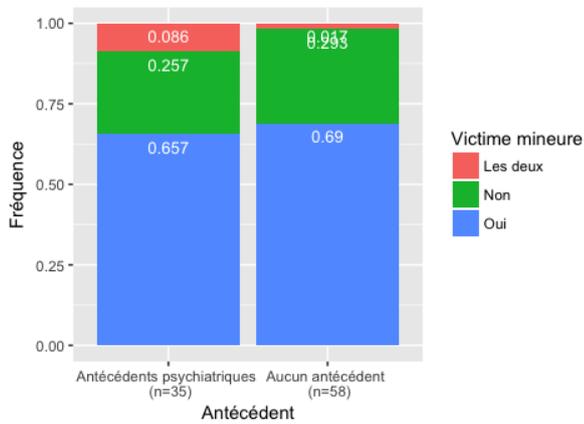
La victime était moins souvent connue de l'agresseur puisque dans la population aux antécédents psychiatriques, aucun lien avec la victime n'était retrouvé dans 47,37% des cas (vs 41,38%).

Cette différence était particulièrement marquée concernant les violences sexuelles sur un membre de la famille (15,79% vs 29,31%). Ces données étaient uniquement descriptives.

Lien avec la victime	Effectif	Pourcentage
<b>Aucun antécédent psychiatrique</b>	<b>58</b>	<b>60,42%</b>
Aucun lien	24	41,38%
Lien conjugal	1	1,72%
Lien de connaissance	10	17,24%
Lien familial	17	29,31%
Non-renseigné	5	8,62%
Pas de victime identifiée	1	1,72%
<b>Antécédents psychiatriques</b>	<b>38</b>	<b>39,58%</b>
Aucun lien	18	47,37%
Lien conjugal	1	2,63%
Lien de connaissance	9	23,68%
Lien familial	6	15,79%
Non-renseigné	2	5,26%
Pas de victime identifiée	2	5,26%
<b>Total général</b>	<b>96</b>	<b>100,00%</b>

**Tableau n°56 : Lien entre la victime et l'agresseur et antécédents psychiatriques**

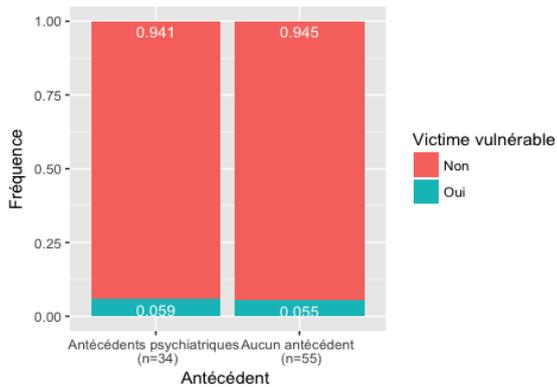
L'infraction commise faisait au moins une victime mineure (moins de 15 ans) dans 74,28% des cas chez les sujets ayant des antécédents psychiatriques contre 70,69% chez les sujets sans antécédents. Toutefois, il n'existait pas de lien statistique entre ces résultats (p-valeur : 0,284).



Base : 93 individus

**Figure n°10 : Les antécédents psychiatriques et ce qu'ils impliquent en termes de victime mineure**

Qu'une personne ait des antécédents psychiatriques ou non, cela n'impactait pas le fait que leurs victimes soient vulnérables (p-valeur : 1). Ceci survenait dans environ 5,5% des cas dans les deux groupes. A noter que la notion de vulnérabilité a été relevée lorsqu'il en était fait mention dans le chef d'inculpation sur le bulletin n°1 du casier judiciaire.

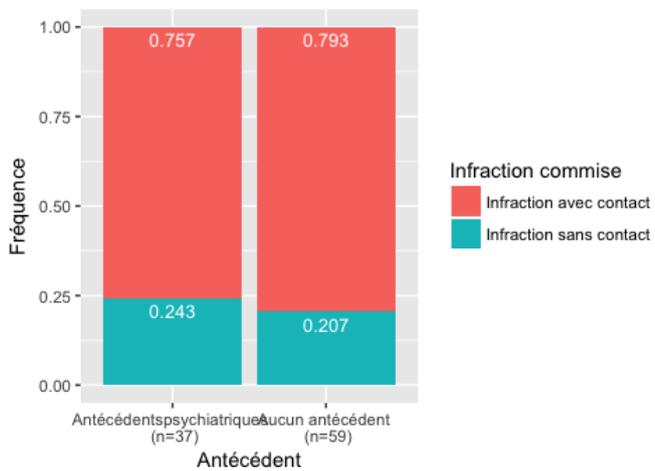


Base : 89 individus

**Figure n°11 : Les antécédents psychiatriques et ce qu'ils impliquent en termes de vulnérabilité de la victime.**

Concernant les caractéristiques de ces infractions

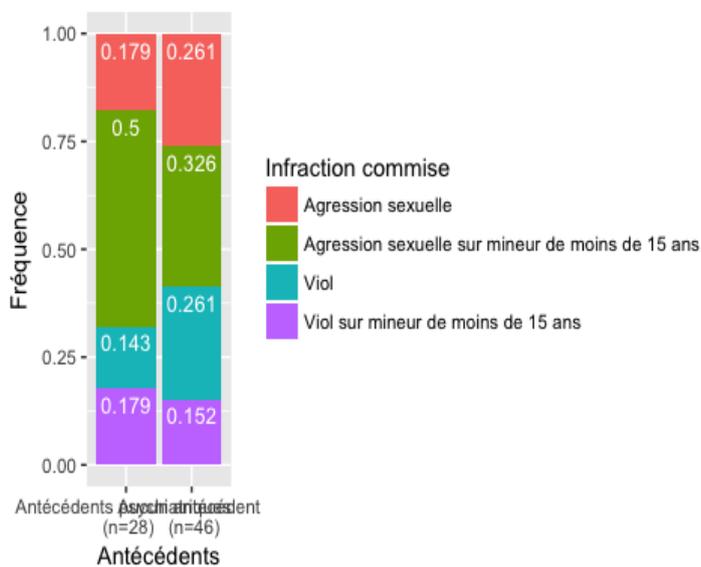
On notera tout d'abord que nous n'avons pas pu noter de différence significative entre les individus avec ou sans antécédent psychiatrique qui ont la même proportion d'infraction avec ou sans contact (p-valeur : 0.871).



Base : 96 individus

**Figure n°12 : Les antécédents psychiatriques et ce qu'ils impliquent en termes d'infraction avec ou sans contact**

Par ailleurs, l'infraction avec contact la plus fréquemment commise dans les deux groupes était l'agression sexuelle sur mineur (p-valeur = 0,384). Il s'agissait en effet de l'infraction retrouvée pour 50% des sujets ayant des antécédents psychiatriques contre 32,6% chez ceux n'en ayant pas.



Base : 74 individus

**Figure n°13 : Infractions sexuelles avec contact commises en fonction des antécédents psychiatriques**

En matière délictuelle chez le sujet ayant des antécédents psychiatriques, les agressions sexuelles sur majeur étaient plus rares (18,52 % vs 31,58%), alors que celles sur mineur de 15 ans étaient plus fréquentes (51,84% vs 39,48%). On notait que parmi ces agressions sexuelles sur mineur, les sujets ayant des antécédents psychiatriques étaient moins souvent des ascendants ou personnes ayant autorité. En s'intéressant à toute violence sexuelle par personne ayant autorité, on retrouvait que sur les 8 infractions où cette qualification fut retenue, 6 furent commises par des sujets n'ayant aucun antécédent psychiatrique.

<b>Délit commis</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Aucun antécédent psychiatrique</b>	<b>38</b>	<b>53,52%</b>
Agression sexuelle	12	31,58%
Agression sexuelle sur mineur de 15 ans	11	28,95%
Agression sexuelle sur mineur de 15 ans par personne ayant autorité	4	10,53%
Captation en vue de sa diffusion, d'images à caractère pédo pornographique	5	13,16%
Corruption de mineur	1	2,63%
Exhibition sexuelle	2	5,26%
Fabrication, transport, diffusion d'images pornographiques de mineurs	1	2,63%
Non renseigné	1	2,63%
Proposition à caractère sexuel faite à mineur de 15 ans par un majeur via un moyen de communication électronique	1	2,63%
<b>Non-renseigné</b>	<b>6</b>	<b>8,45%</b>
Agression sexuelle	3	50,00%
Agression sexuelle sur mineur de 15 ans	1	16,67%
Agression sexuelle sur mineur de 15 ans par personne ayant autorité	1	16,67%
Captation en vue de sa diffusion, d'images à caractère pédo pornographique	1	16,67%
<b>Antécédents psychiatriques</b>	<b>27</b>	<b>38,03%</b>
Agression sexuelle	5	18,52%
Agression sexuelle sur mineur de 15 ans	13	48,14%
Agression sexuelle sur mineur de 15 ans par personne ayant autorité	1	3,70%
Captation en vue de sa diffusion, d'images à caractère pédo pornographique	2	7,41%
Corruption de mineur	1	3,70%
Destruction de biens incendie	1	3,70%
Exhibition sexuelle	2	7,41%
Violence ayant entraîné une ITT > 8 jours sur conjoint	1	3,70%
Violence sur une personne dépositaire de l'autorité	1	3,70%
<b>Total général</b>	<b>71</b>	<b>100,00%</b>

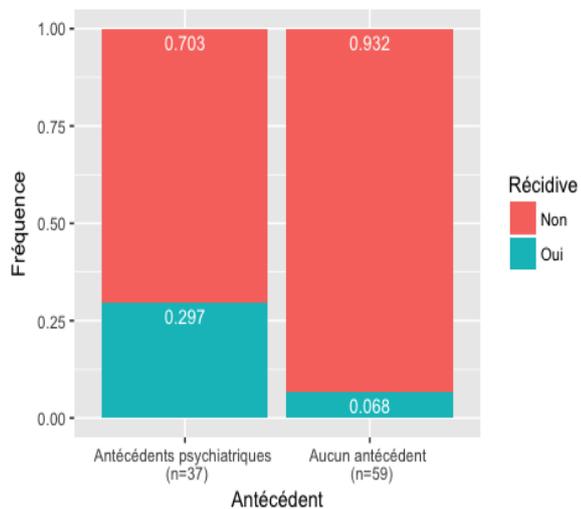
**Tableau n°57 : Délits commis en fonction des antécédents psychiatriques**

En matière criminelle, chez le sujet ayant des antécédents psychiatriques, les viols étaient aussi fréquents que dans la population ne présentant pas d'antécédents psychiatriques (90,91% vs 90,0%).

Crime commis	Effectif	Pourcentage par type d' antécédent
<b>Aucun antécédent psychiatrique</b>	<b>20</b>	<b>51,28%</b>
Complicité de viol	1	5,00%
Menace de crime contre les personnes	1	5,00%
Meurtre	1	5,00%
Viol	10	50,00%
Viol sur mineur de 15 ans	5	25,00%
Viol sur mineur de 15 ans par personne ayant autorité	2	10,00%
<b>Non-renseigné</b>	<b>8</b>	<b>20,52%</b>
Tentative d'assassinat avec séquestration	1	12,50%
Viol	5	62,50%
Viol sur mineur de 15 ans	2	25,00%
<b>Antécédents psychiatriques</b>	<b>11</b>	<b>28,20%</b>
Tentative d'homicide en état de récidive légale	1	9,09%
Viol	4	36,36%
Viol sur mineur de 15 ans	5	45,46%
Viol sur mineur de 15 ans par personne ayant autorité	1	9,09%
<b>Total général</b>	<b>39</b>	<b>100,00%</b>

**Tableau n°58 : Crime commis en fonction des antécédents psychiatriques**

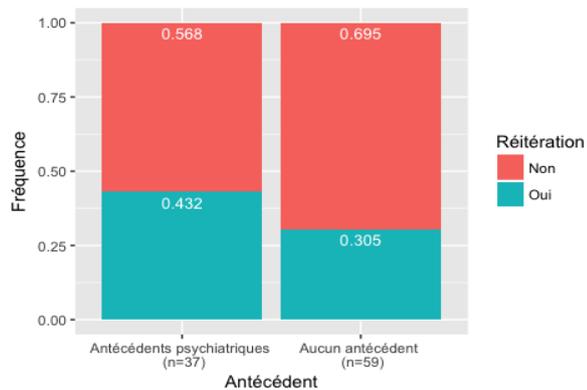
Il était remarquable qu'une personne qui avait des antécédents psychiatriques, présentait plus de risque de récidiver qu'une personne sans antécédent (p-valeur : 0.006). En effet, 30% des infractions commises par un sujet souffrant d'antécédents psychiatriques l'avaient été en état de récidive légale contre 6 % s'il n'avait aucun antécédent.



Base : 96 individus

**Figure n°14 : Les antécédents psychiatriques et ce qu'ils impliquent en termes de récidive**

Chez les sujets ayant des antécédents psychiatriques, on retrouvait par ailleurs plus souvent une réitération d'infraction (43,2% vs 30,05%). Toutefois aucun lien significatif ne pouvait être mis en avant (p-valeur : 0,732)



Base : 96 individus

**Figure n°15 : Les antécédents psychiatriques et ce qu'ils impliquent en termes de réitération**

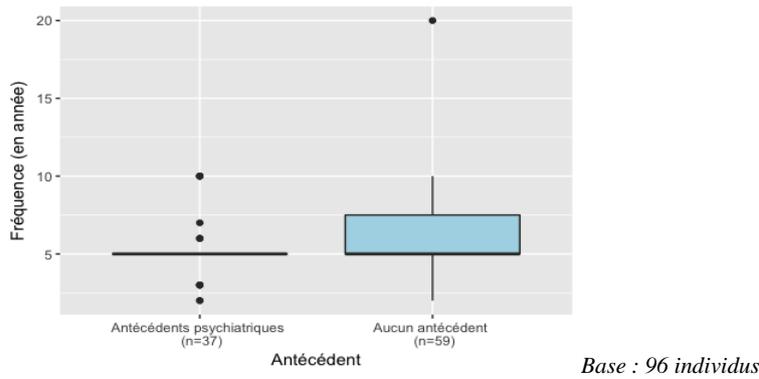
Ce champ d'analyse nous apprenait que sur le territoire du TGI de Lyon, les sujets souffrant d'antécédents psychiatriques commettaient des infractions similaires au groupe sans antécédent, que ce soit sur le plan de la nature même de l'infraction, mais aussi de la victime. A noter une différence importante puisque les antécédents psychiatriques étaient associés dans notre étude à une augmentation du risque de récidive.

c. Impact des antécédents psychiatriques sur la durée de la peine ferme et d'injonction de soin.

Les injonctions de soin prononcées étaient en moyenne plus courtes chez les sujets ayant des antécédents psychiatriques que chez ceux n'en ayant pas (5,36 ans vs 6,24 ans). Toutefois, ces données étaient uniquement à valeur descriptive puisque les variances des deux groupes n'étaient pas comparables. Il n'y avait non plus aucune différence entre les personnes ayant des antécédents psychiatriques ou non en termes de durée d'injonction de soins jusqu'au 15 avril 2017 (p-valeur : 0.802).

Minimum	1er quartile	Médiane	Moyenne	3ème quartile	Maximum
2 ans	5 ans	5 ans	5 ans et 11 mois	7 ans	20 ans

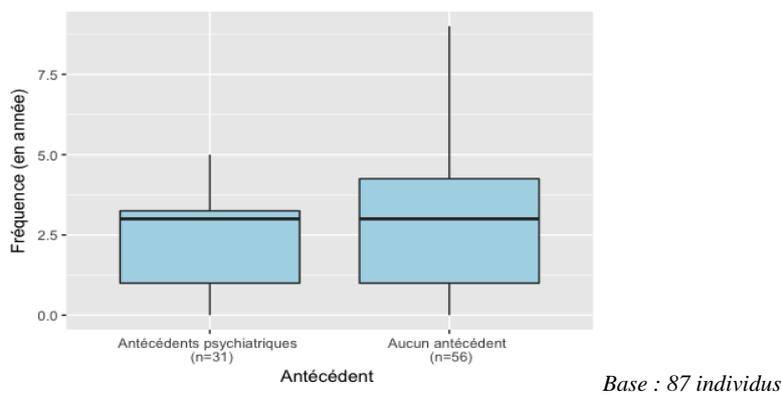
**Tableau n°59 : Statistiques élémentaires sur la durée d'injonction de soin prononcée+**



**Figure n°16 : Les antécédents psychiatriques et ce qu'ils impliquent en termes de durée d'injonction de soins proclamée**

Minimum	1er quartile	Médiane	Moyenne	3ème quartile	Maximum
0	1 an	3 ans	2 ans et 9 mois	4 ans	9 ans

**Tableau n°60 : Statistiques élémentaires de la durée d'injonction de soins jusqu'au 15 avril 2017**

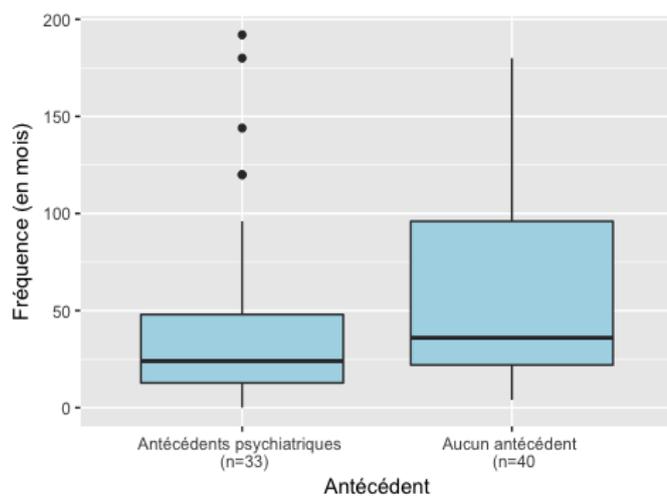


**Figure n°17 : Les antécédents psychiatriques et ce qu'ils impliquent en termes de durée d'injonction de soin écoulée au 15 avril 2017**

Nous pouvions remarquer une différence entre les individus ayant des antécédents psychiatriques en termes de durée de la peine ferme (p-valeur : 0.012). En effet la durée de la peine ferme était plus faible chez les individus ayant des antécédents que chez ceux qui n'en avaient pas.

Minimum	1er quartile	Médiane	Moyenne	3ème quartile	Maximum
0	18 mois	36 mois	62 mois	99 mois	192 mois

**Tableau n°61 : Statistiques élémentaires sur le quantum de la peine ferme des individus .**



Base : 73 individus

**Figure n°18 : Les antécédents psychiatrique et ce qu'ils impliquent en termes de quantum de la peine ferme**

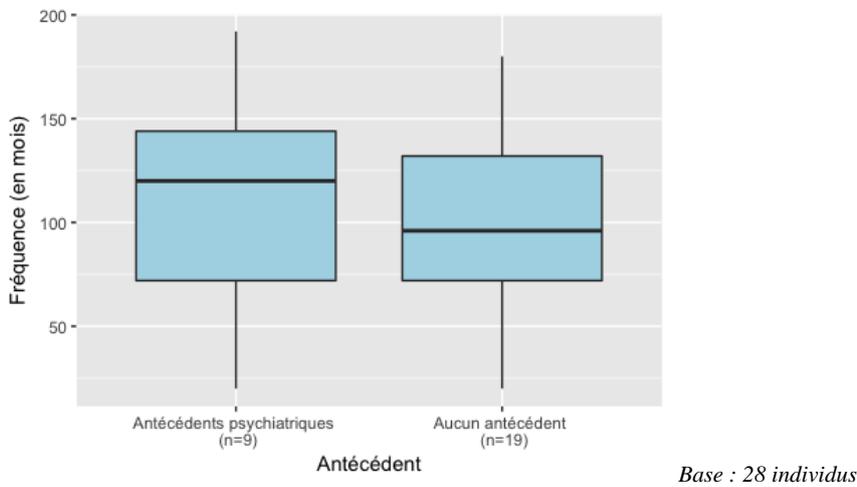
La peine de sursis et le ration sursis/peine ferme étaient aussi comparables (p-valeur = 0,568).

Ces résultats étaient à comparer avec la gravité des infractions commises par les deux populations. On notait par exemple que les sujets ayant des antécédents psychiatriques, avaient moins souvent commis un crime (28,95% vs 34,48%).

En s'intéressant de plus près aux durées de peine en fonction de l'infraction commise on constatait que chez les adultes, sur un plan uniquement descriptif :

- Un crime était en moyenne puni de
  - o 9,25 ans de prison ferme, 7,56 ans d'injonction de soin avec une peine de 3,625 ans si inobservance chez les sujets n'ayant pas d'antécédents psychiatriques
  - o 13,28 ans de prison ferme, 7,14 ans d'injonction de soin, avec une peine de 3,85 ans si inobservance chez les sujets ayant des antécédents psychiatriques

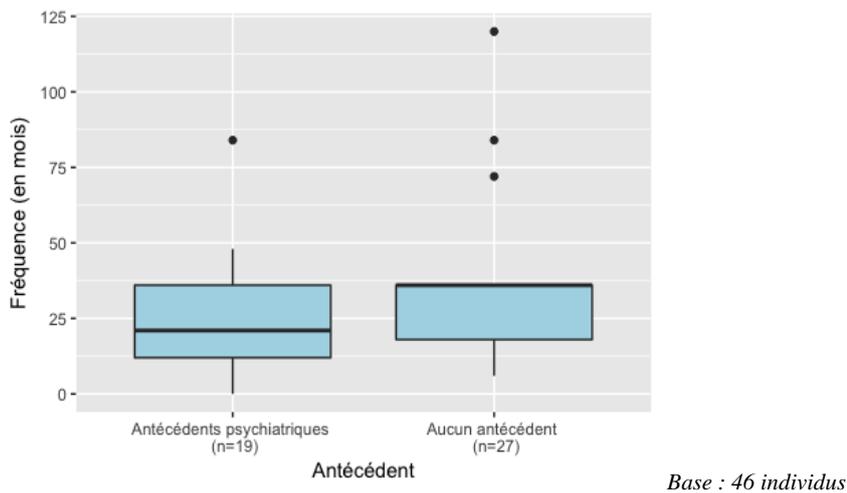
Nous ne retrouvons toutefois aucune différence statistiquement significative entre les deux populations lorsqu'elles avaient commis un viol (p-valeur : 0,228)



**Figure n°19 : Les antécédents psychiatrique et ce qu'ils impliquent en termes de quantum de la peine ferme pour un viol**

- Un délit était en moyenne puni de
  - o 1,69 ans de prison ferme, 5,69 ans d'injonction de soin, avec une peine de 1,83 ans en cas d'inobservance
  - o 1,20 ans de prison ferme, 5 ans d'injonction de soin, avec une peine de 1,62 ans de prison en cas d'inobservance chez les sujets ayant un antécédent psychiatrique

Nous ne retrouvons toutefois aucune différence statistiquement significative entre les deux populations lorsqu'elles avaient commis une agression sexuelle (p-valeur : 0,457).



**Figure n°20 : Les antécédents psychiatrique et ce qu'ils impliquent en termes de quantum de la peine ferme pour une agression sexuelle**

Ces chiffres illustraient toutefois un constat paradoxal concernant le prononcé de l'injonction de soin chez les sujets ayant des antécédents psychiatriques. Condamnés à des peines de prison plus légères, la mesure de suivi socio judiciaire, et donc l'injonction de soin était, elle de durée comparable. Cette différence de peine semblait principalement portée par le

fait que les sujets présentant des antécédents psychiatriques commettaient moins souvent un crime. Toutefois, les effectifs étaient faibles et il paraissait difficile d'interpréter ce dernier résultat. Le fait que les peines prononcées en matière délictuelle, échantillon le plus fourni soient comparables corrobore l'hypothèse selon laquelle la différence de peine ferme est le résultat d'un profil infractionnel différent.

A noter enfin que l'injonction de soin étaient plus souvent prononcée au sein d'un suivi socio judiciaire comme peine principale chez les sujets ayant des antécédents psychiatriques (15,79% vs 10,34%). Ce résultat étant strictement descriptif.

- d. L'impact de la peine sur le mode de vie et les facteurs d'insertion sociale chez les sujets ayant des antécédents psychiatriques

#### La situation professionnelle

Afin d'évaluer l'impact de la peine sur la situation professionnelle des PPSMJ selon leurs antécédents psychiatriques, une nouvelle variable a été créée. Elle regroupait la situation professionnelle lors des faits et la situation professionnelle actuelle :

Cette variable comportait quatre modalités : soit "Sans emploi- sans emploi" ce qui signifiait que l'individu n'avait pas d'emploi lors des faits et qu'il n'avait toujours pas d'emploi au moment du recueil, soit "Actifs- Sans emploi" ce qui signifiait que l'individu était actifs lors des faits mais qu'il n'avait au moment du recueil plus d'emploi, soit "Sans emploi-Actifs" ce qui signifiait qu'il n'avait pas d'emploi lors des faits et qu'il était actif au moment du recueil, soit "Actifs - Actifs" ce qui signifiait qu'il était actif lors de faits et qu'il l'était resté. Cette variable a été créée dans le but de pouvoir comparer dans le temps ces deux modalités ("Situation professionnelle lors des faits" et "Situation professionnelle actuelle") par rapport aux individus ayant ou non des antécédents psychiatriques.

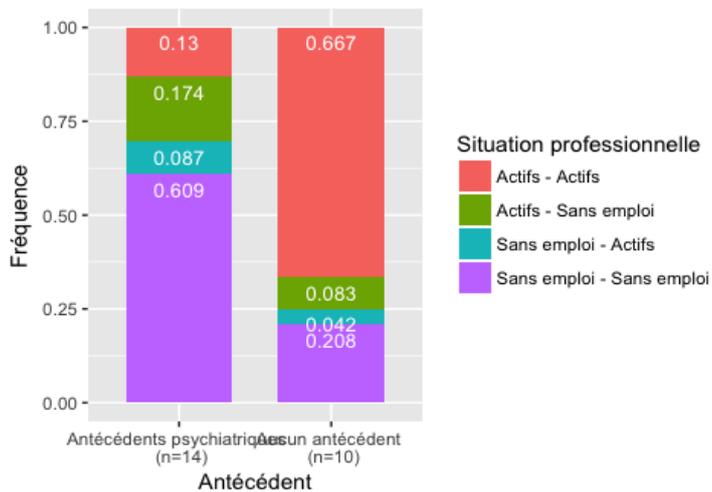
La même méthodologie a été appliquée afin d'étudier les changements de situation maritale et la présence ou non des enfants au domicile.

Nous avons pu remarquer que la situation professionnelle avait été impactée de manière différente selon que les individus avaient ou non des antécédents psychiatriques (p-valeur : 0). Ainsi, nous notions que les individus n'ayant pas d'antécédent étaient majoritairement actifs et conservaient une activité professionnelle.

Les individus ayant des antécédents psychiatriques étaient majoritairement sans emploi puis sans emploi. De plus ils avaient deux fois plus de risque de passer d'actifs à sans emploi que les individus n'ayant aucun antécédent

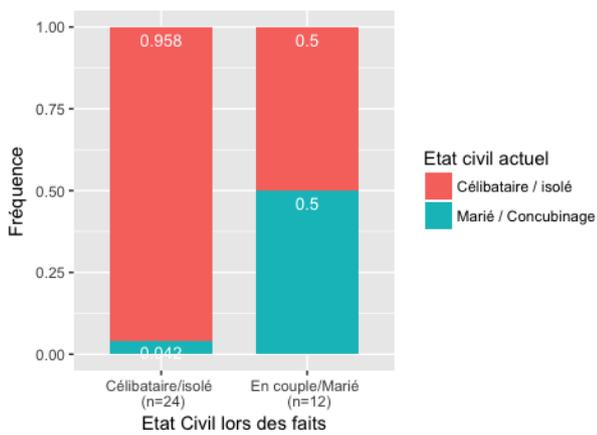
<b>Situation professionnelle</b>	<b>Effectif</b>
Actifs – Actifs	39
Actifs – Sans emploi	9
Sans emploi- Actifs	5
Sans emploi – Sans emploi	27
<b>Total</b>	<b>80</b>

**Tableau n°62: Répartition de la variable situation professionnelle**



**Figure n°21 : Impact des antécédents psychiatriques sur la stabilité de la situation professionnelle**

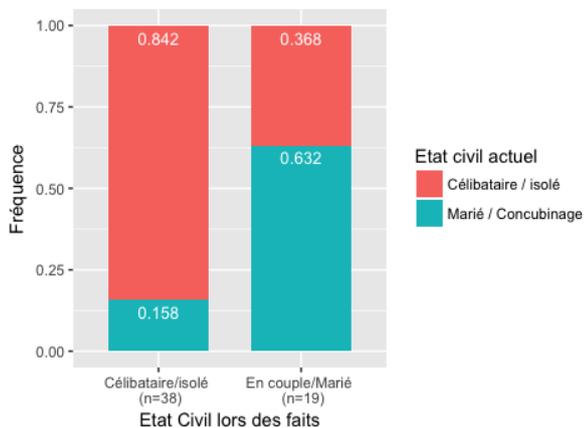
La situation maritale



Base : 36 individus

**Figure n°22 : Changements d'état civil dans la population aux antécédents psychiatriques**

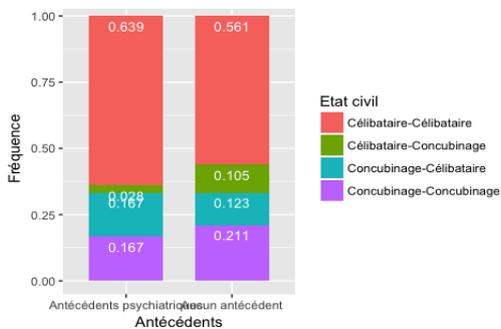
Nous pouvons ici remarquer que l'état civil n'était pas impacté par la condamnation chez les individus ayant des antécédents psychiatriques (p-valeur : 0.131).



Base : 57 individus

**Figure n°23 : Changements d'état civil dans la population sans antécédents psychiatriques**

Nous pouvons remarquer que l'état civil n'était pas impacté par la condamnation des individus n'ayant pas d'antécédents psychiatriques (p-valeur : 1).



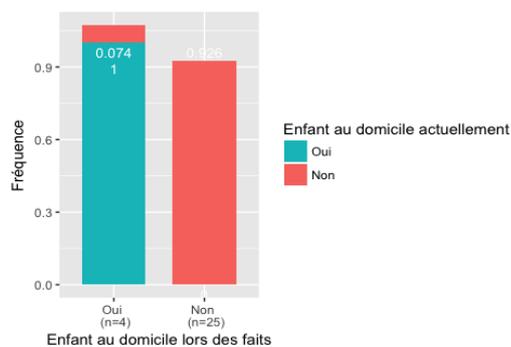
Base : 35 individus

**Figure n°24: Impact des antécédents psychiatriques sur la stabilité de la situation maritale**

Nous pouvons ici remarquer que la présence d'antécédents psychiatriques n'avait pas d'impact significatif sur les changements de situation maritale (p-valeur : 0.532).

Ainsi, nous constatons que le fait d'avoir des antécédents psychiatriques ne constituait pas un facteur significatif de risque de perdre son ou sa conjointe. Plus largement, le fait d'avoir des antécédents psychiatriques n'impactait pas les changements de situation maritale.

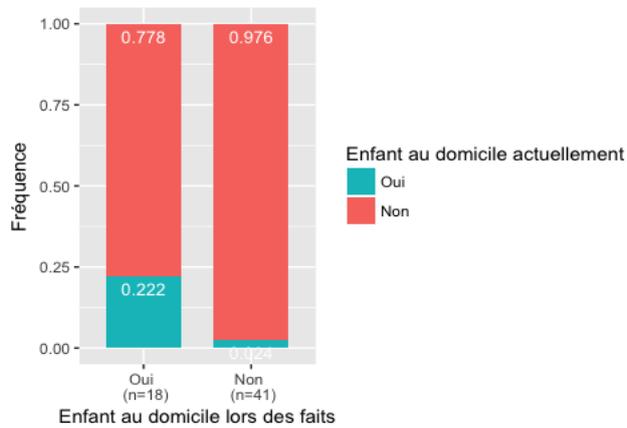
### La présence des enfants au domicile



Base : 29 individus

**Figure n°25 : Impact de l'infraction et de la peine sur le fait d'avoir ses enfants au domicile pour les sujets avant des antécédents psychiatriques**

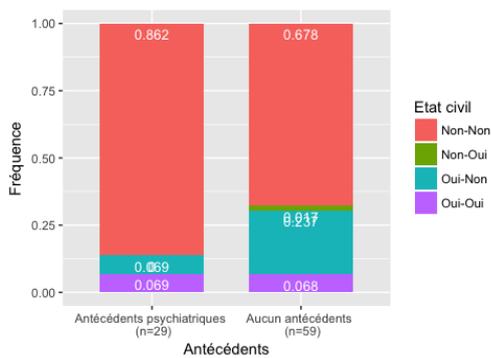
L'interprétation de ces résultats devait être prudente car les effectifs étaient faibles. Nous pouvions toutefois remarquer que le fait d'avoir des enfants au domicile n'était pas impacté par la condamnation chez les individus ayant des antécédents psychiatriques (p-valeur : 0.48)



Base : 59 individus

**Figure n°26 : Impact de l'infraction et de la peine sur le fait d'avoir ses enfants au domicile pour les sujets n'ayant pas d'antécédent psychiatrique**

Nous pouvons par contre remarquer que le fait d'avoir des enfants aux domicile était impacté par la condamnation chez les individus n'ayant pas d'antécédents psychiatriques (p-valeur : 0.002). En effet plus de 3/4 des individus qui avaient des enfants aux domicile lors des faits, ne les avaient plus au moment du recueil



Base : 88 individu

**Figure n°27 : Impact des antécédents psychiatriques sur la stabilité du fait d'avoir ses enfants au domicile**

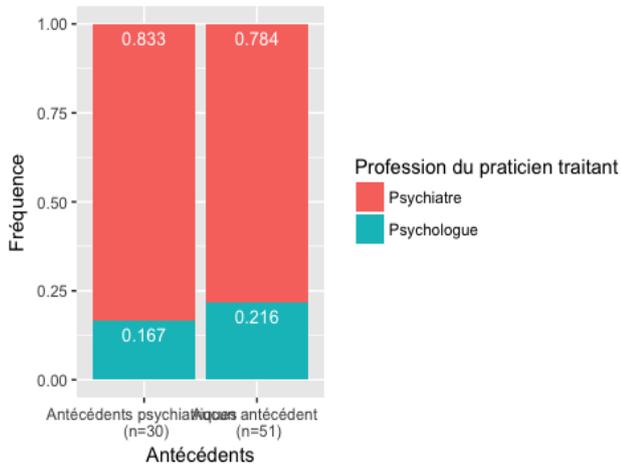
Après création des nouveaux groupes, nous pouvions remarquer que la présence ou l'absence d'antécédents psychiatriques n'influençait pas les changements au sujet du fait d'avoir ses enfants au domicile (p-valeur : 0.22).

Ainsi, et bien que chez les sujets n'ayant pas d'antécédents psychiatriques, l'infraction et la peine constituaient un facteur de risque de ne plus avoir ses enfants au domicile, on ne retrouvait pas de différence statistiquement significative entre les deux populations à ce sujet.

e. Le déroulement des soins

L'information concernant les soins en détention était souvent disponible lorsque ceux-ci avaient existés. A l'inverse, l'absence de soins en détention était rarement mentionnée. Nous n'avons pas pu retrouver trace d'une absence de soins en détention que dans 2 dossiers. 31 étaient non renseignés. Ainsi, on retrouvait que 100% des sujets ayant des antécédents psychiatriques avaient eu des soins en détention contre 93,10% de ceux n'ayant pas de tels antécédents. Pour les raisons sus citées, nous avons pris ces résultats avec prudence car probablement sur estimés.

A partir de la sortie de prison, les sujets ayant des antécédents psychiatriques bénéficiaient d'un suivi par le même type de professionnel (83,3% de psychiatre vs 78,4%).

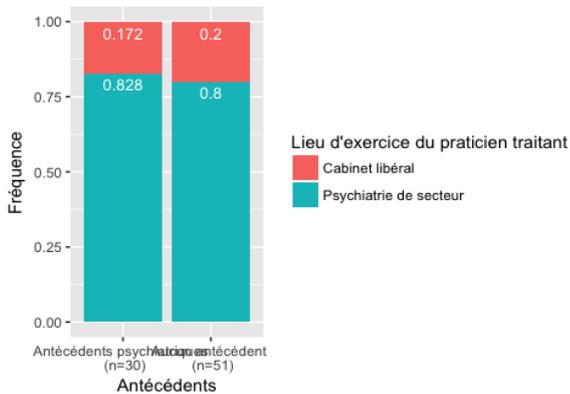


Base : 81 individus

**Figure n°28 : Antécédents psychiatriques et profession du praticien traitant**

Ainsi, aucun lien significatif n'apparaissait entre le type de praticien et la présence d'antécédents psychiatriques (Chi2, p-valeur : 0.806).

La prise en charge se faisait autant sur le secteur psychiatrique (hôpital psychiatrique et/ou CMP) chez les sujets ayant des antécédents psychiatriques (67,24%) que chez les autres (67,56%).



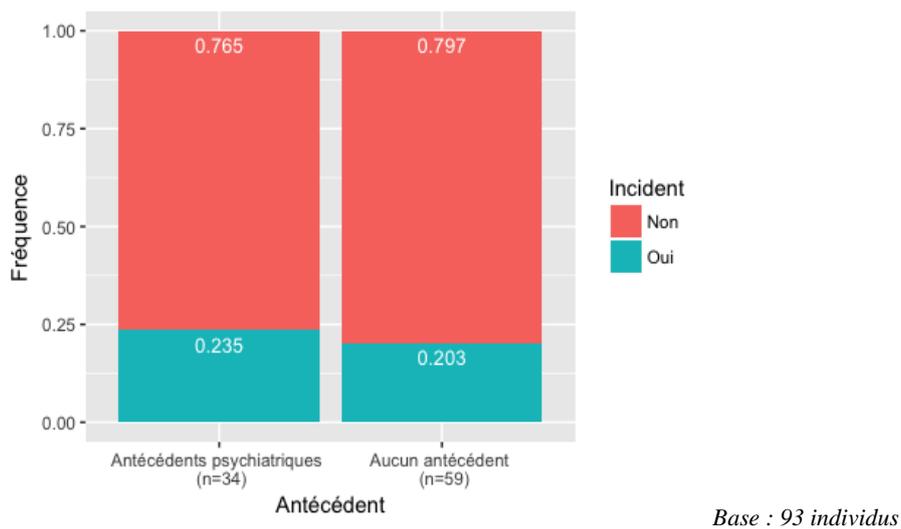
Base : 81 individus

**Figure n°29 : Antécédents psychiatriques et lieu d'exercice du praticien traitant**

Ainsi, aucun lien significatif n'apparaît entre le lieu d'exercice du praticien traitant et la présence d'antécédents psychiatriques (Chi2, p-valeur : 0.997).

Toutefois, au sein de cet échantillon, la population ayant de antécédents psychiatriques était plus souvent prise en charge à l'hôpital psychiatrique (20% vs 5,13%).

Le déroulement de l'injonction de soin n'était pas plus souvent marqué par un incident chez les sujets ayant des antécédents psychiatriques que chez les sujets sans antécédents (21,62% vs 20,69%).

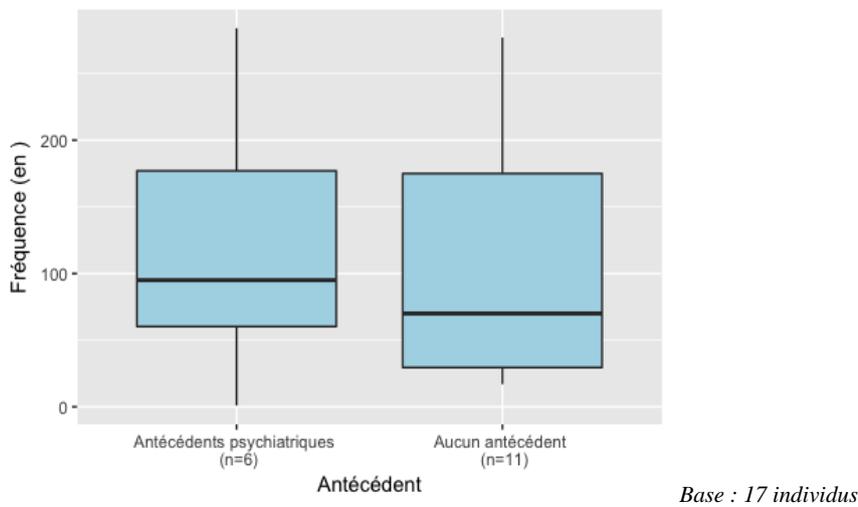


**Figure n°30: Antécédents psychiatriques et incidents pendant l'IS**

Ainsi, nous ne pouvons pas noter de différence en termes d'incidents pendant l'injonction de soins que les individus aient ou non des antécédents psychiatriques (p-valeur : 0.921).

Enfin, alors que le délai entre la sortie de détention et le premier rendez vous chez le médecin coordonnateur était plus long chez les sujets ayant des antécédents psychiatriques (98 jours vs 72 jours), il convient de préciser que ces variables n'étaient pas liées (p-valeur : 0,841).

En moyenne les individus de l'échantillon avaient attendu 114 jours entre leur sortie de détention et leur premier rendez-vous chez le médecin coordonnateur.



**Figure n°31 : Antécédents psychiatriques et délai entre sortie de détention et premier rendez-vous chez le médecin coordonnateur**

A noter que l'échantillon était réduit (n=17), ce qui illustrait toutefois l'aspect lacunaire des dossiers traités concernant la communication entre les intervenants de l'injonction de soin. 84,5% des dossiers ne faisant pas mention de la date du premier rendez-vous chez le médecin coordonnateur.

1 seul patient sous injonction de soin et ayant des antécédents psychiatriques aurait changé de médecin coordonnateur durant la mesure.

### C- Concernant les antécédents judiciaires liés à la consommation de stupéfiants

Il nous a paru important de traiter de la question des stupéfiants dans ce travail. En effet, en termes d'approche thérapeutique du patient sous injonction de soin par le soignant, la consommation de stupéfiants étant une problématique quotidienne en psychiatrie, il est intéressant d'aborder le profil de ces sujets, en les comparant aux patients ne présentant pas d'antécédents de ce type sur le plan de la situation socio professionnelle, des faits commis, et de la réponse pénale.

Nous ferons toutefois deux remarques d'emblée. Les antécédents liés aux stupéfiants sont bien une définition pénale, puisque ces antécédents sont recueillis dans le casier judiciaire. Deux écueils existent ainsi : il n'est pas fait de différence entre consommation et trafic, ce qui d'un point de vue clinique ne se compare pas. Par ailleurs en pratique clinique, la majorité des consommateurs de stupéfiants n'a pas d'inscription au casier judiciaire, soit parce qu'elle n'a pas à faire aux forces de l'ordre dans le cadre d'une consommation modérée, soit parce que ce contact avec les forces de l'ordre ne donne pas lieu à une action publique.

La seconde remarque concerne l'effectif de ces deux groupes. La population ayant des antécédents liés aux stupéfiants est composée de 14 sujets sur 110. Les deux échantillons sont donc de masse nettement différente.

#### a. Profil des sujets ayant des antécédents liés aux stupéfiants

Les sujets présentant des antécédents liés aux stupéfiants étaient en moyenne moins âgés que ceux n'en présentant pas (43,28 ans vs 46,89 ans) bien que cette différence fût mineure. La distribution des sexes était comparable dans les deux groupes.

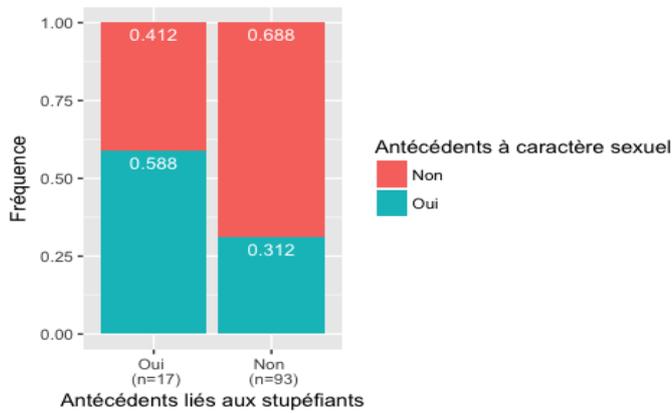
La situation maritale au moment des faits était similaire selon que le sujet avait des antécédents liés aux stupéfiants (64,29% de célibataires), ou non (61,56%). Toutefois, les sujets ayant des antécédents liés aux stupéfiants avaient moins souvent leurs enfants au domicile au moment des faits (14,29% vs 22,92%).

Sur le plan professionnel, leur situation était plus précaire avec 57,14% des sujets ayant des antécédents liés aux stupéfiants qui étaient sans emploi au moment des faits contre 23,66% chez ceux n'ayant pas de tels antécédents.

Situation professionnelle au moment des faits	Effectif	Pourcentage
<b>Aucun antécédent lié aux stupéfiants</b>	<b>93</b>	<b>84,55%</b>
Autre	2	2,15%
Elève/étudiant	9	9,68%
En formation	2	2,15%
Intérimaire	2	2,15%
Non-renseigné	10	10,75%
Retraité	5	5,38%
Salarié	41	44,09%
Sans emploi	22	23,66%
<b>Non-renseigné</b>	<b>3</b>	<b>2,73%</b>
Non-renseigné	1	33,33%
Sans emploi	2	66,67%
<b>Antécédents liés aux stupéfiants</b>	<b>14</b>	<b>12,73%</b>
Autre	1	7,14%
Intérimaire	1	7,14%
Non-renseigné	1	7,14%
Salarié	3	21,43%
Sans emploi	8	57,14%
<b>Total général</b>	<b>110</b>	<b>100,00%</b>

**Tableau n°63 : Antécédents liés aux stupéfiants et situation professionnelle au moment des faits**

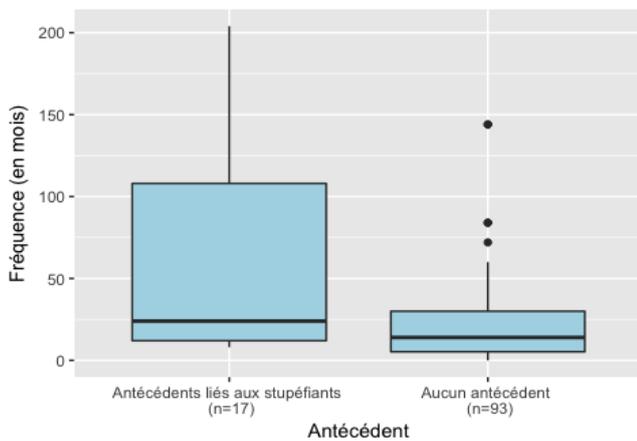
Sur le plan du parcours pénal, un individu ayant des antécédents judiciaires liés aux stupéfiants avait significativement plus de risque d'avoir des antécédents d'infraction à caractère sexuel (58,82% vs 31,18%) (p-valeur : 0.046).



Base: 110 individus

**Figure n°32 : Antécédents liés aux stupéfiants et antécédents à caractère sexuel**

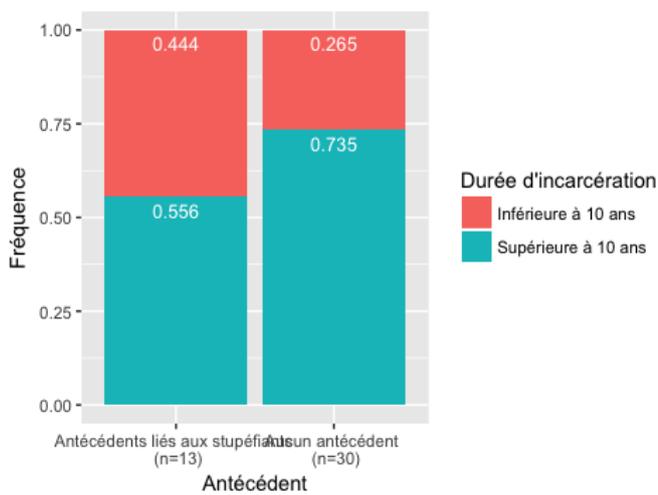
Du fait de variances non comparables entre les deux groupes, il n'a pas été possible de comparer les durées moyennes d'incarcération dans les antécédents des sujets des deux groupes sinon d'un point de vue uniquement descriptif. On constatait alors que les sujets ayant des antécédents liés aux stupéfiants avaient été incarcérés 4,22 ans contre 1,01 an dans la population sans ces antécédents.



Base : 43 individus

**Figure n°33 : Antécédents liés aux stupéfiants et durée d'incarcération dans le passé**

Lorsque l'on comparait la fréquence de durées totales d'incarcération inférieures ou supérieures à 10 ans, on retrouvait que les individus ayant des antécédents liés aux stupéfiants, avaient été moins souvent incarcérés plus de 10 ans au total que les individus n'ayant pas d'antécédents (55,6% vs 73,5%). Toutefois, il n'y avait aucune association significative entre ces deux modalités (p-valeur : 0.525).



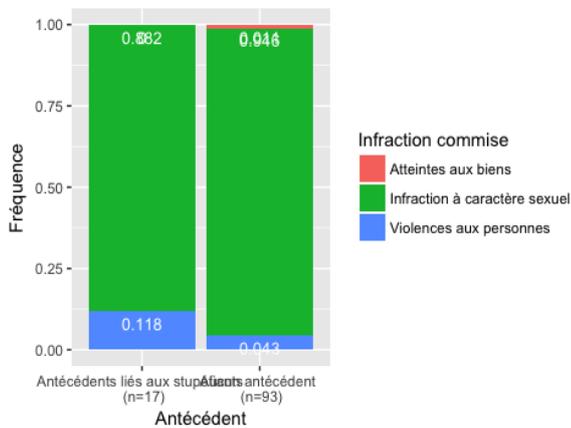
Base : 43 individus

**Figure n°34 : Antécédents liés aux stupéfiants et durée d'incarcération en classes dans le passé**

Le nombre moyen d'antécédents judiciaires était plus élevé (3,86 vs 1,61) chez les sujets ayant des antécédents liés aux stupéfiants.

b. Profil infractionnel des sujets ayant des antécédents judiciaires liés aux stupéfiants.

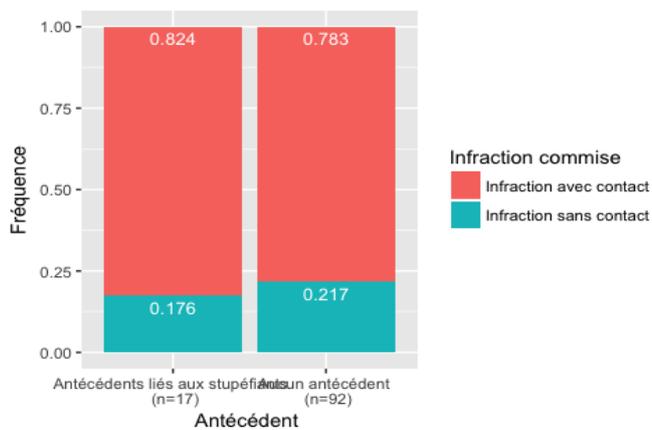
On constatait tout d'abord que la majorité des individus avaient commis une infraction à caractère sexuel, qu'ils aient des antécédents liés aux stupéfiants ou non (p-valeur : 0.449).



Base : 110 individus

**Figure n°35 : Les antécédents liés aux stupéfiants et ce qu'ils impliquent en termes de type d'infraction**

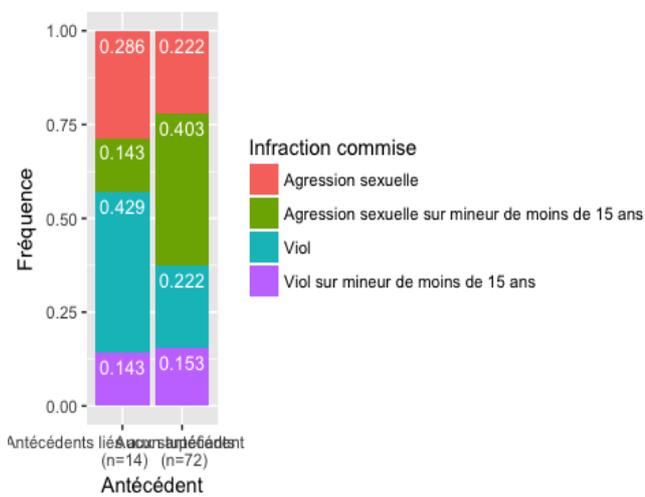
Concernant le caractère « avec ou sans contact » de l'infraction, nous ne pouvions pas noter de différence entre les individus avec ou sans antécédents liés aux stupéfiants au sujet de la proportion d'infraction avec ou sans contact (p-valeur : 0.955).



Base : 109 individus

**Figure n°36 : Les antécédents liés aux stupéfiants et ce qu'ils impliquent en termes d'infraction avec ou sans contact**

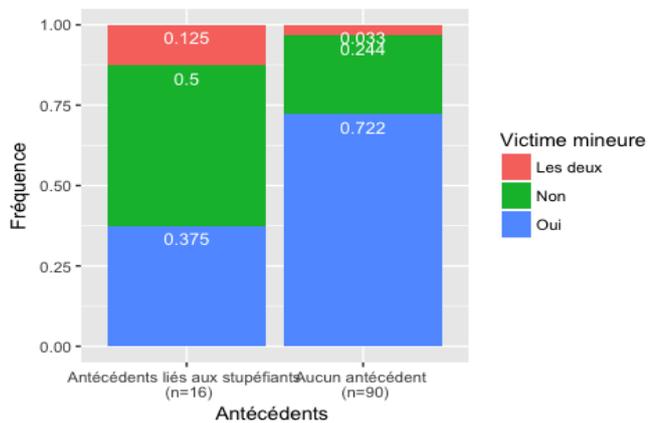
Sur la base des 86 individus ayant commis une infraction sexuelle avec contact, on ne retrouvait pas de différence statistiquement significative au sujet de l'infraction commise. Toutefois, nous pouvions remarquer que l'infraction la plus présente était l'agression sexuelle sur mineur de moins de 15 ans pour les individus n'ayant pas d'antécédents liés aux stupéfiants et le viol pour les individus ayant des antécédents liés aux stupéfiants (p-valeur : 0.225).



Base : 86 individus

**Figure n°37 : Les antécédents liés aux stupéfiants et ce qu'ils impliquent en termes d'infraction commise**

Par ailleurs, nous pouvions constater que l'existence d'antécédents judiciaires liés aux stupéfiants était significativement associée avec le fait que la victime soit majeure (72,2% vs 37,5%), (p-valeur : 0,018). Ce résultat restait donc cohérent avec la description précédente des infractions commises dans les deux populations.



Base : 106 individus

**Figure n°38 : Les antécédents liés aux stupéfiants et ce qu'ils impliquent en termes d'âge légal de la victime**

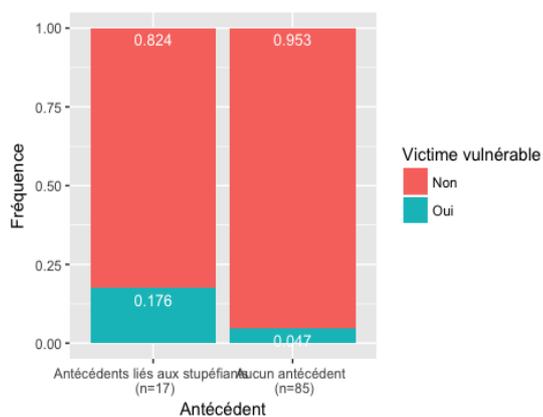
Sur le plan du lien entre victime et agresseur, les sujets ayant des antécédents judiciaires liés aux stupéfiants commettaient plus souvent l'infraction sur des personnes avec lesquelles ils ne partageaient aucun lien (64,29% vs 45,98%).

Cette différence se faisait principalement au détriment des infractions sur le conjoint. Les autres occurrences apparaissaient dans des proportions similaires

Lien avec la victime	Effectif	Pourcentage
<b>Aucun antécédent lié aux stupéfiants</b>	<b>93</b>	<b>84,55%</b>
Aucun lien	38	40,86%
Lien conjugal	1	1,08%
Lien de connaissance	20	21,51%
Lien familial	22	23,66%
Non-renseigné	9	9,68%
Sans objet	3	3,23%
<b>Non-renseigné</b>	<b>3</b>	<b>2,73%</b>
Aucun lien	2	66,67%
Lien familial	1	33,33%
<b>Antécédents liés aux stupéfiants</b>	<b>14</b>	<b>12,73%</b>
Aucun lien	9	64,29%
Lien conjugal	2	14,29%
Lien familial	3	21,43%
<b>Total général</b>	<b>110</b>	<b>100,00%</b>

**Tableau n°64 : Antécédents liés aux stupéfiants et lien entre victime et agresseur**

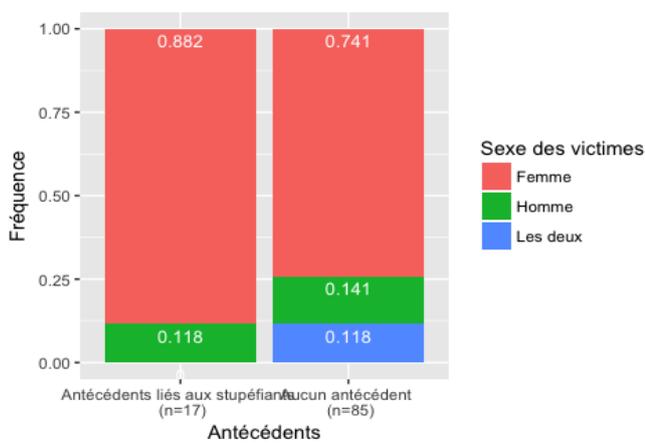
Il n'y avait pas non plus de différence statistiquement significative entre les deux groupes au sujet de la victime, qu'elle soit vulnérable ou non (p-valeur : 0,161).



Base : 102 individus

**Figure n°39 : Les antécédents liés aux stupéfiants et ce qu'ils impliquent en termes de vulnérabilité de la victime**

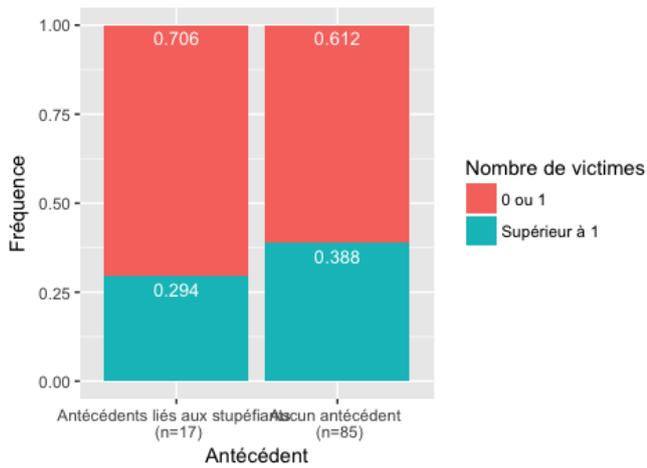
Dans le prolongement de ce résultat, et là encore sans lien statistique (p-valeur : 0,297), on constatait que la victime était plus souvent une femme donc du sexe opposé à celui de l'agresseur chez les sujets ayant des antécédents liés aux stupéfiants, ceci au détriment de victimes mixtes.



Base : 102 individus

**Figure n°40 : Les antécédents liés aux stupéfiants et ce qu'ils impliquent en termes de sexe des victimes**

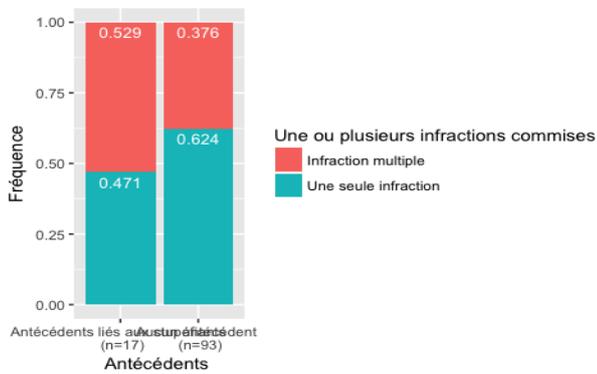
Bien que l'on ait pu constater que 29,4% des infractions à caractère sexuel commises par des sujets ayant des antécédents liés aux stupéfiants avaient fait plusieurs victimes contre 38,8% dans la population sans antécédent, on ne retrouvait pas d'association statistique entre ces deux modalités (p-valeur : 0,647).



Base : 102 individus

**Figure n°41 : Les antécédents liés aux stupéfiants et ce qu'ils impliquent en termes de vulnérabilité des victimes**

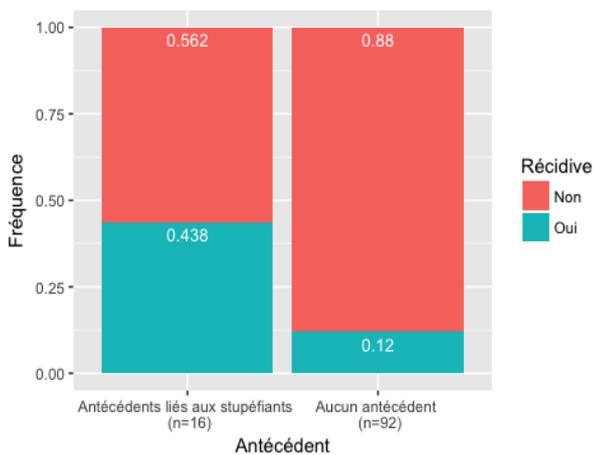
Nous ne pouvons pas noter d'association significative entre la présence d'antécédents liés au stupéfiants et le fait qu'il s'agissait d'une infraction unique ou multiple (p-valeur : 0,36). Cette absence d'association reposait avant tout sur le fait que les effectifs des deux populations étaient peu comparables (n=17 vs 93). Ainsi d'un point de vue strictement descriptif, les sujets ayant des antécédents judiciaires liés aux stupéfiants se rendaient plus souvent coupables d'une infraction multiple (52,9% vs 37,6%).



Base : 110 individus

**Figure n°42 : Les antécédents liés aux stupéfiants et ce qu'ils impliquent en termes d'infraction multiple ou unique**

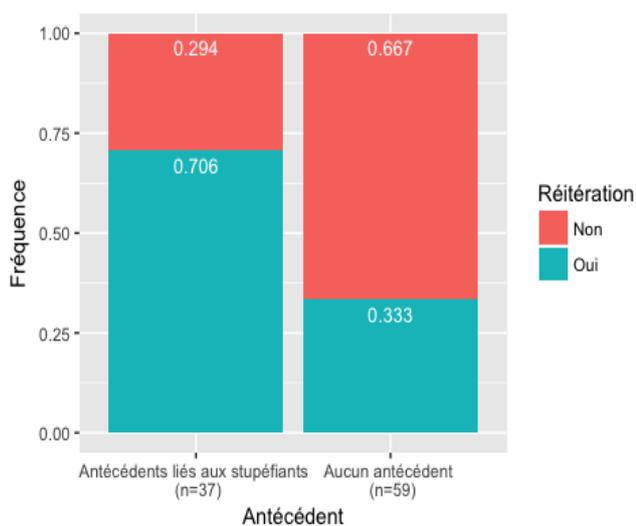
Avec 48,3% d'infractions commises en état de récidive dans la population ayant des antécédents liés aux stupéfiants (vs 12%), il était remarquable qu'une personne qui avait de tels antécédents, avait significativement plus de risque de récidiver qu'une personne sans antécédent (p-valeur : 0,005).



Base : 108 individus

**Figure n°43: Les antécédents liés aux stupéfiants et ce qu'ils impliquent en termes de récidive**

Nous pouvons par ailleurs remarquer un lien statistiquement significatif entre les individus ayant dans antécédents liés aux stupéfiants ou non en termes de réitération (p-valeur : 0.009). En effet les individus ayant des antécédents présentaient plus de risque de réitérer (71%), que les individus n'ayant pas d'antécédents (33%).

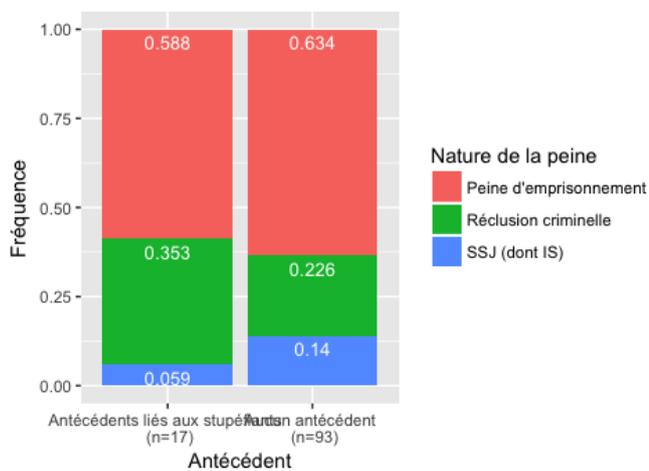


Base : 96 individus

**Figure n°44 : Les antécédents lié aux stupéfiants et ce qu'ils impliquent en termes de réitération**

c. L'impact des antécédents liés aux stupéfiants sur la durée de la peine ferme et d'injonction de soin.

Nous constatons en préambule que la présence d'antécédents liés aux stupéfiants n'impactait pas le type de peine prononcé. Ainsi, la majorité des individus avaient une peine d'emprisonnement en lien avec un délit. Toutefois, les antécédents judiciaires liés aux stupéfiants n'étaient pas associés à une modification du type de peine (p-valeur : 0,42)



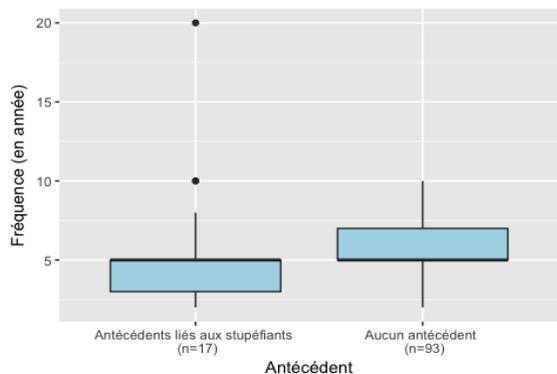
Base : 110 individus

**Figure n°45 : Antécédents liés aux stupéfiants et type de peine principale**

Dans cette étude, nous ne pouvions pas réaliser de test statistique concernant la durée de l'injonction de soin prononcée du fait de variances des deux groupes, différentes. Sur le plan descriptif, les injonctions de soins étaient toutefois discrètement en moyenne plus longues chez les sujets ayant des antécédents liés aux stupéfiants (6,5 vs 5,95 ans). Il n'y avait par contre pas de différence statistiquement significative entre les deux populations concernant la durée depuis le début de l'injonction de soin au 15 avril 2017 (p-valeur = 0,166).

Minimum	1er quartile	Médiane	Moyenne	3ème quartile	Maximum
2 ans	5 ans	5 ans	5 ans et 11 mois	7 ans	20 ans

**Tableau n°65 : Statistiques élémentaires sur la durée d'injonction de soins prononcée**

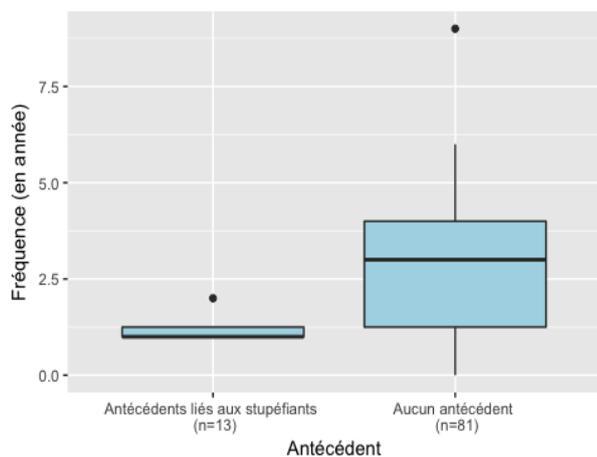


Base : 110 individus

**Figure n°46 : Les antécédents liés aux stupéfiants et ce qu'ils impliquent en termes de durée d'injonction de soin prononcée**

Minimum	1er quartile	Médiane	Moyenne	3ème quartile	Maximum
0	1 an	3 ans	2 ans et 9 mois	4 ans	9 ans

**Tableau n°66 : Statistiques élémentaires de la durée d'injonction de soins jusqu'au 15 avril 2017**



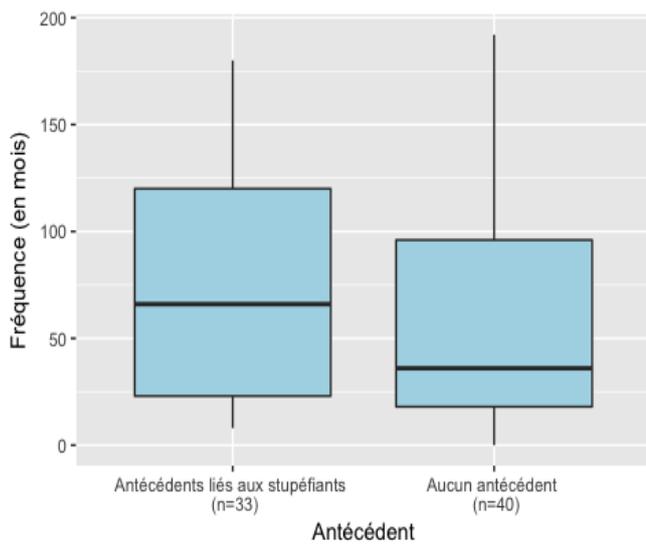
Base : 94 individus

**Figure n°47 : Antécédents liés aux stupéfiants et durée d'injonction de soin au 15 avril 2017**

Nous ne pouvons par ailleurs pas remarquer de différence entre les individus ayant des antécédents liés aux stupéfiants en termes de durée de la peine ferme (p-valeur : 0.430).

Minimum	1er quartile	Médiane	Moyenne	3ème quartile	Maximum
0	18 mois	36 mois	62 mois	99 mois	192 mois

**Tableau n°67 : Statistiques élémentaires sur le quantum de la peine ferme des individus .**



Base : 73 individus

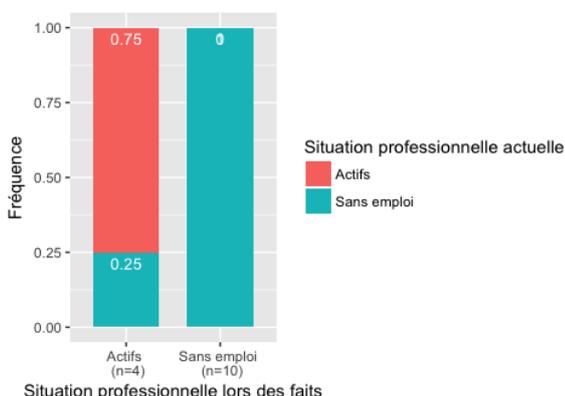
**Figure n°48 : Antécédents liés aux stupéfiants et quantum de peine ferme**

d. L'impact de la peine sur le mode de vie et les facteurs d'insertion sociale chez les sujets ayant des antécédents liés aux stupéfiants

Afin d'étudier l'impact des antécédents judiciaires liés aux stupéfiants sur la situation professionnelle, maritale et familiale, nous avons appliqué la même méthode de création de groupes que pour les antécédents psychiatriques.

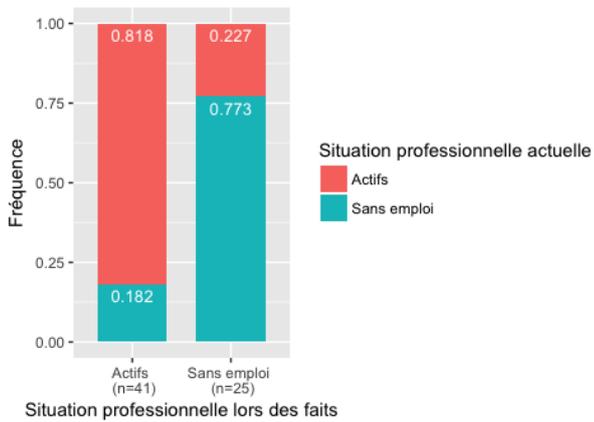
Impact sur la situation professionnelle

Malgré le fait que nous n'ayons pu observer de différence dans chaque population entre la situation professionnelle au moment des faits et actuellement (p-valeur : 0,579 et 1), nous retrouvons un impact significativement différent de cette même peine entre les deux groupes. Ainsi, les individus n'ayant pas d'antécédent étaient majoritairement actifs puis actifs alors que les individus ayant des antécédents liés aux stupéfiants étaient majoritairement sans emploi puis sans emploi. De plus les sujets présentant des antécédents liés aux stupéfiants présentaient deux fois plus de risque de passer d'actifs à sans emploi que les individus n'ayant aucun antécédent (p-valeur : 0,016)



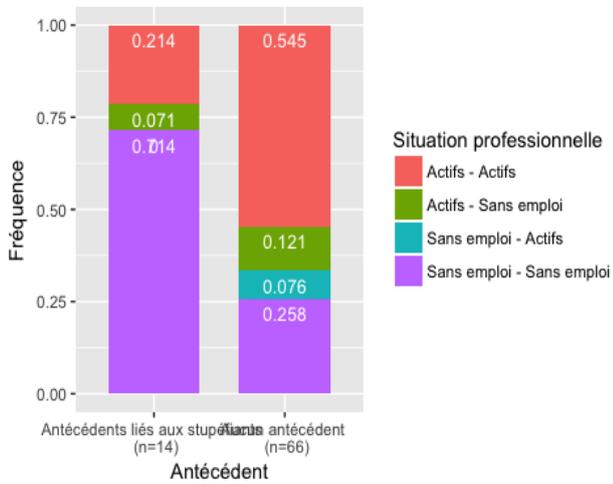
Base : 14 individus

**Figure n°49 : Impact de la peine sur la situation professionnelle des personnes avant des antécédents liés aux stupéfiants (p-valeur : 1)**



Base : 66 individus

**Figure n°50 : Impact de la peine sur la situation professionnelle des personnes n'ayant pas d'antécédent liés aux stupéfiants (p-valeur : 0.579)**



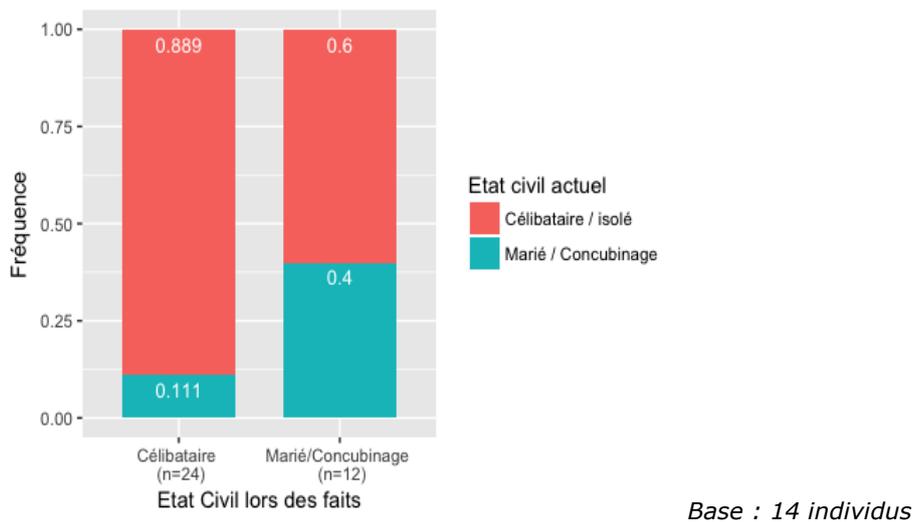
Base : 80 individus

**Figure n°51 : Impact des antécédents liés aux stupéfiants sur la stabilité de la situation professionnelle**

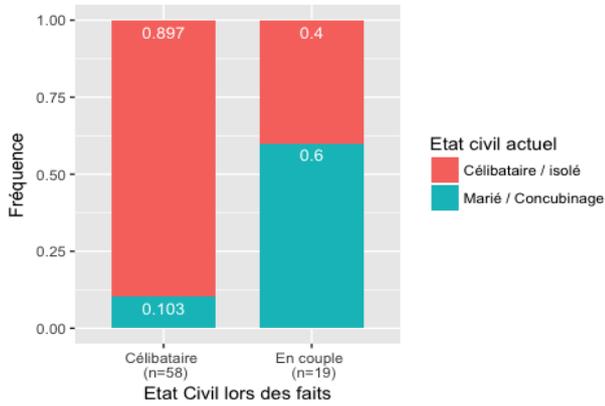
### Impact sur la situation maritale

Sur le plan de la situation maritale, et ce malgré des différences descriptives observées, aucun lien statistiquement significatif n'a pu être retrouvé avec la présence ou l'absence antécédents liés aux stupéfiants.

Ainsi, nous pouvions remarquer que la peine n'impactait pas l'état civil des individus ayant des antécédents liés aux stupéfiants (p-valeur : 0.617), ni celui des sujets ne présentant pas de tels antécédents (p-valeur : 0,239)



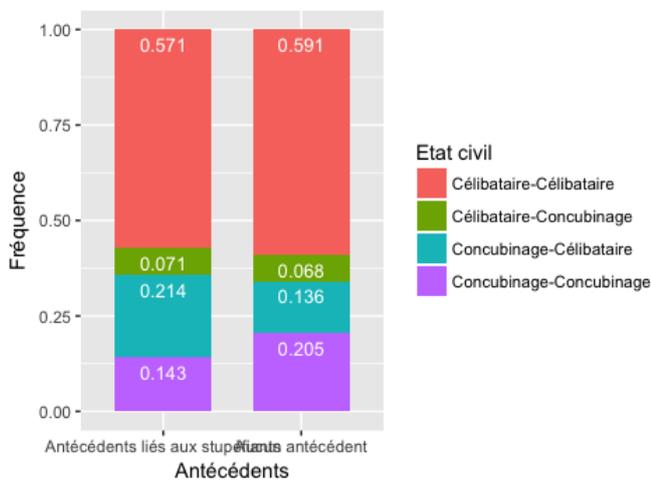
**Figure n°52 : Impact de la peine sur l'état civil des personnes ayant des antécédents liés aux stupéfiants**



Base : 87 individus

**Figure n°53 : Impact de la peine sur l'état civil des personnes n'ayant pas d'antécédent liés aux stupéfiants**

Par ailleurs, nous ne pouvons pas remarquer de différence statistiquement significative entre les deux populations concernant l'impact de la peine sur leur situation maritale (p-valeur : 0.863).



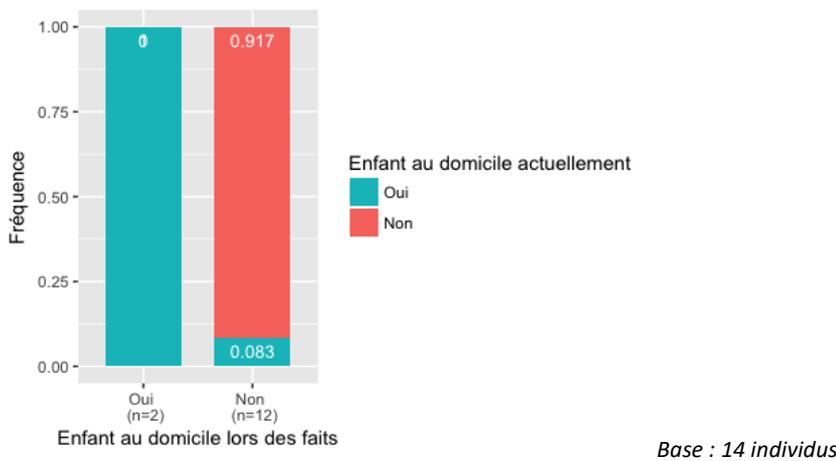
Base : 35 individus

**Figure n°54 : Impact de la peine sur la situation maritale en fonction des antécédents liés aux stupéfiants**

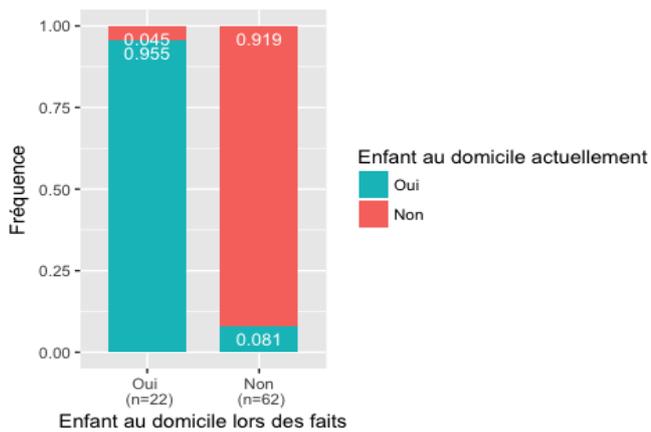
Impact sur la présence des enfants au domicile

L'étude de l'influence des antécédents judiciaires liés aux stupéfiants sur la présence des enfants du condamné à son domicile au moment des faits et au moment du recueil a été faite selon la même méthodologie de création de nouveaux groupes « avant-après ». Dans cette analyse, nous retrouvions que la peine, quelle qu'elle soit, n'avait pas d'impact significatif sur la présence des enfants aux domiciles, que ce soit pour les sujets ayant des antécédents liés aux stupéfiants (p-valeur : 0,617) que pour ceux n'ayant pas ces antécédents (p-valeur : 0,221).

Dans le prolongement de ces résultats, la présence d'antécédents liés aux stupéfiants n'était pas significativement associée à une majoration du risque de ne plus avoir, au moment du recueil, ses enfants au domicile lorsqu'on les avait au moment des faits (p-valeur : 0,550)

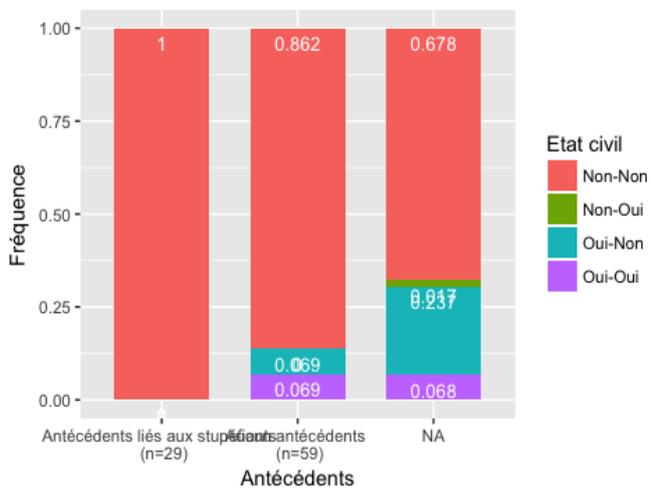


**Figure n°55 : Impact de la peine sur la présence des enfants au domicile chez les sujets avant des antécédents liés aux stupéfiants.**



Base : 84 individus

**Figure n°56 : Impact de la peine sur la présence des enfants au domicile chez les sujets n'ayant pas d'antécédents liés aux stupéfiants.**



Base : 88 individus

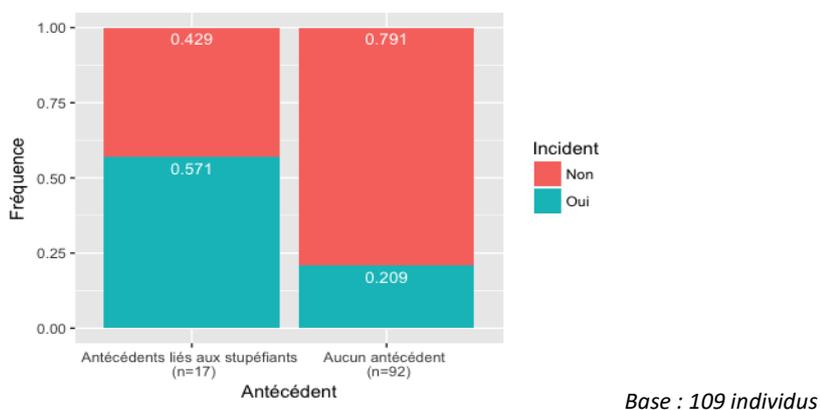
**Figure n°57 : Impact des antécédents liés aux stupéfiants sur la stabilité de la situation familiale**

e. Le déroulement des soins

L'analyse des soins en détention n'a pas été fructueuse du fait que seuls 4 dossiers mentionnaient à la fois la présence ou non de ces soins et la présence ou non d'antécédents liés aux stupéfiants. Nous pouvions toutefois constater que 80% des sujets présentant de tels antécédents avaient eu des soins en détention lorsque l'information était disponible. Ce pourcentage était de 97,73% lorsqu'ils n'avaient pas de tels antécédents. Pour les mêmes raisons que pour les antécédents psychiatriques, ces résultats sont à prendre avec prudence.

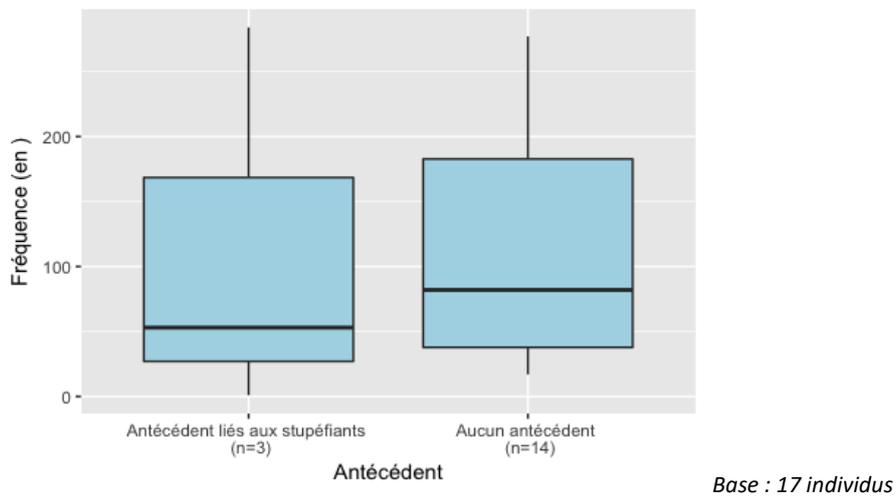
Concernant le type de professionnel de santé ayant assumé le rôle de soignant dans l'injonction de soin, on ne retrouvait pas de différence sur le plan descriptif entre les deux populations. Ainsi, 80% des sujets ayant des antécédents liés aux stupéfiants étaient pris en charge par des psychiatres contre 76,25% lorsqu'ils ne présentaient pas ces antécédents. On notera toutefois que pour les 10 sujets présentant des antécédents liés aux stupéfiants et dont on connaissait le lieu de prise en charge, tous étaient pris en charge en psychiatrie publique dont 9 en CMP.

A propos du déroulement des soins, il était remarquable que les mesures d'IS des sujets présentant des antécédents liés aux stupéfiants avaient plus de comporter un incident que les autres (p-valeur : 0,001)



**Figure n°58 : Antécédents liés aux stupéfiants et incidents pendant l'IS**

Enfin, nous pouvions constater une absence de lien entre les antécédents liés aux stupéfiants et le délai avant premier rendez-vous avec le médecin coordonnateur (p-valeur : 0,841).



**Figure n°59 : Antécédents liés aux stupéfiants et délai entre la sortie de détention et le premier rendez-vous avec le médecin coordonnateur.**

## VIII- DISCUSSION

### 1) LES PARTICULARITES DES SUJETS PRESENTANT DES ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES

Il convient, lorsque l'on s'attache à l'analyse des antécédents psychiatriques, de définir ce qu'ils représentent. En effet, on rappelle que l'injonction de soin est une mesure qui ne prend réellement effet qu'à la sortie de prison. Ainsi, en pré-sentenciel si le prévenu est en contrôle judiciaire, et en milieu fermé en post-sentenciel, le sujet peut être amené à recevoir des soins qui ne font pas partie intégrante de la mesure. Ils sont souvent désignés, à titre informel sous le terme « *d'incitation au soin* ».

Il arrive fréquemment, que dans le contexte de l'instruction ou de l'incarcération, les sujets condamnés à une injonction de soins aient recours à la consultation psychiatrique ou psychologique, que ce soit dans le cadre d'une souffrance morale en lien avec la judiciarisation de leur existence ou d'une confrontation avec la réalité des faits, d'une réaction anxiodépressive à la privation de liberté, ou encore d'un souhait de montrer aux instances judiciaires leur volonté de se soigner.

Ce contact avec le soin, antérieur donc à la mise en place de l'injonction de soin, ne constitue pas un antécédent psychiatrique au sens de notre mode de recueil. Le choix fait lors du recueil des données a été d'interpréter comme un antécédent psychiatrique, toute consultation ou hospitalisation en psychiatrie (en excluant un passage isolé aux urgences), antérieure à la révélation des faits et à l'action publique. Cette méthodologie a été définie de manière nationale lors des réunions de mise en place de l'étude, et a été confortée par le fait que le recueil des données ait été effectué dans la grande majorité par le même investigateur dans le territoire du TGI de Lyon ;

Ce choix sélectionne une population souffrant de troubles psychiques indépendamment de la procédure pénale. Il permet une identification assez précise de la population sous injonction de soin en termes de santé psychique. En premier lieu, les antécédents psychiatriques

Commenté [MS3]: Mettre en forme

ne sont pas une conséquence d'une première condamnation. Nous préciserons que moins de 8% des sujets ayant des antécédents psychiatriques avaient déjà été condamnés à une injonction de soin. Le lien entre ces antécédents et les faits constitue le travail de l'expert psychiatre ou psychologue.

On rappelle en effet que le prononcé de l'injonction de soin repose avant toute chose sur la responsabilité pénale de l'auteur présumé des faits, au sens de l'article 122-1 du Code Pénal : « *N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes* ». Ainsi, et par définition, aucun des sujets dont nous avons analysés les dossiers ne souffraient d'une pathologie mentale ayant aboli leur discernement. Il est bien sûr possible qu'une partie de cette population souffre d'une pathologie mentale susceptible d'altérer le discernement, partiellement ou totalement, mais ce n'était pas le cas au moment des faits. Bien que nous n'ayons pas relevé cette donnée, l'impression globale du recueilleur a été la rareté des cas d'altération du discernement relevés dans les expertises.

En outre, l'injonction de soin est théoriquement prononcée si les soins proposés apparaissent opportuns(19,20), ce qui laisse entendre qu'il existe un trouble mental qui puisse faire l'objet de soins psychiques. On entend par là les troubles de l'axe I quels qu'ils soient, et les troubles graves de la personnalité, excluant la psychopathie sévère, et donc un obstacle majeur à la bonne tenue des soins.

Les sujets sous injonction de soins sont donc une population pénale souffrant de troubles psychiques. Leur psychopathologie a été reconnue comme étant impliquée dans le passage à l'acte infractionnel, sans que cette dernière n'ait été responsable d'une abolition du discernement de l'auteur au moment des faits. Les sujets sous injonction de soins seraient ainsi des sujets malades et responsables au sens pénal.

Le corollaire logique de ce constat est qu'il s'agira pour plus de la moitié des sujets d'un premier contact avec le soin psychiatrique, malgré l'existence en amont d'un trouble suffisamment sévère pour qu'il puisse être en lien avec un passage à l'acte infractionnel grave. L'enjeu est donc conséquent puisque pour plus de la moitié des sujets sous injonction de soin,

l'infraction amène au soin, alors que cette même infraction est souvent niée, en tout cas peu mentalisée.

Sur le plan pénal, les sujets souffrant d'antécédents psychiatriques présentaient plus souvent des antécédents judiciaires, et en plus grand nombre que le groupe contrôle. Ils avaient donc logiquement été incarcérés plus longtemps dans leur passé. Ces antécédents judiciaires étaient principalement en lien avec des violences à la personne et n'étaient pas plus souvent en lien avec les stupéfiants que dans la population ne présentant pas d'antécédents psychiatriques. Ce constat vient confirmer l'opportunité des soins psychiatriques pénalement ordonnés dans le sens que ces derniers s'attachent à la prévention par la thérapie de la récidive, là où on observe que le trouble psychique est générateur de récidive.

Concernant l'infraction, les sujets présentant des antécédents psychiatriques commettaient des actes de gravité comparable. Ils se rendaient coupables de violences sexuelles sur des victimes globalement similaires, tant sur le plan de la minorité que sur le lien avec la victime, hormis le fait que la victime était plus souvent un membre de sa famille. Les proportions d'infractions criminelles et délictuelles étaient aussi similaires. Pourtant, les peines de prison ferme étaient plus courtes chez les sujets ayant des antécédents psychiatriques. A notre sens, ce constat fait apparaître la volonté de l'appareil judiciaire de tenir compte du suivi psychiatrique comme facteur atténuant la peine. Il convient de préciser que bien que nous n'ayons pas recueilli cette modalité, l'impression globale au moment du recueil était que les cas d'atténuation de la responsabilité étaient rares et ne semblent pas en lien avec cette atténuation de la peine ferme. Il s'agirait donc d'une inférence du juge sur la peine en tenant compte du passé psychiatrique du condamné. Cette infraction était nettement plus souvent commise en situation de récidive légale, mais n'était pas commise en état de réitération chez les sujets présentant des antécédents psychiatriques. Pour autant, nous n'avons pas mis en évidence de différence entre le type de victime de sujets ayant ou non des antécédents psychiatriques. Ainsi qu'ont pu le montrer certaines études, l'existence d'antécédents psychiatriques est donc un facteur d'augmentation du risque de récidive. Notre mode de recueil nous a permis de suggérer que ces antécédents étaient liés à des pathologies mentales majeures (dépression, maladie psychotique) mais sans contrôle médical de ces informations, ce qui ne permet pas d'exclure la surreprésentation des paraphilies. La notion d'augmentation de la

récidive dans la population aux antécédents psychiatriques sanctionne toutefois un niveau de délinquance globalement plus élevé. Ce résultat corrobore la littérature qui met en avant le fait que l'existence d'antécédents psychiatriques soit un facteur de risque de violence. Il n'en reste pas moins que devant ce constat, l'opportunité des soins apparaît d'autant plus évidente que ces soins ont pour vocation de prévenir la récidive. On constate ainsi que là où il y a trouble psychique, il y a récidive. On suppose alors que le meilleur moyen de prévoir cette récidive est le soin.

Il serait intéressant, pour approfondir cette réflexion, d'étudier avec précision le mode de récidive des sujets ayant des antécédents psychiatriques, ainsi que les facteurs déterminants dans cette population (délai entre sortie de détention et récidive, infraction commise, etc...)

Lorsque l'on s'intéresse à la peine prononcée, on s'étonne de voir que l'injonction de soin ne soit pas plus longue pour les sujets ayant des antécédents psychiatriques. En tout état de cause, ce constat met en avant le fait que cette mesure, avant d'être une mesure sanitaire, est de l'ordre de la protection sociale. Son caractère a-spécifique ne met pas en avant la considération des troubles psychiatriques comme implicitement impliqués dans le passage à l'acte. Il faut aussi considérer que là où il y a trouble sanitaire, il y a aussi guérison. Cette réflexion semble pourtant intégrée au prononcé de la peine ferme. En effet, le faible nombre d'altération de la responsabilité pénale nous suggère que les antécédents psychiatriques ont été davantage considérés par le magistrat comme témoignant d'un meilleur pronostic que comme un facteur atténuant. Il eut alors fallu aller au bout de ce raisonnement et favoriser le soin contre la peine. En ce sens, nous suggérons face à ce constat qu'une réflexion soit menée par les magistrats.

L'injonction de soin était marquée par un taux discrètement plus élevé de réincarcération pour inobservance plutôt que par plus d'incidents. Ces chiffres nous suggèrent que la présence d'antécédents psychiatriques ne permet pas de penser que l'injonction de soin est une mesure plus complexe à mettre en œuvre sur le plan de l'observance. Ce point est peu surprenant étant donné la population ciblée par l'injonction de soin. En effet, les problématiques d'observance rencontrées en psychiatrie étant principalement l'apanage des pathologies psychotiques et des troubles de la personnalité venant fortement altérer la qualité de l'attachement et du mode relationnel. Tout comme le spectre de la psychose plus facilement en lien avec une altération

du discernement, il était attendu de ces pathologies que l'on n'en retrouve pas certaines caractéristiques dans la population ici analysée, et notamment les difficultés d'observance.

En amont de l'injonction de soin, les populations étaient aussi comparables sur le plan des soins reçus en détention. On observait en particulier que tous les sujets ayant des antécédents psychiatriques étaient suivis en détention. Ce chiffre, on le rappelle, ne concerne que les 50 dossiers sur lesquels cette information était disponible, et il y a fort à croire qu'il est surevalué par le fait que l'absence d'éléments relatifs à de tels soins dans le dossier a été catégorisée « *non-renseigné* ». Bien qu'à mettre au crédit de l'injonction de soin, ce fort taux de soins en détention est réjouissant, tant la précocité de l'accès au soin s'associe en pratique clinique à une amélioration du pronostic, donc ici de la diminution de la récidive. Il est néanmoins un point particulier sur lequel il convient à notre sens d'appuyer l'évolution du dispositif, en l'occurrence la précocité du premier rendez vous avec le médecin coordonnateur. Nous parlons ici d'une population souvent longuement incarcérée, qui retrouve la liberté, et qui entre donc dans le soin plusieurs années après des faits qu'elle a souvent contestés. Ayant vécu dans un microcosme violent, où les relations interpersonnelles sont marquées par l'opportunisme, et où, pour les auteurs de violence sexuelle, il a souvent fallu pour se protéger des représailles, développer son identité de détenu sur un mensonge concernant les faits pouvant confiner au déni. L'entrée dans le soin, afin qu'il soit productif, devrait être immédiate, à minima très précoce. Ces 3 mois durant lesquels les sujets sont livrés à eux même, sont à notre sens à haut risque, tant sur le plan suicidaire que sur le plan de l'abandon du soin. Cette période favorise la rupture de continuité d'avec les soins en détention, ne laissant pas émerger de ce moment de crise qu'est la sortie de prison. Aussi, en vue de la possibilité d'un soin pérenne, il nous semble bien regrettable que ne soit pas mis l'accent dans les derniers mois de détention sur le soin. Il pourrait être intéressant par exemple que le point de départ de l'injonction de soin à proprement parler soit fixé quelques mois avant la sortie de prison, lorsque la peine a excédé une certaine durée. Cette proposition, reconnue par tous, a été au cœur des débats lors de l'Audition Publique des 14 et 15 juin 2018. Elle implique un renforcement du maillage santé-justice et une optimisation de l'articulation entre les professionnels.

Enfin, il convient de mettre particulièrement en avant le fait que la population psychiatrique est une population à risque de désinsertion sociale et professionnelle. On

constatait ce point face à l'existence d'une majoration de la probabilité de perte de l'emploi et des éléments de stabilité familiale chez ces sujets. Il est entendu que la précarité socio professionnelle est un facteur de risque et de récurrence (33) et de passage à l'acte auto agressif. A cet égard, il semble primordial, dans le respect des objectifs du dispositif d'injonction de soin, d'apporter une attention toute particulière au maintien des personnes placées sous main de justice dans un environnement socio professionnel stable (34,35). On constatait déjà que la présence d'antécédents psychiatriques était un facteur de risque d'isolement avant les faits constitutifs de l'infraction. Cette étude révèle notamment l'état d'isolement de ces personnes considérant l'impact de l'infraction et de la peine. A ce titre, il est du ressort de tous les intervenants du dispositif, judiciaires, sanitaires et sociaux, d'être attentifs à une situation de perte d'emploi, de rupture conjugale ou familiale, ainsi que de favoriser le retour à l'emploi, d'autant que ces éléments font partie des facteurs pronostiques de récurrence(33).

## 2) LES PARTICULARITES DES SUJETS PRESENTANT DES ANTECEDENTS JUDICIAIRES LIES AUX STUPEFIANTS

En s'intéressant aux sujets présentant des antécédents liés aux stupéfiants, il convient d'en préciser la signification. Ainsi, et contrairement aux antécédents psychiatriques qui correspondent à une définition médicale, retrouvée dans les rapports d'expertise, la notion d'antécédents liés aux stupéfiants est une notion purement légale, recensée dans le bulletin n°1 du casier judiciaire. Il s'agit donc d'une population assez éclectique, comprenant aussi bien des sujets condamnés pour conduite en état d'ivresse que pour trafic de stupéfiants. Il est bien entendu que ces deux exemples sont nettement distincts sur le plan psychopathologique. Par ailleurs, alors que le soignant définira la problématique de l'usage des stupéfiants aussi bien de par son impact légal que médical, la définition retenue ici est uniquement en lien avec le fait que ces sujets ont été appréhendés par les forces de l'ordre. Ils ne sont donc pas médicalement les sujets les plus graves stricto sensu. Toutefois, ils définissent une population dont la volonté de transgression est véhiculée par l'usage illicites de produits licites et/ou le trafic et l'usage de produits illicites. Nous sommes ici dans un mécanisme infractionnel bien loin des problématiques classiques d'auteurs de violence sexuelle dont le passage à l'acte est motivé par

la pulsionnalité, le désir de contrôle de l'autre, la fragilité de l'insight et l'immaturation affective. Il n'en reste pas moins que certains des auteurs de violence sexuelle dans notre étude présentaient des antécédents judiciaires liés aux stupéfiants.

Nous avons principalement relevé le fait qu'ils étaient une population à haut risque de récidive et de réitération. Ce dernier point suggère qu'ils sont susceptibles d'être auteurs de faits de même nature mais également de faits ne relevant pas de la récidive légale, c'est-à-dire plus diversifiés. De plus, on constatait que l'infraction la plus fréquemment commise était le viol, sur une victime adulte de sexe opposé. Nous ne nous trouvons donc pas dans les canons de l'infraction à caractère sexuelle la plus fréquente, en l'occurrence l'agression sexuelle sur mineur de 15 ans. On rappelle par ailleurs que les sujets coupables d'une infraction à caractère sexuel sur mineur de 15 ans étaient moins souvent en état de réitération que ceux ayant commis un acte sur un majeur. Nous y voyons une cohérence avec un profil spécifique d'auteurs. Il était par ailleurs notable que les sujets présentant des antécédents liés aux stupéfiants étaient plus souvent impliqués dans un incident durant l'IS que les sujets ne présentant pas de tels antécédents. Ces incidents restent rares.

Ce constat nous amène à penser que les sujets présentant des antécédents liés aux stupéfiants opèrent sur le plan de l'infraction sur un mode plus opportuniste et antisocial.

Ce point est à prendre en considération lorsque l'on est amené à suivre un sujet sous injonction de soin, ayant pour comorbidité l'usage de stupéfiants. Il serait ainsi intéressant de s'attacher particulièrement à l'arrêt des toxiques. Ce constat est d'autant renforcé que l'on constatait la co-occurrence des antécédents liés à une infraction à caractère sexuel et aux stupéfiants.

Ainsi on doit aussi s'étonner du fait que ne soient pas pris en compte les antécédents liés aux stupéfiants dans le prononcé de l'injonction de soin, là où le soin pourrait favoriser la diminution de la récidive. La prise en charge des problématiques addictologiques relève en effet du soin.

De la même manière, nous avons été surpris par le fait que dans une population au fonctionnement antisocial bien plus prééminent, la durée de la peine ferme ne faisait l'objet

d'aucune adaptation, alors même que le passage à l'acte apparaît plus violent et moins irrationnel.

### 3) COMMENT LE LEGISLATEUR UTILISE L'IS SUR LE TGI DE LYON ?

Nous avons pu constater que le suivi socio judiciaire et l'injonction de soin concernent largement plus souvent les auteurs de délits que de crimes. Toutefois, il serait incorrect d'en déduire que les tribunaux correctionnels ont plus souvent recours à cette mesure que les Cours d'Assises. Cela tendrait à un renversement de la tendance d'il y a 10 ans. Ne disposant pas du nombre d'affaires traitées par juridiction, nous ne pouvons pas estimer l'effet de masse.

L'injonction de soin était quasiment systématiquement prononcée pour des faits de violence sexuelle, mesure qui on le rappelle, est aussi prévue pour tous les faits de destruction par incendie, violences conjugales, et crimes en général. Ce constat est d'autant plus frappant si on le compare avec le taux de personnes écrouées en France pour des faits de violence sexuelle qui est de 12,8% (référence). Conformément au constat fait du type d'infraction prévu par les lois de 1998, 2005 et 2007, l'injonction de soin reste donc une mesure principalement usitée dans l'esprit du juge, mais surtout de l'expert psychiatre, pour des faits de violence sexuelle.

De la même manière, la quasi-totalité des IS ayant été prononcées dans le cadre du SSJ, et par la juridiction de jugement, l'injonction de soin est une mesure dont les évolutions législatives ont peu été suivies d'évolutions de mise en œuvre. On rappelle par ailleurs que les expertises psychiatriques sont systématiquement ordonnées pour toute infraction faisant encourir l'injonction de soin, et qu'une expertise y étant favorable, emporte de facto le prononcé de la mesure. Ainsi, on en déduit que les infractions non sexuelles, prévues en 2005 et 2007 notamment les dégradations de bien par moyens incendiaires et explosifs, ainsi que les violences conjugales, ne sont pas entendues par l'expert psychiatre comme une opportunité de soin pénalement ordonné. On entend bien sûr que la question de la destruction par un moyen incendiaire soit fréquemment éludée par l'expert, ces condamnations étant principalement des

faits « satellites » d'infractions plus graves, notamment de braquages, ou les auteurs souffrent rarement de troubles psychiatriques. On s'étonne toutefois de l'absence de cas de violences conjugales dans la population d'IS sur le TGI de Lyon. En effet, les violences conjugales sont rarement des faits annexes à une autre infraction.

De manière assez stable dans le temps, les durées d'injonction de soin, si elles suivaient globalement la durée de la peine ferme, étaient assez standardisées puisque 3 pics de durée de SSJ étaient retrouvés. Ce sont ces 3 pics que l'on retrouvait déjà par le passé comme exposé précédemment. Cette « stéréotypie » dans le prononcé de l'injonction de soin, comme dans la peine prévue en cas d'inobservance, suggère que la mesure pourrait être davantage individualisée. Là encore, elle prend l'aspect d'un bouclier social, relativement uniforme et certainement rigide.

Sur la question des soins en détention, alors que moins d'un tiers des AVS avaient été incarcérés dans un établissement fléché, on remarque toutefois que le passage par un établissement fléché était associé à un accès plus facile au soin en amont de l'injonction de soin. On suggère ainsi que l'attention toute particulière aux soins apportés dans ces établissements soit généralisée à l'ensemble des maisons d'arrêt et centres de détention.

La durée de la peine ferme est donc largement supérieure aux peines moyennes prononcées sur le territoire national. En effet, en France, plus de 65% des peines de prison sont d'une durée inférieure à la peine moyenne de prison dans notre population d'étude. Le suivi socio judiciaire étant conçu comme une peine complémentaire, il serait intéressant de comparer les peines de prison prononcées dans notre population, aux peines prononcées chez les auteurs de violence sexuelle antérieurement à la création de la peine de suivi socio judiciaire, afin de mesurer l'emploi du suivi socio judiciaire comme « alternative » à la prison ferme.

On constatait par ailleurs que la durée de la peine de suivi socio judiciaire s'établissait en parallèle de la peine de prison, et qu'elle revêtait ainsi une dimension afflictive et sécuritaire, dimension que l'on ne retrouve que plus accessoirement dans la philosophie du soin. Or, on le rappelle, l'injonction de soin est prononcée pour la même durée que le suivi socio judiciaire, même s'il existe des situations où le bon déroulement des soins amène le juge de l'application

des peines à « relâcher » la rigueur du suivi si telle est la proposition du médecin coordonnateur. Ce point nous paraît toujours assez problématique dans l'approche du soin. Il paraît compliqué d'envisager une démarche sanitaire libre si la temporalité est prédéfinie et pour une durée aussi longue. Ce constat s'applique aussi bien dans un sens que dans l'autre, et on s'étonne de constater un aussi faible nombre de mesures relevées, là où l'expérience des médecins coordonnateurs met souvent en avant le fait que certaines relations thérapeutiques sont improductives et artificielles. On doit tout de même remettre l'injonction de soin dans son cadre d'application qui est celui d'une peine, et on imagine aisément la personne placée sous main de justice, puisqu'il s'agit de son statut, être impatiente de voir sa peine achevée.

On doit faire le constat d'une certaine inadéquation entre ce que l'on peut considérer en tant que soignant comme un facteur rendant nécessaires les soins, et ce que la justice entend par l'emploi de l'injonction de soin. La durée de l'injonction de soin, semble n'avoir que peu de prises sur des facteurs que l'on traiterait de manière prioritaire dans l'exercice du soin. On pense en particulier à la précarité sociale (calculer les peines en fonction de la précarité), aux antécédents psychiatriques, au lien existant entre l'auteur et la victime. Ainsi, la durée de l'injonction de soin est calquée sur la durée du suivi socio judiciaire. En pratique, il arrive que, lorsque le médecin coordonnateur et le soignant considèrent que les soins ont abouti à un résultat satisfaisant, la fréquence des rendez-vous respectifs soit modifiée avec l'accord du juge de l'application des peines. Ceci se faisant dans un allègement global de la peine de suivi socio judiciaire. A l'inverse, une situation de risque majeur de récidive, ou une difficulté dans le suivi de la mesure peut amener à une réincarcération. Toutefois, sur le plan clinique, une infraction d'une gravité modérée, peut avoir été commise par un sujet dont la nécessité de soin est grande. Dans ce cas, la durée des soins pénalement ordonnés ne peut excéder celle du suivi socio judiciaire. Cette inadéquation est peut-être problématique dans l'architecture du suivi socio judiciaire et de l'injonction de soin. Bien que le prononcé de l'injonction de soin, prérogative du juge, soit quasi systématique lorsque l'expert la juge opportune, cette mesure reste un élément constitutif d'une peine, et ne peut se concevoir autrement que par son caractère afflictif, de par le fait que sa durée est prévue par le code pénal. La confusion des genres est ici manifeste, et à notre sens problématique.

Enfin, le constat du faible nombre de demandes de relèvement de mesures doit être mis en parallèle avec l'expérience des médecins coordonnateurs et soignants du dispositif. Ces derniers mettent souvent en avant le fait qu'intrinsèquement, la mesure d'injonction de soin tend à produire des soins « factices », où la participation du sujet, et donc l'alliance thérapeutique sont des fondements de la thérapie qui sont fragilisés. Il serait dans ce contexte intéressant de questionner la pertinence de la poursuite des soins pénalement ordonnés, en particulier l'injonction de soin, à l'endroit où ces sujets peuvent, après relèvement ou fin de la mesure, s'engager véritablement dans un soin libre et consenti. Nous suggérons ainsi d'étudier le vécu des sujets ayant été sous injonction de soin, s'engageant ou non dans des soins libres par la suite.

#### 4) LES SINGULARITES DE L'EXERCICE DE PSYCHIATRE TRAITANT D'UN SUJET RELEVANT DE L'INJONCTION DE SOIN

Sur le TGI de Lyon, la majorité des patients étaient suivis en Centre Médico Psychologique.

Dans l'étude ELIS sur le TGI de Lyon, rares sont les mesures qui ont fait l'objet d'un incident. Ce résultat mérite d'être diffusé car il offre une possibilité de meilleure acceptation des prises en charges par d'éventuels praticiens traitants. Il serait toutefois intéressant de diffuser à l'attention des soignants impliqués dans la prise en charge de sujets sous injonction de soin, des outils d'évaluation de l'efficacité de la mesure notamment en termes de risque de récidive (36).

L'impression globale laissée par le recueil des dossiers était la régularité des entretiens chez le psychiatre traitant, et globalement le caractère favorable de la relation thérapeutique relevé par le médecin coordonnateur. Les rendez-vous chez le médecin coordonnateur étaient eux aussi largement honorés même si les dossiers du SPIP étaient assez lacunaires quant aux comptes rendus bi annuels du médecin coordonnateur au juge de l'application des peines. On rappelle que les dossiers papiers n'étaient probablement pas exhaustifs.

En tout état de cause, et pour faire écho à notre propos précédent concernant la durée fixe du soin, il semble primordial pour le soignant, d'aider le sujet à s'inscrire dans le soin, autrement que dans le cadre de la peine. Le psychiatre aiderait alors le condamné impatient de s'affranchir des soins à devenir un patient.

Ce constat est aussi vrai pour les sujets n'ayant jamais eu de contact avec la psychiatrie que pour les autres. En effet, chez les patients présentant des antécédents psychiatriques, il était assez rare que le soignant en charge de l'IS les ait déjà rencontrés au préalable. Quand bien même ce fut le cas, le contexte de prise en charge devenait alors tout à fait différent, et potentiellement marqué par la découverte fortuite et brutale d'un non-dit autour de la question de la pulsion sexuelle et de l'infraction pénale.

Ainsi, le psychiatre traitant qui va recevoir un sujet relevant d'une injonction de soin aura à cœur d'évaluer efficacement le risque suicidaire chez un sujet pouvant être dans une situation sociale précaire : à la fois libéré des murs de la prison mais prisonnier de l'absence de perspective. On rappelle en effet que la population ciblée se démarque par une nette précarité sociale et professionnelle.

Les résultats de cette étude soulèvent le fait que, là où beaucoup de soignants, peu formés à l'exercice de la prise en charge des auteurs de violence sexuelle s'inquiètent de méconnaître le protocole de soin opportun, la prise en charge addictologique et psycho sociale des patients auteurs de violence sexuelle est capitale dans la prévention de la récidive.

Enfin, nous aurons constaté dans le recueil des données, la pauvreté de la communication entre médecins coordonnateurs et SPIP. La communication entre deux des trois principaux garants de la bonne tenue de la peine de SSJ apparaît comme lacunaire et souvent informelle, ou en dehors des règles définies par le cadre légal. Il aurait fallu, pour affirmer cette impression, interroger les CPIP et médecins coordonnateurs sur leur jugement eu égard aux relations qu'ils peuvent avoir entre eux autant sur le plan qualitatif que quantitatif.

De manière tout à fait paradoxale, les échanges par mail ou courrier entre SPIP et soignants, sans être très fréquents n'étaient pas rares, et on le rappelle tout à fait contraires aux règles de déontologie professionnelles auxquelles les soignants restent soumis dans l'injonction de soin. Ce double constat laisse à penser que l'information pourrait être plus claire pour les

soignants quant aux possibilités d'échanges avec le médecin coordonnateur, là ou souvent, ils craignent d'être isolés.

#### IX- ELEMENTS DE DISCUSSION AUTOUR DE L'INJONCTION DE SOINS

Nous avons pu le voir lors de la présentation du dispositif, l'injonction de soins est une mesure de soins pénalement ordonnés qui recouvre un large champ infractionnel, et qui peut survenir dans un large spectre de la procédure pénale. Dispositif lourd de par sa nature et ce qu'il implique, les évolutions législatives ont marqué un souhait du législateur d'élargir considérablement le prononcé de l'injonction de soins. En 2010, 3800 mesures étaient estimées en cours en France Métropolitaine (24).

A l'heure où les professions de santé souffrent d'un manque d'acteurs, cette généralisation d'une mesure complexe, imposant de solides connaissances théoriques, tant sur le plan juridique que sanitaire questionne. Le dispositif d'accueil de ces patients est-il prêt à les recevoir dans les conditions optimales ? La nature même du soin pénalement ordonné n'est-il pas une entrave à l'alliance thérapeutique ?

##### 1) Du manque de moyens sur le terrain

La loi 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs a systématisé l'injonction de soins dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire. On rappelle que dans sa conception première de 1998, l'injonction de soin était une possibilité laissée à l'appréciation du juge, après expertise médicale. Depuis 2007, l'injonction de soins est devenue systématique, à la double condition que l'expertise la propose et que le juge ne s'y oppose pas.

Cette systématisation du recours à l'injonction de soins a causé une augmentation des mesures, mettant le législateur face à une problématique de moyens humains pour les mettre en œuvre.

a. Pénurie de médecins coordonnateurs

Face à une augmentation drastique du nombre d'expertises psychiatriques, non compensée par une augmentation du nombre d'experts (61 expertises/psychiatre en 2002, vs 151 en 2009), ainsi qu'à une pénurie de médecins coordonnateurs (237 en 2011), inégalement répartis sur le territoire, la mesure d'injonction de soin apparaît dans une certaine mesure assez virtuelle (24). En 2012, 1750 mesures restaient inexécutées (plus de 30%)(7). Le rôle d'interface que le médecin coordonnateur assure entre santé et justice est aujourd'hui vidée de sa substance en raison de la pénurie de médecins coordonnateurs. En 2008, l'Association Nationale des Juges de l'Application de Peines a mené une enquête sur la mise en œuvre du suivi socio-judiciaire et de l'injonction de soins. Cette étude avait mis en évidence le fait que les mesures d'injonctions de soins ne pouvaient être correctement suivies dans plus de la moitié des tribunaux (39 au total) en raison de la pénurie de médecins coordonnateurs. En 2008, 40 tribunaux de grande instance et 17 départements étaient dépourvus de médecins coordonnateurs(37).

Le rapport de M. Vincent Lamanda, premier président de la Cour de Cassation, a ainsi rappelé qu'« *on peut raisonnablement estimer que les injonctions de soins ne peuvent être mises en place, de façon satisfaisante, dans plus de la moitié des juridictions* »(38).

Ce dernier élément est d'ailleurs relevé par le Rapporteur de la République (28) qui mentionne que la faiblesse de l'injonction de soins repose sur 3 facteurs :

En premier lieu, il avance que la pénurie de psychiatres dans le secteur public explique que certains tribunaux de grande instance soient dépourvus de médecins coordonnateurs.

En second lieu, il précise que « *la prise en compte thérapeutique de la délinquance sexuelle est limitée, d'une part, par l'insuffisante formation des médecins psychiatres dans ce*

*domaine et, d'autre part, par le fait que les auteurs de ces actes sont considérés, par une majorité de psychiatres, comme des « pervers » au sens clinique et à ce titre non susceptibles, à la différence des schizophrènes, d'un traitement »(28)*

En dernier lieu, il met en exergue l'insuffisance du nombre de médecins traitants au regard des besoins qu'induit l'injonction de soins.

Face à ce constat, le législateur a pris des mesures conséquentes.

Il a tout d'abord été admis qu'un psychologue puisse suivre une personne placée sous main de justice en injonction de soin (27).

Par ailleurs, la mission de médecin coordonnateur a été revalorisée sur le plan pécuniaire (39). Ces mêmes médecins coordonnateurs voyaient alors passer de 15 à 60 le nombre de dossiers d'injonction de soins qu'ils pouvaient prendre en charge simultanément (39).

Enfin, des médecins autres que les psychiatres peuvent à présent exercer cette fonction sous réserve de satisfaire à des conditions de formation (100 heures minimales)(39).

Le rapport d'information sur la prise en charge sanitaire des personnes majeures placées sous main de justice (28) préconisait de supprimer le *numerus clausus* des médecins coordonnateurs, le limitant à une « *recommandation de bonne pratique* ». Il recommande par ailleurs de permettre à l'expert psychiatre qui a conduit l'expertise du sujet condamné d'être son médecin coordonnateur.

#### b. Pénurie de psychiatres traitant

Dépendant de la disponibilité d'un psychiatre ou psychologue traitant, la mise en œuvre de l'injonction de soins se heurte à la pénurie de psychiatres dans le secteur public. Les conséquences sont importantes. En effet, l'injonction de soins est de plus en plus difficile à mettre en œuvre.

On rejoint ainsi le point précédent, avec une quotité importante de mesures non appliquées du fait de cette carence de professionnels. Ainsi, au tribunal de grande instance de Rennes, le nombre de suivis socio-judiciaires prononcés a été multiplié par presque quatre entre 2006 et 2007, passant ainsi de 6 à 22 mesures prononcées annuellement. De la même manière, le nombre de suivis socio-judiciaires a quadruplé entre 2006 et 2007 au tribunal de grande instance de Laval (28).

A noter aussi que le Rapporteur de la République fait état des difficultés pour les psychiatres traitants à prendre en charge un auteur de violence sexuelle. En effet, ils seraient insuffisamment formés pour cette mission, tant sur le plan des tenants et aboutissants juridiques de la mesure que sur un plan purement médical. Sur ce dernier plan, la clinique du passage à l'acte sexuel et la prise en charge de son auteur sont des disciplines à part entière (24).

c. Manque de formation du personnel soignant

La prise en charge des sujets relevant d'une injonction de soin échoit le plus souvent aux Centres Médico psychologiques. Or, ces structures ne sont pas familières de soins dont la temporalité est pré définie. On y trouve peu de sujets sans demande de soins et les caractéristiques des auteurs de violence sexuelle, des hommes de 20-45 ans, sans pathologie mentale bien identifiée ne sont pas habituelles. Il est d'ailleurs fréquent d'avancer que cette frange de la population était absente des centres médico psychologiques puisqu'elle était sur représentée en prison. Cette mission nouvelle pour le centre médico psychologique, vient s'ajouter à celles préexistantes, dans une institution déjà débordée et souvent en souffrance.

Dans une dynamique de réponse aux besoins, l'hospitalisation sous contrainte est au refus de soin, ce que l'injonction de soin est à l'absence de demande. Cette absence de demande, ne témoigne pas nécessairement d'une lacune de mentalisation du trouble. L'injonction ne « court-circuite » pas le travail mental du sujet, nécessaire à toute thérapie. L'objectif de l'injonction de soin est avant toute chose d'amener les sujets à demander des soins hors contrainte par la suite.

**Commenté [MS4]:** En fait pas vraiment. Il faut formuler que l'absence de demande n'est pas une absence de possibilités thérapeutiques même dans le cas des sujets négateurs chez qui les soins ont pu être démontrés efficaces. Un des objectifs de l'IS est de les amener à demander des soins par la suite hors contrainte

En tout état de cause, ces questionnements se heurtent à un personnel soignant souvent insuffisamment formé, devant répondre à une demande de la société. Le personnel soignant est contraint de mettre en pratique ses connaissances pour produire un soin dont ils ne maîtrisent pas la théorie. Bernard Odier rappelle ainsi qu'ils « *vérifient le schéma foucauldien reconnu par Georges Lanteri Laura dans le champ des perversions ; sollicités à produire des expertises, les psychiatres y produisaient au fur et à mesure le savoir pourtant présumé à leur tâche* » (40).

Les voies thérapeutiques sont ainsi souvent assez variées, dans un espace de soin flou, pollué par la contrainte et la crainte sécuritaire.

La création des CRIAVS, vient proposer une solution adaptée à cette résistance. Il serait ainsi profitable de favoriser l'accès à ces structures et susciter l'intérêt des professionnels qui bien peuvent légitimement ne pas se sentir concernés.

## 2) Du caractère illusoire des soins contraints

On rappelle en préambule que l'injonction de soins emporte une contrainte aux soins uniquement en milieu ouvert. Cette contrainte judiciaire reste soumise aux lois du code de santé publique, en ce sens qu'aucun soin ne peut être administré, quelle que soit sa nature, sans le consentement libre et éclairé de la personne. Ce point est d'ailleurs systématiquement rappelé par le Juge de l'Application des Peines lorsqu'il est saisi de la mesure conformément à l'article 131-36-4 du Code de Procédure Pénale. On comprend toutefois vite que cette liberté est toute relative puisque le refus de suivre les soins s'apparente pour le législateur à un refus de la mesure socio judiciaire et peut donc ouvrir à une condamnation de prison ferme, prononcée par la juridiction *in fine*. Ainsi, le soin semble fondé sur une notion de contrainte, nonobstant la qualification de « *consentement libre et éclairé* ». Peut-on seulement soigner quelqu'un qui ne le désire pas vraiment ?

La psychiatrie est familière de la notion de soins sous contrainte, qu'elle prodigue régulièrement en vertu de la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge ».

Toutefois, le soignant prodigue ces soins à des sujets dont la pathologie mentale existe, est sévère et affecte gravement leur consentement. Dans les soins juridiquement contraints, nous sommes face à des sujets souffrant de troubles de la personnalité plus ou moins sévères, et qui ont été déclarés capables et pénalement responsable, au moins partiellement. Par ailleurs, l'obligation « *pèse autant sur le médecin que sur le malade* »(40).

Comme on l'a vu au sous chapitre précédent, la déontologie médicale peine à appréhender la notion d'injonction judiciaire à se soigner. On s'interroge d'ailleurs sur le fait que cette difficulté puisse être exacerbée pour les auteurs de violence sexuelle (41):

- De par leur personnalité, caractérisée par une mentalisation déficiente et une immaturité importante.
- De par la réaction de rejet qu'ils peuvent provoquer chez le soignant, souvent peu formé à cet exercice

Ainsi, sans consentement libre et éclairé, le soin peut devenir illusoire, sous la forme de consultations routinières, ponctuées d'une attestation de suivi (4). L'acceptation est d'autant plus passive depuis la loi Guigou, suite à laquelle le Président de la juridiction informe le condamné « qu'aucun traitement ne pourra être entrepris sans son consentement », n'omettant pas de préciser qu'un refus sera assorti d'une peine d'emprisonnement. Cette incitation qui prend des allures de menace, est à notre sens une méthode bancal pour amener la PPSMJ dans le soin. Ces premiers jours, semaines et mois d'incarcération sont pourtant des moments clefs, où le « choc carcéral » ouvre des fenêtres de travail psychique, qui se refermeront à mesure que le sujet s'adaptera à son nouvel espace de vie. Il conviendrait de favoriser l'émergence de dispositifs d'élaboration psychique précoce systématiques pour les sujets sous injonction de soin. L'objectif minimal serait l'information sur l'offre de soin, et un travail préliminaire d'adhésion à un projet de soin. En lui-même, le soin reste plus complexe à concevoir en milieu carcéral du fait que le sujet ne soit pas dans son environnement habituel.

On remarquera surtout que la question de la temporalité ne s'y appréhende pas de la même manière, comme le faisait remarquer André CIAVALDINI. La loi fixe le temps du traitement, sans qu'il ne soit fait mention de la possibilité d'une guérison, s'il en est une,

précoce, qui rendrait le soin obsolète, ou au contraire d'une absence de guérison dans le temps imparti par la justice (11). Ce dernier point nous amène d'ailleurs à nous interroger sur l'absolue nécessité dans cet espace de « contact avec les soignants » qu'est l'injonction de soin, de l'opportunité de l'appropriation du soin. C'est finalement aussi ce passage du soin pénalement obligé au soin voulu par le sujet qui est en jeu dans l'injonction de soins. Nous pourrions envisager, dans cette problématique, de voir l'injonction de soins démarrer dès l'incarcération, plutôt qu'au moment de la mise en liberté, qui peut survenir parfois plus de 10 ans plus tard. Toutefois, nous ne pouvons omettre le fait que le détenu en prison, n'évolue pas dans son environnement habituel. Ainsi, incarcéré, la question de la confrontation à l'objet de sa pulsion ne peut se poser puisqu'il en est isolé.

En imposant une nouvelle expertise, si la dernière est trop ancienne, le législateur veut actualiser l'indication de soins, mais il n'en reste pas moins que le début de la thérapie est bien souvent éloigné de la commission des faits, et le soin, risque de basculer vers la mesure de probation.

Faute de constituer un soin dont l'accès se fait librement, la mesure d'injonction de soin a pour mérite de permettre à des justiciables d'accéder à un espace d'élaboration psychique dont ils pouvaient ne pas avoir conscience de l'existence, du besoin ou du mode d'accès.

Le travail du Dr AUGER et de son équipe (18) en Indre et Loire s'est attaché à recueillir l'opinion des praticiens traitants sur le dispositif de l'injonction de soin. 12 praticiens étaient contactés

Cet avis était positif dans la moitié des cas, négatif 4 fois sur douze et partagé 2 fois sur 12

Les arguments en faveur les plus retrouvés étaient :

- La possibilité d'une rencontre thérapeutique (6/12)
- L'existence d'un cadre légal étayant la thérapie (3/12)
- La possibilité du recours au MC en cas de révélation d'actes délictueux (2/12)

Les arguments en défaveur étaient :

- La complexité (5/12)
- Le vécu d'être dans un rôle de « garant de la justice » (4/12)
- L'aspect inauthentique de la demande (4/12)
- La confusion des rôles santé/justice (1/12)

Concernant l'observance du traitement, celle-ci est jugée complète (13/16), partielle (1/16), défailante (2/16).

Les trois quarts des praticiens traitants évoquaient des difficultés liées à :

- Une demande inauthentique (4/16)
- Des traits pervers faisant entrave à la relation thérapeutique (3/16)
- Des récits « abominables » (3/16)
- L'évaluation de la dangerosité (3/16)
- L'abord de la sexualité (2/16)
- L'élaboration mentale (2/16)

Les informations sur l'IS, venaient pour le praticien du médecin coordonnateur ou du JAP (3/16), de recherches personnelles (2/16), d'un collègue (2/16), d'une formation (2/16)

- 11 praticiens sur 12 avaient eu contact avec le MC, mais sans accord écrit pour le suivi.
- La délivrance des certificats médicaux était systématique à chaque consultation pour 7 praticiens sur 12.

Commenté [MS5]: Il faudrait commenter

Cette étude, menée sur un petit nombre de médecins et sur un territoire restreint nous montre que le rejet de la part des soignants du dispositif de l'injonction de soin, où à minima leurs craintes, reposent avant tout sur des difficultés d'ordre logistique, de communication, et de vécu d'isolement. La spécificité de la clinique des auteurs de violence sexuelle, si elle pose des difficultés aux soignants n'était que rarement au centre des arguments défavorables.

Le développement des CRIAVS permet à ce jour d'offrir une solution d'échanges pour ces professionnels, mais la question de la communication au sein du dispositif reste présente comme nous avons pu le voir. A l'instar de notre étude, nous constatons que les patients étaient observants malgré une demande jugée inauthentique. Ce point doit être particulièrement mis en avant auprès des professionnels concernés.

Il convient par ailleurs d'attirer le regard des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge d'un sujet sous injonction de soin sur le soin intrinsèque qui apparaît efficace concernant la diminution du risque de récurrence, comme en atteste la littérature. (42-44)

### 3) Du risque de la perte du sens de l'injonction de soins

Il convient en préambule de rappeler l'esprit de la loi du 17 juin 1998. Fondée sur un travail clinique et interdisciplinaire conséquent, le législateur prenait alors conscience de son incapacité à endiguer le phénomène de récurrence chez les sujets en proie à une pulsionnalité sexuelle déviante. Actant de « la défaillance de [la peine] à pouvoir remplir totalement sa mission de régénération morale du condamné » (45), le législateur s'alliait au soin afin de rendre son action plus efficace. Alors même que la mesure de suivi socio-judiciaire avait été instaurée en 1998 pour prévenir la récurrence des infractions sexuelles, son extension aux violences conjugales et destruction de biens sous l'effet d'un incendie ou d'une substance explosive vient altérer la mission première de l'injonction de soins : Diminuer le risque de récurrence des infractions les plus graves.

Cet élargissement du champ d'application pénal, nous l'avons vu, s'accompagne d'une augmentation du nombre de mesures sans que les moyens humains ne puissent suivre. Cela a pour effet une « *dilution de la qualité du suivi et de la vigilance de chaque acteur concerné* »(28). Ces dossiers font en effet l'objet d'une vigilance particulière des juges de l'application des peines et des services pénitentiaires d'insertion et de probation, et sont donc consommateurs de temps et de moyens humains. Le Rapporteur de la République suggère à ce sujet que le suivi socio judiciaire soit prononcé « à titre exceptionnel » pour des faits de violence

conjugale et de destruction de biens sous l'effet d'un incendie ou d'une substance explosive (28). On voit pourtant que cet élargissement théorique ne trouve une application pratique qu'exceptionnellement puisque la quasi-totalité des mesures d'injonction de soin sont prononcées pour des faits relatifs à des violences sexuelles.

En outre, le sens thérapeutique de la peine est une notion assez discutable, et, on le constatait dans ELIS ainsi que dans le témoignage de médecins coordonnateurs (46), que les mesures d'injonction de soin dont le contenu thérapeutique se limite à un échange formalisé et vide entre patient et thérapeute sont légions. On l'explique d'ailleurs à l'aide de deux arguments.

Le premier, on le rappelle, tient au fait que dans nombre de situations, la mesure d'injonction de soins prend effet plusieurs années après le passage à l'acte, le rendant d'autant plus difficile d'accès sur le plan psychique qu'il est l'œuvre d'un sujet dont la capacité de mentalisation est défaillante. L'expérience psychique de la violence se résout à un exutoire, une manière de décharger une souffrance psychique qui n'a de nom, et dont la victime n'est que le support opportun. Ainsi, l'élaboration d'un espace de parole autour du non nommé est un défi conséquent pour le thérapeute et la PPSMJ.

Le second argument est celui de la motivation au soin. Il n'est pas rare de constater qu'à l'arrêt de la mesure, les condamnés, devenant patient à part entière, engagent une démarche de soin authentique et motivée alors même qu'ils n'y parvenaient pas durant l'injonction de soin. En effet, le soin durant l'injonction de soin est la résultante d'une demande sociale, sécuritaire, imposée par l'appareil judiciaire, au sein d'une peine de sureté qu'est le suivi socio judiciaire. L'injonction de soin dans cette peine peut difficilement nourrir l'ambition de « soigner » ces personnes, ce d'autant plus qu'elles ne sont pas forcément malades. Toutefois, le travail effectué avec le soignant consiste en le fait de montrer au sujet qu'il peut bénéficier d'un espace de parole et d'écoute, propice au travail psychique. Ces mesures d'injonction de soin, dont la pertinence devient discutable à mesure que s'accumulent les entretiens dont le fondement est la remise d'un certificat, ne signifient pas nécessairement que le sujet soit réfractaire au soin. Il conviendrait dans ces situations de pouvoir évaluer l'opportunité d'un relèvement de la mesure, au profit d'un soin libre et éclairé, extrait du champ socio judiciaire qui vient faire entrave au

travail psychique. On rappelle le très faible nombre de relèvement de mesures sur le TGI de Lyon.

Nous pensons ainsi que l'injonction de soin devrait être un dispositif à part entière, indépendant du SSJ donc, dont il ne partage pas la culture, ni suffisamment d'objectifs. Une attention plus grande devrait être accordée aux PPSMJ dont le soin enjoint est constaté comme illusoire afin de permettre la création d'un espace de soin plus pérenne.

#### 4) De la nécessité de clarification de l'obligation de compte rendu du médecin coordonnateur

L'article L. 3711-1 du code de santé publique dispose que le médecin coordonnateur « *est chargé de transmettre au juge d'application des peines ou à l'agent de probation les éléments nécessaires au contrôle de l'injonction de soins* ».

Ainsi, M. Ludovic Fossey, Juge de l'application des peines au tribunal de grande instance de Créteil, indiquait au Rapporteur de la République que, dans le ressort de son tribunal, sur 35 mesures de suivi socio-judiciaire comportant une injonction de soins, on dénombrait à la fin du mois de mars 2009 huit dossiers, soit 20 % des suivis socio-judiciaires dans lesquels le médecin coordonnateur n'avait rendu aucun rapport dans le délai d'un an (37).

#### 5) La question de la « Triple Entente », ou comment articuler l'action judiciaire et sanitaire.

De nombreux auteurs (37) (38) (47) font référence à cette difficulté que représente l'injonction de soin. Faire s'entendre trois personnes, le juge, le soignant et le justiciable, qui ont trois missions distinctes, et surtout trois identités professionnelles différentes est l'un des grands défis de la loi du 17 juin 1998. La méthode voulue dans ce dispositif repose en effet sur la transversalité. Le but poursuivi serait alors une transparence maximale, au risque de se confronter aux singularités culturelles et aux interdits individuels. Chaque corps de métier

voulant préserver son indépendance et son espace de travail. Cette entente complexe étant l'illustration d'un défi majeur de l'injonction de soin. Articuler la peine et le soin.

Cette porosité des espaces est aujourd'hui rendue d'autant plus totale que les moyens de communication sont au service de l'immédiateté, et l'accueil paraît alors être dans le « tout voir, tout savoir ». Le dispositif de l'injonction de soin, dans la recherche de la minimisation du risque, tendrait alors à être non plus un outil de soin, mais un outil de contrôle du risque. Il n'y a bien sûr rien de surprenant à voir un dispositif entendant lutter contre les risques de récidive, prendre une allure sécuritaire. Toutefois il convient de rappeler que l'injonction de soin reste une modalité parmi d'autres du suivi socio judiciaire, et que son indépendance doit procéder du fait qu'elle est un dispositif sanitaire. Son appareillage judiciaire repose sur le suivi socio judiciaire.

Le secret médical est un exemple qui illustre bien cette problématique. Il n'est en effet dans la culture médicale pas de soin possible sans secret. Si l'on passe d'emblée sur les problématiques déontologiques que peut représenter la position de psychiatre traitant, nous attarderons sur le travail du Dr ARNAUD dans son rapport pour l'audition publique de 2018 relative à la prévention et à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles. Il y parle de « secret partagé, mais devant garantir la spécificité des registres professionnels de chacun des acteurs »(46), partage enjoint par les autorités judiciaires.

Le psychiatre traitant se retrouve en prise avec les intervenants clefs du dispositif, dans une position difficile à jauger de prime abord. Doit-il par souci de transparence, communiquer avec les autorités judiciaires et sociales au risque de faire entrave à l'espace de soin protégé qu'il doit instaurer ? On le rappelle, l'injonction de soin s'adresse dans les faits principalement à des auteurs de violences sexuelles. Ces mêmes personnes présentent intrinsèquement une grande difficulté à intérioriser leur vie pulsionnelle et affective, ce qui les amène au passage à l'acte, mais aussi à l'impossibilité de reconnaître ces actes ou de s'y reconnaître. Pris dans la logique judiciaire de maîtrise totale de son existence, la PPSMJ se retrouve en face de son propre fonctionnement psychique. Le cheminement judiciaire venant mettre en lumière des éléments psychiques et des souvenirs traumatiques que le sujet n'a pas mentalisés et qui vont « amplifier sa fuite dans le déni ou la dénégation, la dissociation ou le repli. Le sujet s'éclipse de la même

manière lors du passage à l'acte violent à expression sexuelle » (46). L'espace thérapeutique dans l'injonction de soin peut être initialement perçu comme une humiliation supplémentaire, une nouvelle manière d'essayer de confronter leur défense narcissique à un appareil judiciaire dont ils ne reconnaissent pas la légitimité. Naviguant dans ces eaux troubles, le psychiatre traitant doit alors mettre un point d'honneur à assurer à son interlocuteur que l'espace de parole et d'élaboration psychique que représente la consultation, est un espace sûr, dénué de tout jugement de valeur. Cet espace se doit d'être différencié, afin de permettre au thérapeute d'aider son patient à « se traduire » lui-même.

Le rôle du médecin coordonnateur est ici primordial puisqu'il vient interagir avec le psychiatre traitant et le magistrat dans un rôle qui tient plus à celui de l'expert que du soignant.

Il est toutefois bien entendu que ces difficultés ne sont pas l'apanage exclusif du soignant. Le surveillant pénitentiaire, autant que le magistrat ou le conseiller d'insertion doit lui aussi concilier cette « injonction de communication » avec ses pré requis et son identité professionnelle, qu'elle comporte ou non une part déontologique ou même légale.

Ce paradoxe semble naître de représentations, analyses et normes d'action qui diffèrent entre acteurs de justice et acteurs de santé (23) (48) (49) . Ce point précis avait d'ailleurs cristallisé les débats lors des travaux préliminaires à la rédaction de la loi du 17 juin 1998. En effet, les praticiens craignaient de voir le juge se muer en prescripteur de soins, alors qu'eux même devenaient auxiliaires de justice. Cette relation, fragile de nature, dont le lien se situe dans une incompréhension mutuelle et conflictuelle se trouvait par ailleurs en permanence menacée par les mutations des magistrats. En effet, les auteurs de violence sexuelle sont des sujets dont les modalités de relation inter personnelles sont distendues par un certain mépris ou une méconnaissance de l'intégrité de l'autre. L'établissement d'une relation authentique et personnalisée est un élément clef de leur prise en charge. Le fait d'ancrer cette relation sur la fonction de magistrat plutôt que sur la personne du Juge de l'application des peines implique de favoriser un dialogue entre la justice et le condamné dans lequel ce dernier aura du mal à s'inscrire.

L'expert, lui-même, habituellement en charge de trancher entre « folie et raison », doit dans le cadre de l'injonction de soin, se prononcer sur la peine du prévenu, le transformant en « auxiliaire de la punition », comme le dira Michel DUBEC (48).

L'injonction de soin s'appuie sur 3 acteurs jouant le rôle d'interface que sont l'expert, le médecin coordonnateur et les travailleurs sociaux pénitentiaires.

Ainsi, l'expertise pose l'indication de soins et vient de fait en créer les fondations. La rencontre avec le soignant se fait au travers de l'expertise psychiatrique, qui, on le rappelle, est communiquée au médecin coordonnateur, au Juge de l'Application des Peines et au condamné. Ce premier acte de traduction entre langage judiciaire et sanitaire permet au soignant d'amorcer un dialogue avec le condamné.

On l'a vu, le médecin coordonnateur, lui, on l'a vu longuement précédemment, de par la pluralité de ses missions, tient un rôle essentiel dans le dispositif de soins puisque, dans la continuité de l'expertise, il est en charge de la communication entre soignants et magistrats. Ainsi, le soignant est garant de l'espace de soin, de son intégrité et de son efficacité (49).

Enfin, les travailleurs sociaux pénitentiaires, en l'occurrence les conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation, sont en charge de l'articulation des liens entre le condamné et les différents acteurs qui l'entourent, avec comme mission principale, la prise en charge sociale et la réinsertion. En cela, ils sont un interlocuteur privilégié du Juge de l'application des peines et du médecin coordonnateur.

#### 6) De la nécessité d'un meilleur accompagnement pour la transition milieu ouvert vers milieu fermé

Nous constatons dans ELIS que les délais pour l'obtention d'un premier rendez-vous avec le médecin coordonnateur et le soignant peuvent dépasser le semestre. Trois facteurs sont particulièrement incriminants. La pénurie de professionnels, l'effet sidérant de la sortie de détention, et enfin, le caractère souvent « impromptu » de la sortie de détention, au gré d'une commission de réduction de peine. Les personnes sortant de détention ont bien souvent été

coupées de leur milieu d'origine. Ainsi, de retour au milieu ouvert, ce sont bien les dispositifs judiciaires, de soin et d'intervention sociale qui feront office d'ossature, de repères pour la personne placée sous main de justice. C'est là tout le rôle du suivi socio judiciaire et de l'injonction de soin.

Au même titre que l'entrée en détention, ce temps de transition est potentiellement un temps d'ouvertures de porte sur le fonctionnement psychique du sujet. Cette explosion de la contenance au moment de la sortie des murs de la prison amène non seulement le patient dans un moment de détresse psychique où le professionnel de santé, mais aussi le travailleur social doit s'atteler à le protéger. Mais ce temps de crise psychique est aussi dans le sens premier de la crise, un temps de changement, fertile, où il convient de ne pas laisser le patient à lui-même, tenté de se défendre de cette agression, sans en avoir les outils, et ce d'autant plus que la sortie n'aura pas été préparée (50,51).

Nous suggérons donc d'œuvrer précocement au relai entre milieu ouvert et milieu fermé via des rencontres systématiques à l'approche de la sortie de détention. Il paraît à cet effet capital que les professionnels en charge de ces PPSMJ soient avertis plusieurs semaines en avance par l'administration pénitentiaire de l'opportunité d'une sortie avancée.

#### 7) De la question du secret médical au sein du dispositif d'injonction de soin

Il est indéniable que le secret médical est partie intégrante de la culture du soin. On pourrait même avancer qu'il n'existe de soin sans confidentialité. Comme évoqué plus haut, ce constat est d'autant plus vrai pour les AVS qu'il concerne des sujets dont le fonctionnement psychique les amène à projeter leur vécu inconscient sur autrui, que ce soit la victime comme les intervenants du dispositif de sureté. Ainsi, le sujet prenant place devant le bureau du soignant craindra d'emblée que ce qu'il pourra dire sera potentiellement utilisé contre lui, à minima transmis à autrui sans raison. Pourtant, il est incontestable que la fluidité des échanges au sein du dispositif à trois têtes qu'est l'injonction de soin, est l'un des garants les plus forts de son efficience. Se pose alors la question de « jusqu'où aller dans le secret autant que dans l'échange ». Le secret professionnel n'est d'ailleurs pas l'apanage des soignants, et est une

**Commenté [MS6]:** Ajouter data sur risque suicidaire augmenté

notion protéiforme selon que l'on se place dans une culture professionnelle ou une autre. Comment concilier ces différences culturelles dans un échange fluide et marqué du sceau de la confiance mutuelle ? André CIAVALDINI suggérait lors de l'audition publique de 2018 (45) que ces échanges reposent sur plusieurs principes immuables :

- Le secret professionnel partagé
- L'accord et l'information loyale du probationnaire
- Que ces échanges ne concernent que directement la situation traitée, et que les informations échangées soient directement traitables par tous les interlocuteurs

Un tel idéal est d'autant plus complexe à mettre en place que les acteurs changent, sous l'effet des mutations et du turn-over. Il pourrait toutefois être d'autant plus favorisé que seraient mis en place des espaces d'échange formalisés entre les différents acteurs du dispositif, en gardant comme idée princeps que la PPSMJ se situe au centre du dispositif, et doit disposer d'une information claire et loyale.

#### 8) Du manque de coordination entre les acteurs de l'injonction de soin

L'étude précédemment citée du Dr AUGER comprenait aussi un temps d'interview de 5 médecins coordonnateurs en Indre et Loire, dont 2 qui prenaient en charge plus de 15 dossiers d'AVS (18) :

- 2 seulement transmettent un rapport annuel au JAP
- Tous ont été en contact avec le JAP
- 3 rencontraient les patients
- 2 vérifiaient l'existence d'un suivi régulier

Cette étude met en avant les difficultés majeures de mise en place de la mesure pour le médecin coordonnateur qui doit pourtant rencontrer le condamné au moins deux fois par ans.

Globalement, les critiques négatives des médecins coordonnateurs s'adressent à la complexité du dispositif et la pertinence de soins pénalement ordonnés, ainsi qu'au manque de communication entre les différents acteurs. Les critiques positives concernent la clarté du rôle

de chaque intervenant et la possibilité d'une collaboration, point discuté précédemment. On évoquera pour ce point la notion d'interconenance d'André CIAVALDINI (45), qui fait référence au fait que les trois principaux champs d'action (social, judiciaire et sanitaire), soient emboîtés, assurant par leur continuité la pleine efficacité de la peine. Ainsi, le soin assure à la peine son efficacité quand la peine assure au soin son bon déroulement. On parlerait alors d'interdépendance tant chacun des acteurs assure la pérennité du travail de l'autre dans les fondements théoriques du dispositif de l'injonction de soin. Toutefois, cette interconenance doit se confronter à deux écueils. Le manque de dialogue et les différences culturelles des acteurs.

Ce sous chapitre s'intéresse particulièrement au premier écueil. On s'étonne en effet de l'absence de temps de travail pluri disciplinaires autour des cas les plus complexes à l'instar des réunions de concertation pluri disciplinaires en médecine somatique. A notre sens, l'établissement de telles commissions ne sauraient qu'être bénéfiques à la PPSMJ. En effet, elles replaceraient le dialogue et l'interconenance au centre du dispositif. Cette suggestion fait bien sur écho à la question du secret que nous avons traitée précédemment.

## X- CONCLUSION

Ce travail, effectué dans le cadre des 20 ans de la loi du 17 juin 1998 présente donc les caractéristiques épidémiologiques des sujets sous injonction de soin dans le Rhône et plus spécifiquement celles des patients présentant des antécédents psychiatriques et liés aux stupéfiants.

Le dispositif d'injonction de soin apparaît donc comme unique en son genre du fait qu'il soit intimement lié au suivi socio judiciaire et à son caractère de peine. Seul dispositif européen de soins ambulatoires pénalement obligés, son identité repose sur le fait qu'il fasse partie intégrante d'une prise en charge pluri disciplinaire médico socio judiciaire, notamment grâce à la mission du médecin coordonnateur. De par son architecture, l'injonction de soin tend à protéger l'intégrité de la consultation et donc l'intégrité des soins. Sa légitimité repose sur l'expertise psychiatrique, ce qui remet théoriquement la problématique du trouble mental au centre de la mesure.

Nous avons donc pu constater que ce dispositif, malgré sa lourdeur et les doutes soulevés à sa mise en place, est efficace en termes d'observance. Avec un faible taux d'incidents et de condamnations au cours de la mesure, l'injonction de soin permet à la personne placée sous main de justice d'accéder à un soin dont elle ignore souvent l'existence, et dont elle peut contester la légitimité. Toutefois, le frein à cette efficacité semble être ici un déficit de communication au sein du dispositif, communication qui sera à améliorer à l'avenir dans un souci d'efficacité de la mesure.

Le traitement des données de l'étude ELIS a permis de montrer que la population présentant des antécédents psychiatriques est globalement comparable à la population ne présentant pas de tels antécédents que ce soit sur la nature de l'infraction, les caractéristiques de la victime et les antécédents judiciaires. La réponse pénale tenait compte dans notre étude de ces antécédents comme un facteur atténuant la peine mais pas comme un facteur modifiant la durée de l'injonction de soin. Dans la continuité de ces résultats, on observe toujours une quasi exclusivité des injonctions de soin qui sont prononcées pour les infractions prévues en 1998, témoignant du fait que là où le soin a été intégré comme une composante essentielle de la prise

**Commenté [MS7]:** Choisir la police identique pour tout le document et faire un tour de correction d'orthographe

en charge des auteurs de violence sexuelle avec 20 ans d'ancienneté, des infractions comme la destruction incendiaire ou les violences conjugales ne sont à ce jour pas associées au soin. Il serait intéressant de regarder ce que propose l'expert au sujet de l'injonction de soin pour des infractions prévues par des législations plus récentes. Nous pourrions ainsi déterminer si l'absence d'injonction de soin relève plus du point de vue du magistrat ou de l'expert psychiatre. L'injonction de soin, si elle apparaît efficace en termes d'alliance thérapeutique, gagnerait à notre sens à être plus spécifique et moins de l'ordre du « bouclier social ».

La forte augmentation du risque de récidive lorsque le sujet avait des antécédents psychiatriques doit d'ailleurs susciter une vigilance accrue des acteurs du dispositif. Dans un domaine souvent méconnu de la psychiatrie, où les inquiétudes face à la PEC d'un AVS sous IS ne sont pas rares, il est intéressant d'adresser au soignant le message selon lequel les populations sont finalement comparables avec la population générale en termes d'adhésion au soin et d'incidents pendant le soin. La priorité étant probablement dans un premier temps de générer l'alliance et la prise de conscience de la problématique, ce que les soignants connaissent. Toutefois, dans un souci de diminution de la récidive, il convient d'attirer le regard tout particulièrement sur la situation professionnelle, en gardant à l'esprit que les sujets présentant un passé psychiatrique étaient particulièrement à même de perdre leur emploi. Ce constat doit s'adresser non seulement aux soignants mais aussi aux acteurs sociaux de l'IS qui devront prendre à cœur de favoriser l'insertion professionnelle chez ces personnes.

La population présentant des antécédents judiciaires liés aux stupéfiants était une population différente de la population psychiatrique, principalement du fait qu'il s'agit de sujets ayant un mode de vie socio professionnel plus précaire, et un profil d'antécédents judiciaires et infractionnel évoquant davantage un fonctionnement antisocial et un passage à l'acte impulsif ou opportuniste. Ainsi, cette population était marquée par des passages à l'acte plus violents, sur des victimes plus âgées. Par ailleurs, on retrouvait un plus fort taux de récidive et de réitération, constat laissant penser là encore que ces sujets s'inscrivent dans une délinquance générale et donc aspécifique.

Le traitement pénal de l'infraction dans cette population ne différait pas, ce qui nous a paru surprenant. En effet, alors que le fait qu'il s'agisse d'une population moins malade semble retenu, nous constatons que ce haut risque de récidive n'était traité ni sur le plan de la peine

ferme ni sur celui de l'injonction de soin. Il conviendrait à notre sens que ces résultats soient conjecturés afin que ces antécédents soient traités de manière spécifique dans le prononcé de la peine.

La population étudiée était particulièrement vulnérable du fait des antécédents psychiatriques, mais également en tenant compte de leur situation socio professionnelle. Cette vulnérabilité doit faire l'objet d'une vigilance accrue. En conséquence, cette population doit aussi faire l'objet d'une réflexion spécifique devant un fort taux de récurrence et l'opportunité du soin, notamment face à des soignants qui sont souvent formés à la prise en charge de la question addictologique.

L'étude menée sur le département du Rhône a mis en exergue le caractère standardisé et rigide de l'emploi de la mesure d'injonction de soin, laquelle théoriquement est un outil adaptable. Les durées d'injonction de soin prononcées, le faible nombre de relèvement de mesure et le fait que les antécédents psychiatriques et liés aux stupéfiants n'aient pas d'impact réel sur la durée ou le format des soins sont autant d'arguments pour affirmer que l'emploi de l'injonction de soin tient davantage d'un « bouclier social » que d'une mesure individualisée. L'essence même du soin étant l'alliance thérapeutique individuelle, il nous semble primordial qu'un travail puisse être effectué dans ce sens afin de favoriser l'adhésion pérenne aux soins. Ce constat est d'autant plus vrai que la population traitée est une population déjà en souffrance comme en atteste la sur représentation du handicap et des antécédents psychiatriques. Le soin est donc employé là où il y a un trouble psychique, ce qui permet d'affirmer qu'il est utilisé à bon escient.

Cette étude met donc en lumière le fait que l'injonction de soin est une mesure qui cible une population concernée par les soins. Toutefois, et notamment du fait qu'il s'agisse d'une mesure sur laquelle le recul reste encore faible, son usage stéréotypé semble se faire au détriment d'une certaine efficacité. Dans cette optique, il conviendrait à notre sens qu'une telle étude puisse être reproduite sur le moyen terme afin d'évaluer les déterminants qui conduiraient des sujets ayant été sous injonction de soin à récidiver, ou à s'inscrire durablement dans le soin consenti.

## XI- BIBLIOGRAPHIE

1. MANZARENA C. Quelle est la définition des violences sexuelles, par la loi, par les professionnels du soin, par la population ? Paris: Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge; 2018 juin p. 20.
2. JONAS C. Les soins pénalement ordonnés. EMC Psychiatr. 2015;12(4):1-8.
3. EGLIN M. Quand la justice impose des soins. Enfances Psy. 2006;30(1):121-33.
4. DUBRET G. L'injonction thérapeutique de la loi du 17 juin 1998: une tentative pour articuler la peine et le soin. /data/revues/00034487/01640010/06002733/. 22 déc 2006;
5. LEBRUN M. Témoignage à propos des soins pénalement ordonnés. Lett Psychiatr. 2010;6(3):84-8.
6. LE BODIC C, MICHELOT M, ROBIN D. Les soins pénalement ordonnés. Cadre légal et revue de la littérature. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 2015;173(2):197-202.
7. GAUTRON V. Les mesures de sûreté et la question de la dangerosité : la place des soins pénalement ordonnés. Criminocorpus Rev Hist Justice Crimes Peines. 2016;
8. Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses. 70-1320 déc 31, 1970.
9. Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance - Article 49.
10. 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.
11. CIAVALDINI A. Violences sexuelles. Le soin sous contrôle judiciaire. In Press. Paris; 2003. 250 p. (Explorations Psychanalytiques).

12. Loi n° 89-487 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance.
13. BALIER C, CIAVALDINI A. Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels. Varcès: S.M.P.R; 1996 p. 288.
14. JOLIBOIS C. Projet de Loi, adopté avec modifications par l'assemblée nationale , en deuxième lecture, relatif à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs. Sénat: Commission des lois constitutionnelles; 1996. Report No.: 265.
15. COCHEZ F. Quelle est la place des différents champs (sanitaire, social, judiciaire) ? Paris: Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge; 2018 juin p. 37.
16. CANO J-P. Quels sont les rôles des différents acteurs, leur(s) mission(s) et leur articulation ? Quelle est leur formation ? Quelles informations sont à leur disposition ? Paris: Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge; 2018 juin p. 35.
17. BARON-LAFORET S. Guide des nouvelles obligations de soin. Inf Psychiatr. 2009;me 85(8):753-7.
18. AUGER G, HAGE WE, 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). 13 juill 2010;
19. GUITZ I. Quels sont les critères pertinents pour proposer une injonction de soin? Du point de vue du juge, y a-t-il des critères pour proposer la levée de la mesure ? Paris: Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge; 2018 juin p. 16.
20. LAMOTHE P. Quels sont les critères pertinents pour proposer une injonction de soin? Du point de vue de l'expert, y a-t-il des critères pour proposer la levée de la mesure ? Paris:

- Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge; 2018 juin p. 11.
21. MEUNIER F. Quelle évaluation et sur quels critères peut-on demander à l'expert judiciaire psychiatre ou psychologue en fonction du parcours ? Paris: Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge; 2018 juin p. 25.
  22. ROSSINELLI G, DOSQUET P, GROHENS M, PAINDAVOINE C, PASCAL J-C, RICHARD N, et al. Audition publique concernant l'expertise psychiatrique pénale. Paris: Ministère de la santé; 2008 p. 16.
  23. BARON-LAFORET S, CIAVALDINI A, SENON J-L, DELPLA PA. Guide de l'injonction de soins. Ministère de la santé. 2017. 67 p.
  24. JOSEPH-JEANNENEY B, BEAU P. Rapport sur l'évaluation du dispositif d'injonction de soins. Inspection Générale des Services Judiciaires; 2011 p. 143.
  25. Ministère de la justice. Annuaire statistique de la justice: édition 2011-2012. Paris: La Documentation française; 2012.
  26. KAZANCHI C. Quelle est l'évolution de la législation, des dispositifs de prise en charge depuis 1998 ? Paris: Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge; 2018 juin p. 16.
  27. Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales.
  28. BLANC E. Rapport sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes majeures placées sous main de justice. Assemblée Nationale; 2009 p. 248.
  29. CARRASCO V. Le suivi socio-judiciaire : bilan de l'application de la loi du 17 juin 1998. Bull Inf Stat. 2004;(94):4.

30. ORSAT M, AUFFRET E, BRUNETIERE C, DECAMPS-MINI D, CANET J, OLIE J-P, et al. Les soins pénalement ordonnés : analyse d'une pratique complexe à travers une revue de la littérature. *L'Encéphale*. 2015;41(5):420-8.
31. LANGLADE A. Rapport sur le dispositif d'injonction de soins. Paris: Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge; 2018 juin p. 46.
32. GUAY J-P, BENBOURRICHE M, PARENT G. L'évaluation structurée du risque de récidive des personnes placées sous main de justice : méthodes et enjeux. *Prév Récidive En Fr Principes Une Éval Une Interv Effic*. 1 sept 2015;21(3):235-57.
33. LEMONNIER F. Quelles interventions ont le plus d'impact sur la prévention du risque de violences sexuelles ? Quels sont les fondements théoriques, les axes, les outils, les limites ? Paris: Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge; 2018 juin p. 38.
34. ARENA G. Y a-t-il des spécificités de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles selon les situations (violences sexuelles sans contact, âges de la vie, handicap, milieu de vie) ? Paris: Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge; 2018 juin p. 34.
35. GENUIT P. Y a-t-il des spécificités de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles selon les situations (violences sexuelles sans contact, âges de la vie, handicap, milieu de vie) ? Paris: Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge; 2018 juin p. 18.
36. PHAM T. Quels critères d'évaluation proposer pour mesurer l'efficience de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles ? Paris: Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge; 2018 juin p. 11.
37. FOSSEY L. De quelques considérations sur la mise en œuvre de la peine de suivi socio-judiciaire et de l'injonction de soins. *Rev Actual Judic Pénale*. 2007;4.

38. LAMANDA V. Amoinrir les risques de récidive criminelle des condamnés dangereux. Paris: Présidence de la République; 2008 p. 70.
39. Arrêté du 24 janvier 2008 pris pour l'application des articles R. 3711-8 et R. 3711-11 du code de la santé publique relatif aux médecins coordonnateurs.
40. ODIER B. On m'a dit de venir. *Inf Psychiatr.* 2007;83(1):9-12.
41. GALTIER F. Quelle mise en œuvre des actions de prévention et de promotion de la santé en matière de violences sexuelles ? Paris: Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge; 2018 juin p. 17.
42. GRAVIER B. Quels critères d'évaluation clinique sont pertinents dans le parcours. Paris: Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge; 2018 juin p. 30.
43. HANSON RK, HARRIS AJR, LETOURNEAU E, HELMUS LM, THORNTON D. Reductions in risk based on time offense-free in the community: Once a sexual offender, not always a sexual offender. *Psychol Public Policy Law.* févr 2018;24(1):48-63.
44. MARSHALL WL, MARSHALL LE. Chapitre 8 - Le traitement des agresseurs sexuels adultes. In: *Traité de l'agression sexuelle* [Internet]. Mardaga; 2017 [cité 8 sept 2018]. p. 163-78. Disponible sur: <https://www.cairn.info/traite-de-l-agression-sexuelle--9782804703486-p-163.htm>
45. CIAVALDINI A. Quelle est la place des différents champs (sanitaire, social, judiciaire) ? Quels sont leurs rôles, leurs modalités, leurs objectifs et jusqu'où aller ? Paris: Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge; 2018 juin p. 42.
46. ARNAUD F. Existe-t-il des éléments d'évaluation partageables entre les différents acteurs ? Si oui, lesquels, et comment peut-on les partager ? Paris: Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge.; 2018 juin p. 16.

47. IRAGNES F. L'interaction entre juge et médecins dans l'injonction de soins. *Soins Psychiatr.* 2017;5180(309):1-46.
48. Association Française de Criminologie. Les soins obligés ou l'utopie de la triple entente. Dalloz; 2002. (Thèmes et commentaires).
49. BARON-LAFORET S. Dans le cadre de l'injonction de soins ou de l'obligation de soins comment articuler l'expertise psychiatrique de la personne sous main de justice, les soins apportés et le rôle de l'instance judiciaire ? 2007. 207 p.
50. Direction de l'administration pénitentiaire. Le suicide en prison: mesure, dispositif de prévention, évaluation. In Paris: Ecole Nationale de la Magistrature; 2010.
51. BARON-LAFORET S. Repérage du suicide en prison et éléments contextuels. In Paris: Fédération Française de Psychiatrie; 2000.

**Commenté [MS8]:** C'est pas énorme comme nombre de papiers : il faudrait ajouter tous ceux de l'audition publique (ça doit être possible de les glisser de manière perlée dans le texte ?

## ANNEXES

### 1- Questionnaire ELIS

	N° de variable	Intitulé	Modalités	Instructions et clarifications
INFORMATIONS SUR LA SAISIE	1	Numéro de compte	Variable numérique ouverte	Le numéro de compte ne sera renseigné que par les responsables de la collecte lors de la réunification de l'ensemble des données ( <b>NE PAS RENSEIGNER PAR LE COLLECTEUR</b> )
	2	Numéro de la saisie	Variable numérique ouverte	Le numéro de la saisie est à renseigner par le collecteur. Chaque ligne doit correspondre à un dossier et doit donc avoir un numéro de saisie différent. Le numéro de saisie doit se suivre (ligne 2 = numéro de saisie 1 ; ligne 3 = numéro de saisie 2 ; etc.)
	3	Date de la saisie	Variable ouverte sous format date : 16/12/2016	La date de la saisie est importante car nous permettra notamment de calculer plusieurs périodes de temps comme le temps passé sous injonction de soins ou encore l'âge de la personne sous main de justice
	4	Nom de la personne qui effectue la collecte	Variable nominale ouverte	Cette variable permettra d'identifier les collecteurs afin qu'ils puissent nous renseigner en cas d'oubli ou de renseignements incohérents
	5	Département du SPIP dans lequel s'est effectuée la collecte	Variable numérique ouverte	Indiquez le département dans lequel s'est effectuée la collecte (a priori, le département de saisie ne doit pas changer lors de votre collecte)
CARACTÉRISTIQUES DE LA PERSONNE PLACÉE SOUS MAIN DE JUSTICE	6	Sexe de la personne placée sous main de justice	Variable nominale fermée : · Homme · femme · Non renseigné	Indiquez le genre de la personne placée sous main de justice
	7	Année de naissance de la personne placée sous main de justice	Variable numérique ouverte  9999 = non renseigné	Indiquez <u>uniquement</u> l'année de naissance de la personne placée sous main de justice
	8	Nationalité de la personne placée sous main de justice	Variable nominale ouverte  9999= Non renseigné	Indiquez la nationalité de la personne placée sous main de justice
	9	Commune de résidence actuelle de la personne placée sous main de justice	Variable nominale ouverte  9999= Non renseigné	Indiquez la commune de résidence <b>actuelle</b> (au moment de la saisie) de la personne placée sous main de justice
	10	département de résidence actuel de la personne placée sous main de justice	Variable numérique ouverte  9999= Non renseigné	Indiquez le département de résidence <b>actuel</b> de la personne placée sous main de justice
	11	Type de logement actuel	Variable nominale fermée : · Logement individuel	Indiquez le type de logement actuel dans lequel réside la personne placée sous main de justice.

		<ul style="list-style-type: none"> <li>· Foyer</li> <li>· Hôtel</li> <li>· semi-liberté</li> <li>· Hébergé par la famille</li> <li>· Sans-domicile</li> <li>· Non-renseigné</li> <li>· Autre, précisez</li> </ul>	Si vous indiquez « autre, précisez », il faut absolument remplir la colonne qui suit avec du texte
12	Précision du type de logement actuel	Variable nominale ouverte	Variable à renseigner que SI la modalité « autre, précisez » de la variable précédente « TYPLOGACT » a été choisie
13	État civil de la personne placée sous main de justice au moment des faits	Variable nominale fermée : <ul style="list-style-type: none"> <li>· Célibataire</li> <li>· En couple</li> <li>· Marié</li> <li>· Veuf</li> <li>· Non-renseigné</li> <li>· Autre, précisez</li> </ul>	Indiquez l'état civil de la personne placée sous main de justice <b>au moment de la commission des faits</b> . En couple = conjoint, pacs, en couple non cohabitant Si vous indiquez « autre, précisez », il faut absolument remplir la colonne qui suit.
14	Précision du type d'état civil de la personne placée sous main de justice au moment des faits	Variable nominale ouverte	Variable à renseigner que SI la modalité « autre, précisez » de la variable précédente « ETCIV_FAIT » a été choisie
15	État civil actuel de la personne placée sous main de justice	Variable nominale fermée : <ul style="list-style-type: none"> <li>· Célibataire</li> <li>· En couple</li> <li>· Marié</li> <li>· Veuf</li> <li>· Non-renseigné</li> <li>· Autre, précisez</li> </ul>	Indiquez l'état civil <b>actuel</b> de la personne placée sous main de justice. Il s'agit de l'état civil de la personne au moment de la saisie. En couple = conjoint, pacs, en couple non cohabitant Si vous indiquez « autre, précisez », il faut absolument remplir la colonne qui suit.
16	Précision du type d'état civil actuel de la personne placée sous main de justice	Variable nominale ouverte	Variable à renseigner que SI la modalité « autre, précisez » de la variable précédente « ETCIV_ACT » a été choisie
17	Même conjoint ?	Variable nominale fermée : <ul style="list-style-type: none"> <li>· Oui</li> <li>· Non</li> <li>· Non-renseigné</li> <li>· Sans objet</li> </ul>	Si la personne placée sous main de justice est en couple actuellement, est-ce le même conjoint qu'au moment de la révélation des faits?  Si la personne n'était pas en couple au moment des faits (variable 13) ou si elle n'est pas en couple actuellement (variable 15) alors il faut renseigner « sans objet ».

18	Enfants au domicile au moment de la révélation des faits	Variable nominale fermée : · Oui · Non · Par intermittence · Non-renseigné	La PPSMJ vivaient-ils avec ses enfants au domicile <b>au moment de la révélation des faits ? Ici c'est le lien de filiation qui nous importe.</b>  <b>Indiquez « oui » même si les enfants ne sont pas mineurs</b>
19	Enfants mineurs au domicile au moment de la révélation des faits	Variable nominale fermée : · Oui · Non · Non-renseigné	Indiquez si des mineurs vivaient au domicile de la PPSMJ au moment des faits (même si les mineurs en questions ne sont pas ses enfants).
20	Enfants au domicile actuellement	Variable nominale fermée : · Oui · Non · Par intermittence · Non-renseigné	Ses enfants vivent-ils actuellement au domicile de la personne placée sous main de justice <b>au moment de la révélation des faits ? (Lien de filiation)</b>  Indiquez « oui » même si les enfants ne sont pas mineurs
21	Enfants mineurs au domicile actuellement	Variable nominale fermée : · Oui · Non · Non-renseigné	Indiquez si des mineurs vivent au domicile de la PPSMJ au moment de la saisie (même si les mineurs en questions ne sont pas ses enfants).
22	Situation professionnelle effective au moment de la révélation des faits	Variable nominale fermée : · Agriculteur · artisan · cadre · médecin · vendeur · élève/étudiant · ouvrier · salarié · retraité · en formation · bénévole · sans emploi · non-renseigné · Autre, précisez	Indiquez la situation professionnelle de la personne placée sous main de justice <b>au moment de la révélation des faits.</b>  Si vous indiquez « autre, précisez », il faut absolument remplir la colonne qui suit.
23	Précision sur la situation professionnelle de la personne placée sous main de justice au moment	Variable nominale ouverte	Variable à renseigner que SI la modalité « autre, précisez » de la variable précédente « SITUPRO_FAIT » a été sélectionnée

	de la révélation des faits		
24	Situation professionnelle effective actuellement	Variable nominale fermée : · Agriculteur · artisan · cadre · médecin · vendeur · élève/étudiant · ouvrier · salarié · retraité · en formation · bénévole · sans emploi · non-renseigné · Autre, précisez	Indiquez la situation professionnelle de la personne placée sous main de justice <b>actuellement</b> .  Si vous indiquez « autre, précisez », il faut absolument remplir la colonne qui suit.
25	Précision sur la situation professionnelle de la personne placée sous main de justice actuellement	Variable nominale ouverte	Variable à renseigner que SI la modalité « autre, précisez » de la variable précédente « SITUPRO_FAIT » a été sélectionnée
26	Type de revenu perçu par la personne placée sous main de justice actuellement	Variable nominale fermée : · Revenu d'activité · Allocation retraite · Allocation chômage · Allocation Adulte Handicapé · Pension invalidité · Autre, précisez · Non renseigné	En cas de cumul de plusieurs activités, il faut indiquer la <b>source principale de revenu actuelle</b> de la PPSMJ  Si vous indiquez « autre, précisez », il faut absolument remplir la colonne qui suit.
27	Précision sur le type de revenu perçu par la personne placée sous main de justice actuellement	Variable nominale ouverte	Variable à renseigner que SI la modalité « autre, précisez » de la variable précédente « TYPREV » a été sélectionnée
28	Antécédents de suivis	Variable nominale fermée :	Indiquez si la PPSMJ a eu des antécédents de <b>suivis psychiatriques</b> avant la révélation des faits. Si plusieurs choix possible, indiquez au plus fort.

	psychiatriques au moment de la révélation des faits	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Suivi psychiatrique</li> <li>· Hospitalisation psychiatrique</li> <li>· Aucun antécédent</li> <li>· Non-renseigné</li> </ul>	
29	Nombre d'antécédents judiciaires	Variable numérique ouverte 0 = aucun antécédent judiciaire 9999= non renseigné	Indiquez le nombre d'antécédents judiciaires (condamnation) avant la condamnation à l'injonction de soins. Il s'agit du nombre de condamnation, ne pas se fier aux déclarations de la PPSMJ.
30	Nombre d'antécédents concernant une infraction à caractère sexuel	Variable numérique ouverte 0 = aucun antécédent concernant une infraction à caractère sexuel 9999= non renseigné	Indiquez le nombre d'antécédents (condamnation) concernant une infraction à caractère sexuel avant la condamnation à l'injonction de soins.  Le nombre indiqué ne peut être supérieur à celui de la variable sur le nombre d'antécédents judiciaires
31	Nombre d'antécédents concernant une infraction contre les personnes	Variable numérique ouverte 0 = aucun antécédent concernant une infraction contre les personnes 9999= non renseigné	Indiquez le nombre d'antécédents (condamnation) concernant une infraction contre les personnes avant la condamnation à l'injonction de soins.  Le nombre indiqué ne peut être supérieur à celui de la variable sur le nombre d'antécédents judiciaires « NBANTE_JUD »
32	Nombre d'antécédents concernant une infraction contre les biens	Variable numérique ouverte 0 = aucun antécédent concernant une infraction contre les biens 9999= non renseigné	Indiquez le nombre d'antécédents (condamnation) concernant une infraction contre les biens avant la condamnation à l'injonction de soins.  Le nombre indiqué ne peut être supérieur à celui de la variable sur le nombre d'antécédents judiciaires « NBANTE_JUD »
33	Nombre d'antécédents concernant une infraction en lien avec les stupéfiants	Variable numérique ouverte 0 = aucun antécédent concernant une infraction en lien avec les stupéfiants 9999= non renseigné	Indiquez le nombre d'antécédents (condamnation) concernant une infraction en lien avec les stupéfiants (consommation ou trafic) avant la condamnation à l'injonction de soins.  Le nombre indiqué ne peut être supérieur à celui de la variable sur le nombre d'antécédents judiciaires « NBANTE_JUD »
34	Incarcération avant la condamnation à l'injonction de soins	Variable nominale fermée : <ul style="list-style-type: none"> <li>· Oui</li> <li>· Non</li> <li>· Non-renseigné</li> </ul>	La PPSMJ a-t-elle déjà été incarcérée dans le cadre d'une ou d'autres affaires que celle(s) pour laquelle il a eu une condamnation pour IS

CARACTÉRISTIQUES DE L'INFRACTION À L'ORIGINE DE L'INJONCTION DE SOIN (IS)	35	Durée d'incarcération	Variable ouverte :	<p>SI la PPSMJ a été incarcérée avant sa condamnation à l'injonction de soins, quelle fut la durée de cette incarcération.</p> <p>Ne pas oublier d'indiquer la période : si la PPSMJ a déjà été incarcérée 6 mois, ne pas oublier d'indiquer la période (MOIS).</p> <p>Indiquez « sans objet » si la PPSMJ n'a jamais été préalablement incarcérée, si « non » à la variable précédente.</p> <p>Attention, il s'agit bien de l'incarcération, pas de la peine</p>
	36	condamnée préalablement à une injonction de soins	Variable nominale fermée : <ul style="list-style-type: none"> <li>· Oui</li> <li>· Non</li> <li>· Non-renseigné</li> </ul>	La PPSMJ a-t-elle déjà été condamnée à une injonction de soins avant cette condamnation pour injonction de soins.
	37	Type d'infraction à l'origine de l'IS (1)	Variable nominale fermée : <ul style="list-style-type: none"> <li>· Infraction à caractère sexuel</li> <li>· Violences aux personnes</li> <li>· Atteintes aux biens</li> <li>· Autre</li> <li>· Non-renseigné</li> </ul>	<p>Ne doivent être renseignés que les types d'infractions ayant entraîné la condamnation à une injonction de soins.</p> <p>S'entend comme infraction à caractère sexuel :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Viol</li> <li>· Agression sexuelle</li> <li>· Exhibition sexuelle</li> <li>· Corruption d'un mineur</li> <li>· Fabrication, transport, diffusion d'images pornographiques de mineurs ou de messages à caractère violent ou pornographique portant atteinte à la dignité humaine, susceptible d'être vus ou perçus par un mineur, ainsi que d'atteinte sexuelle</li> <li>· 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</li> <li>· atteinte sexuelle</li> </ul> <p>S'entend comme violences aux personnes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Meurtre ou assassinat d'un mineur, précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie</li> <li>· Meurtre</li> <li>· Assassinat,</li> <li>· Meurtre aggravé</li> <li>· Empoisonnement</li> <li>· Crimes d'enlèvement et de séquestration</li> <li>· Tortures ou actes de barbarie</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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</li> <li>- 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</li> </ul> <p>S'entend comme atteintes aux biens :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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</li> <li>- Diffuser par tout moyen des procédés permettant la fabrication d'engins de destruction</li> </ul> <p>Ne renseigner que les trois principales infractions ayant entraîné l'IS</p>
38	Précision d'une infraction à l'origine de l'injonction de soins (1)	Variable nominale ouverte 9999 = Non renseigné	<p>Choisir parmi la liste d'infractions pour lesquelles l'injonction de soins est encourue :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Viol</li> <li>- Agression sexuelle</li> <li>- Exhibition sexuelle</li> <li>- Corruption d'un mineur</li> <li>- Fabrication, transport, diffusion d'images pornographiques de mineurs ou de messages à caractère violent ou pornographique portant atteinte à la dignité humaine, susceptible d'être vus ou perçus par un mineur, ainsi que d'atteinte sexuelle</li> <li>- 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</li> <li>- atteinte sexuelle</li> <li>- Meurtre ou assassinat d'un mineur, précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie</li> <li>- Meurtre</li> <li>- Assassinat,</li> <li>- Meurtre aggravé</li> <li>- Empoisonnement</li> <li>- Crimes d'enlèvement et de séquestration</li> <li>- Tortures ou actes de barbarie</li> <li>- 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</li> <li>- 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</li> <li>- 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</li> <li>- Diffuser par tout moyen des procédés permettant la fabrication d'engins de destruction</li> </ul>

39	Date ou période(s) de commission de la première infraction à l'origine de l'injonction de soins	Variable nominale ouverte 9999 = Non renseigné	S'il s'agit d'une infraction instantanée (laps de temps très court et ininterrompu, type un seul viol) <b>il faut noter la date de commission</b> ;  s'il s'agit d'une infraction continue (l'exécution s'étend sur une certaine durée : comme une succession d'agressions sexuelles durant plusieurs mois ou années) <b>il faut noter la période de commission</b>
40	Département de commission (IS 1)	Variable numérique ouverte 9999= Non renseigné	Indiquez le département de commission. En cas d'infraction continue s'étant déroulée dans plusieurs départements, noter le dernier département dans lequel a eu lieu l'infraction
41	Type d'infraction à l'origine de l'IS (2)	Variable nominale fermée : · Infraction à caractère sexuel · Violences aux personnes · Atteintes aux biens · Autre · Non-renseigné	Ne doivent être renseignés que les types d'infractions ayant entraîné la condamnation à une injonction de soins.  S'entend comme infraction à caractère sexuel : · Viol · Agression sexuelle · Exhibition sexuelle · Corruption d'un mineur · Fabrication, transport, diffusion d'images pornographiques de mineurs ou de messages à caractère violent ou pornographique portant atteinte à la dignité humaine, susceptible d'être vus ou perçus par un mineur, ainsi que d'atteinte sexuelle · 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 · atteinte sexuelle  S'entend comme violences aux personnes : · Meurtre ou assassinat d'un mineur, précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie · Meurtre · Assassinat, · Meurtre aggravé · Empoisonnement · Crimes d'enlèvement et de séquestration · Tortures ou actes de barbarie · 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  S'entend comme atteintes aux biens : · 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

			· Diffuser par tout moyen des procédés permettant la fabrication d'engins de destruction
42	Précision sur la deuxième infraction à l'origine de l'injonction de soins (2)	Variable nominale ouverte 9999 = Non renseigné	Choisir parmi la liste d'infractions pour lesquelles l'injonction de soins est encourue : · Viol · Agression sexuelle · Exhibition sexuelle · Corruption d'un mineur · Fabrication, transport, diffusion d'images pornographiques de mineurs ou de messages à caractère violent ou pornographique portant atteinte à la dignité humaine, susceptible d'être vus ou perçus par un mineur, ainsi que d'atteinte sexuelle · Défilé 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 · atteinte sexuelle · Meurtre ou assassinat d'un mineur, précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie · Meurtre · Assassinat, · Meurtre aggravé · Empoisonnement · Crimes d'enlèvement et de séquestration · Tortures ou actes de barbarie · 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 · 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 · Diffuser par tout moyen des procédés permettant la fabrication d'engins de destruction
43	Date ou période(s) de commission de la deuxième infraction à l'origine de l'injonction de soins (2)	Variable nominale ouverte 9999 = Non renseigné	S'il s'agit d'une infraction instantanée (laps de temps très court et ininterrompu, type un seul viol) <b>il faut noter la date de commission</b> ;  s'il s'agit d'une infraction continue (l'exécution s'étend sur une certaine durée : comme une succession d'agressions sexuelles durant plusieurs mois ou années) <b>il faut noter la période de commission</b>
44	Département de commission (2)	Variable numérique ouverte 9999= Non renseigné	Indiquez le département de commission. En cas d'infraction continue s'étant déroulée dans plusieurs départements, noter le dernier département dans lequel a eu lieu l'infraction
45	Type d'infraction à l'origine de l'IS (3)	Variable nominale fermée : · Infraction à caractère sexuel	Ne doivent être renseignés que les types d'infractions ayant entraîné la condamnation à une injonction de soins.

		<ul style="list-style-type: none"> <li>· Violences aux personnes</li> <li>· Atteintes aux biens</li> <li>· Autre</li> <li>· Non-renseigné</li> </ul>	<p>S'entend comme infraction à caractère sexuel :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Viol</li> <li>· Agression sexuelle</li> <li>· Exhibition sexuelle</li> <li>· Corruption d'un mineur</li> <li>· Fabrication, transport, diffusion d'images pornographiques de mineurs ou de messages à caractère violent ou pornographique portant atteinte à la dignité humaine, susceptible d'être vus ou perçus par un mineur, ainsi que d'atteinte sexuelle</li> <li>· 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</li> <li>· atteinte sexuelle</li> </ul> <p>S'entend comme violences aux personnes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Meurtre ou assassinat d'un mineur, précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie</li> <li>· Meurtre</li> <li>· Assassinat,</li> <li>· Meurtre aggravé</li> <li>· Empoisonnement</li> <li>· Crimes d'enlèvement et de séquestration</li> <li>· Tortures ou actes de barbarie</li> <li>· 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</li> <li>· 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</li> </ul> <p>S'entend comme atteintes aux biens :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 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</li> <li>· Diffuser par tout moyen des procédés permettant la fabrication d'engins de destruction</li> </ul>
46	Précision sur la troisième infraction à l'origine de l'injonction de soins (3)	Variable nominale ouverte 9999 = Non renseigné	<p>Choisir parmi la liste d'infractions pour lesquelles l'injonction de soins est encourue :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Viol</li> <li>· Agression sexuelle</li> <li>· Exhibition sexuelle</li> <li>· Corruption d'un mineur</li> <li>· Fabrication, transport, diffusion d'images pornographiques de mineurs ou de messages à caractère violent ou pornographique portant atteinte à la dignité humaine, susceptible d'être vus ou perçus par un mineur, ainsi que d'atteinte sexuelle</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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</li> <li>- atteinte sexuelle</li> <li>- Meurtre ou assassinat d'un mineur, précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie</li> <li>- Meurtre</li> <li>- Assassinat,</li> <li>- Meurtre aggravé</li> <li>- Empoisonnement</li> <li>- Crimes d'enlèvement et de séquestration</li> <li>- Tortures ou actes de barbarie</li> <li>- 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</li> <li>- 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</li> <li>- 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</li> <li>- Diffuser par tout moyen des procédés permettant la fabrication d'engins de destruction</li> </ul>
47	Date ou période(s) de commission de la troisième infraction à l'origine de l'injonction de soins (3)	Variante nominale ouverte 9999 = Non renseigné	<p>S'il s'agit d'une infraction instantanée (laps de temps très court et ininterrompu, type un seul viol) <b>il faut noter la date de commission</b> ;</p> <p>s'il s'agit d'une infraction continue (l'exécution s'étend sur une certaine durée : comme une succession d'agressions sexuelles durant plusieurs mois ou années) <b>il faut noter la période de commission</b></p>
48	Département de commission (IS 3)	Variante numérique ouverte 9999= Non renseigné	Indiquez le département de commission. En cas d'infraction continue s'étant déroulée dans plusieurs départements, noter le dernier département dans lequel a eu lieu l'infraction
49	Type d'infraction à l'origine de l'IS (4)	Variante nominale fermée : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infraction à caractère sexuel</li> <li>- Violences aux personnes</li> <li>- Atteintes aux biens</li> <li>- Autre</li> <li>- Non-renseigné</li> </ul>	<p>Ne doivent être renseignés que les types d'infractions ayant entraîné la condamnation à une injonction de soins.</p> <p>S'entend comme infraction à caractère sexuel :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Viol</li> <li>- Agression sexuelle</li> <li>- Exhibition sexuelle</li> <li>- Corruption d'un mineur</li> <li>- Fabrication, transport, diffusion d'images pornographiques de mineurs ou de messages à caractère violent ou pornographique portant atteinte à la dignité humaine, susceptible d'être vus ou perçus par un mineur, ainsi que d'atteinte sexuelle</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Défit 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</li> <li>- atteinte sexuelle</li> </ul> <p>S'entend comme violences aux personnes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Meurtre ou assassinat d'un mineur, précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie</li> <li>- Meurtre</li> <li>- Assassinat,</li> <li>- Meurtre aggravé</li> <li>- Empoisonnement</li> <li>- Crimes d'enlèvement et de séquestration</li> <li>- Tortures ou actes de barbarie</li> <li>- 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</li> <li>- 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</li> </ul> <p>S'entend comme atteintes aux biens :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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</li> <li>- Diffuser par tout moyen des procédés permettant la fabrication d'engins de destruction</li> </ul>
50	Précision sur la troisième infraction à l'origine de l'injonction de soins (4)	Variable nominale ouverte 9999 = Non renseigné	<p>Choisir parmi la liste d'infractions pour lesquelles l'injonction de soins est encourue :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Viol</li> <li>- Agression sexuelle</li> <li>- Exhibition sexuelle</li> <li>- Corruption d'un mineur</li> <li>- Fabrication, transport, diffusion d'images pornographiques de mineurs ou de messages à caractère violent ou pornographique portant atteinte à la dignité humaine, susceptible d'être vus ou perçus par un mineur, ainsi que d'atteinte sexuelle</li> <li>- Défit 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</li> <li>- atteinte sexuelle</li> <li>- Meurtre ou assassinat d'un mineur, précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie</li> <li>- Meurtre</li> <li>- Assassinat,</li> <li>- Meurtre aggravé</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Empoisonnement</li> <li>- Crimes d'enlèvement et de séquestration</li> <li>- Tortures ou actes de barbarie</li> <li>- 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</li> <li>- 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</li> <li>- 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</li> <li>- Diffuser par tout moyen des procédés permettant la fabrication d'engins de destruction</li> </ul>
51	Date ou période(s) de commission de la troisième infraction à l'origine de l'injonction de soins (4)	Variable nominale ouverte 9999 = Non renseigné	<p>S'il s'agit d'une infraction instantanée (laps de temps très court et ininterrompu, type un seul viol) <b>il faut noter la date de commission</b> ;</p> <p>s'il s'agit d'une infraction continue (l'exécution s'étend sur une certaine durée : comme une succession d'agressions sexuelles durant plusieurs mois ou années) <b>il faut noter la période de commission</b></p>
52	Département de commission (IS 4)	Variable numérique ouverte 9999= Non renseigné	Indiquez le département de commission. En cas d'infraction continue s'étant déroulée dans plusieurs départements, noter le dernier département dans lequel a eu lieu l'infraction
53	Nombre de victimes	Variable numérique ouverte 9999= Non renseigné	Indiquez le nombre de victimes de ou des infractions ayant entraîné l'injonction de soins
54	Sexe(s) victime(s)	Variable nominale fermée : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masculin</li> <li>- Féminin</li> <li>- Les deux</li> <li>- Non renseigné</li> <li>- Sans objet</li> </ul>	Indiquez le sexe de la victime. S'il y a plusieurs victimes, il est possible que le sexe des victimes soit différent, auquel cas, indiquez « les deux ». S'il n'y a pas de victimes physiques, en cas d'infractions contre les biens, veuillez noter « sans objet ».
55	Victime(s) mineure(s)	Variable nominale fermée : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui</li> <li>- Non</li> <li>- Les deux</li> <li>- Non renseigné</li> <li>- Sans objet</li> </ul>	Indiquez si la ou les victimes étaient mineur(s) au moment des faits. S'il y a plusieurs victimes, il est possible que les victimes ne soient pas toutes mineures, auquel cas, indiquez « les deux ». S'il n'y a pas de victimes physiques, en cas d'infractions contre les biens, veuillez noter « sans objet ».
56	Victime(s) vulnérable(s)	Variable nominale fermée : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui</li> <li>- Non</li> </ul>	<p>Indiquez si la vulnérabilité du =ou des victimes a été retenue par le juge. L'information se trouvera dans le prononcé de la peine. S'il y a plusieurs victimes, il est possible que les victimes ne soient pas toutes vulnérables, auquel cas, indiquez « les deux ». S'il n'y a pas de victimes physiques, en cas d'infractions contre les biens, veuillez noter « sans objet ».</p> <p>La particulière vulnérabilité de la victime est défini par le Code pénal comme étant l'état de faiblesse de la victime dû à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à la grossesse (ex : Art.221-4 CP).</p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>· Les deux</li> <li>· Non renseigné</li> <li>· Sans objet</li> </ul>	
57	Lien entre la ou les victimes et l'auteur	Variable nominale fermée : <ul style="list-style-type: none"> <li>· Père</li> <li>· Mère</li> <li>· Frère</li> <li>· Sœur</li> <li>· Oncle</li> <li>· Tante</li> <li>· Conjoint</li> <li>· Ex-conjoint</li> <li>· Ami</li> <li>· Voisin</li> <li>· Collègue</li> <li>· Aucun</li> <li>· Non renseigné</li> <li>· Autre, précisez</li> <li>· Sans objet</li> </ul>	Indiquez le lien unissant la victime et l'auteur. S'il n'y a pas de lien, indiquez « aucun ».  S'il n'y a pas de victimes physiques, en cas d'infractions contre les biens, veuillez noter « sans objet ».  Attention, en cas de victimes multiples et de liens multiples, veuillez indiquer « autre, précisez » et indiquer à la suite dans la colonne qui suit les liens entre les victimes et l'auteur.	
58	type de lien si un autre lien unit la ou les victimes et l'auteur	Variable nominale ouverte	Variable à renseigner que <b>SI</b> la modalité « autre, précisez » de la variable précédente « LIENVICT_AUT » a été sélectionnée	
59	Infraction commise en état de récidive	Variable nominale fermée : <ul style="list-style-type: none"> <li>· Oui</li> <li>· Non</li> <li>· Les deux</li> <li>· Non renseigné</li> </ul>	Indiquez si la ou les infractions ayant entraîné l'IS ont été commises en état de récidives (retenu dans la condamnation). L'information est présente dans le prononcé de la peine	
60	Date de prononcé de la peine	Variable ouverte sous format date : 16/05/2014 9999 = Non renseigné	Indiquez la date du prononcé de la peine	
61	Nature de la peine principale	Variable nominale fermée : <ul style="list-style-type: none"> <li>· Réclusion criminelle</li> <li>· Peine d'emprisonnement</li> <li>· SSJ (dont IS)</li> <li>· Mesure et sanction éducative</li> <li>· Autre, précisez</li> </ul>	Indiquez la nature de la peine principale. Le suivi socio judiciaire (et l'injonction de soins) peut être prononcé comme peines principales (en cas de délits).	

		· Non renseigné	
62	type de peine principale si "autre"	Variable nominale ouverte	Variable à renseigner que <b>SI</b> la modalité « autre, précisez » de la variable précédente « NATPEIN_PPAL » a été sélectionnée
63	Quantum de la peine principale prononcée	Variable nominale ouverte Ex : 5 ans dont 4 avec sursis 9999 = Non renseigné	Indiquez le quantum de la peine et précisez si du sursis a été prononcé.
64	date d'entrée en détention	Variable ouverte sous format date : 16/05/2014 9999 = Non renseigné	Indiquez la date d'entrée en détention  Notez « sans objet » si la personne n'a pas été incarcérée. Une personne peut être condamnée à 6 ans dont 3 avec sursis, être incarcérée pendant 3 ans et être mise sous écrous pendant deux ans.
65	date de mise sous écrou	Variable ouverte sous format date : 16/05/2014 9999 = Non renseigné	Indiquez la durée de la mise sous écrou de la personne. Cela correspond à la durée effective de la détention.  Le placement sous écrou peut ne pas correspondre à une entrée en détention : il en est ainsi, en France, pour le placement ab initio d'un condamné sous surveillance électronique (PSE) ou à l'extérieur sans hébergement pénitentiaire. Dans ce cas la personne est sous écrou, mais non détenue.
66	Passage par un établissement fléché	Variable nominale fermée : · Oui · Non · Sans objet	Indiquez si la PPSMJ est passée par un établissement fléché au cours de son passage en détention. Liste des 22 établissements pénitentiaires spécialisés dans l'accueil des AICS : · Ensisheim · Mauzac · Riom · Joux-la-Ville · Casabianda · Melun · Perpignan · Toul · Muret · Bapaume · Caen · Argentant · Val-de-Reuil · Nantes · Liancourt · Poitiers · Saint-Martin-de-Ré · Bedenac · Salon de Provence

			<ul style="list-style-type: none"> <li>· Saint-Quentin-Fallavier</li> <li>· Roanne</li> <li>· Le Port</li> </ul> <p>Notez « sans objet » si la personne n'a pas été incarcérée</p>
67	Dernière commune de détention	Variable nominale ouverte 9999 = non renseigné	Indiquez le nom de la dernière commune de détention (Hors placement sous surveillance électronique). Notez « sans objet » si la personne n'a pas été incarcérée
68	Date de sortie de détention (Hors placement sous surveillance électronique)	Variable ouverte sous format date : 16/05/2014 9999 = Non renseigné	Indiquez la date de sortie de la détention (Hors placement sous surveillance électronique) Notez « sans objet » si la personne n'a pas été incarcérée
69	Date de levée d'écrou	Variable ouverte sous format date : 16/05/2014 9999 = Non renseigné	Indiquez la date de levée d'écrou. Celle-ci peut être différente de la date de sortie en cas, par exemple, de surveillance électronique.
70	Le condamné a-t-il suivi des soins en détention ?	Variable nominale fermée : · Oui · Non · Non renseigné · Sans objet	Indiquez si la PPSMJ a suivi des soins somatiques et/ou psychologiques en détention. Notez « sans objet » si la personne n'a pas été incarcérée
71	Nombre d'expertises	Variable numérique ouverte	Indiquez le nombre d'expertises <b>présentes dans le dossier</b> . Indiquez 0 si aucune expertise dans le dossier
72	Nombre d'expertises qui préconisent des soins	Variable numérique ouverte 9999 = Non renseigné	Indiquez le nombre d'expertises <b>présentes dans le dossier</b> qui concluent à la possibilité d'un traitement. Notez « sans objet » si aucune expertise présente dans le dossier (cf variable précédente « NB_EXP »)
73	Conflit entre les expertises	Variable nominale fermée : · Oui · Non · Non renseigné · Sans objet	Indiquez si parmi les expertises présentes dans le dossier, certaines se contredisent (certaines concluent à la possibilité d'un traitement et d'autres non). Notez « sans objet » si aucune ou une seule expertise présente dans le dossier (cf variable précédente « NB_EXP »)
74	Cadre de l'injonction de soin	Variable nominale fermée : · Suivi socio-judiciaire · Surveillance judiciaire · Surveillance de sûreté · Aménagement de peine · Sursis mis à l'épreuve · Non-renseigné	Indiquez le cadre dans lequel a été prononcée l'injonction de soins.
75	Juridiction ayant prononcé	Variable nominale fermée :	Indiquer la juridiction ayant prononcé l'injonction de soins.

	l'injonction de soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Tribunal correctionnel</li> <li>· Cour d'assises</li> <li>· JAP</li> <li>· TAP</li> <li>· Cour d'Assises des mineurs</li> <li>· Tribunal correctionnel pour mineurs</li> <li>· Non-renseigné</li> </ul>	
76	Si décision du TAP, modifie-t-elle le prononcé de l'injonction de soins	Variable nominale fermée : <ul style="list-style-type: none"> <li>· Oui</li> <li>· Non</li> <li>· Non renseigné</li> <li>· Sans objet</li> </ul>	Si la juridiction ayant prononcé l'IS est le TAP (cf variable précédente « JURID_IS ») a-t-elle modifié le prononcé de l'injonction de soins préalable. Y a-t-il eu une révision de l'IS ? Notez « sans objet » si d'autres modalités que « TAP » ont été sélectionnées dans la variable précédente.
77	Date de la décision prononçant l'IS	Variable ouverte sous format date : 16.05.2014 9999 = Non renseigné	Indiquez la date de la décision prononçant l'injonction de soins.  En cas de régularisation ou de nouvelles décisions concernant l'IS, veuillez noter également cette date.
78	Durée de l'injonction de soin	Variable numérique ouverte 9999 = Non renseigné	Indiquez la durée à laquelle la PPSMJ a été condamnée. Veuillez noter cette durée en année.
79	Durée d'emprisonnement en cas de manquement à l'injonction de soins	Variable nominale ouverte Ex : 5 ans 6 mois 9999 = Non renseigné	Indiquez la durée de l'emprisonnement encourue si le condamné ne respecte pas l'injonction de soins. Cette durée est présente dans le prononcé de la condamnation. Elle est de 3 ans max en cas de délit (pour les faits commis après le 11 mars 2004 – et de 2 ans max pour les faits antérieurs à cette date). Elle est de 7 ans max en cas de crime (pour les faits commis après le 11 mars 2004 – et de 5 ans max pour les faits antérieurs à cette date).
80	Date d'ordonnance de désignation du médecin coordonnateur	Variable ouverte sous format date : 16.05.2014 9999 = Non renseigné	Indiquez la date de la <b>première</b> ordonnance de désignation du médecin coordonnateur
81	Date de rendez-vous avec le médecin coordonnateur	Variable ouverte sous format date : 16.05.2014 9999 = Non renseigné	Indiquez la date du <b>premier</b> rendez-vous avec le médecin coordonnateur
82	Date de début de l'injonction de soins	Variable ouverte sous format date : 16.05.2014 9999 = Non renseigné	Indiquez la date de début du suivi de la PPSMJ par le médecin ou psychologue traitant
83	Nombre de visites auprès du médecin coordonnateur	Variable numérique ouverte 9999 = Non renseigné	Indiquez le nombre de visites de la PPSMJ auprès du médecin coordonnateur <b>depuis le début de l'injonction de soins.</b>
84	Profession du praticien traitant	Variable nominale fermée :	Indiquez la profession du praticien traitant.

CARACTÉRISTIQUES DE L'INJONCTION DE

		<ul style="list-style-type: none"> <li>· Médecin généraliste</li> <li>· Psychologue</li> <li>· Psychiatre</li> <li>· Infirmier</li> <li>· Autre, précisez.</li> <li>· Non renseigné</li> </ul>	Si la PPSMJ a plusieurs praticiens traitants, indiquez « autre, précisez » et dans la colonne qui suit, veuillez indiquer les professions des praticiens traitants.
85	Précision de la profession du praticien traitant	Variable nominale ouverte	Variable à renseigner que SI la modalité « autre, précisez » a été sélectionnée dans la colonne précédente « PROF_PRATICIEN ».
86	Suivi préalable du praticien traitant	Variable nominale fermée : <ul style="list-style-type: none"> <li>· Oui</li> <li>· Non</li> <li>· Non renseigné</li> </ul>	Le praticien traitant suivit-il préalablement la PPSMJ avant sa condamnation à une injonction de soins.
87	Lieu d'exercice du praticien	Variable nominale fermée : <ul style="list-style-type: none"> <li>· CMP</li> <li>· CAST</li> <li>· Cabinet libéral</li> <li>· Hôpital psychiatrique</li> <li>· Autre, Précisez</li> <li>· Non-renseigné</li> </ul>	Indiquez le type de lieu dans lequel la consultation a eu lieu. CMP = Centres Médico Psychologiques CAST = Centre d'accueil et de soins pour toxicomanes
88	Précision du type de lieu	Variable nominale ouverte	Variable à renseigner que SI la modalité « autre, précisez » a été sélectionnée dans la colonne précédente « PROF_PRATICIEN ».
89	Nombre de visites auprès du praticien traitant depuis le début du suivi	Variable mixte à la fois numérique et nominale	Indiquez le nombre de visites passées par la PPSMJ auprès du praticien traitant depuis le début de l'injonction de soins. Si vous trouvez le nombre exact, notez-le sous format numérique. Si le nombre exact de visites n'apparaît pas dans le dossier SPIP, il est souvent possible de déterminer la fréquence des visites (format nominal).
90	Incidents relevés pendant l'injonction de soins	Variable nominale fermée : <ul style="list-style-type: none"> <li>· Oui</li> <li>· Non</li> <li>· Non renseigné</li> </ul>	Indiquez s'il y a eu un incident concernant le suivi de l'injonction de soins comme plusieurs rendez-vous non honorés.
91	Condamnation pendant l'injonction de soins	Oui – non – non renseigné	Indiquez si la PPSMJ a à nouveau été condamnée pendant l'injonction de soins
92	Type d'infraction commise pendant l'injonction de soins	Variable nominale fermée : <ul style="list-style-type: none"> <li>· Meurtre</li> <li>· Viol</li> <li>· Violences</li> </ul>	Indiquez le type d'infraction pour laquelle la PPSMJ a été à nouveau condamnée pendant son suivi sous injonction de soins. Si la PPSMJ n'a pas été condamnée à nouveau alors qu'elle est sous injonction de soins, il faut noter « Sans objet ».

		<ul style="list-style-type: none"> <li>· Violences intrafamiliales</li> <li>· Agression sexuelle</li> <li>· Vol</li> <li>· Usage/trafic stup</li> <li>· Incendie volontaire</li> <li>· Autre, précisez</li> <li>· Sans objet</li> <li>· Non-renseigné</li> </ul>	
93	Précision du type d'infraction commise pendant l'injonction de soins	Variable nominale ouverte	Variable à renseigner que SI la modalité « autre, précisez » de la colonne précédente a été sélectionnée
94	Suite après demande de relèvement	Variable nominale fermée : <ul style="list-style-type: none"> <li>· Expertise</li> <li>· Accord</li> <li>· Refus</li> <li>· non-renseigné</li> <li>· Sans-objet</li> </ul>	En cas de demande de relèvement de la part de la PPSMJ, indiquez la suite donnée à cette demande. Si pas de demande de relèvement, notez « sans objet ».
95	Nombre de rapport(s) de médecin coordonnateur	Variable numérique ouverte 9999 = Non renseigné	Indiquez le nombre de rapport(s) de médecin coordonnateur présents dans le dossier SPIP. Si aucun rapport présent, notez 0
96	Contacts entre CPIP et praticien traitant	Variable nominale fermée : <ul style="list-style-type: none"> <li>· Oui</li> <li>· Non</li> </ul>	Indiquez s'il y a dans le dossier SPIP la présence d'un contact entre le CPIP et le praticien traitant.
97	Contacts entre CPIP et le médecin coordonnateur	Variable nominale fermée : <ul style="list-style-type: none"> <li>· Oui</li> <li>· Non</li> </ul>	Indiquez s'il y a dans le dossier SPIP la présence d'un contact entre le CPIP et le médecin coordonnateur.
98	Changement de SPIP en cours d'IS	Variable nominale fermée : <ul style="list-style-type: none"> <li>· Oui</li> <li>· Non</li> </ul>	Indiquez s'il y a dans le dossier SPIP l'information selon laquelle la PPSMJ a changé de SPIP en cours d'IS (pour cause de déménagement par exemple)
99	Changement de médecin coordonnateur en cours d'IS	Variable nominale fermée : <ul style="list-style-type: none"> <li>· Oui</li> <li>· Non</li> </ul>	Indiquez s'il y a dans le dossier SPIP l'information selon laquelle la PPSMJ a changé de médecin coordonnateur en cours d'IS (pour cause de déménagement par exemple)

99

Alexandre THOINET

**Caractéristiques médico-légales et type de prise en charge des sujets sous injonction de soin dans le Rhône**

**RESUME**

**Introduction :** 20 ans après la mise en application de l'injonction de soin (IS), rares sont les données disponibles concernant cette mesure de soins pénalement ordonnés. Cette étude fournit un relevé épidémiologique des sujets sous injonction de soin dans le Rhône pour la première fois, et s'adresse aux professionnels de santé qui sont amenés à prendre en charge des auteurs de violence sexuels dans le cadre de l'injonction de soin, notamment concernant les sujets présentant des antécédents psychiatriques et liés aux stupéfiants. **Matériel et méthodes :** Cette étude est une analyse épidémiologique quantitative, nationale, multicentrique dans laquelle 110 dossiers de sujets sous IS dans le Rhône ont été traités. Cette analyse portait sur les déterminants d'état civil, de mode de vie sociale et professionnelle, de leur parcours judiciaire, de l'infraction concernée par l'IS et le traitement pénal de cette infraction et sur la prise en charge sanitaire dans le cadre de l'IS. Dans un premier temps, une analyse univariée des variables d'intérêts a été réalisée. Puis, ces dernières ont été croisées avec les variables relatant la présence d'antécédents psychiatriques et la prise de stupéfiants. L'étude des relations entre les variables a été complétée par des tests réalisés avec un niveau de 5%. Les p-valeurs ont été obtenues grâce à un test du khi deux d'adéquation pour les variables qualitatives, et grâce à un test d'ANOVA pour les croisements de variables qualitatives et quantitatives. **Résultat :** Les sujets ayant des antécédents psychiatriques présentaient un plus haut niveau de récidive que la population contrôle (p-valeur = 0,006) mais commettaient des actes de gravité comparable. L'analyse du traitement pénal de l'infraction suggérait toutefois que ces antécédents étaient pris par le magistrat comme une circonstance atténuante informelle. Cette population présentait par ailleurs un plus grand risque de perte de son emploi (p-valeur = 0). L'injonction de soin était à notre sens perçue par l'organe judiciaire comme une mesure de bouclier social du fait du caractère aspécifique de ses modalités. Celle-ci se déroulait sans plus de difficultés pour les sujets présentant des antécédents psychiatriques. Concernant les sujets présentant des antécédents liés aux stupéfiants, ceux-ci présentaient un type de délinquance plus opportuniste et varié, témoignant d'un fonctionnement psychique à prédominance antisociale. Le traitement pénal de l'infraction et l'injonction de soin ne faisaient l'objet d'aucune adaptation significative. L'injonction de soin était pour cette population plus sujette à incidents bien que ceux-ci restaient rares. **Conclusion :** L'injonction de soin est une mesure de soins pénalement ordonnés qui après 20 ans d'application apparaît globalement adaptée à la population ciblée. Toutefois, le traitement pénal de l'infraction et les modalités de l'injonction de soin pourraient être plus spécifiques en fonction de l'individu concerné dans un souci de prévention de la récidive. Cette mesure n'apparaît pas particulièrement dans notre travail, problématique dans sa mise en œuvre pour les soignants que ce soit concernant les sujets qu'elle concerne que ses modalités bien qu'un renforcement de la communication entre ses acteurs puisse être profitable.

**MOTS CLES :** Injonction de soin, soins pénalement ordonnés, infractions à caractère sexuel, récidive, isolement socio professionnel, antécédents psychiatriques, stupéfiants

**JURY**

Président : Monsieur le Professeur POULET  
Membres : Monsieur le Professeur D'AMATO  
Monsieur le Professeur FANTON  
Madame le Professeur MASSOUBRE  
Monsieur le Docteur MEUNIER  
Madame le Docteur MOUCHET-MAGES

**DATE DE SOUTENANCE :** 16 Octobre 2018

**ADRESSE POSTALE DE L'AUTEUR :** 10, avenue Jean Jaurès – 69007 LYON

**EMAIL DE L'AUTEUR :** alexandre\_thoinet@hotmail.com