

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2018

2018 TOU3 1567

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Laure LEBEAU

le 24 septembre 2018

ETAT DES LIEUX SUR L'INJONCTION DE SOINS EN
HAUTE-GARONNE : UNE ETUDE QUANTITATIVE

Directeur de thèse : Mme le Dr Anne-Hélène Moncany

JURY

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS

Président

Monsieur le Professeur Jean Philippe RAYNAUD

Assesseur

Monsieur le Professeur Norbert TELMON

Assesseur

Monsieur le Docteur Pierre-André DELPLA

Assesseur

Madame le Docteur Anne-Hélène MONCANY

Suppléant



FACULTÉ DE MÉDECINE PURPAN

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2017

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques	Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
		Professeur Honoraire	M. CLANET Michel

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur MURAT	Professeur SIMON Jacques
Professeur MANELFE Claude	Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur LOUVET P.	Professeur ARBUS Louis
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CARATERO Claude	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur ADER Jean-Louis	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur LAZORTHES Yves	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis	Professeur CHAP Hugues
Professeur JOFFRE Francis	Professeur LAURENT Guy
Professeur BONEU Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. GAME Xavier	Urologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. LANGIN Dominique	Nutrition		
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne		
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie		
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie		
M. MALAUDA Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie		
P.U. Médecine générale		P.U. Médecine générale	
M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale	M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale
		P.A Médecine générale	
		POUTRAIN Jean-Christophe	Médecine Générale

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologique	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique	M. OTAL Philippe	Radiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile	M. TACK Ivan	Physiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention		
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique		
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	P.U. Médecine générale	
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
M. KAMAR Nassim	Néphrologie		
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L
Pr WOISARD Virginie

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biochimie
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan
Dr LATROUS Leïla

Remerciements:

A Monsieur le Professeur Christophe Arbus, vous me faites l'honneur de présider le jury de ma thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail et je vous remercie d'avoir accepté de présider à ce jury de thèse. Je vous prie de trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Jean-Philippe Raynaud, vous me faites l'honneur de siéger à mon jury de thèse. Je vous remercie pour l'intérêt que vous portez à ce travail en acceptant de juger ma thèse. Je vous prie de trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Norbert Telmon, vous me faites l'honneur d'apporter votre expérience à la critique de ce travail en siégeant dans mon jury de thèse. Je vous prie de bien vouloir accepter ma respectueuse considération

Monsieur le Docteur Pierre-André Delpla, je vous remercie d'avoir accepté de siéger à ce jury de thèse. Je vous remercie pour votre accueil, votre disponibilité et l'aide que vous m'avez apporté lors de la préparation de ce travail. Soyez assuré de mon profond respect.

Madame le Docteur Anne-Hélène Moncany, je te remercie d'avoir accepté de diriger mon travail de thèse. Je te remercie pour ton intérêt et ton soutien, ta disponibilité et tes nombreux conseils durant la rédaction de ma thèse. Sois assurée de mon profond respect et de ma reconnaissance.

Je remercie Madame le Docteur Barotto et Madame le Docteur Peresson pour votre accueil et votre disponibilité.

A toute ma famille, à tous mes ami(e)s, et à tous ceux qui m'ont soutenu pendant cette belle expérience, merci !

Table des matières

1. Introduction	10
2. Les soins pénalement ordonnés : état des connaissances	12
2.1. L'obligation de soins	12
2.2. L'injonction thérapeutique	13
2.3. L'injonction de soins	13
2.3.1. Loi du 17 juin 1998: création du dispositif de l'injonction de soins	13
2.3.2. L'évolution législative	16
2.3.2.1. Extension des champs d'application du suivi socio-judiciaire	16
2.3.2.2. Automatisation de l'injonction de soins en cas de suivi socio-judiciaire	17
2.3.2.3. Injonction de soins étendue à différents cadres législatifs	17
2.3.2.4. Nombre d'injonctions de soins.....	18
2.3.3. Les acteurs	18
2.3.3.1. Les juridictions pénales	18
2.3.3.2. Le juge d'application des peines.....	18
2.3.3.3. Les acteurs pénitentiaires	22
2.3.3.4. Les experts.....	23
2.3.3.5. Le médecin coordonnateur	26
2.3.3.6. Médecin ou psychologue traitant	31
2.3.3.7. Les Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIA VS).....	33
2.3.4. Évaluation du dispositif d'injonction de soins: état de la littérature	34
3. Etude.....	38
3.1. Matériel et méthode.....	38
3.1.1. Sujets	38
3.1.2. Mesures	38
3.1.3. Procédures	38
3.1.4. Traitement des données	39
3.2. Résultats	40
3.2.1. Caractéristiques des personnes sous injonction de soins	40
3.2.2. Caractéristiques de l'infraction menant à l'injonction de soins	45
3.2.3. Caractéristiques des victimes	46
3.2.4. Caractéristiques de l'injonction de soins (cadre, durée)	47
3.2.5. Diagnostic et traitement médicamenteux	53
4. Discussion	57
4.1. Résultats principaux	57
4.1.1. Profil socio-démographique	57
4.1.2. Considérations judiciaires et criminologiques	58
4.1.3. Profil psychiatrique et prise en charge sanitaire.....	59

4.2. Forces et faiblesses.....	61
4.3. Perspectives et enjeux	62
5. Conclusion.....	65
Bibliographie.....	65
Annexe 1	71

Liste des abréviations utilisées

ARS : Agence Régionale de Santé

CP : Code Pénal

CPIP : Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

CPP : Code de Procédure Pénale

CRIAVS : Centre de Ressource pour les Intervenants auprès d'Auteurs de Violences Sexuelles

CSP : Code de la Santé Publique

ELIS : Etat des Lieux sur l'Injonction de Soins

FFCRIAVS : Fédération Française des Centres Ressources pour les Intervenants auprès d'Auteurs de Violences Sexuelles

HAS : Haute Autorité de Santé

ICS : Infraction à Caractère Sexuel

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IGSJ : Inspection Générale des Services Judiciaires

IS : Injonction de Soins

ONDRP : Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales

PPSMJ : Personne Placée Sous-Main de Justice

SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

TAP : Tribunal d'Application des Peines

1. Introduction

Les soins pénalement ordonnés existent depuis les années 1950. A l'inverse de la privation de liberté qui prévalait jusqu'alors en matière de sanction pénale, ils s'inscrivent dans une démarche de soins et de réinsertion. Ces soins pénalement ordonnés constituent une catégorie de sanction pénale et une modalité de soins particulière, imposant une articulation entre sanitaire et judiciaire. Ainsi l'ordonnance du 23 décembre 1958 instaure l'obligation de soins. Par la suite, la loi du 31 décembre 1970 a créé les injonctions thérapeutiques. Enfin, la loi n° 98 468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs a instauré le suivi socio-judiciaire et a créé l'injonction de soins.

Dans ce travail, nous allons nous intéresser à l'injonction de soins. En effet, nous arrivons en 2018 aux 20 ans de la loi qui a créé l'injonction de soins et pourtant à ce jour nous ne disposons toujours pas ou très peu de données sur ce dispositif. Cette mesure tend à contraindre la personne condamnée à se soumettre à des soins pratiqués par un médecin traitant ou un psychologue traitant, en articulation avec un médecin coordonnateur dont le rôle est d'assurer le lien entre le juge d'application des peines et le praticien traitant. Elle est pour l'essentiel prononcée dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire par le tribunal correctionnel ou par la cour d'assise. C'est suite à une expertise médicale préalable concluant en la possibilité d'un traitement que cette peine s'exécute, après la remise en liberté de la personne condamnée.

Il s'agit donc d'un dispositif original et innovant en France. Initialement prévu pour la prise en charge des auteurs de violences sexuelles, ce dispositif a fait l'objet de plusieurs évolutions législatives, élargissant ainsi son champ d'application, avec pour conséquence une augmentation du nombre de personnes concernées par cette mesure. (1)

Cependant, il n'a bénéficié jusqu'à ce jour d'aucun recueil statistique national. Le manque d'informations sur ce dispositif, notamment le nombre exact de personnes sous injonction de soins, ne permet pas une expertise précise sur laquelle pourraient s'appuyer des ajustements ou une amélioration de sa mise en application. En effet, déjà en 2011, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et l'Inspection Générale des Services Judiciaires (IGSJ) soulignaient dans leur rapport sur l'injonction de soins, la "pauvreté de la production statistique disponible", confirmant "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". (2) En 2018 le constat reste le même. Malgré certaines

initiatives locales qui tentent d'améliorer l'état des connaissances, le niveau de connaissance général de ce dispositif reste faible.

Face à ce constat, la Fédération Française des Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (FFCRIAVS) et l'Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales (ONDRP) se sont associés pour élaborer le projet ELIS (Etat des lieux sur l'injonction de soins) dont l'objectif est de collecter des informations détaillées sur cette mesure au niveau national.

Mon projet de thèse s'intègre dans cette étude nationale. Il s'agit de dresser un état des lieux statistique et quantitatif des mesures d'injonction de soins en Haute-Garonne dans l'objectif d'améliorer l'état des connaissances, permettant de travailler sur la mise en application de ces mesures.

2. Les soins pénalement ordonnés : état des connaissances

Il existe différents cadres légaux envisageant une articulation entre les soins et la justice pénale : il s'agit de l'obligation de soins, l'injonction thérapeutique et l'injonction de soins. Ils consistent à imposer des soins à une personne poursuivie ou condamnée pour une infraction pénale. Ces mesures se distinguent entre elles par leur cadre légal et par la nature des infractions qu'elles sanctionnent. Elles sont prononcées par des magistrats distincts, à différents stades de la procédure pénale, et se différencient également par leurs modalités d'application et de contrôle. (3)

2.1. L'obligation de soins

L'obligation de soins est établie en 1958 par l'ordonnance du 23 décembre 1958 (4) et prévue par le code de procédure pénale (article 138) (5) . Elle est la plus fréquemment prononcée. Cette mesure est applicable avant ou après la déclaration de culpabilité. Avant la déclaration de culpabilité, l'obligation de soin constitue une modalité du contrôle judiciaire, elle est définie légalement ainsi: «Se soumettre à des mesures d'examen, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation, notamment aux fins de désintoxication» (article 138-10 du code de procédure pénale). Après la déclaration de culpabilité, elle est définie légalement comme «une obligation particulière prévue par l'article 132-45 du code procédure pénale pour l'ajournement avec mise à l'épreuve; l'emprisonnement assorti du sursis avec mise à l'épreuve avec obligation d'accomplir un travail d'intérêt général; une mesure d'aménagement de peine».

L'obligation de soins dont la durée maximale est de trois ans est non spécifique à la délinquance sexuelle. Elle ne prévoit pas d'organisation des relations entre les autorités judiciaires et sanitaires, ni qu'une expertise médicale préalable soit nécessaire. Le seul lien entre le médecin ou le psychologue et le juge, se résumera alors bien souvent aux attestations remises directement au patient. (6)

2.2. L'injonction thérapeutique

L'injonction thérapeutique dont la durée maximale est fixée à deux ans est une modalité de soins pénalement ordonnés introduite par la loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 (7) pour les condamnés faisant usage de stupéfiants ou ayant une consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques. Elle est une mesure alternative aux poursuites pénales et peut être prononcée avant ou après un jugement. Contrairement à l'obligation de soins, cette mesure fait intervenir un médecin habilité en qualité de médecin relais permettant ainsi une articulation entre le système judiciaire et sanitaire. Ce dernier est un médecin inscrit sur une liste départementale arrêtée par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé après avis conforme du Procureur Général de la Cour d'Appel. A ce jour, le médecin relais est désigné par l'Agence Régionale de Santé, ou la justice.(8) Il aura pour mission de déterminer l'indication d'une prise en charge médicale adaptée s'il existe une dépendance physique ou psychologique à une substance psychoactive. Une fois l'injonction thérapeutique mise en place, le médecin relais en assurera la surveillance. Cette mesure serait peu utilisée par les autorités judiciaires. (9)

2.3. L'injonction de soins

2.3.1. Loi du 17 juin 1998: création du dispositif de l'injonction de soins

La loi n° 98-468 du 17 juin 1998 (10) relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs a permis de créer une nouvelle modalité de soins pénalement ordonnés. Cette loi instaure le suivi socio-judiciaire et crée l'injonction de soins. Ainsi, à sa sortie de détention la personne condamnée doit se soumettre, sous le contrôle du juge d'application des peines, à diverses nouvelles mesures de surveillance, d'assistance ou de soins et parmi elles, l'injonction de soins. (11) L'injonction de soins est une mesure tendant à contraindre la personne condamnée à se soumettre à des soins pratiqués par un médecin traitant ou un psychologue traitant.

Contrairement à l'obligation de soins, l'injonction de soins permet une articulation entre le sanitaire et le judiciaire, notamment par la mise en place d'un médecin coordonnateur. De plus, pour pouvoir prononcer cette mesure, une expertise médicale préalable est nécessaire. Celle-ci doit conclure à la possibilité d'un traitement.

Cette loi fait suite aux travaux de recherches d'un groupe de travail formé de psychiatres, en 1991, à la demande du Ministère de la santé et du Ministère de la justice, destiné à définir les possibilités de traitement et le suivi médico-psychiatrique des auteurs d'agression sexuelle. Ainsi en 1996 sera publié le « rapport Balier » (12) sous la direction du Docteur Claude Balier, psychiatre exerçant en milieu pénitentiaire. Ce rapport a pour objectif d'avoir une meilleure compréhension de la criminalité sexuelle et d'améliorer l'efficacité thérapeutique envers cette population

André Ciavaldini, en 2009 au cours des journées nationales de l'ARTAAS, a expliqué lors de son intervention « Un dispositif multi et interdisciplinaire pour le suivi ambulatoire de l'auteur de violence sexuelle » (13) les qualités que doit présenter le dispositif interdisciplinaire de l'injonction de soins. Pour lui trois temps doivent être mis en place pour qu'un tel soin fonctionne auprès des auteurs de violence sexuelle. Le premier temps des soins se déroule dans un espace contraint, c'est un soin libre dans l'espace carcéral. Le deuxième temps est un soin en liberté, en milieu ouvert. Entre ces deux espaces, le troisième a une fonction de transition, de liaison et si possible de transmission. (14)

L'injonction de soins est pour l'essentiel prononcée dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire par le Tribunal Correctionnel à titre de peine complémentaire ou de peine principale, dans le cadre d'une condamnation pour délit. (2) Il s'agira d'une peine complémentaire lorsqu'elle est prononcée par la Cour d'Assises dans le cadre d'une condamnation pour crime.

Seules les infractions prévues par la loi pourront être punies d'un suivi socio-judiciaire. Encourent la peine de suivi socio-judiciaire, les personnes physiques coupables de:

- Meurtre ou d'assassinat d'un mineur, précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie (article 221-9-1 CP) ;
- Viol, agression sexuelle ou exhibition sexuelle (article 222-48-1 CP qui renvoie aux articles 222-23 à 222-32 du CP) ;
- Corruption d'un mineur, fabrication, transport, diffusion d'images pornographiques de mineur ou de messages à caractère violent ou pornographique portant gravement atteinte à la dignité humaine, susceptible d'être vus ou perçus par un mineur, ainsi que d'atteinte sexuelle (article 227-31 CP qui renvoie aux articles 227-22 à 227-27 du CP).

Les différentes juridictions habilitées à prononcer une injonction de soins sont : la juridiction de jugement dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire, la juridiction de l'application des peines dans le cadre de la libération conditionnelle et de la surveillance judiciaire, la juridic-

tion de la rétention de sûreté dans le cadre de la surveillance de sûreté ou de la rétention de sûreté. Pour toutes ces mesures, il est nécessaire que la personne ait été condamnée pour une infraction prévue par la loi et qu'une expertise médicale détermine que la personne condamnée est susceptible de faire l'objet d'un traitement. Lorsqu'un suivi socio-judiciaire est prononcé, la juridiction de jugement devra se déterminer sur quatre points qui sont: la durée du suivi, la durée de l'emprisonnement encouru en cas d'inobservation des obligations, les obligations que devra respecter la personne condamnée dans le cadre de cette mesure et l'injonction de soins.

La durée du suivi socio-judiciaire dépendra de la décision du juge dans les limites maximales suivantes (article 131-36-1 du CP) : en matière correctionnelle, pour la répression des délits, il s'agira de 10 ans. Néanmoins, la durée maximale pourra être portée à 20 ans par une décision spécialement motivée de la juridiction. En cas de condamnation pour crime, la durée maximale est de 20 ans, et pourra être portée à une durée de 30 ans lorsque le crime est puni de 30 ans de réclusion criminelle. Le suivi socio-judiciaire peut avoir une durée illimitée lorsque la cour d'assises condamne l'accusé à la réclusion criminelle à perpétuité. Le rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soins de 2011 sous la direction de l'IGAS et l'IGSJ (2) montrait que la durée moyenne de suivi socio-judiciaire était de 5 ans et 8 mois, et que 80 % de ces suivis étaient exécutés après une peine d'emprisonnement.

En cas d'inobservance des obligations, le condamné encourt un emprisonnement dont la durée maximale dépend de l'infraction commise à l'occasion de laquelle le suivi socio-judiciaire est prononcé (article 131-36-1 al. 3 CP). Cette durée sera fixée par la juridiction. En ce qui concerne les faits commis entre le 20 juin 1998 et le 11 mars 2004, la durée du suivi socio-judiciaire est de 2 ans en cas de condamnation pour délit et de 5 ans en cas de condamnation pour crime. Mais pour les faits commis après le 11 mars 2004, la durée passe à 3 ans en cas de condamnation pour délit et à 7 ans en cas de condamnation pour crime. Si le condamné refuse les soins, il devra exécuter la peine prévue dans la condamnation ordonnant le suivi socio-judiciaire et dans le cadre d'une surveillance judiciaire, le condamné sera réincarcéré après retrait des réductions de peine.

En 1998, l'article 763-6 du code de procédure pénale (15) permettait d'abrégier la durée de l'injonction de soins suite à une procédure de relèvement. Puis l'article 10-1 de la loi n° 2010-242 du 10 mars 2010 a permis de simplifier ces modalités. (16)

2.3.2. L'évolution législative

Depuis 1998, l'injonction de soins a connu plusieurs évolutions législatives. Elle a été étendue à de nouveaux cadres procéduraux et à de nouvelles incriminations, augmentant son champ d'application.

2.3.2.1. Extension des champs d'application du suivi socio-judiciaire

Initialement, le suivi socio-judiciaire et l'injonction de soins ont été prévus pour les auteurs de violences sexuelles et pour la protection des mineurs. Différentes lois ont permis leur application à de nouvelles infractions.

La loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 (17) relative au traitement de la récidive des infractions pénales permet l'application de cette mesure en cas de crimes d'atteinte volontaire à la vie des personnes : meurtre, meurtre qui précède, accompagne ou suit un autre crime, assassinat, meurtre aggravé, empoisonnement simple ou aggravé (article 221-9-1 CP qui renvoie aux articles 221-1 à 221-5-3 du CP) ; crimes d'enlèvement et de séquestration (article 224-10 du CP qui renvoie aux articles 224-1 à 224-5-2 du CP); acte de tortures ou de barbarie (article 222-48-1 du CP); en cas d'infraction contre les 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, la diffusion par tout moyen de procédés permettant la fabrication d'engins de destruction (article 322-18 du CP qui renvoie aux articles 322-6 à 322-11 du CP).

La loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 (18) relative à la prévention de la délinquance permet l'extension de cette mesure: aux actes de violence contre les personnes commis par le conjoint ou ex-conjoint ou le concubin ou ex-concubin de la victime ou le partenaire ou ex-partenaire lié à celle-ci par un pacte civil de solidarité (article 222-48-1 du CP); aux 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, si ces violences sont commises de manière habituelle le suivi socio-judiciaire est obligatoire en matière correctionnelle, sauf décision contraire de la juridiction, (article 222-48-1 du CP); aux délits 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. (articles 227-22-1 et 227-31 du CP).

La loi n° 2016-731 du 3 juin 2016 (19) renforçant la lutte contre le crime organisé, le terrorisme et leur financement, et améliorant l'efficacité et les garanties de la procédure pénale, permet l'application du suivi socio-judiciaire aux personnes reconnues coupables d'actes de terrorisme ou de trafic d'armes.

2.3.2.2. Automatisation de l'injonction de soins en cas de suivi socio-judiciaire

La loi du 10 août 2007 (20) a systématisé le recours à l'injonction de soins en cas de condamnation à un suivi socio-judiciaire, enfin depuis la loi du 1^{er} mars 2008, l'injonction de soins n'a plus besoin d'être prononcée. Elle s'applique automatiquement dès lors que la personne est condamnée à l'une de ces mesures pour lesquelles une injonction de soins est encourue, une fois qu'une expertise médicale conclue à la possibilité d'un traitement et sauf avis contraire de la juridiction (Article 131-36-4 du CP).

2.3.2.3. Injonction de soins étendue à différents cadres législatifs

Différentes lois vont permettre l'application de cette mesure au niveau de divers cadres législatifs. La loi du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et mineurs permettait d'étendre le dispositif de l'injonction de soins aux peines d'emprisonnement assorties du sursis avec mise à l'épreuve. Depuis la loi du 10 mars 2010 (16), l'injonction de soins ne peut plus assortir un sursis avec mise à l'épreuve, cependant elle permet d'étendre son champ d'application dans le cadre d'une surveillance judiciaire et d'une libération conditionnelle, pour une infraction faisant encourir le suivi socio-judiciaire. Le législateur a également permis au juge d'application des peines d'ordonner une injonction de soins (sous réserve de l'expertise médicale) alors même que la juridiction du jugement n'en avait pas prononcé. Puis la loi n 2008-174 du 25 février 2008 (21) relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental permet d'étendre le champ de l'injonction de soins à la surveillance de sûreté. L'injonction de soins, lorsqu'elle peut faire partie d'un dispositif de libération conditionnelle, de surveillance judiciaire ou de surveillance de sûreté, est prononçable dès lors que l'expertise conclut à la possibilité d'un traitement.

2.3.2.4. Nombre d'injonctions de soins

Cet élargissement important du champ d'application de l'injonction de soins a certainement eu pour conséquence une augmentation du nombre de personnes concernées par cette mesure. Par exemple, la fréquence des incendies de véhicules ou de poubelles d'immeubles a participé à une forte croissance des suivis socio-judiciaires encourus depuis 2005.

Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales et l'Inspection Générale des Services Judiciaires publiaient qu'au 15 octobre 2010, le nombre de suivi socio-judiciaire était estimé à 4276, dont 3791 comportaient une injonction de soins (soit 88,6% des suivis socio-judiciaires), 10 % d'entre elles étaient relatives à des infractions autres que sexuelles. Cette étude met en évidence que les suivis socio-judiciaires avec injonction de soins étaient beaucoup plus fréquemment prononcés en matière criminelle que délictuelle. (22)

2.3.3. Les acteurs

2.3.3.1. Les juridictions pénales

Les juridictions pénales jugent les personnes physiques ou morales soupçonnées d'avoir commis une infraction (contravention, délit ou crime). Selon la gravité de l'infraction, la juridiction (ou tribunal) ne sera pas la même. Des peines de prison ou d'amende pourront alors être prononcées. Le tribunal correctionnel juge les délits commis par des personnes majeures passibles d'emprisonnement jusqu'à 10 ans et d'autres peines (amendes, peines complémentaires, travail d'intérêt général). La cour d'assises, quant à elle, juge les crimes (infractions les plus graves) passibles de la réclusion jusqu'à la perpétuité (en première instance et en appel). Elle peut donc juger un meurtre. Un jury de citoyens tirés au sort participe à la décision sur la condamnation. Ces différentes juridictions de jugement sont chargées de prononcer la mise à exécution ou non de l'injonction de soins, dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire. (23)

2.3.3.2. Le juge d'application des peines

Le juge d'application des peines est chargé de « fixer les principales modalités de l'exécution des peines privatives de liberté ou de certaines peines restrictives de liberté, en orientant et en contrôlant les conditions de leur application » (article 712-1, al. 1er du Code de procédure pénale) (24). Il a pour mission de contrôler toute personne condamnée à une in-

jonction de soins quel que soit le cadre légal dans laquelle elle a été prononcée. Comme nous l'avons vu dans la partie « injonction de soins étendue à différents cadres législatifs », il est aussi depuis 2007 compétent pour ordonner un tel dispositif, notamment pour ordonner les mesures de libération conditionnelle et de surveillance judiciaire comportant une injonction de soins. Pour cela, une expertise médicale postérieure à la décision de condamnation (deux experts en cas de condamnation pour meurtre ou assassinat d'un mineur précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie) doit conclure que le condamné est susceptible de faire l'objet d'un traitement. Il pourra alors prononcer une injonction de soins.

Rôle du juge d'application des peines avant la libération de la personne détenue

Dans le cadre du suivi socio-judiciaire, lorsque la personne condamnée est détenue, le juge d'application des peines convoque la personne condamnée dans les jours précédant sa libération (article R. 61 du CPP). Il doit:

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

Le juge d'application des peines du lieu de détention communique le dossier individuel du condamné au juge d'application des peines territorialement compétent pour contrôler le suivi socio-judiciaire, (article R. 61-4 du CPP). Ce dossier est établi et tenu par le greffe du juge d'application des peines (article R. 61-3 du CPP). Dans les jours qui suivent la libération, le juge d'application des peines doit désigner le service pénitentiaire d'insertion et de probation pour veiller au respect des obligations imposées au condamné (articles 763-1 et 740 du CPP). Il doit aussi désigner le médecin coordonnateur.

Lorsque la personne condamnée à un suivi socio-judiciaire a été soumise à une injonction de soins, le juge d'application des peines doit ordonner l'expertise médicale de l'intéressé avant sa libération, si la condamnation a été prononcée plus de deux ans auparavant, sinon cette expertise est facultative (article 763-4 du CPP).

La désignation du médecin coordonnateur par le juge d'application des peines

Le juge d'application des peines désigne un médecin coordonnateur sur une liste qui est établie tous les trois ans par le procureur de la République (articles L. 3711-1 et R. 3711-1 du CSP). La désignation du médecin coordonnateur intervient avant la libération d'un condamné détenu, dès que cela est possible, dans le cadre de la préparation à la sortie. Elle permet de faciliter la prise en charge du condamné dès sa libération. Mais lorsque la personne a été condamnée pour un crime mentionné à l'article 706-53-13 du code de procédure pénale (pour les crimes commis sur une victime mineure, assassinat ou meurtre, torture ou actes de barbarie, viol, enlèvement ou séquestration), cette désignation doit intervenir impérativement avant la libération ou avant la fin de la rétention de sûreté de l'intéressé. Le juge d'application des peines peut désigner un médecin coordonnateur à titre provisoire lorsque la liste n'a pu être établie ou lorsqu'aucun médecin y figurant ne peut être désigné. Cette désignation est valable un an (article R. 3711-9 Code de la Santé Publique). Si cela est nécessaire le juge d'application des peines peut désigner un autre médecin coordonnateur en remplacement du médecin initialement saisi (article R. 3711-9 du CSP). Le juge d'application des peines adresse au médecin coordonnateur une copie des pièces de la procédure utiles à l'exercice de sa mission; ces documents sont restitués au juge en fin de mission (article R. 3711-10 du CSP). Toute expertise médicale ordonnée par le juge d'application des peines est communiquée en copie au médecin coordonnateur et, le cas échéant, au médecin traitant ou au psychologue traitant (articles R. 3711-23 et R. 3711-25 du CSP).

Contrôle des obligations par le juge d'application des peines

Au cours de la mesure d'injonction de soins, le juge d'application des peines peut ordonner, d'office ou sur réquisitions du procureur de la République, une expertise afin de l'informer sur l'état médical ou psychologique de la personne condamnée. Elle sera réalisée par un seul expert, sauf décision motivée du juge d'application des peines (article 763-4 du CPP). Si le condamné ne respecte pas les mesures de surveillance, les obligations, les mesures d'assistance ou l'injonction de soins, le juge d'application des peines peut délivrer un mandat d'amener ou un mandat d'arrêt, selon les distinctions prévues à l'article 712-17 du code de procédure pénale (25). Le juge d'application des peines peut aussi inscrire le condamné au fichier des personnes recherchées.

Le juge d'application des peines a la possibilité de modifier les obligations. En effet, pendant toute la durée de l'injonction de soins, que ce soit dans le cadre du suivi socio-judiciaire ou des autres mesures pouvant donner lieu à une injonction de soins, il peut, après

audition du condamné et avis du procureur de la République, modifier ou compléter les mesures de surveillance, les obligations et les mesures d'assistance, par une décision immédiatement exécutoire (article 763-3 du CPP). (26)

Sanctionner en cas de non-respect de l'injonction de soins

En cas d'inobservation des mesures de surveillance, des obligations, des mesures d'assistance ou de l'injonction de soins, le juge d'application des peines peut, d'office ou sur réquisitions du procureur de la République, ordonner, par décision motivée, la mise à exécution partielle ou totale de l'emprisonnement fixé par la juridiction de jugement, par une décision immédiatement exécutoire (article 763-5 du CPP). Après l'exécution de l'emprisonnement pour inobservation des obligations du suivi socio-judiciaire, le condamné devra poursuivre le suivi socio-judiciaire. En cas de nouveau manquement à ses obligations, le juge d'application des peines peut à nouveau ordonner la mise à exécution de l'emprisonnement, dans la limite de la durée d'emprisonnement initialement fixée par la juridiction de jugement (article 763-5 du CPP). Le juge d'application des peines peut décider par ordonnance motivée qu'il soit mis fin à l'emprisonnement s'il lui apparaît que le condamné est en mesure de respecter les obligations du suivi socio-judiciaire (article R. 61-2 du CPP). La période d'emprisonnement effectivement accomplie sera alors seule prise en compte. Lorsque l'injonction de soins est prononcée dans le cadre d'une libération conditionnelle, celle-ci pourra être révoquée, notamment en cas de non-respect de cette obligation.

Le juge d'application des peines peut également prononcer le retrait des réductions de peine dans le cadre de la mesure de surveillance judiciaire. En cas de non-respect de l'injonction de soins dans le cadre de la surveillance de sûreté, le président de la juridiction régionale de la rétention de sûreté peut être saisi par le juge de l'application des peines ou le procureur de la République afin que soit prononcé en urgence sans débat contradictoire, le placement provisoire de la personne dans un centre socio-médico-judiciaire de sûreté. La décision provisoire doit être confirmée dans les trois mois de la mise à exécution du placement par la juridiction régionale de la rétention de sûreté.

2.3.3.3. Les acteurs pénitentiaires

Dans cette partie nous allons présenter les différents acteurs pénitentiaires en détaillant le rôle des conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP).

La direction de l'administration pénitentiaire est chargée de la sécurité publique, par le maintien en détention des personnes qui lui sont confiées par l'autorité judiciaire. Elle est chargée également de la prévention de la récidive en préparant la population pénale à sa sortie et doit veiller au suivi des mesures et peines exécutées en milieu libre, sur mandat judiciaire. L'administration pénitentiaire intervient à différents stades de la prise en charge des personnes condamnées à une mesure judiciaire pour laquelle une injonction de soins est prononcée au cours de leur incarcération.

Le personnel de surveillance participe à l'exécution des décisions et sentences pénales et au maintien de la sécurité publique. Il assure la garde des personnes incarcérées, il est associé au traitement de la peine et à son individualisation et il participe aux actions de réinsertion.

Le CPIP des Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (SPIP) a été mis en place par le décret n° 99-276 du 14 avril 1999. Il est chargé de prévenir la récidive des personnes placées sous-main de justice et d'aider le condamné dans son insertion ou réinsertion sociale et professionnelle (article D660 du CPP). En milieu ouvert, il veille au respect des obligations imposées au condamné dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire ou de toutes autres mesures qui s'accompagne d'une injonction de soins. Le rôle de suivi des mesures judiciaires est assuré par le SPIP à l'égard des personnes majeures. Lorsqu'il s'agit de condamnations à l'égard de mineurs, ce rôle est dévolu à la protection judiciaire de la jeunesse, y compris lorsqu'il s'agit d'une peine d'emprisonnement.

Le CPIP détermine avec la personne placée sous-main de justice les différents axes de travail en tenant compte de l'évaluation de sa situation familiale, sociale et professionnelle. Dans le cadre de l'injonction de soins, il oriente les personnes condamnées vers les structures de soins adaptées. Pour veiller au bon déroulement de la mesure il est destinataire de la part du médecin coordonnateur des éléments nécessaires au contrôle de l'injonction de soins (article L3711-1 du CSP). Il reçoit une copie du rapport de situation établi par le médecin coordonnateur, ainsi que les attestations de suivi du traitement établi par le médecin ou psychologue traitant qui sont délivrées directement à la personne condamnée. Le CPIP doit également adresser chaque semestre au juge d'application des peines un rapport de situation dans

lequel il peut proposer des modifications au niveau des mesures de contrôle et rendre compte du non-respect du dispositif.

L'ensemble des personnels pénitentiaires bénéficie, dans le cadre de la formation initiale, d'une sensibilisation à la prise en charge des auteurs d'infraction à caractère sexuel. C'est également le cas du personnel de surveillance affecté dans les quartiers pour mineurs et les établissements pénitentiaires pour mineurs (EPM). Ces derniers reçoivent une formation spécifique, mais il n'est pas prévu pour le moment de module particulier relatif aux mineurs condamnés à une injonction de soins.

2.3.3.4. Les experts

L'autorité judiciaire peut mandater un expert afin de lui demander son avis, en tant que spécialiste sur une question d'ordre scientifique ou technique. Les experts, qu'ils soient psychologues, psychiatres ou d'autres experts sont au service de la justice afin de répondre aux missions qui leurs sont confiées par les magistrats, en fonction de leurs compétences et de leurs connaissances dans le champ considéré.

L'expertise psychiatrique

L'article 158 du code de procédure pénale prévoit que l'expertise psychiatrique consistant à procéder à un examen médico-psychologique sur un individu doit être réalisé par un médecin psychiatre désigné par un magistrat. Le médecin expert peut être sollicité à différents instants, avant le jugement au cours de la phase pré-sentencielle ou, après le jugement au cours de la phase post-sentencielle. Le médecin expert est interrogé avant le jugement sur la responsabilité pénale du sujet et doit se prononcer sur une abolition ou une altération de son discernement au moment des faits. Après le jugement, s'il y a condamnation, il devra se prononcer sur l'opportunité d'une injonction de soins. (27)

L'expertise psychiatrique comporte plusieurs temps. Dès les premiers temps, au moment de la garde à vue de la personne mise en cause, l'expertise se focalise sur l'état mental et la nécessité de soins psychiatriques urgents, prenant éventuellement la forme d'une hospitalisation sous contrainte. Puis en phase pré-sentencielle, elle se fera à la demande du juge d'instruction et l'expert pourra disposer de toutes les pièces nécessaires à son expertise (antécédents médico-psychiatrique et judiciaires, expertises antérieures, enquêtes de personnalité...). Dans les affaires particulièrement complexes ou graves, sur ordonnance express du juge d'instruction, l'expertise peut se faire en dualité d'expert, permettant ainsi une confrontation

d'idées. Pour les personnes ayant commis un crime mentionné dans l'article 706-53-13 du code de la procédure pénale (qui présente une particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive parce qu'elle souffre d'un trouble grave de la personnalité), (28) l'expertise doit être réalisée par deux experts psychiatres, ou par un expert psychiatre et un expert psychologue (titulaire d'un diplôme de psychopathologie). La question de l'opportunité d'une injonction de soins sera posée à l'expert, elle ne devrait faire l'objet que d'une réponse très prudente, uniquement dans l'hypothèse où le sujet examiné reconnaît les faits qui lui sont reprochés. Enfin, en phase post-sententielle, elle sera demandée par le juge d'application des peines ou encore par le parquet, en vue d'ordonner une injonction de soins dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire ou dans le cadre d'une autre mesure. En effet depuis la loi du 17 juin 1998, ce nouveau type d'expertise psychiatrique peut être ordonné par les juges d'application des peines: dite expertise de dangerosité. Les objectifs de cette expertise sont donc différents de l'expertise pré-sententielle. Ici, l'expert évalue l'évolution du sujet, au cours de sa privation de liberté, autour de son rapport à lui-même, à son acte et à la victime mais aussi autour de l'évolution du sentiment de culpabilité, de responsabilité, en intégrant son parcours juridico-pénitentiaire. Ces éléments vont permettre de déterminer l'indication d'une injonction de soins et l'évaluation de l'évolution du condamné, sa dangerosité et les risques de récidive. Dans le cadre d'une injonction de soins cette expertise se prononce sur l'opportunité d'un traitement médicamenteux inhibiteurs de libido. (article 729 du code de la procédure pénale) (29)

Depuis la loi du 17 juin 1998, toute personne poursuivie pour une infraction à caractère sexuel, hormis les cas d'exhibition sexuelle et de harcèlement sexuel, doit être soumise à une expertise médicale. Le médecin expert devra notamment se prononcer sur la dangerosité et le risque de récidive. (30) (31)

La démarche de l'expert s'organise dans une triple démarche. Il devra identifier une éventuelle pathologie psychiatrique, conformément à l'article 122-1 du code pénal (32) , « toute anomalie mentale ou psychique susceptible, d'abolir ou seulement d'altérer ou d'entraver le discernement et le contrôle des actes, au moment des faits incriminés, rendant de ce fait leur auteur supposé peu ou pas accessible à une sanction pénale ». Dans l'éventualité d'un trouble psychique identifié, l'expert devra se prononcer sur la « dangerosité psychiatrique » du sujet. Puis il devra également faire une lecture psychodynamique du passage à l'acte dans ses rapports avec la personnalité et l'histoire du sujet. Sans oublier que si l'expertise est réalisée en pré-sententielle, le principe de la présomption d'innocence doit être pris en compte. Enfin il devra procéder à une analyse psychocriminologique du passage à

l'acte et du risque ultérieur de récidive. Ceci, afin d'apprécier la « dangerosité criminologique » (ou sociale) en prenant en compte le contexte socio-culturel tel qu'il est retranscrit par le sujet examiné et le dossier pénal. Cette expertise peut être utilisée par la justice, notamment par le juge de l'application des peines, pour la mise en œuvre ou non d'une libération conditionnelle, d'une surveillance judiciaire, d'un suivi en milieu ouvert (incluant ou non des soins) ou encore de toute autre mesure de sûreté. (33)

Les psychologues experts et l'expertise psychologique

Les psychologues experts sont des professionnels inscrits sur les listes de la Cour d'appel ou de la Cour de cassation, pouvant être sollicités par les magistrats (des experts non-inscrits peuvent également être sollicités). Leur mission sera de procéder à une expertise psychologique ou à une expertise médico-psychologique, elle peut être réalisée en phase pré-sentencielle comme pour l'expertise psychiatrique, et plus rarement en phase post-sentencielle à la demande du juge d'application des peines. « Toute juridiction d'instruction ou de jugement, dans le cas où se pose une question d'ordre technique, peut, soit à la demande du ministère public, soit d'office, soit à la demande des parties, ordonner une expertise » (article 156 du CPP). (34) L'expertise psychologique est un document destiné aux magistrats et accessible à divers professionnels des champs sanitaire et judiciaire (dans le cadre du parcours pénal).

En phase pré-sentencielle, les experts psychologues peuvent intervenir seuls dans une expertise « psychologique » et plus rarement, conjointement avec un médecin, dans une expertise « médico-psychologique ». Le magistrat instructeur « peut prescrire un examen médical, un examen psychologique ou ordonner toutes mesures utiles » (article 81 du CPP). (35) « L'examen psychologique est confié à un expert psychologue. Un médecin peut y être associé. Cet examen tend à relever les aspects de la personnalité de la personne mise en examen (affectivité, émotivité, etc.), à déterminer les niveaux d'intelligence, d'habileté manuelle, d'attention et à fournir des données utiles pour la conduite de l'instruction et le jugement de l'affaire ». (article 81 du CPP, modifié par l'article 24 de la loi du 4 janvier 1993). Comme pour l'expertise médicale, le principe de la présomption d'innocence sera préservé. Le psychologue dispose de différents outils d'investigation (tests et entretiens) lui permettant de procéder à une analyse de la personnalité et la constitution de celle-ci à travers son histoire de vie, son fonctionnement psychique et psychopathologique ainsi que sa dynamique criminelle et de son processus psychologique qui sous-tend le passage à l'acte. Pour finir il aura à se prononcer sur les capacités de réadaptation et sur l'intérêt d'un suivi psychologique ou psychiatrique de la personne mise en examen.

Pendant la phase post-sentencielle, l'expert réalise une analyse comparative et évolutive, en prenant en compte les changements et l'évolution du sujet, son fonctionnement psychique et psychopathologique, au cours de l'exécution de sa peine. Comme pour l'expertise psychiatrique, l'expertise psychologique permettra de rendre compte des modifications du rapport du sujet à lui-même, à son acte et à la victime, du sentiment de culpabilité et de responsabilité.

Injonction de soins et expertise

Une étude a été réalisée en 2014 (36) afin d'identifier sur quels diagnostics psychiatriques se basaient les experts pour se prononcer en faveur d'une injonction de soins. Dans cette étude, 68 dossiers de médecins coordonnateurs de Rennes et Saint-Malo ont été utilisés. Cette étude a mis en évidence que la majorité des personnes sous injonctions de soins étaient de sexe masculin (84%), condamnés pour des infractions sexuelles (79%) et particulièrement des infractions sexuelles sur mineurs (qui représentaient 74% des infractions sexuelles). L'injonction de soins s'effectuait en majorité dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire (71%) dont la durée moyenne était de 6,2ans ($\pm 3,2$ ans). L'âge au moment de la condamnation était en moyenne de 40 ans (± 12 ans). Des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie avant la procédure étaient retrouvés chez 19% des sujets et 42% avaient des antécédents de mésusage de l'alcool et 51% avaient des antécédents judiciaires.

Les résultats de cette étude mettent en évidence une grande hétérogénéité dans les diagnostics. Les troubles diagnostiqués étaient pour la plupart des troubles de la personnalité ou des troubles non catégorisables selon le DSM-IV-TR. Aucune maladie mentale sévère (schizophrénie, troubles bipolaires) n'a été diagnostiquée par les experts. Au cours de l'étude, il a été observé que l'expert a estimé opportun la mise en place d'une injonction de soins, alors qu'il concluait à l'absence de trouble dans 27% des cas. L'étude concluait à la nécessité de s'interroger sur les critères conduisant le psychiatre à recommander une injonction de soins alors qu'aucun trouble mental n'a été diagnostiqué. (36)

2.3.3.5. Le médecin coordonnateur

Rôle du médecin coordonnateur, interface entre la santé et la justice

La fonction de médecin coordonnateur a été créée consécutivement à la loi du 17 juin 1998. Il a pour mission d'être à l'interface de la santé (médecin ou psychologue traitant) et de la justice (juge d'application des peines ou référent des services pénitentiaires d'insertion et de probation). Son rôle est de garantir le cadre thérapeutique, le respect du secret profession-

nel et d'évaluer l'évolution du sujet tout au long de la prise en charge médico-psychologique et psychiatrique. Le médecin coordonnateur convoque au moins une fois par trimestre la personne condamnée à une injonction de soins pour réaliser un bilan de sa situation afin de pouvoir transmettre au juge d'application des peines les éléments nécessaires au contrôle de l'injonction de soins (article R. 3711-21 du CSP). Une fois par an, il devra transmettre au juge d'application des peines un rapport comportant tous les éléments nécessaires au contrôle du respect de l'injonction de soins. Lorsque la personne a été condamnée pour un crime particulièrement dangereux susceptible d'une mesure de rétention de sûreté, mentionné à l'article 706-53-13 du code de procédure pénale, ce rapport est adressé au moins deux fois par an. Ce rapport dresse un bilan précis de la mise en œuvre de l'injonction de soins. Il comporte des éléments d'appréciation sur l'évolution de la personne au regard de son besoin de soins ainsi que des propositions sur les modalités de poursuite de la mesure. Il doit aussi informer le juge de l'application des peines ou l'agent de probation d'une interruption du traitement prescrit, mais aussi « toutes difficultés survenues dans l'exécution du traitement ». Il est informé par le juge d'application des peines ou le CPIP, de tout changement pouvant influencer l'efficacité du suivi (déménagement, changement d'emploi, attitude ou propos lors d'un rendez-vous...)

(37)

La nomination du médecin coordonnateur

Le médecin coordonnateur est choisi par le juge de l'application des peines sur une liste prévue à l'article L. 3711-1 du code de la santé publique. Cette liste est établie tous les trois ans par le procureur de la République après avis du conseil départemental de l'ordre des médecins et du préfet. Un médecin coordonnateur peut être inscrit sur les listes de plusieurs tribunaux de Grande Instance. De fait, on constate que près d'un tiers d'entre eux sont inscrits sur la liste de deux ou plusieurs tribunaux. L'article R. 3711-3 prévoit que peuvent être inscrits sur la liste des médecins coordonnateurs, sur leur demande, les médecins suivants, qui n'ont aucune condamnation justifiant une inscription au bulletin numéro 2 du casier judiciaire et qui sont inscrits à un tableau de l'ordre des médecins:

- les psychiatres, qui exercent en qualité de spécialiste depuis au moins trois ans
- depuis le décret du 4 novembre 2008, (38) les psychiatres retraités à condition qu'ils aient exercés en qualité de spécialiste pendant au moins cinq ans (article R3711-3 du CP)
- les médecins autres que les psychiatres, spécialistes ou non, ayant suivi une formation délivrée par une université ou par un organisme agréé de formation médicale continue, répondant aux conditions fixées par l'arrêté du 24 mars 2009 (39) du ministère chargé de la santé. C'est une formation de 100 heures qui comporte des enseignements juridique, criminologique et médical, concernant les auteurs de violences, notamment sexuelles.

Enfin, pour qu'il puisse y avoir désignation d'un médecin coordonnateur, il ne faut pas que celui-ci ait de lien familial, d'alliance ou d'intérêts professionnels avec la personne condamnée; il ne peut pas non plus être le médecin traitant ou avoir été désigné comme expert dans le cadre de la procédure impliquant cette même personne.

Lorsque la liste des médecins coordonnateurs n'a pu être établie ou qu'aucun des médecins figurant sur cette liste ne peut être désigné, le juge de l'application des peines désigne comme médecin coordonnateur un médecin remplissant les conditions définies ci-dessus après avoir préalablement recueilli son consentement et celui du procureur de la République et ce à titre provisoire et pour une durée qui ne peut excéder un an.

Une fois désigné par ordonnance du juge d'application des peines, le médecin coordonnateur convoque la personne soumise à une mesure d'injonction de soins après avoir pris connaissance des pièces du dossier de la procédure judiciaire prévues par l'article L. 355-42 du code de la santé publique qui lui sont communiquées par le juge de l'application des peines, à savoir:

- les expertises psychiatriques pénales et les examens médico-psychologiques réalisés pendant l'enquête d'instruction
- le réquisitoire définitif, l'ordonnance de renvoi devant le tribunal correctionnel ou la décision renvoyant l'accusé devant la cour d'assises
- le jugement du tribunal ou de la cour d'assises.

Les missions du médecin coordonnateur

Au cours d'un premier entretien, il fait part à la personne placée sous-main de justice des modalités d'exécution de cette mesure et précise la nature de ses interventions ainsi que celle du médecin traitant ou du psychologue traitant et des acteurs judiciaires. Dans la mesure du possible, cet entretien a lieu avant la libération d'un condamné détenu mais, lorsque la personne a été condamnée pour un crime mentionné à l'article 706-53-13 du code de procédure pénale (qui présente une particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive parce qu'elle souffre d'un trouble grave de la personnalité), la convocation de cette personne par le médecin coordonnateur doit intervenir avant sa libération ou la cessation de sa rétention de sûreté.

A la suite de ce premier entretien et avec l'ensemble des pièces de la procédure, le médecin coordonnateur fait une évaluation clinique précise du fonctionnement psychique et de la psychopathologie de la personne condamnée qu'il met en continuité avec le contenu des

expertises antérieures afin d'établir une évaluation longitudinale de l'évolution de la personne depuis son passage à l'acte. Il invite la personne à choisir un médecin traitant ou/et depuis la loi du 12 décembre 2005 un psychologue traitant « si la personnalité du condamné le justifie ». Dans le cas où la personne suivie est mineure, ce sera l'administrateur légal ou le tuteur avec l'autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille qui fera le choix du praticien traitant. Dans le cas où la personne condamnée est un majeur protégé, ce sera l'administrateur légal ou le tuteur avec l'autorisation du juge des tutelles qui en fera le choix.

Le médecin coordonnateur peut refuser de donner son accord du médecin traitant ou du psychologue traitant choisi par la personne condamnée dans la mesure où ils ne sont pas, à son sens, en mesure de conduire la prise en charge de cette personne. Le médecin coordonnateur doit avoir connaissance du réseau de professionnels à proximité du domicile de l'intéressé afin de faciliter l'accès au praticien traitant. En cas de problème, il peut en référer au centre ressource et d'information pour la prise en charge des auteurs de violences sexuelles de sa région. Si le médecin traitant exerce en privé, le médecin coordonnateur doit informer la personne sous injonction de soins que la première visite doit se faire sur prescription du médecin traitant au sens de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale sous peine de s'exposer à un remboursement minoré de la prise en charge des soins par l'assurance-maladie.

Une fois le médecin traitant et/ou le psychologue traitant désigné, le médecin coordonnateur l'informe du cadre juridique dans lequel s'inscrit l'injonction de soins et s'assure de son accord pour prendre en charge la personne. Cet accord doit se faire par écrit dans un délai de 15 jours à compter de la formalité d'information. À défaut de réponse dans le délai de 15 jours ou en cas de refus du médecin traitant ou du psychologue traitant, le médecin coordonnateur invite la personne soumise à l'injonction de soins à choisir un autre praticien traitant. Le médecin coordonnateur informe le praticien traitant qu'il peut leur faire parvenir, à leur demande, les pièces du dossier et notamment les expertises et le jugement.

Si la personne suivie souhaite changer de médecin traitant ou de psychologue traitant au cours de l'exécution de la mesure, le médecin coordonnateur doit en informer le praticien traitant initialement désigné, informer le juge d'application des peines et reprendre avec le nouveau praticien traitant, les mêmes formalités décrites ci-dessus.

Lorsque le médecin traitant ou le psychologue traitant décide d'interrompre le suivi d'une personne condamnée, ils en informent le médecin coordonnateur par lettre recommandée et ils retournent au médecin coordonnateur les pièces de procédure qui leur ont été transmises.

Lorsque l'injonction de soins arrive à son terme, le médecin coordonnateur doit informer l'intéressé de la possibilité de poursuivre le traitement entrepris en l'absence de tout contrôle de l'autorité judiciaire.

Dérogations au secret médical

La loi prévoit des dérogations au secret médical: Les praticiens du milieu pénitentiaire peuvent communiquer les informations médicales qu'ils détiennent sur le condamné au médecin coordonnateur afin qu'il les transmette au médecin traitant en vertu de la loi L3711-2 du code de la santé publique (40). En pratique, les expertises sont le plus souvent bien transmises. En revanche la transmission des informations médicales du milieu pénitentiaire vers le coordonnateur est beaucoup plus rare en lien avec les pratiques et la culture médicale. Elle se fait souvent par l'intermédiaire d'un court certificat donné au patient.

Le médecin coordonnateur est garant du cadre thérapeutique de l'injonction de soins mais également du respect du secret professionnel. Le psychiatre traitant ou le psychologue traitant peut l'informer sur certaines données cliniques. Cependant le médecin coordonnateur ne pourra informer le juge d'application des peines ou le CPIP que sur ce qu'il aura personnellement constaté en entretien et pourra éventuellement émettre des préconisations telles qu'une demande d'expertise ou un rappel du cadre thérapeutique. (16)

Il n'existe pas de secret partagé entre le psychiatre traitant et le médecin coordonnateur car ce dernier ne participe pas aux soins. Pour autant le médecin coordonnateur est garant du secret professionnel dans la mesure où il peut être sollicité par le praticien traitant pour une concertation, une question technique ou une difficulté. Il pourra le conseiller seulement si ce dernier lui en fait la demande, notamment sur des questionnements qu'il pourrait avoir sur un éventuel risque de passage à l'acte.

Insuffisance de médecins coordonnateurs

Un médecin coordonnateur ne pouvait suivre que 20 patients sous injonction de soins simultanément (arrêté du 24 janvier 2008), jusqu'à l'arrêté du 8 décembre 2011 qui a permis de porter ce nombre à 60 patients. Le nombre de dossiers suivis par coordonnateur et le nombre d'entretiens par patient ont eu tendance à augmenter. D'après l'enquête de l'Inspection Générale des affaires sociales et l'Inspection Générale des services judiciaires de 2011 (2) deux tiers des coordonnateurs suivaient plus de 10 personnes. Le nombre de médecins coordonnateurs sur le territoire national a évolué faiblement ces dernières années, on en comptait 186 en 2006, 206 en 2007, 211 en 2008 et 220 en 2010. (41)

Un rapport de décembre 2008 sur la mise en application de la loi n°2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs (42) dénonce le nombre insuffisant de médecins coordonnateurs: 211 en 2008 au lieu des 450 prévus par la loi. Quelques années plus tard, le constat reste le même, un rapport du Sénat en 2012 (43) «dresse un constat alarmant sur l'insuffisance de médecins coordonnateurs nécessaires à la mise en place des injonctions de soins et souligne encore, comme pour les expertises pénales, l'inadéquation entre une législation inflationniste et la réalité des moyens. Ainsi, 237 médecins coordonnateurs seulement au 1er septembre 2011 devraient traiter 5398 injonctions de soins, le législateur ayant en effet systématisé le recours à ce dispositif dans des hypothèses toujours plus nombreuses.». De plus, ce rapport souligne que les carences demeurent inchangées puisque «17 départements sont actuellement dépourvus de médecins coordonnateurs et le nombre d'injonctions de soins non suivies est évalué à 1750 mesures».

Des mesures ont pourtant été prises pour assurer un recrutement plus large de médecins coordonnateurs. Tout d'abord, l'arrêté du 24 janvier 2008 (pour l'application des articles R. 3711-8 et R. 3711-11 du code de la santé publique relatif aux médecins coordonnateurs) a d'une part revalorisé l'indemnité annuelle qui leur est versée, et d'autre part porté de 15 à 20 le nombre de personnes condamnées pouvant être suivies au cours d'une année par un même médecin coordonnateur. Selon le docteur Roland Coutanceau le montant des rémunérations des vacances des médecins coordonnateurs n'était qu'un faux problème, pour lui la fixation d'un plafond de 20 personnes qu'un même médecin coordonnateur peut suivre, soit 60 consultations sur l'année, est un inutile facteur de rigidité du système, qui freine les vocations. Il estime que le rôle du médecin coordonnateur est crucial au début de la prise en charge mais qu'une fois le lien établi entre la personne suivie et son médecin traitant, son rôle se réduit à un suivi plus limité.

2.3.3.6. Médecin ou psychologue traitant

La désignation du médecin traitant et/ou du psychologue traitant intervient dans la mesure du possible avant la libération d'un condamné détenu. Toutefois, lorsque la personne a été condamnée pour un crime mentionné à l'article 706-53-13 du code de procédure pénale, cette désignation doit intervenir avant la libération de l'intéressé ou avant la cessation de sa rétention de sûreté.

Le médecin traitant ou le psychologue traitant doivent réaliser l'accompagnement psychothérapeutique du condamné. La personne en injonction de soins a le choix du profession-

nel, médecin et/ou psychologue qui le prendra en charge. Le professionnel choisi a le doit d'accepter ou non cette prise en charge. Cette acceptation est formalisée dans les quinze jours suivant la demande, sous la forme d'un engagement écrit sollicité par le médecin coordonnateur. Il est essentiel qu'il connaisse le cadre juridique de la prise en charge, c'est à dire de l'injonction de soins. Le praticien traitant a aussi la possibilité d'interrompre la prise en charge. Dans ce cas, il doit en informer le médecin coordonnateur par courrier en recommandé et renvoyer les pièces de la procédure qui lui ont été communiquées. Le patient devra alors se choisir un autre professionnel. Le médecin coordonnateur ne peut pas refuser le choix du médecin traitant sauf si ce médecin n'est manifestement pas en mesure de conduire la prise en charge d'auteurs d'infractions sexuelles. En cas de désaccord persistant sur le choix du praticien traitant, ce dernier sera désigné par le juge d'application des peines, après avis du médecin coordonnateur. Le juge devra convoquer le condamné pour tenter de parvenir à un accord, il ne pourra désigner qu'un médecin accepté par la personne condamnée. Si cette désignation s'avère impossible, au vu des observations écrites du médecin coordonnateur, le juge d'application des peines peut ordonner la mise à exécution de l'emprisonnement encouru (article R. 355-47 code de la santé publique).

Lien entre le médecin traitant ou psychologue traitant et la justice

Depuis la loi du 10 mars 2010, le praticien traitant est également habilité à informer directement le juge de l'application des peines ou agent de probation de l'interruption du traitement (en vertu de l'article L3711-3 du code de la santé publique). Il doit aussi en informer le médecin coordonnateur. Le praticien traitant peut également proposer au juge d'application des peines d'ordonner une expertise médicale.

La loi du 10 mars 2010 tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle précise que le médecin traitant est compétent pour prescrire tout traitement indiqué pour le soin du condamné, y compris des médicaments inhibiteurs de libido lorsque cela est médicalement justifié. Le consentement explicite écrit et renouvelé au moins une fois par an du patient est nécessaire pour la mise en place de ce traitement. Dans le cadre de la rétention de sûreté, en ce qui concerne les auteurs d'agressions sexuelles, cette loi permet, qu'en cas d'acceptation d'un tel traitement, le refus ultérieur de s'y soumettre conduirait à une nouvelle incarcération.

Le médecin traitant et le psychologue traitant ont pour rôle :

- d'effectuer la prise en charge psychothérapeutique, et en ce qui concerne le psychiatre traitant : de prescrire éventuellement un traitement pharmacologique (psychotrope, traitement inhibiteur de la libido)
- de rencontrer l'entourage ou un partenaire, s'il en estime une utilité pour la prise en charge du patient
- de consulter les pièces juridiques, et notamment les rapports d'expertises (par l'intermédiaire du médecin coordonnateur)
- de délivrer au patient des attestations de suivi
- d'informer le juge d'application des peines ou le médecin coordonnateur en cas d'arrêt du suivi médical (sans que ce soit considéré comme une violation du secret professionnel).

2.3.3.7. Les Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAVS)

Face à la complexité de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles, la circulaire DHOS-DGS/O2/6C n°2006-168 du 13 avril 2006 relative à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles prévoit la création des CRIAVS. (44) Les CRIAVS ont pour objectif d'améliorer la prévention, la compréhension et la prise en charge des violences sexuelles. Leur rôle est aussi de structurer les liens institutionnels entre les différents acteurs du suivi: les acteurs judiciaires (juge d'application des peines, procureur), les acteurs pénitentiaires (conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation), les acteurs sociaux et les acteurs sanitaires (infirmiers, psychologues, psychiatres, médecins coordonnateurs, experts). Leurs actions s'organisent en différents axes: le soutien aux équipes qui prennent en charge les auteurs de violences sexuelles, la formation des professionnels, la promotion de réseaux de prise en charge, la contribution au développement de la recherche, et l'accès à la documentation sur le sujet.(45) (46)

2.3.4. Évaluation du dispositif d'injonction de soins: état de la littérature

Nous avons retrouvé quatre études publiées relatives à l'injonction de soins en France. La première étude ne distingue pas obligation et injonction de soins. Elle a été réalisée en 2005, face à l'augmentation des demandes de prise en charge pour des soins pénalement ordonnés par un tribunal au CMP de Noisy-le-Sec. Les médecins qui ont réalisé l'étude se sont interrogés sur le profil de ces patients et sur leurs pathologies. Ils retrouvent un profil de patients qui n'est pas entièrement superposable à celui accueilli dans leur CMP. Ils mettent en avant que 47 % d'entre eux n'ont pas de pathologie mentale avérée. Cependant, 53 % des sujets reçus ont une pathologie mentale et 37 % ont des antécédents psychiatriques. Dans ce dernier groupe, ils mettent en évidence trois diagnostics principaux: troubles de la personnalité (28 %), psychoses (11 %), addictions (11 %). Sur les 36 individus, 30 étaient suivis au CMP, dont 2 par des psychologues, 4 étaient pris en charge dans un cabinet associatif de psychologues, 1 par un médecin généraliste et 1 autre par un centre d'alcoologie. De plus ils insistaient sur le fait qu'ils n'avaient aucun médecin coordinateur nommé sur leur département et que les patients, qui en relevaient, devaient être adressés au médecin coordinateur du Val-de-Marne. (47)

La deuxième étude, plus transversale en termes de prise en charge, s'est focalisée sur une population de pédophiles extra-familiaux en injonction de soins dans la région Indre-et-Loire (48). Elle a été menée auprès des différents intervenants médicaux et judiciaires impliqués dans les injonctions de soins de 16 auteurs de violences sexuelles de nature pédosexuelles extra-familiales. Cette étude révèle que la totalité des sujets était suivie par des équipes non spécialisées. Les soins consistaient uniquement en une psychothérapie de type psychodynamique pour 14 patients sur 16. Seuls deux patients bénéficiaient d'un antidépresseur à visée d'inhibition de la libido, traitement n'ayant pas l'AMM, mais connus pour avoir une efficacité partielle dans cette indication. (49) Elle révèle aussi la rareté des accès aux informations judiciaires, d'ailleurs peu souhaitées par le praticien.

La troisième étude évalue spécifiquement l'activité des médecins coordonnateurs en Haute-Normandie (50). Ils ont cherché à évaluer le profil des sujets suivis par les médecins coordonnateurs ainsi que le vécu de ces derniers dans l'exercice de cette fonction dans la région Haute-Normandie. Il s'agit de la première étude d'évaluation de l'activité des médecins coordonnateurs réalisée en France. Il y avait dans cette étude 5 médecins coordonnateurs. Ces médecins suivaient entre 8 et 23 sujets par an et cent patients ont été inclus dans cette étude.

Les professionnels exerçant la fonction de praticien traitant étaient dans 72 % des cas des psychiatres, dans 21% des cas des psychologues, en collaboration ou non avec un psychiatre, et dans 7% des cas des médecins non psychiatres (médecin alcoologue ou médecin généraliste). Dans cette étude l'âge moyen des sujets était de 40ans, il s'agissait d'hommes pour la quasi-totalité (99%). La seule femme représentée dans cet échantillon a été condamnée pour inceste et elle présentait un retard mental caractérisé.

Enfin, une étude a été réalisée sur la mise en application de l'injonction de soins dans les régions Alsace et Lorraine. (51) Elle dresse le profil des patients suivis dans le cadre de cette mesure: infractions commises, comorbidités psychiatriques, type de soins proposés. Elle soulignait qu'il s'agissait de la première étude de ce genre sur la zone géographique concernée. Pour réaliser leur étude, ils ont contacté les médecins coordonnateurs de ces deux régions et ils leur ont adressé un questionnaire. Ils ont identifié 16 médecins coordonnateurs. L'Alsace comptait six médecins coordonnateurs répartis sur trois Tribunaux de Grande Instance. Quant à la Lorraine, elle comptait dix médecins coordonnateurs répartis sur cinq Tribunaux de Grande Instance. Il y avait parmi eux 15 psychiatres et un médecin légiste. Parmi eux, treize médecins étaient des hospitaliers et trois psychiatres avaient une activité libérale. Le nombre de suivis par médecin coordonnateur variait entre un minimum de deux patients et un maximum de vingt patients. La grande majorité des individus étaient des hommes (98%). Seule une femme était suivie en injonction de soins. L'âge moyen des personnes condamnées était de 40 ans, variant entre 19 ans pour le plus jeune et 72 ans pour le plus âgé. La grande majorité était célibataire (72%). Les autres patients vivaient en union libre (14%) ou étaient mariés (14%). Les infractions condamnées étaient essentiellement de nature sexuelle (92 %). Les autres sujets (8%) étaient condamnés pour meurtre ou tentative de meurtre. La répartition des délits et crimes sexuels était la suivante: viol sur mineur de 15ans: 37% ; agression sexuelle sur mineur de 15ans: 35%; détention d'images pédopornographiques: 11%; viol sur majeure: 2%; agression sexuelle sur majeure: 6%; exhibition: 9%. Les comorbidités psychiatriques retrouvées dans cette étude étaient: une pédophilie primaire (F 65,4), concernant 38% des sujets suivis, un retard mental (F 70) dans 14% des cas, une personnalité dyssociale (F 60,2) dans 14% des cas, une schizophrénie paranoïde (F 20,0) dans 6% des cas, une personnalité émotionnellement labile borderline (F 60,31) dans 6% de cas, une personnalité émotionnellement labile impulsive (F 60,32) dans 2% des cas, une personnalité anankastique (F 60,5) dans 4% des cas, une personnalité dépendante (F 60,7) dans 2% des cas et un éthyisme chronique (F 10,2) dans 4% des cas. La majorité des sujets avaient choisi un médecin traitant (dans 82% des cas). Le suivi était assuré par un psychiatre exerçant en Centre Médico-Psychologique (CMP) pour 40% des patients. Le suivi était effectué par un psychiatre libéral

dans 38% des cas. Une minorité de sujets a été orientée vers un alcoologue (4%). Dans 16% des cas, le suivi était assuré par un psychologue de secteur exerçant en CMP. L'orientation vers un psychologue libéral ne représentait que 2% des cas. Les neuroleptiques étaient associés à la psychothérapie dans 26 % des cas. Sur les 13 patients traités par neuroleptiques de cette étude, 11 étaient condamnés pour infraction sexuelle sur mineur de 15 ans, un pour viol sur majeur et un pour exhibition. Les patients bénéficiant de cette modalité thérapeutique présentaient les troubles psychiatriques suivants: schizophrénie paranoïde (pour 3 d'entre eux); personnalité dyssociale (pour 3 d'entre eux); personnalité dépendante (dans un cas); retard mental (pour 4 d'entre eux); pédophilie primaire (pour 2 d'entre eux). Les antidépresseurs constituaient la troisième option thérapeutique dans 4% des cas. Enfin, dans 4% des cas, un traitement freinateur de la libido était prescrit conjointement à la psychothérapie. Un patient condamné pour exhibitionnisme, était traité par acétate de cyprotérone (Androcur[®]). Le second patient souffrant d'un retard mental, condamné pour agression sexuelle sur majeur était traité par analogue de la gonadolibérine (Enantone[®]).

On retrouve également deux études dans le cadre de travaux de thèse de médecine qui abordent le sujet de l'injonction de soins: la première réalisée en 2012 par le Dr Icher à Toulouse (52) avait mis en évidence la perception des médecins coordonnateurs sur leur rôle dans ce dispositif. Ils avaient défini leur rôle comme: informer la personne sous injonction de soins de leurs missions de médecin coordonnateur, vérifier que le suivi soit bien effectif, évaluer cliniquement l'individu afin de vérifier son évolution ainsi que l'absence de décompensation psychiatrique, et prévenir la récurrence.

La seconde du Dr Calonge (53) a cherché à évaluer ce dispositif à travers la parole des patients en évaluant précisément leur perception du dispositif, leur compréhension du cadre et leur inscription dans les soins. Une analyse qualitative de 12 entretiens semi-structurés avec des patients auteurs de violence sexuelle en injonction de soins a été réalisée. Elle montrait que le dispositif était dans l'ensemble bien compris par les condamnés. Les rôles de chaque intervenant semblaient plutôt bien intégrés par les patients. Les patients s'accordaient sur la mission du dispositif d'injonction de soins dans la prévention de la récurrence. L'étude a permis de dégager trois attitudes dominantes face aux soins pénalement ordonnés:

- des patients non investis dans le dispositif de soins: Ce sont des individus plutôt âgés (plus de 60 ans), condamnés à des faits de viol sur mineur et qui ont passé de nombreuses années en détention

- des patients qui investissent le dispositif sur le plan thérapeutique: Les individus se montrant investis dans le dispositif sont plutôt des hommes jeunes ayant reconnu les faits au moment du procès. Ils ont été condamnés pour des faits de violences sexuelles sur mineur et présentent une attirance pédophilique entraînant une souffrance personnelle.
- des patients qui ont trouvé dans le dispositif une forme de soin. Dans cette classe de patients présentant cette attitude face aux soins, on retrouve les individus qui ont reconnu les faits pour lesquels ils ont été condamnés. Ils ont pour certains commis un passage à l'acte (souvent unique) sur un adulte et présentent un faible niveau socio-éducatif.

Comme nous venons de l'observer, certaines initiatives locales tentent d'améliorer l'état des connaissances sur l'injonction de soins, cependant le niveau de connaissance général de ce dispositif reste faible, et le nombre de personnes sous injonction de soins reste à ce jour une information non disponible. C'est dans ce contexte que la FFCRIAVS et l'ONDRP ont élaboré le projet ELIS. L'objectif de ce travail de recherche est de collecter, sur le territoire français, un ensemble d'information portant sur les personnes suivies dans le cadre d'une injonction de soins, sur les faits ayant conduit le prononcé de l'injonction de soins, et également sur le suivi de la personne placée sous-main de justice. Ce recueil de données permettra d'établir un état des lieux statistique et quantitatif du dispositif.

Mon sujet de thèse s'intègre dans cette étude nationale. Il s'agira de dresser un état des lieux statistique, quantitatif de l'injonction de soins sur le département de Haute-Garonne.

L'étude ELIS proposait de recueillir les données à partir des dossiers des services pénitentiaires d'insertion et de probation. Cependant les services d'insertion et de probation de la Haute-Garonne nous ont fait part de leur difficulté à isoler les dossiers des personnes soumises à une injonction de soins et nous avons fait le choix de recueillir ces données à partir des dossiers des médecins coordonnateurs de la région.

3. Etude

3.1. Matériel et méthode

3.1.1. Sujets

Nous avons inclus tous les patients qui étaient suivis dans le cadre d'une mesure d'injonction de soins par les 3 médecins coordonnateurs du département de la Haute-Garonne, durant la période de recrutement qui s'est réalisée sur la période du 10 janvier au 8 juin 2018. Nous avons aussi inclus ceux pour qui l'injonction de soins était suspendue du fait d'une incarcération. Les données ont été rendues anonymes.

3.1.2. Mesures

Pour réaliser notre étude nous avons recueilli des informations à partir d'une grille de recueil de données. Elle nous renseigne sur les caractéristiques socio-démographiques des personnes sous injonction de soins, sur les caractéristiques du ou des faits ayant conduit à l'injonction de soins, sur les caractéristiques des victimes, les caractéristiques de l'injonction de soins et sur le suivi de ces personnes, sur leurs antécédents psychiatriques, ainsi que sur leur traitement médicamenteux le cas échéant.

La grille de recueil de données est en annexe.

3.1.3. Procédures

Le recueil des données s'est fait à partir des dossiers des médecins coordonnateurs et à partir des pièces suivantes: les rapports annuels des médecins coordonnateurs, les expertises psychiatriques pénales et examens médico-psychologiques, le réquisitoire définitif, éventuellement l'ordonnance de renvoi devant le tribunal correctionnel ou décision renvoyant l'accusé devant la cour d'assises, le jugement du tribunal ou de la cour d'assises, l'ordonnance de désignation du médecin coordonnateur.

Le projet ELIS avait bénéficié d'un accord de la CNIL au niveau national permettant le recueil des données au niveau régional.

3.1.4. Traitement des données

Les variables chiffrées (âge des personnes sous injonction de soins au moment du recueil de données, durée prononcée de l'injonction de soins) ont été décrites en terme de moyennes et d'écart-type. Les autres variables sont des variables qualitatives, non-métriques, elles ont été décrites au moyen de pourcentages à partir des effectifs calculés.

3.2. Résultats

3.2.1. Caractéristiques des personnes sous injonction de soins

Nous avons pu recueillir les données des 100 dossiers des patients suivis sur la période de recrutement.

Sexe

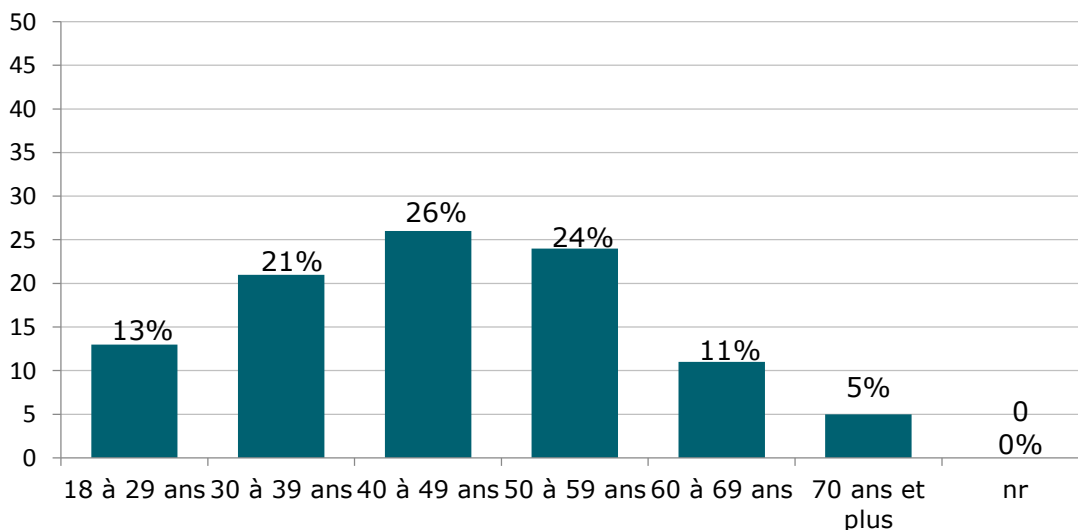
Dans notre étude la totalité des personnes suivies dans le cadre d'une injonction de soins sont des hommes.

Age

L'âge moyen des personnes sous injonction de soins au moment de l'étude est de 46 ans, avec un écart type de 13 ans. Plus de la moitié (71%) ont entre 30 et 59 ans.

On constate que 13% ont moins de 30 ans (de 22 à 30ans), 11% ont entre 60 et 69 ans et 5% ont plus de 70 ans (de 70 à 78 ans).

Toutes ces personnes sous injonction de soins sont majeures au moment du suivi, mais au moment des faits 5 d'entre eux étaient mineurs, 4 ont été jugées par la Cour d'assise des mineurs et un par le tribunal correctionnel des mineurs.



Nationalité

La quasi-totalité des personnes sous injonction de soins composant notre échantillon est de nationalité française (96%), 4% de notre échantillon est de nationalité étrangère.

Situation familiale

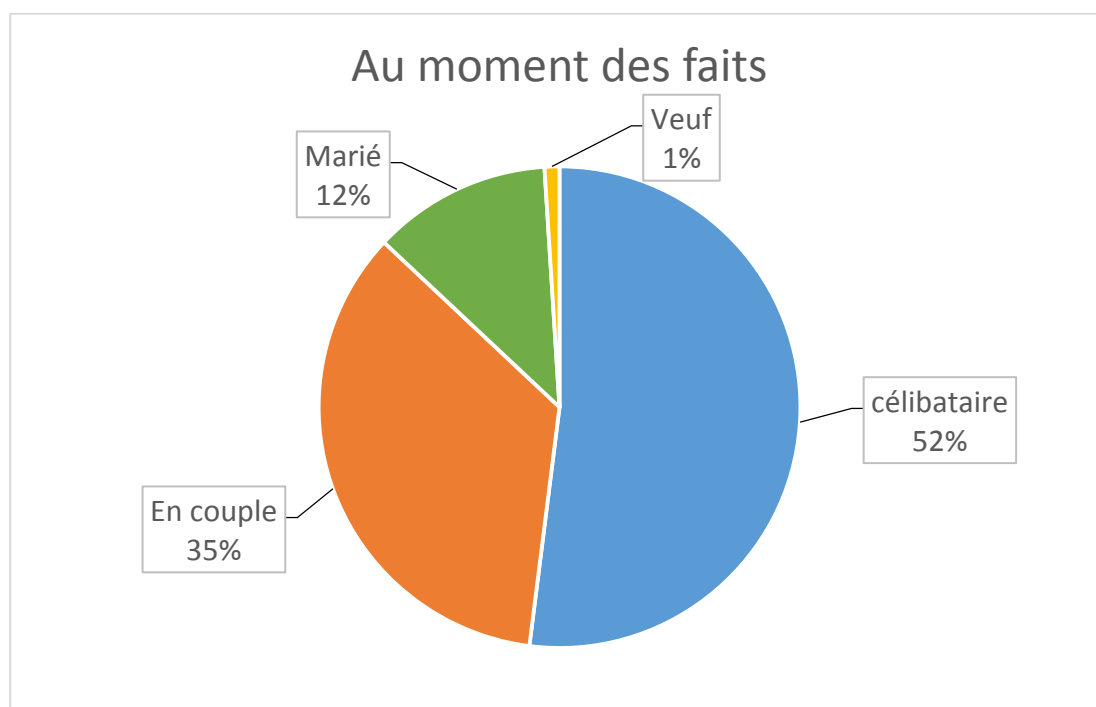
Au moment des faits 12% des personnes sous injonction de soins étaient mariées, contre 3% au moment du recueil de données (2% étaient toujours mariées avec la même personne).

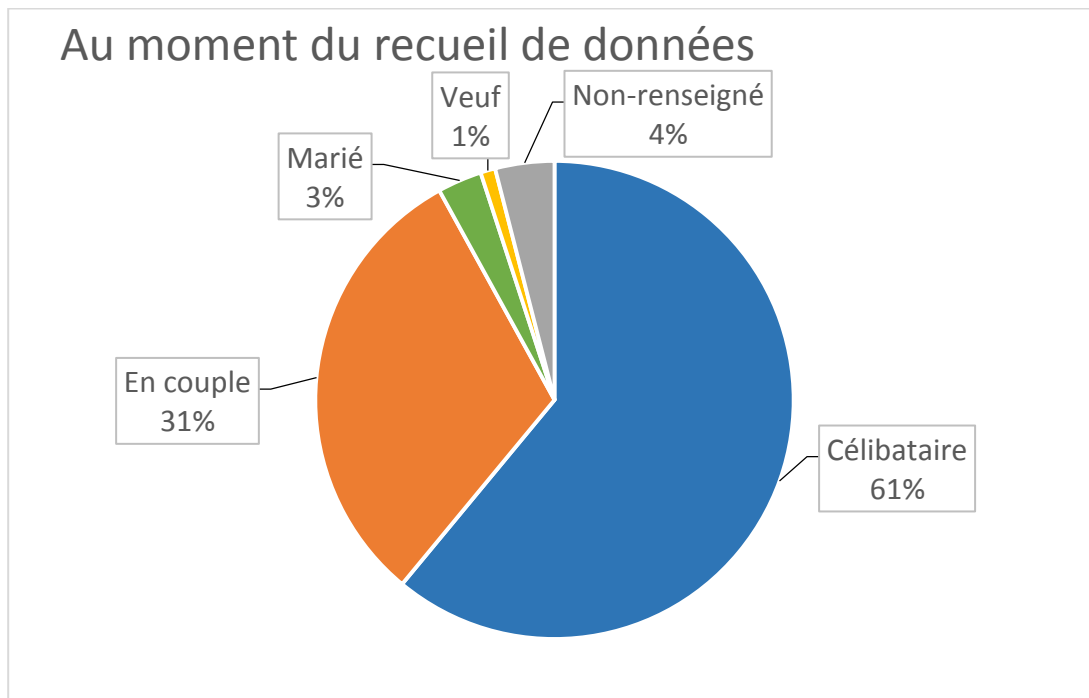
On note que le nombre de personnes en couple au moment des faits, et au moment du recueil de données reste stable: 35% étaient en couple au moment des faits, et 31% au moment du recueil de données (7% de cet échantillon étaient en couple avec la même personne).

Le nombre de personnes célibataires reste quasiment stable: 52% au moment des faits contre 61% au moment du recueil des données.

Une personne était veuve au moment des faits, et au moment du recueil de données.

Au moment du recueil de données 4% de ces données étaient non renseignées.





Présence au domicile des enfants de la personne sous injonction de soins

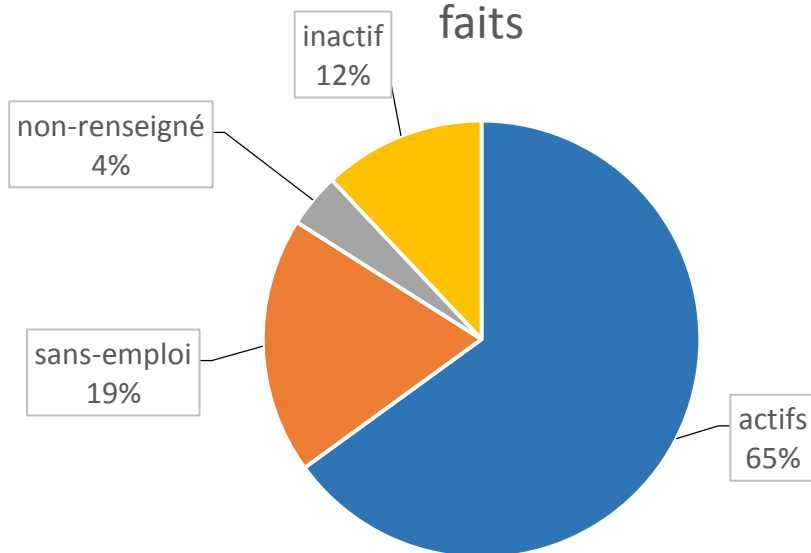
Au moment des faits 22% des individus vivaient avec leurs enfants (95% des enfants étaient mineurs et 5% étaient majeurs), contre seulement 8% au moment du recueil de données (87 % des enfants étaient mineurs, et 13% étaient majeurs)

Situation professionnelle

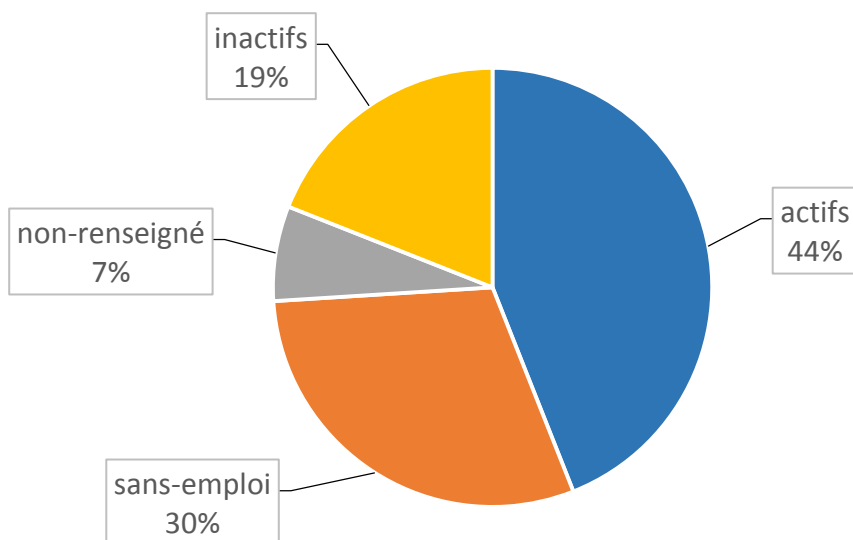
Au moment des faits: 65% des individus sous injonction de soins étaient actifs (salariés, intérimaires, ouvriers, cadres...), 19% étaient sans emploi, 7% étaient retraités, 4% étaient étudiants ou en formation et 1% en invalidité.

Au moment du recueil des données: 44% étaient actifs, 30% étaient sans emploi, 8,5% étaient retraités, 7% étaient étudiants ou en formation et 3% en invalidité.

Situation professionnelle au moment des faits



Situation professionnelle au moment du recueil de données



Antécédents psychiatriques des personnes sous injonction de soins

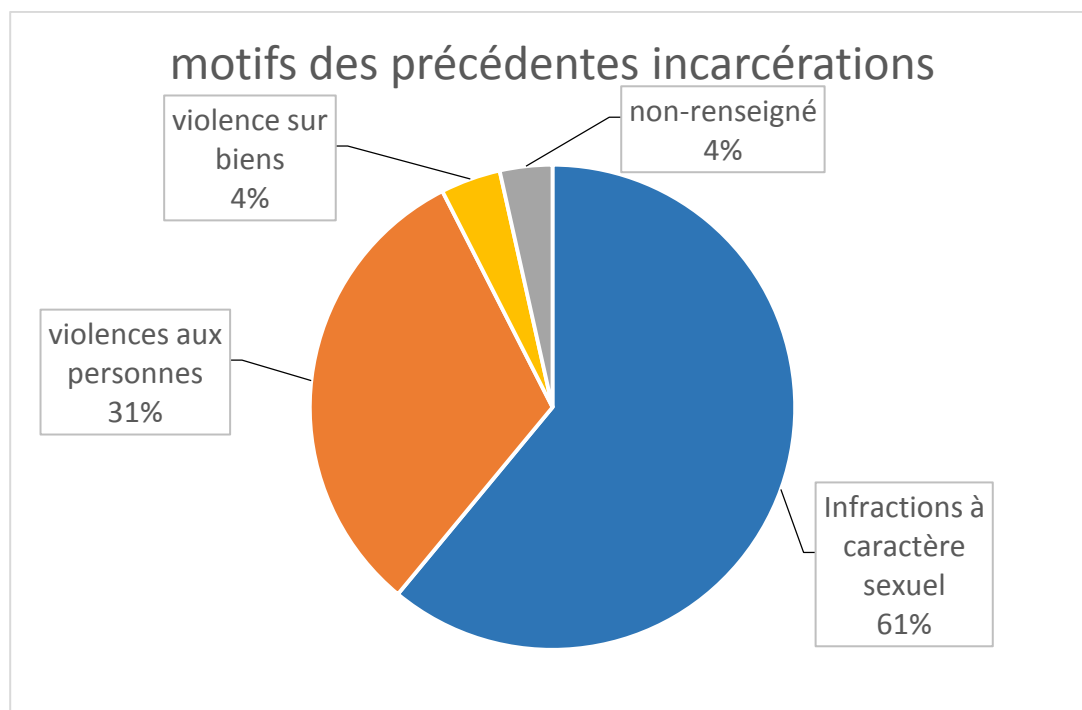
20% des personnes sous injonction de soins ont un antécédent de suivi ou d'hospitalisation psychiatrique avant les faits. Dans 9% des cas la personne avait été hospitalisée en psychiatrie et dans 11% des cas elle avait eu un suivi psychiatrique sans hospitalisation.

Antécédents judiciaires

Il n'y a pas d'antécédent judiciaire dans 48% des cas, on en retrouve dans 51% des cas (non renseigné dans 1% des cas).

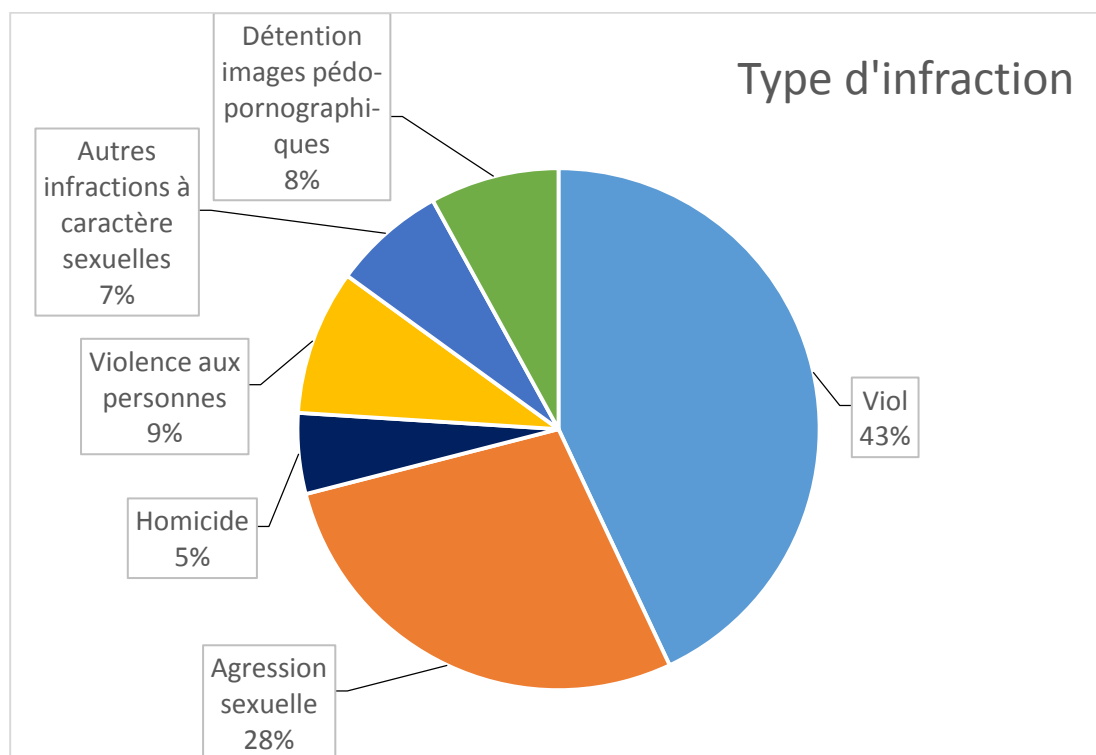
Nous allons voir de quel type d'antécédent judiciaire il s'agissait: infraction à caractère sexuel dans 61% des cas (associé à une condamnation pour violence aux personnes dans 19,5% des cas), violence aux personnes dans 31 % des cas, et violence sur les biens dans 4% des cas.

Il n'y avait pas d'antécédent d'injonction de soins.



3.2.2. Caractéristiques de l'infraction menant à l'injonction de soins

Le type d'infraction: viol: 43% ; agression sexuelle: 28% ; homicide : 5% ; violence aux personnes : 9% (tentative d'homicide 5%, violence volontaire 1%, violence ayant entraîné la mort 1%, violence sur conjoint 2%) ; autre infraction à caractère sexuel : 7% (corruption mineur 3%, exhibition sexuelle 3%, tentative de viol 1%) ; détention d'image pédopornographique 8%.

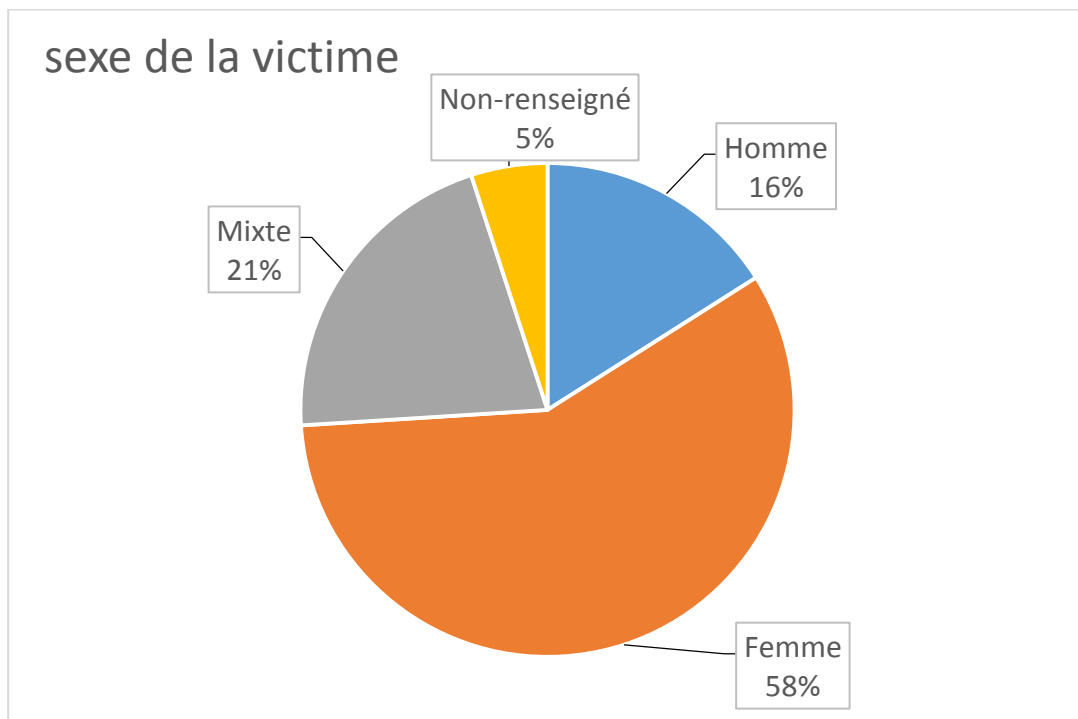


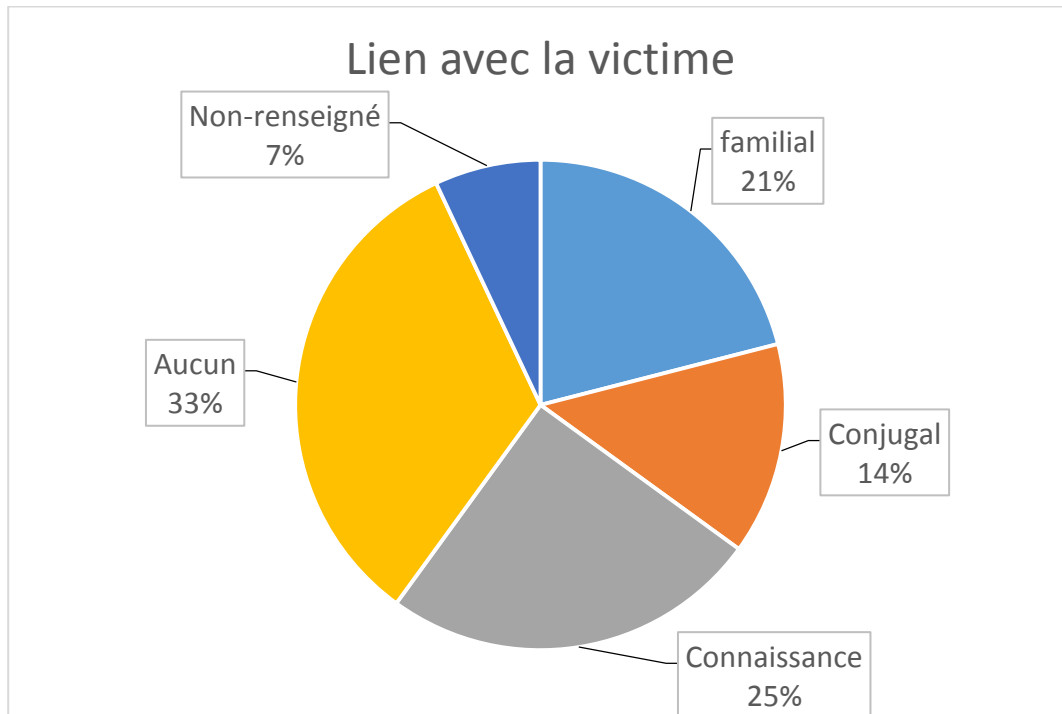
3.2.3. Caractéristiques des victimes

La victime était un homme dans 16% des infractions ayant conduit à l'injonction de soins, une femme dans 58% des cas, pour 21% des cas les victimes étaient des deux sexes (valeur non renseignée dans 5% des cas).

La victime était majeure dans 40% des cas (elle était vulnérable dans 5% des cas), elle était mineur dans 54 % des cas et pour 6% des condamnations les victimes étaient majeures et mineures.

Lien entre les auteurs et la ou les victimes: les victimes ne sont pas connues des auteurs dans un tiers des cas (33%), pour un tiers des cas le lien qui les unit est familial (21%) ou conjugal (14%), enfin dans 25% il s'agissait d'une connaissance.





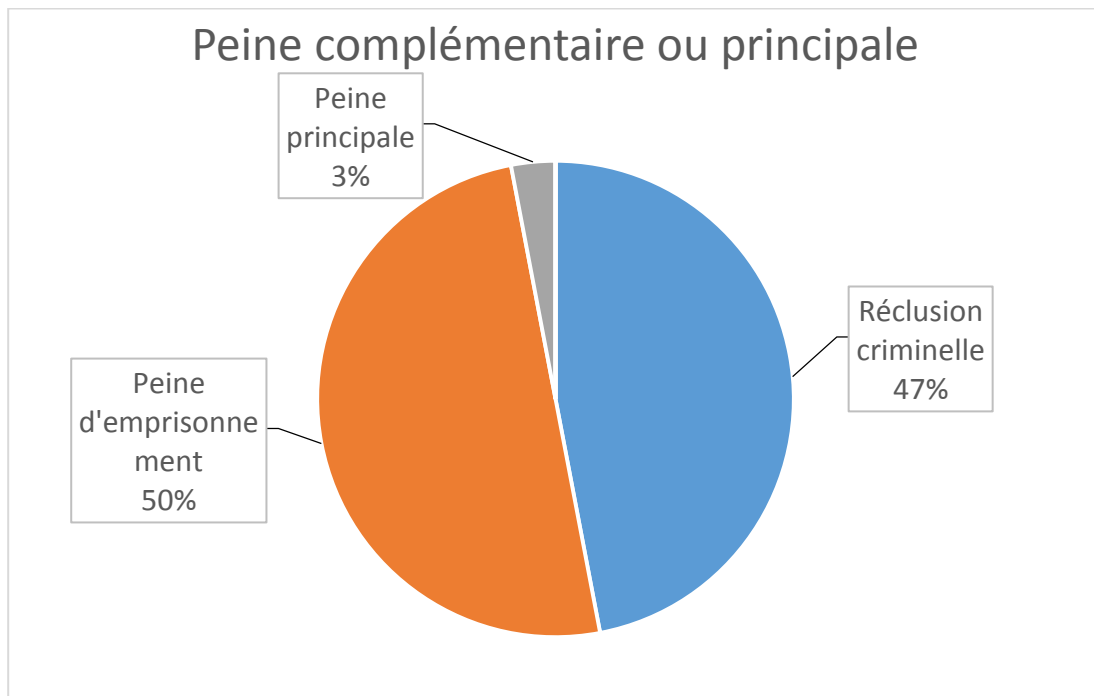
3.2.4. Caractéristiques de l'injonction de soins (cadre, durée)

Peine complémentaire ou principale

L'injonction de soins débute après une période d'emprisonnement dans 97% des cas. La durée d'emprisonnement moyenne était de 9 ans. Cette peine s'effectue dans un établissement fléché dans 55.5% des cas, cette donnée n'était pas disponible dans 16% des cas.

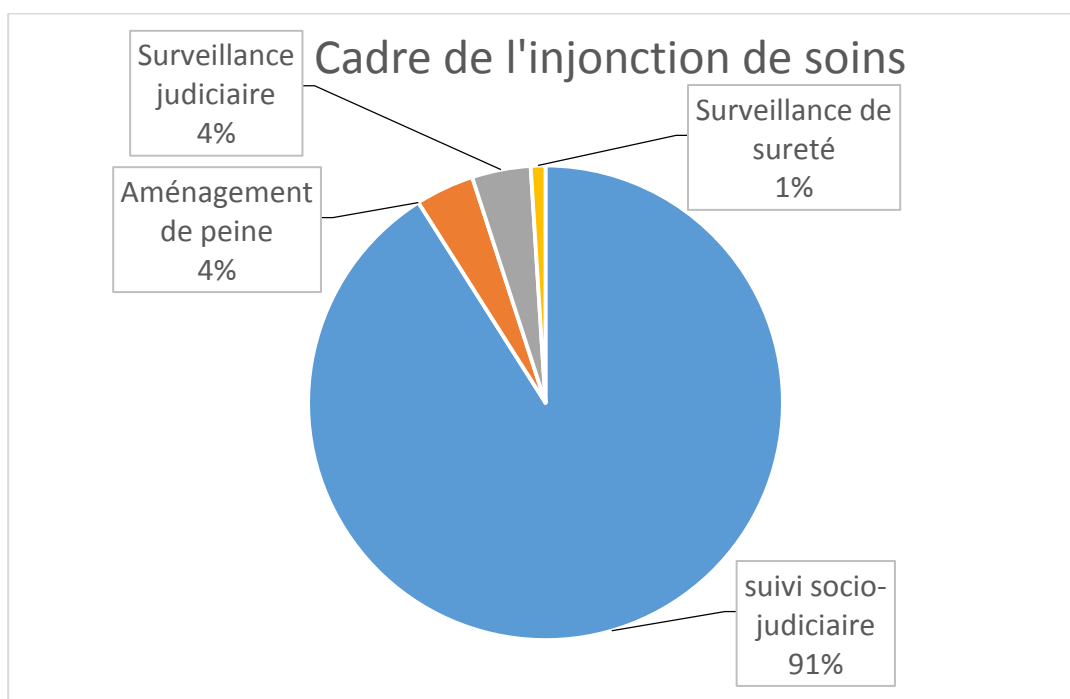
Il s'agissait d'une réclusion criminelle dans 47% des cas prononcé dans le cadre d'une condamnation pour un crime, dont 2% relevaient d'une réclusion criminelle à perpétuité. Dans 50% des cas il s'agissait d'une peine d'emprisonnement, relative à une condamnation pour un délit.

Dans notre échantillon il s'agit d'une peine principale dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire dans 3% des cas.



Le cadre

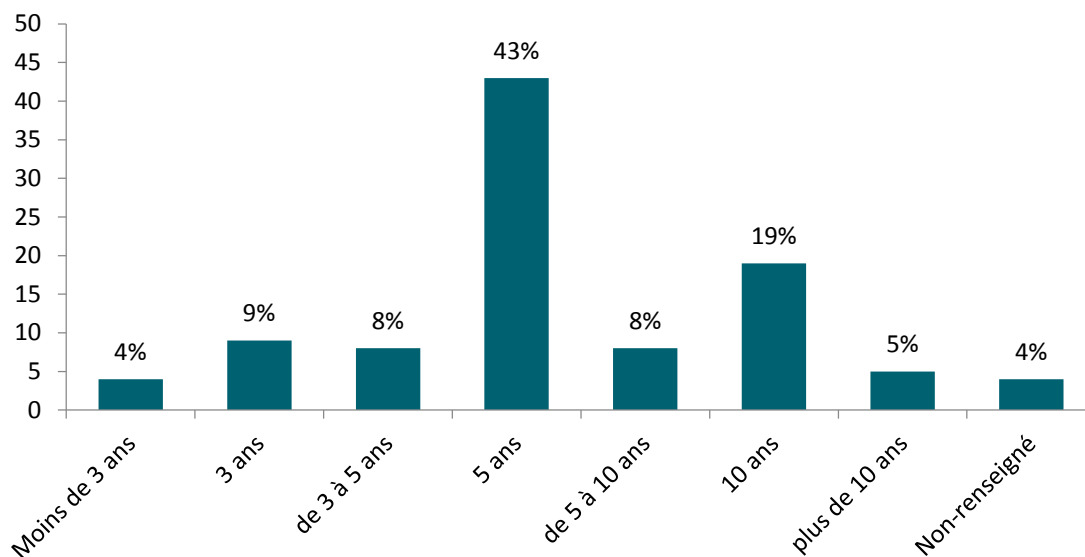
L'injonction de soins est prononcée dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire dans 91% des cas, d'un aménagement de peine dans 4% des cas, d'une surveillance judiciaire dans 4% des cas, et d'une surveillance de sureté dans 1% des cas.



La durée

La durée moyenne de l'injonction de soins est de 6 ans, l'écart type est de 3 ans. Le minimum étant de 2 ans et le maximum de 20 ans.

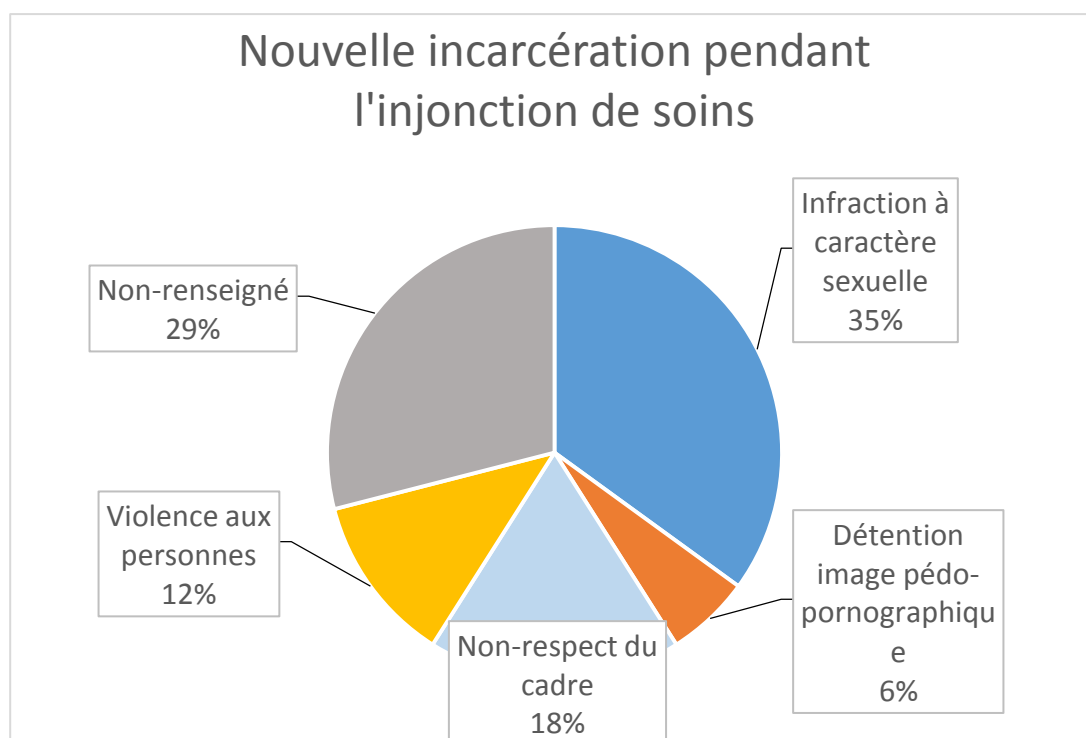
Répartition de la durée de l'injonction de soins prononcée en année



Nouvelles infractions commises durant l'injonction de soins

17% des personnes sous injonction de soins ont été de nouveau incarcéré. Il s'agissait dans 16% des cas d'une récidive et d'un non-respect de l'injonction de soins dans 18% des cas.

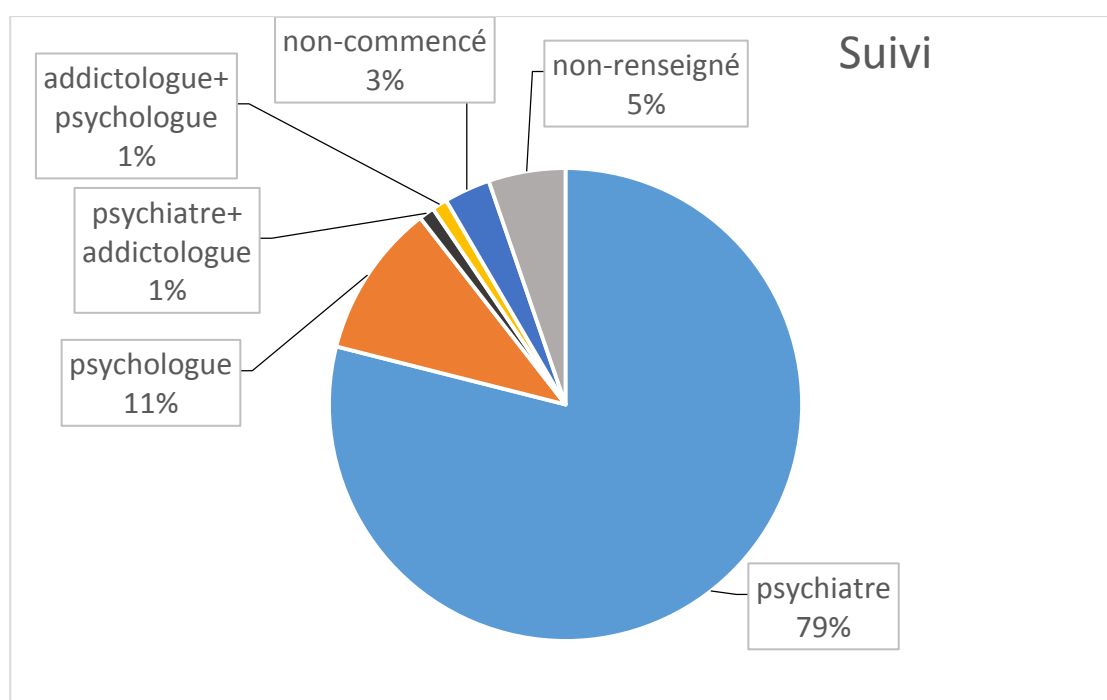
Les natures des infractions commises étaient; des infractions à caractère sexuel dans 35% des cas, une détention d'image pédo-pornographique dans 6% des cas, des violences aux personnes dans 12% des cas.



Le suivi en injonction de soins

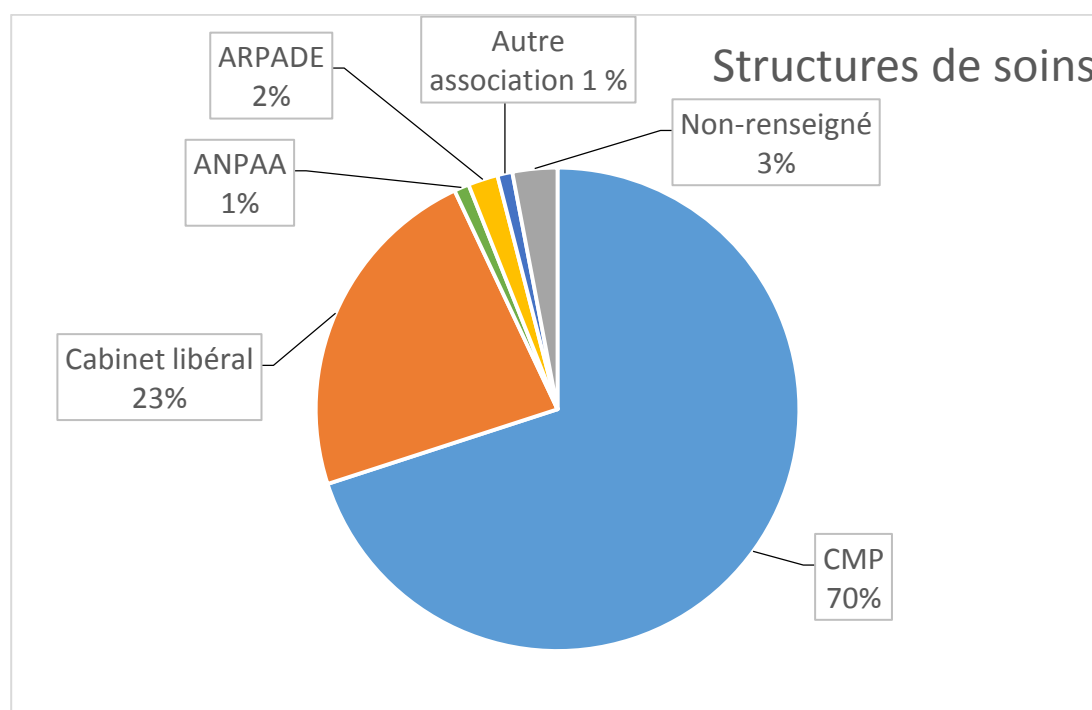
La personne sous injonction de soins était suivie par un psychiatre dans 75 % des cas , un psychologue dans 10% des cas, un psychiatre et un psychologue dans 5% des cas, un psychiatre et un addictologue dans 1% des cas, un addictologue et un psychologue dans 1% des cas. Au moment du recueil de données le suivi n'avait pas commencé dans 3 % des cas.

Dans 12% la personne sous-main de justice été déjà suivie par ce soignant avant le début de la mesure. Dans notre étude il n'y avait aucune prise en charge de groupe.



Les structures de soins

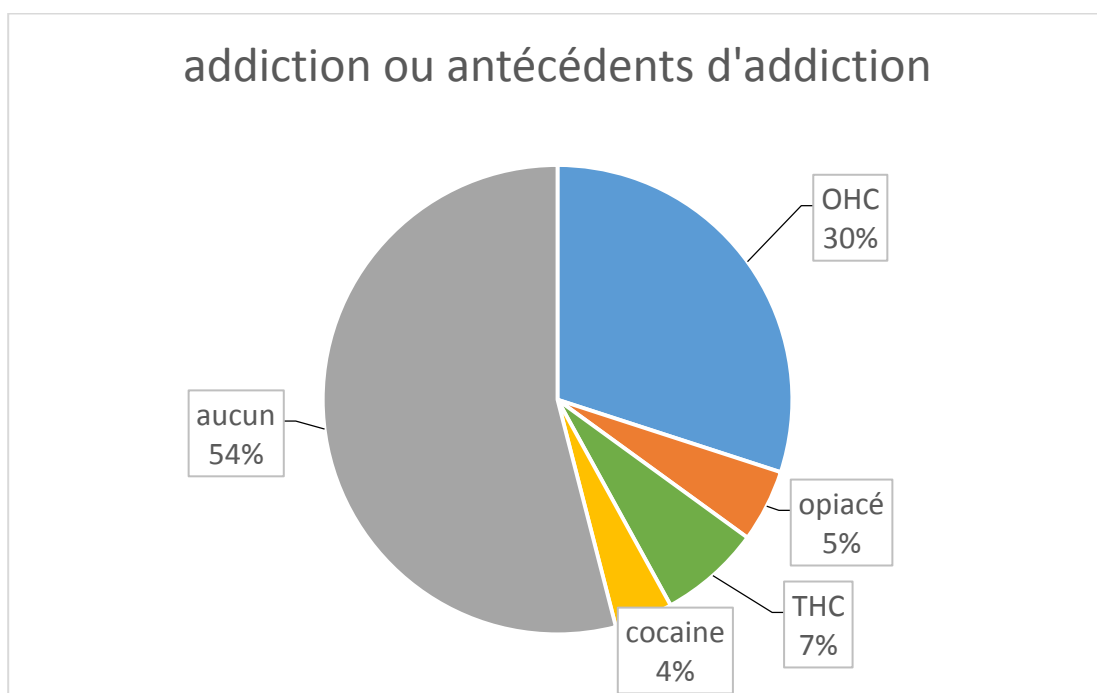
Il s'agissait d'une prise en charge dans un CMP (Centre Médico-Psychologique) dans 70% des cas, dans un cabinet libéral dans 22% des cas, à l'ANPAA (Association National de prévention en Alcoologie et Addictologie) dans un 1% des cas, à l'ARPADE (Association Régionale de Prévention et d'Aide face aux Dépendances et aux Exclusions) dans 2% des cas, et dans une autre association dans 1% des cas.



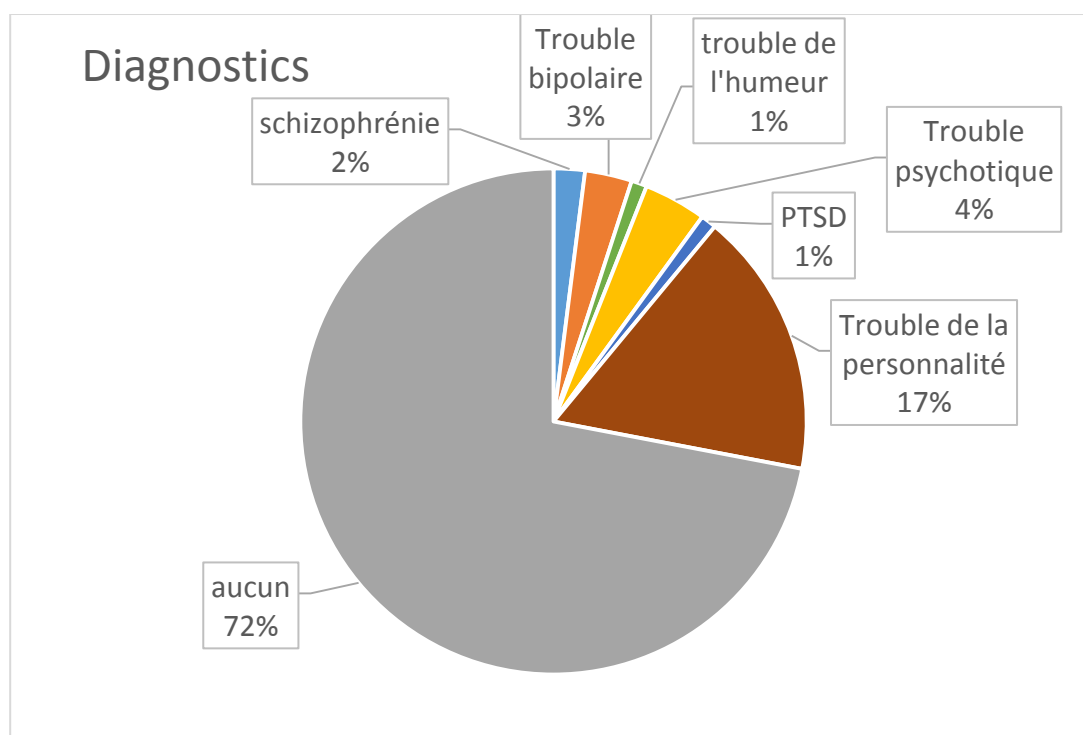
3.2.5. Diagnostic et traitement médicamenteux

Diagnostics posés

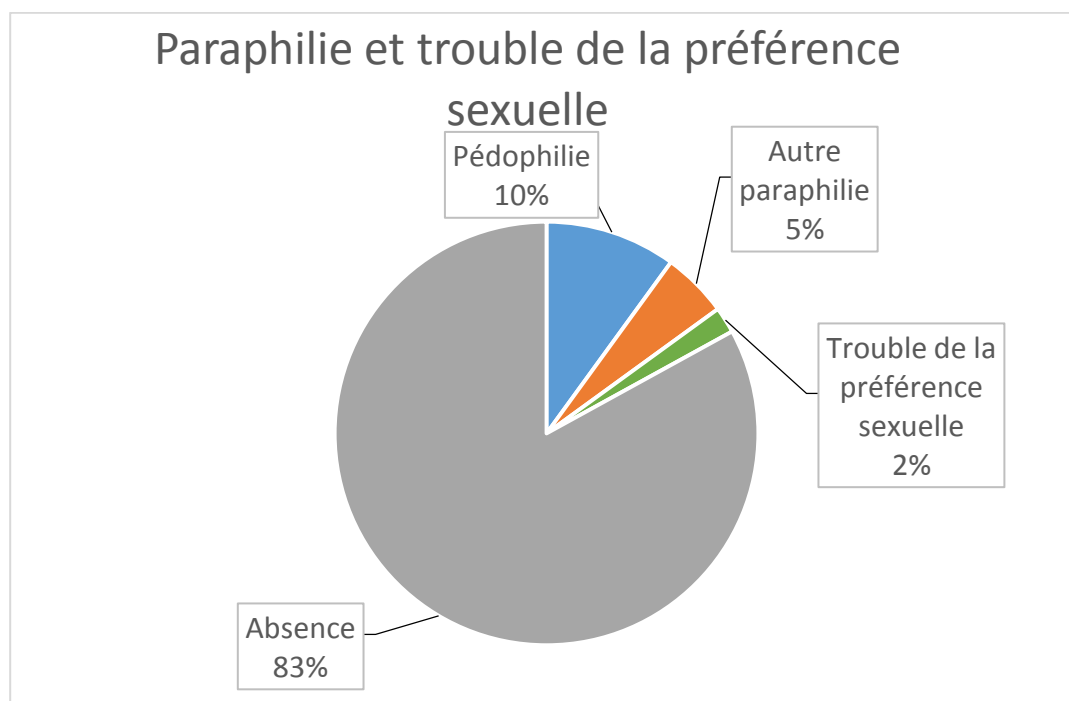
46% de notre échantillon avait une dépendance ou un antécédent de dépendance à une substance: dépendance à l'alcool dans 30% des cas (18% étaient sevrés au moment du recueil de données), de dépendance aux opiacés dans 5% des cas, de dépendance au cannabis dans 7% des cas (3% étaient sevrés au moment du recueil de données), de dépendance à la cocaïne dans 4% des cas.



On retrouvait un diagnostic de schizophrénie dans 2% des cas (pour 2 individus il y avait un questionnement sur le diagnostic). Un trouble psychotique était retrouvé dans 4% des cas, il s'agissait d'un trouble schizophréniforme dans un cas, pour les autres le trouble était sans précision. Un trouble bipolaire était retrouvé dans 3% des cas et un trouble de l'humeur sans précision dans 1% des cas. Un diagnostic d'Etat de Stress Post-Traumatique était retrouvé dans 1 % des cas. Un trouble de la personnalité était retrouvé dans 17% des cas: personnalité antisociale dans 6 % des cas, personnalité borderline dans 6% des cas, personnalité dépendante dans 2% des cas, personnalité schizoïde dans 2% des cas, personnalité narcissique dans 1% des cas. Seul un diagnostic de trouble de la personnalité dépendante était associé à un diagnostic de paraphilie (pédophilie).



Un diagnostic de paraphilie était retenu dans 15 % des cas: pédophilie 10%, voyeurisme 2%, fétichisme 1%, exhibitionniste 2%. Et un diagnostic de dysphorie de genre était retrouvé dans 2% des cas. Un diagnostic de voyeurisme était associé à celui d'exhibitionniste et un diagnostic de pédophilie était associé à celui de fétichiste.



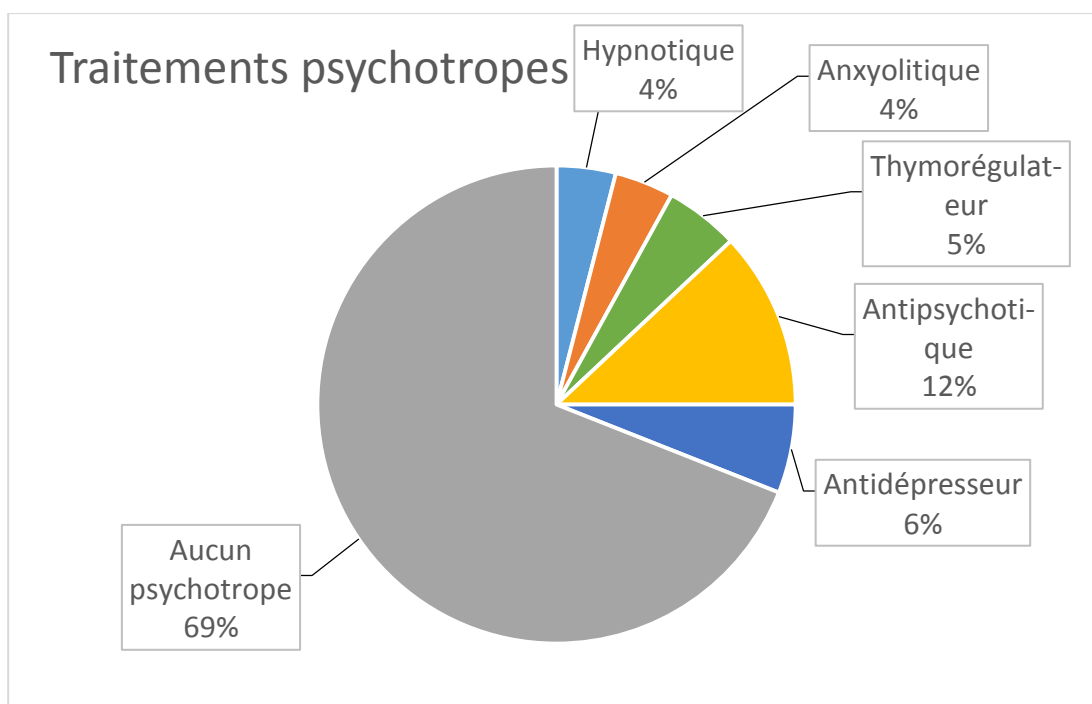
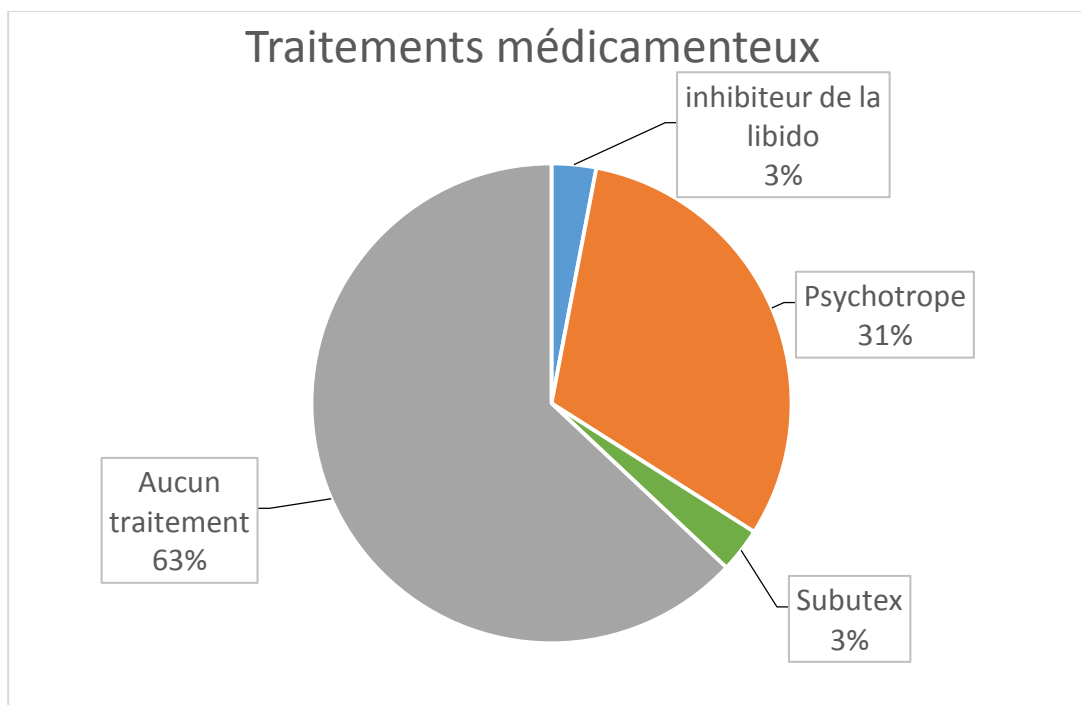
Des traits de personnalité étaient retrouvés dans 19% des cas: trait psychopathique: 5% ; trait dysharmonique : 3% ; trait de personnalité abandonnique : 5% ; trait de personnalité sensitive : 2% ; trait de personnalité sans précision : 4%.

Les traits psychopathologiques les plus fréquemment retrouvés étaient les suivants: carence affective dans 13% des cas, immaturité psychoaffective dans 11% des cas, fragilité narcissique dans 10% des cas, trait de perversion dans 12% des cas.

Et un bas niveau intellectuel était retrouvé dans 12% des cas.

Traitements médicamenteux

Les traitements pharmacologiques proposés aux patients étaient en première intention les psychotropes: antipsychotique dans 12% des cas, antidépresseur dans 6% des cas, thymorégulateur dans 5% des cas, hypnotique dans 4% des cas, anxiolytique dans 4% des cas. Un traitement de substitution par subutex était prescrit dans 3% des cas. Enfin un traitement inhibiteur de la libido était prescrit dans 3 % des cas (decapeptil 1% androcur 2 %), pour un individu le traitement avait été proposé mais refusé par la personne.



4. Discussion

4.1. Résultats principaux

Parallèlement à la rédaction de ce travail, les premiers résultats de l'étude ELIS ont été présentés lors de l'audition publique « Auteurs de Violences Sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge » (54) ; ainsi nous allons pouvoir comparer nos résultats régionaux aux données nationales.

4.1.1. Profil socio-démographique

On observe que dans notre échantillon il y a seulement des hommes. Au niveau national l'étude ELIS recense 1 % de femmes. L'absence de représentation de femme dans notre étude peut être mise en lien avec la taille de l'échantillon. Les femmes sont pourtant clairement représentées au sein de la population condamnée pour des affaires de mœurs puisqu'elles représentent, selon un rapport du ministère de la justice de 2009, 7,2% des condamnations totales dans ce cadre-là. (55) On peut donc se demander pourquoi, pour une même infraction, les femmes sont moins condamnées à une injonction de soins. Certains auteurs proposent l'hypothèse d'un traitement sociétal différent des infractions commises par des femmes, avec moins de judiciarisation et plus de prise en charge par les services sociaux et sanitaires (travaux du sociologue Arthur Vuattoux). (56)

La moyenne d'âge des personnes suivies dans le cadre d'une injonction de soins est de 46 ans, une moyenne quasiment similaire à celle de l'étude ELIS (47 ans). Au moment du recueil de données, toutes les personnes étaient majeures. Leur âge va de 22 à 78 ans. Il faut noter qu'au moment de la condamnation à cette mesure, 5% d'entre elles étaient mineures.

En ce qui concerne l'insertion socio-professionnelle, on peut observer qu'au moment des faits, presque la moitié des individus étaient en couple ou mariés, contre un tiers au moment du recueil de données. Ces chiffres restent à peu près similaires à ceux de l'étude ELIS ; en effet 47% étaient mariés ou en couple au moment des faits contre 29% au moment du recueil de données.

Le fait que le nombre de personnes sous injonction de soins vivant au domicile avec leurs enfants au moment des faits diminue de moitié au moment du recueil de données, pour-

rait s'expliquer par le type d'infraction commise par la personne. En effet, presque trois-quarts des personnes qui vivaient avec leurs enfants au moment des faits et qui ne vivent plus avec actuellement ont commis une infraction à l'encontre d'un membre de leur famille (70 %).

Au moment des faits, ces individus sont pour la majorité bien insérés professionnellement dans la société. On observe une augmentation du nombre de personnes sans activité professionnelle (demandeurs d'emploi, bénéficiaires du RSA, ou de l'AAH, ou autre, non précisé), passant de 19% au moment des faits à 30% au moment du recueil de données. Les chiffres sont proche de l'étude ELIS puisque dans leur étude : les personnes sans emploi étaient de 23% au moment des faits, et représentent un tiers de l'échantillon au moment du recueil de données. Cette information est importante car l'insertion professionnelle est un facteur limitant le risque de récidive. (57)

4.1.2. Considérations judiciaires et criminologiques

Des antécédents judiciaires sont présents dans la moitié des cas, sachant qu'il s'agissait d'une infraction à caractère sexuel dans plus de la moitié des cas.

On voit que malgré l'extension du champ d'application de l'injonction de soins, les condamnations à une injonction de soins pour une infraction à caractère sexuel restent majoritaires (86%). De même au niveau national, ces dernières représentent 90% des condamnations à une injonction de soins dans l'étude ELIS.

L'injonction de soins reste une mesure la plus fréquemment prononcée dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire, et très peu dans les autres cadres, comme l'aménagement de peine, la surveillance judiciaire, ou la surveillance de sûreté. Dans la majorité des cas, l'injonction de soins est une peine complémentaire à une peine d'emprisonnement, alors que pour seulement 3% des cas, il s'agissait d'une peine principale dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire.

Les infractions ayant entraîné une condamnation à une injonction de soins ont fait pour plus des trois quarts d'entre elles une victime de sexe féminin (même résultat que dans l'étude nationale), et dans plus d'un cas sur deux, la victime était mineure. Dans un cas sur trois, l'individu ne connaissait pas la victime, ce résultat est porté à un quart des cas dans l'étude ELIS. Cela va à l'encontre des résultats d'études précédentes qui montraient une plus faible proportion d'agressions sur des personnes inconnues (Jaspard, 2000). (58)

Une nouvelle incarcération a eu lieu dans 17% des cas, que ce soit dans le cadre d'une récidive, d'une nouvelle infraction, ou d'un non-respect de la mesure. Il est important de rappeler que le suivi socio-judiciaire, et donc l'injonction de soins, furent créés pour lutter contre la récidive, et plus spécifiquement contre la récidive sexuelle. Or, à ce jour, le taux de récidive pour des violences sexuelles en France est une information difficile à obtenir. Seule une étude datant de 1997 faisant état d'un suivi de cohorte, nous informe sur le taux de récidive (au sens légal) pour viol et attentat à la pudeur. Selon cette étude, ces taux varient entre 1,9% et 3 % pour les viols et entre 8,5% et 10 % pour les attentats à la pudeur 19 (59). Actuellement, il est seulement possible de connaître la part des personnes condamnées pour viol en état de récidive (5,6% en 2016) et celle des personnes condamnées pour un délit sexuel en état de récidive (6,3%) ou en état de réitération (12,7 %) (60).

La durée moyenne de l'injonction de soins, comme dans l'étude ELIS, est de 6 ans et 3 mois. La durée de l'injonction de soins dans un quart des cas est de 10 ans ou plus. On peut s'interroger sur l'indication de soins pendant une durée aussi importante, sans prendre en compte l'évolution du patient, et sans réévaluer l'indication. Cette question de la durée de l'injonction de soins a d'ailleurs beaucoup été questionnée lors de l'audition publique qui s'est tenue les 14 et 15 Juin 2018 sur les violences sexuelles, avec l'idée de dissocier la durée du suivi socio-judiciaire et celle de la mesure de soins pénalement ordonnés.

4.1.3. Profil psychiatrique et prise en charge sanitaire

La présence d'un suivi ou d'une hospitalisation antérieure à la révélation des faits en psychiatrie est de 20% dans notre échantillon, il aurait été intéressant d'avoir des données plus précises à ce sujet (quel type de prise en charge, pour quelle problématique etc...).

Un diagnostic de paraphilie était posé pour 15% des personnes condamnées. Nous pouvons nous demander si ce diagnostic était systématiquement recherché et repéré. Le cas échéant, ce chiffre va à l'encontre de l'idée selon laquelle la plupart des agresseurs sexuels seraient des pédophiles. Si nous comparons notre résultat à celui de l'étude réalisée en Alsace et Lorraine la prévalence de ce trouble est plus importante puisqu'un diagnostic de pédophilie primaire a été posé dans 38% des cas.

La prévalence des conduites addictives est assez élevée. En effet, dans presque la moitié des cas, les personnes sous injonction de soins avaient ou avaient eu une dépendance (al-

cool, opiacé, THC, cocaïne). En revanche, seulement 6% des patients sont atteints d'un trouble psychotique, et 4% d'un trouble de l'humeur. Un trouble de la personnalité était retrouvé chez 17% des individus. Ce trouble est moins représenté dans cette population par rapport à ce que l'on pourrait attendre. Les conduites addictives sont moins représentées dans l'étude réalisée en Alsace et Lorraine que dans notre échantillon, puisqu'elles sont présentes dans 4% des cas. De plus on retrouve un diagnostic de schizophrénie paranoïde dans 6% des cas, il est donc trois fois moins représenté dans notre étude. En revanche la prévalence des troubles de la personnalité reste proche, en effet ils sont retrouvés dans 14% des cas.

Dans deux tiers des cas, le suivi est assuré par un médecin psychiatre du secteur de psychiatrie.

La principale modalité de soins est une psychothérapie non spécifique. La seconde modalité thérapeutique est la prescription de neuroleptiques. Si leur indication est évidente pour les patients schizophrènes, la question se pose pour les autres indications. Pour reprendre les termes des recommandations de la HAS, «les antipsychotiques et thymorégulateurs n'ont pas d'indication dans le cas d'un trouble du comportement sexuel, en dehors des cas où ce trouble est associé à un trouble psychiatrique caractérisé».(61) Les antidépresseurs peuvent quant à eux être indiqués dans certains cas. Comme le rappelle la HAS dans ses recommandations, «en dépit de l'absence d'AMM, ils sont souvent prescrits dans les paraphilies à faible risque de passage à l'acte (exhibitionnisme, pédophilie sans antécédent de passage à l'acte)», ce qui n'a pas été l'indication retrouvée dans notre étude. La prescription de thymorégulateur était justifiée par la présence d'un trouble bipolaire. Une minorité de patients bénéficie d'un traitement spécifique, les freinateurs de la libido. Les deux molécules ayant reçu l'AMM en France sont l'Androcur[®] et le Salvacyl[®]. D'après la cinquième conférence de consensus de 2001 (62), leurs principales indications sont les pédophilies sévères, les prédateurs sexuels (risque de récurrence élevée), ainsi que les patients souffrants de retard mental auteurs de violence sexuelle.

4.2. Forces et faiblesses

Une des forces de cette étude est qu'il s'agit d'une étude originale et exhaustive: en effet, aucune autre étude n'avait recueilli ces données sur le territoire de la Haute-Garonne à un instant donné. De plus, elle s'appuie sur la méthodologie d'une étude nationale conduite par la FFCRIAVS et l'ONDRP, ce qui a permis de comparer nos résultats régionaux aux résultats nationaux.

La participation active à ce projet des médecins coordonnateurs a permis l'inclusion d'un grand nombre de patients et le recueil d'une quantité importante de données, du fait de la tenue rigoureuse des dossiers. Nous avons au départ envisagé de recueillir des données à partir des dossiers des CPIP mais il s'avérait complexe de centraliser les dossiers des personnes condamnées à une injonction de soins. De fait, même dans les dossiers des médecins coordonnateurs on ne retrouve pas toujours les mêmes pièces judiciaires, ce qui peut induire un manque d'information.

Il s'agit là d'une limite de cette étude qui en comporte d'autres. En particulier, certaines données sont imprécises et doivent être analysées prudemment. Ainsi, la donnée sur la présence des enfants de la personne sous injonction de soins au domicile au moment des faits et au moment du recueil de données manque de précisions et d'informations. En effet, on ne connaît ni le pourcentage d'individus qui ont des enfants (ils pourraient avoir des enfants, sans en avoir la garde), ni le pourcentage d'enfants qui pourraient vivre au domicile de la personne sans être les enfants des personnes (enfants d'un conjoint, enfants d'un autre membre de la famille ou gardés au domicile). Il faut noter que les chiffres de notre étude et ceux de l'étude ELIS sont très différents, ce qui pourrait s'expliquer par le manque de précision de cette donnée.

De même la variable antécédent psychiatrique est très imprécise, ce qui en limite la pertinence et l'analyse que l'on peut en faire. On ne sait pas de quel type de suivi il s'agit, ni la durée, quel âge avait la personne au début des soins, si ce suivi a eu lieu dans l'enfance, ou encore quel en était l'indication. Quant aux hospitalisations, on ne connaît ni la modalité (hospitalisation libre, hospitalisation à la demande d'un tiers, hospitalisation à la demande du représentant de l'État) ni le motif, ni la période.

De plus, pour toutes les données recueillies au moment du recueil de données, ni la période de suivi ni d'éventuels changements de situation (professionnelle, familiale...) ne sont

pris en compte. Enfin, les motifs d'une nouvelle incarcération des patients suivis en injonction de soins n'étaient pas connus dans 29% des cas, nous ignorons s'il s'agit d'un non-respect de la mesure ou d'une nouvelle infraction, ce qui ne permet pas de conclure sur les résultats de cette donnée. Ce manque d'informations ne permet pas d'apporter des ajustements nécessaires à l'efficacité du dispositif.

4.3. Perspectives et enjeux

Malgré les constats alarmants sur le manque d'informations statistiques au sujet de l'injonction de soins mis en évidence par le rapport de l'IGAS et de l'IGSJ en 2011, trop peu d'études ont été réalisées jusque-là. Il est donc impossible de connaître le profil des personnes condamnées à cette peine et encore moins de savoir si cette mesure leur est bénéfique. Cette carence est un réel problème puisqu'elle limite toute possibilité d'évaluer l'efficacité de ce dispositif.

Grâce à ce travail, nous avons pu mettre en évidence les caractéristiques des personnes sous injonction de soins, décrire les infractions à l'origine du prononcé de cette peine et analyser l'application de cette mesure (sa durée et son suivi).

Cette étude nous a permis de constater que la prise en charge thérapeutique actuelle de ces patients est constituée de suivis en individuel ; il n'y a aucune prise en charge de groupe et pour la très grande majorité, le suivi est réalisé par un seul intervenant, alors que la prise en charge de groupe est recommandée pour cette population (61) (63). Il serait donc intéressant de créer des groupes de prise en charge des auteurs de violence sexuelle ; à noter qu'au moment de la rédaction de notre travail, un premier groupe est en cours de constitution dans un CMP de l'agglomération toulousaine.

Par ailleurs, les suivis sont majoritairement réalisés par un seul thérapeute alors que la prise en charge pluridisciplinaire de cette population auteurs de violence sexuelle est recommandée au vu de la problématique de ces sujets et de leur principal mécanisme de défense, le clivage.

Au vu du nombre important de dépendance à une substance, la prévention et la prise en charge des addictions, semble être un enjeu dans la prise en charge de ses patients, pendant et après la période d'incarcération et pourrait participer à la diminution du risque de récidive.

En effet il existe un risque de désocialisation avec l'usage de certaines de ces substances, et de désinhibition, qui peuvent conduire à des passages à l'acte.

Nous avons vu que les durées d'injonctions de soins prononcés pouvaient être longues, il semblerait judicieux de pouvoir réévaluer son indication afin que le traitement reste cohérent et suive l'évolution du patient.

Il est nécessaire que des études soient réalisées afin de savoir si ce dispositif est effectif et si sa mission première qui est d'éviter la récidive est remplie. Il est donc nécessaire de mettre en place des études pour connaître le nombre de récidives chez les auteurs de ces infractions selon qu'il y a eu ou non mise en place d'une injonction de soins. Toutefois il est important de rappeler que les soins proposés ne peuvent avoir comme seul objectif la prévention de la récidive. En effet les attentes du législateur ne sont pas celles des thérapeutes. L'esprit de la loi du 17 juin 1998 et encore plus ses récentes modifications (particulièrement la Loi du 03 mars 2010 tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle) envisage le recours aux soins dans un objectif explicite de diminution du risque de récidive, cette logique n'étant pas partagée par les acteurs sanitaires. Pour la plupart d'entre eux, la diminution du risque de récidive n'est pas l'objectif premier des soins, y compris dans une mesure d'injonction de soins (1), (3), ce qui est confirmé par la charte de l'Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Aggression Sexuelle (ARTAAS): «La prévention de la récidive n'est pas l'objet premier de l'ARTAAS» (4).

Nous pouvons nous questionner sur l'indication d'une injonction de soins pour cette population. En effet, mis à part des conduites addictives, cette population présente peu de troubles psychiatriques. Nous avons pu également observer que ces patients présentent plus de traits psychopathologiques que de troubles psychiatriques. Pour certains d'entre eux une prise en charge éducative et sociale pourrait être plus bénéfique.

En particulier, au niveau des expertises psychiatriques prononçant une injonction de soins, il n'y a pas d'homogénéité ni de consensus pour justifier de l'opportunité d'une condamnation à une injonction de soins. En outre, l'étude ELIS relève une difficulté pour les juges pour comprendre la justification de la nécessité de la mise en place de cette mesure. Il pourrait être intéressant d'harmoniser ces expertises sur un certain nombre de critères justifiant la mise en place de l'injonction de soins. Ceci permettrait notamment de faciliter la compréhension des expertises par les juges. Actuellement il n'y a pas de consensus ni de recommandations sur les types de troubles relevant de la mesure d'injonction de soins, il en relève donc de l'appréciation de l'expert pour définir l'opportunité d'une injonction de soins.

Face à ces différentes observations il paraît indispensable que les médecins intervenants à différents temps de la prise en charge (experts, médecins coordonnateurs, médecins traitants) soient formés sur ce dispositif, sur la clinique des auteurs de violences sexuelles et celle du passage à l'acte, pour une meilleur prise en charge de cette population de patients.

5. Conclusion

Le suivi socio-judiciaire avec injonction de soins existe depuis vingt ans et constitue une particularité française. Ce dispositif concerne presque exclusivement des hommes auteurs de violences sexuelles. Dans le département étudié, le suivi est préférentiellement assuré par le secteur de psychiatrie. Les soins sont le plus souvent réalisés par un thérapeute seul, au sein d'équipes n'étant pas ou peu spécifiquement formées à cette problématique.

Dans l'évolution des pratiques il serait intéressant de penser à une prise en charge pluridisciplinaire, et à la création de groupes thérapeutiques pour prendre en charge ces patients sous injonction de soins, avec le soutien du CRIAVS Midi-Pyrénées et en s'appuyant sur les conclusions de l'audition publique qui s'est tenue en juin dernier au Ministère des Solidarités et de la Santé.

Il semblerait pertinent d'identifier différents profils d'individus, en fonction de leur investissement dans ce dispositif, de leur adhésion aux soins, des troubles présentés (paraphiliques en particulier) et du risque de récurrence, afin de savoir à quel groupe de patient cette mesure bénéficie le plus, et d'adapter ainsi la prise en charge en fonction des profils.

Au vu du peu d'étude sur l'efficacité de ce dispositif, il nous semble essentiel de poursuivre les recherches dans ce domaine. Elles permettraient d'évaluer l'évolution des patients pris en charge, sur le plan clinique ainsi qu'en termes de récurrence, et également d'évaluer l'indication de l'injonction de soins. Ainsi, des ajustements pourraient être proposés pour améliorer son efficacité.

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
De Médecine Rangueil

03.09.2018

E. SERRANO



Vu le président du
jury - le 29/08/18.

Professeur Christophe ARBUS
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
SERVICE UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE
ET PSYCHOLOGIE MÉDICALE
CHU TOULOUSE - 336, avenue de Grande-Bretagne
TSA 70034 - 31059 TOULOUSE CEDEX 9
N° FINESS : 31 002 507 7 - N° RPPS : 10002909538

Bibliographie

1. guide injonction de soins.pdf [Internet]. [cité 14 août 2018]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_injonction_de_soins.pdf
2. JOSEPH-JEANNENEY B, BEAU P. L'évaluation du dispositif de l'injonction de soins 2011;143.
3. Soins pénalement ordonnés : étude des pratiques des psychiatres de la Gironde - ScienceDirect [Internet]. [cité 14 août 2018]. Disponible sur: <https://www-sciencedirect-com-s.docadis.ups-tlse.fr/science/article/pii/S0003448712002363>
4. Ordonnance n° 58-1296 du 23 décembre 1958 modifiant et complétant le Code de procédure pénale. | Legifrance [Internet]. [cité 19 août 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006069216>
5. Code de procédure pénale - Article 138. Code de procédure pénale.
6. LE BODIC C, MICHELOT M, ROBIN D. Les soins pénalement ordonnés (I). Cadre légal et revue de la littérature. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 mars 2015;173(2):197-202.
7. 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.
8. Injonctions thérapeutiques [Internet]. [cité 5 août 2018]. Disponible sur: <http://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/injonctions-therapeutiques>
9. Guide pratique: les soins pénalement ordonnés; rédigé en 2011 par Le CRAVS de Bretagne [Internet]. Disponible sur: <http://www.criavs-centre.fr/centre-de-documentation/publications/guides-et-pratiques/item/25-guide-pratique-les-soins-penalement-ordonnes>
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. DU MESNIL DU BUISSON G. Quelles sont les implications juridiques de l'obligation de soins, injonction de soins, soin volontaire dans la prise en charge des auteurs d'agression sexuelle ?.
12. Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels [Internet]. [cité 19 août 2018]. Disponible sur: <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confdelinqsex/rechercheagress2.html>
13. CIAVALDINI A. Un dispositif multi et interdisciplinaire pour le suivi ambulatoire de

l'auteur de violence sexuelle. :13.

14. CIAVALDINI A, BALIER C. Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire - 9782225857485 | Elsevier Masson - Livres, ebooks, revues et traités EMC pour toutes spécialités médicales et paramédicales [Internet]. [cité 14 août 2018]. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/agressions-sexuelles-pathologies-suivis-therapeutiques-et-cadre-judiciaire-9782225857485.html>
15. Code de procédure pénale - Article 763-6. Code de procédure pénale.
16. Loi n° 2010-242 du 10 mars 2010 tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédure pénale. 2010-242 mars 10, 2010.
17. Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales.
18. Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance.
19. Loi n° 2016-731 du 3 juin 2016 renforçant la lutte contre le crime organisé, le terrorisme et leur financement, et améliorant l'efficacité et les garanties de la procédure pénale. 2016-731 juin 3, 2016.
20. Loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs. 2007-1198 août 10, 2007.
21. Loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. 2008-174 févr 25, 2008.
22. ORSAT M., et al. Les soins pénalement ordonnés : analyse d'une pratique complexe à travers une revue de la littérature L'encéphale (2015) 41, 420-428.).
23. Juridictions pénales [Internet]. [cité 3 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2189>
24. Code de procédure pénale - Article 712-1. Code de procédure pénale.
25. Code de procédure pénale - Article 712-17. Code de procédure pénale.
26. Code de procédure pénale - Article 763-3. Code de procédure pénale.
27. LEZE S. Les Politiques de l'expertise psychiatrique. Enjeux, démarches et terrains. Séminaire GERN « Longues peines et peines indéfinies. Punir la dangerosité » (Paris, 21 mars 2008).
28. Code de procédure pénale - Article 706-53-13. Code de procédure pénale.
29. Code de procédure pénale - Article 729. Code de procédure pénale.
30. DAVID M. L'expertise psychiatrique pénale - Edition L'Harmattan -.
31. ROSSINELLI G, DOSQUET P, GROHENS M, PAINDAVOINE C, PASCAL J-C, RICHARD N, et al. Haute Autorité de Santé. Rapport de la commission d'audition publique sur « L'expertise pénale psychiatrique », Ministère de la Santé et des Solidarités. Paris. janv

2007;16.

32. Code pénal - Article 122-1. Code pénal.

33. Santé, justice et dangers : pour une meilleure prévention de la récidive Rapport de la commission Santé-Justice Présidée par Monsieur J. BURGELIN [Internet]. [cité 15 août 2018]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/054000449.pdf>

34. Code de procédure pénale - Article 156. Code de procédure pénale.

35. Code de procédure pénale - Article 81. Code de procédure pénale.

36. SPRIET H., ABONDO M., NAUDET F., BOUVET R., LE GUEUT M. L'indication d'injonction de soins repose-t-elle sur un diagnostic médical ? L'Encéphale. 1 sept 2014;40(4):295-300.

37. GOUMILLOUX R. Médecin coordonnateur de suivis socio-judiciaires : une nouvelle fonction, Co-ordinating socio-judicial monitoring physician: a new function. Inf Psychiatr. 11 avr 2014;me 90(3):213-9.

38. Décret n° 2008-1129 du 4 novembre 2008 relatif à la surveillance de sûreté et à la rétention de sûreté. 2008-1129 nov 4, 2008.

39. Arrêté du 24 mars 2009 relatif à la formation des médecins autres que psychiatres pouvant être inscrits sur la liste des médecins coordonnateurs prévue à l'article L. 3711-1 du code de la santé publique.

40. Code de la santé publique - Article L3711-2. Code de la santé publique.

41. GUILLON E.. L'injonction de soins, entre santé et justice.

42. N°1310 - Rapport de GEOFFROY G. et CARESCHE C. déposé en application de l'article 86 alinéa 8 du règlement, par la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République sur la mise en application de la loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs [Internet]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1310.asp>

43. Projet de loi de programmation relatif à l'exécution des peines Rapport n° 302 (2011-2012) de Mme BORVO COHEN-SEAT N.[Internet]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/111-302/111-302.html>

44. Circulaire N°DHOS/DGS/O2/6C/2006/168 du 13 avril 2006. :9.

45. N 4421 - Rapport d'information de M. BLANC E. déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République, en conclusion des travaux d'une mission d'information relative à l'exécution des décisions de justice pénale : le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel [Internet]. [cité 5 août 2018]. Disponible sur:

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i4421.asp>

46. FFCRIAVS. Fédération française des Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles [Internet]. FFCRIAVS. Disponible sur:

<https://www.ffcriavs.org/les-criavs/>

47. ARENA G, MARETTE F. Enquête sur les obligations de soins en Seine-Saint-Denis EPS de Ville-Evrard, Survey into compulsory treatment in Seine-Saint-Denis EPS (public health establishment) in Ville Evrard. *Inf Psychiatr.* 2007;me 83(1):23-8.

48. AUGER G, EL HAGE W, BOUYSSY M, CANO J, CAMUS V, GAILLARD P. Évaluation du dispositif d'injonction de soins pour les auteurs de violences sexuelles en Indre-et-Loire (France). *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* juill 2010;168(6):462-5.

49. LICITSYNA O, ANSSEAU M, PITCHOT W. Sexual dysfunction and antidepressants. *Vol. 66.* 2011. 69 p.

50. TESSON J, CORDIER B, THIBAUT F. Loi du 17 juin 1998 : bilan de l'expérience des médecins coordonnateurs de Haute-Normandie. *L'Encéphale.* avr 2012;38(2):133-40.

51. HALLEGUEN O, BARATTA A. L'injonction de soins. À propos d'une étude réalisée sur les régions Alsace et Lorraine. *L'Encéphale.* 1 févr 2014;40(1):42-7.

52. ICHER É. Injonction de soins: étude portant sur la pratique de l'injonction de soins à Toulouse. 2012.

53. CALONGE J. Auteurs de violence sexuelle en injonction de soins: revue de la littérature et étude qualitative du vécu des patients ; Thèse pour le doctorat en médecine; Toulouse, faculté de médecine, 2016 [Internet]. [cité 15 août 2018]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1450/1/2016TOU31547.pdf>

54. LANGLADE A. Existe-t-il un bénéfice que les soins soient ordonnés pénalement et pour qui ? Quel bilan pour le dispositif d'injonction de soins ? Quelle est sa place par rapport à l'obligation de soin ? Audition publique: Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge.

55. CAMUS B. Chargé de la sous-direction de la Statistique et des Études; Les condamnations; Années 2009; Secrétariat Général Service support et moyens du ministère Sous-direction de la Statistique et des Études [Internet]. [cité 26 août 2018]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/1_2_stat_conda09_20110225.pdf

56. VUATTOUX A. Genre et rapports de pouvoir dans l'institution judiciaire. :445.

57. HANSON RK, MORTON-BOURGON K. Les prédictors de la récidive sexuelle : une méta-analyse à jour. Ottawa: Sécurité publique et de la Protection civile du Canada; 2004. Rapport 2004-02. 2016.

58. Lettre_ONVF_8_-_Violences_faites_aux_femmes_principales_donnees_-_nov15.pdf

[Internet]. [cité 26 août 2018]. Disponible sur: http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre_ONVF_8_-_Violences_faites_aux_femmes_principales_donnees_-_nov15.pdf

59. BURRICAND C., « La récurrence des crimes et délits sexuels », Infostat Justice, 1997, n° 50 [Internet]. [cité 19 août 2018]. Disponible sur:

http://www.justice.gouv.fr/art_pix/infostat50.pdf

60. Ministère de la justice, Rapport annuel de l'observatoire de la récurrence et de la désistance 2017 [Internet]. [cité 19 août 2018]. Disponible sur:

http://www.justice.gouv.fr/art_pix/rapport_ord_def_2017.pdf

61. Recommandations de bonne pratique; Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans HAS 2009 [Internet]. [cité 19 août 2018].

Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/aas_-_recommandations.pdf

62. Conférence de consensus sur la psychopathologie et les traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle organisée les 22 et 23 novembre 2001 à Paris.

63. LOSEL F., SCHMUCKER M. The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *J Exp Criminol.* 1 avr 2005;1(1):117-46.

Annexe 1

Patient				
Sexe de la PPSMJ				
Année de naissance				
Nationalité				
Etat civil au moment des faits				
Etat civil au moment du recueil de données				
Précisez si même conjoint?				
Enfants au domicile au moment des faits				
Enfants au domicile au moment du recueil de données				
Situation professionnelle au moment des faits				
Situation professionnelles au moment du recueil de données				
Antécédents psychiatrique (suivi ou hospitalisation) au moment des faits				
Nombre d'antécédents judiciaires				
Nombre d'antécédents concernant une ICS				
Nombre d'antécédents concernant une infraction contre les personnes				
Nombre d'antécédents concernant une infraction contre les biens				
Incarcération avant la condamnation à l'injonction de soins				
Condamné préalablement à une IS				
Type d'infraction à l'origine de l'IS				
Précision de l'infraction à l'origine de l'IS				
Nombre de victimes				
Sexe(s) victime(s)				
Victime(s) mineur(s)				

Victime(s) vulnérable(s)				
Lien entre la ou les victimes et l'auteur				
Infraction commise en état de récidive				
Date de prononcé de la peine				
Nature de la peine principale				
Quantum de la peine principale prononcée				
Passage par un établissement fléché				
Cadre de l'IS				
Juridiction ayant prononcé l'IS				
Si décision du TAP modifie-t-elle le prononcé de l'IS				
Date de la décision prononçant l'IS				
Durée de l'IS				
Durée d'emprisonnement en cas de non-respect de l'IS				
Profession du praticien traitant				
Suivi préalable du praticien traitant				
Lieu d'exercice du praticien traitant				
Incidents relevés pendant l'IS				
Condamnation pendant l'IS				
Type d'infraction commise pendant l'IS				
Suite après demande de relèvement				
Prescription de psychotrope ?				
Si oui lesquels?				
Prescription traitement inhibiteur de la libido?				
Si oui, lequel?				
Antécédents d'addiction (précisez si addiction toujours présente au moment du recueil de données)?				

Si oui, quel type d'addiction				
Diagnostic DSM 5 ?				
Si oui, lequel?				
Diagnostic de paraphilie ou dysphorie de genre retrouvé?				
Si oui précisez				
Trait de personnalité retrouvé				
Prise en charge de groupe				

Analysis of injunction care in Haute-Garonne: a quantitative study

ABSTRACT:

Injunction care, created by law of 17th June 1998 in order to reduce recidivism risk, is a treatment ordered by Court first established for sexual violence offenders. Very few studies tackle that measure. Our study, which was carried out using medical files of the 100 patients who are followed in Haute-Garonne, is part of a national project aimed at collecting detailed information about that measure. The data reveal that the individuals are men, half of them live alone, a third of them are unemployed and most of them were convicted of a sexual offence. The follow-up is preferentially made by the psychiatric sector, is carried out by only one therapist and lasts more or less two years. It is necessary that studies evaluate the effectiveness of that measure and the evolution of the patients who are followed up.

ANALYSIS OF INJUNCTION CARE IN HAUTE-GARONNE: A QUANTITATIVE STUDY

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

Keywords: injunction care, court-ordered treatment, law of 17th June 1998, sexual violence offenders, quantitative study, recidivism

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Madame le Docteur Anne-Hélène MONCANY

ETAT DES LIEUX SUR L'INJONCTION DE SOINS EN HAUTE-GARONNE: UNE ETUDE QUANTITATIVE

RESUME :

L'injonction de soins, créée par la loi du 17 juin 1998 afin de diminuer le risque de récidive, est un dispositif de soins pénalement ordonnés initialement prévu pour des individus auteurs de violence sexuelle. Très peu d'études sont disponibles sur cette mesure. Notre étude réalisée à partir des dossiers des cent patients suivis en Haute-Garonne s'intègre dans un projet national collectant des informations détaillées sur ce dispositif. Ainsi les individus suivis sont des hommes vivant seuls dans un cas sur deux, sans emploi pour un tiers d'entre eux et condamnés pour la majorité pour une infraction à caractère sexuel. Le suivi préférentiellement assuré par le secteur de psychiatrie, réalisé par un seul thérapeute, dure en moyenne 6 ans. Ces données révèlent un manque de précision sur les diagnostics psychiatriques posés. Il est essentiel que des études évaluent l'efficacité de ce dispositif ainsi que l'évolution des patients pris en charge.

ANALYSIS OF INJUNCTION CARE IN HAUTE-GARONNE: A QUANTITATIVE STUDY

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : injonction de soins, soins pénalement ordonnés, loi du 17 juin 1998, auteurs de violence sexuelle, étude quantitative, récidive

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :
Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Madame le Docteur Anne-Hélène MONCANY