HAL
open science

Évaluation des pratiques de l'injonction de soins : étude sur 119 sujets

Julie Bernard, Dewi Le Gal, J Brugallé, Bénédicte Gohier, Manuel Orsat

▶ **To cite this version:**

Julie Bernard, Dewi Le Gal, J Brugallé, Bénédicte Gohier, Manuel Orsat. Évaluation des pratiques de l'injonction de soins : étude sur 119 sujets. L'Encéphale, 2019, 45 (4), pp.297-303. 10.1016/j.encep.2019.01.004 . hal-02869177

HAL Id: hal-02869177

https://univ-angers.hal.science/hal-02869177

Submitted on 20 Dec 2021

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

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

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Version of Record: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700619300363
Manuscript_5dd3fdbb34d934b9e48db44b9b567104

Evaluation des pratiques de l'injonction de soins : Etude sur 119 sujets

Evaluation of injunction to care practices: a study of 119 cases

Julie Bernard[1]*, Dewi Le Gal[2], Jérôme Brugallé[3], Bénédicte Gohier[1], Manuel Orsat[4,5]

1 : Service de psychiatrie et addictologie, CHU d'Angers, Angers, France.

2 : Psychiatre, Service de psychiatrie et addictologie, CHU d'Angers, Angers, France.

3: Directeur de l'Antenne de Lille, Service pénitentiaire d'insertion et de probation du Nord, Lille, France.

4: Clinique Pôle Santé Sud, Le Mans, France.

5 : Section Psychiatrie Légale de l'AFPBN.

* **Auteur correspondant** : Julie Bernard

Centre hospitalo-universitaire, Département de psychiatrie. 4, rue Larrey. 49100 Angers

06.80.36.77.79

juliebernard1234@gmail.com

Pas de conflit d'intérêt

© 2019 published by Elsevier. This manuscript is made available under the CC BY NC user license
https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/

Évaluation des pratiques de l'injonction de soins : Étude sur 119 sujets

Evaluation of injunction to care practices: a study of 119 cases

RÉSUMÉ

Introduction : L'injonction de soins, est une mesure de soins pénalement ordonnés créée par la loi du 17 juin 1998 sur le suivi sociojudiciaire, qui a pour objectif la prévention de la récidive. Elle n'a jamais été évaluée précisément et les personnes condamnées à cette mesure apparaissent rarement atteintes de troubles mentaux. **Objectifs** : L'objectif principal est de caractériser la population en injonction de soins aux plans sociodémographique, infractionnel et psychiatrique sur un département. L'objectif secondaire est d'évaluer l'efficacité de la mesure à prévenir la récidive. **Méthodes** : Cette étude portait sur 119 sujets suivis du 1er janvier 2003 au 1er septembre 2016 : les données sociodémographiques, psychiatriques, infractionnelles ont été recueillies. Parmi ces 119 dossiers, 78 ont été enrichis des données sociojudiciaires du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation. **Résultats** : Seuls 24,4 % des sujets avaient un trouble mental caractérisé. Mais 51,3 % des sujets présentaient une addiction. Dans 83,2 % des cas, le suivi était assuré par un psychiatre seul. Parmi les 78 sujets dont les données sociojudiciaires ont été recueillies, 51,3 % avaient déjà connu de précédentes condamnations. Durant le suivi, 9 % des sujets ont commis une récidive légale. **Conclusions :** La majorité de sujets ne présentait pas de trouble mental. Ils présentaient fréquemment une addiction, mais les soins addictologiques sont insuffisamment développés dans l'injonction de soins. Une meilleure articulation entre les acteurs de l'injonction de soins permettrait d'affiner son recours la rendant plus adaptée aux sujets concernés.

Mots-clefs : Injonction de soins ; psychiatrie médico-légale ; dangerosité; auteur d'infraction sexuelle; criminologie; troubles psychiatriques

ABSTRACT

Introduction: The injunction to care (IC) is a new compulsory treatment created by the Act of June 17, 1998. Initially, this judicial tool concerned mainly sex offenders, but then the number of overall crimes requiring an IC began to dramatically rise. The Judge can order this measure only if a psychiatric expertise has concluded to its potential opportunity. Then the convict must undergo a psychiatric follow up after having served the sentence. The creation of a court-ordered treatment is based on the premise that many offenders are affected by psychiatric disorders. For the lawmaker, the aim is to lower the risk of recidivism. **Purposes:** The main purpose of this study is to assess the convicts concerned by the IC describing their sociodemographic characteristics, psychiatric diagnostics and criminal characteristics. The

second purpose is to assess the efficiency of this measure regarding re-offending and specifically legal recidivism. **Methods:** This is a retrospective and descriptive study concerning 119 subjects followed-up by two « coordinating doctors» in the department of Sarthe who could assess their psychiatric diagnostics and sociodemographic characteristics. They could also compare medical data with the judicial data for 78 of the subjects. **Results:** The population was composed of 117 men (98,3 %) aged 45 years old on average. They had a job in 37 % of cases (n=44) and were single in 56,3 % of cases (n=67). According to the DSM-IV-TR, only 29 subjects (24,4 %) had an axis I disorder and 37,8 % of the population had a pathological personality trait (non DSM-IV-TR categorized disorder). Furthermore, 51,3 % (n=61) of the subjects were addicted (mainly alcohol). The medical follow-up was carried out by a psychiatrist in 83,2 % of cases (n=99). The average duration of follow-up was five years. Among the 78 subjects for whom there was access to juridical data, 13 (16,7 %) had committed a new offense during follow-up. Among them, seven had recidivated six of whom were initially sentenced for sexual offense. **Conclusions**: Most of the subjects in injunction to care had no axis I disorder but addictions and/or pathological personality traits. Nevertheless, the expert concluded the need of an IC. Personality and behavior disorders do not always require psychiatric care, and the management must be multidisciplinary. In France, the psychiatrist remains at the center of injunction to care measure. The addictology care is not developed whereas it is a population at risk and there is a lack of interactions between professionals (medical, social and judicial professionals). The IC is a measure that needs to be improved by means of better communication among the different professionals and a better global assessment of the subjects. Medical care must be a possible option but not a systematic treatment.

Keywords: Injunction to care; forensic psychiatry; sexual offender; dangerousness; criminology; psychiatry disorders

INTRODUCTION

Le suivi sociojudiciaire et l'injonction de soins

Les soins pénalement ordonnés (SPO) regroupent plusieurs mesures -dont l'injonction de soins (IS)- prononcées par l'autorité judiciaire à l'encontre d'auteurs d'infractions jugés pénalement responsables de leur acte [1].

Le suivi sociojudiciaire (SSJ) a été créé par la loi du 17 juin 1998 « relative à la prévention des infractions sexuelles, ainsi qu'à la protection des mineurs ». Initialement réservées aux Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel (AICS), les infractions concernées par le SSJ se sont multipliées : crimes, tortures contre personnes commises ou non par un ascendant ou conjoint, certains délits (menaces sur conjoint(e)). [2–5]. Finalement, malgré la diversification des infractions faisant encourir le SSJ, cette peine reste principalement prononcée contre des auteurs d'infractions sexuelles : en 2009, le SSJ était prononcé à 87 % à l'encontre d'AICS

[6].

Cette peine post-carcérale comporte des obligations auxquelles le condamné doit se soumettre ; sans quoi, le Juge de l'Application des Peines (JAP) peut ordonner la mise à exécution partielle ou totale d'un emprisonnement fixé préalablement par la juridiction lors du prononcé du SSJ [7]. Parmi les obligations sociojudiciaires, la juridiction peut ajouter une mesure sanitaire : le SSJ sera alors assorti d'une IS.

Depuis la loi du 10 août 2007, « sauf décision contraire de la juridiction, la personne condamnée à un suivi sociojudiciaire est soumise à une IS […], s'il est établi qu'elle est susceptible de faire l'objet d'un traitement, après une expertise médicale ». Son champ d'application s'étend puisque l'IS peut être aussi prononcée dans le cadre d'une libération conditionnelle, d'une surveillance judicaire ou encore lors du prononcé d'une surveillance ou d'une rétention de sûreté [8].

L'IS ne peut être prononcée que si un expert psychiatre conclut à l'opportunité de soins. En vertu du principe du « consentement aux soins », le condamné peut refuser les soins médicaux mais il s'expose à la mise à exécution de l'emprisonnement prévu en cas de non-respect du SSJ [9].

Les acteurs de l'injonction de soins et l'articulation médico-socio-judiciaire

Dans le cadre de l'IS, le condamné est suivi par différents acteurs médico-socio-judiciaires. Le JAP est un pivot de la mesure, c'est lui qui veille à l'exécution de l'IS. Il est en lien direct avec le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) et le Médecin Coordonnateur (MC). Le SPIP surveille le condamné et favorise la réinsertion sociale avec pour objectif de prévenir la récidive légale. Le MC n'interfère pas dans la prise en charge thérapeutique mais veille au déroulement du suivi médical. Il est amené à évaluer le condamné sur le plan psychiatrique et à en référer régulièrement au JAP. Il est aussi en lien avec le Médecin Traitant (MT), auprès duquel il a un rôle de conseiller. Le MC est ainsi au centre de l'articulation médico-judiciaire. Le MT est celui qui prodigue les soins au condamné. Il doit informer le MC ou le JAP en cas d'arrêt du suivi sans que lui soit reprochée une violation du secret professionnel.

L'injonction de soins : pour qui ? Pourquoi ?

Description psychiatrique de la population en injonction de soins

Un grand nombre d'expertises conclut à l'absence de *pathologie mentale grave* – trouble de l'humeur, schizophrénie ou troubles psychotiques, selon ; – et pourtant à l'opportunité de l'IS [10]. Spriet *et al.* ont montré que sur 68 sujets en IS, 41 % (n = 28) étaient indemnes de

trouble mental caractérisé, pour au moins une des expertises dont ils avaient fait l'objet. D'ailleurs, la prévalence des troubles psychiatriques chez les AICS est faible : Lagström *et al.* retrouvaient 11,1 % de troubles de l'axe I chez 1 215 AICS étudiés [11]. Certains sujets indemnes de trouble mental sont pourtant condamnés à des soins. L'enjeu des conclusions des expertises psychiatriques est lourd ; l'IS est facilement prononcée, s'appuyant sur les bien-fondés d'une prise en charge médicale. Par ailleurs, la demande d'expertise est croissante et les objectifs assignés à l'expertise sont multiples : ces contraintes placent l'expert comme acteur déterminant de l'exécution des peines. Il n'est pas forcément formé ou entièrement compétent pour répondre aux questions comme l'évaluation du risque de récidive, le poussant ainsi à conclure à la nécessité d'une IS [12]. Le « principe de précaution » peut être un postulat appliqué au champ pénal : si un soin psychiatrique n'apporte rien, au moins, il ne fait pas de mal… et par suite, toute la chaîne pénale (parquet, juridiction de jugement puis de l'application des peines, SPIP) ajoute des mesures de précaution pour éviter la récidive, quitte à introduire des soins sans fondement médical. L'expert peut être pris dans ce mouvement : conclure que des soins sont possiblement utiles est finalement assez aisé, alors qu'affirmer que des soins seront sans utilité chez un sujet est, culturellement, plus délicat pour un certain nombre d'experts [13].

Chez les AICS, les troubles de la personnalité sont retrouvés de façon hétérogène dans la littérature ce qui souligne la complexité psychopathologique de ces sujets [14, 15]. La prise en charge du trouble de la personnalité ne fait pas l'objet de consensus et l'assouplissement de certains traits de personnalité demande du temps [16]. De plus, Spriet *et al.* ont montré que 26 % des sujets en IS présentaient des « troubles non catégorisables » c'est-à-dire des diagnostics non catégorisables selon le DSM-IV-TR comme « immature », etc. [11]. En d'autres termes, un trouble du comportement serait un critère pour une IS. Enfin, la durée de l'IS est fixée par le juge relativement à la peine principale. Elle est donc dissociée du motif médical ; et pourtant, le suivi est, en partie, assuré par des psychiatres dont l'objectif est de traiter un trouble mental. « [Si l'AICS] ne relève pas de la maladie psychiatrique, quelle est sa nature et comment, dès lors, le « soigner » et apprécier l'efficacité de la mesure ». La question reste entière [17].

L'injonction de soins, une mesure pour prévenir la récidive légale

Sur le plan juridique, la *récidive légale* est définie par une nouvelle infraction d'un certain type et commise dans un délai, déterminé par le Code Pénal. Un condamné est *réitérant* « s'il n'est pas condamné comme récidiviste et si l'infraction sanctionnée a été commise après une

précédente condamnation, quelle que soit l'infraction » [13]. « Le texte de loi ne limite pas l'observation de la réitération à une période de temps donnée » [3].

Il n'existe pas de données concernant le risque de récidive chez les sujets en IS. Mais, les auteurs du *rapport sur l'évaluation du dispositif de soins* soulignent que les délinquants sexuels récidivent peu. En 2007, le taux de récidive des crimes sexuels était de 2,7 % chez les sujets condamnés et de 3,8 % pour les délits sexuels. Ces taux sont relativement faibles même en l'absence de soin ; alors pourquoi l'IS est-elle systématiquement imposée aux AICS ? Pour la société, ces actes intolérables ne peuvent qu'illustrer un désordre psychique. En réponse, le législateur impose de manière quasi-systématique une IS aux AICS. Pour lui, l'IS est une chance offerte au condamné de guérir. C'est « une contribution à la protection des victimes contre les rechutes et les récidives des agressions sexuelles » [18]. Cependant, le législateur ne différencie pas la dangerosité psychiatrique de la dangerosité criminologique. L'IS reste une peine relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs. Pourtant, « la majorité des psychiatres insistent pour revenir aux valeurs cardinales de leur profession, en l'occurrence le diagnostic de la maladie mentale et les traitements à prodiguer » [19]. Ainsi, il existe un hiatus entre les attentes du législateur et celles du psychiatre : l'un impose des soins « pour prévenir » alors que l'autre souhaite des soins « pour soigner ».

Les taux de réitération sont en revanche beaucoup élevés. En termes de crimes, la réitération des sujets était de 23,4 % et de 13 % pour les délits [13, 20]. La définition de la récidive légale restreint la liste des infractions et limite la durée pendant laquelle la nouvelle infraction doit être commise. La réitération, elle, englobe plus généralement tout nouveau passage à l'acte sans durée définie. Pourtant, l'IS ne devrait-elle pas être une mesure pour permettre de diminuer le risque de nouveau passage à l'acte, ne serait-ce que de même nature ?

Objectifs de l'étude

L'objectif principal de notre étude est de caractériser la population concernée par une IS sur un territoire donné (le département de la Sarthe) aux plans sociodémographique, infractionnel et psychiatrique.

L'objectif secondaire est d'évaluer l'efficacité de l'IS en termes de nouvelles infractions en précisant s'il s'agit d'une légale ou d'une réitération.

MÉTHODES

Critères d'inclusion

Tous les sujets condamnés à une IS et suivis par l'un des deux médecins coordonnateurs de la Sarthe du 1er janvier 2003 au 1er septembre 2016 ont été inclus.

Recueil et analyse des données

Le recueil des données médicales et sociodémographiques a été effectué à partir des dossiers anonymisés fournis par les MC. Les diagnostics psychiatriques ont été codés selon le DSM-IV-TR, à partir des expertises médicales. Dans notre étude, les traits de personnalité pathologique correspondaient à des caractéristiques de personnalité ne s'intégrant pas dans le trouble de personnalité : par exemple, trait pervers, immature, etc. Un investigateur du SPIP recueillait les données criminologiques (données concernant le SSJ).

Dans un premier temps, 119 sujets ont été inclus dans l'étude à partir des dossiers médico-judiciaires des MC : les données sociodémographiques, psychiatriques, infractionnelles ont été recueillies. La Static-99 a permis de relever certains facteurs de risque dans notre échantillon: le jeune âge (18-24 ans), le fait d'être célibataire, les antécédents de condamnations pour violence, le lien extra-familial avec la victime, une victime inconnue du sujet et le sexe masculin de la victime. La déviance sexuelle (paraphilie), les antécédents d'abus pendant l'enfance chez le sujet, la psychopathie et les troubles mentaux majeurs (selon la SVR-20) ont été également recherchés.

Ensuite, parmi ces 119 dossiers, 78 ont pu être complétés par les données du SPIP à l'aide du numéro d'inclusion. Ce groupe de 78 sujets a été analysé séparément.

L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel SPSS® version 24, à partir d'un tableau Excel® qui référençait tous les sujets et toutes les variables étudiées pour chacun d'entre eux. Les variables qualitatives étaient exprimées en effectif et pourcentage. Les variables quantitatives étaient exprimées en moyenne..

RESULTATS

Caractéristiques sociodémographiques

Dans notre cohorte, 98,3 % des sujets (n=117) étaient des hommes, de 45 ans en moyenne, célibataires pour 56,3 % d'entre eux (n=67) et sans emploi dans 51,3 % des cas (n=61).

La majorité (56,3 % ; n=67) avait un niveau scolaire bas (fin de la scolarité au collège) (tableau I).

Caractéristiques psychiatriques

Près de 70 % des sujets (n=83) en IS ne présentaient pas de trouble psychiatrique. Seuls 29 sujets (24,4 %) étaient atteints d'un trouble mental caractérisé c'est-à-dire un trouble mental grave selon Hodgins. Parmi les 119 sujets, seuls 14,3 % (n=17) présentaient une paraphilie, la pédophilie était le trouble le plus fréquent dans cette catégorie diagnostique (n=14 ; 11,8%). Treize sujets (10,9 %) présentaient un trouble mental de l'axe II dont huit (61,5 %) une personnalité antisociale ; mais 37,8 % présentaient des traits de personnalité pathologiques (n=45).

Enfin, 51,3 % des sujets (n =61) en IS présentaient un trouble lié à l'usage de substances (tableau II).

Caractéristiques infractionnelles et judiciaires

L'infraction était un délit dans 55,1 % (n=43) des cas et un crime dans 44,8% (n=35) des cas (tableau IV). Dans l'échantillon de 78 sujets, les infractions à caractère sexuel étaient les plus fréquentes (97,4 % ; n=76) : 67,1% d'*agressions sexuelles* (n=51), 44,7% de *viols* (n=34), 17,1% de *corruption* (n=13) et 6,6 % d'*exhibitionnisme* (n=5). Deux sujets étaient condamnés pour une infraction non sexuelle.

L'IS était majoritairement prononcée dans le cadre du SSJ (n=72 ; 92,3%). Seuls 7,7 % des sujets (n=6) étaient condamnés à une IS dans le cadre d'une surveillance judiciaire.

La durée moyenne de condamnation à une IS était de 5,1 ans (5,1 [1-10]).

Suivi sociojudiciaire

Parmi les 78 sujets, 40 ont connu de précédentes condamnations (51,3 %). Concernant les 76 AICS, 39 avaient des antécédents de condamnations (51,3 %). L'infraction actuelle était une récidive de délit sexuel pour huit sujets (10,5 %) et 11 condamnés (14,5 %) étaient en réitération sexuelle (infraction différente de la précédente mais de même nature sexuelle). Concernant les infractions criminelles, 2 sujets (2,6 %) étaient en récidive sexuelle et 7 en réitération sexuelle (9,2 %).

Au cours de la mesure, près de 39 % des 78 sujets en IS (n=30) ont connu un incident: 17 n'avaient pas respecté l'IS (39,5 %). Parmi ces 30 sujets, certains avaient commis plusieurs types d'incidents pendant le suivi.

Au cours de l'IS, 13 sujets avaient commis une nouvelle infraction dont sept étaient en récidive légale (tableau III). Parmi les sept récidivistes, six étaient initialement condamnés à une IS pour une infraction à caractère sexuel dont trois étaient en récidive ou réitération légale. Quatre des six AICS ont à nouveau commis une infraction à caractère sexuel au cours

du suivi (récidive sexuelle). Finalement, 5,3 % des 76 AICS ont commis une récidive au cours du suivi (tableau V).

Parmi les 78 sujets étudiés, 36 avaient terminé la mesure d'IS au moment de l'inclusion. Parmi eux, cinq sujets (13,9 %) avaient commis une récidive légale au cours du suivi. Quarante-deux sujets étaient en cours de mesure au moment de l'inclusion ; ce qui sous-entend que le taux de récidive au cours du suivi de l'IS pourrait encore augmenter avant la fin de leur IS.

Facteurs de risque criminologiques de récidive selon la Static-99 et la SVR-20

Parmi les 119 sujets, sept sujets (5,9 %) avaient entre 18 et 24 ans et 56 % étaient célibataires. Près de 53 % des sujets avaient déjà été condamnés. Sur le plan psychiatrique, 29 sujets avaient un trouble mental caractérisé dont 17 une paraphilie (14,3 %) et huit sujets (6,7 %) présentaient une psychopathie. Près de 57 % ont connu une carence affective et/ou éducative et 31 % ont subi des violences physiques et/ou sexuelles durant l'enfance. Sur le plan criminologique, 62 condamnés (52,1 %) avaient au moins une victime extra-familiale, 20 une victime de sexe masculin (16,8 %) et 27 sujets ne connaissaient pas l'identité de leur(s) victime(s) (22,7 %) (tableau IV).

Parmi les sept récidivistes, un seul sujet présentait un trouble mental caractérisé (pédophilie) et 57,1 % d'entre eux (n=4) présentaient un trouble lié à l'usage de l'alcool. Six avaient des antécédents de carences affectives et/ou éducatives et cinq d'entre eux avaient subi des sévices physiques et/ou sexuel pendant l'enfance. Au plan judiciaire, six des sept récidivistes étaient initialement condamnés à une IS pour une infraction à caractère sexuel. Parmi ces six sujets, quatre ont commis une récidive sexuelle au cours du suivi en IS (tableau V).

DISCUSSION

Dans notre cohorte, 69,7 % des sujets (n=83) en IS ne présentaient pas de trouble mental caractérisé. Pour 13 sujets (16,7 %), une nouvelle infraction était déclarée pendant le suivi dont 7 d'entre eux étaient en récidive légale.

Quelle place pour la psychiatrie dans l'injonction de soins ?

Troubles psychiatriques, troubles de la personnalité et injonction de soins

Peu de sujets condamnés à une IS sont atteints de troubles mentaux graves. Ainsi, l'expert conclut-il à l'absence de trouble mental caractérisé mais ne contre-indique pas une IS dans de très nombreux cas.

Pourtant, le rapport de la commission Santé-Justice précise qu'il ne faut pas confondre « les troubles mentaux liés à une pathologie mentale avérée et [...] les troubles de la personnalité et du comportement, ces derniers n'étant pas tous du ressort de la psychiatrie » [16]. Cependant, une confusion s'installe dans les textes entre trouble du comportement et trouble mental. Le *Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soins* déplore que le recours au « qualificatif de susceptible de faire l'objet d'un traitement […] qui peut engendrer des réponses d'une excessive précaution et multiplier, par la suite, des injonctions de soins inutilement nombreuses » [13]. Cette systématisation de l'IS notamment chez les AICS est sans doute due -en partie- à la responsabilité des experts mise en jeu. Ce dernier se verra toujours reproché de ne pas avoir conclu à l'opportunité d'une IS chez un sujet sortant de détention, sans suivi psychiatrique, et qui récidive.

Le poids sociétal et les médias poussent le législateur à prendre toutes les précautions possibles à l'encontre de ces individus.

Devant le peu de recommandations sur les indications de l'IS, ces dernières reposent -en partie- sur la libre appréciation des experts. Ceci s'illustre par l'hétérogénéité des diagnostics et le caractère parfois paradoxal des conclusions.

En ce sens, s'appuyer plus rigoureusement sur la littérature scientifique - en matière de récidive et de dangerosité, d'efficacité des prises en charge et des types de prise en charge - pourrait être, pour les experts, une voie pour limiter ces condamnations à des soins chez des sujets indemnes de maladies mentales. Former les experts à la psychiatrie criminelle permettrait également d'améliorer l'évaluation des sujets permettant de différencier la dangerosité psychiatrique - qui est du ressort de la psychiatrie - de la dangerosité criminologique dont la prise en charge reste peu consensuelle.

Si la prise en charge des troubles mentaux de l'axe I est du ressort du psychiatre, la place des soins pour les sujets présentant un trouble de la personnalité est plus problématique. Les auteurs de la Haute Autorité de Santé soulignent l'importance d'une prise en charge sociale chez les sujets présentant un trouble de personnalité -comme la psychopathie ; la prise en charge thérapeutique n'étant qu'une possibilité. Si cette articulation fait défaut, l'objectif de prévention de la récidive et celui du soin se confondent et la peine comme le soin sont dévoyés [21, 22].

Les auteurs des différents rapports judiciaires et médicaux s'accordent à dire que la prise en charge d'un sujet en IS doit être multidisciplinaire ; cependant le soin reste au centre de l'IS [12].

Une forte prévalence des troubles liés à l'usage de substance sans prise en charge spécialisée

Dans notre étude, 51,3 % des sujets présentaient un TUS ; or seuls 9 sujets (12 %) avaient un suivi addictologique, la majorité des condamnés (83,2 %) étant suivis par un psychiatre. Pourtant, les TUS sont un facteur à prendre en considération lors de l'évaluation du sujet en IS. En effet, pour Balier et *al*., l'alcool était présent avant l'acte chez un tiers des sujets [23]. Pourtant, tous les psychiatres ne sont pas formés à l'addictologie qui est une discipline à part entière. Aussi, renforcer l'IS par une évaluation addictologique systématique et, le cas échéant, une prise en charge spécialisée, pourrait donner plus de sens à cette mesure de SPO.

Optimiser l'efficacité de l'injonction de soins

L'efficacité de l'IS reste difficile à évaluer et les auteurs du rapport sur *l'évaluation du dispositif de l'injonction de soins* soulignent la pauvreté des données, notamment en termes de récidive. Parmi les 76 AICS condamnés à une IS, 10,5 % étaient en récidive pour un délit sexuel et 14,5 % étaient en récidive criminelle sexuelle. En 2007, Carrasco et Timbart ont évalué le taux de récidive et de réitération chez 544 845 condamnés pour délit et 3 245 condamnés pour crime. Parmi les individus condamnés (pas nécessairement à une IS), 3,8 % des sujets étaient en récidive pour un délit sexuel et 2,7 % des sujets étaient en récidive sexuelle criminelle [24]. Le taux de récidive globale - c'est-à-dire avec ou sans IS - des délinquants sexuels est donc relativement faible. Nos résultats ne vont pas dans le sens de ceux retrouvés par les auteurs. Une des hypothèses est que cette mesure est destinée à des sujets considérés comme à risque de récidiver, sans distinction entre la dangerosité psychiatrique et criminologique. Ainsi, les facteurs criminologiques (tel que les antécédents de condamnation) seraient un critère pour conclure l'opportunité d'une IS.

Dans notre échantillon de 76 AICS, 5,3 % des sujets avaient commis une récidive légale sexuelle au cours de la mesure. Si l'on reprend les taux de récidive de délits sexuels (3,8 %) et de crimes sexuels (2,7 %) de Carrasco et Timbart, notre taux de récidive est sensiblement supérieur. Leur étude a été réalisée en 2007, parmi les sujets condamnés pour une infraction sexuelle, certains ont bénéficié d'une IS. Ces résultats sous-entendent que le taux de récidive est supérieur chez nos sujets suivis en IS comparé à la récidive globale (avec ou sans IS) des sujets condamnés pour une infraction sexuelle. De plus, moins de la moitié des sujets avaient terminé leur suivi au moment de l'étude, le taux de récidive au cours du suivi ne peut donc que s'accroître (ou au mieux, stagner). Même si notre échantillon est faible, nos résultats suggèrent qu'un sujet condamné à l'IS n'a pas moins de risque de récidiver qu'un autre.

On sait par exemple avec l'étude de Balier *et al.* qu'un sujet commettant une infraction

sexuelle sur un mineur extra-familial a plus de risque de récidiver ; les prises en charge psychiatriques de personnes atteintes de troubles mentaux commettant des infractions sont quant à elle nécessaire à réduire la dangerosité de ces sujets. Dès lors, un meilleur ciblage des sujets concernés par l'IS pourrait permettre de personnaliser les prises en charge (pour les personnes atteintes de troubles mentaux, pour les plus forts risques de récidive, pour les sujets avec addictions) en recentrant l'IS sur son objectif initial de soins destinés à prévenir la récidive et en évitant de la systématiser par précaution [23].

Dans d'autres pays, les AICS ne sont pas systématiquement contraints aux soins et pourtant le taux de récidive tend à diminuer. C'est le cas au Canada avec les cercles de soutien et de responsabilité qui permettent la prise en charge des AICS sortis de détention par des bénévoles issus de la société civile [6]. La Belgique a également mis en place des centres d'appui, interface entre la Justice et la Santé. Les centres d'appui ont un rôle de coordination et d'intervention à l'attention d'équipes de santé spécialisées [13, 25].

Il semble impératif de répliquer les études de ce type afin d'évaluer l'efficacité de l'IS et de mesurer l'intérêt des soins psychiatriques systématiquement imposés.

Limites de l'étude

Notre étude est une étude épidémiologique rétrospective comportant des biais liés au recueil de données. Cependant, elle ne concernait que des sujets déjà en IS, les données ne pouvaient être recueillies que de manière rétrospective.

De plus, notre échantillon ne comportait que 119 sujets pour la partie médicale et 78 sujets pour la partie sociojudiciaire. Ces effectifs, bien que restreints, demeurent conséquents en comparaison des rares travaux déjà publiés.

Il serait pertinent de répliquer cette étude à l'échelle nationale afin d'avoir des résultats plus globaux.

Un biais de classement existe dans la catégorisation des diagnostics. Les experts n'utilisent pas tous des référentiels de psychiatrie lors des expertises et les évaluations ne sont pas standardisées (utilisation des échelles d'évaluation, etc.). Cela engendre une grande variabilité diagnostique notamment pour les troubles de personnalités [11]. Ce biais a été pallié en catégorisant les troubles selon le DSM-IV-TR et en ajoutant la catégorie « traits de personnalité pathologique » afin d'éviter d'attribuer -à tort- un trouble de personnalité à un sujet qui ne présentait que certains critères.

CONCLUSION

Les mesures d'IS concernent principalement des AICS, qui, dans la majorité des cas sont indemnes de trouble mental caractérisé mais présentent des traits de personnalité pathologiques et des TUS. Ce dispositif s'appuie pourtant sur les soins psychiatriques et se systématise sans critère précis. Ce type de SPO pourrait gagner en efficacité en ciblant mieux les sujets à haut risque de récidive, présentant des troubles relevant de soins psychiatriques et/ou addictologiques, et à condition qu'il s'intègre à une prise en charge pluridisciplinaire. Pour les autres, l'orientation vers d'autres types d'accompagnement pour les sujets ne relevant pas de soins psychiatriques, tels que ceux qui existent dans d'autres pays européens, est à considérer.

La prochaine audition publique de 2018 permettra de faire le point sur l'IS, 20 ans après sa création ; et de proposer de nouvelles modalités de prévention, d'évaluation et de prise en charge des AICS.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Orsat M, Auffret E, Brunetière C, et al. Les soins pénalement ordonnés : analyse d'une pratique complexe à travers une revue de la littérature. L'Encéphale 2015; 41: 420–8.

[2] 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.

[3] Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales.

[4] Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance.

[5] Loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants.

[6] Cochez F, Delage A. Étude de faisabilité, étude d'adaptation et plan d'adoption pour l'implantation de Cercles de soutien et de responsabilité (CSR) en France; 2005.

[7] Tyrode Y, Bourcet S, Senon JL, et al. Suivi sociojudiciaire: loi du 17 juin 1998. In : EMC Psychiatrie; 2001, 37-901-A-60.

[8] Loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs.

[9] Code pénal -Article 131-36-4.

[10] Hodgins S. Mental disorder, intellectual deficiency, and crime: evidence from a birth cohort. Arch Gen Psychiatry 1992; 49: 476–83.

[11] Spriet H, Abondo M, Naudet F, et al. L'indication d'injonction de soins repose-t-elle sur un diagnostic médical ? L'Encéphale 2014; 40: 295–300.

[12] Blanc E. Rapport d'information sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel. Paris: Assemblée nationale; 2012.

[13] Joseph-Jeanneney B, lecoq G, Beau P, et al. Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soins. Paris: Inspection Générale des Affaires Sociales, Inspection Générale des Services Judiciaires; 2011.

[14] Raymond NC, Coleman E, Ohlerking F, et al. Psychiatric comorbidity in pedophilic sex offenders. Am J Psychiatry 1999; 156: 786–8.

[15] Marshall WL. Diagnostic issues, multiple paraphilias, and comorbid disorders in sexual offenders: Their incidence and treatment. Aggress Violent Behav 2007; 12: 16–35.

[16] Burgelin J-F. Rapport de la commission Santé, Justice et dangerosité: pour une meilleure prévention de la récidive. Paris: Ministère de la Justice, Ministère de la Santé et des Solidarités; 2005.

[17] Bouvet R, Abondo M, Le Gueut M. Mission et statut du médecin coordonnateur dans l'injonction de soins. Bilan et perspectives quinze ans après la loi du 17 juin 1998. Actual Jurid Pénal 2014; 275.

[18] Cayla J-S. L'injonction de soins dans le suivi socio-judiciaire. RDSS 1998; 751.

[19] Fédération Française de Psychiatrie. Rapport de l'audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale. Paris: Fédération française de psychiatrie; 2007.

[20] Carrasco V. Les condamnations à une mesure de suivi socio-judiciaire. Paris: Ministère de la Justice; 2007.

[21] Haute Autorité de Santé. Audition publique sur la prise en charge de la psychopathie. Paris: HAS; 2005.

[22] Auger G, El Hage W, Bouyssy M, et al. Évaluation du dispositif d'injonction de soins pour les auteurs de violences sexuelles en Indre-et-Loire (France). Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr 2010; 168: 462–5.

[23] Balier C, Parayre C, Parpillon C. Rapport sur le traitement et suivi médical des auteurs de délits et crimes sexuels. Paris: Ministère du Travail et des Affaires Sociales, Ministère de la Justice; 1995.

[24] Carrasco V, Timbart O. Les condamnés de 2007 en état de récidive ou de réitération. Infostat Justice 2010; 108.

[25] Pham T, Ducro C, Martin M, et al. Projet d'évaluation en continu des caractéristiques délictueuses, des aspects diagnostiques, de l'environnement social et de la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS) au sein d'équipes de santé spécialisées en région wallonne. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr 2010; 168: 458–61.

<u>Tableau I</u> : Caractéristiques sociodémographiques à l'initiation de la mesure des 119 sujets en injonction de soins

		Effectif n (%)	Année [dispersion]
Sexe	Homme	117 (98,3)	
	Femme	2 (1,7)	
Age moyen			45,5 [19 -79]
Situation maritale	Seul	67 (56,3)	
	En couple	52 (43,7)	
Statut professionnel	Sans emploi	61 (51,3)	
	Avec emploi	44 (37,0)	
	Retraité	13 (10,9)	
	Etudiant	1 (0,8)	
Niveau d'étude	Primaire	16 (13,4)	
	Secondaire	67 (56,3)	
	Supérieur	5 (4,2)	
	Enseignement spécialisé (IME, SEGPA, etc.)	29 (24,3)	
	Données manquantes	2 (1,7)	
Nombres d'années d'étude effectués en moyenne (niveau scolaire à partir du CP)			8 (soit 4ème)

<u>Tableau II</u> : Caractéristiques psychiatriques des 119 sujets en injonction de soins

Trouble psychiatrique	Effectif n (%)
Trouble mental caractérisé (axe I)	29 (24,4)
• Paraphilie	17 (58,6)
○ *pédophilie*	*14 (48,3)*
• Troubles de l'humeur	*7 (24,1)*
○ *trouble dépressif*	*5 (17,2)*
○ *manie/hypomanie*	*2 (6,9)*
• Troubles anxieux	1 (3,4)
• Troubles psychotiques	3 (10,3)
Trouble mental de l'axe II	13 (10,9)
Traits de personnalité pathologique isolés (sans trouble de l'axe I ou II)	45 (37,8)
Association troubles de l'axe I et II	2 (1,7)
Données manquantes	7 (5,9)
Trouble lié à l'usage de substance	**61 (51,3)**
Alcool	51 (83,6)
Tabac	30 (49,2)
Cannabis	10 (16,4)
Opiacés	2 (3,3)
Données manquantes	4 (3,4)
Professionnel assurant le suivi dans le cadre l'IS	
Psychiatre	99 (83,2)
Addictologue seul	3 (2,5)
Addictologue associé au suivi psychiatrique	6 (9,5)
Psychologue seul	10 (8,4)
Médecin généraliste	0 (0,0)
Pas de suivi initié	4 (3,4)
Données manquantes	3 (2,5)

TUS : Trouble lié à l'Usage de Substances.

<u>Tableau III</u> : Caractéristiques socio-judiciaires transmises par le SPIP des 78 sujets en injonction de soins

		Effectif n (%)
Type d'infraction	Délit sexuel	42 (53,8)
	Délit non sexuel	1 (1,3)
	Crime sexuel	34 (43,6)
	Crime non sexuel	1 (1,3)
	Antécédent de condamnation	**40 (51,3)**
ATCD de condamnation chez les AICS (n=39)	Condamnés en état de récidive sexuelle délictuelle	8 (20,5)
	Condamnés en état de réitération délictuelle	
	• Sexuelle	11 (28,2)
	• Non sexuelle	7 (17,9)
	Condamnés en état de récidive sexuelle criminelle	2 (5,1)
	Condamnés en état de réitération criminelle	
	• Sexuelle	7 (17,9)
	• Non sexuelle	4 (10,3)
	Nombre de condamnés ayant commis des incidents au cours du suivi	**30 (38,5)**
Type d'incident* **n=43**	Non-respect des interdictions	8 (18,6)
	Non-respect de l'obligation de travail	0 (0,0)
	Non-respect de mesure de contrôle	16 (37,2)
	Non-respect de l'IS	17 (39,5)
	Non-respect de l'obligation d'indemniser la victime	2 (4,7)
	Non-respect d'une autre obligation	0
	Nouvelle infraction au cours du suivi Ψ	**13 (16,7)**
Nature des faits de la nouvelle infraction	Atteinte aux personnes (de nature sexuelle)	4 (30,8)
	Atteinte aux personnes (de nature autre que sexuelle)	3 (23,1)
	Infraction routière	2 (15,4)
	Atteinte aux biens	2 (15,4)
	Escroqueries ou infraction économique et financière	1 (7,7)
	Non justification FIJAIS	4 (30,8)
	Infractions à la législation sur les stupéfiants	0 (0,0)
	Récidive légale au cours du suivi	**7 (9)**
Type des faits de la nouvelle infraction au cours du suivi	Récidive sexuelle	4 (57,1)
	Récidive non sexuelle	3 (42,9)

** : Un sujet peut commettre plusieurs types d'incidents au cours du suivi. FIJAIS : Fichier Judiciaire automatisé des Auteurs d'Infractions Sexuelles. Ψ : Nouvelle infraction au cours du suivi inclut les récidives légales au cours du suivi.*

<u>Tableau IV</u> : Facteurs de risque de récidive criminologiques selon la Static-99 et la SVR-20 chez les 119 sujets en injonction de soins

		Effectif n (%)
Jeune âge (18-24 ans)		**7 (5,9)**
Statut marital : Célibataire		**67 (56,3)**
Antécédent de condamnation		**63 (52,9)**
Psychopathie		**8 (6,7)**
Antécédent de carences pendant l'enfance		
	Carence affective et/ou éducative	68 (57,1)
	Données manquantes	4 (3,4)
Antécédent de violence pendant l'enfance		
	Violences physique et/ou sexuelle	37 (31,1)
	Données manquantes	5 (4,2)
	Trouble mental caractérisé	**29 (24,4)**
	Paraphilie	17 (58,6)
	• Pédophilie	14 (48,3)
	• Voyeurisme	1 (3,4)
	• Trouble de la préférence sexuelle, sans précision	2 (06,9)
	Victimes	
	Au moins une victime extrafamiliale	62 (52,1)
	Au moins une victime de sexe masculin	20 (16,8)
	Au moins une victime inconnue	27 (22,7)
Nombre de victimes/sujet*	1 victime	75 (63,0)
	2 à 4 victimes	29 (26,9)
	≥ 5 victimes	15 (13,9)
Age de la victime*	Mineurs	84 (70,6)
	Majeurs	22 (18,5)
	Mineurs et Majeurs	9 (7,6)
	Données manquantes	4 (3,6)

*Notes : * : facteurs de risque ne figurant pas dans la Static-99, ni la SVR-20.*

<u>Tableau V</u> : Caractéristiques sociodémographiques, psychiatriques, criminologiques et socio-judiciaires des sept sujets ayant commis une récidive légale au cours du suivi

		Effectif (%)	Années [dispersion]
	Caractéristiques sociodémographiques		
Age moyen			40,6 [24-61]
Statut marital	Célibataire	3 (42,9)	
	En couple	4 (57,1)	
Statut professionnel	Sans emploi	5 (71,4)	
	Avec emploi	1 (14,3)	
	Retraité	1 (14,3)	
Nombres d'années d'étude effectués en moyenne (niveau scolaire à partir du CP)			8 [5-12]
	Caractéristiques psychiatriques		
Trouble psychiatrique	Absence de trouble psychiatrique	2 (28,6)	
	Trouble mental caractérisé (pédophilie)	1 (14,3)	
	Trouble mental de l'axe II	2 (28,6)	
	Traits de personnalité pathologique isolés (sans trouble de l'axe I ou II)	2 (28,6)	
TUS	Présence TUS (alcool)	4 (57,1)	
	Absence de TUS	3 (42,9)	
Antécédent de carences pendant l'enfance	Carence affective et/ou éducative	6 (85,7)	
	Absence de carence	1 (14,3)	
Victime de violence pendant l'enfance	Violences physique et/ou sexuelle	5 (71,4)	
	Absence de violence	2 (28,6)	
	Caractéristiques criminologiques		
Age de la victime	Mineur de moins de 15 ans	5 (71,4)	
	Mineur de plus de 15 ans	1 (14,3)	
	Majeure	1 (14,3)	
Sexe de la victime	Sexe féminin	4 (66,7)	
	Sexe masculin	1 (14,3)	
	Sexe féminin et masculin	1 (14,3)	
	Donnée manquante	1 (14,3)	
Lien avec la victime:	Extrafamilial	5 (83,3)	
	Intrafamilial	1 (14,3)	
	Extrafamilial et intrafamilial	0 (0,0)	
	Donnée manquante	1 (14,3)	
	Caractéristiques socio-judiciaires		
Nature de la infraction actuelle	Sexuelle	6 (85,7)	
	Non sexuelle	1 (14,3)	
Type de l'infraction actuelle	Condamnés en état de récidive sexuelle délictuelle	1 (14,3)	
	Condamnés en état de réitération sexuelle délictuelle	2 (28,6)	
		0 (0,0)	

	Condamnés en état de récidive sexuelle criminelle	
	Condamnés en état de réitération criminelle	2 (28,6)
	• Sexuelle	2 (28,6)
	• Non sexuelle	
Nature de la récidive légale au cours du suivi	Récidive atteinte aux personnes : fait de nature sexuelle	4 (57,1)
	Récidive atteinte aux personnes : fait de nature non sexuelle	1 (14,3)
	Récidive infraction routière	2 (28,6)

Notes : AICS : Auteurs d'Infraction à Caractère Sexuel. ATCD : Antécédents. TUS : Trouble lié à l'Usage de Substances.