

2017-2018

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en PSYCHIATRIE

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

BERNARD Julie

Née le 24/01/1988 à Bordeaux (33)

Sous la direction de M. le Docteur ORSAT Manuel

Membres du jury

Madame le Professeur GOHIER Bénédicte | Président

Monsieur le Docteur ORSAT Manuel | Directeur

Madame le Professeur ROUGE-MAILLART Clotilde | Membre

Monsieur le Professeur CAMUS Vincent | Membre

Madame le Maître de Conférences RENAUD-DUPARC Caroline | Membre

Monsieur le Directeur BRUGALLE Jérôme | Membre

Soutenue publiquement le :
6 avril 2018



**FACULTÉ
DE SANTÉ**
UNIVERSITÉ D'ANGERS

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Bernard Julie déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **09/03/2018**



LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Nicolas Lerolle

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine :

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILLET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine

HUNAUT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
BAGLIN Isabelle	Pharmaco-chimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique et Mycologie	Pharmacie
LEGEAY Samuel	Pharmacologie	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

PAST

CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Physiologie	Pharmacie

ATER

FOUDI Nabil (M)	Physiologie et communication cellulaire	Pharmacie
HARDONNIERE Kévin	Pharmacologie - Toxicologie	Pharmacie
WAKIM Jamal (Mme)	Biochimie et biomoléculaire	Médecine

AHU

BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LEROUX Gaël	Toxico	Pharmacie
BRIOT Thomas	Pharmacie Galénique	Pharmacie
CHAPPE Marion	Pharmacotechnie	Pharmacie

CONTRACTUEL

VIAULT Guillaume	Chimie	Pharmacie
------------------	--------	-----------

A ma Présidente de Jury, Madame le Professeur Bénédicte Gohier

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail. Je vous remercie de m'avoir soutenue dans tous mes projets et de m'avoir permis de les mener à terme. Recevez ici toute ma reconnaissance et l'expression de mon plus profond respect.

A mon Directeur de Thèse, le Docteur Manuel Orsat

Ta disponibilité et ta patience m'ont été précieuses durant ce travail de thèse. Ton exigence et ta précision m'ont incitée à être rigoureuse et à approfondir ma réflexion.

Manuel, merci de m'avoir accompagnée durant tout mon internat et de m'avoir prouvé que lorsque l'on veut, on peut! Accepte pour cela toute ma gratitude.

Aux membres du Jury,

A Madame le Professeur Clotilde Rougé-Maillart

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse et d'apporter votre expérience à la critique de ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Vincent Camus

Veuillez accepter l'expression de ma profonde reconnaissance pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

A Madame Caroline Renaud-Duparc

Vous avez accepté de siéger au jury de cette thèse de médecine et d'évaluer ce travail, soyez assurée de mes sincères remerciements.

A Monsieur Jérôme Brugallé

Veuillez accepter mes remerciements les plus respectueux pour avoir participé à l'élaboration de ce travail et avoir accepté de juger cette thèse de médecine.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont également au Docteur Dachary et au Docteur Boyer qui m'ont permis de réaliser ce travail de thèse.

Mme Mirande, je vous remercie sincèrement de m'avoir éclairée sur certains points judiciaires.

Je tenais à également à remercier mes chers co-internes et particulièrement Pauline avec qui j'ai passé de belles années d'internat. J'espère pouvoir travailler avec toi encore quelques années.

A mes chères amies Inès, Marie, Camille et Léna qui m'ont toujours soutenue et sur qui je pourrai toujours compter.

A mes « foraines chics » Pedes, Gigi, Soso, De Deck et Valette avec qui j'ai passé des moments inoubliables et riches en émotion. J'espère qu'il y en aura d'autres, je ne m'en lasserai jamais.

A mes amis (devenus) angevins et à nos dîners réguliers.

A mes parents qui ont constamment répondu présents pour moi et qui m'ont appris à toujours donner le meilleur de moi. A ma famille soudée.

A mes frères pour leurs disputes divertissantes.

A mon parrain et à sa femme pour leur gentillesse.

A ma belle-famille pour son soutien, depuis de longues années déjà.

Et enfin à Arthur, présent à mes côtés depuis de nombreuses années maintenant et qui me permet d'avancer avec sérénité. Merci d'être là.

Liste des abréviations

[illegible]

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS

RESUME

INTRODUCTION

METHODES

RESULTATS

- 1. Caractéristiques sociodémographiques**
- 2. Caractéristiques psychiatriques**
- 3. Caractéristiques infractionnelles et judiciaires**
- 4. Suivi socio-judiciaire**
- 5. Facteurs de risque de nouvelle infraction au cours du suivi**

DISCUSSION ET CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

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

J. Bernard (1) ; D. Le Gal (2) ; J. Brugallé (3) ; B. Gohier (4) ; M. Orsat (5,6)

1: Service de psychiatrie et addictologie, CHU d'Angers, Angers, France. 2 : MD, 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: MD, PhD, Psychiatre, Service de psychiatrie et addictologie, CHU d'Angers, Angers, France. 5: MD, Psychiatre, Pôle Santé Sud, Le Mans, France. 6: Section Psychiatrie Légale de l'AFPBN.

RESUME

Introduction : L'Injonction de Soins (IS) est un Soin Pénalement Ordonné (SPO) créée par la loi du 17 juin 1998 sur le Suivi Socio-Judiciaire (SSJ) avec pour objectif de participer à la prévention de la récidive. Initialement réservée aux auteurs d'infraction à caractère sexuel (AICS), elle peut maintenant être prononcée pour de très nombreuses infractions et a représenté en 2011 plus de 3 800 mesures en cours. Vingt ans après sa création, cette mesure de SPO n'a jamais été évaluée précisément. Or, les seules données accessibles font entrevoir que les personnes condamnées à des IS sont rarement atteintes de troubles mentaux ; en outre, les AICS ne sont pas des infracteurs à haut potentiel de récidive.

Objectifs : L'objectif principal de cette étude est de caractériser la population en IS dans le département de la Sarthe aux plans sociodémographique, infractionnel et psychiatrique. L'objectif secondaire est d'évaluer l'efficacité de l'IS à prévenir la récidive.

Méthodes : cette étude descriptive, rétrospective portait sur 119 sujets suivis par les médecins coordonnateurs de la Sarthe du 01/01/2003 au 01/09/2016 : les données sociodémographiques, psychiatriques, infractionnelles ont été recueillies. Parmi ces 119 dossiers, 78 ont pu être complétés par les données du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) (données concernant le SSJ).

Résultats : Notre population était composée de 117 hommes (98,3%) âgés de 45 ans en moyenne. Selon le DSM-IV-TR, seuls 29 sujets (24,4%) avaient un trouble mental caractérisé de l'axe I. Mais 37,8% des sujets présentaient des traits de personnalité pathologiques (troubles non catégorisables selon le DSM-IV-TR) et 51,3% des sujets (n=61) présentaient un trouble lié à l'usage de substances (surtout l'alcool). Le suivi était assuré principalement par un psychiatre seul (n=99 ; 83,2%), sans prise en charge spécifique des addictions. La durée moyenne de l'IS était de cinq ans.

Parmi les sujets dont les données de suivi du SPIP étaient disponibles, 16,7% avaient commis une nouvelle infraction au cours du suivi. Parmi eux, sept étaient en récidive légale dont six pour une récidive d'infraction à caractère sexuel. Il ressortait de nos analyses que les sujets présentant un trouble de l'axe II avaient cinq fois plus de risque de commettre une nouvelle infraction au cours du suivi. En revanche, on ne retrouvait pas de facteur de risque de récidive légale.

Discussion : La plupart des sujets en IS ne présentaient pas de trouble de l'axe I mais des troubles liés à l'usage de substances et/ou des traits de personnalité pathologiques. Pourtant, une IS était prononcée et présupposait donc qu'un expert psychiatre avait conclu à son opportunité. Les troubles de personnalité ou du comportement ne relèvent pas de soins psychiatriques standards et une prise en charge multidisciplinaire est souvent indiquée. De même, les soins addictologiques apparaissent insuffisamment développés dans cette

population à risque. Le ciblage de la population susceptible de tirer bénéfice d'une IS devrait être plus précis et le contenu de l'IS pourrait gagner en pertinence.

En outre, une meilleure articulation entre les différents acteurs de l'IS pourrait permettre d'affiner le recours à ce type de SPO pour le rendre plus adapté aux sujets concernés.

Conclusion: L'IS pourrait gagner en efficacité en ciblant mieux les sujets à haut risque de récurrence, présentant des troubles relevant de soins psychiatriques et/ou addictologiques, et à condition qu'elle s'intègre à une prise en charge pluridisciplinaire.

INTRODUCTION

1. Le suivi socio-judiciaire et l'injonction de soins

Les soins pénalement ordonnés (SPO) regroupent un ensemble de mesures prononcées par l'autorité judiciaire à l'encontre d'auteurs d'infractions jugés pénalement responsables de leur acte. Les SPO se déclinent en trois mesures : les Injonctions Thérapeutiques (IT), les Obligations de Soins (OS) et les Injonctions de Soins (IS) [1].

Le suivi socio-judiciaire (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 [2]. Les lois du 12 décembre 2005 et du 5 mars 2007 ajoutent les crimes, tortures contre personnes commis ou non par un ascendant ou conjoint et les infractions pouvant créer un danger pour autrui aux infractions faisant encourir le SSJ. La loi du 9 juillet 2010 y adjoint des délits (menaces sur conjoint(e)) [3-5]. Au cours de 2011, 1 433 SSJ ont été prononcés pour 1 175 infractions éligibles à la loi sur le SSJ de 1998, 201 à la loi de 2005 et 57 à la loi de 2007 [6]. 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 [7].

Le SSJ peut être prononcé à titre de peine principale (sans peine privative de liberté) ou complémentaire (accompagnant une peine privative de liberté). Il est prononcé par la juridiction de jugement ou de l'application des peines. 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 de la peine d'emprisonnement fixée préalablement par la juridiction lors du prononcé du SSJ [8]. Parmi les obligations socio-judiciaires, la juridiction peut ajouter une mesure sanitaire : le SSJ sera alors assorti d'une IS.

Depuis la loi du 10 août 2007, le SSJ comprend automatiquement une IS sauf décision contraire de la juridiction de jugement ou de la juridiction de l'application des peines (art. 131-36-4 CP). L'objectif est de généraliser l'IS pour les AICS étendant ainsi son champ

d'application : elle peut être prononcée dans le cadre d'une libération conditionnelle, d'une surveillance judiciaire ou encore lors du prononcé d'une surveillance ou d'une rétention de sûreté [9].

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 la peine d'emprisonnement prévue en cas de non-respect du SSJ [10].

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

2.1.1. Le Juge de l'Application des Peines (JAP)

Il veille à l'exécution de la peine lorsque le condamné sort de détention, il rappelle et contrôle les obligations du condamné dans le cadre du SSJ assorti d'IS. C'est lui qui nomme le Médecin Coordonnateur (MC), choisi sur une liste prévue à l'article L.3711-1 du code de la santé publique. Il lui adresse les expertises médicales ainsi que les pièces judiciaires utiles à sa mission [11]. Pour s'informer, le JAP doit être en lien direct avec les différents acteurs du suivi, notamment le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) et le MC.

Le JAP est le pivot du dispositif de l'IS. Il intervient dès la période de détention et tout au long de la durée de l'IS.

2.1.2. Le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP)

Deux missions sont confiées au SPIP : surveiller les Personnes Placées Sous Main de Justice (PPSMJ) et favoriser la réinsertion sociale avec pour objectif de prévenir la récidive pénale. Pour cela, l'accompagnement du condamné commence dès la détention ; à la sortie de détention, les Conseillers Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (CPIP) vérifient que la PPSMJ respecte ses obligations. Ils aident le condamné à travailler sur son passage à l'acte à

travers, par exemple, des entretiens non thérapeutiques conçus dans une perspective exclusivement criminologique [12].

2.1.3. Le Médecin Coordonnateur (MC)

Créé par la loi du 17 juin 1998 relative au SSJ et à l'IS, le MC évalue le condamné sur le plan psychiatrique, il met ses observations en lien avec les différentes expertises afin d'estimer l'évolution clinique et criminologique du condamné. Il est en lien direct avec le Médecin Traitant (MT) : c'est lui qui prévient le MT du choix du condamné, qui recueille son accord pour prendre en charge la PPSMJ. Tout au long du suivi, il a un rôle de conseiller auprès du MT si celui-ci en fait la demande mais il n'interfère pas dans la prise en charge thérapeutique. Il doit régulièrement tenir informé le JAP et le CPIP de l'évolution du sujet [11].

Le MC est au centre de l'articulation médico-judiciaire, en faisant interface entre le suivi judiciaire du condamné et sa prise en charge médicale.

2.1.4. Le Médecin Traitant (MT)

Le MT peut être un psychiatre (ou - depuis la loi du 12 décembre 2005 - un psychologue exerçant depuis plus de cinq ans) qui a pour rôle d'accompagner le sujet dans une démarche de soins psychothérapeutiques avec éventuellement un traitement médicamenteux. Un traitement freinateur de la libido peut être prescrit ; pour cela le consentement écrit du sujet est nécessaire [13,14]. Le MT doit informer le MC, le JAP ou l'agent de probation en cas d'arrêt du suivi, sans que lui soit reproché une violation du secret professionnel. Le MT délivre des attestations de présence aux consultations, preuve que le condamné respecte ses obligations. Elles seront transmises, via le condamné, au SPIP.

Le MT est celui qui prodigue les soins au condamné. La prise en charge des sujets en IS est spécifique ce qui demande aux MT une certaine connaissance en psychiatrie légale et criminologie.

3. L'injonction de soins : pour qui ? Pourquoi ?

3.1.1. 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 trouble psychotique, selon Hodgins – et pourtant à l'opportunité de l'IS [15]. 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 [16].

Certains sujets indemnes de trouble mental sont pourtant condamnés à des soins. Même s'ils pourraient relever d'un accompagnement psychothérapique, les cas sont nombreux où aucune demande ni aucune démarche introspective n'est à l'œuvre.

Chez les AICS, les troubles de la personnalité sont retrouvés de façon hétérogène ce qui souligne la complexité psychopathologique de ces sujets. Raymond *et al.* ont retrouvé 60% de troubles de la personnalité dans leur cohorte alors que Marshall n'en retrouvait que 4,2% dans sa cohorte de 8 596 AICS [17,18]. 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 [19]. Or, la durée moyenne de l'IS est de cinq ans, temps probablement insuffisant pour construire une alliance thérapeutique chez un sujet ayant un profil psychopathologique singulier, sans demande initiale et dont le but est d'éviter toute nouvelle incarcération [20].

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 », « pervers » etc. [16]. Ces sujets ne présentent donc aucun trouble psychiatrique caractérisé mais ils sont tout de même condamnés aux soins. En d'autres termes, un trouble du comportement serait un critère pour une IS, sans qu'aucune prise en charge structurée et rigoureuse ne puisse être proposée.

Une description psychiatrique et psycho-criminologique plus précise des sujets en IS aiderait à la mise en place d'une meilleure stratégie de prise en charge sociale, psycho-sociale ou médico-psycho-sociale.

3.1.2. 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, déterminés 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 » [20]. « Cette définition légale de la réitération est récente puisque qu'elle n'a été introduite dans le Code Pénal qu'en décembre 2005. Le texte de loi ne limite pas l'observation de la réitération à une période de temps donnée » [3,21].

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 3,9% chez les sujets condamnés et de 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.

Les taux de réitération sont en revanche beaucoup élevés. En terme de crimes, la réitération des sujets était de 36,5% et de 26,7% pour les délits [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 limite de temps. 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 ?

L'IS est encore mal connue des psychiatres, la faiblesse de la formation en psychiatrie légale et le manque d'articulation et de communication entre les différents intervenants médico-socio-judiciaires y contribuent [22]. Dans l'étude de Couhet *et al.*, 54,9% des psychiatres considéraient que le suivi avait pour but de traiter une pathologie psychiatrique et seuls 29,4% psychiatres avaient pour objectif de diminuer le risque de récidive légale. Ils ont également souligné que 29,4% des psychiatres n'avaient aucun objectif lorsqu'ils suivaient des sujets IS [23]. Ces résultats illustrent la divergence entre les attentes du législateur et l'appréhension de l'IS par les psychiatres.

Une meilleure coordination entre les différents acteurs de l'IS permettrait que le rôle de chaque intervenant soit clairement défini.

4. Objectifs de l'étude

L'IS est une mesure qui concerne principalement les AICS dont la psychopathologie et le profil psycho-criminologique sont hétérogènes ; il s'agit d'un dispositif mal connu des professionnels de santé mentale, qui appelle des compétences spécifiques pour être pertinente et répondre aux objectifs de prévention de la récidive.

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 récidive légale.

METHODES

1. Critères d'inclusion

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

2. Recueil et analyse des données

Le recueil des données médicales et sociodémographiques a été effectué à partir des dossiers anonymisés fournis par les médecins coordonnateurs. Les diagnostics psychiatriques ont été codés selon le DSM-IV-TR, à partir des expertises médicales. Dans notre étude, les traits de personnalité pathologiques correspondaient à des caractéristiques de personnalité ne s'intégrant pas dans le trouble de personnalité : par exemple, « trait pervers », « immature », « narcissique », etc. Un investigateur du SPIP recueillait les données criminologiques. Les données médicales et du SPIP ont été croisées à l'aide du numéro d'inclusion. Pour certains sujets, les données médicales n'ont pas pu être complétées par les données du SPIP. 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. L'analyse univariée a été réalisée à l'aide d'un test de Khi deux ou d'un test de Fisher lorsque l'effectif était faible ($n \leq 5$). Les facteurs de risque de nouvelle infraction et de récidive légale ont été identifiés grâce à une régression logistique binaire (modèle multivarié). Un seuil de significativité (p) < 0,05 était fixé.

RESULTATS

1. Caractéristiques sociodémographiques (tableau I)

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 terminé les études au collège (en 4^{ème}) et une carence affective et/ou éducative était rapportée dans 57,1% des cas (n=68).

Tableau I : 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)	
Logement	Pas de logement	44 (37,0)	
	Logement personnel	75 (63,0)	
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 4 ^{ème})
Handicap (physique, psychique)	Pas de handicap	90 (75,6)	
	Handicap reconnu	29 (24,4)	
Situation parentale durant l'enfance	Parents non séparés	74 (62,2)	
	Parents séparés	42 (35,3)	

	Données manquantes	3 (2,5)
Carences affectives/éducatives durant l'enfance	Oui	68 (57,1)
	Non	47 (39,5)
	Données manquantes	4 (3,4)

CP : Cours Préparatoire ; IME : Institut Médico-Educatif ; SEGPA : Sections d'Enseignement Général et Professionnel adapté.

2. Caractéristiques psychiatriques (tableau II)

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 eux, 58,6% (n=17) présentaient une paraphilie - notamment une pédophilie (48,3% ; n=14). Sept sujets (24%) présentaient un trouble de l'humeur, trois (10,3%), un trouble psychotique, trois sujets (10,3%), un trouble du spectre autistique et un (3,4%), un trouble anxieux. Treize sujets (10,9%) présentaient un trouble mental de l'axe II dont huit (61,5%) une personnalité antisociale ; mais 37,8% (n=45) présentaient des traits de personnalité pathologiques.

Enfin, 51,3% des sujets en IS présentaient un trouble lié à l'usage de substances ; l'alcool étant la substance la plus consommée (83,6% ; n=51).

Tableau II : Caractéristiques psychiatriques des 119 sujets en injonction de soins

	Effectif n (%)
Trouble psychiatrique	
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 mental caractérisé (axe I)	29 (24,4)
Paraphilies	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 du spectre autistique	3 (10,3)
	Trouble lié à l'usage de substances	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.

3. Caractéristiques infractionnelles et judiciaires (tableau III)

Les infractions à caractère sexuel étaient les plus fréquentes (90,7% ; n=108) avec 70,4% d'agressions sexuelles (n=76) et 39,8% de viols (n= 43). Plus de la moitié des sujets (51,3% ; n=61) avaient déjà été condamnés pour une infraction : 70,5% de ces infractions étaient de même nature que celle pour laquelle ils étaient actuellement condamnés.

On dénombrait 199 victimes. La majorité (79,9% ; n=159) étaient de sexe féminin et 71,9% étaient mineurs de moins de 15 ans (n=143). Les victimes étaient intrafamiliales dans 42,3% des cas (n= 80) et extrafamiliales dans 57,7% des cas (n=109).

Tableau III : Caractéristiques infractionnelles et judiciaires des 119 sujets en injonction de soins

		Effectif n (%)	Année [dispersion]
Type d'infraction	Délit	59 (49,6)	
	Crime	55 (46,2)	
	Données manquantes	5 (4,2)	
	Infraction à caractère	108 (90,7)	

sexuel		
	Viol	43 (39,8)
	Agression sexuelle	76 (70,4)
	Exhibitionnisme	6 (5,6)
	Corruption	20 (18,5)
	Infractions sexuelle et non sexuelle concomitantes	4 (3,4)
Victimes		199
	Sexe féminin	159 (79,9)
	Sexe masculin	40 (20,1)
	Mineur de moins de 15 ans	143 (71,9)
	Mineur de plus de 15 ans	13 (6,5)
	Majeur	36 (18,1)
	Données manquantes	7 (3,5)
	Victime intrafamiliale	80 (42,3)
	Victime extrafamiliale	109 (57,7)
	Données manquantes	10 (5,0)
Juridiction prononçant l'IS	Tribunal correctionnel	55 (46,2)
	Cour d'Assises	45 (37,8)
	TAP ou JAP	13 (10,9)
	Tribunal pour enfants	2 (1,7)
	Données manquantes	4 (3,4)
Cadre de l'IS	SSJ	101 (84,9)
	Libération conditionnelle	10 (8,4)
	Surveillance judiciaire	8 (6,7)
	Surveillance de sûreté	0 (0,0)
Durée moyenne de la condamnation à une IS		5,1 [1-10]
Antécédents de condamnation(s)		61 (51,3)
	*Réitération/Récidive (de nature sexuelle ou non sexuelle)	43 (70,5)
	Données manquantes	30 (33,7)

ATCD : Antécédent ; IS : Injonction de Soins ; TAP : Tribunal d'Application des Peines ; JAP : Juge d'Application des Peines ; SSJ : Suivi Socio-Judiciaire ; *: sont indiquées les réitérations de faits de même nature (sexuelle/non sexuelle).

4. Suivi socio-judiciaire (tableau IV)

Parmi les 78 sujets dont les données médicales et du SPIP ont pu être croisées, 38,5% d'entre eux (n=30) avaient connu un incident dans la mesure : les plus fréquents étaient le

non-respect des mesures de contrôle (37,2% ; n=16) et le non-respect de l'IS (39,5% ; n=17). Parmi ces 30 sujets, certains avaient commis plusieurs types d'incident pendant le suivi.

Treize sujets (16,7%) avaient commis une nouvelle infraction au cours du suivi dont sept étaient une récidive légale. L'atteinte aux personnes de nature sexuelle et la non justification du Fichier Judiciaire automatisé des Auteurs d'Infractions Sexuelles (FIJAIS) étaient les nouvelles infractions les plus fréquentes (30,8% ; n=4).

Parmi les sept sujets récidivistes, six (7,7%) avaient été initialement condamnés pour une infraction sexuelle. Parmi ces six récidivistes, cinq (83,3%) avaient été initialement condamnés pour une infraction sexuelle sur mineur de moins de 15 ans, de sexe féminin. La victime était extrafamiliale dans quatre cas (66,7%), intrafamiliale dans un seul cas. Il existait une donnée manquante.

Tableau IV : Suivi socio judiciaire effectué par le SPIP chez les 78 sujets en injonction de soins

		Effectif n (%)
	Nombre de condamnés ayant commis des incidents dans la mesure	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	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)
	Infractions à la législation sur les stupéfiants	0 (0,0)
	Escroqueries ou infraction économique et financière	1 (7,7)
	Non justification FIJAIS	4 (30,8)
Récidive légale		7 (53,8)

* : Un sujet peut commettre plusieurs types d'incident au cours du suivi. FIJAIS : Fichier Judiciaire automatisé des Auteurs d'Infractions Sexuelles.

5. Facteurs de risque de nouvelle infraction au cours du suivi (tableau V)

Les sujets atteints d'un trouble de l'axe II avaient cinq fois plus de risque de commettre une nouvelle infraction au cours du suivi quels que soient les TUS, les traits de personnalité pathologiques ou les troubles mentaux caractérisés. En revanche, on ne retrouvait aucun facteur augmentant le risque d'une récidive légale

Tableau V : Facteurs de risques de nouvelle infraction parmi les 13 condamnés ayant commis une nouvelle infraction au cours du suivi

	Nombre de sujets atteints	Nombre de sujets indemnes	Analyse univariée p	Analyse multivariée Odd ratio (95% CI) p
TUS	8	5	0,29	- 0,41
Trait de personnalité	7	6	0,75	- 0,96
Trouble mental de l'axe II	4	9	0,04	5,18 (1,13-23,82) 0,04
Trouble mental caractérisé	4	9	0,46	- 0,40

TUS : Trouble lié à l'usage de Substances. L'analyse univariée est réalisée par un test du χ^2 ou un test de Fisher lorsque $n \leq 5$. Toutes les variables cliniques étaient introduites dans le modèle multivarié de régression logistique binaire, seules les variables avec un $p < 0,05$ étaient retenues.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Dans notre cohorte, 69,7% des sujets (n=83) en IS ne présentaient pas de trouble mental caractérisé et la majorité d'entre eux (51,3% ; n=61) avaient des antécédents d'infractions. Pour 13 sujets (16,7%), une nouvelle infraction était déclarée pendant le suivi. Le fait d'être atteint d'un trouble mental de l'axe II multipliait par cinq le risque de nouvelle infraction au cours du suivi. Parmi les 13 individus, sept étaient en récidive légale ; aucun facteur de risque de récidive n'était retrouvé.

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

1.1. Troubles psychiatriques, troubles de la personnalité et injonction de soins

Finalement, peu de sujets condamnés à une IS sont atteints de troubles mentaux (24,4% de sujets (n=29) avec un trouble mental de l'axe I, 10,9% de sujets (n=13) avec trouble mental de l'axe II et 37,8% avec trait de personnalité pathologique (n=45)). 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 affirme « qu'il importe de ne 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 » [19].

Il semble donc exister un hiatus entre l'analyse clinique des experts, dont le rôle est central dans ces cas d'espèce, et leurs conclusions concernant l'opportunité d'une IS [16,24]. 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 ou encore à la notion de traitement possible est porteur d'incertitude scientifique en même temps qu'il peut engendrer des réponses d'une excessive précaution et multiplier, par la suite, des injonctions de soins inutilement nombreuses » [20]. En 2011, 5 400 IS étaient en cours ; si on

considère que 69,7% n'ont pas de trouble mental caractérisé, près 3 763 sujets indemnes de trouble psychiatrique seraient suivis par des psychiatres [7].

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. Or, dans notre cohorte, les troubles de personnalité constituaient un facteur de risque de nouvelle infraction au cours du suivi, malgré les soins psychiatriques. Les soins psychiatriques ne peuvent pas être dispensés isolément dans cette population : par exemple, les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur la « *Prise en charge de la psychopathie* » précisent que les personnes présentant une personnalité de type psychopathique « peuvent utilement bénéficier d'une prise en charge thérapeutique à la condition qu'elle soit articulée rigoureusement avec la prise en charge sociale ». Aussi, dans ce cas, les soins imposés dans le cadre d'un SSJ peuvent présenter un intérêt s'ils sont médicalement fondés d'une part, et que la relation entre JAP, SPIP et soignants est suffisamment structurée, d'autre part. 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 [25,26].

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.

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 [27].

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

Dans notre étude, près de 51% 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. Dans un échantillon d'AICS, Langström et *al.* ont mis en évidence une association entre trouble lié à l'usage d'alcool et risque de récidive [28-31].

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.

2. Optimiser l'efficacité de l'injonction de soins

En 20 ans d'existence, l'efficacité de l'IS n'a jamais été évaluée au niveau national. Même les auteurs du rapport sur *l'évaluation du dispositif de l'injonction de soins* n'ont pas pu évaluer l'efficacité de l'IS vu la pauvreté des données, notamment du point de vue de la récidive. Dans notre cohorte de 78 sujets en IS, six sujets (7,7%) avaient été initialement condamnés pour une infraction sexuelle et avaient récidivé au cours du suivi. Les seules données de la littérature sur l'IS permettent de montrer que les AICS, en général, récidivent peu : 3,9% pour les crimes sexuels et 8% pour les délits sexuels. Nos résultats semblent cohérents avec ceux retrouvés dans le rapport de Joseph-Jeanneney *et al.* [20].

Parmi les six récidivistes sexuels, cinq (83,3%) avaient été initialement condamnés pour une infraction sexuelle sur mineur de moins de 15 ans, de sexe féminin. Dans quatre cas (66,7%), la victime était extrafamiliale. Nos résultats concordent avec la littérature : l'étude de Balier *et al.* montrait 60% de récidive chez les sujets auteurs d'infractions sexuelles sur mineur extrafamilial [32] alors que les sujets auteurs d'inceste récidivent moins (3,7% selon le rapport Balier) [28]. Au vu de ces données, un meilleur ciblage des sujets concernés par l'IS pourrait permettre de personnaliser les prises en charge en diminuant par ailleurs les indications de ce dispositif.

Dans d'autres pays, comme le Canada ou le Royaume-Uni, les AICS ne sont pas systématiquement contraints aux soins et pourtant le taux de récidive tend à diminuer. En effet, en 2009, les canadiens Wilson *et al.* ont montré que l'utilisation des Cercles de Soutien et de Responsabilité (CSR) diminuait de 71% la récidive générale chez les AICS: 11,4% de récidive pour les 44 sujets suivis par un CSR contre 38,6% pour les 44 sujets témoins suivis pendant 36 mois [7]. Les CSR permettent la prise en charge des AICS sortis de détention par des bénévoles issus de la société civile. L'ensemble est supervisé par un professionnel qui a pour fonction de coordonner le cercle. L'objectif des CSR est d'éviter la récidive légale

en apportant un soutien aux AICS, en les réinsérant socialement et en les responsabilisant. 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 des équipes de santé spécialisées - constituées de psychiatres, psychologues et psychothérapeutes -. Ils ont une fonction de consultant à la demande des équipes spécialisées, ils formulent un avis quant à l'indication thérapeutique, aux possibilités de traitement, à l'orientation de l'AICS. Ils transmettent à la Justice et à l'assistant de justice, les rapports de suivi relatifs au traitement et au suivi établi par les équipes spécialisées. Ils contribuent également à l'organisation de formations spécifiques pour les équipes spécialisées et participent à des recherches scientifiques [20,33].

Selon les auteurs du rapport sur *l'Etude du parcours post institutionnel des Auteurs d'Infraction à Caractère Sexuel suite à la prise en charge post pénitentiaire en région Wallonne*, seuls 7,9% des 231 AICS suivis à leur sortie de détention avaient commis une récidive sexuelle. Les auteurs précisait que ce taux était inférieur à celui retrouvé dans la littérature internationale [34,35]. Au vu de ces résultats, le système médico-socio-judiciaire belge semble efficient.

A la faveur de travaux comme celui-ci, les soins psychiatriques pourront peut-être trouver leur juste place dans les dispositifs post-carcéraux destinés à prévenir la récidive. Vingt ans après le vote de la loi du 17 juin 1998, une audition publique sur les auteurs de violences sexuelles s'annonce, qui pourra sans doute faire le bilan de l'IS et proposer des pistes d'affinement de ce type de SPO, possiblement très utile lorsqu'il est bien ciblé et qu'il intègre des soins spécifiques et adaptés aux sujets concernés.

3. 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 socio-judiciaire. Au vu des intervalles de confiance, nos résultats doivent être

interprétés avec prudence. 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. En effet, les experts n'utilisent pas tous des référentiels de psychiatrie lors des expertises ce qui engendre une grande variabilité diagnostic, déjà soulignée dans d'autres travaux [16]. Ce biais a été pallié en catégorisant les troubles selon le DSM-IV-TR et en ajoutant la catégorie « traits de personnalité pathologiques ».

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, permettant de cibler les sujets susceptibles de bénéficier de soins. Ce type de SPO pourrait gagner en efficacité en ciblant mieux les sujets à haut risque de récurrence, 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, Decamps-Mini D, Canet J, Olié J-P, et al. Les soins pénalement ordonnés : analyse d'une pratique complexe à travers une revue de la littérature. *L'Encéphale* 2015;41:420-8. doi:10.1016/j.encep.2015.03.003.
- [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] Josnin R. Le recours au suivi socio-judiciaire. France: 2013.
- [7] 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 2015.
- [8] Tyrode Y, Bourcet S, Senon J-L, Olié J-P. Suivi sociojudiciaire : loi du 17 juin 1998.
- [9] Loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs.
- [10] Code pénal -Article 131-36-4. vol. 131-36-4.
- [11] Code de la santé publique - Article L3711-1. vol. L3711-1.
- [12] Insertion et probation : un accompagnement personnalisé n.d. <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/insertion-et-probation-un-accompagnement-personnalise-20858.html> (accessed October 18, 2016).
- [13] Code de la santé publique - Article L3711-3. vol. L3711-3.
- [14] Code de la santé publique - Article L3711-4-1. vol. L3711-4-1.
- [15] Hodgins S. Mental disorder, intellectual deficiency, and crime: evidence from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:476-483.
- [16] Spriet H, Abondo M, Naudet F, Bouvet R, Le Gueut M. L'indication d'injonction de soins repose-t-elle sur un diagnostic médical? *L'Encéphale* 2014;40:295-300. doi:10.1016/j.encep.2013.04.016.

- [17] Raymond NC, Coleman E, Ohlerking F, Christenson GA, Miner M. Psychiatric comorbidity in pedophilic sex offenders. *Am J Psychiatry* 1999;156:786–8. doi:10.1176/ajp.156.5.786.
- [18] Marshall WL. Diagnostic issues, multiple paraphilias, and comorbid disorders in sexual offenders: Their incidence and treatment. *Aggress Violent Behav* 2007;12:16–35.
- [19] Burgelin J-F. Santé, justice et dangers: pour une meilleure prévention de la récidive. Ministère de la Justice, Ministère de la Santé et des Solidarités; 2005.
- [20] Joseph-Jeanneney B, Iecoq G, Beau P, Gallier P. Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soins. Paris: Inspection Générale des Affaires Sociales, Inspection Générale des Services Judiciaires. France: 2011.
- [21] Ministère de la Justice-Secrétariat général-SDSE (Prénom). Mesurer la récidive (contribution à la conférence de consensus de prévention de la récidive) 2013.
- [22] Couty E, Cecchi-Tenerini R. Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie. Paris Ministère Santé Sports 2009.
- [23] Couhet G, De Rocquigny H, Verdoux H. Soins pénalement ordonnés: étude des pratiques des psychiatres de la Gironde. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* 2012;170:569–72. doi:10.1016/j.amp.2012.08.008.
- [24] Senon JL, Manzanera C. L'expertise psychiatrique pénale: les données d'un débat. *Actual Jurid Pénal* 2006.
- [25] Haute Autorité de Santé. Prise en charge de la psychopathie 2005.
- [26] 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* 2010;168:462–5. doi:10.1016/j.amp.2010.05.002.
- [27] Blanc E. Rapport d'information sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel,. Paris: Assemblée nationale; 2012.
- [28] Balier C, Parayre C, Parpillon C. Traitement et suivi médical des auteurs de délits et crimes sexuels. Paris: 1995.
- [29] Långström N, Sjöstedt G, Grann M. Psychiatric disorders and recidivism in sexual offenders. *Sex Abuse J Res Treat* 2004;16:139–150.
- [30] Macdonald S, Anglin-Bodrug K, Mann RE, Erickson P, Hathaway A, Chipman M, et al. Injury risk associated with cannabis and cocaine use. *Drug Alcohol Depend* 2003;72:99–115. doi:10.1016/S0376-8716(03)00202-3.
- [31] Howard RC, Menkes DB. Changes in brain function during acute cannabis intoxication: preliminary findings suggest a mechanism for cannabis-induced violence. *Crim Behav Ment Health* 2007;17:113–7. doi:10.1002/cbm.646.

- [32] Balier C, Ciavaldini A, Girard-Khayat M. Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels. Paris: 1996.
- [33] Rapport 2016 - CEntre d'Appui Bruxellois ASBL. Rapport d'activités 2016 2016.
- [34] Martin PM. Centre de Recherche en Défense Sociale (CRDS).
- [35] Pham T, Ducro C, Martin M, Pihet B. 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. doi:10.1016/j.amp.2010.05.001.

LISTE DES TABLEAUX

<u>Tableau I</u> : Caractéristiques sociodémographiques à l'initiation de la mesure des 119 sujets en injonction de soins.....	11
<u>Tableau II</u> : Caractéristiques psychiatriques des 119 sujets en injonction de soins	12
<u>Tableau III</u> : Caractéristiques infractionnelles et judiciaires des 119 sujets en injonction de soins.....	13
<u>Tableau IV</u> : Suivi socio judiciaire effectué par le SPIP chez les 78 sujets en injonction de soins.....	15
<u>Tableau V</u> : Facteurs de risques de nouvelle infraction parmi les 13 condamnés ayant commis une nouvelle infraction au cours du suivi.....	16

TABLE DES MATIERES

RESUME	2
INTRODUCTION	4
METHODES	10
RESULTATS.....	11
1. Caractéristiques sociodémographiques (tableau I)	11
2. Caractéristiques psychiatriques (tableau II)	12
3. Caractéristiques infractionnelles et judiciaires (tableau III).....	13
4. Suivi socio-judiciaire (tableau IV)	14
5. Facteurs de risque de nouvelle infraction au cours du suivi (tableau V)	16
DISCUSSION ET CONCLUSION	17
BIBLIOGRAPHIE	22
LISTE DES TABLEAUX	25
TABLE DES MATIERES.....	26

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

RÉSUMÉ

Introduction : L'injonction de soins, est une mesure de soins pénalement ordonnés créée par la loi du 17 juin 1998 sur le suivi socio-judiciaire, 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 01/01/2003 au 01/09/2016 : les données sociodémographiques, psychiatriques, infractionnelles ont été recueillies. Parmi ces 119 dossiers, 78 ont été enrichis des données socio-judiciaires 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, 16,7% avaient commis une nouvelle infraction durant le suivi. Les sujets présentant un trouble de l'axe II avaient cinq fois plus de risque de commettre une nouvelle infraction durant le suivi. Aucun facteur de risque de récidive n'était retrouvé.

Conclusions : La majorité de sujets ne présentaient 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-clés : Injonction de soins; psychiatrie médico-légale; dangerosité; auteur d'infraction sexuelle; criminologie; troubles psychiatriques.

Evaluation of injunction to care's practices in Sarthe: about 119 cases

ABSTRACT

Introduction: The injunction to care (IC) is a new compulsory treatment created by the Act of June the 17th of 1998. Initially, this judicial tool concerned mainly sex offenders, but then the numbers of crimes requiring an IC has been dramatically raising. 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 study about 119 subjects followed-up by two « coordinating doctor » in the department of Sarthe. We could assess their psychiatric diagnostics and sociodemographic characteristics. We could cross our medical data with the judicial ones for 78 subjects.

Results: According to the DSM-IV-TR, only 29 subjects (24,4%) had an axis I disorders and 37,8% of the population had a pathological personality trait. Furthermore, 51,3% of the subjects were addicted (mainly alcohol). A psychiatrist in 83,2% of cases carried out the medical follow-up. Among the 78 subjects for whom we could access to juridical data, 13 had committed a new offense during follow-up. Among them, seven had recidivated: six concerned sexual offense. The personality disorders multiplied by five the risk of reoffending. But we found no risk factor regarding the legal recidivism.

Conclusions: Most of the subjects in injunction to care hadn't an axis I disorders but addictions and/or pathological personality traits. Personality and behavior disorders do not always require psychiatric and the management must be multidisciplinary. In France, the psychiatrist remains at the center of injunction care measure. The addictology care isn't developed whereas it's a population at risk and there is a lack of interactions between professionals.

The IC is a measure that needs to be improved through a better communication between different professionals and a better global assessment of these 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.

