



**INSPECTION GENERALE
DES AFFAIRES SOCIALES
N° RM2011 – 013P**

**INSPECTION GENERALE
DES SERVICES JUDICIAIRES
N° 08-2011**

**RAPPORT
SUR
L'EVALUATION DU DISPOSITIF DE L'INJONCTION DE SOINS**

Brigitte JOSEPH-JEANNENEY

Docteur Gilles LECOQ

Membres de l'IGAS

Patrick BEAU

Philippe GALLIER

Membres de l'IGSJ

Février 2011

RESUME

PREMIERE PARTIE : PRESENTATION DU DISPOSITIF

Une évolution rapide du dispositif légal

La loi du 17 juin 1998 marquait la volonté de renouveler l'approche de la délinquance sexuelle qui, de façon croissante, non seulement suscitait l'émotion de l'opinion mais aussi mobilisait la volonté du législateur. La création du suivi socio-judiciaire et, en son sein, de l'injonction de soins dans un souci de prévenir la récidive a exprimé la conviction que la plupart de ce type d'infractions appelait, à côté des réponses pénales classiques et notamment de la répression par l'emprisonnement, la mise en place d'un dispositif tendant à traiter médicalement le condamné.

S'analysant comme une peine, le suivi socio-judiciaire pouvait donc comporter tant des obligations analogues à celles fixées à une personne condamnée à un sursis avec mise à l'épreuve qu'une injonction de soins, mesure nouvelle tendant à contraindre la personne condamnée à se soumettre à des soins pratiqués par un médecin ou un psychologue traitant et ce sous le contrôle du médecin coordonnateur, interface entre le juge de l'application des peines et le traitant.

Le suivi socio-judiciaire et donc l'injonction de soins constituent le plus souvent une peine complémentaire consécutive à une période de privation de liberté. Son exécution peut donc être très éloignée dans le temps de la date du jugement. La durée de cette peine est au maximum de 10 ans pour un délit, de 20 ans pour un crime. Ces durées peuvent être plus longues dans certains cas.

L'évolution législative a pris par la suite quatre directions. La loi a étendu au-delà de la délinquance sexuelle le champ d'application du suivi socio-judiciaire et, par conséquent, de l'injonction de soins en intégrant, en décembre 2005, les violences sur les personnes (meurtres, assassinats...) et en mars 2007 les violences intrafamiliales. Elle a tendu en 2007 à systématiser le recours à l'injonction de soins dans le suivi socio-judiciaire. Elle a ensuite permis d'ordonner des mesures d'injonction de soins hors du cadre initial de la peine de suivi-socio-judiciaire : dans le cadre d'une libération conditionnelle ou d'une surveillance judiciaire (août 2007) ou d'une surveillance de sûreté (février 2008). Enfin elle a permis, en 2007, au juge de l'application des peines de soumettre certains condamnés sortants à une injonction non précédemment prononcée.

Ce développement rapide fait que la croissance de l'injonction de soins est potentiellement très conséquente. Il n'est pas certain qu'elle corresponde criminologiquement à un besoin d'égale ampleur. L'analyse statistique met cette situation en évidence.

Des éléments statistiques insuffisants

La mission a constaté la pauvreté de la production statistique disponible. Si certaines sources peuvent fournir des données sur le suivi socio-judiciaire, seul le Casier judiciaire national est à même d'en fournir, partielles, sur les injonctions de soins, et seulement sur celles prononcées dans le cadre du suivi socio-judiciaire, qui est le cadre majoritaire. Ces dernières ne permettent cependant de remonter qu'à mai 2009. Une nette amélioration des applications portant sur le recueil des données relatives au suivi socio-judiciaire et à l'injonction de soins est indispensable à une bonne connaissance statistique de ces peines.

Les atteintes sexuelles, hors proxénétisme et racolage public, au nombre de 9292, représentent 1,6 % des diverses condamnations prononcées en 2008 par les tribunaux correctionnels et, la même année, les viols, au nombre de 1684, représentent 48,6 % des crimes ayant fait l'objet d'une condamnation par les cours d'assises.

Sur 1342 condamnations à un suivi socio-judiciaire prononcées en 2009, si on se fie aux seules mesures de suivi socio-judiciaire renseignées (soit 41 % d'entre elles), on constate que l'injonction de soins est présente dans 66 % des condamnations à un suivi socio-judiciaire : on peut en déduire de façon très approximative que, cette même année, le nombre d'injonctions de soins prononcées avoisine le millier.

Le suivi socio-judiciaire, assorti ou non d'une injonction de soins, est beaucoup plus fréquemment prononcé en matière criminelle que délictuelle.

Les condamnations à un suivi socio-judiciaire ont cru très rapidement entre 1998 et 2004, pour atteindre le chiffre de 1055, de façon plus limitée ensuite. Le recours au suivi socio-judiciaire rapporté aux condamnations éligibles est resté modéré, le maximum ayant été atteint en 2004 avec un taux de 11,5 %. Ce taux est aujourd'hui de 4,3 %.

Pour les infractions éligibles au titre de la loi de 1998, ce taux semble stabilisé, à hauteur de 12 %. Pour celles introduites par la loi de 2005, ce taux est de 3,4 % et, pour celles introduites en 2007, de 0,2 %.

La durée moyenne des peines de suivi socio judiciaire est de 5,8 ans, et 80 % d'entre elles sont exécutées après une peine d'emprisonnement.

Les obligations liées au suivi socio-judiciaire, autres que l'injonction de soins ou l'obligation de soins, sont peu prononcées au stade du jugement. Il est extrêmement rare qu'un mineur soit l'objet de soins enjoins.

Le taux de récidive des délinquants sexuels est relativement faible comparé à celui enregistré pour les auteurs d'autres types d'infractions. Ainsi, pour les viols et atteintes sexuelles criminelles, le taux de récidive est de 2,7 % alors qu'il est de 3,9 % pour l'ensemble des crimes. Pour les délits sexuels, ce taux est de 3,8 % alors qu'il est de 8 % pour l'ensemble des délits.

Un recensement effectué directement par la mission auprès des tribunaux de grande instance permet de conclure que le nombre d'injonctions de soins en cours d'exécution est d'environ 3800, et que 10 % d'entre elles sont relatives à des infractions autres que sexuelles.

La direction des affaires criminelles et des grâces estime, de façon très approximative, qu'à terme le nombre de personnes en cours de suivi socio-judiciaire pourrait atteindre 7800. Il est impossible de prévoir quand ce niveau serait atteint. Cette projection devrait être pondérée par le taux d'injonction de soins dans le suivi socio-judiciaire et le nombre d'injonctions de soins d'origine extérieure au suivi socio-judiciaire, toutes données actuellement indisponibles. Il serait indispensable que les instruments statistiques soient disponibles, nationalement et localement, pour adapter les moyens nécessaires à la mise en œuvre de l'injonction de soins.

Des aspects cliniques et une approche thérapeutique débattus

Les auteurs de violence sexuelle présentent une très grande variété de profils psychopathologiques. Il existe diverses classifications de leurs troubles psychiatriques ou psychologiques qui rendent difficilement compte de la complexité et de la diversité des problématiques rencontrées.

Il est admis par la majorité des experts que la plupart des auteurs d'infraction à caractère sexuel ne sont pas des malades mentaux mais possèdent des troubles variés de la personnalité, un grand polymorphisme de déviance sexuelle (notamment pédophilie, sadisme, exhibitionnisme, fétichisme...) et une fréquente association à des conduites addictives.

Les approches thérapeutiques des auteurs de violence sexuelle sont basées sur les psychothérapies, psychothérapies individuelles (psycho-dynamiques ou cognitivo-comportementales) et psychothérapies de groupe, et les traitements pharmacologiques (psychotropes et traitements anti-androgènes).

Le couplage d'une prise en charge, médico-psychologique et socio-éducative, semble adapté à la plupart des auteurs de violence sexuelle qui ne présentent pas de maladie mentale caractérisée.

Il existe des désaccords sur le caractère structurant de l'introduction de la justice dans la relation patient-thérapeute.

Un dispositif judiciaire composite et un dispositif pénitentiaire en évolution

Les acteurs judiciaires et pénitentiaires du dispositif d'injonction de soins sont les magistrats qui prononcent la peine, les juges de l'application des peines, les personnels de l'administration pénitentiaire et notamment du service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP). La mise en place de l'injonction de soins n'a été accompagnée d'aucun moyen judiciaire supplémentaire.

Le juge de l'application des peines est au cœur du dispositif. Il intervient tant pendant la période de détention que lors de la mise en œuvre en milieu ouvert de l'injonction de soins.

Dès le début de l'incarcération, le juge doit informer le condamné de la possibilité de se faire soigner ; dans les jours qui précèdent la libération il doit lui rappeler les obligations liées au suivi socio-judiciaire. Il peut accorder des réductions de peine en fonction des rendez-vous médicaux obtenus, ou parfois simplement sollicités, par le détenu.

Dans les jours qui suivent la libération, le juge de l'application des peines doit désigner le service pénitentiaire d'insertion et de probation chargé de veiller au respect des obligations imposées au condamné, ainsi que le médecin coordonnateur.

Les SPIP sont des organes déconcentrés à l'échelon départemental de l'administration pénitentiaire composés de conseillers d'insertion et de probation, qui interviennent tant en milieu fermé qu'en milieu ouvert. Ils assurent le suivi de l'exécution des peines et veillent au respect des obligations judiciaires dans un objectif de prévention de la récidive et de réinsertion. Ils travaillent sur le sens de la peine et sur la problématique du passage à l'acte. Ils animent des groupes de parole créés depuis 2008 dans le cadre du programme de prévention de la récidive (PPR). Le décret du 23 décembre 2010 acte cette évolution.

Le nombre de détenus écroués pour viols et agressions sexuelles était, en juillet 2010, proche de 8900, pour une population globale de 68 700 détenus, soit 13 %. Ce taux a tendance à diminuer.

Le code de procédure pénale prévoit qu'un condamné à une injonction de soins doit avoir subi sa peine privative de liberté dans un établissement permettant de lui assurer un suivi médical et psychologique adapté : depuis mai 2009, les auteurs d'infraction à caractère sexuel sont orientés prioritairement vers 22 établissements spécialisés, qui comptaient en juillet 2010 dans leur population 42 % de détenus pour ce motif (3504). L'un des objectifs de cette spécialisation est de réduire la stigmatisation dont sont trop souvent l'objet les auteurs de violence sexuelle, et d'améliorer leur prise en charge.

Un dispositif sanitaire renforcé

Les auteurs d'infraction à caractère sexuel condamnés à une injonction de soins sont incités en milieu carcéral à se soigner grâce à une offre du secteur hospitalier public. Hors milieu carcéral, ils sont contraints à suivre un traitement dans le cadre d'un dispositif dont le médecin coordonnateur est la clé de voûte.

Le dispositif de santé mentale pour les personnes détenues n'est pas toujours adapté, en raison notamment de fortes inégalités de densité territoriale des psychiatres et de nombreuses vacances de postes de psychiatres hospitaliers. Cependant, pour la prise en charge des auteurs d'infractions sexuelles, le ministère de la Santé a dégagé de nouveaux financements qui atteignent globalement 18,5 M € par an depuis 2008.

Ont été renforcées les équipes de psychiatres, psychologues et infirmiers intervenant dans les 22 établissements spécialisés. D'autre part ont été créés des centres de ressources régionaux pour la prise en charge des auteurs de violence sexuelle, qui ont pour missions le soutien aux équipes de proximité, la formation des professionnels et la structuration de liens entre équipes de psychiatrie et acteurs judiciaires et pénitentiaires.

Le suivi en milieu ouvert des auteurs de violence sexuelle sous injonction de soins est complexe : il repose sur le médecin coordonnateur qui, jouant un rôle d'interface entre milieu judiciaire et médecin ou psychologue traitant, doit s'assurer de la bonne exécution de l'injonction de soins, notamment à travers les relations qu'il noue avec le médecin traitant.

Si la loi prévoit certaines dérogations aux règles de l'éthique médicale, en revanche il n'est pas prévu de dérogations au secret médical du médecin traitant vers le médecin coordonnateur. Pourtant un certain partage d'informations est souvent mis en œuvre, en particulier en vue d'apprécier la coopération au dispositif de la personne suivie. La mission suggère, pour faciliter la tâche du médecin coordonnateur, que soit rédigé un document type fixant dans le détail les informations à transmettre, en l'état actuel du droit, par le médecin traitant au coordonnateur

DEUXIEME PARTIE : LES ETAPES DE L'INJONCTION DE SOINS

Le prononcé de la décision et l'expertise pré-sentencielle sont intimement liés

Plusieurs raisons peuvent conduire à ne pas prononcer une injonction de soins, mais une obligation de soins : absence de médecin coordonnateur, procédure moins lourde, mesure non requise par le parquet. L'injonction de soins est prononcée pour les affaires les plus importantes, à la fois au regard de la gravité des faits et du risque de récidive.

L'expertise pré-sentencielle est un élément déterminant dans le prononcé de la peine. Le manque de psychiatres et d'experts ne contribue pas à améliorer la qualité des expertises. La proposition aux magistrats prescripteurs d'un canevas de mission (liste des questions à poser) paraît nécessaire.

La prise en charge sanitaire commence en détention

Seule est possible en milieu pénitentiaire une incitation aux soins faite par les personnels soignants et par le juge de l'application des peines. Aujourd'hui un tiers des auteurs de violence sexuelle sont accueillis dans un des 22 établissements spécialisés qui sont notamment prévus pour proposer des soins adaptés à la nature des faits commis.

Si les équipes soignantes de ces établissements ont été renforcées, cette augmentation globale masque de notables disparités entre les établissements. Au centre de détention de Mauzac persistent un manque d'offre en soins psychiatriques et une liste d'attente tandis qu'au centre de détention de Melun et à la maison centrale d'Ensisheim il n'y a plus de liste d'attente. A la maison d'arrêt de Fresnes un programme original de prise en charge thérapeutique intensive est proposé aux auteurs de violence sexuelle non négateurs.

La nécessaire jonction entre milieu fermé et milieu ouvert

La sortie de détention constitue une période cruciale pour le condamné à une injonction de soins, car elle comporte un double risque de rupture : risque d'absence de contrôle, risque de discontinuité des soins. Le risque est d'autant plus important dans certaines situations : lorsque la sortie est dite « sèche », sans préparation structurée, sans aménagement de peine, ou lorsqu'elle est assortie d'un choix de domicile éloigné du lieu de détention nécessitant un dessaisissement du juge de l'application des peines. Or on sait que la récidive intervient souvent dans les mois qui suivent la sortie de prison et il est donc crucial que le suivi socio-judiciaire et l'injonction de soins soient effectifs dans les jours qui suivent, ce qui n'est pas toujours le cas.

Il est essentiel de porter une grande vigilance à la coordination des acteurs. La procédure de dessaisissement des juges de l'application des peines mériterait d'être accélérée. Les premiers rendez-vous avec les médecins, coordonnateur et traitant, devraient être pris avant la sortie ou à défaut immédiatement après la sortie. Il faudrait utiliser plus systématiquement à cette fin les permissions de sortir.

La communication des informations médicales est partielle et aléatoire, les dispositions législatives concernant la communication entre soignants du milieu pénitentiaire et coordonnateur étant largement méconnues.

Il apparaît donc indispensable de renforcer les contrôles portant sur la séquence de sortie dans ses aspects tant judiciaires que sanitaires.

La mise en œuvre de la mesure requiert des actions concertées

Le juge de l'application des peines et le service d'insertion et de probation

Le code de procédure pénale permet au juge de l'application des peines de donner au SPIP des instructions particulières pour le suivi de la mesure. L'administration pénitentiaire est en passe de définir cinq types de prise en charge, dénommés segments, adaptés au profil des personnes placées sous main de justice. La mission estime que, contrairement à ce qui serait prévu, l'ensemble des délinquants sexuels ne peut être classé dans un seul segment et que l'intensité du suivi doit être déterminée au cas par cas.

En milieu fermé, les personnes condamnées à une injonction de soins ne sont pas toujours aisément identifiées par le juge de l'application des peines ni par les conseillers d'insertion et de probation.

En milieu ouvert, le suivi de l'injonction de soins par les juges de l'application des peines, qui dans leur grande majorité considèrent ces dossiers comme prioritaires, gagnerait à être mieux formalisé. La communication des informations et des documents entre juges de l'application des peines et conseillers d'insertion et de probation devrait être améliorée, son contenu et sa périodicité précisés.

Les pratiques des conseillers d'insertion et de probation sont hétérogènes. La prise en compte de la spécificité de l'injonction de soins est insuffisante. Il ne faudrait pas que la présence d'un médecin coordonnateur conduise le conseiller à alléger ses contrôles, car l'injonction de soins peut au contraire réclamer un suivi soutenu et une articulation étroite entre prise en charge sociale et prise en charge sanitaire.

Le médecin coordonnateur

Le médecin coordonnateur doit recevoir le condamné au moins une fois par trimestre et adresser au juge une fois par an un rapport contenant tous les éléments nécessaires au contrôle du respect de l'injonction; ce rapport doit relater l'évolution de la personne au regard de son besoin de soins.

La mission a constaté que cette fonction était diversement exercée. Le positionnement du coordonnateur pose parfois des difficultés, notamment vis-à-vis du praticien traitant. Apparaît clairement la nécessité de mettre à la disposition du coordonnateur des référentiels de bonnes pratiques et de clarifier localement, par l'élaboration de protocoles, le rôle des quatre acteurs : coordonnateur, juge, agent de probation, praticien traitant.

Les coordonnateurs sont presque tous des psychiatres. La fonction n'a été ouverte aux médecins autres que psychiatres qu'en mars 2009 grâce à la parution de l'arrêté, prévu dès 2000, précisant les conditions de leur formation. L'organisation de ces formations est donc encore balbutiante.

Globalement les 220 coordonnateurs actuellement en fonction peuvent paraître suffisants au regard des 4000 injonctions de soins en cours aujourd'hui. En effet un coordonnateur est autorisé par décret à suivre 20 personnes. Certains d'entre eux en suivent moins de 20. Surtout, les disparités départementales sont très importantes : 16 départements et 32 tribunaux de grande instance sont totalement dépourvus de coordonnateur. On peut très approximativement considérer qu'une centaine de coordonnateurs supplémentaires serait aujourd'hui nécessaire pour assurer le fonctionnement du dispositif dans les conditions prévues par le législateur.

Les conséquences de ce déficit de prise en charge sont d'une gravité variable. Il arrive que le magistrat renonce à prononcer une mesure d'injonction de soins. Les juges de l'application des peines mettent en attente certains dossiers, ou sont conduits à ne pas respecter le plafond des 20 cas.

La mission estime que quelques mesures simples pourraient être prises pour faciliter la désignation de coordonnateurs, telles que la suppression du plafond des 20 cas et l'autorisation réglementaire de désigner comme coordonnateur un médecin ayant expertisé le condamné au cours de la procédure judiciaire.

Quant au recrutement de coordonnateurs, divers freins existent, qui pourraient être en partie levés. Les réticences de nature culturelle qui sont primordiales devraient pouvoir être atténuées par un développement des actions d'information des centres de ressources. Se pose également la question des responsabilités encourues par les coordonnateurs, qu'il conviendrait de clarifier. Les exigences de formation préalable à l'exercice de cette fonction imposées aux généralistes pourraient être assouplies, en tenant davantage compte de l'expérience, et d'un tutorat nécessaire.

Il est d'autant plus important de réformer le dispositif sur ces différents points que la pénurie de coordonnateurs par rapport aux besoins ne peut que croître dans les prochaines années, puisque le nombre d'injonctions de soins à suivre et à contrôler pourrait doubler d'ici une dizaine d'années.

Le praticien traitant

En milieu ouvert la personne condamnée à une injonction de soins peut se faire suivre par un médecin traitant et/ou un psychologue traitant dont le rôle est notamment de définir et mettre en œuvre la thérapeutique appropriée, de délivrer au patient des attestations de suivi de traitement et d'informer sur certaines situations le médecin coordonnateur, le juge de l'application des peines ou le service pénitentiaire d'insertion et de probation.

La place que doit occuper la psychiatrie dans la prise en charge des auteurs d'infraction sexuelle fait l'objet de débats au sein des psychiatres. Il y a, chez beaucoup, le sentiment que la société se décharge de la problématique posée par les auteurs d'infraction sexuelle sur la psychiatrie, alors même qu'elle n'est pas toujours en situation de pouvoir proposer et mettre en œuvre des traitements qui leur soient adaptés, en particulier du fait de l'absence de maladie mentale avérée.

Les incertitudes des psychiatres sur les traitements à appliquer pour soigner les auteurs d'infraction sexuelle rejoignent celles des magistrats qui s'interrogent également sur l'opportunité d'un traitement pour de telles personnes. L'intérêt d'un traitement est particulièrement débattu lorsque la personne condamnée est dans une position de déni des faits. La réalité de l'adhésion aux soins des personnes condamnées à une peine d'injonction de soins est aussi sujette à discussion.

L'offre de soins repose sur le secteur public et demanderait à être spécialisée.

Les centres médico-psychologiques (CMP) constituent le premier lieu de traitement des auteurs de violence sexuelle mais y accéder n'est pas toujours facile. Les médecins psychiatres peuvent en effet être réticents à prendre en charge des auteurs d'infraction à caractère sexuel du fait de la peine qu'ont déjà les CMP à répondre aux besoins exprimés par la population toute-venante. C'est souvent un manque de formation, voire la crainte d'être en rapport avec ce type de population, qui provoque ces réticences. De surcroît, il n'y a pas eu de moyens supplémentaires dégagés et aucune priorité n'a été clairement édictée par les pouvoirs publics en faveur d'un soin pourtant obligé pénalement.

Un certain nombre de consultations destinées aux personnes soumises à des soins pénalement ordonnés et plus ou moins spécialisés ont cependant été créées au sein de CMP. Le rapport décrit l'organisation et le fonctionnement de deux de ces consultations. Il reviendra aux agences régionales de santé, dans le cadre du schéma régional d'organisation des soins, d'examiner l'intérêt de la création de telles consultations spécialisées.

Il serait utile de faire participer les psychologues exerçant à titre libéral à la prise en charge des auteurs de violence sexuelle en étudiant la mise en place d'une indemnité forfaitaire de suivi. En outre il faudra prévoir l'élaboration d'un document type d'information à remettre par le médecin coordonnateur au médecin traitant.

Les centres de ressources pour la prise en charge des auteurs de violence sexuelle

Les centres de ressources régionaux pour la prise en charge des auteurs de violence sexuelle (CRAVS) ont été créés en 2006 et régionalisés en 2008. L'adossement d'une offre de soins spécialisés n'est pas actuellement systématisé. Il faut envisager à terme, par une réorientation partielle des moyens, d'inscrire parmi les missions de ces centres celle de dispenser des soins spécialisés à des auteurs de violence sexuelle.

Si certains CRAVS ont initié une politique dynamique d'appui aux médecins coordonnateurs il ne semble pas, en revanche, que l'effort de recrutement de médecins coordonnateurs soit aujourd'hui partagé par tous les centres.

Une offre régionale de soins adaptés restant souvent à construire, les centres de ressources pourraient utilement y apporter leur contribution par une mobilisation des professionnels de santé du secteur hospitalier public. Ils ont aussi un rôle accru à jouer dans l'ouverture vers des partenaires extérieurs au secteur sanitaire (conseillers d'insertion et de probation, autres travailleurs sociaux, monde judiciaire).

Enfin la question de l'extension des missions des centres de ressources aux auteurs d'infractions autres que sexuelles doit être posée au regard de ces nouveaux profils de patients.

La fin de la mesure est gérée avec prudence

La mise à exécution de la peine d'emprisonnement pour inobservation des obligations ne met pas fin à l'injonction de soins. Lorsque cette mise à exécution est partielle, elle est susceptible de contribuer à un amendement du condamné lors de la reprise de la mesure.

La fin des soins enjoins peut être abordée de trois manières : le terme, le relèvement et la modulation.

Il est évident que le juge ne pouvait, au moment de sa décision, savoir précisément la durée du traitement nécessaire. Il faut donc considérer que l'efficacité attendue des soins enjoins et leur inutilité éventuelle devraient être les éléments centraux conduisant à mettre fin à l'injonction. La réalité est plus complexe.

Une procédure de relèvement est prévue par l'article 763-6 du code de procédure pénale. Une procédure simplifiée introduite par la loi du 10 mars 2010 permet au juge de l'application des peines de mettre fin de manière anticipée à tout ou partie des obligations du suivi socio-judiciaire et, plus particulièrement, à l'injonction de soins. En l'absence d'informations quantitatives la mission a constaté que ces procédures paraissaient peu utilisées.

Selon la dangerosité probable et l'évolution du traitement et de l'insertion sociale de la personne, les injonctions de soins font l'objet de suivis d'intensité variable. En effet lorsque le SPIP constate une réadaptation sociale et professionnelle, le suivi socio-judiciaire tend à être moins contraignant. La fréquence des consultations peut se trouver réduite à l'initiative du praticien traitant et à la connaissance du médecin coordonnateur. Ce dernier peut espacer ses rencontres avec la personne soumise à l'injonction. Il semble cependant qu'une telle évolution positive conduise rarement à une procédure de relèvement car une véritable incertitude et une réelle méfiance animent souvent les acteurs de l'injonction de soins. Par ailleurs les praticiens judiciaires et sanitaires ne peuvent qu'être marqués par des mises en cause médiatiques qui accompagnent souvent les faits divers spectaculaires que constituent certains crimes odieux commis par tel ou tel auteur d'infraction sexuelle en état de récidive. Les pratiques de suivi modulé mais continué contribuent à rendre difficile une mesure de l'efficacité de l'injonction de soins.

Il est tout à fait normal que la durée de certaines injonctions de soins puisse être réduite. La simplification apportée en 2010 gagnerait à être mieux connue et évaluée.

TROISIEME PARTIE : LES CONDITIONS D'UNE EVALUATION DE L'EFFICACITE DU DISPOSITIF

Confrontée à la pauvreté des statistiques, la mission n'a pu mener qu'un audit de processus. Elle n'a pas pu mesurer l'efficacité du dispositif par rapport aux résultats attendus par le législateur. Pour que puisse être vérifié d'ici quelques années le caractère approprié du dispositif d'injonction de soins au regard des buts visés, en particulier la réduction du taux de récidive, la mission préconise que soient définis un certain nombre d'indicateurs de besoins, d'activités, de risques et de résultats. Ces indicateurs devront être recueillis à l'échelle nationale et régionale et devront concerner l'ensemble des étapes du dispositif (tribunaux, offre médicale en milieu fermé et ouvert, médecins coordonnateurs, prises en charges médicales effectives). Ils devront être renseignés par les tribunaux et par les ARS en liaison avec les centres de ressources.

Cependant ces indicateurs ne pourront à eux seuls fournir les éléments d'appréciation de l'adéquation du dispositif à l'atteinte de certains objectifs, au premier rang desquels figure l'impact clinique des soins dispensés sur les personnes concernées. C'est pourquoi la mission considère nécessaire que soient entreprises des recherches dont certaines auront pour but d'éclairer le choix des thérapeutiques et des prises en charge et d'autres viseront à mieux connaître, et si possible à mesurer, les effets thérapeutiques et criminologiques de l'injonction de soins. L'extension, récente, de cette peine à d'autres crimes que sexuels devra être particulièrement évaluée.

A l'instar de ce qui est développé par l'administration pénitentiaire et certains parquets et parquets généraux au regard des suicides de détenus, des cas pourraient être utilement analysés par les acteurs de l'injonction de soins afin de rechercher les causes d'éventuels dysfonctionnements de l'injonction de soins.

GLOSSAIRE

AICS auteur d'infraction à caractère sexuel
 AIS auteur d'infraction sexuelle
 APPI application des peines probation-insertion
 ARH agence régionale de l'hospitalisation
 ARTAAS association pour la recherche et le traitement des auteurs d'agression sexuelle
 ARS agence régionale de santé
 ASH actualités sociales hebdomadaires
 AVS auteur de violence sexuelle
 Cassiopée chaîne applicative supportant le système d'information orienté procédure pénale et enfants
 CD centre de détention
 CHU centre hospitalier et universitaire
 CIM classification internationale des maladies
 CIP conseiller d'insertion et de probation
 CJN casier judiciaire national
 CMP consultation ou centre médico-psychologique
 CMPA consultation ou centre médico-psychologique adultes
 CNE centre national d'évaluation
 CP centre pénitentiaire
 CPP code de procédure pénale
 CSAVS consultation spécialisée pour les auteurs de violence sexuelle
 CSP code de la santé publique
 CRIAVS ou CRAVS centre de ressources pour la prise en charge des auteurs de violence sexuelle
 CRSS centre régional de soins spécialisés
 DACG direction des affaires criminelles et des grâces
 DAF dotation annuelle de fonctionnement
 DAP direction de l'administration pénitentiaire
 DDASS direction départementale des affaires sanitaires et sociales
 DGS direction générale de la santé
 DGOS direction générale de l'offre de soins
 DSM diagnostic and statistical manual of mental disorders
 DSS direction de la sécurité sociale
 ERIOS équipe régionale d'information, d'observation et de soutien
 ETP équivalent temps plein
 GIDE gestion des détenus en établissement
 HAS haute autorité de santé
 HPST hôpital, patients santé et territoires
 IDE infirmier diplômé d'Etat
 IGAS inspection générale des affaires sociales
 IGSJ inspection générale des services judiciaires
 IS injonction de soins
 JAP juge de l'application des peines
 LFSS loi de financement de la sécurité sociale
 MC médecin coordonnateur
 OQN objectif quantifié national
 PACA Provence Alpes Côte d'Azur

PEC prise en charge
PFR plate-forme référentielle
PPR programme de prévention de la récidive ou plan de prévention de la récidive
PPSMJ personne placée sous main de justice
PU-PH professeur des universités praticien hospitalier
SID système d'information décisionnel
SMPR service médico-psychologique régional
SPH syndicat des psychiatres des hôpitaux
SPIP service pénitentiaire d'insertion et de probation
SROS schéma régional d'organisation des soins
SSJ suivi socio-judiciaire
TGI tribunal de grande instance
UCSA unité de consultation et de soins ambulatoires
UHSA unité hospitalière spécialement aménagée
URSAVS unité régionale de soins aux auteurs de violence sexuelle

Sommaire

INTRODUCTION.....	21
1. PREMIERE PARTIE : PRESENTATION DU DISPOSITIF	25
1.1 UNE EVOLUTION RAPIDE DU DISPOSITIF LEGAL.....	25
1.1.1 <i>Le suivi socio-judiciaire et l'injonction de soins</i>	25
1.1.2 <i>L'extension du domaine d'application du suivi socio-judiciaire</i>	26
1.1.3 <i>Une systématisation du recours à l'injonction de soins</i>	26
1.1.4 <i>Un élargissement du prononcé de l'injonction de soins hors du cadre du suivi socio-judiciaire</i>	27
1.1.1 <i>L'injonction de soins ajoutée par le juge de l'application des peines</i>	27
1.1.5 <i>Quelques conséquences de l'extension</i>	28
1.1.5.1 Sur le plan quantitatif.....	28
1.1.5.2 Sur le plan qualitatif.....	28
1.1.6 <i>Des mesures au contenu variable</i>	28
1.1.6.1 Des contraintes sociales	28
1.1.6.2 Des soins contraints	29
1.1.7 <i>L'inobservation de l'injonction de soins</i>	29
1.2 DES ELEMENTS STATISTIQUES INSUFFISANTS.....	30
1.2.1 <i>La production statistique judiciaire sur l'injonction de soins est quasiment inexistante</i>	30
1.2.1.1 Le Casier judiciaire national développe un outil statistique pour l'injonction de soins	31
1.2.1.2 L'infocentre Cassiopée sera en mesure de produire des statistiques de base sur l'injonction de soins	31
1.2.1.3 L'application informatique APPI est dans l'attente d'un infocentre opérationnel.....	32

1.2.2	<i>Le bilan chiffré est détaillé pour le suivi socio-judiciaire mais incertain pour l'injonction de soins</i>	33
1.2.2.1	Les infractions sexuelles, qui constituent le socle de l'injonction de soins, représentent une part importante des crimes	33
1.2.2.2	Le taux de récidive des délinquants sexuels est relativement faible.....	34
1.2.2.3	Le recensement initié par la mission indique qu'environ 3800 injonctions de soins sont en cours d'exécution	35
1.2.2.4	Le nombre de mineurs condamnés à une injonction de soins est faible	36
1.2.2.5	Le bilan du suivi socio-judiciaire est instructif.....	36
1.3	DES ASPECTS CLINIQUES ET UNE APPROCHE THERAPEUTIQUE DEBATTUS	42
1.3.1	<i>Une très grande variété de profils psychopathologiques est présente chez les auteurs d'infraction sexuelle</i>	42
1.3.2	<i>La prise en charge des auteurs de violence sexuelle ne repose pas sur le seul apport de soins, qui ne sont pas eux-mêmes exempts de débats</i>	43
1.4	UN DISPOSITIF JUDICIAIRE COMPOSITE.....	45
1.4.1	<i>Les juridictions de jugement</i>	46
1.4.2	<i>Le rôle central du juge de l'application des peines</i>	46
1.4.2.1	Pendant la détention	46
1.4.2.2	Pendant le déroulement de la mesure.....	47
1.4.3	<i>Un dispositif applicable aux mineurs mais peu utilisé</i>	47
1.5	UN DISPOSITIF PENITENTIAIRE EN EVOLUTION	48
1.5.1	<i>L'orientation des détenus condamnés</i>	48
1.5.2	<i>Des établissements pour peines spécialisés</i>	49
1.5.3	<i>Des services pénitentiaires d'insertion et de probation en mutation</i>	50
1.6	UN DISPOSITIF SANITAIRE RENFORCE.....	51
1.6.1	<i>Une fragilité du dispositif de santé mentale pour les personnes détenues bien connue</i>	52
1.6.2	<i>Une évolution significative des moyens engagés par le ministère de la santé dans le domaine de la prise en charge des auteurs d'infraction sexuelle</i>	53
1.6.2.1	En milieu fermé, un renforcement des équipes de psychiatrie	54

1.6.2.2	En milieu ouvert, le déploiement de centres de ressources	55
1.6.3	<i>Un suivi sanitaire en milieu ouvert des AICS sous injonction de soins par le médecin coordonnateur restant complexe malgré l'existence de certaines dérogations aux règles éthiques médicales.....</i>	56
2.	DEUXIEME PARTIE : LES ETAPES DE L'INJONCTION DE SOINS.....	59
2.1	LE PRONONCE DE LA DECISION ET L'EXPERTISE PRE-SENTENCIELLE SONT INTIMEMENT LIES	59
2.1.1	<i>Le tribunal correctionnel</i>	59
2.1.2	<i>La cour d'assises.....</i>	61
2.1.3	<i>L'expertise pré-sentencielle est la pierre angulaire de l'injonction de soins</i>	61
2.1.4	<i>Le prononcé de la décision est souvent mal compris par les condamnés</i>	62
2.2	LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE COMMENCE EN DETENTION	63
2.2.1	<i>L'exécution de la peine des auteurs d'infraction à caractère sexuel dans des établissements spécialisés : un principe en cours d'application.....</i>	63
2.2.2	<i>Des capacités de suivi médical et psychologique des auteurs d'infraction à caractère sexuel d'une grande variabilité</i>	64
2.2.2.1	Un manque d'offre en soins psychiatriques et la persistance d'une liste d'attente au centre de détention de Mauzac	65
2.2.2.2	La disparition des listes d'attente à la maison centrale d'Ensisheim et au centre de détention de Melun	66
2.2.2.3	Le programme thérapeutique intensif pour les auteurs de violence sexuelle du SMPR de Fresnes	67
2.3	LA NECESSAIRE JONCTION ENTRE MILIEU FERME ET MILIEU OUVERT	68
2.3.1	<i>Une période cruciale qui comporte des risques de rupture.....</i>	68
2.3.1.1	Certaines situations sont plus particulièrement porteuses de risque.....	68
2.3.1.2	Il est essentiel de porter une grande vigilance à la continuité des interventions	69
2.3.2	<i>La procédure de dessaisissement des juges de l'application des peines doit être rapide</i>	70
2.3.3	<i>Les premiers rendez-vous du condamné avec les médecins doivent être pris avant la sortie ou immédiatement après</i>	71

2.3.4	<i>Les règles spécifiques de la communication des informations médicales doivent être mieux appliquées</i>	71
2.3.5	<i>Le remboursement des consultations médicales dès la sortie et lors des permissions de sortir doit être favorisé</i>	73
2.3.6	<i>Le contrôle et l'évaluation de la séquence de sortie sont à renforcer</i>	73
2.4	LA MISE EN ŒUVRE DE LA MESURE REQUIERT DES ACTIONS COORDONNEES	74
2.4.1	<i>Le juge de l'application des peines et le service pénitentiaire d'insertion et de probation</i>	74
2.4.1.1	Les méthodes de prise en charge sont à diversifier.....	74
2.4.1.2	La prise en charge de l'injonction de soins est conjointe	75
2.4.2	<i>Le médecin coordonnateur</i>	80
2.4.2.1	La fonction de médecin coordonnateur telle que définie par les textes	80
2.4.2.2	La fonction de médecin coordonnateur n'est pas contestée, même si elle est diversement exercée	81
2.4.2.3	La place et le rôle de la coordination doivent être clarifiés à l'intention des autres acteurs de l'injonction de soins	82
2.4.2.4	Le déficit de coordonnateurs disponibles nuit à l'application complète du dispositif	84
2.4.2.5	Quelques mesures simples pourraient être prises pour donner de la souplesse au dispositif de désignation.....	87
2.4.2.6	Divers obstacles au recrutement de coordonnateurs peuvent être aplanis..	89
2.4.2.7	Faut-il élargir la fonction aux psychologues ?	92
2.4.3	<i>Le praticien traitant</i>	92
2.4.3.1	Une prise en charge des auteurs d'infraction sexuelle faisant l'objet de débats au sein des psychiatres et effectuée de façon prépondérante, mais avec de fortes variations d'accès, par les centres médico-psychologiques	93
2.4.3.2	Quelques problématiques relatives aux soins en milieu ouvert pendantes bien que de résolution utile et nécessaire	98
2.4.4	<i>Un rôle accru attendu des centres de ressources pour la prise en charge des auteurs de violence sexuelle</i>	100
2.4.4.1	L'adossement d'une offre de soins spécialisés aux centres de ressources n'est pas systématisé	101

2.4.4.2	La place des centres de ressources dans le recrutement des médecins coordonnateurs est à consolider	102
2.4.4.3	La contribution des centres de ressources à la construction d'une offre de soins adaptés est à développer.....	103
2.4.4.4	L'ouverture vers des partenaires extérieurs au secteur sanitaire s'impose	103
2.4.4.5	La question de l'extension des missions des centres de ressources aux auteurs d'infractions autres que sexuelles se pose	104
2.4.4.6	Il faut mieux exploiter les centres de ressources	104
2.5	LA FIN DE LA MESURE EST GEREE AVEC PRUDENCE.....	105
2.5.1	<i>L'échéance dans le cadre du suivi socio-judiciaire</i>	105
2.5.1.1	Le terme	105
2.5.1.2	Le relèvement.....	106
2.5.1.3	Des injonctions modulées	107
2.5.2	<i>La fin de l'injonction liée à la surveillance judiciaire</i>	108
2.5.3	<i>La fin de l'injonction liée à la surveillance de sûreté</i>	108
3.	TROISIEME PARTIE : LES CONDITIONS D'UNE EVALUATION DE L'EFFICACITE DU DISPOSITIF	109
3.1	DES INDICATEURS DOIVENT ETRE DEFINIS	109
3.2	DES TRAVAUX D'ETUDE ET DE RECHERCHE SONT INDISPENSABLES	110
	LISTE DES RECOMMANDATIONS	114
	LISTE DES ANNEXES	119

INTRODUCTION

L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)¹, d'une part et l'Inspection Générale des Services Judiciaires (IGSJ)², d'autre part ont été saisies en termes identiques par leurs ministres respectifs d'une mission conjointe tendant à l'évaluation du dispositif de l'injonction de soins créée par la loi n° 98-4468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs.

L'injonction de soins a constitué une innovation dans la difficile recherche d'une réponse à la délinquance sexuelle, même s'il faut souligner d'emblée que le législateur ne compte pas que sur le dispositif d'injonction de soins pour éradiquer tout risque de récidive.

Les objectifs assignés à cette évaluation du dispositif de l'injonction de soins étaient de permettre le recensement des moyens actuellement disponibles, de mesurer l'efficacité de la mesure et de formuler un avis sur les moyens d'accroître cette efficacité. Il s'agissait également de parvenir à quantifier le nombre de professionnels de santé nécessaire.

L'injonction de soins, qui s'inscrit dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire ou, plus rarement, de la libération conditionnelle ou de la surveillance judiciaire, est mise en œuvre en milieu ouvert, et repose sur l'organisation de relations entre les autorités judiciaires et les soignants par le truchement d'un médecin coordonnateur, lui-même désigné par le juge de l'application des peines. L'injonction de soins ne peut être prononcée que si, au préalable, une expertise médicale a conclu que la personne poursuivie est susceptible de faire l'objet d'un traitement. Le rôle joué par ce médecin coordonnateur distingue donc l'injonction de soins de l'obligation de soins, moins contraignante pour la personne placée sous main de justice.

Le dispositif législatif a évolué depuis 1998 par stratifications successives, le dernier texte datant de mars 2010. La liste des infractions pour lesquelles le suivi socio-judiciaire est encouru a été étendue au-delà des infractions sexuelles, pour inclure en décembre 2005 les crimes les plus graves, ainsi que les incendies volontaires. D'autre part, en mars 2007, ont été ajoutées les violences intrafamiliales et notamment conjugales.

Dès ses premières investigations, la mission a constaté la difficulté de recueillir des éléments quantitatifs suffisants. Ainsi que le souligne la lettre de mission le ministère de la Justice ne disposait pas de données, même globales, sur le nombre d'injonctions de soins prononcées par les autorités judiciaires.

Faute de statistiques précises, ne serait-ce que sur le nombre d'injonctions de soins en cours, et en l'absence de données scientifiques suffisantes, la mission n'a pu porter une appréciation que sur les seules conditions d'application et sur le fonctionnement du dispositif. Elle n'a pas à ce stade pu véritablement évaluer l'efficacité et l'efficience de ce dispositif, en particulier quant à sa contribution attendue à la prévention de la récidive. Autrement dit, ce rapport doit être lu comme un audit de processus et non pas comme une évaluation de dispositif.

¹ La mission était composée de Brigitte JOSEPH-JEANNENEY et du Docteur Gilles LECOQ, membres de l'IGAS.

² La mission était composée de Patrick BEAU, Inspecteur Général Adjoint, et de Philippe GALLIER, Inspecteur.

La mission s'est efforcée d'apprécier la montée en charge prévisionnelle d'un dispositif qui s'applique aujourd'hui à environ 3800 personnes selon des modalités d'application qualitativement variables. On estime à un millier le nombre d'injonctions de soins prononcées en 2009, dans leur grande majorité à l'égard d'auteurs d'infraction sexuelle. Sachant que la durée moyenne d'une injonction de soins est de cinq ans, le nombre probable d'injonctions de soins pourrait atteindre le chiffre de 7800 d'ici quelques années.

La mission s'est interrogée sur la capacité du dispositif à répondre à cette croissance. Cette perspective a été analysée par la mission tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif.

Le fonctionnement du dispositif est en effet non seulement tributaire des moyens humains et matériels déployés mais aussi étroitement dépendant du positionnement des divers acteurs intervenant dans le déroulement du processus judiciaire, pénitentiaire et sanitaire.

Pour auditer le processus de mise en œuvre de l'injonction de soins, la mission a examiné les étapes du « parcours » d'une personne soumise à cette injonction, s'attachant à analyser à chacune de ces étapes ce qui pourrait en améliorer le fonctionnement. Compte-tenu de l'importance de la période de détention préalable à la mise en œuvre de l'injonction de soins qui ne prend effet qu'à la libération du détenu, il a paru indispensable de porter attention à la prise en charge du condamné durant cette période de détention.

Sachant que 80 % des injonctions de soins sont précédées d'une période d'emprisonnement, et que sur 60 000 détenus environ 15 % le sont pour infraction sexuelle, il convenait que la mission examinât comment est organisée l'incitation aux soins, comment sont dispensés les soins eux-mêmes et comment est préparée la sortie. La mission s'est interrogée sur la prise en charge des détenus non seulement médicale et psychologique mais aussi sociale et éducative, et donc sur les rôles respectifs des personnels de santé (Unité de consultations et de soins ambulatoires [UCSA] et service médico-psychologique régional [SMPR]), des personnels pénitentiaires (service pénitentiaire d'insertion et de probation [SPIP]) et des magistrats (juges de l'application des peines).

Les mois précédant la libération qui permettent de préparer le futur suivi du détenu, et ceux lui succédant qui constituent l'amorce de ce suivi, représentent un moment crucial de la prise en charge du condamné : c'est pourquoi la mission consacre une place importante à la jonction entre milieu fermé et milieu ouvert.

Comme il le lui était demandé, la mission s'est efforcée tout spécialement de mesurer les besoins en médecins coordonnateurs et de faire des propositions pour accroître leur disponibilité et encourager leur recrutement. Elle a tenté de cerner la question du manque de médecins traitants, mais aussi la qualité de la prise en charge thérapeutique.

Cet audit a nécessité de rencontrer des professionnels intervenant lors des étapes successives du processus : magistrats prononçant la peine, experts, juges de l'application des peines, agents de probation, médecins coordonnateurs, médecins et psychologues traitants, responsables des centres de ressources régionaux. Elle a également rencontré des universitaires et des psychiatres dont certains furent les inspireurs de la loi de 1998. Elle a rencontré des détenus condamnés à cette peine.

La mission s'est rendue en région, dans le Nord-Pas-de-Calais, en Alsace, en région parisienne, en Picardie et en Aquitaine, où elle a rencontré tous les acteurs du dispositif. La mission a visité cinq établissements pénitentiaires : le centre de détention de Mauzac (Dordogne), le centre de détention de Melun (Seine-et-Marne), la maison d'arrêt de Fresnes (Val-de-Marne) et son centre national d'évaluation, la maison centrale d'Ensisheim (Haut-Rhin), ainsi que la maison d'arrêt de la Santé à Paris. Elle a également confronté le dispositif français avec les dispositifs belge (en se rendant à Bruxelles) et allemand (en se rendant à Fribourg).

1. PREMIERE PARTIE : PRESENTATION DU DISPOSITIF

1.1 Une évolution rapide du dispositif légal

1.1.1 *Le suivi socio-judiciaire et l'injonction de soins*

Par la loi n°98-468 du 7 juin 1998, le législateur, dans sa volonté de lutter contre la délinquance sexuelle, a décidé de renforcer l'efficacité du dispositif judiciaire en modifiant le système des sanctions et en recherchant des modalités particulières de prévention de la récidive. Pour ce faire il a créé la peine de suivi socio-judiciaire à laquelle a également été assigné pour objet de seconder les efforts du condamné en vue de sa réinsertion sociale.

Cette mesure visait à créer, à l'égard de certains condamnés, un nouveau type de suivi, postérieur à l'incarcération et intégrant, le cas échéant, dans ses modalités, des soins contraints.

Le suivi socio-judiciaire emporte obligation pour la personne déclarée coupable de certaines infractions et condamnée, de se soumettre, sous le contrôle du juge de l'application des peines, à diverses mesures d'assistance de surveillance destinées à prévenir la récidive. Il peut inclure une injonction de soins.

S'agissant du jugement, le suivi socio-judiciaire avec, par suite, l'injonction de soins, principalement conçu pour constituer une peine complémentaire le plus souvent consécutive à une période de privation de liberté, peut aussi constituer, en matière correctionnelle, une peine principale. En matière criminelle, une question spécifique est posée au jury pour décider de cette composante de la peine.

La durée du suivi socio-judiciaire dépend de la décision du juge dans les limites maximales suivantes : 10 ans s'agissant de la répression des délits ; 20 ans en cas de condamnation pour crime. Cependant, en matière correctionnelle, la durée maximale peut être portée à 20 ans par une décision spécialement motivée de la juridiction. En matière criminelle, le suivi peut avoir une durée de 30 ans lorsque le crime est puni de 30 ans de réclusion criminelle. Le suivi socio-judiciaire peut avoir *ab initio* une durée illimitée lorsque la cour d'assises condamne l'accusé à la réclusion criminelle à perpétuité.

Sachant que la peine de suivi socio-judiciaire ne débute qu'à la libération du condamné il est permis de s'interroger sur le véritable sens de la peine, perçu par ce dernier, en particulier en cas d'injonction de soins qui comporte une obligation de suivi sanitaire, dès lors que le prononcé de telles durées de peine a lieu à une date qui peut être très éloignée de son simple début de mise à exécution.

La durée de l'injonction de soins peut être abrégée suite à la procédure de relèvement organisée dès 1998 par l'article 763-6 du code de procédure pénale; une modalité simplifiée à été créée par l'article 10-1 de la loi n° 2010-242 du 10 mars 2010.

Le dispositif légal a évolué dans quatre directions : l'extension du domaine d'application du suivi socio-judiciaire, la recherche d'une forme de systématisation du recours à l'injonction de soins, l'élargissement du prononcé de cette peine hors du cadre du suivi socio-judiciaire et la possibilité pour le juge de l'application des peines d'ajouter l'injonction de soins.

1.1.2 L'extension du domaine d'application du suivi socio-judiciaire

Le domaine d'application du suivi socio-judiciaire a été progressivement étendu par le législateur.

A sa création en 1998³, cette peine était destinée aux criminels et délinquants sexuels. Le suivi socio-judiciaire pouvait être prononcé à l'occasion de poursuites réprimant les infractions suivantes : meurtre ou assassinat précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie, viol et autres agressions sexuelles, y compris les exhibitions sexuelles, mais à l'exception du harcèlement sexuel, ou atteintes sexuelles commises sans violence sur des mineurs et délits de corruption de mineurs, de diffusion d'images de mineurs présentant un caractère pornographique ou de diffusion de messages pornographiques susceptibles d'être vus par un mineur.

Les lois n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 et n° 2007-297 du 5 mars 2007 ont étendu substantiellement le domaine d'application du suivi socio-judiciaire et, par suite, de l'injonction de soins⁴. Ce faisant le législateur a volontairement dépassé le domaine des infractions à caractère sexuel pour procéder à une extension à des crimes et délits constituant diverses manifestations de violence exercée contre les personnes ou les biens.

Ont ainsi été ajoutés en 2005 : assassinat, meurtres simple et aggravé, empoisonnements simple et aggravé, actes de torture ou de barbarie, enlèvement ou séquestration, destructions commises avec des moyens dangereux pour les personnes et diffusion de procédés de fabrication d'engins de destruction. S'agissant des destructions par moyens dangereux, la fréquence des incendies de véhicules ou de poubelles d'immeubles est potentiellement porteuse d'une forte croissance des suivis socio-judiciaires encourus.

En 2007 ont été ajoutées : violences sur mineur de 15 ans par ascendant ou personne ayant autorité, proposition sexuelle par majeur à mineur de 15 ans avec moyen de communication électronique, violences dans le couple.

1.1.3 Une systématisation du recours à l'injonction de soins

S'agissant des infractions énumérées par l'article 706-47 du code de procédure pénale, le recours à l'expertise préalable a un caractère obligatoire, y compris, dès le stade de l'enquête, à la diligence du procureur de la République. L'expert commis doit alors se prononcer sur l'opportunité d'une injonction de soins.

Pour certaines infractions de violences intrafamiliales précisées par l'alinéa 2 de l'article 222-48-1 du code pénal, la loi du 5 mars 2007 a prévu, en cas de violences habituelles, que le prononcé du suivi socio-judiciaire avait, pour le tribunal correctionnel, un caractère obligatoire auquel la juridiction ne peut déroger que par une décision spécialement motivée.

³ Circulaire : CRIM 98-09 F1/01-10-1998.

⁴ Cf liste constituant l'annexe G de la circulaire de la direction des affaires criminelles et des grâces n° 2010-242 du 19 mai 2010.

Dans le même temps le législateur a prévu que, sauf décision contraire de la juridiction, le prononcé du suivi socio-judiciaire emportait injonction de soins si une expertise déclarait la personne condamnée susceptible de faire l'objet d'un traitement.

Ainsi, depuis le 1^{er} mars 2008, le juge ne fait pas que disposer de l'injonction de soins mais est incité à la prononcer au regard des infractions pour lesquelles le suivi socio-judiciaire est encouru. Si l'expertise relève la possibilité d'un traitement, le juge ne peut éviter le prononcé de l'injonction que par décision expresse.

1.1.4 Un élargissement du prononcé de l'injonction de soins hors du cadre du suivi socio-judiciaire

Pour les personnes condamnées pour une des infractions énumérées par l'article 706-47 du code de procédure pénale⁵, la loi a prévu que l'injonction de soins pouvait être prononcée non seulement au moment du jugement mais aussi, ultérieurement, dans le cadre du suivi socio-judiciaire lui-même (L. n° 2007-1198 du 10 août 2007), de la libération conditionnelle (*ibid.*) de la surveillance judiciaire (*ibid.*) ou encore de la surveillance de sûreté (L. n° 2008-174 du 25 février 2008).

L'injonction de soins, lorsqu'elle peut faire partie d'un dispositif de libération conditionnelle, de surveillance judiciaire ou de surveillance de sûreté, est prononçable dès lors que l'expertise conclut à la possibilité d'un traitement ; ce prononcé ne peut être écarté que par décision juridictionnelle contraire.

En revanche, depuis la clarification opérée par la loi du 10 mars 2010, l'injonction de soins ne peut plus assortir un sursis avec mise à l'épreuve.

1.1.1 L'injonction de soins ajoutée par le juge de l'application des peines

Après le jugement, et dans la perspective de la libération du condamné, même si le suivi socio-judiciaire prononcé ne comportait pas injonction de soins, cette obligation peut être ajoutée par le juge de l'application des peines. Celui-ci doit en effet ordonner expertise pour déterminer si la personne condamnée est susceptible de faire l'objet d'un traitement. Si l'expertise conclut à cette possibilité, l'ajout de l'injonction de soins au suivi socio-judiciaire s'impose au juge de l'application des peines, sauf à ce magistrat dire par décision expresse qu'il n'y a pas lieu à prononcer cette nouvelle mesure (L. 10 août 2007 ; c. pr. pén., art.763-3 et R. 61-4-1).

⁵ Meurtre ou assassinat d'un mineur précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie ou infractions de viol, d'agression ou d'atteinte sexuelles ou de proxénétisme à l'égard d'un mineur, ou recours à la prostitution d'un mineur, prévues par les articles 222-23 à 222-31, 225-7 (1°), 225-7-1, 225-12-1, 225-12-2 et 227-22 à 227-27 du code pénal. ; crimes de meurtre ou assassinat commis avec tortures ou actes de barbarie, crimes de tortures ou d'actes de barbarie et meurtres ou assassinats commis en état de récidive légale.

1.1.5 Quelques conséquences de l'extension

1.1.5.1 Sur le plan quantitatif

L'extension du domaine du suivi socio-judiciaire et de l'injonction de soins, de même que l'introduction de formes d'automatisme dans les procédures conduisant à son prononcé, posent des problèmes quantitatifs dont certains sont encore difficilement mesurables à ce jour.

Le premier est une multiplication du recours à l'expertise psychiatrique devenue obligatoire et dont la réalisation rapide conditionne souvent l'orientation et le traitement judiciaires des affaires. Les délais de réalisation des expertises sont souvent longs et peuvent retarder l'issue des procédures.

Par ailleurs, en matière de psychiatrie, la ressource en experts est faible et il serait regrettable que le choix du praticien soit effectué sur le critère dominant de la célérité.

Enfin, la mise en place de certaines procédures conduisant à l'injonction de soins sauf décision juridictionnelle contraire peut entraîner la surcharge d'un dispositif judicairo-sanitaire mal proportionné.

1.1.5.2 Sur le plan qualitatif

Les réformes successives ont conduit à modifier le contenu des missions données aux experts psychiatres. Ainsi dans les conclusions sollicitées de l'expert, 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 suite, des injonctions de soins inutilement nombreuses. Les missions de l'expertise sont ainsi parfois à la limite du scientifiquement possible ou, en tout cas, au cœur d'un intense débat, si l'on songe notamment aux conclusions attendues relatives à un auteur présumé ou condamné en déni.

Par ailleurs, la mise en œuvre sanitaire de l'injonction de soins a nécessité de disposer de personnels qualifiés, capables de se former et de s'impliquer dans le domaine spécifique des soins dispensés aux auteurs de violences à caractère sexuel. L'extension à des actes criminologiquement différents impose une nouvelle approche des soins attendus qui concernent désormais la problématique plus globale de la violence. Elle modifie en outre l'attitude psychologique des patients, l'agressivité de certains d'entre eux pouvant s'exprimer à l'égard des soignants ou des médecins coordonnateurs.

1.1.6 Des mesures au contenu variable

1.1.6.1 Des contraintes sociales

Le contenu des mesures qui constituent le suivi socio-judiciaire est indiqué par l'article 131-36-2 du code pénal qui renvoie aux textes organisant les modalités du sursis avec mise à l'épreuve.

Il s'agit, d'abord, des mesures de contrôle prévues par l'article 132-44 du code pénal (réponse aux convocations du juge de l'application des peines, relations avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation, etc.).

Il s'agit, ensuite, des obligations particulières de l'article 132-45 du code pénal qui peuvent être spécialement imposées au condamné concernant, par exemple ses activités professionnelles, sa résidence ou encore ses relations sociales. Parmi ces obligations particulières figure celle de se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation. Elle peut intégrer, en cas d'addiction, l'injonction thérapeutique des articles L. 3413-1 à L. 3413-4 du code de la santé publique. Ces obligations particulières, issues du dispositif global de la mise à l'épreuve, sont tout à fait distinctes de l'injonction de soins qui, quant à elle, ne peut plus être une composante du sursis avec mise à l'épreuve.

1.1.6.2 Des soins contraints

S'agissant des infractions énumérées par l'article 706-47 du code de procédure pénale, le recours à l'expertise préalable a un caractère obligatoire, y compris, dès le stade de l'enquête, à la diligence du procureur de la République. L'expert commis doit alors se prononcer sur l'opportunité d'une injonction de soins.

Pour ces mêmes infractions, depuis la loi du 10 mars 2010, l'injonction de soins prononcée peut comporter la prescription de traitements pharmacologiques inhibiteurs de libido.

Lorsque l'injonction de soins est prononcée, le président de la juridiction avertit le condamné qu'aucun traitement ne pourra être entrepris sans son consentement, tout en l'informant que s'il refuse les soins qui lui seront proposés, une fois libéré, l'emprisonnement prononcé par la juridiction pourra être mis à exécution.

1.1.7 L'inobservation de l'injonction de soins

L'article 131-36-1 du code pénal prévoit que la juridiction de condamnation, en même temps qu'elle décide de soumettre le condamné au suivi socio-judiciaire pour une certaine durée, précise *ab initio* la durée d'emprisonnement maximal encouru par ledit condamné s'il n'observe pas les obligations fixées. La sanction d'une telle inobservation peut ainsi être de trois ans d'emprisonnement en cas de condamnation pour la commission de délit et de sept ans en cas de condamnation pour crime.

En cas d'inobservation des obligations du suivi socio-judiciaire ou de l'obligation de soins, la mise à exécution de la sanction préfixée par la juridiction de jugement est ordonnée par le juge de l'application des peines statuant d'office ou sur réquisition du procureur de la République. Cette mise à exécution constitue le socle de la contrainte imposée au condamné et concerne notamment le suivi du traitement considéré comme nécessaire à son mieux être et à la sécurité de la société.

S'agissant spécifiquement de l'injonction de soins, le refus de commencer ou de poursuivre le traitement prescrit par le médecin traitant dans le cadre d'une injonction de soins constitue à la charge du condamné une violation de ses obligations (*Cf. c. pr. pén., art 712-21*).

Plus largement une telle inobservation de l'injonction peut entraîner la mise à exécution totale ou partielle de l'emprisonnement préfixé. Le Casier judiciaire national (CJN) a reçu et enregistré 85 décisions de mise à exécution de suivi socio-judiciaire en 2009 et 95 décisions de ce type en 2010. En pratique la mise à exécution partielle est souvent préférée comme mode de "recadrage" du condamné, le retour en milieu carcéral étant susceptible de le conduire à éviter l'exécution ultérieure du solde de la sanction.

1.2 Des éléments statistiques insuffisants

Les données statistiques médicales sur les prises en charge (nombre, modalités) des personnes soumises à l'injonction de soins ne sont que locales et toujours partielles.

Quant aux données judiciaires, elles sont nationales mais lacunaires.

1.2.1 *La production statistique judiciaire sur l'injonction de soins est quasiment inexistante*

La mission n'a pu que constater la pauvreté de la production statistique disponible relative à l'injonction de soins, obligation majoritairement prononcée dans le cadre du suivi socio-judiciaire, et qui se retrouve dans le cadre de la libération conditionnelle et de la surveillance de sûreté. En effet, à ce jour si certaines des sources peuvent fournir des données statistiques sur le suivi socio-judiciaire, seul actuellement le Casier judiciaire national est à même de procurer des données, au demeurant partielles, sur l'injonction de soins. Il serait souhaitable que les instruments statistiques permettent de distinguer toutes les injonctions selon les procédures qui ont conduit à les prononcer.

Les principales sources d'information permettant d'établir des statistiques sont le Casier judiciaire national, les cadres du parquet (par extraction automatique de l'application Cassiopée) et l'Infocentre.

Les services du Casier judiciaire national ont notamment indiqué que la plupart des évènements post-sentenciels n'entraient pas dans le champ de l'extraction mensuelle des données qu'il enregistre⁶. Ce constat concerne notamment les injonctions de soins prononcées dans le cadre d'une libération conditionnelle ou d'une surveillance judiciaire.

⁶ A titre d'exemple, on signalera que l'exploitation statistique du nombre de procédures de mise à exécution des peines, totale ou partielle, pour inobservation des obligations du suivi socio-judiciaire, relève de la compétence de la sous-direction des statistiques et des études du Secrétariat Général qui reçoit une extraction mensuelle des données pénales enregistrées au casier judiciaire, cette base de données étant également exploitée par le pôle évaluation des politiques pénales de la direction des affaires criminelles et des grâces. En l'absence d'outil statistique informatique la réponse à cette question a fait l'objet d'un comptage manuel réalisé par le bureau des affaires juridiques du Casier judiciaire national qui a la responsabilité de l'enregistrement de cette donnée depuis 2009, ce dont la mission lui sait gré.

1.2.1.1 Le Casier judiciaire national développe un outil statistique pour l'injonction de soins

Jusqu'à présent, le Casier judiciaire national permettait de dénombrer le nombre de suivis socio-judiciaires prononcés sur un an, c'est-à-dire le flux des mesures et non le stock.

Il est actuellement en train de développer pour la surveillance judiciaire et l'injonction de soins un outil informatique complémentaire qui devrait être disponible fin 2011.

Ce n'est que depuis mai 2009 que les services du Casier judiciaire national enregistrent les différentes obligations liées aux mesures de suivi socio-judiciaire, dont l'injonction de soins. Les premières données doivent être interprétées avec prudence, car, sur les 1342 mesures de suivi socio-judiciaire prononcées en 2009, 794, soit 59 %, n'étaient apparemment assorties d'aucune obligation, du fait de l'absence ou de renseignement par la juridiction, ou de l'absence d'enregistrement par le Casier judiciaire national. L'injonction de soins a été prononcée dans 362 cas, soit 66% des suivis socio-judiciaires renseignés comprenant une obligation. Cette obligation était présente dans 80% des condamnations à un suivi socio-judiciaire (renseignés) prononcées pour crime et dans 54% de celles prononcées pour délit. Elle apparaît donc comme l'obligation la plus souvent prévue dans le cadre du suivi socio-judiciaire.

1.2.1.2 L'infocentre Cassiopée sera en mesure de produire des statistiques de base sur l'injonction de soins

Cassiopée (Chaîne Applicative Supportant le Système d'Information Orienté Procédure pénale et Enfants) est une chaîne informatique destinée à remplacer les applications pénales aujourd'hui existantes dans les tribunaux de grande instance.

La direction du projet Cassiopée indique que le caractère très partiel des données actuellement consultables dans l'infocentre et le manque de fiabilité en l'état ne permettent pas de réaliser un comptage des rubriques existantes « nombre de suivis socio-judiciaires prononcés » et « nombre d'injonctions de soins prononcées dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire », qui sont les seules à pouvoir être renseignées.

Ces réserves pourraient être levées d'ici à 2012, avec la fin du déploiement de Cassiopée dans les tribunaux de grande instance. Il faudra alors distinguer ce qui dépendra du domaine de l'infocentre Cassiopée, de celui d'APPI (Application des peines probation-insertion) et de celui du SID (Système d'information décisionnel en cours de développement par la sous direction de la statistique et des études⁷).

Il n'est pas possible, pour le moment, de connaître le titre de la mesure (complémentaire ou principale), ni les durées des peines d'emprisonnement ou de suivi socio-judiciaire. Les durées sont en effet des caractéristiques d'événements ou de mesures qui ne sont pas présentes dans cet Infocentre⁸. Selon la direction du projet Cassiopée les caractéristiques pourraient être ajoutées à l'« univers de requêtage », lors d'une demande d'évolution, au demeurant non formulée à l'heure actuelle.

⁷ Secrétariat général du ministère de la Justice et des Libertés.

⁸ En l'état, une requête permettant de déterminer si un emprisonnement a accompagné le prononcé d'un suivi socio-judiciaire impose un délai d'exécution de plus de 40 minutes pour être finalement infructueuse.

S'agissant des informations relatives à la partie « après jugement » la direction du projet Cassiopée indique qu'il ne sera pas possible d'obtenir le nombre de suivis socio-judiciaires avec injonction de soins ayant fait l'objet d'une mise à exécution de peine pour inobservation des obligations, la requête, formulable, n'étant pas exécutable.

Selon la direction du projet, Cassiopée aura vocation à fournir un traitement de données certes centralisables mais essentiellement destinées à un pilotage local. Des évolutions pourraient être planifiées afin de produire des tableaux de bord prédéfinis. APPI pourra produire des données relatives au post-sentenciel pour les majeurs, et le SID, alimenté de l'ensemble des infocentres du ministère de la Justice et des Libertés (dont Cassiopée et APPI), aura vocation à servir de support pour des campagnes pluri-annuelles, et ce dans des domaines précis, le premier étant celui de l'exécution des peines. A terme, ce dernier dispositif semble à même de pouvoir fournir des données précises sur l'évolution des suivis socio-judiciaires sur le plan national.

Puisque le Casier judiciaire national est en train de développer un outil statistique sur l'injonction de soins, il semble que Cassiopée, qui est l'outil prenant en compte l'ensemble de la chaîne pénale, pourrait fournir des informations plus complètes sur sa mise en œuvre aux différents stades de la procédure.

1.2.1.3 L'application informatique APPI est dans l'attente d'un infocentre opérationnel

A l'heure actuelle, la direction de l'administration pénitentiaire (DAP) ne dispose pas, à travers l'infocentre APPI, d'informations portant sur le nombre d'injonctions de soins prononcées dans le cadre des suivis socio-judiciaires. Seule l'identification du nombre de suivis socio-judiciaires par service pénitentiaire d'insertion et de probation est possible au niveau départemental mais ne fait pas le lien avec l'injonction de soins.

L'application APPI ne prévoit pas d'alerte particulière attirant l'attention des utilisateurs sur la nécessité de mettre en œuvre un suivi socio-judiciaire ou une injonction de soins.

S'agissant des détenus sortants ayant un suivi socio-judiciaire à exécuter, l'infocentre n'autorise pas l'extraction des personnes détenues ayant un suivi socio-judiciaire à venir, les autres extractions ne permettant pas de les distinguer des autres personnes placées sous main de justice.

L'administration pénitentiaire a indiqué à la mission qu'une évolution de l'infocentre APPI serait nécessaire pour réaliser des requêtes sur le nombre de suivis socio-judiciaires prononcés avec injonction de soins sur une période donnée et sur le nombre de suivis socio-judiciaires avec injonction de soins à mettre en œuvre (avec date de début et de fin de prise en charge).

Outre APPI, dont l'usage est partagé entre les services judiciaires et l'administration pénitentiaire, cette dernière dispose quant à elle du logiciel GIDE (Gestion des détenus en établissement). Celui-ci ne concerne que les peines sous écrou et n'intègre pas de données sur les peines, dites de « milieu ouvert » qui permettraient cependant une gestion prospective des suivis socio-judiciaires et plus particulièrement de l'injonction de soins.

Il n'y a pas actuellement d'interface entre Cassiopée et APPI, ni entre APPI et GIDE. Cette interface pourrait permettre notamment au juge de l'application des peines de connaître le nombre de détenus condamnés à un suivi socio-judiciaire ou à une injonction de soins.

Recommandation n° 1. *Améliorer les applications APPI et GIDE de manière à recueillir et croiser les données relatives au suivi socio-judiciaire et à l'injonction de soins et permettre une gestion prospective de ces peines.*

1.2.2 *Le bilan chiffré est détaillé pour le suivi socio-judiciaire mais incertain pour l'injonction de soins*

1.2.2.1 **Les infractions sexuelles, qui constituent le socle de l'injonction de soins, représentent une part importante des crimes**

Il convient de rappeler que les atteintes sexuelles⁹ représentent 1,61% des condamnations prononcées en 2008 par les tribunaux correctionnels¹⁰, qui se répartissent ainsi :

Tableau n° 1: Répartition des atteintes sexuelles

Exhibition sexuelle (non susceptible d'IS)	1960	0,33 %	Atteinte ou agression sexuelle sur mineur avec circonstance aggravante	3194	0,55 %
Agression sexuelle	1670	0,28 %	Agression sexuelle par ascendant ou personne ayant autorité	244	0,04 %
Agression sexuelle avec circonstance aggravante	662	0,11 %	Autres atteintes aux mœurs sur mineur	1357	0,23 %
Atteinte sexuelle sur mineur sans circonstance aggravante	288	0,04 %	TOTAL	9292	1,61 %

Source : *Annuaire statistique de la Justice*

⁹ Il n'a pas été compté dans les atteintes sexuelles les délits de proxénétisme et de racolage public qui n'ont qu'un rapport lointain avec le sujet étudié.

¹⁰ 9375 pour 580 572 en 2008. Annuaire statistique de la Justice 2009-2010.

et que les viols représentent 48,6 % des crimes ayant fait l'objet d'une condamnation en 2008 par les cours d'assises¹¹, qui se décomposent comme suit :

Tableau n° 2: Répartition des viols

Commis par plusieurs personnes	158	4,5 %	Par ascendant ou personne ayant autorité	91	2,6 %
Avec circonstances aggravantes	591	17 %	Simple et autres	325	9,3 %
Sur mineur de moins de 15 ans	519	14,9 %	TOTAL	1684	48,6 %

1.2.2.2 Le taux de récidive des délinquants sexuels est relativement faible

Sur le plan juridique, un condamné qui commet à nouveau une infraction après avoir été condamné définitivement est passible de peines aggravées. Des règles particulières régissent la durée de la période de récidive et le quantum des peines encourues en fonction de la nature des infractions commises la première et la seconde fois.

Un condamné est considéré comme 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, observée sur les cinq années précédentes.

Tableau n° 3: Condamnations en 2007 : taux de récidive et réitération

Condamnations	Taux de récidive	Taux de réitération
Tous crimes	3,9 %	36,5 %
Viols et atteintes sexuelles criminelles	2,7 %	23,4 %
Tous délits	8 %	26,7 %
Délits sexuels	3,8 %	13,0 %

Source : Infostat septembre 2010

Il ressort de ces statistiques que les taux de réitérants et de récidivistes diffèrent selon la nature du délit sanctionné. Ainsi, la récidive des délits sexuels a un taux très faible, 3,8 %, alors que la réitération pour ces délits a un taux modéré de 13 %. La récidive des viols et atteintes sexuelles criminelles a, quant à elle, un taux de 2,7 %, alors que la réitération a un taux de 23,4 %. Infostat précise que seulement un quart des réitérants est condamné pour le même type d'infractions.

En l'état de l'appareil statistique disponible, aucune déduction ne peut être tirée de ces chiffres pour établir un taux de récidive ou de réitération applicable aux condamnés à une injonction de soins.

¹¹ 1684 pour 3464 en 2008. Annuaire statistique de la Justice 2009-2010.

1.2.2.3 Le recensement initié par la mission indique qu'environ 3800 injonctions de soins sont en cours d'exécution

Devant les imperfections actuelles des ressources statistiques relatives à l'injonction de soins, la mission a sollicité un concours particulier de l'ensemble des juridictions. Elle leur a demandé de quantifier, au 15 octobre 2010, les éléments suivants : les suivis socio-judiciaires et injonctions de soins en cours, les injonctions de soins en cours pour des faits autres que de nature sexuelle, les mineurs concernés et les médecins coordonnateurs.

Par nombre d'injonctions de soins en cours, il faut comprendre les injonctions de soins « en cours d'exécution » en milieu ouvert, dans le cas d'un suivi socio-judiciaire, d'un sursis avec mise à l'épreuve (prononçables jusqu'en mars 2010), d'une libération conditionnelle, ou d'une surveillance judiciaire.

La totalité des réponses formulées n'a pu être exploitée, vu l'incohérence de certains chiffres. S'agissant des médecins coordonnateurs, le total obtenu est de 311, qui ne correspond pas à autant de personnes physiques, puisque certains médecins coordonnateurs sont inscrits sur les listes de plusieurs tribunaux de grande instance.

Tableau n° 4 : Recensement des SSJ et IS au 15 octobre 2010

Nombre de suivis socio-judiciaires en cours	Nombre d'injonctions de soins en cours	Nombre d'injonctions de soins en cours concernant des faits autres que de nature sexuelle
4276	3791	372
Dont mineurs 21	Dont mineurs 48	Dont mineurs 48

Source : Enquête de la mission

Seize cours d'appel ¹²dépassent le chiffre de 100 injonctions de soins, quatre ¹³ celui de 200 et deux ¹⁴ celui de 300.

Quatre juridictions – Ajaccio, Limoges, Saint Pierre et Miquelon et Soissons- ne suivent pas d'injonction de soins. Il est important de constater que 10% des injonctions de soins sont relatives à des infractions autres que sexuelles.

¹² Aix-en-Provence, Amiens, Besançon, Bourges, Caen, Colmar, Dijon, Douai, Grenoble, Lyon, Montpellier, Orléans, Paris, Rennes, Toulouse, Versailles.

¹³ Aix-en-Provence, Caen, Montpellier, Paris.

¹⁴ Douai, Rennes.

1.2.2.4 Le nombre de mineurs condamnés à une injonction de soins est faible

En 2009, le nombre de mineurs mis en cause (prévenus) pour des infractions à caractère sexuel s'est élevé à 4944, représentant 19 % de l'ensemble des personnes mises en cause pour ce motif. Leur part a eu tendance à augmenter légèrement (17, 5 % en 2006). Parmi eux, 4750 garçons et 194 filles. En 2009, 1618 ont commis un viol. Les mineurs sont largement mis en cause dans les affaires de viol sur mineurs : 39 % des auteurs de ces infractions sont des mineurs.

En 2008, 465 mineurs ont été condamnés par un tribunal pour enfants pour un viol, et 1654 pour un délit à caractère sexuel. La part de ce motif dans l'ensemble des motifs de condamnations de mineurs reste faible, proche de 4 %.

On décompte en 2009 seulement 111 suivis socio-judiciaires prononcés à l'encontre de mineurs auteurs d'une infraction sexuelle. On observe que ce chiffre a eu tendance à augmenter depuis quatre ans, puisqu'il était de 75 en 2006, 95 en 2007 et 106 en 2008¹⁵.

Le chiffre de 111 suivis socio-judiciaires est à rapprocher du nombre de mesures de probation et de peines prononcées à l'encontre des mineurs cette même année 2009, soit 30 064. De même, le chiffre de 106 (en 2008) suivis socio-judiciaires assurés (en 2008) par les services de la PJJ est à rapprocher des 170 550 mesures en cours confiées à ces services.

1.2.2.5 Le bilan du suivi socio-judiciaire est instructif

La direction des affaires criminelles et des grâces a réalisé une étude pour laquelle, compte-tenu des délais, seules les infractions principales ont été étudiées (c'est à dire apparaissant au 1^{er} rang de l'extrait de jugement envoyé au CJN). Ceci entraîne au plan statistique, pour chaque année, une perte de mesures, lorsque dans la décision de condamnation, seules les infractions connexes étaient éligibles au suivi socio-judiciaire. Ainsi en 2009, le nombre de suivis socio-judiciaires prononcés au titre des infractions principales s'élève à 1303 contre 1342 au total. La méthode de travail retenue n'invalide cependant ni les taux de prononcé, ni les rythmes de croissance.

A. Le prononcé du suivi socio-judiciaire a connu une progression régulière

Tableau n° 5 : Evolution du nombre de SSJ prononcés

Année	Condamnations à SSJ	Année	Condamnations à SSJ
1998	5	2004	1055
1999	75	2005	1136
2000	265	2006	1209
2002	642	2008	1342
2003	853	2009	1342
		Ensemble	9541

Source : DACG

¹⁵ Cependant il avait augmenté déjà régulièrement depuis la création de la mesure pour passer de 16 en 1999 à un maximum de 122 en 2004.

9 541 suivis socio-judiciaires ont été prononcés entre 1998 et 2009. Ces condamnations ont connu une croissance très rapide jusqu'en 2004 et plus limitée depuis cette date.

B. La fréquence du recours au suivi socio-judiciaire, toutes lois confondues, reste modérée

Tableau n° 6 : Condamnations « éligibles » et SSJ prononcés

Année	Condamnations dites éligibles	Mesures de suivi socio-judiciaire	Taux de SSJ
2000	5052	258	5,1%
2001	6041	413	6,8%
2002	7087	626	8,8%
2003	7922	836	10,6%
2004	8910	1024	11,5%
2006	11 170	1181	10,6%
2008	28 252	1313	4,6%
2009	30 376	1303	4,3%

Source : DACG

La direction des affaires criminelles et des grâces précise que ce tableau permet de constater que deux périodes doivent être isolées : 2000 à 2006 d'une part, la réforme de 2005 n'ayant pas entraîné de changement important, et 2008-2009, d'autre part.

Au cours de la première période, la fréquence du prononcé du suivi socio-judiciaire a connu une croissance sensible et régulière: 5,1 % des condamnations éligibles étaient finalement concernées en 2000, 10,6 % en 2003 et 11,5 % en 2004. Ce taux a été quelque peu réduit en 2006 (10,6%), essentiellement du fait de l'arrivée de nombreuses condamnations éligibles du chef de destruction ou dégradation de biens par moyen dangereux pour les personnes. Cette croissance modérée a été réalisée malgré l'augmentation sensible sur la période du champ des infractions éligibles, à mesure que les dates de commission des infractions permettaient ce prononcé.

La réforme de 2007, en élargissant le champ du suivi socio-judiciaire aux violences conjugales, a provoqué un quasi triplement du champ des condamnations éligibles. Mais pour ces nouvelles infractions, la fréquence du prononcé du suivi socio-judiciaire est beaucoup plus faible que pour les anciennes. Ainsi, le nombre de suivis socio-judiciaires prononcés a tendance à plafonner depuis 2006 malgré le triplement du nombre des infractions le faisant encourir.

Ces remarques sont confirmées par les tableaux qui suivent.

C. Un taux moyen de 12 % de suivis socio-judiciaires prononcés pour les infractions prévues par la loi de 1998

Tableau n° 7 : Taux de SSJ prononcés pour les infractions de la loi de 1998 entre 2000 et 2009

Année	Condamnations dites éligibles	Mesures de suivi socio-judiciaire	Taux de SSJ
2000	5052	258	5,1 %
2001	6041	413	6,8 %
2002	7087	626	8,8 %
2003	7922	836	10,6 %
2004	8910	1024	11,5 %
2006	9659	1175	12,2 %
2008	9832	1227	12,5 %
2009	9371	1135	12,1%

Source : DACG

Les taux prononcés paraissent refléter un usage stabilisé du suivi socio-judiciaire pour les infractions prévues par la loi de 1998.

D. Le prononcé du suivi socio-judiciaire pour les infractions introduites par les lois de 2005 et 2007 est peu fréquent

Tableau n° 8 : Fréquence de SSJ prononcés en 2009 selon la date d'éligibilité de l'infraction

Année	Loi instituant le SSJ	Condamnations dites éligibles	Mesures de suivi socio-judiciaire	Taux de SSJ
2009	1998	9371	1135	12,1 %
2009	2005	3764	127	3,4 %
2009	2007	17 241	41	0,2 %
Total		30 376	1303	
Taux moyen				4,3 %

Source : DACG

Ce tableau indique une faible propension des magistrats à prononcer le suivi socio-judiciaire au regard des nouveaux textes le faisant encourir.

Cela se confirme dans les condamnations de 2009 lorsque l'on y examine la part relative des infractions rendues éligibles au suivi socio-judiciaire par les lois successives.

Tableau n° 9: Condamnations de 2009

Année de la réforme	Condamnations	%des condamnations	Dont SSJ	% des mesures de SSJ
1998	9371	30,9 %	1135	87,1 %
2005	3764	12,4 %	127	9,7 %
2007	17241	56,8 %	41	3,1 %
Ensemble	30376	100 %	1303	100 %

Source : DACG

Si les infractions faisant encourir le suivi socio-judiciaire prévues par la loi de 1998 représentent 30,9 % des condamnations de 2009, elles constituent 87,1% des suivis socio-judiciaires prononcés la même année. A l'inverse, s'agissant des infractions rendues éligibles par la loi de 2007, elles représentent 56,8% des condamnations mais seulement 3,1% des suivis socio-judiciaires prononcés.

E. Le suivi socio-judiciaire est beaucoup plus fréquemment prononcé en matière criminelle

Tableau n° 10 : Taux de SSJ prononcés en matière de crime et de délit

	année	condamnations "éligibles"	mesures de suivi socio judiciaire	Taux de SSJ
crime	2 000	247	38	15,4 %
	2 003	979	362	37,0 %
	2 008	1 411	518	36,7 %
	2 009	1 507	571	37,9 %
	année	condamnations "éligibles"	mesures de suivi socio judiciaire	Taux de SSJ
délit	2 000	4 805	220	4,6 %
	2 003	6 943	474	6,8 %
	2 008	26 841	795	3,0 %
	2 009	28 869	732	2,5 %

Source : DACG

Au regard des condamnations éligibles, le taux de suivis socio-judiciaires prononcés pour les crimes reste inchangé depuis 2003, alors qu'il diminue pour les délits dont l'éligibilité a été sensiblement augmentée.

F. Les obligations autres que l'injonction de soins et l'obligation de soins sont peu prononcées dans le cadre du suivi socio-judiciaire

La direction des affaires criminelles et des grâces, à l'examen de la liste des obligations liées au suivi socio-judiciaire et présentes dans les condamnations inscrites et prononcées en 2009, a constaté qu'à l'exception de l'injonction de soins et de l'obligation, juridiquement distincte, de se soumettre à des mesures d'examen médical et de traitement même sous le régime de l'hospitalisation, les autres obligations particulières sont très peu fréquentes. Cette situation peut avoir deux causes principales. D'une part l'injonction de soins mobilise l'essentiel du délibéré. D'autre part, les autres obligations seront plus aisément fixées ultérieurement par le juge de l'application des peines au regard d'une situation sociale actualisée du condamné.

G. Le nombre de suivis socio-judiciaires ou d'injonctions de soins suivis par les services pénitentiaires d'insertion et de probation n'est pas identifié

Dans l'annuaire statistique de la Justice 2010, le suivi socio-judiciaire et l'injonction de soins ne sont pas identifiés en tant que tels dans les mesures suivies par le service pénitentiaire d'insertion et de probation, mais semblent être répartis entre le sursis avec mise à l'épreuve (141 156 mesures), les autres mesures (6317 mesures) et la libération conditionnelle (7023 mesures).

H. Une évaluation prospective du suivi socio-judiciaire peut être tentée

80% des mesures de suivi socio-judiciaire ont accompagné un emprisonnement ferme, et pour 47% d'entre elles un emprisonnement supérieur à cinq ans. En moyenne, la durée prononcée de la mesure est de 5,8 ans. Cette durée croît avec celle de l'emprisonnement ferme.

Tableau n° 11 : SSJ prononcés entre 1998 et 2009 selon le quantum de peine

Classe du quantum d'emprisonnement ferme	Condamnations à SSJ	Quantum moyen du SSJ (en années)
Pas de peine privative de liberté ferme	1956	4,2
Moins d'un an	804	4,6
Moins de 5 ans	2339	5,6
Moins de 10 ans	2216	5,9
10 ans et plus	2273	7,6
Ensemble	9541	5,8

Source :DACG

Il ressort de ce tableau que la durée du suivi socio-judiciaire est d'autant plus importante que la peine d'emprisonnement est forte mais que le quantum moyen du suivi socio-judiciaire n'est pas proportionnel au quantum d'emprisonnement ferme.

A titre concret, la mission s'étant rendue au tribunal de grande instance de Paris a relevé que pour un total respectivement de six et neuf injonctions de soins prononcées en 2009 et 2010 (au 19 octobre), la durée moyenne, toutes peines confondues, de l'injonction de soins prononcée par la 15^{ème} chambre a été de 4,6 ans et de 7 ans. Les juges de l'application des peines de ce tribunal ont relevé que 45% des suivis socio-judiciaires avaient une durée de 5 ans, 19 % 3 ans et 17 % 10 ans.

A partir des données individuelles disponibles au Casier judiciaire national (date de condamnation, quantum d'emprisonnement ferme, durée de détention provisoire éventuellement effectuée et quantum du suivi socio-judiciaire) pour les condamnations prononcées de 1998 à 2009, il a été possible d'évaluer approximativement les flux d'entrée et de sortie du suivi socio-judiciaire.

Les entrées en suivi socio-judiciaire en milieu ouvert résultent soit d'une libération en fin de peine (déduction faite de la période de détention provisoire et d'une réduction de peine d'environ 30%), soit de la condamnation sans emprisonnement ferme. Les sorties sont déduites du nombre et de la durée des suivis socio-judiciaires prononcés.

Ce dénombrement permet d'évaluer à environ 4 200 les personnes libérées avec une mesure de suivi socio-judiciaire en cours en 2010. Il faut y ajouter les mesures de surveillance judiciaire, assorties à environ 90 % d'une injonction de soins. Il rejoint le rapide inventaire sollicité des juridictions par la mission. Cette évaluation ne tient pas compte des condamnations de 2010, non disponibles, mais est relativement proche du dénombrement effectué par la direction de l'administration pénitentiaire : 4 109 mesures de suivi socio-judiciaire prises en charge au 1^{er} juillet 2010 par les services pénitentiaires d'insertion et de probation en milieu ouvert.

La direction des affaires criminelles et des grâces estime que, compte tenu du caractère récent de la mesure, des durées d'emprisonnement parfois très longues et de l'évolution importante de la législation ces dernières années, il est impossible de connaître avec précision le nombre de personnes qui seront à suivre. Il est cependant certain que l'effectif actuel est inférieur à celui à venir.

Elle ajoute que dans l'hypothèse, difficile à soutenir compte tenu de ce qui est mentionné ci-dessus, d'une population dont les caractéristiques seraient relativement stables, des flux annuels de 1300 condamnations à six ans de suivi socio-judiciaire alimenteraient une population d'environ 7800 personnes. Il est toutefois impossible de prévoir quand ce seuil d'équilibre serait atteint.

La projection au niveau national de la direction des affaires criminelles et des grâces devrait tenir compte du taux d'injonction de soins dans les suivis socio-judiciaires et le nombre d'injonctions de soins d'origine extérieure au suivi socio-judiciaire, toutes données actuellement indisponibles.

Ces incertitudes rendent difficile une détermination prévisionnelle fine des moyens nécessaires à la bonne mise en œuvre de l'injonction de soins.

Il serait indispensable que les instruments statistiques soient localement disponibles pour adapter les moyens à la jurisprudence des juridictions en matière d'injonction de soins.

Recommandation n° 2. *Intégrer dans les applications informatiques disponibles le moyen de formuler utilement des requêtes pour mesurer la place de l'injonction de soins, avant jugement, lors du jugement et après jugement.*

1.3 Des aspects cliniques et une approche thérapeutique débattus

1.3.1 Une très grande variété de profils psychopathologiques est présente chez les auteurs d'infraction sexuelle

La conférence de consensus des 22 et 23 novembre 2001 consacrée à la « psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle » conserve, selon tous les experts rencontrés, toute son actualité.

C'est en particulier le cas s'agissant des catégories psychiatriques et psychopathologiques concernées. En dehors des cas, très peu fréquents¹⁶, où la responsabilité pénale n'est pas reconnue à la suite d'une expertise psychiatrique ayant conclu à une abolition du discernement de l'auteur des faits, l'agression sexuelle est le fait d'un sujet responsable de son acte. En cas de simple altération du jugement la responsabilité de l'auteur est conservée mais le législateur prévoit que les magistrats en tiennent compte dans le jugement.

Il existe diverses classifications des troubles psychiatriques ou psychologiques présentés par les auteurs de violence sexuelle, qui s'appuient notamment sur les classifications internationales que sont la classification internationale des maladies (CIM-10) et le *diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-IV-TR). Cependant, ainsi que l'écrit la Haute autorité de santé (HAS), les « définitions ne rendent pas compte de la complexité et de la diversité des problématiques rencontrées » sachant que « l'agression sexuelle n'est pas nécessairement sous-tendue par une pathologie psychiatrique¹⁷ ». Quant aux catégories du droit pénal français la variété d'incriminations est grande sans être superposable à la clinique psychiatrique ou psychopathologique, assurément plus complexe.

Il est admis par la majorité des experts que la plupart des auteurs d'infraction à caractère sexuel ne sont pas des malades mentaux mais possèdent des troubles de la personnalité avec un extrême polymorphisme des conduites de déviance sexuelle. Les associations de troubles de la personnalité, de troubles de la sexualité, d'addictions (alcoolisme) et de facteurs environnementaux (familiaux, sociaux...) sont fréquentes et ne facilitent pas la catégorisation psychiatrique.

On peut cependant identifier, à titre principal, le groupe des paraphilies ou troubles de la préférence sexuelle (pédophilie, sadisme, masochisme, exhibitionnisme, fétichisme, voyeurisme, transvestisme...) et celui des troubles de la personnalité (personnalité antisociale, personnalité border line...).

Selon le Docteur Daniel ZAGURY « si le débat est nécessairement ouvert sur les limites entre troubles de la personnalité et maladies mentales...le principe d'une distinction claire entre maladie mentale et troubles de la personnalité demeure parfaitement valide¹⁸ ».

¹⁶ Selon les recommandations du jury de la conférence de consensus de 2001 (*op.cit.*) « très peu d'auteurs d'infractions sexuelles sont reconnus pénalement irresponsables au sens de l'article 122-1, alinéa 1 du code pénal en raison de leurs troubles psychiques » : 99 en 2009 (Chiffres clés de la justice 2010).

¹⁷ Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre des mineurs de moins de 15 ans, Juillet 2009.

¹⁸ Prise en charge de la psychopathie, Audition publique HAS 15 et 16 décembre 2005.

En définitive il est possible de reprendre les conclusions de la conférence de consensus de 2001 selon laquelle « il apparaît que les connaissances étiopathogéniques actuelles concernant les auteurs d'agression sexuelle présentent un degré de certitude très faible. Cette catégorie de population n'est réductible ni au seul champ psychiatrique, ni au seul champ criminologique, ni au seul champ social. Elle implique une perspective anthropologique qui exige d'engager des recherches multidisciplinaires ».

Recommandation n° 3. *Entreprendre des recherches pluridisciplinaires dans le but d'améliorer les connaissances sur les causes et les processus d'apparition de la violence sexuelle.*

1.3.2 La prise en charge des auteurs de violence sexuelle ne repose pas sur le seul apport de soins, qui ne sont pas eux-mêmes exempts de débats

Les approches thérapeutiques des auteurs de violence sexuelle sont basées sur les psychothérapies, psychothérapies individuelles psycho-dynamiques (inspiration analytique) ou cognitives et comportementales ainsi que sur les psychothérapies de groupe, et les traitements pharmacologiques, psychotropes et traitements anti-androgènes. S'agissant des traitements anti-androgènes, l'extension le 21 juillet 2005 de l'autorisation de mise sur le marché de l'acétate de cyprotérone pour l'indication d'une « réduction des pulsions sexuelles dans les paraphilies en association à une prise en charge psychothérapique » est à signaler¹⁹.

En France les psychothérapies les plus fréquemment mises en œuvre sont de nature psychanalytique « alors que dans la plupart des pays dans lesquels des études ont été réalisées les bases théoriques sont principalement comportementales et cognitives²⁰ ».

Le docteur Sophie BARON-LAFORET, responsable du centre de ressources pour la prise en charge des auteurs de violence sexuelle (CRIA VS) Ile-de-France, considère que « la conférence de consensus de 2001 reste valide mettant en avant les psychothérapies soulignant la place des thérapies de groupe et adjoignant une psychothérapie au traitement anti-androgène²¹ ».

Selon le professeur SENON et le docteur MANZANERA « la prise en charge par exemple d'un auteur de violence sexuelle ne se fait pas suivant une conduite à tenir codifiée en psychiatrie, comme peut l'être le traitement d'une dépression ou d'une psychose, il s'agit plutôt d'un accompagnement médico-psycho-éducatif, où la prise en charge multidisciplinaire est de règle »²².

¹⁹ Si la commission de la transparence de la Haute autorité de santé dans son avis du 19 juillet 2006 conclut à un service médical rendu dans cette extension d'indication « important », en revanche il est considéré par cette même commission qu'en termes d'amélioration du service médical rendu cette amélioration est « mineure ».

²⁰ Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre des mineurs de moins de 15 ans *op.cit.*

²¹ Les infractions à caractère sexuel, enjeu de santé publique Revue Pluriels n° 69-70-71, janvier à mars 2008.

²² L'obligation de soins dans la loi renforçant la lutte contre la récidive, AJ pénal 2007.

Ce couplage de prises en charge, médico-psychologique (psychothérapie) et socio-éducative (acquisition d'habiletés sociales), semble adapté à la plupart des auteurs de violence sexuelle qui ne présentent pas de maladie mentale caractérisée. A la question de savoir si une personne atteinte de troubles de la personnalité doit être soignée ou éduquée le docteur Roland COUTANCEAU répond²³ qu'il n'y a pas alternative mais complémentarité entre soins et éducation, la loi en France privilégiant les soins.

Lors de son entretien avec la mission M. André CIAVALDINI, psychologue clinicien, responsable du CRIAVS Rhône-Alpes, estime que « jusqu'à ce jour l'ensemble de notre système français d'appréhension et de lecture de l'auteur d'agression sexuelle est basé sur une approche psycho-dynamique. Celle-ci peut être questionnée au plan scientifique (trop peu d'évaluations chiffrées avec cohorte témoin par exemple), mais au plan clinique elle continue de faire largement ses preuves et elle est en grande cohérence avec notre modèle actuel de soins... ; la psychanalyse, en tant qu'elle s'intéresse au développement historique d'un sujet inscrit dans un environnement, est certainement le meilleur modèle pour que puisse chuter la récurrence. Bien sûr, il ne s'agit plus d'une psychanalyse qui fait silence, mais d'une psychanalyse de l'intervention ».

Il existe cependant des désaccords entre soignants sur le fait que selon le professeur Jean-Louis SENON²⁴ la majorité « des intervenants formés utilisent un référentiel théorique psychanalytique » alors qu'il a été signalé à « la conférence de consensus ...la nécessité de diversifier les approches psychothérapeutiques...c'est manifestement une carence en France ». Le même auteur insiste sur l'absence en France « d'évaluation des prises en charge psychothérapeutiques et des accompagnements psycho-socio-éducatifs²⁵ ».

Concernant la prise en charge des auteurs de violence sexuelle il existe de nombreux autres débats que ce soit entre tenants d'une prise en charge indistincte des violences sexuelles et non sexuelles et ceux pour qui c'est une ignorance criminologique que de ne pas les distinguer, ou encore entre partisans de l'introduction d'un tiers (la Justice) comme un élément structurant de la relation patient-thérapeute²⁶ et ceux pour qui le caractère contraint des soins pénalement ordonnés constitue un biais pour l'authenticité de cette relation.

Ces débats doctrinaux et les attitudes dépourvues de souplesse qu'elles engendrent lorsqu'il s'agit d'aborder le traitement des auteurs d'infraction sexuelle sont mal vécus par l'association de protection contre les auteurs de crimes sexuels (APACS) dont le président souligne par ailleurs une certaine imperméabilité des soignants français aux expériences étrangères qui lui paraissent pourtant riches d'enseignements.

La durée de l'injonction de soins n'est pas sans soulever elle-même un problème en matière de prise en charge sanitaire.

²³ Entretien avec la mission.

²⁴ Les infractions à caractère sexuel, enjeu de santé publique Revue Pluriels *op.cit.*.

²⁵ Ce constat recoupe celui mentionné lors de la conférence de consensus de 2001 : « à l'exception des traitements biologiques et des thérapies cognitivo-comportementales, les différentes modalités thérapeutiques proposées n'ont pas fait l'objet d'une évaluation ciblée de leurs résultats ».

²⁶ Pour le docteur Michèle HABERKORN du CMP de la rue d'Armaillé à Paris 17^{ème} l'intervention dans l'injonction de soins de ce tiers au traitement est une aide pour le médecin et un soutien pour le patient.

Le suivi-socio-judiciaire est en effet fréquemment fixé par les magistrats en se référant à la peine principale prononcée et en adoptant une certaine proportionnalité avec cette peine, ce qui peut avoir pour effet d'ordonner des soins sur des durées prolongées, alors que de nombreux professionnels de santé font remarquer l'absence de justification sanitaire, pour la majorité des condamnés, d'une longue durée de soins psychiatriques ou psychologiques, la prise en charge devant plutôt être conçue comme espacée sous forme de séquences plus ou moins longues et intenses.

Recommandation n° 4. *Faire évaluer par la Haute autorité de santé les résultats des différentes thérapies appliquées vis-à-vis des auteurs de violence sexuelle.*

1.4 Un dispositif judiciaire composite

La chaîne d'acteurs se compose des magistrats et des jurés qui prononcent la peine, des juges de l'application des peines, des personnels de l'administration pénitentiaire et notamment du service pénitentiaire d'insertion et de probation. Les lois successives qui ont créé puis étendu le suivi socio-judiciaire et l'injonction de soins n'ont été accompagnées d'aucun moyen spécifique supplémentaire, alors même que leur mise en œuvre a cependant constitué une charge nouvelle pour les services de l'exécution et de l'application des peines. Sur le plan pénitentiaire, des moyens ont du être déployés, ou redéployés, pour s'adapter notamment à une approche renouvelée des condamnés auteurs d'infraction à caractère sexuel : spécialisation de certains établissements et groupes de paroles dans le cadre du plan de prévention de la récidive (PPR).

En l'état, la mission n'a pas mis en évidence au sein du ministère de la Justice et des Libertés des travaux spécifiques, notamment au plan budgétaire, permettant de mesurer l'impact des réformes, le poids objectif des nouveaux dispositifs ou encore la mise en place d'instruments permettant, à terme, de mesurer l'efficacité de l'injonction de soins.

Des circulaires d'application sont régulièrement venues préciser les modalités d'application de ce dispositif édifié par les différentes lois successives. Les rapports de politique pénale évoquent certains des obstacles rencontrés dans son exécution²⁷. Il en est de même des conférences régionales semestrielles d'aménagement de peines qui ont souvent synthétisé les difficultés évoquées par les juridictions en matière d'injonction de soins: absence totale de médecins coordonnateurs dans certains départements, extension de cette peine à des infractions autres que de nature sexuelle, banalisation de l'injonction de soins risquant de nuire à l'efficacité de la mesure.

Par ailleurs, les ministères de la Justice et de la Santé ont rédigé un guide de l'injonction de soins, mis à la disposition des praticiens en 2009 et qui, dans les juridictions visitées, n'a pas semblé être connu de tous. Il devrait être prochainement mis à jour pour intégrer les dispositions de la loi du 10 mars 2010.

²⁷ Rapport de politique pénale de la direction des affaires criminelles et des grâces 2008 évoquant la difficulté récurrente du déficit de médecin coordonnateur et la pénurie généralisée de psychiatres.

Recommandation n° 5. *Assurer une meilleure diffusion du guide de l'injonction de soins actualisé auprès, notamment, des magistrats des juridictions.*

1.4.1 Les juridictions de jugement

L'injonction de soins est pour l'essentiel prononcée dans le cadre du suivi socio-judiciaire par le tribunal correctionnel, à titre de peine complémentaire ou de peine principale²⁸, et par la cour d'assises à titre de peine complémentaire, la peine principale étant toujours une peine d'emprisonnement.

Alors que l'injonction de soins est très couramment prononcée par les cours d'assises, les tribunaux correctionnels prononcent quant à eux plus facilement une obligation de soins. Cette dernière est une mesure moins spécifique et moins lourde : aucune expertise préalable n'est requise, la durée maximale est de trois ans et il n'y a pas intervention d'un médecin coordonnateur.

1.4.2 Le rôle central du juge de l'application des peines

L'article 763-1 du code de procédure pénale le place au cœur du dispositif et souligne son rôle central en lui donnant la possibilité de désigner le service pénitentiaire d'insertion et de probation pour veiller au respect des obligations imposées au condamné. L'article L. 3711-1 du code de la santé publique lui permet de désigner un médecin coordonnateur dont il recevra les rapports. Le juge de l'application des peines intervient, tant pendant la période de détention, que lors du déroulement ultérieur de l'injonction.

1.4.2.1 Pendant la détention

Lorsque le condamné commence son incarcération dans un des établissements lui permettant de lui assurer un suivi médical et psychologique adapté, le juge de l'application des peines l'informe immédiatement de la possibilité de suivre un traitement²⁹. La mission a constaté un lien évident entre la demande de soins et la possibilité de se voir accorder une réduction de peine supplémentaire. Ce lien est posé à partir du moment où l'opportunité d'engager des soins a été formellement signalée au condamné.

En pratique, le refus des personnes condamnées pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru de suivre le traitement proposé est sanctionné car il ne leur permet pas d'obtenir de réduction de peine supplémentaire. Aussi, selon les différentes personnes entendues, de nombreux détenus sollicitent-ils un rendez-vous avec le psychiatre ou le psychologue de l'établissement, escomptant bénéficier d'une telle réduction.

²⁸ Même si juridiquement elle est une peine complémentaire.

²⁹ C.pr. pén, art. 763-7.

La mission a constaté des pratiques différentes des juges de l'application des peines qui, pour certains, accordent une réduction de peine supplémentaire, en prenant en considération la demande du condamné malgré l'incapacité de l'UCSA à accorder un rendez-vous dans un court délai, pour d'autres la refusent.

Le rappel des obligations du suivi socio-judiciaire par le juge de l'application des peines au condamné dans les jours précédant la libération (C. pr. pén., art. R. 61-4) ne paraît pas être systématiquement pratiqué par les magistrats rencontrés, le juge de l'application des peines du futur lieu de résidence le faisant normalement dans les jours qui suivent. Cependant cette diligence pourrait assurer une meilleure intégration de la mesure dans l'esprit du détenu libérable et favoriser sa représentation rapide devant l'autorité judiciaire appelée à le contrôler.

1.4.2.2 Pendant le déroulement de la mesure

C'est lors du déroulement de l'injonction de soins que le rôle du juge de l'application des peines prend son plein effet. Il convoque le condamné dans les tous premiers jours après que ce dernier a pris contact avec le greffe, même si la mission a constaté parfois des délais plus longs. Si le condamné bénéficie d'une mesure de libération conditionnelle, il doit le recevoir dans le délai de huit jours à compter de sa libération en cas de condamnation pour viol ou agression ou atteinte sexuelles commises sur mineur de quinze ans³⁰. Lors de ce rendez-vous, il lui notifie l'ensemble des obligations qu'il devra respecter.

Il désigne ensuite le médecin coordonnateur et le service pénitentiaire d'insertion et de probation qui seront ses correspondants tout au long de la mesure. Certains magistrats ont coutume de contacter le médecin pour s'assurer qu'il pourra effectivement prendre en charge le condamné.

La multiplicité de leurs activités conduit les juges de l'application des peines à définir des priorités parmi les dossiers à la lumière des informations communiquées par le service pénitentiaire d'insertion et de probation et le médecin coordonnateur.

1.4.3 Un dispositif applicable aux mineurs mais peu utilisé

Les dispositions relatives au suivi socio-judiciaire et à l'injonction de soins s'appliquent aux mineurs et l'ensemble des attributions du juge de l'application des peines sont exercées par le juge des enfants, jusqu'à ce que la personne condamnée ait atteint l'âge de 21 ans, sauf si celui-ci se dessaisit au profit du juge de l'application des peines (Ord. 2 févr. 1945, art. 20-9).

La mise en œuvre implique les parents détenteurs de l'autorité parentale qui sont associés aux différents stades de la mesure, notamment dans le choix du médecin traitant, l'accord du mineur sur ce choix étant recherché (C. santé publ., art. R. 3711-12).

³⁰ C. pr. pén., art. D. 534-1.

Lorsque le suivi socio-judiciaire est prononcé par une juridiction spéciale des mineurs, le juge des enfants désigne un service du secteur public de la PJJ pour veiller au respect des obligations imposées au condamné. Lorsque ce dernier a atteint l'âge de sa majorité, le juge des enfants peut désigner à cette fin le service pénitentiaire d'insertion et de probation.

S'agissant des mineurs, le recours au suivi socio-judiciaire permettant une injonction de soins est extrêmement rare. Cent onze suivis socio-judiciaires ont été prononcés en 2009, la moitié dans des affaires sexuelles. Ceci a été corroboré par les données recueillies des tribunaux de grande instance, dont beaucoup de tribunaux pour enfants ne prononcent pas d'injonction de soins à l'encontre de mineurs. La moitié des mineurs auteurs d'infraction à caractère sexuel se voit assigner une obligation de soins toujours associée à une autre mesure. Pour les crimes sexuels, la décision la plus fréquente est l'emprisonnement avec sursis total ou partiel avec mise à l'épreuve. Il semble que lorsque l'injonction de soins est prononcée, ce soit à l'encontre de mineurs proches de leur majorité.

Les juges des enfants rencontrés par la mission expliquent que s'ils préfèrent largement prononcer une obligation de soins, c'est parce qu'ils la considèrent comme une mesure plus souple et plus « éducative » que l'injonction. L'obligation de soins leur permet de « garder la maîtrise » de la mesure, sans avoir à passer par un médecin coordonnateur. Elle leur permet de parler directement au médecin traitant, comme le ferait un parent ou un éducateur.

La direction de la PJJ regrette le manque d'outils théoriques susceptibles d'être mis à la disposition des magistrats et des éducateurs pour les aider à traiter le phénomène de la délinquance sexuelle chez les mineurs, ainsi que le trop petit nombre d'experts et de praticiens traitants spécialisés dans ce domaine³¹. Un manque de ressources qui contredit une nécessité d'agir précocement, dans un souci de prévention³².

1.5 Un dispositif pénitentiaire en évolution

1.5.1 L'orientation des détenus condamnés

L'article 763-7 du code de procédure pénale prévoit que le condamné à une injonction de soins doit subir sa peine privative de liberté dans un établissement pénitentiaire permettant de lui assurer un suivi médical et psychologique adapté.

Cette orientation est réalisée par la direction de l'administration pénitentiaire, les neuf directions interrégionales des services pénitentiaires et, pour les détenus condamnés pour certains crimes à une peine de réclusion criminelle de plus de 15 ans, par le centre national d'évaluation de Fresnes (CNE).

³¹ Il existe un centre de référence à Besançon.

³² Le centre de ressources d'Ile de France a inscrit ce thème dans son programme de travail et l'échanges.

La mission essentielle du CNE consiste à accueillir ces détenus, dans l'année de leur condamnation, pour décider, par une évaluation pluridisciplinaire approfondie, leur affectation en fonction de plusieurs critères : nature des faits commis, reliquat de la peine, maintien des liens familiaux, soins à dispenser, travail ou formation, profil pénitentiaire, par exemple la dangerosité. Il reçoit 450 détenus par an, dont environ la moitié sont des criminels sexuels, pour un cycle de sept semaines. Il essaie, dans la mesure du possible, d'orienter les détenus dans des établissements où l'offre de soins est adaptée³³, même si, parfois, l'établissement pénitentiaire recommandé ne fait pas partie des 22 établissements spécialisés (V. *infra*).

Il accueille également, dans un objectif de prévention accrue de la récidive et pour mieux individualiser l'exécution de la peine, les condamnés à une peine de réclusion criminelle à perpétuité sollicitant une libération conditionnelle. Il peut aussi accueillir, et ce pour une durée comprise entre deux et six semaines, aux fins d'une évaluation pluridisciplinaire de dangerosité les condamnés susceptibles de faire l'objet d'une surveillance judiciaire.

1.5.2 Des établissements pour peines spécialisés

En 2009, l'administration pénitentiaire a désigné 22 établissements pénitentiaires spécialisés³⁴ vers lesquels sont désormais souvent orientées les personnes condamnées principalement pour des faits de nature sexuelle.

L'affectation ainsi programmée des détenus, dont l'objectif a été fixé à 50 et 80 %³⁵, se réalise progressivement : au 1^{er} septembre 2010³⁶ les auteurs d'infraction à caractère sexuel représentent environ un tiers de l'ensemble de la population accueillie (3 568 AICS pour 10 661 personnes écrouées) dans ces établissements dont le taux moyen d'occupation est de 97%. La majorité des AICS est cependant encore détenue dans les 167 autres établissements (6 090 AICS pour 55 968 personnes écrouées), avec un taux d'occupation moyen de 123%³⁷.

Que ce soit dans les établissements spécialisés ou non, le pourcentage de personnes écrouées pour infraction sexuelle est plus important dans les centres de détention³⁸ que dans les autres types d'établissements (centre pénitentiaire, maison centrale, maison d'arrêt³⁹). La part de la population écrouée pour viols et agressions sexuelles, 13,9 %, au 1^{er} janvier 2010⁴⁰ diminue sensiblement depuis 2008.

³³ Le dossier d'orientation se compose de la décision motivée d'admission au CNE, de la fiche de situation pénitentiaire, de la fiche pénale, de l'arrêt de condamnation, de l'extrait du casier judiciaire et des expertises.

³⁴ Note DAP du 24 février 2009. V. Annexes.

³⁵ Note DAP du 25 juin 2009.

³⁶ Document « Statistique des auteurs d'infraction à caractère sexuel » du ministère de la Justice, direction de l'administration pénitentiaire DAP, sous-direction des personnes placées sous main de justice PMJ, du 17 septembre 2010.

³⁷ V. Annexes.

³⁸ Etat statistique du ministère de la justice, DAP/PMJ, du 1^{er} octobre 2010.

³⁹ Au 1^{er} janvier 2010, 191 établissements pénitentiaires sont recensés dont 106 maisons d'arrêt, 79 établissements pour peine (37 centres pénitentiaires, 24 centres de détention, 6 maisons centrales, 12 centres de semi-liberté, 4 quartiers centre pour peines aménagées) et 6 établissements pénitentiaires pour mineurs (source : les chiffres clés de l'administration pénitentiaire au 1^{er} janvier 2010, DAP).

⁴⁰ Source DAP.

Dans les établissements pour peines spécialisés, la stigmatisation (ostracisme, brimades, injures, violences...) des condamnés auteurs de violence sexuelle de la part d'autres détenus paraît limitée⁴¹, contrairement à ce qui se passe dans d'autres établissements. La question est prise en compte dans la mise en place d'activités groupales tels les groupes de parole PPR, tant en ce qui concerne le choix des thèmes que la composition des groupes. Il est préoccupant d'entendre de plusieurs conseillers d'insertion que cette spécialisation des lieux de détention a un effet stigmatisant pour les détenus sortant de ces établissements, occasionnant des difficultés pour le condamné à obtenir un rendez-vous médical ou à trouver un travail.

La volonté de l'administration pénitentiaire de répartir les établissements spécialisés sur l'ensemble du territoire ne correspond pas toujours à la densité de l'offre de soins. Les modifications envisagées par le plan de restructuration du parc immobilier pénitentiaire, lorsqu'elles concernent des établissements spécialisés, devraient veiller au maintien et au développement de la qualité de dispositifs existants. Ce plan prévoit notamment la transformation de deux maisons d'arrêt (Tarbes et Belfort) en « quartier nouveau concept » ayant pour vocation de préparer activement la sortie des condamnés en fin de peine. En l'état, la mission ignore si les sortants avec une injonction de soins seront intégrés dans ce dispositif.

1.5.3 Des services pénitentiaires d'insertion et de probation en mutation

Organes déconcentrés de l'administration pénitentiaire, créés par décret du 13 avril 1999, ils regroupent l'ensemble des travailleurs sociaux et moyens nécessaires à l'exercice de leur mission dans chaque département. Ils agissent en milieu fermé et en milieu ouvert. S'agissant de l'injonction de soins, la mission n'a pas constaté de spécialisation particulière des conseillers d'insertion et de probation dans l'attribution de leurs dossiers.

Au regard des spécificités du suivi socio-judiciaire et de l'injonction de soins, il pourrait être opportun de recenser les bonnes pratiques et développer les formations adaptées à ce type particulier de mesures.

Le code de procédure pénale définit leurs missions⁴², ainsi que leur organisation et fonctionnement⁴³. Une circulaire de la direction de l'administration pénitentiaire du 19 mars 2008⁴⁴ est venue les préciser ainsi que leurs méthodes d'intervention. La volonté de l'administration pénitentiaire de recentrer leurs fonctions sur la prévention de la récidive, l'accompagnement des détenus et le suivi des condamnés les plus lourds s'est traduite par une modification de leurs attributions par un décret n° 2010-1639 du 23 décembre 2010. Cette redéfinition a un impact notamment sur la mise en œuvre des suivis socio-judiciaires et des injonctions de soins.

⁴¹ La totalité des détenus entendus par la mission dans les établissements d'Ensisheim, Mauzac et Melun a indiqué ne pas faire l'objet d'ostracisme de la part des détenus pour autres faits que sexuels.

⁴² Articles D. 572 à D. 575.

⁴³ Articles D. 579 à D. 587.

⁴⁴ N° 113/PMJ1.

Désormais, les conseillers *pénitentiaires* d'insertion et de probation assurent notamment « le suivi de l'exécution des peines et veillent au respect des obligations judiciaires dans un objectif de prévention de la récidive et de réinsertion ». « Compte-tenu de leur expertise en matière d'exécution de peine et d'accompagnement socio-éducatif, de leurs connaissances en criminologie et selon les besoins particuliers des personnes confiées, ils concourent à la préparation et à la mise en œuvre des mesures d'insertion et des dispositifs de prévention de la récidive prévues par les lois et les règlements ».

« Ils œuvrent plus particulièrement au travail sur le sens de la peine, afin de concourir au maintien ou à la restauration de l'autonomie et à la responsabilisation des personnes suivies ». La récente mise en place en 2008 des plans de prévention de la récidive semble ressortir à cette nouvelle mission. Ces plans de prévention de la récidive veulent promouvoir une approche nouvelle de la problématique du passage à l'acte et de la récidive. Ils réunissent pendant plusieurs séances un groupe de condamnés présentant une problématique commune liée soit à un même type de délit, soit à une addiction. Ces programmes se pratiquent à la diligence locale des services pénitentiaires d'insertion et de probation, en milieu fermé comme en milieu ouvert. En 2009, 108 ont été proposés par 50 services pénitentiaires d'insertion et de probation, et 70 ont été mis en place.

Comme a pu le constater la mission, certains conseillers d'insertion et de probation considèrent que la mission d'accompagnement social du condamné à la sortie est d'autant plus importante que les délinquants sexuels sont souvent très isolés.

Cependant, la mission a également relevé quelques divergences d'approche s'agissant de l'étendue des diligences à la charge des services pénitentiaires d'insertion et de probation pour contribuer aux conditions de passage du condamné de la détention au suivi socio-judiciaire et à l'injonction de soins. Ainsi, pour certains, les tâches relatives à la protection sociale ou à l'établissement des documents d'identité incomberaient aux services sociaux. Pour d'autres, elles continuent à faire partie intégrante du travail d'insertion. Certains cas de détenus sortis sans pièces d'identité ou sans protection sociale ont été signalés à la mission.

1.6 Un dispositif sanitaire renforcé

Le dispositif sanitaire bénéficiant aux auteurs d'infraction à caractère sexuel (AICS) condamnés à une injonction de soins repose d'une part, en milieu carcéral, sur une offre globale de soins psychiatriques et psychologiques aux détenus pouvant comporter un volet concernant plus spécifiquement les AICS, d'autre part, hors milieu carcéral, sur une organisation spécifiquement dédiée à la mise en œuvre de l'injonction de soins dont la caractéristique principale est la désignation d'un médecin coordonnateur.

Il convient de rappeler que la mission ne dispose que de données statistiques imparfaites sur le nombre d'injonctions de soins actuellement en cours. L'administration centrale du ministère de la santé a transmis à la mission un bilan des rémunérations versées en 2008 par les DDASS ainsi qu'une estimation desdites rémunérations pour l'année 2009 à savoir 551 603 € en 2008 et 1 374 179 € en 2009 (pour l'interprétation de ces chiffres *cf. infra* 2.4.2 Le médecin coordonnateur).

Si l'injonction de soins ne s'applique qu'en milieu ouvert, elle est souvent précédée par une incitation aux soins en milieu fermé.

1.6.1 Une fragilité du dispositif de santé mentale pour les personnes détenues bien connue

Au niveau national, les effectifs de psychiatres (hors neuropsychiatrie et psychiatrie enfant et adolescent) au 1^{er} janvier 2009 sont de 12 379 avec un taux de croissance 1999/2009 de 9,0% (pour 10,4% de taux de croissance de l'ensemble des spécialités). Il convient cependant de tenir compte des perspectives démographiques médicales qui prévoient, comme pour la plupart des autres spécialités, une baisse du nombre de psychiatres dans les prochaines années, avec un point bas atteint entre 2018 et 2021 (niveau inférieur de 20% à celui de 2006)⁴⁵.

En termes de densité (densité moyenne française⁴⁶ : 21,8 psychiatres pour 100 000 habitants) il existe une inégalité territoriale, les régions les mieux dotées étant la région Ile-de-France, la région PACA et la région Aquitaine et la moins dotée étant la région Champagne-Ardenne.

L'offre de soins hospitalière se caractérise par l'importance des postes vacants en psychiatrie : 20,4% selon l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) qui mentionne dans un document⁴⁷ que « le manque criant de psychiatres dans les hôpitaux, l'importance de la vacance des postes mettent à mal le droit des patients à être soigné ».

Les crédits consacrés à la santé mentale (LFSS 2010) s'élevaient en 2010 approximativement à 8,8 M € correspondant pour 8,1 M € à la dotation annuelle de fonctionnement (DAF) des établissements publics et privés sous DAF, et à 0,7 M € à la dotation allouée aux établissements privés sous objectif quantifié national (OQN). A ces crédits s'ajoutent des financements sur le budget de l'Etat alloués à la psychiatrie dans le cadre du plan de relance⁴⁸.

Ces crédits n'ont jusqu'ici pas permis de pallier certaines insuffisances du dispositif en place au regard des besoins de la population pénitentiaire, malgré la volonté exprimée par le législateur⁴⁹ de permettre à la population pénale d'accéder à des soins identiques à ceux dispensés en milieu libre au travers du service public hospitalier.

Différents rapports⁵⁰ ont été rédigés qui dressent le constat d'une imparfaite adaptation du dispositif de santé mentale en milieu carcéral et les constats faits en 2001 dans le rapport de l'IGAS et de l'IGSJ restent pour une grande partie d'actualité avec des principes de fonctionnement du système inchangés :

- présence de 26 services médico-psychologiques régionaux (SMPR), le plus souvent dans des maisons d'arrêt⁵¹, sans véritable soutien de ces structures aux établissements pénitentiaires de la région qui leurs sont rattachés,

⁴⁵ Source : observatoire national de la démographie des professions de santé, compte-rendu de l'audition des psychiatres du 19 mai 2010

⁴⁶ En 2003 la France avait la deuxième densité la plus élevée au monde.

⁴⁷ *Op.cit.*

⁴⁸ Le montant total des crédits alloués dans ce cadre s'élève à 30 M € destinés au financement d'opérations de sécurisation des établissements autorisés en psychiatrie et de 40 M € pour la réalisation de quatre nouvelles unités pour malades difficiles en autorisations d'engagement et en crédits de paiement.

⁴⁹ Loi du 18 janvier 1994.

⁵⁰ En particulier le rapport d'évaluation sur l'organisation des soins aux détenus IGAS/IGSJ de juin 2001.

⁵¹ A l'exception des centres pénitentiaires de Basse Terre, de Châteauroux, de Fort-de-France, de Fresnes, de La Plaine-des-Galets, de Marseille Les Baumettes, de Nantes et de Perpignan.

- prise en charge dans les autres établissements de la santé mentale par les moyens du secteur de psychiatrie générale⁵² avec une coordination généralement médiocre avec les personnels délivrant des soins somatiques à travers l'unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA⁵³) de l'établissement et un manque fréquent de moyens accordés par le secteur de psychiatrie, notamment pour des raisons d'éloignement géographique et d'arbitrages d'affectation de moyens en personnels effectués au détriment des soins en prison.

Le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues rédigé par les ministères de la Justice et de la Santé en septembre 2004 fait la même analyse. Le bilan d'évaluation sur la politique de santé des personnes détenues, présenté en janvier 2008 par la directrice de projet « détenus » à la direction générale de l'offre de soins (DGOS) fait un état des lieux proche et aboutit à proposer une refonte du dispositif en santé mentale qui débouchera sur le plan d'actions stratégiques 2010-2014 dans lequel est prévue la réorganisation de ce dispositif par la définition d'une offre de soins graduée reposant sur trois niveaux de soins.⁵⁴

1.6.2 Une évolution significative des moyens engagés par le ministère de la santé dans le domaine de la prise en charge des auteurs d'infraction sexuelle

L'affectation de nouveaux crédits de 2005 à 2009 en tant que « mesures nouvelles UCSA » se répartissant entre les soins somatiques (+ 23,3% entre 2004 et 2009) et les soins psychiatriques (+ 16,8% entre 2004 et 2009) peut certes être notée. Mais ces nouveaux crédits, ne visant qu'à tenir compte de l'augmentation du nombre de personnes détenues et de la création de nouveaux établissements pénitentiaires, ne constituent pas un réel facteur d'amélioration de la prise en charge psychiatrique des personnes détenues par rapport à la situation prévalant avant 2004.

Tableau n° 12 : Mesures nouvelles UCSA

	Soins somatiques	Soins psychiatriques	Total cumulé soins somatiques et psychiatriques
De 1994 à 2004	99,00	49,50	148,50
2005	3,79	1,89	154,18
2006	5,17	2,58	161,93
2007	4,31	2,16	168,40
2008	2,92	0,93	172,25
2009	6,90	0,80	179,95
Total	122,09	57,86	

Source :

DGOS

⁵² 93 secteurs de psychiatrie intervenant dans les établissements pénitentiaires au sein des UCSA (source : les chiffres clés de l'administration pénitentiaire au 1^{er} janvier 2010, DAP).

⁵³ 175 UCSA, soit une UCSA dépendant de l'hôpital de proximité implantée dans chaque établissement à l'exception des centres de semi-liberté (source : les chiffres clés de l'administration pénitentiaire, *op.cit.*).

⁵⁴ Ces trois niveaux sont : niveau I soins ambulatoires diversifiés dans chaque établissement pénitentiaire, niveau II soins en hospitalisation de jour nécessitant une prise en charge continue dans la journée (18 SMPR sur 26 disposent déjà de cette activité), niveau III soins requérant une hospitalisation à temps complet (unités hospitalières spécialement aménagées UHSA dont la première a ouvert en 2010 à Lyon).

Il n'en est pas de même pour les crédits du ministère de la Santé appartenant au programme de prévention de la récidive⁵⁵, l'évolution des crédits affectés aux soins des auteurs d'infraction sexuelle traduisant les efforts importants faits par l'Etat pour améliorer la prise en charge de cette catégorie de personnes.

Le programme de prévention de la récidive, conçu pour répondre aux textes de loi qui sont à l'origine de la création de l'injonction de soins pour les AICS (loi du 17 juin 1998) et de l'élargissement du champ des soins pénalement ordonnés (lois des 12 décembre 2005 et 5 mars 2007), découle du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008.

De conséquents moyens ont donc été consentis par le ministère de la Santé pour améliorer la prise en charge des auteurs de violence sexuelle à la fois :

- pour que la personne en détention soumise à une injonction de soins, qui ne prend tous ses effets qu'à la libération de la personne détenue, puisse bénéficier d'une facilitation de l'incitation⁵⁶ aux soins et de sa mise en œuvre par un renforcement des moyens des équipes de psychiatrie intervenant en milieu pénitentiaire, un des objectifs à poursuivre et à atteindre au cours de l'incarcération étant en effet l'engagement de la personne dans une démarche de soins,

- et pour que la continuité du suivi de cette même personne en milieu ouvert se trouve renforcée et garantie par le déploiement de centres de ressources pour la prise en charge des auteurs de violence sexuelle.

1.6.2.1 En milieu fermé, un renforcement des équipes de psychiatrie

Concernant le renforcement de l'offre de soins en direction des auteurs de violence sexuelle incarcérés, la circulaire DHOS/DSS du 8 décembre 2008 relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé prévoit que la région siège d'un établissement pénitentiaire spécialisé dans l'accueil des personnes condamnées pour des faits de nature sexuelle bénéficie d'un surcroît de dotation « afin d'organiser l'offre de soins de la façon la plus adaptée au contexte régional ». Vingt-deux établissements répartis sur l'ensemble du territoire national ont été ainsi partiellement et progressivement spécialisés dans cet accueil, avec environ un tiers de l'ensemble des auteurs de violence sexuelle incarcérés présent dans ces établissements.

Cette dotation supplémentaire peut servir soit, le plus fréquemment, à un renforcement direct des équipes de psychiatrie intervenant en milieu pénitentiaire, soit à la création d'équipes mobiles, soit à toute autre solution qui paraîtrait appropriée au contexte régional. Il s'avère que le renforcement de personnels sur place s'accompagne souvent d'une demande de locaux par les équipes soignantes (bureaux de consultation, salles collectives) en attente de satisfaction.

⁵⁵ Le programme de prévention de la récidive est la dénomination utilisée dans les documents budgétaires DGOS 2010 transmis à la mission : ce programme est encore dénommé plan de prévention de la récidive (circulaire DHOS du 8 août 2008), ou plan de lutte contre la récidive (circulaire DHOS du 8 décembre 2008).

⁵⁶ Les soins en détention reposent éthiquement sur le principe du consentement.

La dotation minimale (185 000 €) permet le recrutement de 0,3 ETP médical, d'un ETP de psychologue, d'un ETP d'infirmier diplômé d'Etat (IDE) et couvre les frais de fonctionnement. Cette dotation varie selon le nombre d'auteurs de violence sexuelle que la région prend en charge⁵⁷. Le financement abonde la dotation annuelle de fonctionnement de l'établissement ayant une activité de psychiatrie auquel est rattachée l'équipe renforcée.

Depuis 2008, ce sont 8,74 M € qui ont été versés pour le renforcement de ces équipes. L'état d'avancement de la mise en œuvre de ce renforcement fait l'objet d'un suivi régulier par la DGOS : il apparaît à la lecture du document⁵⁸ daté du 30 août 2010 que sur 22 établissements le projet médical est abouti pour neuf d'entre eux, en cours de définition pour neuf autres, en attente de transmission pour les quatre derniers.

1.6.2.2 En milieu ouvert, le déploiement de centres de ressources

Concernant les centres de ressources un premier centre à vocation pilote et d'expérimentation a été financé en 2005 en région Rhône-Alpes. La circulaire DHOS/DGS du 13 avril 2006 relative à la prise en charge des auteurs de violence sexuelle et à la création de centres de ressources interrégionaux fixe comme principales missions à ces centres le soutien aux équipes de prise en charge de proximité, et la formation des professionnels, la promotion de réseaux de prise en charge, la structuration de liens institutionnels entre équipes de psychiatrie et acteurs judiciaires et pénitentiaires. Cette circulaire exclut une prise en charge thérapeutique directe des auteurs de violence sexuelle. Sept centres ont été financés entre 2005 et 2007 (pour 3,40 M €).

La circulaire DHOS/DSS du 8 août 2008 relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé régionalise⁵⁹ le dispositif des centres ressources par une extension à l'ensemble des régions de la constitution d'un « centre de ressources pour la prise en charge des auteurs de violence sexuelle » (CRAVS)⁶⁰ et confie à ces centres un rôle supplémentaire en matière de prise en charge des cas les plus complexes. Les autres centres restants à créer obtiennent en 2008 6,15 M € et, à dater de 2008, le montant de la dotation annuelle qui finance l'ensemble des CRAVS est de 9,55 M €

C'est au total environ 18,3 M € annuels de crédits qui sont alloués par le ministère de la Santé depuis 2008 pour les deux axes du programme de prévention de la récidive des auteurs de violence sexuelle.

⁵⁷ Différentes tranches ont été calculées à raison de 150 à 300 auteurs de violence sexuelle AVS, de 300 à 550 AVS, de 550 à 700 AVS et plus de 700 AVS.

⁵⁸ V. Annexes.

⁵⁹ Sur la base du lancement par les ARH des régions non pourvues d'un appel à projets régional auprès des établissements de santé disposant d'une autorisation d'activité en psychiatrie.

⁶⁰ Les crédits alloués sont forfaitaires à raison d'une enveloppe de 320 000 € calculée à titre indicatif sur la base d'un ETP de psychiatre, de 2 ETP de psychologues, d'un demi-ETP d'éducateur ou d'IDE, d'un ETP de secrétaire et de frais de fonctionnement.

Tableau n° 13 : Programme de prévention de la récidive PPR (en millions d'euros)

	Mesures nouvelles		Total PPR
	CRAVS	Renforcement des équipes dans les établissements spécialisés	
2005	1,00		1,00
2006	0,90		1,90
2007	1,50		3,40
2008	6,15	8,74	18,29

Source : DGOS

Le recul manque pour juger de l'efficacité de ce programme et il y a nécessité de concevoir et mettre en place les instruments d'une évaluation ultérieure.

A remarquer que ces crédits ne comprennent pas le budget de l'unité hospitalière spécialement aménagée⁶¹ (UHSA) du Vinatier dont l'estimation en 2010 se monte en année pleine à environ 6,8 M € pour une capacité de 60 places. Bien que non dédiées aux auteurs d'infraction sexuelle il est attendu que les UHSA, dont il a été retenu dans la circulaire DHOS du 16 juillet 2007 un vaste programme de création (17 structures sur le territoire national avec 705 lits), puissent occuper une place dans la prise en charge de ces personnes. En outre, ces crédits relatifs à la rémunération des médecins coordonnateurs s'élevaient en 2009 à 1,4 M €

Recommandation n° 6. *Prévoir l'élaboration et l'utilisation d'outils d'évaluation du programme sanitaire de prévention de la récidive.*

1.6.3 Un suivi sanitaire en milieu ouvert des AICS sous injonction de soins par le médecin coordonnateur restant complexe malgré l'existence de certaines dérogations aux règles éthiques médicales

Le dispositif d'injonction de soins prononcée par une juridiction dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire nécessite en milieu ouvert la désignation d'un médecin coordonnateur. Cette fonction, créée par la loi du 17 juin 1998, est centrale puisque ce médecin joue un rôle d'interface entre milieu judiciaire et médecin ou psychologue traitants. Ce rôle pour l'essentiel consiste à s'assurer de la bonne exécution de l'injonction de soins à travers d'une part une convocation périodique de la personne⁶², d'autre part les relations qu'il noue avec le médecin traitant.⁶³ Le médecin coordonnateur est chargé de « transmettre au juge de l'application des peines ou à l'agent de probation les éléments nécessaires au contrôle de l'injonction de soins » (C. santé publ., art. L. 3711-1).

⁶¹ L'UHSA, rattachée au secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire et accueillie au sein d'un établissement de santé, est destinée à l'hospitalisation des personnes détenues pour motif psychiatrique, avec ou sans leur consentement.

⁶² Au moins une fois par trimestre pour réaliser un bilan de sa situation (C. santé publ., art. R.3711-21).

⁶³ Possibilité pour le médecin coordonnateur de refuser d'avaliser le choix d'un médecin traitant par la personne, information du médecin traitant par le médecin coordonnateur de sa désignation en tant que médecin traitant avec demande de confirmation

Le médecin coordonnateur, inscrit sur une liste établie par le procureur de la République, est désigné par le juge de l'application des peines.

La liste des médecins coordonnateurs, publiée par la direction des affaires criminelles et des grâces, actualisée au 17 septembre 2010, fournit le chiffre de 220 médecins coordonnateurs mais cette liste, qui est faite par cour d'appel, par tribunal de grande instance et par département, peut encore comporter des erreurs.

En dehors des médecins psychiatres peuvent être inscrits sur la liste des médecins coordonnateurs des médecins non psychiatres ayant bénéficié d'une formation théorique minimale de cent heures. Un médecin coordonnateur peut suivre au cours d'une même année vingt personnes soumises à une injonction de soins.⁶⁴

S'agissant du secret médical des dérogations spécifiques⁶⁵ ont été prévues par la loi donnant obligation de la communication d'informations médicales entre médecins dispensant des soins en détention et médecins intervenant dans l'injonction de soins en vertu de l'article L. 3711-2 du code de la santé publique⁶⁶ ainsi que permettant au médecin traitant d'informer le juge de l'application des peines ou l'agent de probation de l'interruption du traitement en vertu de l'article L. 3711-3 du code de la santé publique.

Il n'est en revanche pas prévu de dérogations particulières entre médecin traitant et médecin coordonnateur ce qui n'autorise donc pas de transmission d'informations médicales du premier vers le second⁶⁷, le médecin coordonnateur ne pouvant être considéré comme un soignant⁶⁸.

par écrit de son consentement à prendre en charge la personne, possibilité pour le médecin traitant d'informer le médecin coordonnateur de toutes difficultés survenant dans l'exécution du traitement, information par le médecin traitant du médecin coordonnateur de l'interruption du traitement, rôle de conseil du médecin coordonnateur au médecin traitant si celui-ci en fait la demande, information du médecin coordonnateur par le médecin traitant de sa décision d'interrompre le suivi de la personne, remise des pièces de procédure par le médecin coordonnateur au médecin traitant, transmission par le médecin coordonnateur au médecin traitant d'informations médicales obtenues des médecins intervenant en détention.

⁶⁴ Quels que soient les tribunaux de grande instance dont relèvent les juges d'application des peines et auprès desquels le praticien est inscrit en qualité de médecin coordonnateur.

⁶⁵ Dérogations aux dispositions de l'article 226-13 du code pénal qui prévoit l'application d'une peine en cas de révélation d'une information à caractère secret.

⁶⁶ « ...les praticiens chargés de dispenser des soins en milieu pénitentiaire communiquent les informations médicales qu'ils détiennent sur le condamné au médecin coordonnateur afin qu'il les transmette au médecin traitant ».

⁶⁷ Pour l'Ordre national des médecins, dans son analyse du 18 juin 2010 de l'article 4 du code de déontologie consacré au secret professionnel, le malade ne peut délier le médecin de son obligation de secret compte tenu de la jurisprudence selon laquelle « l'obligation du secret professionnel s'impose aux médecins comme un devoir de leur état. Elle est générale et absolue et il n'appartient à personne de les en affranchir ». Rien n'autorise donc le médecin à livrer des renseignements hors des dérogations légales.

⁶⁸ Selon le rapport adopté lors de la session du conseil national de l'Ordre des médecins de mai 1998 « le partage d'informations n'est réalisable qu'entre professionnels de santé participant aux soins » en observant un certain nombre de règles dont l'accord du patient et le fait que cette information soit « nécessaire, pertinente, non excessive et uniquement dans l'intérêt du patient ».

Pourtant, bien que le secret professionnel médical soit une exigence déontologique pour le médecin traitant, un certain partage d'informations est souvent mis en œuvre, en particulier en vue d'apprécier la coopération au dispositif de la personne suivie. L'implicite étant en règle préféré à l'explicite par le médecin traitant lorsqu'il adopte cette attitude il peut être peu aisé pour le médecin coordonnateur, en l'absence d'un climat de confiance entre les deux praticiens, de parvenir à « réinterroger l'évolution de la personne et les besoins d'accompagnement ou de contrainte⁶⁹ ». Or il revient ensuite au seul médecin coordonnateur de fournir au juge une « évaluation de la mise en œuvre (de l'injonction de soins) et une appréciation de l'évolution de la personne⁷⁰ ».

Il pourrait être intéressant, pour faciliter la tâche du médecin coordonnateur, de s'inspirer du dispositif belge⁷¹ qui prévoit que les « équipes de santé spécialisées » adressent un « rapport de suivi... à l'autorité compétente » qui aborde des points précisément fixés tels que « les absences non justifiées » ou « les situations comportant un risque sérieux pour les tiers ».

Seul le législateur pourrait envisager d'autoriser le médecin traitant à déroger au secret médical vis à vis du médecin coordonnateur.

Recommandation n° 7. *Prévoir l'élaboration d'un document type fixant dans le détail les informations pouvant être transmises par le médecin traitant en milieu ouvert au médecin coordonnateur.*

⁶⁹ Guide de l'injonction de soins du ministère de la Santé et des Sports et du ministère de la Justice et des Libertés.

⁷⁰ Recommandations de bonne pratique pour la prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans, Juillet 2009, Haute Autorité de Santé.

⁷¹ Accord de coopération relatif à la guidance et au traitement des auteurs d'infraction à caractère sexuel du 8 octobre 1998.

2. DEUXIEME PARTIE : LES ETAPES DE L'INJONCTION DE SOINS

2.1 Le prononcé de la décision et l'expertise pré-sentencielle sont intimement liés

Le dispositif de l'injonction de soins, mis à disposition des magistrats par le législateur, a été très richement complété entre 2005 et 2010, à la fois dans son champ d'application⁷², étendu notamment à l'essentiel des infractions violentes, et dans ses modalités de prononcé. Le caractère systématique du suivi socio-judiciaire a été également étendu par la loi du 2 mars 2010 aux violences familiales habituelles, sauf décision contraire motivée du tribunal correctionnel. La problématique de l'injonction de soins concerne donc un nombre croissant de délibérés des juridictions, notamment correctionnelles.

2.1.1 *Le tribunal correctionnel*

L'injonction de soins est prononcée dans le cadre du suivi socio-judiciaire par le tribunal correctionnel, à titre de peine complémentaire ou de peine principale.

Il n'est pas possible d'établir une synthèse des jugements rendus. Lors de ses travaux la mission a constaté dans les juridictions qu'elle est prononcée pour les affaires les plus importantes, à la fois au regard de la gravité des faits et du risque de récidive. Elle a également relevé des jugements où l'injonction de soins avait été prononcée à titre principal pour des faits anciens d'atteintes sexuelles par une personne déjà en traitement, ou encore pour le délit de détention d'images pédopornographiques.

La majorité des présidents de chambre correctionnelle interrogés voient avant tout dans l'injonction de soins la dimension pénale, mais certains la considèrent en premier lieu comme une mesure tendant à protéger les victimes potentielles et à améliorer le fonctionnement psychologique de l'auteur. Ce faisant, ils prennent en compte la distinction entre dangerosité criminologique et dangerosité psychiatrique⁷³, essayant de concilier deux objectifs : prévenir la récidive et apporter des soins adéquats aux personnes auteurs de violence sexuelle. Cette distinction paraît partagée par le rapport dit Lamanda⁷⁴ qui considère que la récidive n'est pas d'abord un problème de prise en charge médicale, et par le législateur⁷⁵ - « Soigner n'est pas la même chose qu'empêcher de nuire » - dans le cadre de la discussion parlementaire sur la loi du 10 mars 2010.

Les raisons du prononcé ou de l'absence de prononcé du suivi socio-judiciaire avec injonction de soins sont très variables. Douze années après l'introduction de ces peines dans le droit positif, certains magistrats indiquent que l'injonction de soins n'est pas encore totalement intégrée dans la culture judiciaire et que la force des habitudes les conduit à prononcer un sursis avec mise à l'épreuve avec obligation de soins.

⁷² 23 infractions pour lesquelles l'injonction de soins peut être prononcée.

⁷³ Distinction rappelée lors de l'audition publique par la Haute autorité de santé et la fédération française de psychiatrie les 25 et 26 janvier 2007.

⁷⁴ Rapport Lamanda « Amoindrir le risque de récidive criminelle des condamnés dangereux », 30 mai 2008.

⁷⁵ Nicolas About, Avis n° 279, Sénat, session 2009-2010.

D'autres, gérant l'alternative entre injonction de soins et obligation de soins, préfèrent prononcer un sursis avec mise à l'épreuve avec obligation de soins, lorsque le prévenu a déjà suivi des soins depuis sa mise en examen ou présenté des signes évidents de détermination à suivre des soins. La gravité globale de l'affaire et l'incertitude sur la volonté du prévenu à se soigner peuvent faire préférer l'injonction à l'obligation de soins.

L'absence de spécialisation des assesseurs, lorsque la chambre siège avec des assesseurs « tournants », ne semble pas faciliter, dans certaines juridictions, le prononcé de l'injonction de soins. Quant à la spécialisation de certaines chambres correctionnelles, elle peut les conduire à construire une jurisprudence gérant l'option entre injonction et obligation de soins ou entre l'injonction de soins prononcée à titre principal d'une part et à titre complémentaire d'autre part.

Il ressort également de certaines des conférences régionales semestrielles sur les aménagements de peine et les alternatives à l'incarcération⁷⁶ que les acteurs concernés se demandent si l'injonction de soins n'a pas été trop systématisée alors que le recours à l'obligation de soins, dont la procédure est moins lourde, pourrait suffire.

Ce constat a également été partagé par certains des magistrats entendus.

De manière très pragmatique, l'absence de médecin coordonnateur amène des juridictions à ne pas prononcer d'injonction de soins. Dans ce cas, plutôt qu'à une injonction de soins qui ne serait pas exécutée, elles recourent à une obligation de soins pour s'assurer d'un suivi minimal du condamné.

S'agissant du ministère public, la mission a retenu de l'audition de plusieurs magistrats du siège que l'injonction de soins était d'autant moins prononcée qu'elle n'était pas régulièrement requise. Toutefois, en matière d'infractions à caractère sexuel, elle paraît l'être de façon plus systématique.

De façon générale, les magistrats des formations de jugement expriment le souhait de pouvoir rencontrer les juges d'application des peines pour notamment évaluer l'efficacité de l'injonction de soins, analyser les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre et le suivi des décisions rendues ou échanger à l'occasion d'affaires médiatisées. Ces réunions semblent à ce jour rares autant qu'informelles⁷⁷.

Recommandation n° 8. *Institutionnaliser dans chaque Tribunal de Grande Instance une commission semestrielle permettant aux services concernés de partager leurs difficultés dans la mise en œuvre des peines.*

⁷⁶ Synthèse nationale 1^{er} semestre 2009, DACG-DAP.

⁷⁷ Depuis 2004 au tribunal de grande instance de Lille, une commission d'exécution des peines réunit régulièrement les magistrats des chambres correctionnelles, de l'application des peines et du parquet.

2.1.2 *La cour d'assises*

L'injonction de soins est prononcée dans le cadre du suivi socio-judiciaire par la cour d'assises comme peine complémentaire, la peine principale étant toujours une peine privative de liberté, au moins partiellement ferme. Elle fait l'objet d'une question spéciale soumise à la délibération et la cour d'assises fixe dans son arrêt la durée maximale de l'emprisonnement encouru en cas d'inobservation des obligations imposées.

Les présidents d'assises se demandent si le souhait des jurés, au-delà de la volonté de condamner à de longues peines d'emprisonnement pour les crimes sexuels, n'est pas essentiellement fondé sur la nécessité d'un contrôle social des personnes condamnées qui doit se manifester par un suivi fortement encadré pour éviter tout risque de récidive.

A l'évidence, la délibération comporte une recherche de cohérence entre la durée de la peine d'emprisonnement et celle du suivi socio-judiciaire emportant injonction de soins. A titre d'illustration, en matière de viols, la jurisprudence des assises de Gironde paraît s'établir à des peines de 8 à 12 ans pour la peine principale et de 5 à 7 ans pour l'injonction de soins.

2.1.3 *L'expertise pré-sentencielle est la pierre angulaire de l'injonction de soins*

Une des difficultés dans le prononcé de l'injonction de soins réside dans le fait qu'il s'agit d'une peine par anticipation dont une des justifications est issue d'une ou plusieurs expertises réalisées au cours de l'enquête, de l'instruction ou dans le cadre de la comparution immédiate.

L'expertise est ainsi un élément déterminant dans le prononcé de la peine, et le plus souvent les experts semblent articuler leurs conclusions soit en évaluant la personnalité, soit en étudiant le passage à l'acte. Certains experts en revanche considèrent qu'il leur revient d'adopter une approche psychologique mais aussi une approche criminologique. Les magistrats sont ainsi confrontés, à partir d'un corps de questions qu'ils ont posées, à des réponses variées. Le fait que certains experts considèrent que la non reconnaissance des faits est classiquement un obstacle rendant inopportun le prononcé d'une injonction de soins ajoute à la complexité de la problématique.

Les questions incluses dans la mission confiée à l'expert judiciaire peuvent porter sur la dangerosité, l'efficacité du soin, la curabilité et la réadaptabilité du sujet ainsi que sur l'opportunité de l'injonction de soins, voire le contenu du traitement préconisé. Bien que des missions-types aient déjà été diffusées, il apparaît, à la lecture de missions d'expertises par la mission, que la rédaction des questions est disparate, et que, parfois, la question de l'opportunité de l'injonction de soins n'est même pas clairement posée.

Recommandation n° 9. *Proposer aux magistrats qui ordonnent les expertises des canevas de missions type qu'ils puissent comparer aux modèles de questions habituellement posées dans leurs décisions.*

Les magistrats interrogés considèrent que deux expertises, psychiatrique et psychologique, sont essentielles pour aider à la compréhension du prévenu. Quasi-systématique en matière criminelle, ce cumul d'expertises ne l'est pas en matière correctionnelle. Par ailleurs, dans une de ses recommandations, la Haute autorité de santé a indiqué que la dualité d'experts de même nature devait être demandée dans les affaires les plus graves⁷⁸.

La qualité des expertises réalisées notamment pendant la garde à vue, ou dans le délai de renvoi de comparution, ne paraît pas toujours satisfaisante en raison de l'urgence dans laquelle elles doivent être rendues. Mais, encore plus contrainte, l'expertise de garde à vue peut servir utilement de base dans le cadre ultérieur d'expertises réalisées pendant la phase de l'instruction.

Si l'on peut comprendre, dans certaines situations, l'urgence d'une première analyse de l'état mental ou psychique, il est clair que l'excès de célérité et la brièveté des opérations d'expertise ne peuvent que nuire à la qualité des conclusions s'agissant notamment de l'évaluation préalable à une décision d'injonction de soins. Les CRAVS créés par le ministère de la Santé pourraient proposer des formations à la criminologie et aux aspects sanitaires de la délinquance sexuelle aux experts qui souhaiteraient compléter leur savoir.

Le recours systématique à l'expertise en liaison avec la seule qualification pénale entraîne une charge lourde et coûteuse d'experts en nombre limité. Elle réduit finalement le choix de l'expert par le magistrat et contribue à l'allongement des opérations d'expertise. L'on notera que le législateur est d'ailleurs déjà revenu sur le caractère obligatoire de l'expertise en matière d'exhibition sexuelle. Le constat d'une pénurie d'experts a été effectué et la situation est aggravée selon certains par les nouvelles dispositions légales sur les criminels dangereux⁷⁹.

L'analyse des pratiques judiciaires en Allemagne⁸⁰ révèle un usage moins systématique de l'expertise psychiatrique dont les conditions de réalisation sont par ailleurs sensiblement différentes, qu'il s'agisse du temps consacré par l'expert ou de sa rémunération.

Devant la cour d'assises, l'oralité de la procédure facilite l'explicitation des termes de l'expertise et permet notamment au président d'interroger l'expert sur la dangerosité du prévenu, à laquelle les présidents d'assises indiquent que les jurés attachent une grande importance. Cela permet, si nécessaire, de compléter voire d'actualiser l'analyse en fonction, par exemple, du changement de positionnement de l'accusé qui, parfois, à l'audience, cesse de nier les faits. La comparution de l'expert, courante en République fédérale d'Allemagne, peut aussi permettre de tracer les orientations du traitement opportun.

2.1.4 Le prononcé de la décision est souvent mal compris par les condamnés

Lorsqu'une injonction de soins a été prononcée, le président avertit le condamné qu'aucun traitement ne pourra être entrepris sans son consentement, mais que, après sa sortie, s'il refuse les soins qui lui seront proposés, l'emprisonnement prononcé dans le cadre du suivi socio-judiciaire pourra être mis à exécution.

⁷⁸ Rapport de la commission d'audit des 25 et 26 janvier 2007 sur l'expertise psychiatrique pénale.

⁷⁹ Rapport de politique pénale 2009.

⁸⁰ Cf annexe 11

Il l'informe également qu'il aura la possibilité de commencer un traitement pendant l'exécution de la peine d'emprisonnement (C. pén., art. 131-36-4, al. 2 et 3).

Malgré cela, l'on constate que le condamné ne perçoit pas toujours le sens de cette peine, et ce pas seulement lorsqu'il est dans le déni de l'infraction. La majorité des détenus entendus par la mission a indiqué d'ailleurs ne pas se souvenir de cette phase du procès.

2.2 la prise en charge sanitaire commence en détention

Il ne peut être mis en œuvre une politique d'obligation aux soins en milieu fermé car il s'agirait de soins contraints ou forcés contraires au principe d'une prise en charge thérapeutique reposant sur le consentement du patient⁸¹ : seule est possible, en l'état du droit, une incitation aux soins.

L'obtention d'une réduction de peine supplémentaire étant liée à l'acceptation par le condamné de suivre des soins n'est pourtant pas sans rapprocher l'incitation d'une contrainte.

L'incitation aux soins est faite à l'occasion de la visite médicale d'entrée en détention par les personnels soignants et doit être ensuite régulièrement renouvelée. Elle peut également être formulée par le juge de l'application des peines (C. pr. pén., art.717-1, al.4).

2.2.1 *L'exécution de la peine des auteurs d'infraction à caractère sexuel dans des établissements spécialisés : un principe en cours d'application*

La direction de l'administration pénitentiaire, par note en date du 24 février 2009 adressée aux directeurs interrégionaux des services pénitentiaires, a demandé que les détenus condamnés pour une infraction sexuelle soient orientés préférentiellement dans un des 22 établissements spécialisés dans leur accueil (C. pr. pén, art.717-1, al.3⁸² et 763-7, al.1⁸³).

Les établissements spécialisés sont notamment prévus pour proposer des soins adaptés à la nature des faits commis. Une prise en charge pénitentiaire adaptée est également planifiée, en particulier via la mise en place de programmes de prévention de la récidive (PPR). Des moyens importants ont été dégagés par le ministère de la Santé pour renforcer les équipes soignantes de ces établissements, au sein desquels l'affectation des détenus AVS s'effectue progressivement (V. *supra*, 1.5.2).

⁸¹ Article 36 du code de déontologie médicale

⁸² Les personnes condamnées pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru exécutent leur peine dans des établissements pénitentiaires permettant d'assurer un suivi médical et psychologique adapté.

⁸³ Lorsqu'une personne condamnée à un suivi socio-judiciaire comprenant une injonction de soins doit subir une peine privative de liberté, elle exécute cette peine dans un établissement pénitentiaire prévu par le troisième alinéa de l'article 717-1 et permettant de lui assurer un suivi médical et psychologique adapté.

Le ministère de la Santé (direction générale de l'offre de soins) et le ministère de la Justice (direction de l'administration pénitentiaire) ont décidé de rédiger un protocole Santé-Justice relatif à la prise en charge des auteurs d'infraction à caractère sexuel qui doit se décliner au niveau régional et local. Ce protocole, en cours d'élaboration depuis deux ans, devrait notamment demander aux agences régionales de santé et aux directions interrégionales des services pénitentiaires une actualisation des protocoles locaux fixant l'intervention des établissements de santé au sein des établissements pénitentiaires, en particulier en matière de modes de prise en charge sanitaire et d'organisation matérielle (équipement en salles collectives).

Il revient à la mission de signaler la prise, le 23 décembre 2010, de deux décrets⁸⁴ portant application de la loi pénitentiaire dont quelques dispositions concernent les personnels soignants, notamment en matière de suivi médical des personnes condamnées à un suivi socio-judiciaire⁸⁵, et dont la réelle portée devra être mesurée.

2.2.2 Des capacités de suivi médical et psychologique des auteurs d'infraction à caractère sexuel d'une grande variabilité

La direction générale de l'offre de soins a transmis à la mission des éléments sur les moyens en personnels (psychiatres, psychologues, infirmiers) présents dans les différents établissements pénitentiaires spécialisés ainsi que dans les autres établissements.

Tableau n° 14 : Effectifs présents et prévus pour la psychiatrie en médecins, psychologues et infirmières des établissements pénitentiaires

	Nb ETP psychiatres 2008	Nb ETP psychiatres prévu pour le renforcement	Nb ETP psychologues 2008	Nb ETP psychologues prévu pour le renforcement	Nb ETP IDE psychiatrique 2008	Nb ETP IDE prévu pour le renforcement
Etablissements spécialisés ⁸⁶	28,25	12,2	58,8	28,6	70	24,5
Etablissements non spécialisés	140,75		192,2		295	
Total tous établissements	169		251		365	

Source :

DGOS

⁸⁴ A la signature du Premier ministre, du ministre de la Justice et des Libertés et du ministre de l'Intérieur, de l'Outre mer, des Collectivités territoriales et de l'Immigration.

⁸⁵ A titre d'exemples : signalement par le chef d'établissement au psychiatre intervenant dans l'établissement, examen psychiatrique avant libération « en vue de préparer, le cas échéant, une prise en charge post-pénale adaptée ».

⁸⁶ 22 établissements + celui de la Réunion.

Bien que certaines données portant sur le renforcement soient manquantes⁸⁷ il est possible d'opérer un rapprochement avec les chiffres de la population des personnes écrouées (*cf supra* 1.5.2) : le ratio psychiatre/100 personnes écrouées passe de 0,26 avant renforcement à 0,38 après renforcement pour les établissements spécialisés tandis que ce ratio demeure à 0,25 pour les établissements non spécialisés. Pour les psychologues ces chiffres sont respectivement de 0,55, 0,82 et 0,34.

Il ya donc une augmentation significative de moyens, tant de psychiatres que de psychologues, en faveur des établissements spécialisés. Cependant cette augmentation globale masque de notables disparités de prise en charge entre les établissements⁸⁸. Il existe en effet, comme a pu le constater la mission lors de ses déplacements, des différences de prise en charge à la fois parmi les établissements spécialisés entre eux mais plus encore avec les établissements siège d'un SMPR⁸⁹. En effet, ces établissements spécialisés sont souvent fort éloignés des établissements de santé et des centres urbains.

2.2.2.1 Un manque d'offre en soins psychiatriques et la persistance d'une liste d'attente au centre de détention de Mauzac

L'établissement de Mauzac (372 places dont 70% d'auteurs de violence sexuelle au 1^{er} juillet 2010), visité par la mission, ne comporte que 0,2 équivalent temps plein (ETP) de psychiatre, 1,5 ETP de psychologue et 1,8 ETP d'IDE psychiatrique. La situation isolée de cet établissement en Aquitaine peut laisser craindre une vraie difficulté pour le recrutement du 0,5 ETP de psychiatre prévu pour le renforcement avec + 2 ETP de psychologue et + 2 ETP d'IDE psychiatrique.

Le psychiatre qui intervient à Mauzac (deux sites, une ferme école) est présent un jour par semaine (0,2 ETP) et est attaché au secteur psychiatrique général du centre hospitalier spécialisé de Vauclaire distant de 60 km. Un ETP de psychiatre serait prévu mais la vacance de cinq à six postes au CHS de Vauclaire ne permettrait pas d'affecter plus de temps psychiatrique à cet établissement.

Grâce au renforcement il y a 3,5 ETP de psychologue qui interviennent au sein de l'UCSA mais avec des difficultés relatives aux locaux. Le psychiatre limite son action à la prise en charge des troubles psychiatriques avérés, les autres personnes étant suivies par les psychologues et les infirmières. Il n'a pas de contact avec le SMPR de Bordeaux et n'utilise pas encore l'équipe mobile du centre de ressources régional.

⁸⁷ Les données en provenance des régions Alsace, Corse et Basse-Normandie sont manquantes.

⁸⁸ L'IGAS et l'IGSJ dans un rapport sur la santé des détenus de juin 2001 (*op.cit.*) signalaient « l'inégalité qui caractérise les établissements pénitentiaires...non seulement entre les maisons d'arrêt et les établissements pour peine, mais aussi à l'intérieur de ces différentes catégories », en particulier s'agissant du niveau et de la répartition des moyens attribués aux UCSA.

⁸⁹ A noter que parmi les 22 établissements spécialisés cinq sont siège du SMPR : centre pénitentiaire de Perpignan, de Caen, de Poitiers, Le Port (La Réunion) et centre de détention de Nantes.

À l'arrivée dans le centre de détention, le détenu est reçu par l'infirmier qui l'oriente vers un psychologue ou le psychiatre. Ce dernier, qui contacte directement le médecin coordonnateur local, suit directement comme médecin traitant trois ou quatre condamnés de Mauzac. Il est prévu la création d'un groupe de parole thérapeutique, animé par un psychologue de Mauzac et par le binôme de l'équipe mobile du centre ressources régional (décision prise par ce centre ressources de créer une équipe de deux ou trois professionnels soignants pour appuyer les centres de détention dans la constitution de groupes de parole thérapeutiques).

La liste d'attente pour rencontrer un psychologue est d'une vingtaine de personnes (délai d'attente : un mois). Selon le vice-procureur du tribunal de grande instance de Bergerac, particulièrement chargé de l'exécution des peines, l'UCSA de Mauzac ne donne pas priorité aux suivis socio-judiciaires. Le certificat délivré par l'UCSA à l'intention du juge de l'application des peines⁹⁰ n'indique que d'une croix le nom, prénom et qualité (psychiatre, psychologue clinicien, infirmière psychiatrique) du professionnel qui a suivi le détenu alors que le juge de l'application des peines et le vice-procureur souhaiteraient pouvoir au moins mesurer les efforts du condamné en fonction des besoins de suivi, qu'ils ignorent, définis par le corps médical.

Une étude régionale (décembre 2008 à janvier 2009) faite par le CRAVS Aquitaine dans les établissements pénitentiaires de la région⁹¹ indique, que, au-delà du cas de Mauzac, d'autres établissements ont des difficultés pour pourvoir leurs postes de psychiatres et que, même à effectif complet, toutes les possibilités thérapeutiques ne sont pas présentes : pas de prise en charge groupale dans trois établissements sur sept, pas de thérapie cognitivo-comportementale dans cinq sur sept et pas de traitement anti-hormonal dans cinq sur sept.

2.2.2.2 La disparition des listes d'attente à la maison centrale d'Ensisheim et au centre de détention de Melun

L'établissement d'Ensisheim, également visité par la mission, possédait avant renforcement pour 205 places, dont 34% d'AICS au 1^{er} juillet 2010, 1 ETP de psychiatre, 1,4 ETP de psychologue et 2 ETP d'IDE : après renforcement les moyens sont de 2 ETP de psychiatre (dont un poste vacant), 2,5 ETP de psychologue et 0,1 de psychomotricien. Il n'y a plus de liste d'attente depuis juillet 2010 ; l'attente ne dépassait pas un mois avant le renforcement.

Tout entrant rencontre l'infirmier, puis le médecin généraliste et ensuite le psychiatre et le psychologue. Des groupes de parole seront mis en place dès que le poste de psychiatre vacant sera pourvu. L'enjeu d'amener le détenu aux soins, grâce à des activités à médiation innovantes (ateliers thérapeutiques) est fort pour le médecin psychiatre, sachant que la liste des AICS ne lui est pas transmise. Il y a un début de mise en place de relations avec le médecin coordonnateur unique du Haut-Rhin. L'équipe est apparue dynamique et soudée à la mission.

⁹⁰ V. Annexes.

⁹¹ Sept établissements sur neuf ont répondu (deux centres de détention sur trois, cinq maisons d'arrêt sur six).

La mission s'est également déplacée au centre de détention de Melun, établissement spécialisé qui abrite, sur 300 détenus, 63 % d'auteurs de violence sexuelle (au 1^{er} juillet 2010), avec 63 détenus sous injonction de soins et 15 sous obligation de soins. Les moyens en personnels 2008 avant renforcement sont de 0,6 ETP de psychiatre (+ 0,2 de renforcement), 3 ETP de psychologue (+ 2 de renforcement) et 3,8 ETP d'IDE.

L'UCSA a élaboré en 2006 un protocole d'intervention au bénéfice des auteurs de violence sexuelle, mais ce protocole n'est pas formalisé et il est donc plus ou moins connu des conseillers d'insertion et de probation. A l'entrée dans l'établissement le détenu est vu par deux psychologues, rarement par un psychiatre. Le dossier médical provenant de l'établissement précédent est rarement étoffé et son contenu est très variable. Quand le détenu quitte l'établissement, le dossier transmis est maigre et seules les dates et le type de suivi sont notés. Les psychologues ne savent pas toujours si le détenu est soumis à une injonction de soins.

Depuis juin 2010, l'équipe de psychologues ayant été renforcée via l'agence régionale de l'hospitalisation de deux ETP, il n'y a plus de listes d'attente : elle était auparavant supérieure à six mois, l'inscription sur la liste d'attente suffisant, comme souvent, pour obtenir une réduction de peine supplémentaire mais non une permission de sortir.

2.2.2.3 Le programme thérapeutique intensif pour les auteurs de violence sexuelle du SMPR de Fresnes

La prise en charge des auteurs de violence sexuelle par l'unité psychiatrique d'hospitalisation (UPH), qui est une unité fonctionnelle du SMPR de Fresnes,⁹² au sein de la maison d'arrêt est originale : cette prise en charge a été formalisée sous sa forme actuelle en septembre 2007.

Depuis cette date, une prise en charge sous forme de sessions de six mois est proposée à des volontaires : à la fois individuelle et groupale (1h30 par jour et par personne), psychodynamique et comportementale ainsi que médicamenteuse (pour 20 % d'entre eux). Le recrutement des 12 volontaires (non psychotiques, et n'ayant pas de difficultés d'élaboration) implique un engagement de six mois⁹³ (sans travailler et sans transfert pendant cette période). Les négateurs sont exclus de cette démarche dans la mesure où ils ne prétendent pas devoir être soignés.

À ce jour 22 détenus ont bénéficié de cette prise en charge avec une nette amélioration de leur état psychologique. Les tests, en début et en fin de semestre, semblent démontrer leur efficacité, mesurée par plusieurs critères (impulsivité, empathie etc.). Cette prise en charge est éprouvante dans la mesure où il s'agit d'une complète immersion thérapeutique avec forte mobilisation psychique. Ce projet nécessite d'importants moyens puisque 0,20 ETP de psychiatre, 2 x 0,30 ETP de psychologue ou psychiatre et 3 ETP d'IDE se consacrent à 12 personnes.

⁹² Le SMPR de Fresnes comprend en intra-pénitentiaire quatre unités psychiatriques de consultation, une unité psychiatrique d'hospitalisation, une unité de psychiatrie de liaison et une unité d'addictologie ainsi qu'en extra-pénitentiaire une consultation externe et un centre de peines aménagées. Les effectifs du SMPR sont au 1er janvier 2009 de 7 ETP de psychiatre, 1 ETP d'interne, 1,35 ETP de praticien contractuel, 6,15 ETP de psychologue, 1 ETP cadre de santé et 20,4 ETP de personnel soignant.

⁹³ Le déroulement du soin s'effectue en une phase 1 d' « observation » (6 à 8 semaines), une phase 2 de « mobilisation » (7 à 10 semaines) et une phase 3 de « mutation » (6 semaines).

Dans ces conditions ce projet apparaît difficilement généralisable. Cependant il est intéressant en termes d'offre de soins aux auteurs d'infractions sexuelles. A ce titre il pourrait être proposé à un plus grand nombre de détenus et il serait peut être plus utile en fin de peine.

Recommandation n° 10. *Examiner à nouveau l'implantation géographique des établissements spécialisés pour l'accueil des auteurs d'infraction sexuelle en fonction de l'offre psychiatrique territoriale réellement disponible.*

Recommandation n° 11. *Hiérarchiser, en cas de liste d'attente, les demandes de prise en charge psychiatrique ou psychologique faites par les détenus.*

Recommandation n° 12. *Elaborer, dans le cadre de travaux communs Santé-Justice, un contenu type des attestations qui permette au magistrat chargé de l'application des peines d'apprécier la réalité du suivi sanitaire du détenu.*

Recommandation n° 13. *Etudier la transformation de l'unité psychiatrique d'hospitalisation du SMPR de Fresnes, après évaluation de son programme de sessions thérapeutiques, en une unité à vocation nationale.*

2.3 La nécessaire jonction entre milieu ferme et milieu ouvert

2.3.1 Une période cruciale qui comporte des risques de rupture

2.3.1.1 Certaines situations sont plus particulièrement porteuses de risque

Au moment de la sortie de prison du condamné, lorsque débute la peine complémentaire de l'injonction de soins, existe un double risque de rupture : absence de contrôle, discontinuité des soins.

On ignore, en l'état actuel des statistiques du ministère de la Justice et des Libertés, le nombre de ces situations sensibles.

Le risque est d'autant plus important dans certains cas⁹⁴.

Il en est ainsi lorsque l'auteur de violence sexuelle sort d'un lieu de détention où il n'a pu bénéficier d'aucun soin et de trop peu d'incitation aux soins;

C'est également le cas lorsque la sortie est brusque, ou même « sèche », autrement dit non préparée par des permissions de sortir préalables, voire précédées d'un refus de se faire soigner en prison. Peuvent être concernés les condamnés les plus dangereux auxquels aucune permission de sortir n'a été accordée par le juge de l'application des peines, ou plus généralement les condamnés dont l'attitude n'a pas permis d'aménagement de peine ou de préparation à la sortie structurée.

⁹⁴ Selon les recommandations de la conférence de consensus de 2001 « les facteurs de risque les plus reconnus dans la récidive sexuelle sont : la déviance sexuelle, les antécédents d'infraction sexuelle, la précocité de ces infractions et l'existence d'une enfance douloureuse ».

Un risque apparaît aussi lorsque le détenu élit domicile en dehors du ressort du tribunal de grande instance où se situe le lieu de détention. On sait, par exemple, que la spécialisation des 22 établissements pénitentiaires dans l'accueil des auteurs de violence sexuelle risque d'éloigner de leur domicile d'élection un plus grand nombre d'entre eux.

Enfin une vigilance particulière est nécessaire lorsque le sortant est sans domicile fixe, ou hébergé de façon très précaire ou, à l'évidence, très isolé socialement. La question de l'hébergement reste difficile à résoudre dans certaines villes. A Paris, les juges de l'application des peines estiment à plusieurs dizaines les délinquants sexuels SDF.

La circulaire du 16 octobre 2009 de la Chancellerie prévoit que l'adresse de libération du condamné doit être vérifiée avant sa sortie par le Parquet du lieu de détention⁹⁵.

La récidive intervient souvent dans les mois qui suivent la sortie de prison et il est donc crucial que le suivi socio-judiciaire et l'injonction de soins soient effectifs dans les jours qui suivent la sortie et non pas, comme la mission l'a constaté en consultant certains dossiers d'auteurs de violence sexuelle y compris dangereux, dans les mois qui la suivent.

En réalité, réduire le risque de récidive par la mise en place concrète de l'injonction de soins supposerait qu'aucune sortie ne soit décidée sans qu'elle ait été suffisamment préparée. Or cette préparation nécessite plusieurs mois et une bonne coordination des responsables. Il appartient aux juges de l'application des peines d'être vigilants vis-à-vis des AICS qui refusent tout aménagement de peine comme vis-à-vis de ceux qui en sollicitent⁹⁶. L'enregistrement dans GIDE des condamnés à une injonction de soins devrait y aider.

2.3.1.2 Il est essentiel de porter une grande vigilance à la continuité des interventions

Pour certaines situations, la continuité est aisée : le juge et le conseiller d'insertion et de probation ont déjà suivi le détenu ; le médecin coordonnateur est désigné avant la sortie, et le praticien traitant psychiatre ou psychologue peut même appartenir à l'équipe de l'UCSA ou du SMPR.

Lorsqu'il y a changement géographique, sont concernés les quatre acteurs de l'injonction de soins : le juge de l'application des peines qui doit être saisi par son collègue après que ce dernier se soit dessaisi; le conseiller d'insertion et de probation en milieu ouvert, qui dépend d'un service différent de celui qui couvrait le milieu fermé ; le médecin coordonnateur que le nouveau juge de l'application des peines doit désigner ; enfin le médecin traitant que le condamné n'a le plus souvent ni encore rencontré ni même choisi.

⁹⁵ Juridiquement, si des lieux peuvent être interdits à une personne libérée, son domicile ne peut lui être imposé.

⁹⁶ Même si, selon la conférence de consensus de 2001, «de façon surprenante, certaines caractéristiques considérées habituellement comme favorisant l'adhésion aux soins (reconnaissance des faits, empathie pour la victime, motivation pour les soins) ne constitueraient pas des facteurs préservant de la récidive dans l'état actuel de la recherche.

Tous les cas de figure peuvent surgir selon les ressorts. Le nom d'un praticien traitant peut avoir été suggéré par un membre de l'équipe sanitaire de la prison qui a donné l'adresse d'un CMP, voire téléphoné d'avance, pour prendre rendez-vous. La personne libérée peut avoir vu ce médecin avant même d'être convoquée par le juge de l'application des peines puis par le coordonnateur. Le service pénitentiaire d'insertion et de probation peut disposer d'un dossier avant le juge lui-même, ayant été averti par écrit ou par téléphone par le précédent service pénitentiaire d'insertion et de probation et l'agent de probation pour rencontrer le condamné avant le juge de l'application des peines. Bien souvent rien ne se passe pour le condamné avant qu'il ait été convoqué par le nouveau juge de l'application des peines. Ce dernier fixera la mission du service pénitentiaire d'insertion et de probation et désignera un médecin coordonnateur qui lui-même pourra refuser cette prise en charge et contraindre ainsi le juge à en désigner un nouveau. En pratique, le Juge prend parfois soin de téléphoner pour pressentir l'accord du coordonnateur avant de le désigner.

Il importe avant tout que la transmission des dossiers, tant judiciaire que médical, et les premiers rendez-vous se réalisent dans un très court délai et si possible avant la sortie.

2.3.2 La procédure de dessaisissement des juges de l'application des peines doit être rapide

Il convient que les juges de l'application des peines et leurs greffes respectifs soient en mesure de préparer et de réaliser rapidement la procédure de dessaisissement. Une dématérialisation globale de la procédure est souhaitable. Dans son attente, la numérisation des dossiers et une transmission immédiate au juge saisi seraient adaptées.

Recommandation n° 14. *Dématérialiser la totalité de la procédure de dessaisissement pour les suivis socio-judiciaires assortis d'une injonction de soins.*

Cependant, et afin d'éviter tout retard dans la transmission d'informations qui peuvent être sensibles et tout dessaisissement prématuré du juge de l'application des peines qui l'empêcherait de prendre des mesures jusqu'au moment de la libération, à l'instar de ce qui est prévu pour la libération conditionnelle (C. pr. pén., art. D. 534-1), une copie du dossier, ou à tout le moins de ses éléments essentiels, pourrait être adressée au juge de l'application des peines compétent au moins deux semaines avant la date de libération.

Recommandation n° 15. *Modifier le code de procédure pénale (partie D) pour permettre l'envoi de la copie du dossier au juge de l'application des peines compétent au moins deux semaines avant la date de libération.*

2.3.3 Les premiers rendez-vous du condamné avec les médecins doivent être pris avant la sortie ou immédiatement après

Lorsque la personne est un criminel particulièrement dangereux (par référence à l'article 706-53-13 du code de procédure pénale, qui traite de la rétention de sûreté et de la surveillance de sûreté), la première convocation par le médecin coordonnateur doit intervenir avant sa libération, ainsi que le choix du médecin traitant. S'agissant du médecin coordonnateur, l'article R. 3711-8 du code de la santé publique prévoit sa désignation précoce avant la libération « dans la mesure du possible » et la rend obligatoire pour certaines infractions. Ces dispositions réglementaires sont commentées dans la circulaire de la direction des affaires criminelles et des grâces du 16 octobre 2009.

Recommandation n° 16. *Multiplier les désignations anticipées du médecin coordonnateur.*

Recommandation n° 17. *Demander au médecin coordonnateur d'informer tous les tribunaux de grande instance où il est inscrit sur sa disponibilité.*

L'article R. 3711-17 du code de la santé publique prévoit que le médecin traitant soit désigné « dans la mesure du possible » avant la libération du condamné.

Lorsqu'aucun médecin traitant, même en CMP, n'est pas immédiatement disponible, le recours à une consultation post pénitentiaire, lorsqu'elle existe, spécifiquement dédiée aux sortants de prison soumis à une obligation de soins, peut être nécessaire, au moins dans un premier temps. Mais la mission tient à observer que la création de telles consultations dédiées ne peut être systématiquement préconisée. Leur existence est révélatrice de la part des centres de droit commun de lacunes qu'il s'agit de combler.

Les permissions de sortir devraient être utilisées systématiquement, y compris pour les détenus les plus dangereux, quitte à les faire accompagner d'un travailleur social, afin qu'ils puissent prendre contact avec le médecin coordonnateur et le praticien traitant.

Recommandation n° 18. *Utiliser systématiquement les permissions de sortir afin que les détenus puissent prendre contact d'avance avec le médecin coordonnateur et le traitant.*

2.3.4 Les règles spécifiques de la communication des informations médicales doivent être mieux appliquées

La communication des informations médicales est prévue par le code de la santé publique (art. L. 3711-2).

Le code prévoit que, sans que soit opposable le secret médical, les praticiens du milieu pénitentiaire communiquent les informations médicales qu'ils détiennent sur le condamné au médecin coordonnateur afin qu'il les transmette au médecin traitant.

Par ailleurs les expertises médicales réalisées au cours de la procédure ainsi que durant l'exécution de la peine privative de liberté doivent être transmises, avec le jugement et autres pièces du dossier judiciaire, à sa demande, au médecin traitant par l'intermédiaire du médecin coordonnateur.

En pratique, si les expertises sont le plus souvent bien transmises, en revanche la transmission des informations médicales du milieu pénitentiaire vers le coordonnateur est beaucoup plus rare pour diverses raisons pratiques et de culture médicale. Elle se fait souvent par l'intermédiaire d'un court certificat donné au patient.

Recommandation n° 19. *Rappeler le caractère obligatoire de la communication des informations médicales détenues par les médecins des UCSA et des SMPR au médecin coordonnateur.*

Le centre de ressources d'Ile-de-France est en train d'élaborer un document de liaison standard pour assurer la transmission des informations sanitaires concernant un condamné entre les équipes médicales des établissements pénitentiaires successifs puis, via le coordonnateur, avec les praticiens traitants d'une personne soumise à une obligation ou à une injonction de soins. Devraient y figurer les tests déjà effectués en prison, et aussi l'adhésion réelle aux soins et le degré de reconnaissance ou de négation de l'acte commis, autant d'indicateurs de risque pour le médecin coordonnateur et d'indications utiles pour le futur traitant. Ce document de liaison sera d'autant plus utile à un psychologue traitant, qui ne peut être destinataire d'un dossier médical.

Il conviendrait que le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues inclue ce point dans sa version actualisée attendue mi 2011.

Recommandation n° 20. *Standardiser un document de liaison pour formaliser la transmission des informations essentielles entre professionnels sanitaires du milieu fermé et du milieu ouvert (coordonnateur et traitant) en cas de soins pénalement obligés.*

À l'occasion du renforcement des équipes sanitaires œuvrant dans les établissements spécialisés dans l'accueil des auteurs de violence sexuelles, le ministère de la Santé a accepté de financer des équipes mobiles, prêtes à faire la liaison entre milieu fermé et milieu ouvert. Ces équipes fonctionnent dans trois régions. Ainsi le centre de ressources de Lille peut désormais suivre les dossiers les plus lourds en rencontrant sur place les professionnels trois à six mois avant la sortie, en apportant conseils et soutiens, et en provoquant des réunions de synthèse. Ce mode d'intervention peut se révéler pertinent en fonction des spécificités territoriales et des ressources existantes.

Recommandation n° 21. *Tirer d'ici un an, au niveau des ARS, le bilan de l'expérience des équipes mobiles faisant le lien entre milieu fermé et milieu ouvert et pouvant contribuer à une meilleure prise en charge initiale des cas les plus lourds.*

2.3.5 Le remboursement des consultations médicales dès la sortie et lors des permissions de sortir doit être favorisé

Il va de soi que l'ouverture des droits sociaux, notamment l'accès à l'assurance-maladie, est particulièrement indispensable pour ce type de condamnés, puisqu'ils seront pénalement obligés de se faire soigner dès que libérés, et parce que leur réinsertion sociale et professionnelle ne peut que renforcer leur accessibilité aux soins.

La prise en charge financière d'un rendez-vous avec leur futur médecin traitant, préalable à leur sortie, doit aussi leur être garantie dans le cadre des permissions de sortir. Or actuellement les soins dispensés lors de ces permissions, comme lors des aménagements de peine, ne sont pris en charge par le service pénitentiaire qu'en cas d'urgence, le principe étant que le soin relève normalement de l'UCSA ou du SMPR. Il convient de régler cette question, afin que la consultation, lorsqu'elle est payante, puisse être prise en charge systématiquement par le service pénitentiaire, à défaut de l'assurance maladie⁹⁷.

Recommandation n° 22. *Clarifier dans un sens extensif la prise en charge financière des consultations lors des permissions de sortir.*

2.3.6 Le contrôle et l'évaluation de la séquence de sortie sont à renforcer

La Haute autorité de santé compte finaliser en 2011 un manuel de certification de la psychiatrie, qui comportera des pratiques exigibles prioritaires relatives notamment à la continuité des soins. Par ailleurs il lui est possible d'adopter une approche populationnelle à l'égard des détenus et anciens détenus⁹⁸.

⁹⁷ Question évoquée dans le compte rendu d'une réunion du 14 juin 2010 au tribunal de grande instance de Melun qui réunissait les JAP, le SPIP et l'UCSA du centre de détention de Melun.

⁹⁸ La responsabilité du Contrôle général des lieux de privation de liberté n'englobe pas les soins pénalement obligés .

Recommandation n° 23. *Intégrer dans le manuel de certification de la psychiatrie élaboré par la Haute autorité de santé une fiche concernant la continuité des soins prodigués aux détenus libérés.*

Il convient de sensibiliser localement les professionnels à la nécessité d'améliorer le processus de mise en place de l'injonction de soins. Il serait utile en particulier de relever les dates des premiers rendez-vous après la sortie de prison, et ce afin de vérifier si les sondages parfois alarmants effectués par la présente mission sont significatifs. Des indicateurs devront être instaurés : nombre de sorties sans préparation, nombre avec préparation (coordonnateur désigné préalablement, traitant désigné ou déjà rencontré).

Recommandation n° 24. *Introduire dans le référentiel relatif aux tribunaux de grande instance élaboré par l'IGSJ un point de contrôle visant le processus et les délais de mise en place de l'injonction de soins.*

2.4 La mise en œuvre de la mesure requiert des actions coordonnées

La mise en œuvre de la mesure fait appel à l'action de plusieurs acteurs : le juge de l'application des peines, le service pénitentiaire d'insertion et de probation, le médecin coordonnateur, le praticien traitant, et le centre de ressources.

2.4.1 Le juge de l'application des peines et le service pénitentiaire d'insertion et de probation.

2.4.1.1 Les méthodes de prise en charge sont à diversifier

Le juge de l'application des peines détermine les orientations générales relatives à l'exécution des mesures confiées au service pénitentiaire d'insertion et de probation et peut lui communiquer des instructions particulières pour le suivi de la mesure (C. pr. pén, art. D. 576 et D. 577).

Dans le domaine de l'injonction de soins, le travail du service pénitentiaire d'insertion et de probation s'articule autour de ces dispositions mais comporte des spécificités dont il doit tenir compte.

L'administration pénitentiaire a indiqué à la mission que, quelle que soit la nature de l'infraction, le mandant est le juge de l'application des peines et le maître d'œuvre le service pénitentiaire d'insertion et de probation. L'un des objectifs qu'elle s'est fixée dans ce cadre est de mieux prévenir la récidive en identifiant et évaluant les risques et en adaptant la prise en charge des personnes placées sous main de justice. Pour ce faire, elle souhaite développer le diagnostic à visée criminologique, outil qui aura pour vocation à être le document unique pour chaque personne prise en charge par les services pénitentiaires d'insertion et de probation. Cet instrument est actuellement en phase d'expérimentation et devrait permettre une « harmonisation des pratiques hétérogènes et individuelles des services pénitentiaires d'insertion et de probation ».

L'administration pénitentiaire a également défini cinq types de prise en charge (ou « segments ») centrés sur les personnes suivies. Le segment 4, qui devrait s'appliquer aux délinquants sexuels dans un futur non encore défini, porte sur les « personnes placées sous main de justice ayant un faible potentiel d'évolution grâce à la seule action du service pénitentiaire d'insertion et de probation compte-tenu de leurs problématiques, médicales et psychologiques, entravant l'accompagnement de leur évolution, quelle que soit la durée de la prise en charge »⁹⁹. L'enjeu pour le service pénitentiaire d'insertion et de probation est le « peu de prise sur la personne placée sous main de justice nécessitant une vigilance élevée et un accompagnement et des partenariats spécifiques »¹⁰⁰.

La mission estime que l'ensemble des délinquants sexuels ne peut figurer dans un seul « segment » et que l'intensité de leur suivi doit être adaptée à leur profil. Ainsi, le juge de l'application des peines attend du service pénitentiaire d'insertion et de probation un suivi au cas par cas, en fonction des informations que celui-ci et le médecin coordonnateur lui communiquent.

Recommandation n° 25. *Prendre en considération la diversité des profils des AICS dans le choix du type de prise en charge par l'administration pénitentiaire.*

2.4.1.2 La prise en charge de l'injonction de soins est conjointe

Le dispositif de l'injonction de soins ne prend véritablement effet qu'à la sortie de détention de la personne condamnée, avec la triangulation juge de l'application des peines-service pénitentiaire d'insertion et de probation-médecin coordonnateur. Cependant, dès la détention, le rôle du service pénitentiaire d'insertion et de probation est important.

⁹⁹ SPIP. *Enjeux de la nouvelle organisation*, septembre 2009, DAP.

¹⁰⁰ V. note précédente.

A. En milieu fermé un suivi parfois difficile pour le juge de l'application des peines et des incitations aux soins qui pourraient être renforcées

Le juge de l'application des peines informe le condamné de la possibilité de suivre un traitement, et ce tous les six mois ; le conseiller d'insertion et de probation peut jouer un rôle essentiel en l'incitant aux soins. Cette incitation n'est pas permanente et varie en fonction de la durée de la détention et de la période. Elle peut se faire de façon indirecte lors des groupes de parole sur l'axe criminologique mis en place dans le cadre des programmes de prévention de la récidive.

La mission regrette cependant que ce rôle majeur d'incitation aux soins ne soit pas plus formalisé à l'intention du service pénitentiaire d'insertion et de probation.

S'agissant de soins, l'administration pénitentiaire estime qu'il ne peut y avoir confusion entre les groupes de parole à visée éducative qu'elle a initiés et les groupes de parole thérapeutiques développés par le personnel de santé en détention. Ce dernier semble partager cet avis. Si ces interventions de caractère groupal sont présentées par chacune des deux administrations (Justice et Santé) comme foncièrement différentes, on peut regretter cependant que leur fonctionnement n'ait pas donné lieu à véritable comparaison. Les méthodes et contenus de ces groupes ne pourraient que profiter d'observations réciproques.

Une des difficultés rapportée à la mission porte sur l'impossibilité pour certains juges de l'application des peines d'identifier en détention les condamnés à un suivi-socio-judiciaire et, *a fortiori*, à une injonction de soins. Il pourrait y être pallié par l'enregistrement de la condamnation à un suivi socio-judiciaire et à une injonction de soins dans l'application GIDE de manière à pouvoir extraire des listes de condamnés au suivi socio-judiciaire et à l'injonction de soins. La réalisation de l'interface entre APPI et GIDE recommandée plus haut (V. Recommandation n° 1) permettrait notamment le suivi des détenus, l'élaboration d'un calendrier de leurs sorties, particulièrement utiles pour le juge de l'application des peines et le conseiller d'insertion.

B. En milieu ouvert, les pratiques sont très hétérogènes et les relations entre juge de l'application des peines et service pénitentiaire d'insertion et de probation sont à consolider

a) Le suivi par le juge de l'application des peines doit être mieux formalisé

Le juge de l'application des peines reçoit le condamné et lui rappelle les obligations auxquelles il est soumis. Dans les jours qui suivent, il doit adresser l'ordonnance de désignation au médecin coordonnateur et saisir le service pénitentiaire d'insertion et de probation.

Les pratiques des juges de l'application des peines sont hétérogènes, même si ceux-ci s'accordent sur la nécessité de privilégier le suivi de ces condamnés, notamment ceux faisant l'objet d'une mesure de surveillance judiciaire. Cette priorisation des dossiers, fondée notamment sur l'état de dangerosité ou le risque de récidive, s'effectue à la lumière des dossiers et des informations communiquées par le SPIP et le médecin coordonnateur. Parfois, un signe distinctif est porté sur les dossiers les plus importants nécessitant une gestion plus intensive. Ils peuvent avoir tendance à faire naturellement confiance au conseiller d'insertion et de probation auquel ils ont confié une mission de contrôle donc d'alerte, en cas de problème. Parfois le discours se fait plus clair et le suivi paraît se dérouler « aussi souvent que l'on peut et pas aussi souvent que nécessaire ». Une vue prospective des suivis socio-judiciaires et des injonctions de soins attendus aiderait à adapter les moyens liés au contrôle de ces mesures.

L'inquiétude se fait sentir pour les années à venir, dans la mesure où les juridictions semblent prononcer actuellement de plus en plus de suivis socio-judiciaires pour les crimes de sang, ce qui devrait entraîner une augmentation du nombre de suivis socio-judiciaires et d'injonctions de soins. Les juges de l'application des peines s'inquiètent également de l'accroissement de leur charge de travail au détriment d'une prise en charge de qualité. Enfin la mise en cause de certains juges de l'application des peines ou médecins coordonnateurs à la suite de récidives aussi graves que fortement médiatisées contribue également à l'inquiétude ressentie.

A l'instar de ce qui est pratiqué dans certaines juridictions, il paraîtrait utile d'établir un tableau de suivi des dossiers d'injonctions de soins, en indiquant notamment la nature de la condamnation, la date de fin de mesure, les dates de saisie du médecin coordonnateur et du service pénitentiaire d'insertion et de probation, les dates de remise des rapports de ceux-ci.

Recommandation n° 26. *Mettre à disposition des juges de l'application des peines un tableau de suivi des injonctions de soins.*

b) La spécificité de l'injonction de soins doit être davantage prise en compte par le service pénitentiaire d'insertion et de probation

Les contrôles et obligations, tant générales que particulières, sont ceux de la probation tels que définis par les articles 132-44 et 132-42 du code pénal, récemment complétés par la loi du 10 mars 2010. Leur respect est assuré par l'action du service pénitentiaire d'insertion et de probation qui peut en particulier recueillir du condamné faisant l'objet d'un suivi socio-judiciaire tout justificatif utile établissant le respect de son injonction de soins.

Il faut rappeler que le refus de soins peut entraîner la mise à exécution de l'emprisonnement fixé par le tribunal correctionnel ou la cour d'assises, de même que le non-respect des obligations de la mesure. L'article 712-16-3 du code de procédure pénale¹⁰¹ permet désormais aux forces de police et de gendarmerie d'interpeller et de retenir un condamné placé sous le contrôle d'un juge de l'application des peines et à l'encontre duquel il existe des raisons plausibles permettant de soupçonner qu'il a manqué aux obligations qui lui sont imposées.

La prise en charge des mesures d'injonction de soins est plus ou moins intense selon les conseillers d'insertion et de probation rencontrés. La majorité indique les suivre tout particulièrement, mais certains considèrent qu'il s'agit d'une mesure comme une autre. Certains condamnés feront l'objet d'une surveillance constante ou à l'inverse d'une surveillance allégée, au regard notamment de leur comportement dans le temps, de la seule présence d'un médecin coordonnateur, ou du contenu positif de ses rapports.

Les services pénitentiaires d'insertion et de probation suivaient au 31 décembre 2009 186 600 mesures, nombre en augmentation de 6,9 % par rapport à 2008¹⁰², et le chiffre moyen des injonctions de soins suivies par les conseillers d'insertion et de probation rencontrés est de cinq par conseiller d'insertion et de probation, pour un total de mesures suivies, tous types confondus, s'établissant autour de 140. Leur surcharge de travail, selon certains juges de l'application des peines, ne leur permet pas toujours de suivre plus particulièrement les dossiers des délinquants sexuels. Les situations sont contrastées selon les juridictions¹⁰³. Certains conseillers d'insertion et de probation estiment que cette charge de travail ne leur permet pas toujours de contrôler, lorsqu'une injonction de soins a été prononcée dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire, le respect par la personne condamnée de toutes ses obligations, mais seulement celles qu'ils considèrent comme prioritaires, notamment la visite chez le médecin traitant ou l'indemnisation des victimes. Les conseillers d'insertion et de probation comme les juges de l'application des peines estiment qu'une durée longue de la mesure rend d'autant plus nécessaire de la moduler. Certains ajoutent même qu'au bout d'un certain temps, les entretiens sont vides de sens.

La mission estime qu'il ne faudrait pas que la présence du médecin coordonnateur dans le dispositif démobilise le conseiller d'insertion et de probation car la mise en œuvre d'une injonction de soins peut réclamer un suivi social intense et appelle une articulation étroite de l'ensemble des contrôles à la diligence du service pénitentiaire d'insertion et de probation.

Recommandation n° 27. *Prendre en compte la spécificité de l'injonction de soins dans la répartition des dossiers au sein des services pénitentiaires d'insertion et de probation.*

¹⁰¹ Issu de la loi du 10 mars 2010.

¹⁰² Annuaire statistique de la Justice, éd. 2009-2010.

¹⁰³ Au SPIP de Paris qui, au 31 décembre 2009, suivait 5288 mesures, seulement 143, soit 2,70%, étaient des suivis socio-judiciaires. Rapport d'activité 2009.

C. La communication entre juge de l'application des peines et service pénitentiaire d'insertion et de probation est à parfaire

Les juges de l'application des peines et les conseillers d'insertion et de probation rencontrés souhaiteraient une communication réciproque plus régulière.

Généralement, les conseillers d'insertion rencontrés indiquent adresser un rapport annuel au juge de l'application des peines et des rapports ponctuels, pour un changement de situation particulier, le tout par le logiciel APPI. Cependant, les pratiques relevées sont assez hétérogènes et certains juges de l'application des peines doivent rappeler au service pénitentiaire d'insertion et de probation l'obligation de communication semestrielle d'un rapport, hors les notes rapides envoyées pour signaler une difficulté. D'autres considèrent que ce mode de communication devrait être trimestriel.

Les conseillers d'insertion et de probation ont, pour leur part, des appréciations différentes sur les documents dont ils souhaiteraient avoir communication par le juge de l'application des peines. Certains voudraient disposer du rapport du médecin coordonnateur pour leur permettre de mieux connaître les difficultés de la personne, mais également de la copie de la convocation chez ce médecin. Les juges de l'application des peines n'ont pas de réponses identiques à ces demandes.

S'agissant de la communication de documents au juge de l'application des peines, la mission a pu relever que certains conseillers d'insertion et de probation n'envoient pas systématiquement au juge de l'application des peines l'attestation de suivi donné au patient par le traitant et certains magistrats considèrent que le service pénitentiaire d'insertion et de probation s'érige parfois en juge de l'incident, en évaluant l'importance de ce dernier et l'opportunité de sa communication au juge de l'application des peines.

Recommandation n° 28. *Proposer des bonnes pratiques relatives à la périodicité des rapports des services pénitentiaires d'insertion et de probation et plus généralement à la communication réciproque des documents entre le juge de l'application des peines et le service pénitentiaire d'insertion et de probation.*

Par ailleurs, la communication par APPI est souvent ressentie par les magistrats comme contraignante et pas toujours efficace, au regard du temps parfois long que nécessitent la consultation et la réponse. De plus, elle n'autorise pas la communication de documents.

Recommandation n° 29. *Créer un groupe national de travail réunissant des juges de l'application des peines et des conseillers d'insertion et de probation pour optimiser la communication des informations réciproques par APPI ou autres voies .*

2.4.2 Le médecin coordonnateur

2.4.2.1 La fonction de médecin coordonnateur telle que définie par les textes

La fonction de médecin coordonnateur a été créée consécutivement à la loi du 17 juin 1998 qui a institué le suivi socio-judiciaire et l'injonction de soins. Les parties réglementaires du code de la santé publique et du code de procédure pénale précisent son rôle et ses obligations. Il est une interface entre la Santé et la Justice, entre le médecin ou le psychologue traitant d'une part, le juge de l'application des peines et le conseiller d'insertion et de probation d'autre part. Sa mission principale est de faire le lien entre le praticien soignant et la Justice, tout en garantissant le respect du secret professionnel par le soignant. Le médecin coordonnateur joue un rôle pouvant s'apparenter à celui d'un auxiliaire de justice comme l'est le médecin expert judiciaire, tous deux étant d'ailleurs désignés par des magistrats.

Le médecin coordonnateur, lors du premier entretien avec le condamné, doit avant toute chose lui expliquer à nouveau le contenu d'une injonction de soins, qu'il a souvent mal comprise lors du prononcé de la peine ou lors de la fin de détention.

Au vu des expertises médicales et de la décision judiciaire qui lui ont été communiquées par le juge de l'application des peines, le coordonnateur invite le condamné à choisir un médecin et/ou, depuis la loi du 12 décembre 2005, un psychologue traitant « si la personnalité du condamné le justifie ». Il peut refuser d'avaliser le choix du traitant s'il estime que celui-ci n'est manifestement pas en mesure d'assurer la prise en charge de cette personne. Dans ce cas il lui incombe de proposer un autre praticien traitant. En cas de désaccord persistant, le juge de l'application des peines tranche.

Le coordonnateur convoque le condamné au moins une fois par trimestre pour réaliser un bilan de sa situation ; plus souvent si cela lui paraît nécessaire. Il joue donc à l'égard du patient condamné un rôle d'évaluation et d'orientation. Il est à son égard garant du cadre thérapeutique.

Au traitant, il communique, à sa demande, les expertises et les pièces du jugement (C. santé publ., art. L. 3711-2). Il peut le conseiller.

Au juge de l'application des peines, le médecin coordonnateur est tenu d'adresser une fois par an un rapport contenant tous les éléments nécessaires au contrôle du respect de l'injonction. Ce rapport comporte « des éléments d'appréciation sur l'évolution de la personne au regard de son besoin de soins ». Lorsqu'elle a été condamnée pour un crime particulièrement dangereux susceptible d'une rétention de sûreté, ce rapport est adressé au moins deux fois par an. Le coordonnateur doit aussi, ponctuellement, informer le juge ou l'agent de probation d'une interruption du traitement prescrit, et plus généralement de « toutes difficultés survenues dans l'exécution du traitement ».

Le coordonnateur est donc à même de vérifier l'observance du traitement et d'apprécier l'évolution de la personnalité du condamné, voire sa dangerosité. Parallèlement, grâce à sa formation et à son expérience, il garantit la qualité de la prise en charge, à travers le choix ou la confirmation d'un praticien traitant ainsi que par le dialogue qu'il est susceptible d'entretenir avec ce dernier, dialogue assimilable par certains à une supervision.

Depuis la loi du 10 mars 2010, le praticien traitant est également habilité à informer directement le juge de l'application des peines de l'interruption du traitement. Il doit alors en aviser le coordonnateur.

2.4.2.2 La fonction de médecin coordonnateur n'est pas contestée, même si elle est diversement exercée

La manière d'exercer cette fonction, qui est encadrée par des textes de nature réglementaire, est variable, comme permettent de le constater quelques enquêtes partielles (ARTAAS en 2006, auprès de 48 coordonnateurs, centre de ressources d'Ile de France en 2010 auprès de 45 coordonnateurs dont 17 franciliens), quelques monographies universitaires¹⁰⁴, les comptes-rendus des conférences semestrielles organisées dans les cours d'appel ainsi que les témoignages recueillis par la mission en plusieurs endroits.

Le nombre de dossiers suivis par coordonnateur et le nombre d'entretiens par patient ont eu tendance à augmenter, semble-t-il. D'après l'enquête de 2010, deux tiers des coordonnateurs suivent plus de 10 personnes, et 80% les reçoivent au moins trois fois par an. De fait, il apparaît qu'un coordonnateur sérieux adapte la fréquence de ses rendez-vous aux besoins du condamné : il peut être conduit à le recevoir tous les mois et même toutes les quinzaines, surtout au début de l'injonction.

D'une façon générale, on constate que le coordonnateur est plus proche du juge de l'application des peines que du praticien traitant. Sans doute parce qu'il est désigné par un magistrat et qu'il lui est plus indispensable.

La fréquence et l'intensité des relations avec le juge de l'application des peines ou le service pénitentiaire d'insertion et de probation sont inégales. Un tiers n'ont que « rarement des contacts avec les juges de l'application des peines ou les conseillers d'insertion et de probation » (enquête de 2010). Notons qu'il n'y a pas de corrélation entre le nombre de dossiers suivis et le respect de l'obligation de rapporter annuellement au juge de l'application des peines par écrit. A Paris, les juges de l'application des peines, qui en octobre 2010 suivaient 128 injonctions de soins et recouraient à 11 coordonnateurs, estiment qu'« il faut trop souvent relancer le coordonnateur pour obtenir son bilan annuel », mais qu'en règle générale, ils sont suffisamment informés par eux du non respect de l'injonction (dans 1 cas sur 10) qui les conduit à convoquer le condamné.

Il a été constaté que souvent le conseiller d'insertion et de probation prend contact avec le médecin traitant, quitte à ce que le secret médical soit quelque peu malmené. Or quand il y a urgence, c'est-à-dire difficulté ou incident, le coordonnateur et l'agent de probation devraient pouvoir communiquer rapidement et en confiance. Le coordonnateur est le premier qui devrait être informé des risques de rupture du soin engendrés par une détérioration de la situation sociale ou professionnelle du patient. Le protocole envisagé ci-dessous devra insister sur ce point.

¹⁰⁴ Une évaluation du dispositif d'injonction de soins appliqué à 16 pédophiles menée en Indre-et-Loire (Annales médico-psychologiques n° 168, juin 2010) décrit le manque d'informations et d'échanges déploré par tous les acteurs du dispositif, et une méconnaissance des dispositions prévues par les textes. Elle compte sur le centre de ressources pour y remédier.

Les relations avec les praticiens traitants se font presque aussi souvent téléphoniquement que par courrier. En principe, le médecin traitant doit donner par écrit au coordonnateur son accord pour suivre le patient, mais cet accord est rarement formalisé. Toujours selon l'enquête de 2010, 15 % seulement des coordonnateurs transmettent systématiquement les pièces judiciaires au praticien traitant, sans attendre sa demande.

Les coordonnateurs admettent être confrontés à des situations « gênantes » surtout pour des « questions d'organisation » ou de thérapeutique. Le secret professionnel est rarement évoqué comme étant problématique, ce qui peut étonner compte tenu de la limite des dérogations prévues en la matière.

La mission constate que le médecin coordonnateur n'est pas toujours armé, étant seul et surtout s'il dispose de peu de rapports d'expertise préalable, pour évaluer et orienter initialement un condamné vers une prise en charge appropriée. Pour les personnalités les plus complexes, ou celles ayant commis des actes très graves, il importe que le coordonnateur, lorsqu'il ne parvient pas à les orienter d'emblée vers un CMP qualifié, puisse s'appuyer sur le centre de ressources qui soit les prendra lui-même en charge, comme la circulaire du 8 août 2008 le prévoit, soit les orientera vers une équipe spécialisée à même de procéder à un examen approfondi. Il appartiendra aux centres de ressources d'identifier cette équipe.

Tout en prenant garde à ne pas démobiliser le praticien traitant, certains des coordonnateurs rencontrés par la mission jouent pleinement leur rôle en vérifiant que la coordination des soins est bien faite par le praticien traitant: intervention éventuelle d'un alcoologue, offre de prise en charge groupale, traitements médicamenteux lorsque le praticien traitant est un psychologue.

2.4.2.3 La place et le rôle de la coordination doivent être clarifiés à l'intention des autres acteurs de l'injonction de soins

Les textes régissant la matière sont répartis entre trois codes : code de la santé, code pénal, code de procédure pénale.

Actuellement un médecin coordonnateur n'est informé de son rôle et de ses obligations que par l'ordonnance du juge de l'application des peines qui le désigne pour un dossier. Cette ordonnance, dont un modèle figure dans APPI, est succincte¹⁰⁵. Les rubriques du rapport annuel du coordonnateur ne sont pas précisées.

Il conviendrait de rédiger pour les candidats à cette fonction et pour ceux déjà en place un *vade-mecum*, incluant, pour faciliter leur travail administratif, des lettres-types et des fiches de liaison, notamment avec le praticien traitant.

Ce *vade-mecum* peut être établi très rapidement, à partir des textes. A terme, il conviendrait de l'enrichir d'un référentiel de prise en charge d'un condamné par un médecin coordonnateur. Ce référentiel, intégrant les bonnes pratiques, pourrait être élaboré par la Haute autorité de santé, qui associerait à cette élaboration des centres de ressources.

¹⁰⁵ V. Annexes.

A cette occasion, dans ce référentiel, il conviendra d'opter quant à la transmission systématique d'un résumé des éléments judiciaires (infractions commises, condamnation et expertises), par le médecin coordonnateur au praticien traitant.

Recommandation n° 30. *Rédiger au niveau des deux ministères un vademecum du médecin coordonnateur des injonctions de soins.*

Recommandation n° 31. *Confier à la Haute autorité de santé l'élaboration d'un référentiel à l'intention des médecins coordonnateurs.*

Enfin, chaque tribunal de grande instance pourrait utilement initier un protocole local pour formaliser les relations entre les trois intervenants du dispositif : juge de l'application des peines, service pénitentiaire d'insertion et de probation, médecin coordonnateur. Ce protocole, qui reprendrait les textes en vigueur sur le rôle de chacun transposés par les ministères dans un protocole-cadre, serait enrichi des bonnes pratiques locales. On pourrait, par exemple, y prévoir que le médecin coordonnateur soit systématiquement informé par le conseiller d'insertion et de probation (ou le juge de l'application des peines) des changements d'adresse du condamné pour qu'il puisse le convoquer par écrit et être sûr que cette convocation lui parvient. On pourrait aussi y définir dans quels cas le coordonnateur doit informer le juge et dans quels cas le conseiller d'insertion et de probation.

Le tribunal de grande instance de Limoges s'est doté d'un tel outil en 2010¹⁰⁶. Il a été élaboré en étroite concertation par les juges de l'application des peines, le directeur du SPIP et les médecins coordonnateurs du ressort. Son objectif est d'harmoniser les pratiques et d'assurer l'information des médecins traitants qui ont des difficultés à se positionner dans un dispositif qui le distingue mal de l'obligation de soins¹⁰⁷.

À l'instar du dispositif belge¹⁰⁸, le protocole pourrait être transmis au condamné lui-même, qui a besoin de se situer dans un dispositif cohérent et lisible et qui serait ainsi clairement informé de ses obligations.

Recommandation n° 32. *Recommander l'élaboration locale de protocoles tripartites (tribunal de grande instance-service pénitentiaire d'insertion et de probation-médecin coordonnateur) à partir d'un protocole-cadre.*

¹⁰⁶ Il en est de même du tribunal de grande instance de Saint-Quentin, en août 2010.

¹⁰⁷ V. Annexes.

¹⁰⁸ Cf annexe 10

2.4.2.4 Le déficit de coordonnateurs disponibles nuit à l'application complète du dispositif

A. Une apparente suffisance à l'échelon national du nombre de médecins coordonnateurs au regard du chiffre approximatif des injonctions de soins

La liste des médecins coordonnateurs est établie tous les trois ans par le procureur de la République après avis du conseil départemental de l'Ordre des médecins et du préfet. Depuis avril 2010 l'avis du préfet est donné par l'ARS, qui a succédé à la DDASS.

Un médecin coordonnateur peut être inscrit sur les listes de plusieurs tribunaux de grande instance. De fait, on constate que près d'un tiers d'entre eux sont inscrits sur la liste de deux ou plusieurs tribunaux.

Notons que la juridiction peut recourir au coordonnateur inscrit sur les listes d'autres juridictions du même département ou d'un département limitrophe.

Peuvent être inscrits sur la liste, à leur demande¹⁰⁹ :

- des psychiatres exerçant en qualité de spécialistes depuis au moins trois ans (y compris depuis le décret du 4 novembre 2008, les psychiatres retraités à condition qu'ils aient exercé en qualité de spécialiste pendant au moins cinq ans) ;
- les médecins ayant suivi une formation spécifique. Délivrée par une université ou par un organisme agréé de formation continue, répondant aux conditions fixées par l'arrêté du 24 mars 2009, cette formation de 100 heures comporte des parties juridique, criminologique et médicale, concernant les auteurs de violences, notamment sexuelles¹¹⁰.

Les 220 médecins coordonnateurs aujourd'hui (en mai 2010) en fonction (cités 330 fois sur les listes à cause des pluri-inscriptions) se répartissent en 207 psychiatres (dont trois pédopsychiatres), sept généralistes, deux médecins légistes, un médecin du sport, un sexologue, un cardiologue et un gastro-entérologue¹¹¹. Les psychiatres appartiennent dans leur grande majorité au secteur public, même si le secteur libéral n'est pas absent.

On constate également que des médecins coordonnateurs cumulent les fonctions d'expert et de praticien traitant (pour des dossiers différents), de coordinateur du centre de ressources et, plus rarement, de chef de secteur psychiatrique. Ces fonctions s'enrichissent mutuellement et en font des professionnels expérimentés pour ce type de patient.

¹⁰⁹ A titre transitoire les actuels médecins coordonnateurs non psychiatres peuvent continuer à exercer cette fonction pendant cinq ans à compter de la publication du décret du 4 novembre 2008.

¹¹⁰ V. Annexes.

¹¹¹ Au 17 septembre, on n'en dénombrait plus que 218.

Le nombre de médecins coordonnateurs sur le territoire national a évolué faiblement ces dernières années : on en comptait 186 en 2006, 206 en 2007, 210 en septembre 2008, et on en dénombre aujourd'hui 220. On ignore le nombre exact d'injonctions de soins à prendre en charge chaque année puisqu'elles ne sont pas répertoriées, ni par tribunal, ni au niveau national. Mais on estime à 3800 les personnes en cours d'injonction de soins en 2010. Le nombre de 220 médecins coordonnateurs, qui sont autorisés à suivre 20 cas, serait donc aujourd'hui, d'un point de vue strictement statistique, globalement suffisant.

B. Une inégalité importante entre les territoires

Ces médecins sont inégalement répartis sur le territoire. Mi-2010, 32 tribunaux de grande instance (sur 181) et 16 départements en sont dépourvus¹¹².

Trente deux tribunaux de grande instance sont sans médecin coordonnateur propre à leur juridiction¹¹³. Une quinzaine de départements n'en ont qu'un seul, ce qui peut rendre la situation précaire, notamment en certaines périodes de l'année.

Une cartographie des disparités territoriales apparaît quand on se penche sur le tableau des montants versés dans chaque département aux médecins coordonnateurs, dressé par le ministère de la Santé. Au total en 2009, le coût de leur rémunération aurait atteint près d'1 400 000 euros, contre 552 000 € en 2008. Un tel écart entre les deux années peut s'expliquer par le rattrapage de retards. A titre de comparaison, le montant de 2009 est presque le double de celui des injonctions thérapeutiques. A supposer que le chiffre de 2009 ne corresponde qu'à des prises en charge de cette même année, le nombre de cas suivis par les coordonnateurs se situerait entre 2000 et 4000 injonctions de soins. Selon les départements ce chiffre est extrêmement variable¹¹⁴.

Recommandation n° 33. *Demander aux ARS d'établir chaque année, en année pleine, le nombre de coordonnateurs payés, le nombre de cas par coordonnateur, et le nombre d'entretiens supérieurs à deux.*

¹¹² Il s'agit, en métropole, des départements suivants : Alpes de Haute-Provence, Hautes-Alpes, Ardèche, Corse, Drôme, Eure, Finistère, Haute-Loire, Morbihan, Saône-et-Loire, Deux-Sèvres, Vaucluse, Vienne, ainsi que trois départements d'outre-mer : la Guyane, Saint-Pierre-et-Miquelon, Mayotte) .

¹¹³ Digne-les-Bains, Nice, Senlis, Ajaccio, Chalon-sur-Saône, Chaumont, Mâcon, Arras, Boulogne-sur-Mer, Douai, Saint-Omer, Valenciennes, Cayenne, Valence, Mayotte, Briey, Avignon, Carpentras, Privas, Bressuire, Niort, Poitiers, Saintes, Chalons en Champagne, Brest, Lorient, Morlaix, Quimper, Saint-Malo, Vannes, le Puy-en-Velay, Bernay, Évreux, Saint-Gaudens, Saint-Pierre et Miquelon.

¹¹⁴ Il va de 2 800 euros (dans les Cotes d'Armor) à 98 000 euros (dans le Nord); les plus gros payeurs (plus de 40 000 euros) sont les départements suivants : Seine-Maritime, Seine-et-Marne, Loire-Atlantique, Rhône, Var, Calvados, Gironde Haute-Garonne, Landes, Pas-de-Calais, Alpes-Maritimes.

Certes la densité de psychiatres en France (21,8 pour 100 000 habitants) est la plus élevée des pays d'Europe. Mais elle devrait être analysée au regard des rôles respectifs des psychiatres et des psychologues dans chaque pays. Par ailleurs cette densité varie du simple au triple selon les régions. Les deux cartes, celle des médecins coordonnateurs¹¹⁵ et celle de la densité des psychiatres¹¹⁶ ne sont pas totalement superposables¹¹⁷. Au sein du service public hospitalier, qui est le mieux à même d'assurer une fonction de coordination et de lien avec la Justice, plus de 20 % des postes de psychiatres sont actuellement vacants. Les perspectives d'évolution de la répartition des psychiatres ne sont guère positives.

C. Des besoins qui vont aller croissant, et qui appellent une politique de recrutement coordonnée et organisée

On peut s'inquiéter de voir le nombre de médecins coordonnateurs avoir tendance à plafonner, quand on sait que le nombre d'injonctions à suivre ne pourra qu'augmenter ces prochaines années. Car une injonction de soins ayant une durée moyenne de 5,8 années et s'appliquant à l'issue d'une peine de prison de quelques années, les prononcés ont des effets à retardement. Si l'automatisme du prononcé de l'injonction de soins par rapport aux conclusions de l'expertise introduite en août 2007 a pu commencer à avoir des conséquences sur l'application de l'injonction de soins dès 2008, en revanche l'extension du dispositif à d'autres infractions que celles de nature sexuelle intervenue en 2005 et 2007 n'a sans doute pas encore produit tous ses effets. L'ampleur et le rythme de cette augmentation sont, à ce jour, difficiles à prévoir. Le ministère de la Justice et des Libertés estime que le chiffre des personnes placées sous injonction de soins pourrait d'ici quelques années plus que doubler pour atteindre 7800, et demeurer stable à législation constante¹¹⁸.

Les besoins en coordonnateurs vont donc s'accroître avec l'augmentation du nombre de mesures, sans que les outils statistiques actuels permettent de chiffrer ce besoin futur autrement que de façon incertaine. Tout au plus peut-on considérer qu'à court terme, au regard des disparités et lacunes locales, il serait nécessaire de doter tous les tribunaux de grande instance qui n'en ont pas d'au moins deux coordonnateurs et de ne pas se contenter d'inscriptions multiples. À partir de cette considération, on peut évaluer approximativement le besoin immédiat de renforcement des listes à une centaine (soit plus de 50 %).

Ce besoin apparaît alors que la démographie médicale est peu favorable et que des besoins concurrents voisins grandissent aussi (expertises, médecins-relais pour les injonctions thérapeutiques).

Par ailleurs, le syndicat des psychiatres des hôpitaux estime que le nouveau statut de praticien des hôpitaux (décret du 29 septembre 2010 en application de la loi HPST) risque d'amplifier les manques en médecins coordonnateurs, puisque ce nouveau statut soumet désormais les activités d'expertises et autres activités rémunérées des praticiens hospitaliers à l'autorisation des directeurs d'établissement et à la condition de les exercer hors du temps de travail statutaire.

¹¹⁵ V. Annexes.

¹¹⁶ V. Annexes.

¹¹⁷ Une analyse fine réclamerait de prendre en compte avant tout les psychiatres hospitaliers.

¹¹⁸ Le coût de la rémunération des médecins coordonnateurs pourrait alors avoisiner 5 M €

La plupart des parquets ont pris au sérieux leurs tâches de recruteur : ils ont pris contact avec le conseil de l'ordre, avec la DDASS, avec la compagnie des experts ou avec les psychiatres locaux, ont recouru à des « appels d'offres », organisé des réunions juges-médecins, participé à des formations de psychiatres. Certaines cours d'appel ont inscrit ce point à l'ordre du jour de leurs conférences régionales de l'aménagement des peines.

D. Les conséquences du déficit sont de nature et d'intensité variables

Le déficit de coordonnateurs disponibles n'est pas sans conséquences.

Il arrive que les juges, en amont, renoncent à prononcer une injonction de soins, privilégiant le sursis avec mise à l'épreuve assorti d'une simple obligation de soins.

Plus grave : il peut arriver que les mesures prononcées ne soient pas exécutées (15 % d'entre elles à Paris selon la conférence régionale de mai 2009). Parfois, le juge de l'application des peines désigne un médecin coordonnateur qui ne traitera le dossier que lorsqu'il sera disponible ; ce dernier indique alors par écrit au juge qu'il le « met en attente ». Le juge de l'application des peines peut aussi pallier l'absence de coordonnateurs en confiant les condamnés les plus lourds directement à un médecin traitant et l'injonction de soins devient alors une sorte d'obligation de soins suivie par le juge de l'application des peines ou le conseiller d'insertion et de probation, qui entretiennent des relations directes avec le médecin traitant ou avec le CMP, relations d'une qualité et d'une intensité variables selon les lieux et les personnalités¹¹⁹.

Pour pallier l'absence de médecins coordonnateurs, a été parfois créée une consultation post pénitentiaire, pour évaluer et orienter le détenu sortant.

2.4.2.5 Quelques mesures simples pourraient être prises pour donner de la souplesse au dispositif de désignation

Pour remédier au manque, les juges de l'application des peines usent de palliatifs qui aboutissent à contourner la réglementation concernant la désignation du coordonnateur, et cela de deux façons.

D'abord, ils ne respectent pas le plafond des 20 cas. Ce plafond a été porté par l'arrêté du 24 janvier 2008 de 15 à 20. Il semble que ce chiffre ait été retenu assez arbitrairement. De nombreux médecins coordonnateurs sont sollicités bien au-delà. La situation du tribunal de grande instance de Bourges où chaque médecin coordonnateur suit 38 dossiers, est loin d'être isolée. Tel médecin coordonnateur rencontré par la mission en suit 73. L'article 2 de l'arrêté, qui prévoit que la DDASS, avant paiement, « puisse vérifier » auprès des autres DDASS que ce plafond global n'a pas été dépassé, sera plus aisément appliqué par l'ARS, nouveau payeur.

¹¹⁹ A Niort, dans les Deux-Sèvres, fonctionne depuis 2002 de façon apparemment satisfaisante un dispositif original formalisé dans une convention passée entre le secteur psychiatrique du centre hospitalier, le SPIP et le JAP, qui comporte une prise en charge pluridisciplinaire des obligations de soins par l'équipe hospitalière, et des rencontres triangulaires conseiller d'insertion et de probation-condamné-soignants.

Le conseil national de l'Ordre des médecins, consulté par la mission, est favorable au maintien de cette limitation, tenant pour « nécessaire que le médecin coordonnateur garde un contact avec la pratique clinique, ce qui ne peut se faire s'il consacre l'essentiel de son temps à la coordination ».

La mission propose plutôt de supprimer tout plafond. En effet, si l'on considère qu'un patient réclame en moyenne trois à quatre heures de suivi annuel (consultation, coordination et tâches administratives incluses), en suivre une cinquantaine requiert quatre à cinq semaines de travail, ce qui peut être considéré comme compatible avec d'autres responsabilités et d'autres types de consultations (on sait qu'un psychiatre libéral reçoit en moyenne 354 patients par an, à raison de neuf fois par patient). Les professionnels estiment, à juste titre selon la mission, qu'il leur revient d'évaluer leurs propres capacités. Il serait même plus sensé, si les coordonnateurs étaient plus nombreux, de fixer un minimum, pour garantir un apprentissage de la matière, notamment sur le plan judiciaire.

Recommandation n° 34. *Supprimer le plafond des dossiers susceptibles d'être confiés à un médecin coordonnateur. Le principe d'un maximum de personnes suivies simultanément étant fixé par décret (C santé publ., art. R. 3711-8), on pourra dans un premier temps relever de manière significative ce plafond par arrêté.*

Autre palliatif : parfois, un médecin exerce successivement la fonction d'expert puis de coordonnateur pour un même condamné. Or l'article R. 3711-8 du code de la santé publique interdit de désigner comme médecin coordonnateur d'un condamné un médecin qui serait intervenu en qualité d'expert au cours de la procédure judiciaire. Le médecin coordonnateur ne peut non plus devenir le médecin traitant de la personne condamnée, ni procéder à son expertise au cours du suivi socio-judiciaire. Ces incompatibilités sont facteurs de rigidité. Ainsi à Angoulême, un des trois médecins coordonnateurs, seul expert psychiatre en Charente, ne peut être désigné dans les dossiers qu'il a connus au stade de l'expertise (Cf Rapport de politique pénale 2008).

Il semble à la mission, après qu'elle a entendu nombre de médecins exerçant les trois fonctions, que, pour un même patient, seule l'interdiction du cumul coordonnateur/traitant et celle de l'exercice¹²⁰ successif des fonctions de coordonnateur puis d'expert doivent être conservées. La proximité des fonctions d'expert judiciaire puis de coordonnateur, chargé de procéder en quelque sorte à des expertises longitudinales du condamné, mérite en revanche d'être soulignée. La prise en charge initiale du patient par un coordonnateur qui l'a préalablement expertisé peut y gagner en pertinence et en rapidité. De toute façon, à tout moment le juge de l'application des peines peut, tout comme le coordonnateur ou le traitant, provoquer une nouvelle expertise par un tiers. En Wallonie, la confusion des fonctions existe, au sein des centres d'appui

¹²⁰ Le conseil national de l'Ordre des médecins reste hostile au cumul des fonctions. Cette règle du non cumul lui paraît « être une garantie d'impartialité et d'indépendance du médecin, apportée aux personnes comme de respect de leurs droits ». V. Annexes.

Recommandation n° 35. *Supprimer l'incompatibilité, pour une même personne, entre la fonction d'expert intervenant avant la libération et celle de coordonnateur intervenant ultérieurement.*

2.4.2.6 Divers obstacles au recrutement de coordonnateurs peuvent être aplanis

Si les mesures applicables à partir de mars 2008 (augmentation du plafond de cas suivis et revalorisation de la rémunération) ont commencé de porter leurs fruits, elles demeureront insuffisantes pour faire face aux besoins futurs. La mission estime qu'on peut aller plus loin sans nuire à la qualité de la coordination, bien au contraire. Certains obstacles au recrutement se révèlent d'ordre culturel et intellectuel, d'autres portent sur la responsabilité de la fonction des médecins coordonnateurs, d'autres sont d'ordre simplement administratif.

A. Les obstacles culturels sont primordiaux

La fonction, peu connue et peu considérée, ne suscite guère de vocations. Nombre de médecins refusent par principe de devenir des auxiliaires de la justice et de la « défense sociale ». En tant que psychiatres ils peuvent considérer que l'absence de demande spontanée est un obstacle au traitement. Enfin certains craignent d'être démunis face à ce type de patient qu'ils n'ont pas appris à traiter dans leurs études ou à l'occasion de leur pratique.

Il faut miser davantage sur les centres de ressources qui, de concert avec les magistrats, en charge de l'exécution et de l'application de la peine, ont un rôle éminent à jouer pour faire évoluer les mentalités, par des actions d'information en direction des professionnels concernés. L'organisation en nombre suffisant d'activités de formation, de soutien et d'échanges entre professionnels peut être déterminante pour motiver des candidats et entretenir l'implication des inscrits.

Il convient de confier expressément et à titre prioritaire aux centres de ressources la mission de susciter des vocations. Il s'agit non seulement qu'ils fassent connaître la fonction auprès de professionnels susceptibles d'être intéressés, mais surtout qu'ils se montrent disposés à les épauler par tous moyens.

B. La question de la responsabilité du coordonnateur se pose

La question des responsabilités, pénale, civile, professionnelle, ou administrative des coordonnateurs a été souvent soulevée devant la mission par les intéressés qui souhaitent obtenir des réponses claires, tant de leurs compagnies d'assurances que des autorités publiques qui les nomment (le procureur de la République) ou les salarient (l'ARS). Ils sont d'autant plus inquiets que des campagnes médiatiques ont pu les mettre en accusation. De fait, s'ils n'ont, tout comme le médecin traitant, qu'une obligation de moyens et non de résultat il ne peut être exclu que la victime d'une récidive cherche à les mettre en cause pour un manque de vigilance.

La circulaire DGS/MC du 18 juin 2008 ne répond que partiellement à la question en rappelant que les coordonnateurs en tant que collaborateurs occasionnels du service public sont, à l'instar des agents publics non titulaires, bénéficiaires d'une protection juridique de la collectivité publique dont ils dépendent.

Recommandation n° 36. *Diffuser une note conjointe des ministères de la Santé et de la Justice sur la responsabilité des médecins coordonnateurs.*

C. Les exigences de formation peuvent être assouplies

L'arrêté du 24 mars 2009 fixe le contenu de la formation théorique exigée des candidats à la fonction de coordonnateur non psychiatre. Il est à l'évidence regrettable que cet arrêté ait été pris neuf ans après que le décret du 18 mai 2000 ait prévu d'élargir la fonction aux médecins « ayant suivi une formation répondant aux conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé ».

Cette formation comporte les modules suivants : cadre juridique de l'injonction de soins (10 heures), examens et expertises effectuées au cours de la procédure pénale et en détention (20 heures); clinique, diagnostic et thérapeutique des auteurs de violences (50 heures); recherche et études de cas (20 heures). La formation peut être suivie en continu ou en discontinu, au sein d'un même ou de plusieurs organismes de formation ou universités¹²¹.

D'après les professionnels rencontrés par la mission, la fonction de médecin coordonnateur réclame en effet un bagage théorique mais surtout de l'expérience en tant que praticien. L'exigence de formation ne semble pas superflue. Cependant, l'offre de formation est encore insuffisante. Par exemple les médecins de l'Aquitaine ne peuvent se former qu'à Poitiers : pour les généralistes libéraux il peut être difficile de se libérer. Il appartiendra aux centres de ressources d'accroître cette offre, en la suscitant et en la fournissant pour partie.

Un mécanisme de validation des acquis de l'expérience devrait en outre permettre de dispenser au cas par cas le candidat d'une partie de la formation.

Par ailleurs, à titre provisoire, un candidat pourrait être inscrit sur une liste dès lors qu'il se serait engagé à suivre cette formation dans les deux ans, et qu'il bénéficierait du tutorat d'un confrère nommé désigné (éventuellement d'un collaborateur du centre de ressources).

Recommandation n° 37. *Assouplir les exigences de formation imposées aux non psychiatres par l'arrêté du 24 mars 2009, en étalant cette formation, en la couplant avec un tutorat, et en instituant un mécanisme de validation des acquis de l'expérience.*

¹²¹ Sur le site de l'Université de Strasbourg, la formation est proposée pour un coût de 1800 €

D. D'autres facteurs dissuasifs sont administratifs : délais de paiement et délais d'inscription sur les listes

La rémunération versée aux médecins coordonnateurs pour chaque personne suivie a été portée par l'arrêté du 24 janvier 2008 de 426,86 € à 700 € bruts (566 € nets) par année civile ; si le nombre de visites au cours de l'année est inférieur à trois par personne, le montant de cette indemnité forfaitaire est divisé par deux, soit 350 € bruts (283 € nets). Aux dires des interlocuteurs de la mission, ces montants sont suffisants compte tenu du temps réellement passé à cette tâche. En revanche, il a été signalé çà et là des délais de paiement excessifs. Il appartient aux services de l'application des peines, qui attestent le service fait, et aux ARS qui liquident ensuite en fin d'année la rémunération d'être vigilants sur ce point.

Recommandation n° 38. *Raccourcir dans les tribunaux et les ARS les délais préalables au paiement des coordonnateurs.*

Les délais d'inscription peuvent constituer un autre frein. A la mission a été mentionnée la candidature d'un médecin qui a attendu plus d'un an pour recevoir une réponse. Il faudrait accélérer la procédure. Actuellement le procureur de la République inscrit un candidat sur la liste des coordonnateurs après avoir sollicité les avis du conseil départemental de l'Ordre des médecins et de l'ARS. Les deux avis sont utiles pour vérifier les titres, l'absence de condamnations ou de procédures disciplinaires en cours. Il paraît normal d'impliquer l'ARS qui est l'employeur du coordonnateur, auxiliaire de justice certes, mais salarié du ministère de la Santé, et à laquelle il incombe de planifier l'offre de soins¹²².

Pour simplifier et accélérer la procédure d'inscription sur les listes de coordonnateur il conviendrait d'une part de formaliser quelque peu l'expression des candidatures, d'autre part d'enfermer les instances consultées pour avis par le tribunal dans un délai strict (un mois serait raisonnable). Restera au procureur de la République, qui est intéressé au premier chef, à dynamiser sa propre procédure.

L'augmentation du nombre de médecins coordonnateurs devrait permettre à terme une gestion plus dynamique des listes pour corriger certains dysfonctionnements constatés çà et là. Le procureur de la République a la possibilité de ne pas renouveler un coordonnateur.

Recommandation n° 39. *Formaliser la candidature à la fonction de coordonnateur, qui devra la motiver et remplir les rubriques d'un formulaire-type.*

Recommandation n° 40. *Rendre tacites et enfermer dans un délai les avis formulés concomitamment par l'Ordre des médecins et par l'agence régionale de santé.*

¹²² Mais il est inutile que l'ARS consulte elle aussi le conseil de l'ordre avant de formuler son propre avis, comme elle le fait parfois.

2.4.2.7 Faut-il élargir la fonction aux psychologues ?

L'éventualité de permettre à un psychologue de devenir coordonnateur a été examinée par la mission. Certes les psychologues peuvent désormais être désignés comme traitants de personnes soumises à une injonction de soins. Dans l'état actuel des ressources psychiatriques disponibles, il peut paraître dommage de se priver d'élargir le vivier des coordonnateurs, puisqu'on dénombre dans les seuls secteurs de psychiatrie générale, 2 400 psychologues pour 3200 psychiatres. Mais cette hypothèse suscite des opinions partagées parmi les professionnels.

Les arguments favorables sont leur plus grande disponibilité, leur expérience fréquente de la prise en charge des troubles de la personnalité et du maniement des tests, leur connaissance et leur pratique des approches thérapeutiques groupales, leur habitude de travailler en réseau. Leur présence en CMP et en milieu pénitentiaire est importante.

Les arguments contraires sont également dignes de considération. Comment un psychologue pourra-t-il orienter le condamné vers un médecin ? Comment discuter avec lui de la pertinence d'un traitement, en particulier hormonal ? Comment provoquer un changement de médecin traitant en cas de désaccord sur les moyens thérapeutiques à engager ?

Il a paru à la mission qu'ouvrir la fonction de coordonnateur aux psychologues serait courir le risque d'affaiblir une fonction essentielle du dispositif, alors même qu'un coordonnateur médecin rencontre parfois déjà quelques difficultés à se positionner vis-à-vis de ses confrères traitants.

2.4.3 Le praticien traitant

En milieu ouvert la personne condamnée à une injonction de soins peut se faire suivre par un médecin traitant et/ou un psychologue traitant¹²³, au libre choix de cette personne mais avec l'aval du médecin coordonnateur qui s'assure de l'accord du praticien traitant à cette prise en charge¹²⁴.

Le médecin traitant, ou le psychologue traitant, a notamment pour rôle de définir et mettre en œuvre la thérapeutique appropriée, de délivrer au patient des attestations de suivi de traitement et d'informer sur certaines situations le médecin coordonnateur, le juge de l'application des peines ou le service pénitentiaire d'insertion et de probation.

Cette information, qui est strictement encadrée par des dérogations légales (Cf *supra*, 1.6 Dispositif sanitaire) compte tenu de l'exigence de respect du secret professionnel auquel est tenu le praticien traitant, peut revêtir un caractère obligatoire¹²⁵.

¹²³ C'est en vertu de l'article L.3711-4-1 du code de la santé publique qu'à l'invitation du médecin coordonnateur et « si la personnalité du condamné le justifie » le condamné peut choisir, à la place ou en sus du médecin traitant, un psychologue traitant ayant exercé pendant au moins cinq ans.

¹²⁴ Le médecin traitant confirme son accord par écrit dans un délai de 15 jours au médecin coordonnateur (C. santé publ., art. R.3711-14).

¹²⁵ Il en est ainsi du refus ou de l'interruption du traitement intervenant contre l'avis du médecin traitant, situations qui imposent un signalement « sans délai » au médecin coordonnateur.

2.4.3.1 Une prise en charge des auteurs d'infraction sexuelle faisant l'objet de débats au sein des psychiatres et effectuée de façon prépondérante, mais avec de fortes variations d'accès, par les centres médico-psychologiques

A. Il n'existe pas, au sein de la communauté médicale psychiatrique, de consensus sur la place que doit occuper la psychiatrie dans la prise en charge des auteurs d'infraction sexuelle

Les débats sur les modalités de prise en charge médico-psychologique et socio-éducative des auteurs de violence sexuelle ont été évoqués en première partie de rapport. La place de la psychiatrie dans cette prise en charge mérite d'être particulièrement étudiée, compte tenu de l'absence de consensus des professionnels en la matière.

La mission a pu observer l'existence de profonds clivages au sein des psychiatres entre tenants d'une évaluation et d'une prise en charge psychiatriques ou sous conduite psychiatrique de la majorité des auteurs d'infraction sexuelle avec interrogation sur le passage à l'acte (courant psychiatrie et criminologie) et ceux qui sont opposés à cette approche extensive en écartant l'analyse criminologique de ce passage à l'acte (courant psychiatrie « classique »).

Ainsi que l'écrit, à propos de « l'expertise psychiatrique et l'analyse du passage à l'acte ¹²⁶ », le docteur Daniel ZAGURY, responsable du pôle Est du CRIAVS Ile-de-France, « dans le champ des délinquants sexuels, c'est indiscutablement la démarche extensive qui est en adéquation avec l'attente des magistrats et l'esprit de la loi ».

Il y a cependant, chez beaucoup de psychiatres, le sentiment que la société « se défasse » sur la psychiatrie de la problématique posée par les auteurs d'infraction sexuelle, en particulier du fait de l'absence de maladie mentale avérée chez la plupart des auteurs de violence sexuelle. C'est une crainte d'« amalgame entre sujets délinquants et patients psychiatriques » et de « psychiatrisation de troubles du comportement dans une volonté de défense sociale » (CRIAVS Aquitaine¹²⁷).

Cette crainte ne peut que s'accroître avec l'élargissement de l'injonction de soins à d'autres infractions que sexuelles par des lois successives (2005, 2007). Ainsi que l'écrivent¹²⁸ le professeur Jean-Louis SENON, PU-PH de psychiatrie, de l'université de Poitiers, et le docteur Cyril MANZANERA, psychiatre, « L'illusion d'un traitement psychique du crime. La nouvelle loi du 10 août 2007 est considérée à plusieurs titres comme très préoccupante par les soignants de psychiatrie. Elle majore...la confusion entre crime et maladie mentale. »

Dans le compte rendu de l'audition des psychiatres (ONDPS) déjà cité, il est notamment écrit que « les professionnels ne considèrent pas que toute la demande qui s'exprime relève du psychiatre, elle est en partie induite par les dysfonctionnements des institutions » et « l'élargissement du champ de la psychiatrie à celui de la santé mentale¹²⁹ appelle selon les professionnels auditionnés à la plus grande vigilance ».

¹²⁶ Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle *op.cit.*

¹²⁷ Evaluation du dispositif de l'injonction de soins 28 octobre 2010, centre hospitalier Charles Perrens, Bordeaux.

¹²⁸ L'obligation de soins dans la loi renforçant la lutte contre la récidive AJ Pénal 2007 p.367.

¹²⁹ La circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale ouvre le champ d'action de la politique publique de la lutte contre les maladies mentales à la notion de santé mentale.

Cependant à propos des psychopathes¹³⁰, le docteur Pierre LAMOTHE, médecin chef du SMPR de Lyon, CH Le Vinatier, indique que si « la plupart des psychiatres pensent que le psychopathe relève avant tout de la prison et qu'il est au-delà ou même hors du champ de la thérapeutique » il convient cependant de « se replacer dans une perspective thérapeutique du psychopathe qui n'est pas toujours désespérée¹³¹ ». De même le docteur Michel DUBEC, psychiatre, estime que « l'obligation judiciaire de soins en matière de psychopathie est une nécessité imposée par la violence incontrôlée de l'individu...et l'intérêt social¹³² ».

Les incertitudes sur les traitements à appliquer pour soigner les auteurs d'infraction sexuelle ainsi que sur leur efficacité n'ont donc pas été levées depuis la conférence de consensus de novembre 2001 (*op.cit.*), le syndicat des psychiatres des hôpitaux (SPH) évoquant devant la mission comme une des difficultés de mise en œuvre du dispositif d'injonction de soins un défaut de critères « scientifiques » de l'indication à poser pour les auteurs d'infraction sexuelle. Cette problématique rejoint celle à laquelle se trouvent confrontés les magistrats qui s'interrogent sur l'opportunité d'un traitement pour de telles personnes.

L'intérêt d'un traitement est également débattu lorsque la personne condamnée est dans une position de déni des faits. Certains psychiatres estiment que l'attitude de négation invalide toute démarche thérapeutique, d'autres à l'inverse considèrent que l'« alliance thérapeutique » développée au cours du temps entre thérapeute et patient est susceptible d'influer sur le négateur dans le sens d'une reconnaissance, au moins partielle, des faits.

La réalité de l'adhésion aux soins des personnes condamnées à une peine d'injonction de soins est aussi sujette à discussion d'autant que le caractère contraint de ces soins peut entraîner des comportements d'adhésion fictive. L'évaluation de cette adhésion est délicate. Cependant, les psychiatres rencontrés par la mission estiment qu'il n'est pas rare qu'une absence de demande initiale, voire une réticence, évolue plus ou moins rapidement au cours de la prise en charge vers un consentement, et même une adhésion bénéfique. De fait on observe que peu de personnes condamnées à une injonction interrompent les soins au point d'être sanctionnées par la mise à exécution d'une peine d'emprisonnement : une centaine par an. Inversement il arrive que la personne choisisse de les poursuivre au-delà de la durée de la peine.

B. Cette absence de consensus n'est pas sans impact sur les conditions d'accueil des auteurs de violence sexuelle au sein des consultations médico-psychologiques, qui sont le premier lieu de traitement des auteurs de violence sexuelle

Il y a donc un véritable débat au sein des médecins psychiatres, en particulier hospitaliers, sur la nécessité d'une prise en charge psychiatrique de nombreux auteurs d'infraction à caractère sexuel qui ne peuvent pas être classés en tant que malades mentaux : pour bien des médecins qui exercent au sein des consultations médico-psychologiques, qui sont les structures d'accueil d'une grande majorité des personnes soumises à une injonction de soins, les CMP ont déjà le plus grand mal à répondre aux besoins de la population « tout-venant » en tant qu'offreurs de soins de santé primaires.

¹³⁰ Les classifications internationales rangent la psychopathie dans les troubles de la personnalité.

¹³¹ Prise en charge de la psychopathie Audition publique HAS 15 et 16 décembre 2005.

¹³² Prise en charge de la psychopathie *op.cit.*.

Dans ces conditions, et sans minimiser le peu d'intérêt que certains de ces médecins portent aux auteurs d'infraction sexuelle et le fréquent défaut de formation aux psychopathologies du passage à l'acte, l'attitude assez fréquemment adoptée est un refus objectif de prise en charge. Cette attitude est confortée par le fait que l'injonction de soins vaut pour la personne qui y est soumise et non pas pour le soignant.

Ainsi, alors même que les CMP constituent, par le développement de leur réseau, un lieu de proximité de soins spécialisés propice à la prise en charge des personnes soumises à des soins pénalement ordonnés, celles-ci sont susceptibles de rencontrer des difficultés d'accès à ces structures. Des consultations post-pénitentiaires ont donc été créées dans certaines régions, notamment en région parisienne¹³³, par des responsables de structures sanitaires intra-pénitentiaires soucieux d'éviter une rupture de prise en charge à l'occasion de la libération du détenu.

L'enquête effectuée par la direction générale de la santé en 2008¹³⁴ auprès de l'ensemble des directions départementales de l'action sanitaire et sociale est éclairante dans la mesure où elle fait apparaître, les médecins traitants étant psychiatres dans la quasi-totalité des cas, le rôle essentiel de la psychiatrie publique dans la prise en charge des auteurs d'infraction sexuelle.

La prise en charge thérapeutique des personnes soumises pénalement à une obligation de soins en milieu ouvert, et notamment de celles soumises à une injonction de soins, devrait figurer parmi les axes prioritaires de la formation continue des soignants. La circulaire DGOS du 22 juillet 2010 inscrit la prise en charge sanitaire des détenus parmi les priorités de la formation des agents de la fonction publique hospitalière (personnels paramédicaux), pour les années à venir, mais elle ne dit rien des personnes placées sous main de justice en milieu ouvert dont le nombre est pourtant comparable à celui des détenus et dont la spécificité de la prise en charge devrait être mieux connue des praticiens.

Recommandation n° 41. *Prévoir d'inscrire la formation à la prise en charge sanitaire des personnes soumises à une obligation ou à une injonction de soins parmi les orientations nationales du plan de formation 2012 des personnels relevant de la fonction publique hospitalière.*

La difficulté patente est l'absence de stricte concordance entre la demande de soins engendrés par l'action judiciaire, même fondés sur une expertise psychiatrique, et la nature de l'offre publique de soins psychiatriques qui reste centrée sur la lutte contre la maladie mentale.

¹³³ La consultation post pénitentiaire de Fresnes, qui est une consultation externe du SMPR de Fresnes, a été créée en 2003 au sein du groupe hospitalier Paul Guiraud : elle accueille les patients déjà suivis dans les divisions de la maison d'arrêt de Fresnes dans une perspective de continuité des soins et est surtout ouverte aux personnes placées sous main de justice soumises à une mesure de soins pénalement ordonnés. Pour 2010 la file active est de 225 personnes dont 85 vues une seule fois, avec 1024 actes effectués (dont 450 consultations médicales, 489 entretiens psychologiques).

¹³⁴ Recueil d'informations sur la prise en charge par les médecins traitants dans le cadre de l'injonction de soins DGS 15 octobre 2008.

Il n'est pas rare que des CMP relevant des secteurs psychiatriques refusent de prendre en charge ce type de patient, sous le motif d'une saturation de fréquentation qui est d'ailleurs très souvent réelle. En réalité c'est souvent un manque de formation, voire la crainte d'être en rapport avec ce type de population, qui provoque une circonspection des professionnels du secteur, d'autant qu'en termes de prise en charge sanitaire en milieu ouvert il n'y a pas eu de moyens supplémentaires dégagés et qu'aucune priorité n'a été clairement édictée par les pouvoirs publics en faveur d'un soin pourtant obligé pénalement, et dont le non-respect est légalement sanctionné.

Un certain nombre de consultations, destinées aux personnes soumises à des soins pénalement ordonnés et de caractère plus ou moins spécialisé, ont été créées pour remédier à cette inadaptation fâcheuse pour l'efficacité de la prise en charge de ces personnes et, par là même, pour l'efficacité du dispositif d'injonction de soins pris dans sa globalité. Pour autant, la demande s'adressant à une multiplicité de traitants, il est impossible d'en quantifier le besoin.

Il est illogique d'obliger une personne à se soigner, sous peine d'être à nouveau incarcérée, si la puissance publique ne veille pas à la disponibilité d'une offre de soins accessible.

La mission s'est déplacée sur les lieux d'une consultation spécialisée pour les auteurs de violence sexuelle (CMP Armaillé de Paris) et a rencontré le promoteur d'une consultation destinée à l'accueil des personnes soumises à des soins pénalement ordonnés (injonction de soins, obligation de soins) mais non spécialisée dans celui des auteurs de violence sexuelle (Plate-forme référentielle du CMPA de Villefontaine en Isère).

La consultation spécialisée pour les auteurs de violence sexuelle du CMP Armaillé

Cette consultation est spécialisée pour les auteurs de violence sexuelle, majoritairement dans le cadre de soins pénalement ordonnés et s'effectue au sein du CMP Armaillé. Ce CMP, situé rue d'Armaillé à Paris 17^{ème} et dépendant du groupe public de santé Perray-Vaucluse, a mis en place, en sus d'une consultation de psychiatrie générale, une consultation spécialisée AVS. Le médecin responsable de la CSAVS est à la fois médecin coordonnateur et médecin traitant (mais pas pour les mêmes dossiers).

Cette consultation est caractérisée par :

- une absence de stigmatisation des auteurs de violence sexuelle
- une évaluation pluridisciplinaire réalisée avec trois axes, mobilisant trois catégories de professionnels : médico-psychiatrique par le psychiatre (en présence de l'infirmier), psycho-dynamique par le psychologue et psychomotricienne par le psychomotricien. Lors de cette évaluation il est posé comme préalable à la relation soignant-AVS la prise en compte de la loi avec introduction d'un tiers représenté par le système judiciaire : il est ainsi tiré profit de l'intervention judiciaire et de la contrainte légale, la place de chacun étant clairement précisée. L'AVS est informé sur les échanges d'informations avec les services judiciaires, sur l'accès aux documents d'expertise et sur le devoir d'alerte (juge de l'application des peines, MC) en cas de non suivi. L'approche est coordonnée et en équipe pluridisciplinaire avec travail de réseau avec les partenaires de justice (SPIP 75 en particulier).
- une réunion de synthèse qui permet la définition d'une stratégie de soins avec possibilité de mise en œuvre de thérapies individuelles, de thérapies de groupe, d'entretiens infirmiers, de thérapie psychomotrice

Moyens en personnels de cette consultation : 0,5 ETP de psychiatre, 0,8 ETP d'infirmier, 2x0,25 ETP de psychologue et 0,25 ETP de psychomotricien pour 80 personnes suivies en file active. Le 0,5 ETP de psychiatre a été obtenu de l'ARS au profit de cette consultation

Cette consultation spécialisée est la seule sur Paris et, de l'avis de son médecin responsable, il serait nécessaire d'en créer deux autres. En effet en l'absence de places au CMP Armaillé ce sont les CMP de secteur non spécialisés qui sont sollicités.

Le responsable signale pour la regretter l'absence de toute articulation entre les personnels soignants des lieux de détention et ceux du CMP Armaillé.

La plate forme référentielle (PFR) du CMPA de Villefontaine

En Isère Sud il existe deux PFR : au CMP adultes de Villefontaine et au CMP d'Echirolles

La PFR du CMPA de Villefontaine a quatre missions : accueillir, évaluer, orienter et, si possible, traiter les personnes placées sous main de justice (PPSMJ), sans spécialisation sur les AVS et avec des personnels ayant une pratique avérée ou ayant bénéficié d'une formation spécifique.

- 1) Accueillir : l'accueil doit être relativement rapide après la prise de contact (de une à trois semaines maximum);
- 2) Évaluer : l'évaluation doit être effectuée par au moins deux professionnels (médecin / psychologue);
- 3) Orienter : le patient demandeur sous injonction de soins (ou obligation de soins OS) est, après évaluation, orienté vers un parcours individualisé de soins de proximité adapté : soit il y a prise en charge dans la structure PFR, soit le patient ne pouvant se rendre sur la PFR pour ses soins se voit proposer, en lien avec le CRIAVS Rhône-Alpes la mise en place de soins de proximité. Si le sujet ne relève pas directement de soins mais d'un accompagnement (socio-éducatif par exemple) la PFR prend contact avec le CRIAVS pour mettre en place un tel accompagnement.
- 4) Traiter : la PFR peut être directement effectrice de soins (comme un praticien traitant) soit dans le cadre d'une prise en charge directe, soit par exemple d'une double prise en charge (ex : insertion de la PPSMJ dans un dispositif groupal et prise en charge dans un cabinet libéral). Cette prise en charge s'effectue lorsque la PPSMJ peut se déplacer jusqu'à la PFR. Quand elle ne le peut pas (éloignement, coût du transport trop important ou toute situation empêchant le déplacement du sujet avec entrave sur la régularité d'un soin), la PFR, sous la responsabilité du médecin responsable, et en accord avec le coordonnateur, organise une prise en charge PEC de proximité du soin ou de l'accompagnement en alliance avec le CRIAVS.

La PFR située au CMPA de Villefontaine comprend 2x0,5 ETP de médecin, 1,7 ETP de psychologue, 0,5 ETP d'animateur, 0,8 ETP de secrétariat

La PFR peut donc être directement une unité effectrice de soins. Une telle structure présente l'avantage d'une part de disposer d'un outil spécifique à destination des injonction de soins et OS sans pour autant qu'il y ait une stigmatisation, puisque l'accueil se fait dans le cadre d'une file active de psychiatrie générale, d'autre part de développer sur un territoire de santé des équipes effectrices de soins spécialisées proposant un certain nombre de dispositifs adaptés à la prise en charge de ces sujets (ex : PEC groupale).

Ces deux consultations, qui ont été créées toutes deux au sein d'une structure médico-psychologique publique, répondent à l'évidence à un réel besoin de prise en charge (accueil, évaluation, orientation et/ou traitement) par des équipes formées, spécialisées et pluridisciplinaires. Elles permettent d'éviter le rejet des auteurs d'infraction sexuelle hors du système de santé psychiatrique publique qui demeure leur seul réel offreur de soins. Par voie de conséquence leur création mérite d'être soutenue par les autorités de tutelle régionales.

En l'état le projet de guide méthodologique pour l'élaboration des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) confiés aux ARS comporte, dans une version provisoire, un volet consacré à la prise en charge de la santé des détenus mais aucune mention de la prise en charge des personnes soumises à des soins pénalement obligés. Il serait pertinent que dans sa version définitive ce point y figure.

Recommandation n° 42. *Demander aux ARS d'inclure dans le schéma régional d'organisation des soins l'offre de soins pénalement obligés et notamment la création éventuelle de consultations spécialisées au sein de certains CMP.*

2.4.3.2 Quelques problématiques relatives aux soins en milieu ouvert pendantes bien que de résolution utile et nécessaire

A. Une absence de place pour les psychologues libéraux dans le dispositif d'injonction de soins

Si le médecin traitant ne reçoit aucune indemnité spécifique, du moins la consultation de ce praticien par un auteur d'infraction sexuelle fait l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie lorsqu'il exerce en libéral. En revanche, l'absence de la prise en charge financière des consultations du psychologue traitant libéral ne fait à l'heure actuelle l'objet d'aucune réflexion.

Bien que l'intervention du psychologue traitant ait été prévue par la loi du 12 décembre 2005¹³⁵ et que les dispositions législatives applicables au médecin traitant le soient également au psychologue traitant¹³⁶, il n'a rien été prévu pour un remboursement par les organismes d'assurance maladie de la consultation d'un psychologue libéral. Il n'est guère possible dans ces conditions qu'un condamné soit suivi par un psychologue libéral compte tenu des sommes à déboursier. Si la place occupée par les psychologues dans la prise en charge thérapeutique des auteurs de violence sexuelle est déjà centrale, c'est uniquement par l'intermédiaire des psychologues salariés travaillant au sein de centres médico-psychologiques ou de réseaux de santé mentale.

¹³⁵ C. santé publ., art. L.3711-4-1.

¹³⁶ C. santé publ., art. L.3711-1 à L.3711-3 à l'exception du dernier alinéa de l'article L.3711-3 qui porte sur la possibilité donnée au médecin traitant de prescrire « tout traitement indiqué pour le soin du condamné y compris des médicaments inhibiteurs de la libido ».

La loi du 12 décembre 2005 qui visait notamment à mieux faire participer les psychologues à la mise en œuvre du dispositif d'injonction de soins trouve ainsi ses limites. Sans vouloir envisager l'inscription à la nomenclature générale des actes professionnels d'un acte spécifique pour les psychologues, il pourrait être étudié les conditions de versement sur le budget de l'Etat d'une indemnité forfaitaire, comme cela a été décidé pour les médecins coordonnateurs, pour les psychologues traitants libéraux qui suivent un auteur d'infraction sexuelle condamné à une injonction de soins.

Recommandation n° 43. *Etudier la mise en place d'une indemnité forfaitaire de suivi des auteurs d'infraction sexuelle pour les psychologues traitants exerçant à titre libéral.*

B. Une fréquente imparfaite connaissance des règles de déroulement de l'injonction de soins par le médecin traitant

Il a été rapporté à la mission, lors de ses entretiens avec des médecins coordonnateurs, que d'assez nombreux médecins traitants, en particulier libéraux, méconnaissent bon nombre de règles régissant l'injonction de soins, dont celles concernant leurs relations avec les autres professionnels parties prenantes de la mise en œuvre de l'injonction de soins (médecin coordonnateur, juge de l'application des peines, service pénitentiaire d'insertion et de probation).

Il convient de souligner que, s'agissant du seul secret médical, les dérogations à ce secret pour le médecin traitant sont relativement complexes et la lecture sur ce sujet du Cahier des Actualités Sociales Hebdomadaires ASH de juin 2010 consacré au traitement judiciaire des auteurs d'infraction sexuelle (*op.cit.*) est particulièrement révélatrice de cette complexité¹³⁷. Quant aux recommandations de bonne pratique de juillet 2009 sur la « prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans » (*op.cit.*) de la Haute autorité de santé elles ne constituent pas plus le document de référence commode auquel pourrait se rapporter un médecin traitant. Il en est de même du guide de l'injonction de soins qui appelle une actualisation.

De fait le médecin traitant n'a souvent comme seule source d'information que le courrier d'information que lui adresse le médecin coordonnateur sur sa désignation en tant que médecin traitant. Ce courrier, qui ne comporte pas de modèle type, est de contenu variable, ainsi qu'a pu l'observer la mission, et ne permet pas toujours au médecin traitant de prendre une pleine connaissance des responsabilités qu'il doit assumer dans le cadre d'une injonction de soins. En outre il pourrait être intéressant que la Haute autorité de santé approfondisse ses recommandations de juillet 2009 (*V. supra*) en concevant un référentiel de bonnes pratiques spécifiquement destinées au médecin traitant.

Recommandation n° 44. *Prévoir l'élaboration d'un document type d'information du médecin traitant par le médecin coordonnateur.*

¹³⁷ Un tableau croisé sur « les dérogations au secret médical du médecin traitant dans l'injonction de soins » figurant dans cet ouvrage mentionne 12 réponses possibles selon la situation rencontrée et l'interlocuteur du médecin traitant.

Recommandation n° 45. Inviter la Haute autorité de santé à réaliser un référentiel de bonnes pratiques à l'usage du praticien traitant agissant dans le cadre d'une injonction de soins.

Le protocole tripartite (tribunal de grande instance-service pénitentiaire d'insertion et de probation-médecin coordonnateur), recommandé dans la partie du présent rapport consacrée au médecin coordonnateur, pourrait lui aussi contribuer à cette information.

2.4.4 Un rôle accru attendu des centres de ressources pour la prise en charge des auteurs de violence sexuelle

Le dispositif, initié en 2006, relatif aux centres de ressources pour la prise en charge des auteurs de violence sexuelle a été décrit plus haut (*Cf. supra*). Une fédération des centres de ressources est en cours de constitution.

La mission a systématiquement rencontré au cours de ses déplacements en régions les personnes travaillant dans le centre de ressources régional. Elle a, à chaque fois, pu constater l'implication de ces professionnels, pleinement investis dans leur mission. En Alsace par exemple, la création toute récente du CRAVS a donné plus de visibilité et de moyens à une action entreprise de longue date et reposant sur l'initiative de fortes individualités. Si la mission a choisi de décrire plus particulièrement le CRAVS d'Aquitaine, c'est en raison de l'intégration de différentes activités ou actions qui complètent de façon synergique l'activité principale du centre et elle n'en estime pas moins dignes d'un grand intérêt l'organisation et le fonctionnement des autres centres de ressources qu'elle a été amenée à visiter.

Le CRAVS Aquitaine est rattaché au centre hospitalier Charles Perrens à Bordeaux. Ce centre, dénommé ERIOS (équipe régionale d'information, d'observation et de soutien), est également porteur de l'équipe mobile de soins Inter-CD aux auteurs de violence sexuelle incarcérés dans les centres de détention. Les financements sont annuellement de 320 000 € pour ERIOS et de 335 000 € pour Inter-CD. ERIOS et Inter-CD font partie de la même unité avec mutualisation des moyens en personnels : 2,5 ETP de psychiatre, 3,5 ETP de psychologue, 2,5 ETP d'infirmier, 1 ETP de psychomotricien et 1 ETP de secrétaire soit au total 10,5 ETP.

ERIOS, ayant succédé à une précédente équipe d'observation et de soutien dans l'application de la loi de 1998 qui fournissait des conseils aux professionnels et proposait des soins spécialisés en ambulatoire, maintient une offre de soins individuels et projette de développer les prises en charge groupales. ERIOS assure les missions dévolues aux centres de ressources en matière de participation à la prévention, de mise en réseaux, de soutien et de recours des équipes, de formation des professionnels, de mise à disposition de documentation et d'impulsion de la recherche.

L'offre de soins spécialisés par ERIOS fait l'une des originalités de ce CRAVS. En effet cette offre, non conforme à la circulaire de 2006 qui excluait une substitution du centre « aux équipes de proximité » de même qu'« une prise en charge thérapeutique exclusive des patients », n'est cependant pas en contradiction avec les termes de la circulaire de 2008 qui confie aux centres de ressources « un rôle en matière de prise en charge adaptée des patients, notamment les cas les plus complexes ».

2.4.4.1 L'adossement d'une offre de soins spécialisés aux centres de ressources n'est pas systématisé

L'unité régionale de soins aux auteurs de violence sexuelle (URSAVS) de la région Nord-Pas de Calais, rattachée au SMPR et au pôle de psychiatrie du centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Lille, a une organisation et un fonctionnement proches d'ERIOS dans la mesure où l'URSAVS intègre un centre de ressources, une équipe mobile et un centre régional de soins spécialisés (CRSS). Cependant, et à la différence d'ERIOS, le CRSS a vocation à n'accueillir qu'un « nombre réduit de patients pour lesquels une prise en charge ultra spécifique dans le diagnostic, le soin et la prévention est nécessaire...Le CRSS ne sera pas le référent soignant du patient mais partenaire des centres de soins »¹³⁸.

Le centre de ressources en Ile de France CeRIAVSIF, qui possède trois implantations avec une structure parisienne et deux pôles ressources Ouest et Est, propose des réunions cliniques avec des professionnels de la justice, de la santé et du social, le traitement des demandes de conseils de professionnels (entretien téléphonique, rencontre, voire évaluation clinique), par une animation de divers réseaux, des conférences, des actions d'enseignement et de formation mais pas d'offre directe de soins. La question est pourtant posée par une des responsables du pôle Est du CRAVS Ile de France qui souhaiterait que ce pôle puisse dans le futur faire des évaluations individuelles d'AVS, si possible dans ses murs¹³⁹.

La place des centres de ressources dans le dispositif de soins spécialisés mérite d'être clarifiée. Il est possible de considérer qu'après de premières années de fonctionnement ciblé sur leurs activités de base nécessaire à la mise à niveau des professionnels (conseil, formation, animation), ces centres pourraient réorienter partiellement leurs moyens sur une offre de soins spécialisés pour les auteurs de violence sexuelle. L'expertise qu'apporte le centre de ressources doit reposer sur une pratique régulière qui va, en outre, de pair avec la recherche clinique indispensable. La participation à l'offre de soins spécialisés ne doit cependant pas nuire à leur capacité de mobilisation des acteurs et à leur fonction de recours.

Recommandation n° 46. *Systématiser la participation des centres de ressources à l'offre de soins spécialisés à des auteurs de violence sexuelle.*

¹³⁸ Projet médical et bilan URSAVS avril 2010.

¹³⁹ Les pédopsychiatres de l'établissement public de santé mentale de Ville-Evrard refuseraient que le centre de ressources accueille sur place des auteurs de violence sexuelle en raison de la fréquentation de cet établissement par des enfants.

2.4.4.2 La place des centres de ressources dans le recrutement des médecins coordonnateurs est à consolider

L'appui du CRAVS Aquitaine dans le recrutement des médecins coordonnateurs se traduit :

- en Gironde par un accompagnement (informations¹⁴⁰, documentation, mise en lien avec les juges de l'application des peines), par la proposition aux candidats de rencontrer un médecin coordonnateur en activité, par la description de situations rencontrées, par le prêt d'un bureau voire d'un secrétariat (pour libéraux ou retraités) par le centre hospitalier Charles Perrens,
- en Aquitaine par différentes actions qui sont à développer telles qu'une sensibilisation des conseils départementaux de l'Ordre des médecins, une participation à des réunions (conférence semestrielle sur l'aménagement des peines à la cour d'appel) ou encore une journée annuelle régionale des médecins coordonnateurs avec invitation des candidats en présence de partenaires extérieurs et autour de cas précis.

Le CRAVS Aquitaine a également pour projet la création d'un observatoire de la pratique des médecins coordonnateurs (sous forme de bilans annuels, signalements, difficultés...) avec utilisation d'une méthodologie rigoureuse : un tel projet doit cependant obtenir l'adhésion de ces médecins, ce qui n'est pas acquis.

Il ne semble pas que l'effort de recrutement de médecins coordonnateurs soit aujourd'hui partagé par tous les centres de ressources. Pourtant, et sans confier une quelconque exclusivité en ce domaine à ces centres, une participation active de ces structures apparaît clairement utile, sinon nécessaire.

Il convient de confier expressément et à titre prioritaire aux centres de ressources la mission de susciter des vocations. Il s'agit non seulement qu'ils fassent connaître la fonction auprès de professionnels susceptibles d'être intéressés, mais surtout qu'ils se montrent disposés à les épauler par tous moyens : mise à disposition de bureaux de consultation et de logistique pour les candidats retraités, soutien et discussions en staff pour les cas cliniques les plus complexes, organisation de rencontres avec d'autres médecins coordonnateurs ainsi qu'avec les juges et les conseillers d'insertion et de probation, visites de centres de détention...

Recommandation n° 47. *Officialiser la vocation des centres de ressources à susciter des candidatures à la fonction de médecin coordonnateur et les inciter à élaborer, en relation avec les juridictions de la région, un dispositif d'information sur la fonction.*

¹⁴⁰ Notamment transmission par courriels des nouveaux textes de lois ou réglementaires, des programmes des congrès, des références des nouvelles publications.

2.4.4.3 La contribution des centres de ressources à la construction d'une offre de soins adaptés est à développer

Cette action est à développer en direction de tous les acteurs sanitaires. Or le rôle du centre de ressources connaît des limites réelles en cette matière.

Ainsi le recours plus méthodique aux psychologues traitants est freiné par une formation souvent peu appropriée à la prise en charge des auteurs de violence sexuelle. Mais le centre peut largement contribuer à mobiliser les professionnels de santé du secteur hospitalier public sur la réalisation d'une offre de soins spécialisés.

Il convient donc que le centre de ressources soit clairement identifié comme un des moyens facilitateurs de la mise à disposition de soins spécialisés en CMP avec des soignants formés et disponibles.

Si des obstacles existent (surcharge des CMP, manque de formation) ils ne doivent cependant pas être considérés comme insurmontables. Depuis quelques années, croît une offre reposant sur des CMP intersectoriels ou « inter-polaires » qui, par la mise en commun de ressources et de files actives, ont la capacité de mettre en œuvre une authentique spécialisation avec prise en charge non seulement individuelle mais aussi groupale¹⁴¹.

Recommandation n° 48. *Renforcer le rôle des centres de ressources, en liaison avec les agences régionales de santé, dans le déploiement de l'offre de soins imposés aux auteurs de violence sexuelle.*

2.4.4.4 L'ouverture vers des partenaires extérieurs au secteur sanitaire s'impose

Une action doit être engagée pour l'articulation du centre de ressources avec les conseillers d'insertion et de probation et autres travailleurs sociaux dans le but de parvenir à une prise en charge globale qui est à l'heure actuelle insuffisante, quoiqu'essentielle.

Les centres de ressources entretiennent avec le monde judiciaire des relations qui pourraient être intensifiées. Beaucoup invitent des magistrats, le plus souvent des juges d'application des peines, à intervenir dans certaines formations. Cependant, on pourrait légitimement souhaiter que des magistrats ou des conseillers d'insertion et de probation puissent être conviés à participer à des actions de formation ou groupes de réflexion sur les thématiques qui leur sont communes.

Le centre de ressources ne doit pas être considéré comme un instrument à la seule disposition des acteurs sanitaires même s'il est financé exclusivement par le ministère de la Santé.

¹⁴¹ Un nombre trop faible de personnes suivies pour des soins pénalement ordonnés n'autorise le plus souvent pas le développement d'une prise en charge groupale. Selon le CRAVS Aquitaine « les prises en charge groupales sont plus indiquées que les individuelles pour des patients réputés avoir des troubles de la personnalité, un défaut d'empathie, un déficit de verbalisation, une tendance à minimiser leurs actes, etc. et pour lesquels la relation duelle aura beaucoup de risque d'être superficielle ».

Recommandation n° 49. *Mieux intégrer les partenaires extra-sanitaires dans l'accomplissement des missions des centres de ressources.*

2.4.4.5 La question de l'extension des missions des centres de ressources aux auteurs d'infractions autres que sexuelles se pose

Il appartient au ministère de la Santé, en liaison avec le ministère de la Justice, de se saisir de la question de la place des centres de ressources dans la prise en charge des condamnés à une injonction de soins pour un délit ou un crime de nature non sexuelle¹⁴². Il faut en effet s'attendre, compte tenu des évolutions législatives récentes, à une demande croissante de soins concernant ces personnes sans que le système de santé soit aujourd'hui en capacité, ou en volonté, de leur fournir des soins adaptés. L'apparente modération de la croissance des injonctions de soins au regard des infractions éligibles permet une approche pondérée de cette problématique.

Il a été clairement indiqué à la mission que cette prise en charge était susceptible de refus de la part de praticiens peu désireux d'être confrontés à des personnes, condamnées le plus souvent pour des faits de violence, susceptibles d'adopter des comportements agressifs et incontrôlés, potentiellement dangereux pour le praticien et son environnement professionnel ou sa patientèle.

Il importe en conséquence d'entamer rapidement une réflexion sur l'adaptation de l'offre sanitaire, à laquelle les centres de ressources pourraient être éventuellement parties prenantes, au regard de ces nouveaux profils de patients.

Recommandation n° 50. *Préciser rapidement les missions des centres de ressources pour les étendre éventuellement aux personnes violentes soumises à une injonction de soins.*

2.4.4.6 Il faut mieux exploiter les centres de ressources

Depuis leur création les centres de ressources se sont développés de façon assez autonome pour la mise en œuvre des circulaires qui définissent leurs missions.

Il serait aujourd'hui opportun de capitaliser leurs observations et de comparer leurs expériences, par l'exploitation de leurs rapports d'activité, dans la perspective d'une évaluation de l'injonction de soins.

Recommandation n° 51. *Synthétiser au niveau national les rapports d'activité des centres de ressources en tant qu'observatoires privilégiés de l'injonction de soins.*

¹⁴² Le jury de la conférence de consensus de 2001 recommande « plutôt que de créer une filière spécifique de traitement des agresseurs sexuels, d'organiser la prise en charge de ces patients au sein du dispositif sectoriel de prise en charge psychiatrique...avec un partenariat socio-éducatif ».

L'exploitation des rapports d'activité permettrait de construire utilement un socle d'indicateurs de l'activité de ces centres.

Recommandation n° 52. *Normaliser la présentation des rapports d'activité en y intégrant quelques indicateurs d'activité communs.*

L'activité des centres de ressources est tributaire de nombre d'injonctions de soins et d'obligations de soins à mettre en œuvre. Il serait donc très utile qu'ils puissent disposer de la part des autorités judiciaires d'informations quantitatives régulières sur les soins pénalement obligés. Il faudrait aussi demander à ces centres de centraliser les informations relatives à la dispensation de ces soins.

Recommandation n° 53. *Inviter les centres de ressources à recueillir auprès des procureurs de la République les chiffres disponibles relatifs aux injonctions de soins et aux obligations de soins ainsi qu'à regrouper les données relatives au nombre et aux modalités des soins prodigués.*

2.5 La fin de la mesure est gérée avec prudence

L'injonction de soins, sous réserve de la fixation de sa durée initiale assortissant une peine perpétuelle, est conçue pour avoir une fin.

2.5.1 L'échéance dans le cadre du suivi socio-judiciaire

Celle-ci peut être abordée de trois manières.

2.5.1.1 Le terme

Conçue comme une peine et un instrument de seul contrôle social, l'injonction de soins pourrait être regardée comme devant aller naturellement jusqu'à son terme et ce dans l'espoir que le condamné ait vécu la réponse sociale que constituait la condamnation comme dissuasive pour son avenir. Dans une telle conception, l'efficacité de la mesure passerait par toute la durée de l'injonction, elle-même en partie proportionnée à la durée de détention préalablement purgée et serait en contradiction avec le double objectif poursuivi par le législateur : contribuer à la réinsertion sociale du condamné et lui permettre de bénéficier du traitement adapté à son état, le tout contribuant à éloigner le risque de récidive.

Si l'on se place du seul point de vue de l'injonction de soins et en omettant les réserves parfois émises sur le bien-fondé de son prononcé, il est évident que le juge ne pouvait, au moment de sa décision, savoir précisément la durée du traitement nécessaire. Il faut donc considérer que la durée réelle de l'injonction devrait être intimement liée au caractère curatif attendu du traitement obligé. L'efficacité des soins enjoins et, par suite, l'inutilité éventuelle de leur poursuite devraient donc être les éléments centraux conduisant à mettre fin à l'injonction.

La réalité est plus complexe.

2.5.1.2 Le relèvement

Juridiquement, une personne condamnée à un suivi socio-judiciaire peut demander à être relevée de cette mesure. L'article 763-6 du code de procédure pénale organise cette procédure : la demande doit être portée devant la juridiction de condamnation ou devant la chambre de l'instruction s'il s'agissait d'un arrêt de cour d'assises. Elle ne peut être formulée avant une année à compter de la décision de condamnation et ne peut être réitérée qu'une fois par an.

Le législateur a prévu que cette procédure de relèvement était applicable au suivi socio-judiciaire dans son ensemble. Cependant, sans distinguer les obligations constitutives du suivi, il a prévu, à la charge du juge de l'application des peines saisi de la demande, que celui-ci ordonne une expertise médicale. Cette expertise, effectuée dans certains cas par une dualité d'experts, est transmise par le juge de l'application des peines à la juridiction saisie.

Cette procédure lourde, et par trop générale, peut cependant être simplifiée lorsque le reclassement du condamné est acquis et qu'un traitement n'est plus nécessaire. Dans cette hypothèse, le juge de l'application des peines statue après avis du procureur de la République, audition du condamné et avis du médecin coordonnateur. En application de cette procédure introduite par la loi du 10 mars 2010 le juge de l'application des peines peut ainsi mettre fin de manière anticipée à tout ou partie des obligations du suivi de socio-judiciaire et, plus particulièrement, à l'injonction de soins.

La mission n'a pu recueillir aucune donnée statistique sur ces procédures de relèvement. D'après les entretiens réalisés avec les magistrats en charge de l'exécution et de l'application des peines rencontrés, la formalisation de telles procédures est rare mais il faut tenir compte du caractère relativement récent de sa mise en application. Par contre l'ensemble des injonctions de soins n'est pas traité avec la même intensité et le même rythme.

2.5.1.3 Des injonctions modulées

Il apparaît que si, dans certains dossiers, une vigilance toute particulière est partagée par le juge de l'application des peines, le service d'insertion et de probation, le médecin coordonnateur voire le médecin traitant, le suivi d'autres cas d'injonctions de soins est effectué de façon allégée. En effet lorsque le service pénitentiaire d'insertion et de probation interprète l'évolution sociale et professionnelle du condamné comme significative d'une bonne insertion, le suivi socio-judiciaire dans toutes ses composantes tend à être moins contraignant. Sur le plan du traitement enjoint, la fréquence des consultations peut se trouver réduite à l'initiative du praticien traitant et à la connaissance du médecin coordonnateur. Ce dernier lui-même peut décider d'espacer ses rencontres avec la personne soumise à l'injonction. Il semble cependant qu'une telle évolution positive conduise rarement à accepter une demande de relèvement formulé par la personne condamnée ou encore à entreprendre une procédure de relèvement à l'initiative du juge de l'application des peines.

Les raisons de cette situation sont de deux ordres. D'une part, une véritable incertitude accompagne souvent les acteurs de l'injonction de soins. La psychiatrie et la psychologie ne sont pas des sciences exactes et, s'agissant plus particulièrement des auteurs d'infraction sexuelle, la prudence des praticiens est importante.

D'autre part, de manière certaine et parfois même clairement formulée, les praticiens judiciaires et sanitaires intervenants dans la mise en œuvre des injonctions de soins ne peuvent qu'être marqués par des mises en cause médiatiques qui accompagnent souvent les faits divers spectaculaires que constituent certains crimes odieux commis par tel ou tel auteur d'infraction sexuelle en état de récidive.

Les quelques cas récents de cette nature, pour autant qu'ils intègrent une injonction de soins, ne correspondaient pas à des condamnés dont l'amélioration de l'état et du comportement paraissait propre à fonder un allègement de l'injonction de soins ordonnée. On doit même à la vérité de dire que, la plupart du temps, les auteurs de tels crimes font partie de cette minorité redoutable des condamnés aussi modèles dans le respect formel du suivi socio-judiciaire et l'injonction de soins qu'ils l'étaient dans le respect de la discipline de leur lieu de détention.

Ces pratiques de suivi modulé sont au demeurant tout à fait compréhensibles. En effet le traitement enjoint est entrepris longtemps après le prononcé de la peine; d'autre part l'accompagnement du service pénitentiaire d'insertion et de probation pour les autres composantes du suivi socio-judiciaire ayant vocation à aider à la réinsertion du condamné et à prévenir la récidive, il est tout à fait normal que, dans certains cas, la durée du suivi et de l'injonction de soins puisse être réduite.

La simplification apportée en 2010 semble pourtant encore méconnue. Si elle ne conduisait pas à une multiplication relative des relèvements, il conviendrait de réfléchir à une autre forme de procédure. Il est en effet essentiel que des dossiers devenus objectivement inutiles qui encombrant les juges de l'application des peines, les services pénitentiaires d'insertion et de probation et les médecins coordonnateurs soient écartés au bénéfice du traitement particulièrement attentif qu'appellent certains cas préoccupants.

2.5.2 La fin de l'injonction liée à la surveillance judiciaire

Lorsque la surveillance judiciaire a été prononcée, c'est-à-dire lorsque la dangerosité d'une personne condamnée à une peine de réclusion criminelle ou une peine d'emprisonnement d'une durée égale ou supérieure à sept ans est établie par expertise médicale, l'injonction de soins prononcée est mise en œuvre selon des modalités analogues à celles du suivi socio-judiciaire. Sa durée est égale à la somme des réductions de peines dont avait bénéficié le condamné. Aucune modalité de relèvement n'a été fixée dans ce cas.

A l'issue de la période de surveillance judiciaire, la surveillance de sûreté peut être prononcée.

2.5.3 La fin de l'injonction liée à la surveillance de sûreté

Pour les personnes condamnées pour certains crimes notamment sexuels définis par l'article 706-53-13 du code de procédure pénale à une peine égale ou supérieure à 15 ans de réclusion criminelle et qui, à la fin de leur peine présentent une particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive parce qu'elles souffrent d'un trouble grave de la personnalité, la surveillance de sûreté qui comporte des obligations identiques à celles de la surveillance judiciaire peut être prononcée pour une durée de deux ans renouvelable. L'injonction de soins qui y est attachée comporte cette durée qui peut être abrégée suite à une demande de mainlevée.

S'agissant des deux derniers dispositifs évoqués leur caractère récent ne permet aucune analyse particulière.

3. TROISIEME PARTIE : LES CONDITIONS D'UNE EVALUATION DE L'EFFICACITE DU DISPOSITIF

Confrontée à la pauvreté des statistiques relatives au fonctionnement du dispositif de l'injonction de soins et à la population suivie, la mission n'a pu mener qu'un audit de processus peu quantifié. A fortiori, elle n'a pas pu mesurer l'efficacité du dispositif par rapport aux résultats attendus par le législateur.

Pour que puissent être d'une part régulièrement appréhendée l'évolution du dispositif sous ses divers aspects, et d'ici quelques années être évalué son impact sur les personnes concernées et sur les taux de récidive, la mission préconise que soient définis des indicateurs et que la recherche soit encouragée.

3.1 Des indicateurs doivent être définis

Il faut des indicateurs statistiques, totalement absents actuellement.

Il s'agit de connaître et de suivre les besoins de prise en charge, les prises en charge effectives, de mesurer les risques de dysfonctionnement du dispositif, et de cerner quelques indicateurs de résultats.

Les besoins de prise en charge doivent être mesurés suffisamment finement par divers indicateurs immédiats et prévisionnels, à différents niveaux : au niveau national, notamment pour prévoir les besoins de formation et de recrutement de coordonnateurs et d'experts ; au niveau régional, pour orienter le schéma d'organisation des soins de l'ARS ; au niveau du tribunal de grande instance, pour déterminer le besoin en coordonnateurs, en juges de l'application des peines, en conseillers d'insertion et de probation et en experts ; au niveau des secteurs psychiatriques, pour déterminer le besoin d'offre de soins.

On peut citer les indicateurs suivants: nombre d'injonctions de soins prononcées par tribunal de grande instance, nombre d'injonctions de soins en cours (avec durées et infractions commises), par tribunal de grande instance, et par région (ARS).

Parmi les indicateurs d'activité (recueillis par les ARS et par les centres de ressources) : le nombre de personnes effectivement prises en charge dans le cadre d'une obligation de soins ou d'une injection de soins, la durée des soins, la structure de prise en charge.

Concernant la prise en charge des auteurs d'infraction à caractère sexuel en milieu pénitentiaire et l'incitation aux soins, il conviendrait de suivre, par exemple, le taux d'auteurs d'infraction à caractère sexuel parmi les détenus dans les établissements spécialisés, le pourcentage des auteurs d'infraction à caractère sexuel incarcérés dans des établissements non spécialisés, l'existence de liste d'attente pour les auteurs d'infraction à caractère sexuel souhaitant consulter, ou encore leur taux de prise en charge par des groupes de parole PPR.

Concernant les facteurs de risque de dysfonctionnement, quantitatifs et qualitatifs, l'évolution de certaines données mérite d'être observée :

- nombre de dessaisissements entre juges d'application des peines, nombre de sorties avec ou sans désignation préalable d'un médecin coordonnateur qui constituent des risques de rupture entre milieu fermé et milieu ouvert ;
- nombre de médecins coordonnateurs par tribunal de grande instance,
- nombre de formations de 100 heures mises en place, par région et par département,
- nombre de cas suivis par coordonnateur, et nombre d'entretiens annuels par condamné,
- nombre de protocoles tripartites (tribunal de grande instance, service pénitentiaire d'insertion et de probation, médecins coordonnateurs) relatifs à la mise en œuvre de l'injonction de soins,
- nombre de schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) comportant un volet relatif aux soins pénalement obligés.

Parmi quelques indicateurs de résultats à connaître, mentionnons le taux de mise à exécution de la peine de prison pour non-respect de l'injonction, le taux de mainlevée (fin anticipée de la mesure), le taux de récidive des personnes ayant exécuté une injonction de soins ou en cours de mesure.

Recommandation n° 54. *Faire définir par les ministères concernés les indicateurs propres à permettre une évaluation du dispositif de l'injonction de soins.*

3.2 Des travaux d'étude et de recherche sont indispensables

Il apparaît évident que d'une manière générale il existe un réel besoin de travaux d'évaluation de l'impact des politiques pénales, et qu'il est nécessaire de mieux comprendre l'effet réel des décisions des juridictions et déterminer l'efficacité des réponses institutionnelles face aux délinquants.

Le rapport¹⁴³ présenté en janvier 2009 à la ministre de la Santé et des Sports et intitulé « Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie » insiste sur les faiblesses de la recherche en santé mentale, en particulier la recherche clinique et épidémiologique, et préconise un renforcement de cette recherche, notamment dans le domaine de l'évaluation des stratégies thérapeutiques.

La mission estime qu'un certain nombre de recherches pourraient être conduites sur l'injonction de soins, la participation ou l'encouragement à la recherche faisant au demeurant partie des missions assignées aux centres de ressources.

En effet, le recours à l'injonction de soins intervient dans un contexte porteur des incertitudes liées à la matière criminologique particulière que constituent la délinquance sexuelle, et plus globalement les infractions à l'occasion desquelles on s'interroge plus particulièrement sur le passage à l'acte.

¹⁴³ Rapport établi par M. Edouard COUTY avec pour rapporteur général le docteur Roland CECCHI-TENERINI et pour rapporteurs MM. Patrick BROUDIC et Dominique NOIRE.

Recommandation n° 55. *Faire des recherches visant à mieux comprendre les déterminants criminologiques des violences, notamment sexuelles, à travers l'histoire personnelle et familiale et l'environnement social de leurs auteurs.*

D'autres incertitudes accompagnent le choix des thérapies et leur mise en œuvre. La difficulté d'obtenir un consensus de la communauté des praticiens soignants sur l'intérêt de prodiguer des soins psychiatriques ou de fournir un accompagnement psychologique pour certains délinquants sexuels conduit notamment à se demander s'il est possible de déterminer ceux qui ne relèveraient pas de tels soins ou d'un tel accompagnement. Par ailleurs, s'agissant de l'efficacité des traitements antiandrogènes, dont la prescription demeure peu répandue, la possibilité ouverte par le législateur d'y recourir rejoint un large champ de recherche.

Recommandation n° 56. *Développer des recherches pour permettre de mieux discriminer parmi les auteurs de violence sexuelle ceux pour qui une prise en charge psychiatrique ou psychologique est indiquée.*

Recommandation n° 57. *Evaluer comparativement l'efficacité des diverses approches thérapeutiques : psychothérapie individuelle ou de groupe, psychothérapie, psychodynamique ou cognitivo-comportementale.*

La vérification de l'atteinte des objectifs fixés à l'injonction de soins en tant que mesure pénale doit être un objet de recherche. Les objectifs poursuivis consistent principalement à éviter la récidive, en particulier par la réduction de la dangerosité criminologique, et à améliorer l'état mental et psychique du sujet, au regard notamment de sa dangerosité psychiatrique.

Plusieurs niveaux d'analyse peuvent ainsi être envisagés. Un premier niveau concerne les objectifs poursuivis par les juridictions qui prononcent l'injonction de soins. Un deuxième niveau, relatif aux objectifs fixés par ceux qui l'appliquent, notamment le médecin coordonnateur, permet d'étudier la transformation d'une problématique de prise en charge, le condamné devenant un patient. Un troisième niveau se rapporte aux effets de l'injonction sur le patient, en interrogeant le médecin coordonnateur, le médecin traitant mais aussi le patient.

De façon générale, il est nécessaire d'apprécier de manière longitudinale l'évolution des personnes soumises à une injonction de soins.

Pour cela, une classification de l'état du patient doit être réalisée en début et en fin de mesure. Le docteur Bodon-Bruzel, chef du SMPR de l'établissement pénitentiaire de Fresnes, se fonde notamment sur l'absence de remords et de culpabilité, l'insensibilité et le manque d'empathie, l'impulsivité, l'incapacité d'assumer ses faits et gestes, et les addictions. Ces bonnes pratiques d'évaluation pourraient être systématisées.

Recommandation n° 58. *Développer des recherches permettant de mesurer l'effet de l'injonction de soins sur l'état clinique de la personne prise en charge, en détention et pendant le déroulement de la mesure, notamment en demandant à titre systématique au médecin coordonnateur un rapport de fin de mission.*

Il serait également pertinent d'essayer de mesurer l'adhésion du sujet aux soins et son impact sur la nature et l'effet du traitement.

En effet, le critère objectif que constitue l'assiduité et le respect des convocations ou des rendez-vous ne peut pas suffire à prouver l'adhésion aux soins. Quant à la négation, elle constitue le plus souvent un facteur de rejet de traitement. Cependant, elle ne paraît pas devoir s'accompagner sur la durée d'une imperméabilité à toute thérapie. Une recherche sur ces thèmes rendrait notamment nécessaire la consultation anonymisée de dossiers de conseillers d'insertion et de probation, de médecins coordonnateurs, voire de praticiens traitants.

Recommandation n° 59. *Encourager des études de cas anonymisés permettant d'analyser l'adhésion aux soins des personnes sous injonction de soins.*

La prévention de la récidive étant l'objectif majeur du dispositif d'injonction de soins, et bien qu'il soit prévisible que le facteur que constituerait cette peine dans la réduction de la récidive puisse être difficile à isoler, il est indispensable de mener un certain nombre de recherches pour tenter de cerner les relations de cause à effet.

Recommandation n° 60. *Conduire des recherches pour mesurer l'effet de l'injonction de soins sur la récidive en menant une étude longitudinale de cohortes selon des méthodes de mesure standardisées.*

La survenance rare mais toujours dramatique de faits de récidive tels que des viols assortis de meurtre pourrait utilement donner lieu à des analyses de processus pour identifier des éventuels dysfonctionnements et risques, à l'instar de ce qui a été développé par l'administration pénitentiaire et certains parquets et parquets généraux après des suicides de détenus.

Recommandation n° 61. *Réaliser dans des cas de récidive grave des analyses de processus susceptibles de révéler des dysfonctionnements dans la mise en œuvre de l'injonction de soins.*

L'injonction de soins n'est pas la seule forme de contrainte à des soins. Elle constitue une peine et, à ce titre, sa durée est préétablie en fonction de critères non exclusivement médicaux. Il conviendrait de replacer les études sur le fonctionnement et les effets du dispositif de l'injonction de soins dans une approche comparative des divers dispositifs de soins obligés, qu'ils correspondent ou non à une sanction pénale: obligation de soins, injonction thérapeutique, hospitalisations sans consentement. Dans le cadre de ces études et recherches, devra être posée notamment la question de l'impact thérapeutique de l'intervention de la société, et dans certains cas celle de la Justice, dans la relation entre médecin et patient. Cette approche globale dépasse le cadre du présent rapport.

Brigitte JOSEPH-JEANNENEY

Membre de l'Inspection générale
des affaires sociales

Patrick BEAU

Membre de l'Inspection générale
des services judiciaires

Docteur Gilles LECOQ

Membre de l'Inspection générale
des affaires sociales

Philippe GALLIER

Membre de l'Inspection générale
des services judiciaires

Liste des recommandations

Responsables :

J : Ministère de la Justice et des libertés

S : Ministère de la Santé

- Recommandation n° 1.** Améliorer les applications APPI et GIDE de manière à recueillir et croiser les données relatives au suivi socio-judiciaire et à l'injonction de soins et permettre une gestion prospective de ces peines.(J) 33
- Recommandation n° 2.** Intégrer dans les applications informatiques disponibles le moyen de formuler utilement des requêtes pour mesurer la place de l'injonction de soins, avant jugement, lors du jugement et après jugement.(J) 41
- Recommandation n° 3.** Entreprendre des recherches pluridisciplinaires dans le but d'améliorer les connaissances sur les causes et les processus d'apparition de la violence sexuelle (S/J). 43
- Recommandation n° 4.** Faire évaluer par la Haute autorité de santé les résultats des différentes thérapies appliquées vis-à-vis des auteurs de violence sexuelle.(S)..... 45
- Recommandation n° 5.** Assurer une meilleure diffusion du guide de l'injonction de soins actualisé auprès, notamment, des magistrats des juridictions. (S/J) 46
- Recommandation n° 6.** Prévoir l'élaboration et l'utilisation d'outils d'évaluation du programme sanitaire de prévention de la récidive.(S) 56
- Recommandation n° 7.** Prévoir l'élaboration d'un document type fixant dans le détail les informations pouvant être transmises par le médecin traitant en milieu ouvert au médecin coordonnateur.(S) 58
- Recommandation n° 8.** Institutionnaliser dans chaque Tribunal de Grande Instance une commission semestrielle permettant aux services concernés de partager leurs difficultés dans la mise en œuvre des peines.(J) 60
- Recommandation n° 9.** Proposer aux magistrats qui ordonnent les expertises des canevas de missions type qu'ils puissent comparer aux modèles de questions habituellement posées dans leurs décisions.(J) 61
- Recommandation n° 10.** Examiner à nouveau l'implantation géographique des établissements spécialisés pour l'accueil des auteurs d'infraction sexuelle en fonction de l'offre psychiatrique territoriale réellement disponible(S/J) 68
- Recommandation n° 11.** Hiérarchiser, en cas de liste d'attente, les demandes de prise en charge psychiatrique ou psychologique faites par les détenus. (S/J) 68

- Recommandation n° 12.** *Elaborer, dans le cadre de travaux communs Santé-Justice, un contenu type des attestations qui permette au magistrat chargé de l'application des peines d'apprécier la réalité du suivi sanitaire du détenu. (S/J) 68*
- Recommandation n° 13.** *Etudier la transformation de l'unité psychiatrique d'hospitalisation du SMPR de Fresnes, après évaluation de son programme de sessions thérapeutiques, en une unité à vocation nationale.(S/J) 68*
- Recommandation n° 14.** *Dématérialiser la totalité de la procédure de dessaisissement pour les suivis socio-judiciaires assortis d'une injonction de soins (J)..... 70*
- Recommandation n° 15.** *Modifier le code de procédure pénale (partie D) pour permettre l'envoi de la copie du dossier au juge de l'application des peines compétent au moins deux semaines avant la date de libération. (J)..... 70*
- Recommandation n° 16.** *Multiplier les désignations anticipées du médecin coordonnateur. (J) 71*
- Recommandation n° 17.** *Demander au médecin coordonnateur d'informer tous les tribunaux de grande instance où il est inscrit sur sa disponibilité. (J) 71*
- Recommandation n° 18.** *Utiliser systématiquement les permissions de sortir afin que les détenus puissent prendre contact d'avance avec le médecin coordonnateur et le traitant. (J/S) 71*
- Recommandation n° 19.** *Rappeler le caractère obligatoire de la communication des informations médicales détenues par les médecins des UCSA et des SMPR au médecin coordonnateur.(S) 72*
- Recommandation n° 20.** *Standardiser un document de liaison pour formaliser la transmission des informations essentielles entre professionnels sanitaires du milieu fermé et du milieu ouvert (coordonnateur et traitant) en cas de soins pénalement obligés. 72*
- Recommandation n° 21.** *Tirer d'ici un an, au niveau des ARS, le bilan de l'expérience des équipes mobiles faisant le lien entre milieu fermé et milieu ouvert et pouvant contribuer à une meilleure prise en charge initiale des cas les plus lourds.(S)..... 73*
- Recommandation n° 22.** *Clarifier dans un sens extensif la prise en charge financière des consultations lors des permissions de sortir.(J/S)..... 73*
- Recommandation n° 23.** *Intégrer dans le manuel de certification de la psychiatrie élaboré par la Haute autorité de santé une fiche concernant la continuité des soins prodigués aux détenus libérés.(S)..... 74*
- Recommandation n° 24.** *Introduire dans le référentiel relatif aux tribunaux de grande instance élaboré par l'IGSJ un point de contrôle visant le processus et les délais de mise en place de l'injonction de soins.(J) 74*
- Recommandation n° 25.** *Prendre en considération la diversité des profils des AICS dans le choix du type de prise en charge par l'administration pénitentiaire. (J) 75*

- Recommandation n° 26.** Mettre à disposition des juges de l'application des peines un tableau de suivi des injonctions de soins. (J) 77
- Recommandation n° 27.** Prendre en compte la spécificité de l'injonction de soins dans la répartition des dossiers au sein des services pénitentiaires d'insertion et de probation.(J) 78
- Recommandation n° 28.** Proposer des bonnes pratiques relatives à la périodicité des rapports des services pénitentiaires d'insertion et de probation et plus généralement à la communication réciproque des documents entre le juge de l'application des peines et le service pénitentiaire d'insertion et de probation. (J) 79
- Recommandation n° 29.** Créer un groupe national de travail réunissant des juges de l'application des peines et des conseillers d'insertion et de probation pour optimiser la communication des informations réciproques par APPI ou autres voies . (J)..... 79
- Recommandation n° 30.** Rédiger au niveau des deux ministères un vade-mecum du médecin coordonnateur des injonctions de soins.(S/J) 83
- Recommandation n° 31.** Confier à la Haute autorité de santé l'élaboration d'un référentiel à l'intention des médecins coordonnateurs.(S/J) 83
- Recommandation n° 32.** Recommander l'élaboration locale de protocoles tripartites (tribunal de grande instance-service pénitentiaire d'insertion et de probation-médecin coordonnateur) à partir d'un protocole-cadre.(J/S) 83
- Recommandation n° 33.** Demander aux ARS d'établir chaque année, en année pleine, le nombre de coordonnateurs payés, le nombre de cas par coordonnateur, et le nombre d'entretiens supérieurs à deux.(S) 85
- Recommandation n° 34.** Supprimer le plafond des dossiers susceptibles d'être confiés à un médecin coordonnateur. Le principe d'un maximum de personnes suivies simultanément étant fixé par décret (C santé publ., art. R. 3711-8), on pourra dans un premier temps relever de manière significative ce plafond par arrêté.(S)..... 88
- Recommandation n° 35.** Supprimer l'incompatibilité, pour une même personne, entre la fonction d'expert intervenant avant la libération et celle de coordonnateur intervenant ultérieurement.(S)..... 89
- Recommandation n° 36.** Diffuser une note conjointe des ministères de la Santé et de la Justice sur la responsabilité des médecins coordonnateurs.(S/J)..... 90
- Recommandation n° 37.** Assouplir les exigences de formation imposées aux non psychiatres par l'arrêté du 24 mars 2009, en étalant cette formation, en la couplant avec un tutorat, et en instituant un mécanisme de validation des acquis de l'expérience.(S)..... 90
- Recommandation n° 38.** Raccourcir dans les tribunaux et les ARS les délais préalables au paiement des coordonnateurs.(S/J) 91
- Recommandation n° 39.** Formaliser la candidature à la fonction de coordonnateur, qui devra la motiver et remplir les rubriques d'un formulaire-type(J/S)°.. 91

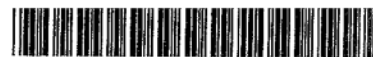
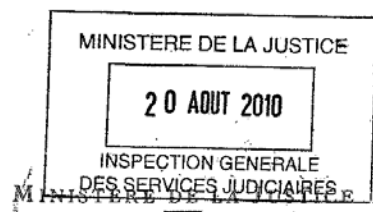
- Recommandation n° 40.** *Rendre tacites et enfermer dans un délai les avis formulés concomitamment par l'Ordre des médecins et par l'agence régionale de santé.(S)..... 91*
- Recommandation n° 41.** *Prévoir d'inscrire la formation à la prise en charge sanitaire des personnes soumises à une obligation ou à une injonction de soins parmi les orientations nationales du plan de formation 2012 des personnels relevant de la fonction publique hospitalière.(S) 95*
- Recommandation n° 42.** *Demander aux ARS d'inclure dans le schéma régional d'organisation des soins l'offre de soins pénalement obligés et notamment la création éventuelle de consultations spécialisées au sein de certains CMP.(S)..... 98*
- Recommandation n° 43.** *Etudier la mise en place d'une indemnité forfaitaire de suivi des auteurs d'infraction sexuelle pour les psychologues traitants exerçant à titre libéral.. (S)..... 99*
- Recommandation n° 44.** *Prévoir l'élaboration d'un document type d'information du médecin traitant par le médecin coordonnateur. (S)..... 99*
- Recommandation n° 45.** *Inviter la Haute autorité de santé à réaliser un référentiel de bonnes pratiques à l'usage du praticien traitant agissant dans le cadre d'une injonction de soins. (S) 100*
- Recommandation n° 46.** *Systématiser la participation des centres de ressources à l'offre de soins spécialisés à des auteurs de violence sexuelle.(S/J)..... 101*
- Recommandation n° 47.** *Officialiser la vocation des centres de ressources à susciter des candidatures à la fonction de médecin coordonnateur et les inciter à élaborer, en relation avec les juridictions de la région, un dispositif d'information sur la fonction(S/J). 102*
- Recommandation n° 48.** *Renforcer le rôle des centres de ressources, en liaison avec les agences régionales de santé, dans le déploiement de l'offre de soins imposés aux auteurs de violence sexuelle.(S)..... 103*
- Recommandation n° 49.** *Mieux intégrer les partenaires extra-sanitaires dans l'accomplissement des missions des centres de ressources.(S/J)..... 104*
- Recommandation n° 50.** *Préciser rapidement les missions des centres de ressources pour les étendre éventuellement aux personnes violentes soumises à une injonction de soins.(S) 104*
- Recommandation n° 51.** *Synthétiser au niveau national les rapports d'activité des centres de ressources en tant qu'observatoires privilégiés de l'injonction de soins.(S) 104*
- Recommandation n° 52.** *Normaliser la présentation des rapports d'activité en y intégrant quelques indicateurs d'activité communs (S)..... 105*
- Recommandation n° 53.** *Inviter les centres de ressources à recueillir auprès des procureurs de la République les chiffres disponibles relatifs aux injonctions de soins et aux obligations de soins ainsi qu'à regrouper les données relatives au nombre et aux modalités des soins prodigués.(S/J) 105*

- Recommandation n° 54.** *Faire définir par les ministères concernés les indicateurs propres à permettre une évaluation du dispositif de l'injonction de soins.(J/S)..... 110*
- Recommandation n° 55.** *Faire des recherches visant à mieux comprendre les déterminants criminologiques des violences, notamment sexuelles, à travers l'histoire personnelle et familiale et l'environnement social de leurs auteurs.(J/S) 111*
- Recommandation n° 56.** *Développer des recherches pour permettre de mieux discriminer parmi les auteurs de violence sexuelle ceux pour qui une prise en charge psychiatrique ou psychologique est indiquée.(S)..... 111*
- Recommandation n° 57.** *Evaluer comparativement l'efficacité des diverses approches thérapeutiques : psychothérapie individuelle ou de groupe, psychothérapie, psychodynamique ou cognitivo-comportementale. (S)..... 111*
- Recommandation n° 58.** *Développer des recherches permettant de mesurer l'effet de l'injonction de soins sur l'état clinique de la personne prise en charge, en détention et pendant le déroulement de la mesure, notamment en demandant à titre systématique au médecin coordonnateur un rapport de fin de mission. (S/J) 112*
- Recommandation n° 59.** *Encourager des études de cas anonymisés permettant d'analyser l'adhésion aux soins des personnes sous injonction de soins. (S)..... 112*
- Recommandation n° 60.** *Conduire des recherches pour mesurer l'effet de l'injonction de soins sur la récidive en menant une étude longitudinale de cohortes selon des méthodes de mesure standardisées.(J/S) 112*
- Recommandation n° 61.** *Réaliser dans des cas de récidive grave des analyses de processus susceptibles de révéler des dysfonctionnements dans la mise en œuvre de l'injonction de soins.(J/S) 112*

Liste des annexes

<i>Annexe 1.</i>	<i>Lettres de mission</i>	<i>121</i>
<i>Annexe 2.</i>	<i>Carte des établissements spécialisés dans la prise en charge des AICS..</i>	<i>123</i>
<i>Annexe 3.</i>	<i>Attestation de suivi UCSA de Mauzac</i>	<i>124</i>
<i>Annexe 4.</i>	<i>Ordonnance de désignation d'un médecin coordonnateur.....</i>	<i>125</i>
<i>Annexe 5.</i>	<i>Protocole de mise en œuvre du suivi socio-judiciaire. Tribunal de grande instance de Limoges.....</i>	<i>127</i>
<i>Annexe 6.</i>	<i>Arrêté du 24 mars 2009 relatif à la formation des médecins autre que psychiatres pouvant être inscrits sur la liste des médecins coordonnateurs</i>	<i>129</i>
<i>Annexe 7.</i>	<i>Carte de densité de psychiatres par région au 1^{er} janvier 2009.....</i>	<i>132</i>
<i>Annexe 8.</i>	<i>Carte des médecins coordonnateurs au 1er octobre 2010</i>	<i>133</i>
<i>Annexe 9.</i>	<i>Courrier de l'Ordre national des médecins.....</i>	<i>134</i>
<i>Annexe 10.</i>	<i>La prise en charge sanitaire des auteurs d'infractions à caractère sexuel en Belgique</i>	<i>138</i>
<i>Annexe 11.</i>	<i>Responsabilité pénale et soins en République Fédérale d'Allemagne.....</i>	<i>142</i>

Annexe 1. Lettres de mission



Paris, le 19 AOUT 2010

CABINET
DU MINISTRE D'ÉTAT
GARDE DES Sceaux, MINISTRE DE LA JUSTICE ET DES LIBERTÉS

LE DIRECTEUR DU CABINET

Note

A l'attention de

Monsieur André RIDE,
Inspecteur Général des services judiciaires

Objet : Mission d'évaluation du dispositif de l'injonction de soins créé par la loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs.

Depuis sa création par la loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, le champ de l'injonction de soins, déterminé par le code pénal et le code de procédure pénale, n'a cessé de s'étendre.

L'importance accrue de ce dispositif dans la prévention de la récidive, la gravité des infractions concernées et la tension qui peut en résulter pour un corps médical parfois sceptique quant à l'efficacité de ce type de mesure, rendent nécessaire de mener une étude approfondie sur le fonctionnement de l'injonction de soins, d'autant que l'impact de ces extensions successives sur le nombre nécessaire de médecins coordonnateurs et de médecins ou psychologues traitants n'a pas été évalué. En effet, le ministère de la Justice ne dispose pas de données disponibles sur le nombre d'injonctions de soins prononcées par les autorités judiciaires.

Je vous saurais en conséquence gré de bien vouloir procéder à l'évaluation du dispositif d'injonction de soins, pour recenser les moyens actuellement disponibles pour sa mise en œuvre, mesurer son efficacité et formuler un avis sur les moyens de l'accroître. Il s'agira également de quantifier le nombre de professionnels de santé nécessaires à son entière application et de proposer les actions pour atteindre ces effectifs.

Vous aurez soin de vous rapprocher à cet effet de l'Inspection générale des affaires sociales qui a été saisie de la même mission par le ministre de la santé et des sports.

Je souhaiterais pouvoir disposer de cette évaluation et de votre avis pour le 1^{er} janvier 2011 au plus tard.


François MOLINS

13, place Vendôme
75042 Paris Cedex 01
Téléphone : 01 44 77 60 60
<http://www.justice.gouv.fr>



Ministère de la Santé et des Sports

Cabinet

Paris, le 22 JUIL. 2010

CAB 3 – RLJ/FR – Me. D. 10-6713

Le directeur de cabinet
de la ministre de la santé et des sports

à

Monsieur le directeur de cabinet
de madame la ministre d'Etat,
Garde des Sceaux,
Ministre de la Justice et des libertés,

Objet : évaluation du dispositif de l'injonction de soins créée par la loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs modifiée.

Depuis sa création par la loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, le champ de l'injonction de soins, déterminé par le code pénal et le code de procédure pénale, n'a cessé de s'étendre.

L'importance accrue de ce dispositif dans la prévention de la récidive, la gravité des infractions concernées et la tension qui peut en résulter au regard de l'évolution défavorable de la démographie médicale rendent nécessaire de mener une étude approfondie sur le fonctionnement de l'injonction de soins, d'autant que l'impact de ces extensions successives sur le nombre nécessaire de médecins coordonnateurs et de médecins ou psychologues traitants n'a pas été évalué, en l'absence de données disponibles sur le nombre d'injonction de soins.

Aussi, je demande à l'Inspection générale des affaires sociales de procéder à l'évaluation du dispositif de l'injonction de soins, pour recenser les moyens actuellement disponibles pour sa mise en œuvre, mesurer son efficacité et formuler un avis sur les moyens de l'améliorer. Il s'agira également de quantifier le nombre de professionnels de santé nécessaires à son entière application et de proposer les actions pour atteindre ces effectifs.

J'ai l'honneur de vous faire connaître qu'au regard de l'importance de votre rôle quant à la conduite de cette politique, la participation à ces travaux de l'Inspection générale des Services judiciaires me semble également indispensable.

Pour ma part, je souhaiterais pouvoir disposer de cette évaluation pour le 1^{er} janvier 2011 au plus tard.

201000467860

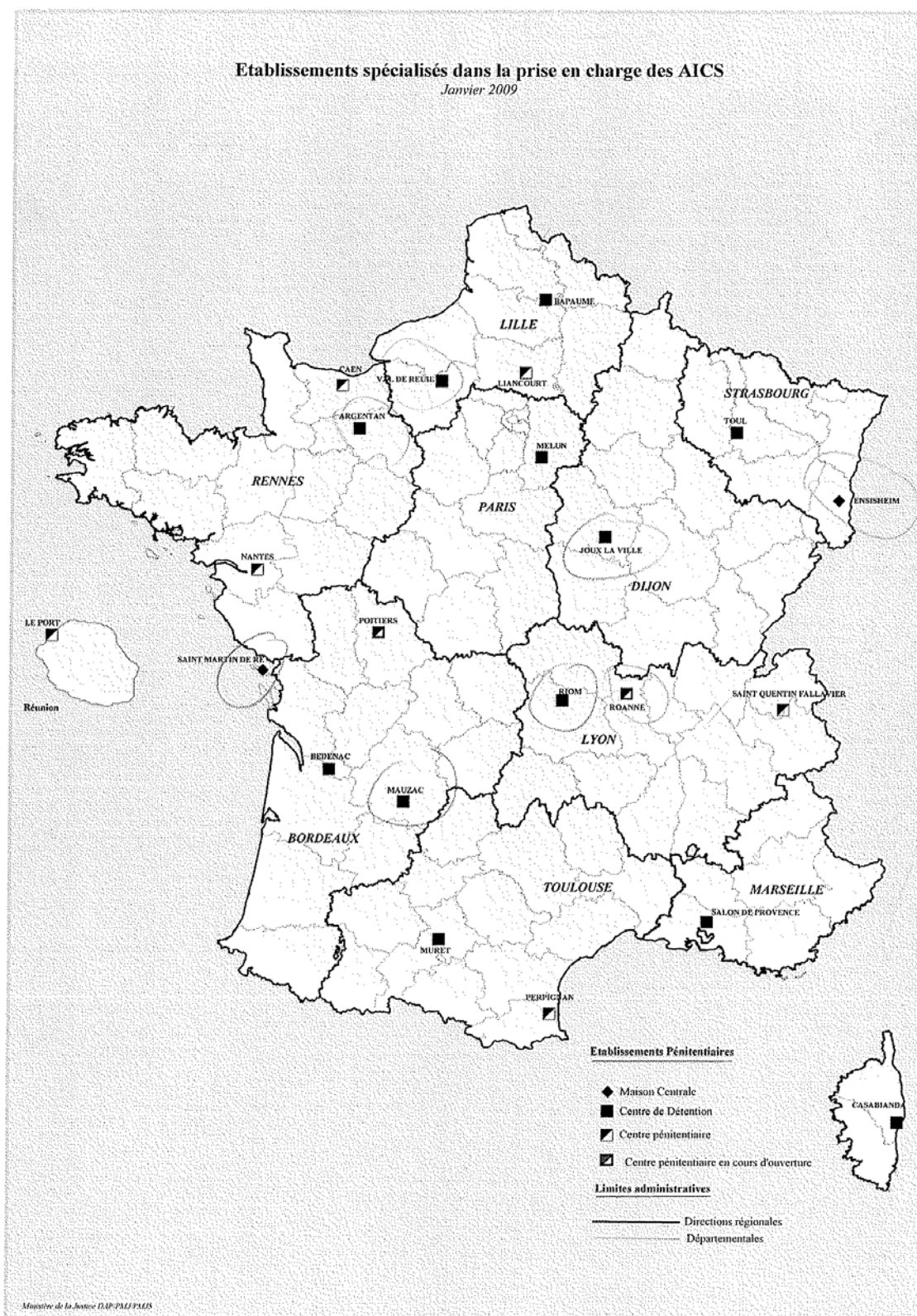


Olivier Le Gall

Olivier LE GALL

14 avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP - Tél. : 01 40 56 60 00
www.sante.gouv.fr

Annexe 2. Carte des établissements spécialisés dans la prise en charge des AICS



Annexe 3. Attestation de suivi UCSA de Mauzac

 Unité de Consultations et de Soins en Ambulatoire
 Centre de Détention
 24150 MAUZAC ET GRAND CASTANG
 Tél : 05.53.73.87.94 – Tél/Fax : 05.53.61.83.68

- ~~.....~~
Psychiatre
- ~~.....~~
Psychologue clinicienne
- ~~.....~~
Psychologue clinicien
- ~~.....~~
Psychologue clinicienne
- ~~.....~~
Psychologue clinicienne
- ~~.....~~
Psychologue clinicienne
- ~~.....~~
Infirmière psychiatrique
- ~~.....~~
Infirmière psychiatrique

ATTESTATION

Nous soussignons, Dispositif de soins psychiatriques, attestons que Monsieur ~~.....~~ *S. Baskin* est reçu depuis le *18.11.10* par l'équipe.

Fait à Mauzac, le *18.11.10*

UNITE DE CONSULTATION ET
 DE SOINS AMBULATOIRES DU CENTRE
 DE DETENTION DE MAUZAC

Annexe 4. Ordonnance de désignation d'un médecin coordonnateur

Tribunal de Grande Instance de Nanterre
Service de l'application des peines
179-191 Avenue Joliot Curie
92020 NANTERRE CEDEX

Cabinet de
Vice-présidente chargée de l'application des peines

N° Dossier:

Ordonnance de désignation d'un médecin coordonnateur

Le 10 février 2010,

Nous, _____, Vice-présidente chargée de l'application des peines au Tribunal de Grande Instance de Nanterre,

Vu la situation de L. _____ J. _____ Né le _____ à _____

Condamné par la Cour d'Assises de la Nouvelle Calédonie le 07 août 2000 à une peine de réclusion criminelle de 17 ans pour des faits de :

- VIOLS COMMIS PAR UN ASCENDANT OU UNE PERSONNE AYANT AUTORITE SUR LA VICTIME, faits commis entre le 03/04/1992 et jusque courant 1996,
- VIOLS COMMIS SUR LA PERSONNE D'UN MINEUR DE 15 ANS PAR UN ASCENDANT OU UNE PERSONNE AYANT AUTORITE SUR LA VICTIME, faits commis dans le courant des années 1987 et jusqu'au 02/04/1992 ainsi que dans le courant du mois de décembre 1998,

Admis au bénéfice de la **libération conditionnelle** par jugement du Juge de l'Application des Peines de Versailles en date du 04 décembre 2009, la libération conditionnelle étant notamment assortie d'une injonction de soins

Vu les articles 731-1 du code de procédure pénale et L3711-1 et suivants du code de la santé publique ;

Vu le procès verbal de notification des obligations de la libération conditionnelle en date du 11 janvier 2010 ;

Vu l'ordonnance désignant le Docteur _____ en qualité de médecin coordonnateur en date du 13 janvier 2010 ;

Vu le courrier du Docteur _____ reçu le 08 février 2010 demandant à être déchargée de sa mission ;

Pour la mise en oeuvre de l'injonction de soins, le juge de l'application des peines désigne, sur une liste de psychiatres ou médecins ayant suivi une formation appropriée, établie par le procureur de la République, un **médecin coordonnateur**.

Par Comparution, le juge
2010

PAR CES MOTIFS

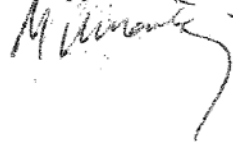
Désignons Monsieur le Docteur

Tel : _____) en qualité de médecin coordonnateur dans le
cadre de l'injonction de soins prononcée à l'encontre de J _____ L _____ dans la cadre
de sa libération conditionnelle,

Lequel aura pour mission de :

- . Prendre connaissance de tous documents utiles contenus dans son dossier pénitentiaire et notamment des précédentes expertises psychiatriques et médico-psychologiques dont il a fait l'objet,
- . Convoquer le condamné pour un entretien au cours duquel il lui fera part des modalités d'exécution des soins,
- . Inviter le condamné à choisir un médecin traitant, en cas de désaccord persistant sur le choix effectué, le médecin traitant est désigné par le juge de l'application des peines après avis du médecin coordonnateur,
- . Si la personnalité du condamné le justifie, inviter celui-ci à choisir un psychologue traitant ayant exercé pendant au moins 5 ans, et plus du médecin traitant ou a la place de celui-ci,
- . Transmettre au juge de l'application des peines ou à l'agent de probation les éléments nécessaires au contrôle de l'injonction de soins,
- . Convoquer périodiquement, et au moins une fois par an le condamné, pour réaliser un bilan de sa situation,
- Transmettre au juge de l'application des peines, au moins une fois par an, un rapport contenant tous les éléments nécessaires au contrôle de l'injonction de soins, ce rapport dressant le bilan précis de la mise en œuvre de l'injonction de soins et comportant, le cas échéant, des éléments d'appréciation sur l'évolution de la personne au regard de son besoin en soins ainsi que des propositions sur les modalités de poursuite de la mesure,
- . Informer, en liaison avec le médecin traitant, le condamné dont le suivi socio judiciaire est arrivé à terme, de la possibilité de poursuivre son traitement en l'absence de contrôle de l'autorité judiciaire et de lui indiquer les modalités et la durée qu'il estime nécessaire et raisonnable a raison, notamment, de l'évolution des soins en cours.

Fait à NANTERRE Le 10 février 2010
Le Juge de l'Application des Peines



Annexe 5. Protocole de mise en œuvre du suivi socio-judiciaire. Tribunal de grande instance de Limoges

PROTCOLE DE MISE EN OEUVRE DU SUIVI SOCIO - JUDICIAIRE

Définition du Suivi Socio-Judiciaire

Le suivi socio-judiciaire comportant obligatoirement depuis mars 2008 une injonction de soins est une peine dont la violation des obligations entraîne la mise à exécution par le juge de l'application des peines de tout ou partie de la peine d'emprisonnement fixé par la juridiction.
L'exécution de l'emprisonnement ne dispense pas le condamné de l'exécution du suivi socio-judiciaire.

D) Sur le rôle de chacun des intervenants

Le juge de l'application des peines (JAP) met en oeuvre la mesure de suivi socio-judiciaire en désignant le médecin coordonnateur.
Il rappelle au condamné les modalités du suivi socio-judiciaire, peut faire procéder à tout moment à des expertises et reçoit, pour le suivi de la mesure, les rapports du médecin coordonnateur et du Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP).
Il peut ordonner la mise à exécution de la peine d'emprisonnement si le condamné ne respecte pas les obligations imposées.

Le médecin coordonnateur reçoit le condamné au moment de la mise en oeuvre de la mesure et procède à la validation ou non du choix du médecin traitant proposé par le condamné; il peut lui même proposer le nom d'un médecin traitant.
Il convoque le condamné au moins une fois par an afin de réaliser un bilan de sa situation.
Il contrôle le respect de l'injonction de soins et en dresse un rapport à destination du juge de l'application des peines.

Le médecin traitant qui peut être un psychologue assure la phase exclusivement médicale.
Il peut, à sa demande, obtenir du médecin coordonnateur communication de toute pièce du dossier judiciaire.
Il délivre au probationnaire les attestations de suivi du traitement à destination du SPIP.
Il communique au médecin coordonnateur tout renseignement sur le suivi et notamment sur l'évolution du condamné et l'informe de toute difficulté survenue dans l'exécution de la mesure.

Le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) participe à prévenir la récidive par les mesures de surveillance et à seconder les efforts de réinsertion sociale de la personne condamnée par des mesures d'assistance.
Dans ce cadre il contrôle le respect des obligations tant générales que particulières pouvant être prononcées dans le cadre du suivi socio - judiciaire (articles 132-44 et 45 du code pénal) et recueille tous justificatifs transmis par le probationnaire.



Le probationnaire est tenu de respecter les obligations du suivi socio - judiciaire. Aucun traitement ne peut être entrepris sans son consentement mais le refus de soins entraîne la mise à exécution éventuelle de l'emprisonnement fixé tout comme le non respect des obligations de la mesure et notamment l'absence de comparution aux convocations des différents intervenants.

II) Sur les relations entre chacun des intervenants

Désignation du médecin coordonnateur

Au moment de sa désignation, le médecin coordonnateur reçoit du juge d'application des peines les documents utiles à l'accomplissement de sa mission (expertises, réquisitoire, jugements ou arrêts, rapports du SPIP) lesquels seront restitués à la fin de la mission. Dès le premier rendez-vous, il doit communiquer le nom du médecin traitant et fera toutes observations qu'il estimera utiles à cette occasion.

Rapports médecin coordonnateur- médecin traitant

Avant d'adresser un patient au médecin ou psychologue traitant, le médecin coordonnateur doit solliciter l'accord écrit de ce dernier pour la prise en charge du condamné.

Dès l'obtention de cet accord, il lui transmet le dossier judiciaire ainsi qu'un exemplaire du présent protocole.

Le médecin traitant doit, quant à lui, informer dans les plus brefs délais le médecin coordonnateur de toute difficulté mettant en péril le déroulement de la mesure; en cas d'absence du médecin coordonnateur, il peut s'adresser directement au juge de l'application des peines.

Le médecin coordonnateur est le seul intervenant pouvant recevoir des informations confidentielles d'ordre médical.

Rapports médecin coordonnateur- juge de l'application des peines

Le médecin coordonnateur devra périodiquement convoquer l'intéressé et au moins une fois par an afin d'élaborer un bilan de sa situation.

Il transmettra au juge d'application des peines un rapport sur le suivi de la mesure et l'évolution du condamné et adressera un rapport pour chaque incident.

Le juge d'application des peines informera le médecin coordonnateur de tout changement notable dans la situation du condamné.

Rapports juge de l'application des peines- service pénitentiaire d'insertion et de probation

Le juge d'application des peines communiquera au SPIP le nom du médecin coordonnateur désigné et la date de sa saisine.

Il pourra l'informer de tout élément de nature à affecter le bon déroulement de la mesure.

Le service pénitentiaire d'insertion et de probation élaborera un rapport semestriel sur l'évolution de la mesure et signalera tout incident.

Annexe 6. Arrêté du 24 mars 2009 relatif à la formation des médecins autres que psychiatres pouvant être inscrits sur la liste des médecins coordonnateurs

ARRETE

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

NOR: SASP0905524A

Version consolidée au 26 avril 2009

La ministre de la santé et des sports,

Vu le code de la santé publique, et notamment les [articles L. 3711-1](#), [R. 3711-3](#) et [R. 3711-5](#),

Arrête :

Article 1 [En savoir plus sur cet article...](#)

La formation requise en application de l'article [R. 3711-3](#) du code de la santé publique et permettant aux médecins non psychiatres d'être inscrits sur la liste des médecins coordonnateurs prévue à l'article L. 3711-1 comporte au minimum cent heures de formation théorique dispensées par une université ou par un organisme agréé de formation médicale continue.

Article 2 [En savoir plus sur cet article...](#)

La formation théorique comprend les modules suivants :

1° Connaissance du cadre juridique de l'injonction de soins.

D'une durée minimale de dix heures, ce module permet d'acquérir les connaissances sur :

- les données de base de droit pénal, de procédure pénale et d'organisation du système judiciaire (droit pénal général, droit pénal spécial, droit de procédure pénale, organes du procès pénal, organisation du procès pénal, droit pénal des mineurs, droit des victimes) ;
- les données de base de droit pénitentiaire et d'organisation du système pénitentiaire ;
- l'organisation des soins en milieu pénitentiaire.

2° Organisation de l'injonction de soins, examens et / ou expertises effectués au cours de la procédure pénale et en détention.

D'une durée minimale de vingt heures, ce module permet d'acquérir les connaissances sur :

— les [lois des 17 juin 1998, 12 décembre 2005, 5 mars et 10 août 2007 et 25 février 2008](#) sur l'injonction de soins et ses évolutions :

- champ et finalités de l'injonction de soins (suivi socio-judiciaire et autres modalités de prononcé de l'injonction de soins) ;
- rôle et obligations du médecin coordonnateur ;
- rôle et obligations du médecin ou du psychologue traitant ;
- place du juge de l'application des peines et des services pénitentiaires d'insertion et de probation ;
- les enjeux éthiques et déontologiques ;
- la distinction entre les différents cadres de l'obligation de soins dans le code de la santé

publique (injonction de soins, injonction thérapeutique, obligation de soins, hospitalisation sans consentement) ;

— les données de base sur les expertises et les examens médicaux et médico-psychologiques (contexte, finalités, expertise de dangerosité et utilisation des outils d'évaluation, notamment en référence aux conclusions des conférences de consensus et auditions publiques de la Haute Autorité de santé).

3° Clinique, diagnostic et thérapeutique des auteurs de violences, notamment sexuelles.

D'une durée minimale de cinquante heures, ce module permet d'acquérir les connaissances, à partir notamment d'études de cas, sur :

— les données de base de clinique psychiatrique et de psychopathologie et des différentes théories qui s'y rapportent, concernant notamment les auteurs de violences sexuelles ;

— la clinique du passage à l'acte ;

— les principaux traitements des maladies psychiatriques et des troubles de la personnalité ;

— les modes de prise en charge des auteurs de violences, notamment sexuelles ;

— des notions générales de victimologie et de psychocriminologie.

4° Recherche et étude de cas (vingt heures).

Article 3 [En savoir plus sur cet article...](#)

La formation peut être suivie en continu ou en discontinu, au sein d'un même ou de plusieurs organismes de formation ou universités.

Chaque université ou organisme de formation délivre une attestation de formation précisant le ou les modules suivis et le nombre d'heures effectivement suivies dans chaque module par le candidat et dont le modèle figure en annexe du présent arrêté. Cette attestation vaut engagement, de la part de l'université ou de l'organisme de formation, de la conformité de la formation dispensée aux dispositions de l'article 2 du présent arrêté, y compris pour les formations délivrées antérieurement à la publication du présent arrêté.

Pour l'application du 4° de l'article [R. 3711-5](#), le praticien qui souhaite exercer les fonctions de médecin coordonnateur et qui a suivi la formation mentionnée à l'article 2 du présent arrêté adresse la ou les attestations de formation au procureur de la République.

Article 4 [En savoir plus sur cet article...](#)

Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté et de son annexe, qui seront publiés au Journal officiel de la République française.

- Article Annexe [En savoir plus sur cet article...](#)

FORMATION DES MÉDECINS AUTRES QUE PSYCHIATRES POUVANT ÊTRE
INSCRITS SUR LA LISTE DES MÉDECINS COORDONNATEURS PRÉVUE À
L'ARTICLE L. 3711-1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Attestation de formation

Dénomination et adresse de l'organisme formateur Vu l'arrêté du

.....,

Les soussignés (*Nom et fonction exercée au sein de l'université ou de l'organisme de formation agréé*)

Attestent que :

M.(Nom) (Prénoms)

Né(e) leA

Demeurant

A effectivement suivi :

→ Une formation deheures sur la période au

correspondant au module " connaissance du cadre juridique de l'injonction de soins " prévu à l'article 2 de l'arrêté susvisé ;

→ Une formation deheures sur la période du au

correspondant au module " organisation de l'injonction de soins, examens et/ou expertises effectués au cours de la procédure pénale et en détention " prévu à l'article 2 de l'arrêté susvisé :

→ Une formation deheures sur la période du au

correspondant au module " clinique, diagnostic et thérapeutique des auteurs de violences, notamment sexuelles " prévu à l'article 2 de l'arrêté susvisé.

→ Une formation deheures sur la période du au

correspondant au module " Recherche et étude de cas " prévu à l'article 2 de l'arrêté susvisé.

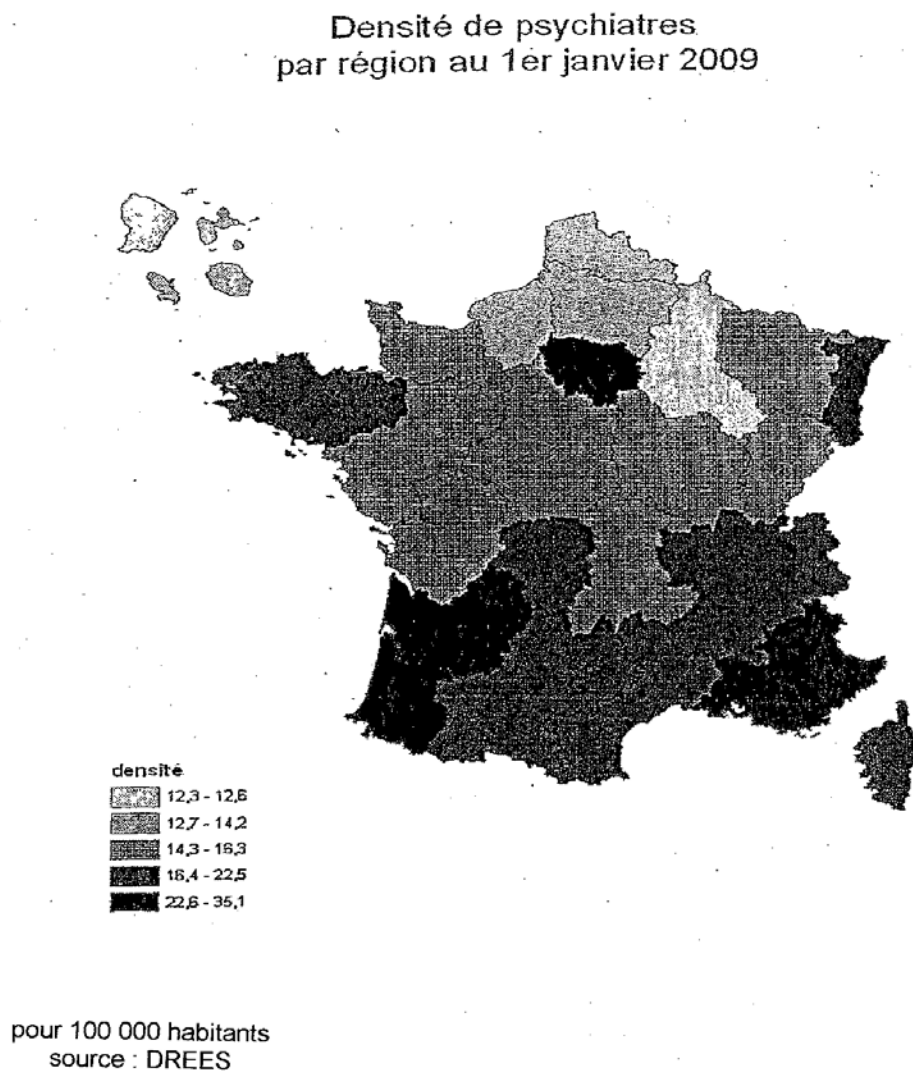
Fait à, le

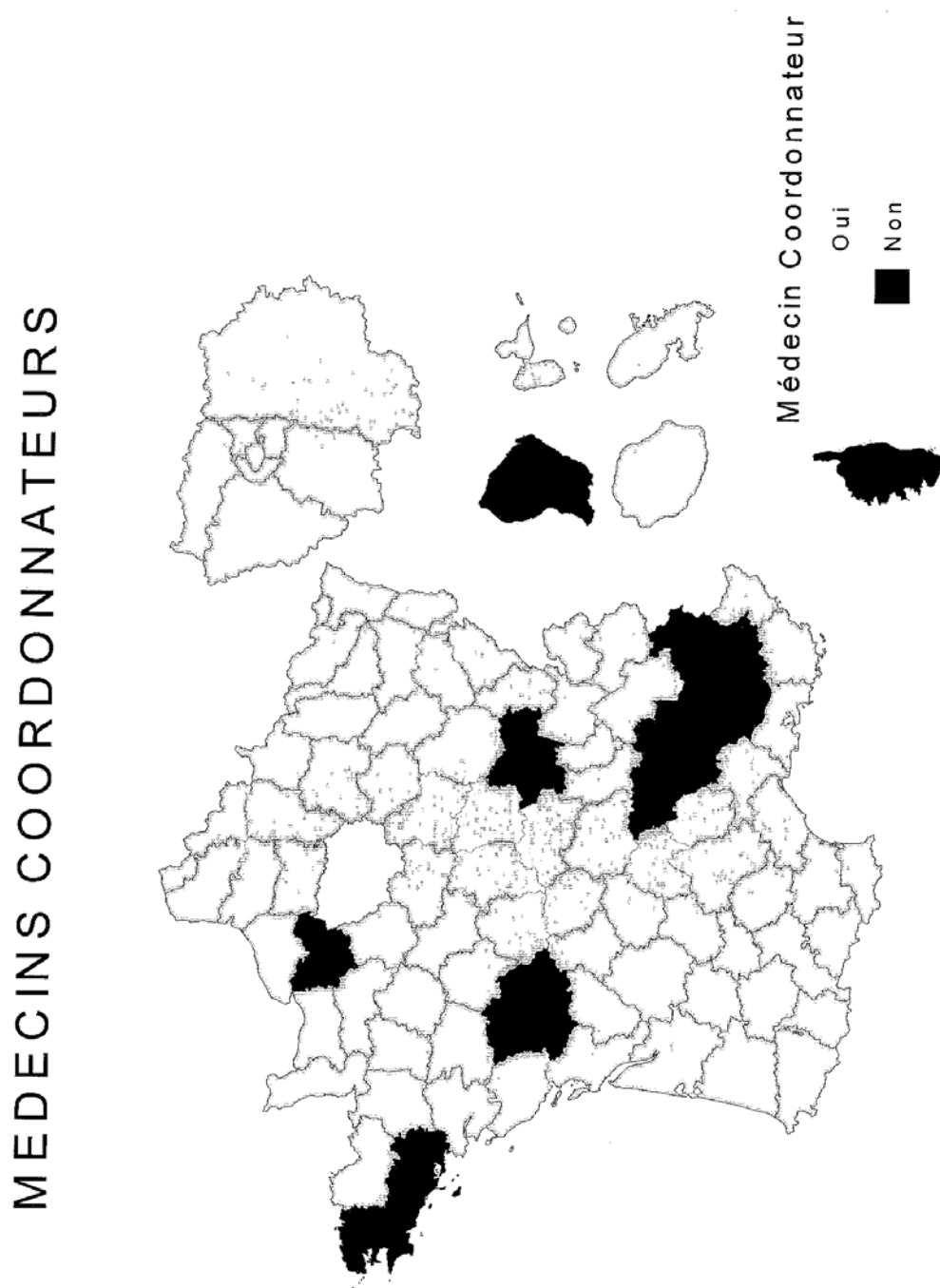
*Le responsable
de l'organisme de formation
ou de l'université*

Le responsable pédagogique

Fait à Paris, le 24 mars 2009.

Roselyne Bachelot-Narquin

Annexe 7. Carte de densité de psychiatres par région au 1^{er} janvier 2009

Annexe 8. Carte des médecins coordonnateurs au 1er octobre 2010

Annexe 9. Courrier de l'Ordre national des médecins
--



Monsieur le Docteur Gilles LECOQ
Inspection Générale des Affaires Sociales
39-43 quai André Citroën
75739 PARIS Cedex 15

le 13 janvier 2011

Par courriel
Confirmation par courrier

PC/PR/SB/MM/EDA
R. 10.287.084

Dossier suivi par Mme S. BRETON
Tél. : 01.53.89.32.68
ethique-deontologie@cn.medecin.fr

Objet : injonction de soins

Mon Cher Confrère,

Comme nous en avons convenu lors de notre entretien du 9 décembre 2010, nous vous précisons la position du Conseil national de l'Ordre des médecins sur plusieurs points abordés à cette occasion.

1- Sur le rôle d'interface du médecin coordonnateur entre le médecin traitant et le JAP

Les discussions lors de l'élaboration de la loi du 17 juin 1998 sur le caractère de l'injonction de soins : peine complémentaire, mesure de sûreté, mesure d'assistance ou de prévention de la récidive, alors que le corps médical soulignait l'inefficacité de tels soins sans au préalable l'adhésion sincère de l'intéressé, ont conduit le législateur à séparer de façon nette l'aspect médical (médecin ou psychologue traitant) et l'aspect judiciaire (JAP), l'interface étant réalisée par le médecin coordonnateur. Ainsi :

1

180, boulevard Haussmann - 75389 Paris CEDEX 08
Tél. 01.53.89.32.00 - Fax : 01.53.89.32.01
<http://www.conseil-national.medecin.fr>



ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre

Concernant le médecin traitant :

- Le patient a le libre choix du médecin traitant et ce dernier, sous les quelques réserves prévues aux articles R.3711-19 et R.3711-20 du code de la santé¹, dispense ses soins conformément au code de déontologie et en particulier en ce qui concerne le choix et la conduite du traitement et le secret médical ;
- De même que le patient peut demander à changer de médecin traitant, ce dernier peut renoncer à prendre en charge le patient lorsque la relation de confiance est rompue (absence d'adhésion du patient, manipulation, ...);
- Le médecin traitant est habilité (art. L.3711-3) à contacter le médecin coordonnateur en cas de besoin ou le JAP en cas d'interruption du traitement.

Comme le rappelle le guide de l'injonction de soins, « *il n'a pas à transmettre les informations qui l'incitent à entrer en contact avec l'un ou l'autre. Il n'a pas à justifier ou à argumenter son point de vue.* »

Il doit simplement permettre au médecin coordonnateur ou au JAP de réinterroger l'évolution de la personne et ses besoins d'accompagnement ou de contrainte. »

Concernant le médecin coordonnateur :

- Le médecin coordonnateur ne participe pas aux soins. Sur demande du médecin traitant, il peut être amené à le conseiller.

Il n'y a donc pas de secret partagé entre le médecin coordonnateur et le médecin traitant.

- Le médecin coordonnateur est chargé d'évaluer l'évolution du sujet tout au long de la prise en charge médico-psychologique. Cette étude longitudinale, réalisée à l'occasion de rencontres périodiques avec la personne donne lieu à un rapport adressé au moins une fois par an au JAP.

Curieusement ce rapport n'est pas communiqué au médecin traitant.

Des conclusions de ce rapport et de leur sens peut dépendre la situation post-pénale de l'intéressé. Il est donc indispensable pour l'efficacité de la prise en charge que le patient ait la certitude que le médecin respectera le secret.

¹ Encore convient-il de noter que le droit pour le patient de demander à changer de médecin ou le droit de ce dernier de récuser son concours sont également prévus par le code de déontologie (art. 6 et 47 du code de déontologie médicale figurant sous les articles R. 4127-6 et R. 4127-47 du CSP).



ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre

Le médecin traitant ne donne que des indications sur la qualité du suivi.

2- Sur la responsabilité du médecin coordonnateur :

Le médecin est inscrit sur une liste tenue par le procureur de la République (art. L.3711-1, R.3711-1 et suivants du code de la santé publique). Il est désigné par ordonnance du juge de l'application des peines (art. 3711-8). Sa mission est définie par la loi (art. L. 3711-1).

Ce médecin doit donc être regardé comme chargé d'une mission de service public et les éventuels dommages résultant de son activité relèvent du service public. La circulaire DGS/MC n° 2008-213 du 18 juin 2008 relative à l'évolution du dispositif de l'injonction de soins précise que ces médecins ont le statut de collaborateurs occasionnels du service public, que ce statut est assimilable à celui des agents publics non titulaires pour ce qui est de la protection juridique. *«A ce jour la protection juridique des fonctionnaires a été étendue aux agents publics non fonctionnaires et en règle générale, même s'il ne s'agit ni de fonctionnaires ni de non titulaires, la tendance reste à l'extension fonctionnelle de la protection de tout agent public. Il paraît logique, dans ces conditions, de ne pas laisser en marge de cette évolution favorable les médecins coordonnateurs qui interviennent dans un domaine particulièrement sensible.»*

3- Sur l'éventuelle suppression de la limitation du nombre de personnes suivies par le coordonnateur

Le médecin coordonnateur peut déjà, selon l'arrêté du 24 janvier 2008, suivre au cours d'une même année 20 personnes condamnées soumises à une injonction de soins et doit convoquer chacune d'elle périodiquement et au moins une fois par trimestre pour réaliser un bilan de sa situation (art. R.3711-21). La tâche est déjà lourde.

Le Conseil national tient pour nécessaire que le médecin coordonnateur garde un contact avec la pratique clinique ce qui ne peut se faire s'il consacre l'essentiel de son temps aux fonctions de coordination, voire d'expertise pour autant qu'elles ne concernent pas les mêmes personnes.

Le Conseil n'est donc pas favorable à une suppression de la limitation actuelle.

4- Sur le cumul des missions d'expert et de coordonnateur.

L'article R.3711-8 exclut que le médecin coordonnateur cumule ces fonctions avec les rôles de médecin traitant et /ou d'expert vis-à-vis d'une même personne et correspond à la règle déontologique (cf. art. 105 du code de déontologie médicale notamment).

3

180, boulevard Haussmann - 75389 Paris CEDEX 08
Tél. 01.53.89.32.00 - Fax : 01.53.89.32.01
<http://www.conseil-national.medecin.fr>



ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre

Cette règle du non cumul est une garantie d'impartialité et d'indépendance du médecin, apportée aux personnes comme de respect de leurs droits.

Il a été avancé que sa suppression rendrait plus attractive la fonction de médecin coordonnateur, ce qui aiderait au recrutement et faciliterait l'appréciation de l'évaluation longitudinale de la personne.

A cet égard, on notera d'une part que le retard apporté à la définition de la formation attendue des médecins autres psychiatres pouvant être inscrits sur la liste des coordonnateurs (arrêté du 24 mars 2009 soit plus de 9 ans après la publication de la loi) a certainement joué un rôle prédominant dans les difficultés de recrutement ; d'autre part, que le médecin coordonnateur dispose de l'expertise initiale du patient et que les entretiens prévus au moins une fois par trimestre (art. R.3711-21) sont destinés à lui permettre d'évaluer l'évolution de la personne.

Le conseil national maintient son opposition à la suppression de cette règle du non cumul qu'il a déjà exprimée par deux fois, en septembre 2003 et 2006.

5- Peut-on envisager d'intégrer dans le cadre du DPC la formation spécifique prévue par l'arrêté du 24 mars 2009 ?

L'organisation du DPC n'étant pas encore connue ni effective, il est difficile de se prononcer.

Il faut rappeler que le traitement doit être médical sur injonction thérapeutique, ordonnée par le juge et non une solution judiciaire validée par une prise en charge médicale.

Le traitement des pervers sexuels pour qui le plaisir recherché justifie tous les moyens dans un contexte d'amoralité est extrêmement difficile et le médecin qui les prend en charge doit en être suffisamment averti et formé à y répondre.

Cela suppose que le médecin coordonnateur et le médecin traitant aient une formation équivalente à celle exigée des psychothérapeutes reconnus et le médecin coordonnateur d'une formation juridique complémentaire.

Telles sont les observations qu'il nous paraît utile de porter à votre attention.

Veuillez agréer, Mon Cher Confrère, l'expression de nos sentiments confraternels les meilleurs.

Dr Pierrick CRESSARD
Président de la Section
Éthique et Déontologie

Dr Patrick ROMESTAING
Président de la Section
Santé Publique

180, boulevard Haussmann - 75389 Paris CEDEX 08
Tél. 01.53.89.32.00 - Fax : 01.53.89.32.01
<http://www.conseil-national.medecin.fr>

Annexe 10. La prise en charge sanitaire des auteurs d'infractions à caractère sexuel en Belgique

La mission s'est rendue en Belgique et a rencontré des magistrats et des personnels de l'administration pénitentiaire, des membres du service de la politique criminelle ainsi que des professionnels du centre d'appui de Tournai. Elle a également bénéficié de la communication de diverses notes portant sur le droit comparé rédigées à son intention par le service des affaires européennes et internationales du ministère de la justice qui lui ont servi à l'élaboration de la présente annexe

La justice peut condamner en Belgique un auteur d'infraction à caractère sexuel à des soins pénalement obligés

Le juge peut assortir le jugement qu'il prononce à l'égard d'un détenu de conditions probatoires : il impose par ce biais au condamné une ou plusieurs conditions à respecter pour une durée d'un an au moins et de cinq ans au plus, à compter de la décision.

Le juge est libre de déterminer le type de mesures probatoires qu'il ordonne et, à cette fin, il peut ordonner un suivi psychiatrique et/ou psychologique.

Concernant le régime de la libération conditionnelle, qui doit être accepté par le détenu, le juge ou le tribunal d'application des peines a la possibilité d'imposer à la personne condamnée pour des infractions aux mœurs de suivre un traitement dans un service spécialisé pour une durée qu'il fixera.

Les soins obligatoires sont une mesure coercitive de sûreté et de protection sociale prise par le juge dans l'intérêt tant du prévenu que de la société.

Il est permis en outre en Belgique de prendre des mesures de sûreté et d'« élimination » prolongée des délinquants sexuels dangereux en fin de peine. Le débat reste cependant ouvert sur les conditions de prise en charge et de surveillance des agresseurs sexuels. Une proposition de loi de 2007, qui a notamment pour but de renforcer la prise en charge thérapeutique en milieu carcéral, vise à « instaurer la peine d'injonction de soins dès que la décision de condamnation est définitive pour les auteurs d'infractions sexuelles et celle du placement sous surveillance électronique mobile, par le biais d'un bracelet électronique, à leur libération ».

Les centres d'appui constituent une des particularités du système belge

Les centres d'appui ont été créés par la loi du 12 mars 2000 « portant assentiment de l'accord de coopération entre la commission communautaire commune, la commission communautaire française et l'Etat fédéral relatif à la guidance et au traitement d'auteurs d'infractions à caractère sexuel ». L'un des considérants de cette loi mentionne de façon explicite « ...la nécessité de créer un cadre permettant de guider l'évolution personnelle, relationnelle et sociale d'auteurs d'infractions à caractère sexuel et de favoriser leur réinsertion afin d'éviter la répétition de l'abus sexuel... ».

Il existe, pour un peu plus de 10 millions d'habitants, trois centres d'appui en Belgique qui sont situés en Flandre, à Bruxelles (centre d'appui bruxellois) et en Wallonie (unité de psychopathologie légale de Tournai).

Le centre d'appui assure « la continuité et la complémentarité dans la prise en charge thérapeutique sous contrainte de tout auteur d'infractions à caractère sexuel¹⁴⁴ » en restant « tiers tout au long de la période de contrainte thérapeutique¹⁴⁵ ». En cela il exerce une mission d'interface entre le secteur de la santé et les secteurs judiciaires et pénitentiaires qui s'apparente à celle confiée en France au médecin coordonnateur.

Le centre d'appui qui recherche l'équipe de santé spécialisée la mieux adaptée à la guidance ou au traitement de l'auteur d'infraction à caractère sexuel peut aussi être centre de santé spécialisé et prendre en charge cet auteur. Apportant conseil et appui aux équipes spécialisées et remplissant une fonction de consultant pour ces mêmes équipes, le centre d'appui joue également un rôle voisin de celui du centre de ressources français.

Des équipes de santé spécialisées dans le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel ont été créées

Les équipes de santé spécialisées agréées (psychothérapeutes, psychologues, psychiatres) dans la guidance et le traitement des auteurs d'infractions à caractère sexuel prennent en charge le condamné libéré soumis à une obligation de soins.

Pour ce faire elles doivent être liées à un centre d'appui par convention. Il existe ainsi en Wallonie 12 équipes spécialisées qui sont rattachées à un service de santé mentale.

L'équipe spécialisée, qui est une équipe pluridisciplinaire, peut confier par délégation le traitement à un thérapeute individuel exerçant à titre privé (environ 50 personnes sur 1 000 sont confiées en 2010 en Wallonie à un thérapeute « délégué »).

Les rapports de suivi sur la guidance ou le traitement sont formalisés

L'équipe spécialisée transmet un rapport de suivi sur la guidance ou le traitement (via le centre d'appui)¹⁴⁶ à l'autorité compétente et à l'assistant de justice.

La loi du 12 mars 2000 précise le contenu de ce rapport. Les points suivants doivent être abordés :

- « les présences effectives de l'intéressé aux consultations proposées
- les absences injustifiées
- la cessation unilatérale du traitement par la personne concernée
- les situations comportant un risque sérieux pour des tiers »

Ce rapport de suivi (au moins une fois tous les six mois) est tenu à la disposition de la personne concernée.

144

Source : document du centre d'appui bruxellois communiqué à la mission

145

Op.cit.

146

L'avis préalable à diverses modalités d'exécution de la peine en cas d'infractions aux mœurs est demandé à un service spécialisé dans la guidance ou le traitement des délinquants sexuels

Dans certains régimes alternatifs à l'emprisonnement, lorsque le condamné sollicite une mesure alternative et que sa condamnation porte sur une infraction aux mœurs, la demande de ce dernier doit s'accompagner de l'avis motivé d'un service spécialisé dans le suivi ou le traitement des délinquants sexuels. Cet avis doit contenir une appréciation sur la nécessité d'imposer un traitement.

Cette mission d'évaluation peut être assurée par un centre d'appui sachant que, selon l'Ordre des médecins belges, le service spécialisé appelé à donner un avis ne peut en aucun cas avoir ou avoir eu en traitement le délinquant concerné.

L'avis motivé, qui est de type expertal, comprend l'étude du parcours judiciaire, un résumé anamnestique, l'examen des déterminants de l'infraction selon différentes rubriques (profil sexuel, dispositions criminelles, troubles psycho-pathologiques...) dans une perspective dynamique et en tenant compte de l'environnement de la personne avec une analyse du passage à l'acte selon ces déterminants, une évaluation de la dangerosité selon diverses échelles et, en conclusion, la détermination d'objectifs de traitement, voire des moyens thérapeutiques à mettre en œuvre.

Le contenu de l'avis sous la responsabilité d'un expert principal et d'un expert secondaire fait l'objet d'une discussion avec les autres professionnels du service spécialisé.

En conclusion, il semble que la Belgique puisse servir de référence quant à :

1. La richesse du contenu des expertises, duales (confiées à la fois à un psychiatre et à un psychologue), à forte dimension criminologique, approfondies (en moyenne 15 heures de travail par expertise au centre d'appui de Tournai), et débattu collectivement.

2. Le caractère normé des rapports adressés par les traitants au juge et à l'assistant de justice

3. Les dérogations au secret médical, dont le patient est clairement informé.

4. L'implication du condamné, qui doit consentir par écrit aux soins et auquel certains comptes rendus sont systématiquement transmis.

5. La densité des prises en charge thérapeutique (centres spécialisés, aux équipes renforcées), avec une approche systématiquement pluridisciplinaire.

6. Le cumul des fonctions d'expertise, de traitement et d'appui (formation recherche) au sein d'une même structure.

7. La place de l'hospitalisation en Wallonie : 150 sur 1000 délinquants sexuels en cours de suivi sont hospitalisés.

Il faut relever aussi les faiblesses principales du dispositif belge, selon nos interlocuteurs :

1. Il semble que la prise en charge en milieu carcéral soit moins développée qu'en milieu ouvert et moindre qu'en France. Son renforcement fait l'objet actuellement de réflexions, avec un début de mise en œuvre.

2. Les détenus qui refusent toute libération conditionnelle et ne se font pas soigner : sur 2500 détenus AVS en Belgique, environ 400 le refusent actuellement. Ce phénomène serait grandissant, et peut concerner des individus dangereux. Des mesures de « défense sociale » peuvent alors être requises.

Annexe 11. Responsabilité pénale et soins en République Fédérale d'Allemagne

En République Fédérale d'Allemagne, le code pénal et le code de procédure pénale sont des ensembles de règles qui ressortissent à la compétence de la fédération. L'administration pénitentiaire et l'application des peines font par contre l'objet de règles et moyens propres à chaque Land.

En Allemagne la gestion de la maladie mentale dans sa relation avec la commission d'une infraction est gérée selon des règles initiées en 1933. Les articles 63 et 66 du code pénal en constituent le socle.

La responsabilité pénale

L'article 63 du code pénal organise d'abord le placement en établissement de soins spécialisé de l'auteur d'un crime ou d'un délit et atteint d'une maladie mentale et déclaré pénalement irresponsable. La durée en est théoriquement illimitée mais la personne fait l'objet d'une expertise annuelle portant sur sa dangerosité et les effets du traitement, ce qui conduit à des aménagements du placement et du traitement.

En cas d'atténuation de la responsabilité, le condamné est d'abord traité en centre spécialisé et son état annuellement examiné. La peine, réduite du temps de traitement hospitalier, est ensuite exécutée, à moins qu'il y soit sursis.

La rétention de sûreté

Lorsque la responsabilité pénale est atténuée au regard, non d'une maladie mentale mais de troubles de la personnalité et que la dangerosité a été plusieurs fois exprimée, le condamné exécute sa peine puis est placé sous le régime de la rétention de sûreté de l'article 66 du code pénal. Sa dangerosité fait l'objet d'une expertise tous les deux ans. En théorie, la durée de la rétention est illimitée, en pratique, il peut être sursis à son exécution en fonction de la situation sanitaire et sociale du condamné.

La rétention de sûreté concerne environ 500 des 75000 détenus en République Fédérale.

L'expertise

La mission fixée à l'expert psychiatre contient, outre une appréciation de la responsabilité pénale, une recommandation de traitement et une évaluation de la dangerosité.

En matière de délinquance sexuelle, l'expertise psychiatrique n'est pas systématique.

Par contre, lorsqu'elle est réalisée, l'expertise requiert un temps important et une rémunération proportionnée et substantielle.

L'expert, principalement interrogé sur la responsabilité pénale, est souvent amené à s'exprimer, lors de l'audience de jugement, sur le traitement éventuel.

L'attribution du sursis ou de la libération conditionnelle s'accompagne de l'avis expertal sur le traitement possible.

Les détenus auteurs de violences sexuelles

S'agissant des auteurs de violences sexuelles incarcérés, seule une partie d'entre eux est concernée par la rétention de sûreté. Dans le cadre pénitentiaire, dans le Land de Bade-Wurtemberg, ils font l'objet, en début de détention, d'une évaluation par un psychologue attaché à l'établissement. Une évaluation hebdomadaire partagée avec le personnel de surveillance conduit à examiner l'opportunité d'une thérapie, sa forme ainsi que le degré d'acceptation du condamné au regard de la proposition de traitement. Dès lors, le condamné peut être affecté pour une durée maximale de trois ans, dans un établissement ou un quartier d'établissement dit de socio-thérapie qui dispose de moyens spécifiques renforcés tant pour la thérapie que pour l'accompagnement social. Cependant les condamnés qui demeurent dans le déni refusent ce mode de traitement.

En établissement pour peine ordinaire, les détenus pour une durée de un à deux ans, notamment les auteurs de violences sexuelles, peuvent être affectés dans des sections de 20 condamnés, placés dans un quartier particulier bénéficiant d'un personnel spécifique comprenant notamment un psychologue et un travailleur social.

S'agissant des thérapies, les détenus peuvent bénéficier de praticiens externes à l'établissement qui les suivront après leur sortie de détention et peuvent échanger avec le psychologue de l'établissement.

Une forme d'injonction de soins.

Il s'agit d'une mesure administrative d'application des peines mise en œuvre après l'exécution de l'emprisonnement lorsque la durée de la peine est supérieure à deux ans et n'a pas fait l'objet d'une mesure de libération conditionnelle. L'organisme qui en est en charge est dirigé, en Bade-Wurtemberg, par un magistrat.

Le condamné est soumis à un certain nombre d'obligations, parmi lesquelles celle de suivre un traitement ambulatoire ou, a minima, de se présenter à cet effet à la structure sanitaire ou associative habilitée. Dans ce contexte le condamné peut donner son accord pour que le traitant soit délié partiellement du secret professionnel s'agissant, par exemple, de son degré d'implication dans les soins. Le financement des associations est assuré par une affectation du produit des amendes de composition.

La durée de la mesure n'est pas limitée.

La violation des obligations peut être sanctionnée par une peine de trois ans d'emprisonnement. Mais, en pratique, cette procédure est difficile à mener à terme.