

Guide de l'injonction de soins



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

Présentation du guide

Ce guide méthodologique porte sur la prise en charge des personnes soumises à une injonction de soins dans le cadre :

- de la loi n° 1998-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ;
- de la loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive ;
- de la loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance ;
- de la loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs ;
- de la loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.

L'injonction de soins est un dispositif récent qui donne aux praticiens de la justice et de la santé un cadre d'exercice différent de celui de l'obligation de soins ou d'autres modalités de soins obligés. Les caractéristiques de l'injonction de soins sont importantes à spécifier pour que la mesure puisse prendre sens. Ce guide s'en veut un support.

Ce guide a été élaboré par des professionnels de différentes disciplines du champ de la justice et de la santé. Pour sa partie « santé » (épidémiologie, prise en charge médicale et psychologique), il a été rédigé à partir des données disponibles sur les auteurs d'infraction et des enquêtes auprès des victimes et sur la base des pratiques des prises en charge actuellement documentées, particulièrement celles concernant les auteurs d'infractions sexuelles. En effet, le dispositif de l'injonction de soins n'a concerné, jusqu'à une période récente, que les auteurs d'infractions sexuelles et les expériences cliniques et thérapeutiques portent essentiellement sur les auteurs de ce type d'infractions.

L'objectif de ce guide est d'apporter aux professionnels qui ont à intervenir auprès des personnes soumises à une injonction de soins des bases de connaissances communes sur ces personnes, le cadre légal d'intervention et les différents acteurs concernés dans le champ de la justice et de la santé.

Pour les professionnels de santé (équipes de psychiatrie, psychiatres ou psychologues libéraux impliqués dans la prise en charge de cette population ou assurant des missions d'expertises judiciaires, médecins coordonnateurs, médecins traitants ou psychologues traitants), il s'agit de mettre à leur disposition une information globale sur le parcours des personnes soumises à une injonction de soins, pour les aider dans la compréhension de leur mission. Ce document à caractère général n'a pas vocation à définir des protocoles de prise en charge ni à établir des bonnes pratiques cliniques et thérapeutiques.

Le choix a été fait de permettre à chaque acteur de l'injonction de soins de trouver une information d'ensemble sur son domaine et cette option implique certaines redites. Il reste cependant préférable, pour disposer d'une information complète, de lire l'ensemble des rubriques du guide.

Sommaire

CHAPITRE I

Les informations disponibles sur les infractions pouvant donner lieu à une injonction de soins 7

■ Les auteurs d'infractions de nature sexuelle 7	7
▶ Les chiffres de la justice 7	7
▶ Épidémiologie 8	8
• Définition 8	8
• Données épidémiologiques et de santé publique 8	8
• La question de la récidive 10	10
■ Les auteurs d'infractions autres que de nature sexuelle 12	12

CHAPITRE II

Le cadre légal de l'injonction de soins 13

■ Distinguer l'obligation de soins et l'injonction de soins 13	13
▶ L'obligation de soins 13	13
▶ L'injonction de soins 14	14
▶ Tableau comparatif entre obligation et injonction de soins 14	14
■ Le champ d'application de l'injonction de soins 15	15
▶ Le suivi socio-judiciaire 15	15
• Définition 15	15
• Infractions prévues par la loi 15	15
• Exigence d'une expertise médicale préalable au jugement sur le fond 16	16
• Prononcé du suivi socio-judiciaire 16	16
• La fixation du contenu du suivi socio-judiciaire 17	17
• Tableau synthétique du suivi socio-judiciaire 18	18
▶ Les autres cadres légaux de l'injonction de soins 18	18
■ La mise en œuvre judiciaire de l'injonction de soins 19	19
▶ Les avertissements donnés par l'autorité judiciaire 19	19
▶ L'incitation aux soins pour les condamnés détenus 20	20
• Le lieu d'accomplissement de la peine 20	20
• L'information de la personne condamnée 21	21
• Soins et réductions de peines 21	21
▶ Les incidences de l'injonction de soins sur les mesures d'individualisation de la peine privative de liberté 22	22

■ Les acteurs judiciaires et pénitentiaires de l'injonction de soins	22
▶ Les juridictions de condamnation	22
▶ Le juge de l'application des peines	23
• Le rappel et le contrôle des obligations	23
• La désignation du médecin coordonnateur	23
• Les moyens d'investigation et de contrainte	24
• La modification des obligations	24
• La sanction de la violation de l'injonction de soins	25
▶ Les acteurs pénitentiaires	25
• Le personnel de direction	26
• Le personnel de surveillance	27
• Le personnel relevant des services d'insertion et de probation	27

CHAPITRE III

La prise en charge sanitaire 31

■ Principes généraux de prise en charge	31
■ L'expertise	32
▶ Les psychiatres experts et l'expertise psychiatrique	32
• Les psychiatres experts	32
• L'expertise psychiatrique	32
▶ Les psychologues experts et l'expertise psychologique	34
• Les psychologues experts	34
• L'expertise psychologique	34
■ Le suivi en détention	36
▶ L'incitation aux soins	36
▶ La continuité des suivis entre les équipes exerçant en milieu pénitentiaire	37
▶ La préparation à la sortie (aménagement ou fin de peine)	37
▶ Les structures	37
■ Le suivi en milieu ouvert	39
▶ Le médecin coordonnateur	39
• La nomination du médecin coordonnateur	40
• La formation des médecins coordonnateurs autres que les psychiatres	40
• La rémunération des médecins coordonnateurs	41
• Les missions du médecin coordonnateur	41
• Le suivi de l'injonction de soins	42
▶ Le médecin traitant et le psychologue traitant	43

■ Les approches thérapeutiques	44
▶ Les auteurs de violence : principes généraux	44
• Repères déontologiques et éthiques	44
• Construire un projet de soins	45
• Le dossier de soins	45
▶ Les approches thérapeutiques des auteurs de violences sexuelles	45
• Psychothérapies de soutien	45
• Psychothérapies psycho-dynamiques	45
• Psychothérapies cognitives et comportementales	46
• Psychothérapies de groupe	46
• Traitements pharmacologiques	47
• Autres approches	47
• Associations de plusieurs approches	47
• Prises en charge des comorbidités psychiatriques éventuelles	47
▶ Les structures	48
• Le secteur de soins hospitaliers	48
• Le secteur des soins de ville	48
• Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie	48
■ Les centres ressources	49
▶ Les objectifs	49
▶ Les missions	49

CHAPITRE IV

Les acteurs sociaux non judiciaires	51
■ Les actions en faveur des adultes	51
▶ Les services du conseil général	51
▶ Les centres d'hébergement et de réinsertion sociale	51
▶ Le réseau d'aide à la réinsertion et à la réhabilitation des détenus	51
■ Les actions en faveur des mineurs	52
Conclusion	53
Annexes	57

Les informations disponibles sur les infractions pouvant donner lieu à une injonction de soins

■ Les auteurs d'infractions de nature sexuelle

Les sources disponibles pour approcher les chiffres de la délinquance sexuelle sont très hétérogènes. Selon que l'on considère l'acte de violence sexuelle sous un angle judiciaire ou clinique, on privilégiera des sources différentes. L'aspect judiciaire de l'acte de violence sexuelle fera choisir les sources de la police, de la gendarmerie ou de la justice ou encore celles de l'observatoire national de la délinquance. Si, au contraire, on considère cet acte comme une donnée clinique, on se trouvera confronté à une pléthore de documents très hétérogènes et présentant de nombreux biais méthodologiques rendant difficile leur comparaison. Ces dernières sources vont des enquêtes nationales en population générale à des comptes-rendus cliniques sur des cohortes très étroites ou encore à des méta-analyses qui, par nécessité, mélangent souvent les méthodologies.

Pour le document présent, ont été privilégiées les sources référencées dans la conférence de consensus de 2001 « Psychopathologie et traitements des auteurs d'agressions sexuelles » [1].

► Les chiffres de la justice

Nombre total d'infractions à caractère sexuel par personne condamnée ayant commis au moins une infraction (détenus en cours d'exécution de peine)		
	N	%
Nombre d'infractions de type AICS		
1	3 875	50 %
2	2 082	27 %
3	914	11 %
4	539	7 %
5	174	2 %
6	73	0 %
7	28	0 %
8	10	0 %
9	5	0 %
Total (en nombre de condamnés)	7 700	100 %
<i>Champ : condamnés AICS métropole et DOM (COM exclues) au 01.01.2009</i>		
<i>Source : base mensuelle FND (PMJ5)</i>		

Lecture : 27 % des personnes condamnées pour infraction à caractère sexuel le sont dans le cadre d'affaires rassemblant deux infractions différentes, de type AICS.

[1] Les références bibliographiques notées entre "crochets" sont répertoriées en fin de document.

Répartition des personnes condamnées pour infraction à caractère sexuel par âge (à l'écrou) (détenus en cours d'exécution de peine – Source FND)					
	Condamnés auteurs d'au moins une infraction à caractère sexuel				Total
	non		oui		
	N	%	N	%	N
Âge au moment de l'écrou					
non précisé	49	77 %	14	22 %	63
moins de 16 ans	47	81 %	11	18 %	58
16-18 ans	478	85 %	78	14 %	556
18-21 ans	5 108	93 %	379	6 %	5 487
21-25 ans	9 233	93 %	616	6 %	9 849
25-30 ans	8 849	91 %	796	8 %	9 645
30-40 ans	10 700	85 %	1 864	14 %	12 564
40-50 ans	5 576	73 %	2 038	26 %	7 614
50-60 ans	1 915	60 %	1 228	39 %	3 143
60 ans et plus	534	44 %	676	55 %	1 210
Total	42 489	84 %	7 700	15 %	50 189
Champ : condamnés AICS métropole et DOM (COM exclues) au 01.01.2009					
Source : base mensuelle FND (PMJ5)					

Lecture : environ la moitié des condamnés de plus de 60 ans (55 %) sont AICS.

► Épidémiologie

La violence sexuelle constitue un véritable phénomène de santé publique, tant par la croissance des déclarations et des condamnations qu'elle a connue ces dernières années que par les séquelles qu'elle imprime dans les histoires individuelles. On trouvera ci-après les chiffres relatifs à ces violences.

• Définition

L'agression sexuelle peut être considérée comme une situation de mise sous contrainte non justifiée d'un tiers, par un sujet, ou un groupe de sujets, portant atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique de la personne, dans le but d'en tirer un bénéfice, notamment de type sexuel, au seul profit du ou des agresseurs [2].

Cette définition recouvre les situations d'agressions et d'atteintes sexuelles, qu'elles soient simples ou aggravées, définies par le code pénal. Elle concerne les exhibitionnistes, les auteurs d'atteintes sexuelles de toutes sortes, dont le viol, contre des adultes ou des enfants (dont la pédophilie), mais aussi les auteurs de violences sexuelles intrafamiliales (inceste), de viols conjugaux, de viols en série, de viols collectifs, et encore de harcèlement sexuel.

• Données épidémiologiques et de santé publique

a) Fréquence des faits constatés

Sur le plan de la comptabilité judiciaire, les situations d'agressions sexuelles sont intégrées dans la catégorie des « Crimes et délits contre les personnes ». Cette catégorie a connu une période de forte croissance dans notre pays (+ 40 % entre 1996 et 2004). En 2004, la criminalité globale compte 9 % d'atteintes aux mœurs dont

un quart est constitué par les viols dont plus d'un cinquième est commis par des mineurs (21,8 %) [3]. Les viols sur mineurs sont de loin les plus nombreux [4]. Il est cependant nécessaire de noter que les chiffres pour 2007 de l'Observatoire national de la délinquance indiquent une inversion de tendance pour les violences contre les personnes qui, pour la première fois depuis douze ans, connaissent un recul. Sur les faits constatés, on enregistre entre 2002 et 2007 une baisse d'un peu plus de 11 % des violences sexuelles [5]. Il reste que les viols sur mineurs représentent près de 60 % des violences sexuelles enregistrées. Malgré ce climat général correspondant à une relative stabilité des chiffres en 2006-2007 [6], il est important de noter, en accord avec l'ensemble des recherches menées dans les pays occidentaux, que les chiffres fournis par les services de police et de gendarmerie, sont sous estimés par rapport à la réalité des faits d'agressions sexuelles, sans qu'il soit aisé de donner un rapport fiable de sous estimation¹.

Par ailleurs, les auteurs de violences sexuelles (AVS) forment en 2007 le second plus important contingent de sujets incarcérés (presque 17 %) après les auteurs de coups et blessures volontaires [7].

Enfin, la France occupait en 2005 le troisième rang mondial pour les viols derrière la Suède et la Belgique, avec un taux de 17,5 viols pour 100 000 habitants.

Les auteurs adultes

Les personnes mises en cause dans l'acte délictueux sont principalement des hommes. La part des femmes dans les affaires de viols est de 2,4 %. Cette part augmente pour la classe des harcèlements sexuels et autres agressions sexuelles (2,9 %) et culmine quand la victime est mineure (3,2 %).

Les auteurs mineurs

Les mineurs représentent 20,5 % des auteurs de viols quand la victime est un adulte et 29 % quand c'est un mineur. Lorsqu'il s'agit de harcèlements sexuels et autres agressions sexuelles, si la victime est un adulte, l'agresseur dans 23,5 % des cas est un mineur ; si la victime est un mineur, l'agresseur est aussi un mineur dans 27,5 % des cas. Les auteurs sont, là encore, principalement des sujets masculins.

b) Taux de prévalence² des abus sexuels

En population adulte

En Europe, le taux moyen de prévalence des agressions sexuelles, tous types d'agressions confondues, semble proche de 12 % [3] pour les femmes et de 4,5 % pour les hommes. Les données fiables dans le monde (études nord-américaines et canadiennes) donnent des chiffres sensiblement identiques.

En population infanto-juvénile

Selon l'Office décentralisé de l'action sanitaire et sociale (ODASS) les abus sexuels sur enfant (environ 5 500 déclarations annuelles) représentent un tiers des cas de maltraitance, avec la répartition suivante :

Répartition des mauvais traitements sexuels (source SNATEM) ³	
Climat équivoque	25 %
Attouchement	50 %
Viol	25 %

¹ Ce sont les enquêtes sur la victimisation au Canada et aux États-Unis qui ont permis de mettre en évidence que seul de 6 à 50 % des agressions sexuelles étaient signalées aux services de Police [Besserer S. (1998) : « Victimes de la criminalité : une perspective internationale : résultats de l'Enquête internationale de 1996 sur les victimes de la criminalité ». Statistique Canada, numéro de catalogue 85-002-XP, Vol. 18, n°. 6. Ottawa : Statistique Canada, mars]. Les chiffres de l'enquête ENVEF (2001) comparés à ceux, sur la même année, de la Police et de la Gendarmerie, sont pour les viols de femmes adultes dans un rapport de 1 à 14.

² On appelle *taux de prévalence*, le nombre total de cas pendant une période donnée rapporté à la population moyenne pendant cette période.

³ SNATEM = Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance Maltraitée.

La maltraitance sexuelle se rencontre aussi en milieu scolaire selon des modalités différentes en fonction de l'âge. Les chiffres disponibles, et présentés ci-après, représentent les taux, calculés en pourcentage, pour chaque catégorie de violence, rapportée à l'ensemble des appels pour violences sexuelles en milieu scolaire dont l'auteur est un mineur (SNATEM, 2001).

	Maternelle	Primaire	Collège	Lycée
Climat équivoque	3 %	6 %	1,5 %	0 %
Attouchements	19,4 %	23,9 %	14,9 %	3 %
Viols	11,9 %	7,5 %	7,5 %	1,5 %

Dans le milieu familial (situation d'inceste)

En France, les cas d'inceste constituent 20 % des procès d'assises et représentent 75 % des situations d'agressions sexuelles sur enfants (Source SNATEM).

c) Taux d'incidence⁴ des abus sexuels

Le taux d'incidence des agressions sexuelles pendant l'enfance, calculé en population générale sur un an, semble être compris, si l'on considère les cas avérés et suspectés, entre 1 et 1,2 enfant agressé pour mille et cela pour l'ensemble des pays d'Europe.

Taux d'incidence des situations spécifiques

Violences sexuelles conjugales

La fréquence des « viols et autres pratiques imposées en couple », sur une période rétrospective d'un an, est de 0,9 % des sujets féminins vivant en couple [8].

Le harcèlement sexuel

On compte actuellement 1,9 % des femmes qui ont subi des avances et des agressions sexuelles dans un cadre professionnel et une fois sur cinq, il s'agissait d'un supérieur hiérarchique.

Violences sexuelles sur personnes âgées et sur personnes handicapées

Un peu plus de 2 % des femmes ménopausées de plus de cinquante ans ont fait l'objet d'une agression sexuelle. Le viol de la femme de grand âge n'est pas un phénomène exceptionnel. Il en précède souvent le meurtre [9].

Un tiers des femmes handicapées révèlent avoir été agressées sexuellement. L'agresseur est principalement une personne appartenant au réseau d'assistance ou un soignant. Néanmoins, en population handicapée, et contrairement à la population générale, ce sont les garçons qui sont le plus fréquemment victimes.

• La question de la récurrence

Pour un sujet donné, plus le nombre de récurrences augmente (toutes catégories confondues) et plus le risque d'apparition d'un délit sexuel est élevé. Chez un certain nombre d'auteurs, on note une tendance, au fil des récurrences, à une progression dans la gravité de l'infraction [10].

Sans mesure d'accompagnement, le sujet récidiviste ne présente pas de réelle volonté de changement de sa conduite qui constitue, pour lui, son système de sauvegarde psychique [11].

⁴ On appelle *taux d'incidence*, le pourcentage de sujets nouvellement atteints pendant une période déterminée dans une population définie.

Dangerosité et risque de récurrence

La question de l'évaluation de la dangerosité et du risque de récurrence prend une place prépondérante dans le débat social actuel. *L'ensemble des recherches indique la difficulté de ce type de prédictivité.* On distingue de nos jours deux types de dangerosité : la dangerosité psychiatrique et celle criminologique.

La **dangerosité psychiatrique** correspond à l'évaluation du risque de dangerosité et de récurrence dans l'évolution clinique d'une pathologie identifiée chez un sujet. Une telle évaluation prend en compte l'observance thérapeutique que l'on est en droit d'attendre de lui. Cependant, et en cela il convient de suivre les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) dans son document sur l'expertise pénale psychiatrique : « il convient d'éviter l'amalgame entre risque de rechute d'une pathologie psychiatrique et risque de récurrence de l'acte délictueux » [12]. La dangerosité psychiatrique peut se définir comme « *un risque de passage à l'acte principalement lié à un trouble mental et notamment au mécanisme et à la thématique de l'activité délirante* » (Rapport de la Commission Santé-Justice, 2005) ou encore, comme la « *manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale* » [13].

La **dangerosité criminologique** prendra en compte l'ensemble des facteurs environnementaux et situationnels susceptibles de favoriser l'émergence du passage à l'acte. La dangerosité criminologique d'un sujet correspond à « la probabilité qu'un individu commette une infraction contre les personnes ou les biens » [13], ou « la probabilité de réitération chez un sujet déjà condamné » [13].

S'il existe des instruments permettant de proposer une appréciation de l'effectivité potentielle d'une reprise d'actes violents, il n'existe pas aujourd'hui de consensus quant à leur utilisation. Ces instruments s'appuient sur deux modes d'approches bien différents. Les uns considèrent des variables d'ordre actuariel et ne donnent qu'une probabilité quantitative statistique du risque à un moment de vie donné et dans un contexte spécifique. Les autres s'appuient sur des variables d'ordre clinique et contextuel individuel. Elles permettent une appréciation qualitative du risque. Pour autant, aucune de ces deux approches ne saurait avoir une valeur prédictive fiable. Cela est d'autant plus vrai que les outils dont nous disposons sont principalement d'origine anglo-saxonne et ne connaissent pas de validation sur des populations françaises.

Si l'évaluation de la dangerosité et de la récurrence est une donnée qui peut apparaître nécessaire, il conviendra toujours d'être vigilant à ne pas stigmatiser le « malade mental ».

■ Les auteurs d'infractions autres que de nature sexuelle

Les données

Depuis les lois du 12 décembre 2005 et du 5 mars 2007, le champ d'application de l'injonction de soins et du suivi socio judiciaire s'est étendu au-delà des infractions à caractère sexuel (cf. infra : le cadre légal).

Nombre total d'infractions encourageant le SSJ par personne écrouée ayant commis au moins une infraction (hors infractions à caractère sexuel)		
	N	%
Nombre d'infractions pour lesquelles le SSJ est encouru (hors infractions à caractère sexuel)		
1	7 970	88.9 %
2	875	9.7 %
3	93	1.0 %
4	16	0.1 %
5	4	0.0 %
6	4	0.0 %
Total (en nombre d'écroués)	8 962	100.0 %
<i>Champ : écroués métropole et DOM encourageant le SSJ (COM exclues) au 01.05.2009 (hors infractions à caractère sexuel)</i>		
<i>Source : base mensuelle FND (PMJ5)</i>		

Lecture : 9.7 % des écroués pour au moins une infraction encourageant le SSJ (hors AICS) le sont pour une seconde infraction du même type, dans le cadre d'une même affaire.

NB : les personnes écrouées comprennent les personnes prévenues, les personnes condamnées hébergées dans un établissement pénitentiaire ou bien en cours d'exécution d'une mesure d'aménagement de peine (semi-liberté, placement extérieur et placement sous surveillance électronique).

Le cadre légal de l'injonction de soins

■ Distinction entre l'obligation de soins et l'injonction de soins

Une personne peut être soumise à des soins pénalement obligés à plusieurs stades du procès pénal. Il convient de distinguer deux mesures :

L'obligation de soins, prévue par l'article 132-45 du code pénal, est mise en œuvre sans procédure particulière.

L'obligation de soins peut également consister en une « injonction thérapeutique » telle que prévue par les articles L. 3413-1 à L. 3413-4 du code de la santé publique pour les condamnés faisant usage de stupéfiants ou ayant une consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques. La mise en œuvre de l'injonction thérapeutique fait appel à l'intervention d'un médecin habilité en qualité de médecin relais qui fait connaître à l'autorité judiciaire son avis motivé sur l'opportunité médicale de la mesure.

L'injonction de soins, créée par la loi du 17 juin 1998 relative au suivi socio-judiciaire, est applicable lorsque le suivi socio-judiciaire est encouru et lorsqu'une expertise médicale conclut à la possibilité de soins, dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve, d'une libération conditionnelle, d'une surveillance judiciaire ou d'une surveillance de sûreté. Elle **fait intervenir le médecin coordonnateur** en application des dispositions de l'article L. 3711-1 du code de la santé publique.

► L'obligation de soins

Mesure générale applicable avant ou après déclaration de culpabilité, l'obligation de soins est non spécifique à la délinquance sexuelle, sans organisation des relations entre les autorités judiciaires et sanitaires, ni exigence d'une expertise médicale préalable.

a) Avant déclaration de culpabilité, l'obligation de soins constitue une modalité du contrôle judiciaire.

Définition légale : « Se soumettre à des mesures d'examen, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation, notamment aux fins de désintoxication » (art. 138 - 10° CPP)

b) Après déclaration de culpabilité, l'obligation de soins constitue une obligation particulière prévue par l'article 132-45 du code pénal pour :

- l'ajournement avec mise à l'épreuve ;
- l'emprisonnement assorti du sursis avec mise à l'épreuve ;
- l'emprisonnement assorti du sursis avec mise à l'épreuve avec obligation d'accomplir un travail d'intérêt général ;
- une mesure d'aménagement de peines.

Définition légale : « Se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation. Ces mesures peuvent consister en l'injonction thérapeutique prévue par les articles L. 3413-1 à L. 3413-45 du code de la santé publique, lorsqu'il apparaît que le condamné fait usage de stupéfiants ou fait une consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques. » (art.132-45 3°CP).

► L'injonction de soins

Mesure initialement attachée à la peine de suivi socio-judiciaire, l'injonction de soins implique l'organisation de relations entre les autorités judiciaires et sanitaires, notamment par la présence d'un médecin coordonnateur qui fait le lien entre le médecin traitant et le juge de l'application des peines. L'injonction de soins peut également être prononcée, sous certaines conditions légales qui seront exposées ultérieurement, dans le cadre du sursis avec mise à l'épreuve, de la libération conditionnelle, de la surveillance judiciaire, de la surveillance de sûreté et de la rétention de sûreté.

► Tableau comparatif entre obligation et injonction de soins

Nature de la mesure	Cadre légal	Modalités
Obligation de soins	- Contrôle judiciaire - Ajournement avec mise à l'épreuve - Sursis avec mise à l'épreuve - Sursis avec mise à l'épreuve avec obligation d'accomplir un travail d'intérêt général - Mesures d'aménagement de peine.	- L'expertise préalable n'est pas nécessaire pour l'ordonner ou la supprimer. - Elle peut être ajoutée ou supprimée par ordonnance du juge de l'application des peines à tout moment de la mise en œuvre de la mesure. - Le dispositif repose sur la production d'un justificatif de suivi par l'intéressé ; la concertation entre l'autorité judiciaire et le personnel de santé reste à la discrétion des acteurs de terrain.
Injonction de soins	La loi du 10 août 2007 a posé le principe de l'injonction de soins, sauf décision contraire de la juridiction, dès lors que la personne est condamnée pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru et qu'une expertise médicale conclut à la possibilité d'un traitement. Ces dispositions s'appliquent dans le cadre des mesures suivantes : - suivi socio-judiciaire ; - surveillance judiciaire ; - libération conditionnelle ; - sursis avec mise à l'épreuve ; - surveillance de sûreté ; - rétention de sûreté.	- L'expertise médicale préalable est nécessaire pour l'ordonner ou la prononcer et la supprimer, le cas échéant après débat contradictoire. - Elle peut être ajoutée à tout moment de la peine par le juge de l'application des peines. - Le médecin coordonnateur sert d'interface entre le médecin traitant et le juge de l'application des peines.

■ Le champ d'application de l'injonction de soins

L'injonction de soins peut être prononcée par la juridiction de jugement dans le cadre d'un **suivi socio-judiciaire** ou **un sursis avec mise à l'épreuve**.

Elle est prononcée par les juridictions de l'application des peines dans le cadre de la **libération conditionnelle** et de la **surveillance judiciaire**.

Elle est prononcée par les juridictions de la rétention de sûreté dans le cadre de la **surveillance de sûreté** ou de la **rétention de sûreté**.

Le dénominateur commun à toutes ces mesures est la nécessité d'**avoir été condamné pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru**, après qu'une expertise médicale a déterminé que la personne condamnée était susceptible de faire l'objet d'un traitement.

► Le suivi socio-judiciaire

• Définition

Le suivi socio-judiciaire constitue une peine complémentaire aux peines privatives de liberté criminelles.

En matière délictuelle, il peut être prononcé à titre de peine principale ou à titre de peine complémentaire.

Le suivi socio-judiciaire emporte pour le condamné, l'obligation de se soumettre, sous le contrôle du juge de l'application des peines, à des mesures de surveillance et d'assistance destinées à prévenir la récidive, éventuellement à l'issue de la peine privative de liberté. Il est applicable depuis le 20 juin 1998 mais uniquement pour des faits commis à compter de cette date (Crim.2 septembre 2004 Bull. N° 197).

• Infractions punies du suivi socio-judiciaire prévues par la loi

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 mineur :

La peine de suivi socio-judiciaire ne peut être prononcée que pour les infractions prévues par la loi. Ainsi, encourtent la peine de suivi socio-judiciaire, les personnes physiques coupables de :

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

Depuis la loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales :

- Crimes d'atteinte volontaire à la vie des personnes : meurtre, meurtre qui précède, accompagne ou suit un autre crime, assassinat, meurtre aggravé, empoisonnement (art. 221-9-1 CP qui renvoie aux articles 221-1 à 221-5-3 du CP) ;
- Crimes d'enlèvement et de séquestration (art. 224-10 CP qui renvoie aux articles 224-1 à 224-5-2 CP) ;

- Tortures ou actes de barbarie (art. 222-48-1 CP) ;
- Destruction, dégradation ou détérioration d'un bien par une substance explosive, un incendie ou tout autre moyen de nature à créer un danger pour les personnes, ainsi que le fait de diffuser par tout moyen des procédés permettant la fabrication d'engins de destruction (art. 322-18 CP qui renvoie aux articles 322-6 à 322-11 du CP).

Depuis la loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance :

- Actes de violence contre les personnes commis par le conjoint ou ex-conjoint ou le concubin ou ex-concubin de la victime ou le partenaire ou ex-partenaire lié à celle-ci par un pacte civil de solidarité (art. 222-48-1 CP) ;
- Actes de violence commis sur un mineur de quinze ans, par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur la victime. Le suivi socio-judiciaire est obligatoire en matière correctionnelle, sauf décision contraire de la juridiction, si ces violences sont commises de manière habituelle (art. 222-48-1 CP) ;
- Délit de propositions sexuelles à un mineur de quinze ans ou à une personne se présentant comme telle en utilisant un moyen de communication électronique, aggravé si ces propositions sont suivies de rencontre (art. 227-22-1 et 227-31 CP).

• *Exigence d'une expertise médicale préalable au jugement sur le fond*

La personne poursuivie pour une infraction prévue par l'article 706-47-1 du code de procédure pénale, doit être soumise **avant tout jugement sur le fond** à une **expertise médicale**.

L'expert, outre sa mission générale, est interrogé sur l'opportunité d'une injonction de soins (art. 706-47-1 CPP).

Cette obligation préalable ne vise pas tous les faits pour lesquels le suivi socio-judiciaire est encouru, notamment l'exhibition sexuelle (art. 222-48-1 CP). Ainsi, pour qu'une injonction de soins puisse être éventuellement prononcée dans le cadre d'une peine de suivi socio-judiciaire, il est nécessaire que le procureur de la République prenne l'initiative d'ordonner cette expertise préalable, même pour les faits qui ne sont pas visés par l'article 706-47 du code de procédure pénale.

• *Prononcé du suivi socio judiciaire*

Le suivi socio-judiciaire ne peut être prononcé que par la juridiction de jugement.

Pour les délits, le suivi socio-judiciaire peut être prononcé :

- soit à titre de peine principale (art. 131-36-7 CP). En matière correctionnelle, l'exécution provisoire est possible (art. 471 al. 4 CPP), la peine s'appliquant alors immédiatement, même en cas d'exercice d'une voie de recours (appel ou pourvoi en cassation) ;
- soit à titre de peine complémentaire à une peine d'amende ou d'emprisonnement (art. 131-10 CP).

Pour les crimes, le suivi socio-judiciaire est une peine complémentaire à une peine privative de liberté (avec ou sans sursis). En matière criminelle, la cour d'assises délibère spécialement sur le prononcé d'un suivi socio-judiciaire.

Dans tous les cas, le suivi socio-judiciaire ne peut être ordonné en même temps qu'un sursis avec mise à l'épreuve (art. 131-36-6 CP).

La juridiction de jugement doit se prononcer sur quatre points :

1. Durée du suivi ;
2. Fixation de l'emprisonnement encouru en cas d'inobservation des obligations ;
3. Fixation d'obligations ;
4. Prononcé d'une injonction de soins.

- *La fixation du contenu du suivi socio-judiciaire*

a) La durée du suivi socio-judiciaire (art. 131-36-1 al. 2 CP)

La juridiction est libre de fixer cette durée dans la limite des maxima dépendant de l'infraction à l'occasion de laquelle le suivi socio-judiciaire est prononcé.

Infraction concernée par la condamnation	Durée maximale du suivi socio judiciaire	
	Pour les faits commis entre le 20 juin 1998 et le 11 mars 2004	Pour les faits commis après le 11 mars 2004
En cas de condamnation pour délit	10 ans	10 ans, sauf si la juridiction de jugement décide de la porter à 20 ans par décision spécialement motivée
En cas de condamnation pour crime	20 ans	20 ans
Lorsqu'il s'agit d'un crime puni de trente ans de réclusion criminelle		30 ans
Lorsqu'il s'agit d'un crime puni de la réclusion criminelle à perpétuité		Sans limitation de durée, (le tribunal de l'application des peines peut mettre fin à la mesure à l'issue d'un délai de 30 ans)

b) La durée maximale de l'emprisonnement encouru par le condamné (art. 131-36-1 al. 3 CP)

La juridiction est libre de fixer cette durée dans la limite des maxima dépendant de l'infraction à l'occasion de laquelle le suivi socio-judiciaire est prononcé.

Infraction concernée par la condamnation	Durée maximale de l'emprisonnement encouru par le condamné en cas d'inobservation des obligations	
	Pour les faits commis entre le 20 juin 1998 et le 11 mars 2004	Pour les faits commis après le 11 mars 2004
En cas de condamnation pour délit	2 ans	3 ans
En cas de condamnation pour crime	5 ans	7 ans

c) La fixation des obligations du suivi socio judiciaire (art. 131-36-2 CP)

La personne condamnée à un suivi socio-judiciaire est obligatoirement soumise à une injonction de soins depuis la loi du 10 août 2007 dans les conditions développées au paragraphe suivant (II-3) et **aux mesures de surveillance** de l'article 132-44 du code pénal prévues pour le sursis avec mise à l'épreuve (cf. Annexe).

La juridiction peut imposer **les obligations particulières** prévues par l'article 132-45 du code pénal, prévues pour le sursis avec mise à l'épreuve (cf. Annexe).

Au surplus, le condamné peut être soumis à des **obligations spécifiques** au suivi socio-judiciaire :

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

Le condamné peut bénéficier **des mesures d'assistance** qui ont pour objet de seconder les efforts qu'il fait en vue de sa réinsertion sociale (art. 131-36-3 CP, identique aux *mesures d'aide* du sursis avec mise à l'épreuve)

Depuis la loi du 10 août 2007, le suivi socio-judiciaire comprend automatiquement une injonction de soins, s'il est établi après une expertise médicale que la personne poursuivie est susceptible de faire l'objet d'un traitement, sauf décision contraire de la juridiction de jugement ou de la juridiction de l'application des peines (art. 131-36-4 CP).

• *Tableau synthétique du suivi socio judiciaire*

Nature de la mesure	Autorités judiciaires compétentes	Instances chargées de la mise en œuvre de la mesure
Suivi socio-judiciaire : Automaticité de l'injonction de soins depuis la loi du 10 août 2007 sauf décision contraire du juge de l'application des peines et à condition qu'une expertise établisse que le condamné est apte à suivre un traitement. Si délit, le SSJ est prononcé soit : - à titre de peine complémentaire d'une peine privative de liberté ou d'amende (sursis simple possible, mais pas le SME) ; - à titre de peine principale. Si crime, le SSJ est prononcé à titre de peine complémentaire d'une peine privative de liberté (sursis simple possible, mais pas le SME).	- Tribunal correctionnel ou chambre des appels correctionnels de la cour d'appel (pour les délits). - Cour d'assises (pour les crimes).	- Juge de l'application des peines qui contrôle et décide de sanctionner les manquements du condamné. - SPIP ou toute personne qualifiée sur saisine du juge de l'application des peines. - Médecin coordonnateur. - Médecin traitant ou psychologue traitant.

► Les autres cadres légaux de l'injonction de soins

Le suivi socio-judiciaire n'a plus le monopole de l'injonction de soins.

En effet, depuis la loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs, celle-ci doit en principe être prononcée, sauf décision contraire du juge, dans le cadre de différentes mesures, lorsque la personne a été condamnée pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru et qu'une expertise médicale a conclu à la possibilité d'un traitement.

Dès lors que ces conditions sont remplies, l'injonction de soins s'impose :

- soit au moment du prononcé de la peine dans le cadre du **sursis avec mise à l'épreuve**, ou du suivi socio-judiciaire ;
- soit dans le cadre d'une mesure d'aménagement de peine sous forme de **libération conditionnelle** ;
- soit dans le cadre d'une mesure de sûreté comme la surveillance judiciaire.

En outre, depuis la loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, l'injonction de soins s'impose également dans le cadre de la surveillance de sûreté ou de la rétention de sûreté (art. 706-53-13 et suivants CPP et R. 53-8-40 et suivants CPP).

La surveillance de sûreté et la rétention de sûreté concernent les personnes détenues condamnées à une peine de réclusion criminelle d'une durée **égale ou supérieure à 15 ans** pour :

- crime d'assassinat, meurtre, torture ou acte de barbarie, viol, enlèvement ou séquestration commis sur **mineur** ;
- crime d'assassinat, meurtre aggravé, torture ou acte de barbarie aggravés, viol aggravé, enlèvement ou séquestration aggravé, commis sur **majeur**.

Ces mesures s'appliquent à titre **exceptionnel**, à l'encontre des personnes dont il est établi, à l'issue d'un réexamen de leur situation intervenant à la fin de l'exécution de leur peine, qu'elles 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** d'une durée **d'un an** peut être prononcée ou renouvelée par la **juridiction régionale de la rétention de sûreté**, à l'égard des personnes mentionnées à l'article 706-53-13 du code de procédure pénale, **à la suite d'une surveillance judiciaire, d'un suivi socio-judiciaire** ou d'une rétention de sûreté.

La **rétention de sûreté** consiste dans le placement de la personne intéressée en centre socio-médico-judiciaire de sûreté dans lequel lui est proposée, de façon permanente, une prise en charge médicale, sociale et psychologique destinée à permettre la fin de cette mesure.

La rétention de sûreté peut intervenir à l'issue d'une mesure de surveillance de sûreté, si la **méconnaissance** par la personne **des obligations** qui lui sont imposées fait apparaître que celle-ci présente à nouveau une particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de commettre à nouveau l'une des infractions mentionnées à l'article 706-53-13 précité.

La **rétention de sûreté** peut également être prononcée à l'issue de l'exécution de la peine privative de liberté **si la cour d'assises a expressément prévu**, dans sa décision de condamnation, que la personne pourra faire l'objet à la fin de sa peine d'un réexamen de sa situation en vue d'une éventuelle rétention de sûreté.

■ La mise en œuvre judiciaire de l'injonction de soins

► Les avertissements donnés par l'autorité judiciaire

Le président de la juridiction, après le prononcé de la décision, avertit le condamné des obligations qui en résultent et des conséquences qu'entraînerait leur inobservation (art. 131-36-1 al. 4 CP).

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, s'il refuse les soins qui lui seront proposés, l'emprisonnement prononcé dans le cadre du suivi socio-judiciaire pourra être mis à exécution.

Si la personne a été également condamnée à une peine privative de liberté sans sursis, le président l'informe qu'elle aura la possibilité de commencer un traitement pendant l'exécution de cette peine (art. 131-36-4 al. 2 et 3 CP).

Le juge de l'application des peines convoque la personne condamnée à un suivi socio-judiciaire ou à toute autre mesure comportant une injonction de soins pour lui rappeler les obligations auxquelles elle est soumise (art. R.61 CPP).

► L'incitation aux soins pour les condamnés détenus

Si la personne condamnée à un suivi socio-judiciaire n'a pas été soumise à une injonction de soins, le juge de l'application des peines ordonne en vue de sa libération une expertise médicale afin de déterminer si elle est susceptible de faire l'objet d'un traitement. Si c'est le cas, la personne condamnée est automatiquement soumise à l'injonction de soins, sauf décision contraire du juge de l'application des peines. [art. 763-3 al.3 CPP].

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

Un certain nombre de dispositions s'applique à toutes les personnes condamnées pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru afin d'inciter les détenus à entreprendre rapidement des soins.

Toutes les personnes soumises à une injonction de soins sont donc concernées par les dispositions suivantes :

• *Le lieu d'accomplissement de la peine*

Le condamné doit exécuter sa peine dans un établissement pénitentiaire lui permettant un suivi médical et psychologique adapté [art. 763-7 et R. 57-5 CPP]. Depuis la loi du 18 janvier 1994, tous les établissements pénitentiaires sont rattachés à un établissement de santé par protocole afin de mettre en œuvre un dispositif de soins adapté.

L'expertise médicale est communiquée à l'administration pénitentiaire afin de faciliter le suivi médical et psychologique en détention [art. 706-47-1 CPP].

La liste des établissements pénitentiaires est précisée à l'article R. 57-5 du code de procédure pénale, soit :

1. Les établissements pénitentiaires qui sont le siège d'un service médico-psychologique régional ;
2. Les établissements pour peines dotés d'une unité fonctionnelle rattachée à un service médico-psychologique régional (SMPR) ;
3. Les établissements pénitentiaires dans lesquels intervient le secteur de psychiatrie générale en application des protocoles prévus par les articles R. 711-10 et R. 711-17 du code de la santé publique ;
4. Les établissements pénitentiaires dans lesquels le suivi médical est régi par une convention passée dans le cadre de la loi n° 87-432 du 22 juin 1987 relative au service public pénitentiaire.

Toutefois, la direction de l'administration pénitentiaire a souhaité, en partenariat avec le ministère de la santé, mener une politique d'orientation des personnes condamnées pour des faits de nature sexuelle, dans des établissements pour peines proposant une offre de soins et une prise en charge pénitentiaire adaptées. Ainsi 22 établissements pour peine ont vocation à accueillir des personnes condamnées pour des faits de nature sexuelle :

CD Casabianda,	CD de Bédénac,	CD de Bapaume,
CD Salon de Provence,	CP de Poitiers,	CD de Toul,
CP de Perpignan,	MC de Saint-Martin de Ré,	MC d'Ensisheim,
CD de Muret,	CD de Nantes,	CD de Melun,
CP de Saint-Quentin - Fallavier,	CD d'Argentan,	CD de Joux la Ville,
CP Roanne,	CP de Caen,	CP le Port.
CD de Riom,	CD de Val de Reuil,	
CD de Mauzac,	CD de Liancourt,	

En application de l'article R. 57-6 du code de procédure pénale, le chef d'établissement est chargé de signaler au psychiatre intervenant dans l'établissement dont il a la charge les personnes mentionnées à l'article R. 57-5 du code de procédure pénale⁵ et met en outre à la disposition de ce praticien un résumé de la situation pénale ainsi que les expertises psychologiques ou psychiatriques conservées dans le dossier individuel de la personne détenue.

- *L'information de la personne condamnée*

La personne condamnée à un suivi socio-judiciaire est immédiatement informée par le juge de l'application des peines de la possibilité d'entreprendre un traitement ; s'il n'y consent pas, cette information est renouvelée au moins une fois tous les six mois (art. 763-7 CPP), tandis que la personne détenue, condamnée pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru, peut se voir proposer de suivre un traitement pendant la durée de la détention, si un médecin estime que cette personne est susceptible de faire l'objet d'un tel traitement (art. 717-1 CPP).

- *Soins et réductions de peines*

a) Le juge de l'application des peines peut, après avis de la commission de l'application des peines, ordonner le retrait du crédit de réduction de peine, lorsque la personne a été condamnée pour les crimes ou délits, commis sur un mineur, de meurtre ou d'assassinat, torture ou actes de barbarie, viol, agression sexuelle ou atteinte sexuelle et qu'elle refuse pendant son incarcération de suivre le traitement qui lui est proposé par le juge de l'application des peines, sur avis médical, en application des articles 717-1 ou 763-7 du code de procédure pénale.

b) L'article 721-1 du code de procédure pénale prévoit que le juge de l'application des peines pourra prendre en compte le suivi de la thérapie pour l'octroi des réductions de peine supplémentaires.

Les dispositions des articles L. 3711-1, L. 3711-2 et L. 3711-3 du code de la santé publique sont applicables au médecin traitant du condamné détenu, qui délivre à ce dernier des attestations de suivi du traitement afin de lui permettre d'en justifier auprès du juge de l'application des peines pour l'obtention des réductions de peine prévues par l'article 721-1 du code de procédure pénale.

Depuis la loi du 10 août 2007, sauf décision contraire du juge d'application des peines, aucune réduction supplémentaire de la peine ne peut être accordée à une personne condamnée à un crime ou un délit pour lequel le suivi socio-judiciaire est encouru, qui refuse pendant son incarcération, de suivre le traitement qui lui est proposé par le juge de l'application des peines en application des articles 717-1 et 763-7 du code de procédure pénale (art. 721 -1 CPP).

De même, les personnes condamnées pour une des infractions visées à l'article 706-47 du code de procédure pénale (infractions à caractère sexuel) dont le casier judiciaire porte déjà mention d'une telle condamnation, ne peuvent bénéficier de ces mêmes réductions de peine, **sauf décision du juge de l'application des peines** prise après avis de la commission de l'application des peines (art. 721 -1 CPP).

Lorsque le suivi socio-judiciaire accompagne une peine d'emprisonnement ferme, il s'applique pour la durée fixée par la décision de condamnation du jour où la privation de liberté a pris fin. Le suivi socio-judiciaire est suspendu par toute détention intervenue au cours de son exécution (art.131-36-5 CP).

⁵ Les personnes condamnées à un suivi socio-judiciaire, quel qu'en soit le motif, ainsi que les personnes condamnées pour le meurtre ou l'assassinat d'un mineur de quinze ans précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie ou pour toute infraction visée aux articles 222-23 à 222-32 et 227-25 à 227-27 du code pénal

► Les incidences de l'injonction de soins sur les mesures d'individualisation de la peine privative de liberté

Les dispositions relatives aux mesures d'individualisation de la peine pour les personnes condamnées pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru, s'appliquent, de facto, à toutes les personnes soumises à une injonction de soins.

- Les mesures **de permissions de sortir, semi-liberté, placement à l'extérieur, placement sous surveillance électronique, suspension et fractionnement de peine et libération conditionnelle** [art. 712-5, 712-6 et 712-7 CPP], à l'exception des réductions de peines n'entraînant pas de libération immédiate et des autorisations de sortie sous escorte, ne peuvent être accordées sans une expertise psychiatrique préalable à une personne condamnée pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru. Cette expertise est réalisée par deux experts lorsque la personne a été condamnée pour le meurtre, l'assassinat ou le viol d'un mineur de quinze ans.

Cette expertise détermine si le condamné est susceptible de faire l'objet d'un traitement (Art. 712-21 CPP).

- Lorsque la personne a été condamnée pour un crime ou un délit pour lequel le suivi socio-judiciaire est encouru, une libération conditionnelle ne peut lui être accordée si elle refuse pendant son incarcération de suivre le traitement qui lui est proposé par le juge de l'application des peines en application des articles 717-1 et 763-7 du code de procédure pénale. Elle ne peut davantage être accordée au condamné qui ne s'engage pas à se soumettre, après sa libération, à l'injonction de soins (art. 731-1 et art. 729 al. 4 CPP).
- Le juge de l'application des peines peut décider que les obligations résultant de l'injonction de soins ne seront pas applicables si leur mise en œuvre s'avère incompatible avec la mesure d'aménagement de peine dont bénéficie l'intéressé, notamment en raison de la brièveté de la sortie de l'établissement pénitentiaire (en pratique les mesures de permissions de sortir d'un maximum de 10 jours).
- S'agissant plus particulièrement des personnes condamnées à titre de peine complémentaire à un suivi socio-judiciaire, celui-ci reste applicable en cas de suspension, de fractionnement, de placement à l'extérieur ou sous surveillance électronique, de semi-liberté ou de permission de sortir aménageant la peine principale (art. 763-7 et R. 61-5 CPP).
- Par ailleurs, en cas de violation des obligations du suivi socio-judiciaire au cours d'une permission de sortir, d'un placement en semi-liberté, d'un placement à l'extérieur ou d'un placement sous surveillance électronique, les sanctions attachées à ces mesures d'aménagement de peine sont prononcées en premier lieu, avant l'application éventuelle de la mesure d'emprisonnement prévue au premier alinéa de l'article 763-5 du code de procédure pénale (art. R. 61-5 CPP) pour non respect des obligations du suivi socio-judiciaire.

■ Les acteurs judiciaires et pénitentiaires de l'injonction de soins

► Les juridictions de condamnation

Les peines de suivi socio-judiciaire et d'emprisonnement assorti du sursis avec mise à l'épreuve sont prononcées par :

- le tribunal correctionnel ou la chambre des appels correctionnels de la cour d'appel pour les délits ;
- la cour d'assises, y compris en appel, pour les crimes.

► Le juge de l'application des peines

Le juge de l'application des peines et le tribunal de l'application des peines constituent des juridictions de premier degré compétentes pour prononcer, notamment les mesures de libération conditionnelle et de surveillance judiciaire comportant, dans les conditions susmentionnées, une injonction de soins.

Quel que soit le cadre légal de l'injonction de soins, la personne condamnée à s'y conformer est placée sous le contrôle du juge de l'application des peines **dans le ressort duquel elle est détenue** ou dans le ressort duquel elle a sa **résidence habituelle**.

• *Le rappel et le contrôle des obligations par le juge de l'application des peines*

Dans le cadre du suivi socio-judiciaire, le juge de l'application des peines convoque la personne condamnée (art. R. 61 CPP) pour :

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

Lorsque la personne condamnée est détenue, le rappel des obligations est fait dans les jours précédant sa libération par le juge de l'application des peines sous le contrôle duquel le suivi socio-judiciaire doit être effectué : le juge de l'application des peines du lieu de détention communique en temps utile au juge de l'application des peines territorialement compétent pour contrôler le suivi socio-judiciaire, le dossier individuel du condamné (art. R. 61-4 CPP) établi et tenu par le greffe du juge de l'application des peines (art. R. 61-3 CPP).

Le juge de l'application des peines peut désigner le service pénitentiaire d'insertion et de probation pour veiller au respect des obligations imposées au condamné. Il peut également désigner toute personne qualifiée (art. 763-1 et 740 CPP).

• *La désignation du médecin coordonnateur par le juge de l'application des peines*

Le juge de l'application des peines désigne un médecin coordonnateur sur une liste de médecins psychiatres exerçant en qualité de spécialiste depuis au moins trois ans ou ayant exercé en qualité de spécialiste pendant au moins cinq ans, ou de médecins ayant suivi une formation appropriée. Cette liste est établie tous les trois ans par le procureur de la République (art. L. 3711-1, R. 3711-1 CSP).

La désignation du médecin coordonnateur intervient, dans la mesure du possible, avant la libération d'un condamné détenu, dans le cadre de la préparation à la sortie, afin de faciliter la prise en charge du condamné dès sa libération. Mais lorsque la personne a été condamnée pour un crime mentionné à l'article 706-53-13 du code de procédure pénale, cette désignation doit intervenir impérativement avant la libération ou avant la fin de la rétention de sûreté de l'intéressé (art. R. 3711-8 CSP).

Le médecin coordonnateur désigné ne doit pas avoir un lien familial, d'alliance ou d'intérêt professionnel avec la personne soumise à l'injonction de soins. Il ne doit être ni devenir médecin traitant de celle-ci, ni avoir procédé à son expertise au cours de la procédure, ni être désigné pour y procéder au cours du suivi socio-judiciaire (art. R. 3711-8 CSP).

Le juge de l'application des peines peut désigner un médecin coordonnateur à titre provisoire lorsque la liste n'a pu être établie ou lorsqu'aucun médecin y figurant ne peut être désigné. Cette désignation est valable un an (art. R. 3711-9 CSP).

De même, le juge de l'application des peines peut désigner un autre médecin coordonnateur en remplacement du médecin initialement saisi, notamment en cas de force majeure (art. R. 3711-9 al. 2 CSP).

Le juge de l'application des peines adresse au médecin coordonnateur une copie des pièces de la procédure utiles à l'exercice de sa mission ; ces documents sont restitués au juge en fin de mission (art. R. 3711-10 CSP).

Toute expertise médicale ordonnée par le juge de l'application des peines est communiquée en copie au médecin coordonnateur et, le cas échéant, au médecin traitant ou au psychologue traitant (art. R. 3711-23 et R. 3711-25 CSP).

Le médecin traitant et le psychologue traitant sont habilités à informer le juge de l'application des peines de l'interruption du traitement. Le praticien traitant peut également proposer au juge de l'application des peines d'ordonner une expertise médicale.

Il appartient au médecin traitant ou au psychologue traitant de remettre au condamné les attestations de suivi de son traitement.

Le médecin coordonnateur convoque périodiquement, et au moins une fois par trimestre, la personne condamnée à une injonction de soins, pour réaliser un bilan de sa situation, afin d'être en mesure de transmettre au juge de l'application des peines les éléments nécessaires au contrôle de l'injonction de soins (art. R. 3711-21 CSP).

• *Les moyens d'investigation et de contrainte du juge de l'application des peines*

Le juge de l'application des peines peut, par ailleurs, à tout moment du suivi de la mesure d'injonction de soins, ordonner, d'office ou sur réquisitions du procureur de la République, les **expertises** nécessaires pour l'informer sur l'état médical ou psychologique de la personne condamnée. Elles sont réalisées par un seul expert, sauf décision motivée du juge de l'application des peines (art. 763-4 CPP).

Si le condamné n'observe pas les mesures de surveillance, les obligations, les mesures d'assistance ou l'injonction de soins, le juge de l'application des peines peut délivrer un **mandat d'amener** ou un **mandat d'arrêt**, selon les distinctions prévues à l'article 712-17 du code de procédure pénale (art. 763-5 al. 2 CPP).

Le juge de l'application des peines peut également inscrire le condamné au fichier des personnes recherchées.

En cas d'inobservation des obligations qui incombent au condamné, le juge de l'application des peines peut ordonner, après avis du procureur de la République, l'incarcération provisoire du condamné (art. 712-19 CPP).

• *La possibilité pour le juge de l'application des peines de modifier les obligations*

Pendant toute la durée du suivi socio-judiciaire ou des autres mesures pouvant donner lieu à une injonction de soins, le juge de l'application des peines peut, après audition du condamné et avis du procureur de la République, **modifier ou compléter les mesures** de surveillance, les obligations et les mesures d'assistance, par une décision immédiatement exécutoire (art. 763-3 al. 1 CPP).

Postérieurement à la décision de condamnation à un suivi socio-judiciaire, le juge de l'application des peines doit également **prononcer une injonction de soins**, s'il est établi par une expertise médicale que le condamné est susceptible de faire l'objet d'un traitement. Il avertit le condamné qu'aucun traitement ne pourra être entrepris sans son consentement, mais que, s'il refuse les soins qui lui seront proposés, l'emprisonnement prononcé dans le cadre du suivi socio-judiciaire pourra être mis à exécution (art. 763-3 al. 3 CPP).

- *Le juge de l'application des peines peut sanctionner la violation de l'injonction de soins*
- **Le juge de l'application des peines peut mettre à exécution l'emprisonnement en cas de violation des obligations du suivi socio-judiciaire et notamment de l'injonction de soins (art.763-5 CPP)**

En cas d'inobservation des mesures de surveillance, des obligations, des mesures d'assistance ou de l'injonction de soins, le juge de l'application des peines peut, d'office ou sur réquisitions du procureur de la République, ordonner, par décision motivée, la mise à exécution partielle ou totale de l'emprisonnement fixé par la juridiction de jugement, par une décision immédiatement exécutoire.

L'accomplissement de l'emprisonnement pour inobservation des obligations du suivi socio-judiciaire ne dispense pas le condamné de l'exécution du suivi socio-judiciaire. En cas de nouveau manquement par le condamné à ses obligations, le juge de l'application des peines peut à nouveau ordonner la mise à exécution de l'emprisonnement, dans la limite de la durée d'emprisonnement initialement fixée par la juridiction de jugement (art. 763-5 CPP).

Le juge de l'application des peines peut décider par ordonnance motivée qu'il soit mis fin à l'emprisonnement s'il lui apparaît que le condamné est en mesure de respecter les obligations du suivi socio-judiciaire (art. R. 61-2 CPP). La période d'emprisonnement effectivement accomplie sera alors seule prise en compte.

- **En cas de non respect de l'injonction de soins, le juge de l'application des peines peut révoquer la peine d'emprisonnement avec sursis assorti d'une mise à l'épreuve.**
- Si l'injonction de soins est prononcée dans le cadre d'une libération conditionnelle, celle-ci pourra être révoquée, notamment en cas de non respect de cette obligation.
- Le juge de l'application des peines peut également prononcer le **retrait des réductions de peine dans le cadre de la mesure de surveillance judiciaire.**
- En cas de non respect de l'injonction de soins dans le cadre de la **surveillance de sûreté**, le président de la juridiction régionale de la rétention de sûreté peut être saisi par le juge de l'application des peines ou le procureur de la République afin que soit prononcé en urgence sans débat contradictoire, le placement provisoire de la personne dans un centre socio-médico-judiciaire de sûreté.

La décision provisoire doit être confirmée dans les trois mois de la mise à exécution du placement **par la juridiction régionale de la rétention de sûreté** après avis favorable conforme de la commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté, saisie par le juge de l'application des peines ou le procureur de la République dès la mise à exécution du placement. La décision de la juridiction régionale de la rétention de sûreté est **susceptible d'appel** non suspensif devant la juridiction nationale de la rétention de sûreté.

► Les acteurs pénitentiaires

La direction de l'administration pénitentiaire (DAP) du ministère de la justice est chargée d'une double mission : d'une part, la sécurité publique, par le maintien en détention des personnes qui lui sont confiées par l'autorité judiciaire et d'autre part, la prévention de la récidive par la préparation de la population pénale à sa sortie et le suivi des mesures et peines exécutées en milieu libre, sur mandat judiciaire.

L'ensemble des personnels pénitentiaires bénéficie, dans le cadre de la formation initiale, d'une sensibilisation à la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel.

L'administration pénitentiaire intervient à différents stades de la prise en charge des personnes condamnées à une mesure judiciaire pour laquelle une injonction de soins est prononcée (suivi socio judiciaire, libération

conditionnelle, surveillance judiciaire, sursis avec mise à l'épreuve, surveillance de sûreté et de rétention de sûreté) :

- dans l'orientation de la personne détenue, avant son affectation en établissement pour peines ;
- dans le cadre de la prise en charge effectuée par le service pénitentiaire d'insertion et de probation et adaptée aux besoins des personnes sous main de justice et aux risques de récidive.

• *Le personnel de direction*

Présentation et missions générales :

- il constitue l'encadrement supérieur des services pénitentiaires ;
- il est chargé de mettre en œuvre la politique définie pour contribuer à la prise en charge nécessaire des personnes faisant l'objet d'une mesure privative ou restrictive de liberté ;
- il exerce les attributions qui lui sont conférées par la loi et le règlement pour l'application des régimes d'exécution des peines.

Missions des personnels de direction en matière prise en charge des personnes soumises à une injonction de soins

- Garantir, au niveau local la mise en œuvre de la politique en matière de prise en charge des auteurs d'infractions sexuelles au sein de l'établissement. Celle-ci nécessite une étroite collaboration entre tous les acteurs de l'établissement pénitentiaire, en particulier avec le personnel médical (organisation de réunions pluridisciplinaires)
- Veiller, au sein de l'établissement, au respect des droits des détenus et rappeler les consignes en la matière aux personnels d'encadrement et de surveillance afin d'assurer l'égalité de traitement des détenus (accès aux activités)
- Intervenir pour inciter la personne détenue condamnée à une injonction de soins à suivre des soins dans le cadre des projets de préparation à la sortie en aménagement de peine ou en fin de peine
- Dans les établissements pour peines, mettre en œuvre du Parcours d'Exécution de Peine (PEP). Le PEP regroupe les différents partenaires intervenant dans la préparation à la sortie de la personne détenue, personnel de direction, personnel d'insertion et de probation, personnel de surveillance référent, psychologue PEP...) et requiert l'accord de la personne détenue. Il répond à trois objectifs :
 1. donner du sens à la peine privative de liberté en impliquant davantage la personne condamnée dans l'exécution de celle-ci pendant le temps de son incarcération ;
 2. définir des modalités de prise en charge et d'observation permettant une meilleure connaissance de la personne détenue ;
 3. améliorer l'individualisation judiciaire et administrative de la peine en proposant au juge ou à l'autorité administrative compétente des éléments objectifs d'appréciation du comportement de chaque personne détenue sur lesquels ils peuvent asseoir leur décision.
- Signaler, en application de l'article R 57-6 du code de procédure pénale au psychiatre intervenant dans l'établissement dont il a la charge les personnes mentionnées à l'article R. 57-5 du code de procédure pénale et mettre en outre à la disposition de ce praticien un résumé de la situation pénale ainsi que les expertises psychologiques ou psychiatriques conservées dans le dossier individuel de la personne détenue.

- *Le personnel de surveillance*

Présentation et missions générales :

- Le personnel de surveillance se divise en deux corps, le corps d'application et d'encadrement (surveillants, surveillants brigadiers, les premiers surveillants et les majors pénitentiaires) et le corps de commandement (lieutenant pénitentiaire, capitaine pénitentiaire, commandant pénitentiaire et commandant pénitentiaire emploi fonctionnel).
- Il participe à l'exécution des décisions et sentences pénales et au maintien de la sécurité publique. À ce titre, il assure la garde des personnes incarcérées, est associé au traitement de la peine et à son individualisation et participe aux actions de réinsertion.

Les missions des personnels de surveillance dans la prise en charge des personnes soumises à une injonction de soins.

- Leur rôle dans la prise en charge des personnes condamnées à une injonction de soins est plus important en établissement pour peines qu'en maison d'arrêt qui a vocation à accueillir des personnes en détention provisoire ou condamnées à des peines inférieures ou égales à un an (articles 714 et 717 CPP).
- En établissement pour peines : les personnels de surveillance notamment les gradés, peuvent exercer un rôle dans l'incitation aux soins, dans le cadre du PEP par le biais de l'observation et des entretiens de mise en œuvre et de suivi du PEP.
- **S'agissant des quartiers pour mineurs et des établissements pénitentiaires pour mineurs (EPM) :** il existe une formation spécifique pour les personnels de surveillance affectés dans les quartiers pour mineurs mais il n'est pas prévu pour le moment de module particulier relatif aux mineurs condamnés à une injonction de soins. Les personnels affectés dans ces quartiers sont volontaires et donc formés à ces fonctions. Les surveillants référents des mineurs figurent parmi les interlocuteurs privilégiés des mineurs et jouent un rôle d'écoute, de dialogue, d'accompagnement au quotidien, d'orientation et de prévention des risques. Ils participent aux réunions pluridisciplinaires. Grâce à leur rôle d'écoute, de dialogue et d'accompagnement au quotidien des mineurs, les surveillants peuvent être amenés à aborder la question de l'incitation aux soins des mineurs condamnés à une injonction de soins.

- *Le personnel relevant des services d'insertion et de probation (SPIP)*

Présentation et missions générales :

- Il comprend un statut d'emploi des directeurs des services pénitentiaires d'insertion et de probation (DSPIP), le corps des directeurs d'insertion et de probation (DIP), celui des chefs des services d'insertion et de probation (CSIP) et des Conseillers techniques de service social (CTSS) et celui des conseillers d'insertion et de probation (CIP) et assistants sociaux (AS).
- Il assure les missions qui lui sont dévolues par la loi et les règlements à l'égard des personnes faisant l'objet d'une mesure privative ou restrictive de liberté.
- Il est chargé de prévenir la récidive des personnes placées sous main de justice et de favoriser leur insertion. Il participe, notamment, à la prévention des effets désocialisants de l'emprisonnement et au maintien des liens sociaux et familiaux des personnes incarcérées (art. D. 460 CPP).
- Il est chargé de rechercher les moyens propres à favoriser l'individualisation de la situation pénale des détenus, notamment dans le cadre des orientations données par le juge de l'application des peines (art. D. 461 CPP).

- S'agissant des autres mesures confiées par les autorités judiciaires mandantes, il concourt, à la préparation des décisions de justice à caractère pénal et en assure le suivi et le contrôle.
- Le SPIP est chargé du suivi des mesures judiciaires à l'égard des personnes majeures, ce rôle étant dévolu à la protection judiciaire de la jeunesse lorsqu'il s'agit de condamnations à l'égard de mineurs, y compris à une peine d'emprisonnement.

Missions des personnels relevant des SPIP dans la prise en charge des personnes condamnées à une injonction de soins.

- **Au travers des entretiens individuels** qui se déroulent tout au long de la prise en charge (*mesure ou peine*) de la personne placée sous main de justice, le personnel d'insertion et de probation détermine des axes de travail à partir de l'évaluation de la situation familiale, sociale et professionnelle de la personne et au vu des éléments constitutifs du dossier pénal, ainsi que des expertises psychologiques ou psychiatriques.

- **Au travers de prises en charge collectives** : la mise en place de groupes de paroles non thérapeutiques s'inscrit dans une dynamique de prévention de la récidive, en aidant les personnes à repérer les situations à risque pour elles-mêmes et à leur permettre de mettre en place des stratégies d'évitement de nouveaux passages à l'acte. La circulaire du 19 mars 2008 relative aux missions et aux méthodes d'intervention des services pénitentiaires d'insertion et de probation préconise, pour certains délinquants, la mise en œuvre de programmes de prévention de la récidive centrés sur le passage à l'acte visant à reconnaître et éviter les situations. Ces programmes de prévention de la récidive viennent compléter le suivi médical du condamné. Le suivi des personnes soumises à une injonction de soins s'articule autour de la prise en compte de l'acte délictuel ou criminel, du rappel à la loi et de l'incitation aux soins en vue d'élaborer un projet dans le cadre d'un parcours d'exécution de peine, d'une sortie en aménagement de peine ou en fin de peine pour les personnes détenues. L'administration pénitentiaire a mis en place des groupes de parole dans le cadre des SPIP. Ces groupes de parole ne sont pas spécifiques aux auteurs d'infractions sexuelles, mais pratiqués auprès d'autres catégories de délinquants. Ils ont pour visée principale la prévention de la récidive, dans une perspective éducative en utilisant le média du groupe comme facilitateur de la relation (conférences de consensus, expériences françaises et étrangères).

Les groupes de paroles constituent une des modalités d'accompagnement du justiciable, dans le parcours pénal, à la disposition des CIP et du SPIP.

Différents points sont travaillés dans ces groupes :

- la reconnaissance de l'acte et de la victime dans une visée de responsabilisation ;
- le repérage, voire l'intégration des interdits ;
- la prise de conscience des dimensions qui sous-tendent l'infraction et qui ont pu participer à la commission de l'acte ; ces points peuvent notamment être travaillés à partir de la déconstruction de la chaîne d'infraction.

Ce type de groupe ne remplace pas les groupes thérapeutiques réalisés par les soignants. Ils s'inscrivent dans la complémentarité avec les pratiques de soin (quelles qu'elles soient, individuelle ou groupale), dans une perspective pluridisciplinaire. Ils peuvent être facilitateurs du soin, notamment par le travail préalable que le CIP opère sur le cadre, en posant ce dernier et en rappelant les éléments relatifs aux temps de l'infraction, de la sanction et de la peine. Cette étape, qui peut prendre plus ou moins de temps selon les justiciables, est un préalable dans la mise au travail du sujet quel que soit le champ d'intervention, soin, éducatif et social.

Missions des personnels relevant des SPIP dans la prise en charge des personnes condamnées à une injonction de soins.

Au-delà des obligations légales et professionnelles et des modalités utilisées, le maintien dans le temps, d'un cadre et des objectifs sont essentiels dans l'effectivité du parcours du justiciable.

Du côté des soignants comme des membres du SPIP, la mise en place de groupes de parole, comme de toute modalité de suivi, implique de prendre connaissance des pratiques professionnelles en cours sur le site (établissement) ou sur le plan local afin de construire de manière pluridisciplinaire, en collaboration entre les différents acteurs, le parcours d'exécution des peines. Dans l'intérêt du justiciable et de la qualité du suivi, il est important que les professionnels puissent se rencontrer, s'informer mutuellement de leurs pratiques et se concerter dans l'élaboration, la participation au projet d'exécution des peines et dans son suivi et son évolution, en milieu fermé mais également en milieu ouvert.

Durant l'incarcération, l'adhésion aux soins, la prise en compte de la victime et de son indemnisation, sont des éléments retenus dans le cadre de l'examen des réductions de peine supplémentaires et des demandes d'aménagements de peines.

En milieu ouvert, le SPIP est chargé de veiller au respect des obligations imposées au condamné dans le cadre de la mesure de suivi socio-judiciaire ou de toute autre mesure accompagnée d'une injonction de soins.

Il oriente le cas échéant les personnes condamnées vers les structures de soins adaptées.

Dès lors que le médecin coordonnateur a été désigné par le juge de l'application des peines et que le choix du médecin traitant et/ou du psychologue traitant a été validé par celui-ci, le personnel d'insertion et de probation, en charge du suivi de la mesure, est destinataire de la part du médecin coordonnateur des éléments nécessaires au contrôle de l'injonction de soins (art. L3711-1, 3° CSP). Il reçoit copie du rapport de situation établi par ce médecin sur la pertinence du traitement entrepris par le condamné, ainsi que des attestations de suivi du traitement délivrées par le médecin traitant. Ce dernier est par ailleurs habilité à informer le SPIP de l'interruption du traitement (art. L 3711- 3 CSP).

Au vu des informations reçues, le personnel d'insertion et de probation peut évaluer le degré d'adhésion de la personne à la thérapie et il en rend compte aux autorités judiciaires, à leur demande ou chaque fois qu'il l'estime nécessaire. Il aide également le condamné dans son insertion sociale et professionnelle.

Le personnel d'insertion et de probation **adresse chaque semestre au juge de l'application des peines un rapport de situation** proposant le cas échéant des modifications des mesures de contrôle ou rendant compte de leur violation.

La prise en charge sanitaire

■ Principes généraux de prise en charge

Les personnes soumises à injonction de soins représentent une population qui doit être prise en charge par le dispositif de soins psychiatriques de la même manière que tout patient. Ce public entre, en outre, dans les prises en charge psychiatriques en milieu pénitentiaire.

Les objectifs du suivi sont à envisager entre le thérapeute et son patient, en fonction de l'évaluation clinique, des capacités du patient, de la formation du thérapeute (tentative de compréhension de son fonctionnement, travail sur le passage à l'acte, traitement d'une comorbidité, travail avec la famille...).

Les soins reposent avant tout sur un système de type ambulatoire avec un thérapeute expérimenté. Les ouvrages spécialisés recommandent cependant d'étoffer la prise en charge en y associant plusieurs soignants, particulièrement avec les patients difficiles. L'indication de coupler différentes techniques de soins est à discuter, en fonction des moyens locaux à disposition (ex : entretien individuels et thérapie de groupe, entretien individuel et approches avec support de médiation différent). L'hospitalisation en service de psychiatrie de secteur classique ne se discute, en principe, qu'à l'occasion d'une décompensation psychiatrique manifeste (trouble psychotique, trouble thymique, crise suicidaire par exemple) et non pour la prise en charge focalisée du trouble comportemental (agression) ou du fonctionnement psychique le sous-tendant (traits de personnalité, paraphilie).

La prise en charge des auteurs de violences sexuelles

La prise en charge des auteurs de violences sexuelles suppose un certain nombre d'aménagements qui doivent tenir compte de leur mode de fonctionnement psychique et de leurs mécanismes défensifs prévalents, ainsi que des contre-attitudes des thérapeutes et du cadre socio-médico-judiciaire dans laquelle elle s'inscrit.

Le patient agresseur sexuel présente souvent de multiples mécanismes de défense :

- des mécanismes propres de sa personnalité ;
- des défenses habituelles des agresseurs sexuels (clivage, déni, relation d'emprise, recours à l'acte) ;
- des traits de personnalité (inhibition, timidité, égocentrisme, immaturité, difficulté d'élaboration...) ;
- des modes d'attachement prédominant de types anxieux-ambivalent ou évitant.

De son côté, **le thérapeute risquera d'adopter certaines contre-attitudes en symétrie de ces défenses :**

- difficultés d'empathie ;
- tendance à l'intervention ;
- risque de fascination (notamment lors d'affaires médiatiques).

L'authenticité de la demande peut se poser dans de nombreuses situations et dans un tel contexte associant le cadre judiciaire, **mais il faut garder à l'esprit que celle-ci peut mûrir durant le suivi.**

On peut également proposer une supervision de pratique psychothérapeutique.

Les échanges entre les thérapeutes en milieu pénitentiaire (où a été débuté le suivi la plupart du temps) et ceux du milieu ouvert (où prend effet la mesure d'injonction de soins) doivent être systématiques au moment de la sortie.

Un partenariat avec les autres acteurs de l'injonction de soins, entretenu dans le respect des règles déontologiques et des missions de chacun, permet une cohérence et un balisage.

■ L'expertise

L'expert est mandaté par l'autorité judiciaire qui lui demande, en tant que spécialiste, d'apprécier une question d'ordre scientifique ou technique et de lui donner son avis.

Les experts (quels qu'ils soient, psychologues, psychiatres ou d'autres experts) sont des « *techniciens*⁶ » au service de la justice qui ont à répondre aux missions qui leur sont confiées par les magistrats, en fonction de leurs compétences et connaissances dans le champ considéré.

► Les psychiatres experts et l'expertise psychiatrique

• Les psychiatres experts

Le médecin expert est interrogé avant le jugement sur la responsabilité pénale du sujet et, s'il y a condamnation, sur l'opportunité d'une injonction de soins.

Il peut être sollicité *en exécution de peine ou en cas de besoin durant l'exécution de la peine*, en milieu carcéral ou en milieu libre durant la peine de suivi socio-judiciaire et de l'injonction de soins, y compris lorsque celle-ci est prononcée dans le cadre d'autres mesures.

• L'expertise psychiatrique

a) Les différents temps de l'expertise

Rendue obligatoire par l'article 706-47-1 du code de procédure pénale, elle peut intervenir à différents temps de la procédure :

- **Dès les premiers temps de l'enquête préliminaire (art. 77-1 CPP) ou de flagrance (art. 60 CPP), à la demande du parquet** et en général dans l'urgence, au moment de la garde à vue du mis en cause, dans la perspective notamment d'une comparution immédiate du prévenu. L'audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale des 25 et 26 Janvier 2007 [13] préconise, à ce stade très précoce, que l'expertise se focalise sur l'état mental du sujet examiné et la nécessité de soins psychiatriques urgents, sous la forme d'une hospitalisation d'office éventuelle, rendue nécessaire par l'existence d'un danger imminent pour la sûreté des personnes ; bien que posée à l'expert, la question de l'opportunité d'une injonction de soins ne devrait faire l'objet que d'une réponse très prudente, uniquement dans l'hypothèse où le sujet examiné reconnaît les faits qui lui sont reprochés, conformément aux recommandations de la conférence de consensus des 22 et 23 novembre 2001 [2] et en insistant sur la nécessité d'un recul supplémentaire que seule la poursuite de la procédure - incluant si possible une nouvelle expertise psychiatrique - sera susceptible de fournir (l'expert pouvant alors bénéficier d'informations plus substantielles émanant du dossier pénal et éventuellement médical du mis en cause qui lui font presque toujours défaut aux stades très précoces de la procédure).
- **En phase présentencielle toujours mais cette fois à la demande du juge d'instruction** lorsque l'affaire justifie une ouverture d'information, le sujet pouvant alors être en détention provisoire ou laissé en liberté mais placé sous contrôle judiciaire, l'expert disposant alors (ou pouvant demander communication au magistrat qui l'a commis) des éléments du dossier incluant les antécédents médico-psychiatriques et judiciaires éventuels, les résultats de l'enquête de personnalité ainsi que d'autres expertises, antérieures ou concomitantes (expertises psychiatriques mais aussi psychologiques) sachant que, dans les affaires particulièrement complexes ou graves et sur ordonnance expresse du juge d'instruction, l'expertise peut se faire en dualité d'experts, ce qui permet une confrontation d'idées toujours profitable.

⁶ DUMOULIN L., « L'expertise judiciaire dans la construction du jugement : de la ressource à la contrainte », Droit & Société, N° 44-45, 2000.

- **En phase postsentencielle enfin, à la demande du juge de l'application des peines ou parfois du parquet**, en vue notamment d'ordonner, le cas échéant, une injonction de soins dans le cadre d'une peine de suivi socio-judiciaire (art. 131-36-4 CP) qui peut en effet être prononcé soit par la juridiction de jugement (tribunal correctionnel, cour d'assises) soit par les juridictions de l'application des peines.

b) La démarche de l'expert

Dans tous les cas, l'expert doit essayer de procéder, comme l'ont rappelé les conclusions de l'audition publique déjà citée [13] à une triple démarche :

1. L'identification d'une éventuelle pathologie psychiatrique ou plus généralement, pour reprendre les termes de la mission d'expertise psychiatrique pénale, de « toute anomalie mentale ou psychique » susceptible notamment, conformément à l'article 122-1 du code pénal, d'abolir ou seulement d'altérer ou d'entraver le discernement et le contrôle des actes, au moment des faits incriminés, rendant de ce fait leur auteur supposé peu ou pas accessible à une sanction pénale, en même temps que le trouble psychique ainsi repéré permettra de déterminer, à un degré qu'il convient d'apprécier, la « dangerosité psychiatrique » de ce dernier.
2. Une lecture psychodynamique du passage à l'acte dans ses rapports avec la personnalité et l'histoire du sujet, en ne perdant pas de vue – du moins dans l'expertise présentencielle – le principe de la présomption d'innocence et en proportionnant ce second temps de la démarche expertale au degré d'implication personnelle du sujet lui-même dans les faits qui lui sont reprochés.
3. Enfin, lorsque cela est possible et au vu notamment du contexte socioculturel tel qu'il est retranscrit à la fois par le sujet examiné et le dossier pénal, une analyse psychocriminologique du passage à l'acte et du risque ultérieur, conditionnant cette fois une « dangerosité criminologique » (ou sociale) plus large et autorisant, toujours avec prudence, l'expert à une évaluation non plus seulement rétrospective, synchronique et séquentielle – relative à des faits appartenant au passé et éventuellement avérés (du point de vue judiciaire en tout cas, en post-sentenciel) – mais prospective, diachronique et longitudinale, susceptible d'être alors utilisée par la justice (le juge de l'application des peines notamment) pour la mise en œuvre ou non d'une libération conditionnelle, d'une surveillance judiciaire et d'un suivi en milieu ouvert (incluant ou non des soins) ou de toutes autres mesures de sûreté.

S'agissant plus précisément d'une éventuelle injonction de soins applicable à un auteur d'agression sexuelle, l'expert doit en quelque sorte en poser l'indication – sans se prononcer sur son contenu qui est laissé à l'appréciation du thérapeute (médecin ou psychologue traitant) et éventuellement du médecin coordonnateur – et dégager des perspectives d'évolution dans laquelle cette injonction devra donc prendre place, fixant ainsi le cadre de la future prise en charge médico-socio-judiciaire qui ne sera souvent effective qu'ultérieurement, à l'issue d'une éventuelle peine privative de liberté.

L'expert et l'expertise, – laquelle devra être transmise par le juge de l'application des peines au médecin coordonnateur, qui la mettra à la disposition du thérapeute, et le sera éventuellement, via son avocat, au justiciable – assurent ainsi une véritable interface avec les autres professionnels intervenant autour du condamné, incluant les travailleurs sociaux des services pénitentiaires d'insertion et de probation, interlocuteurs privilégiés du justiciable mais aussi du médecin coordonnateur à la disposition duquel ils se tiennent, en lien avec le juge de l'application des peines.

En devenant un document partageable par de multiples intervenants et par le condamné lui-même, l'expertise apparaît ainsi comme la pierre angulaire de l'édifice original conçu par le législateur pour à la fois punir et soigner ; comme l'écrit S. Baron-Laforêt à l'occasion de l'audition publique de 2007 [13] : « Il faut construire un soin qui sait qu'il agit en articulation. Le fait que la contrainte existe conduit le sujet devant le thérapeute :

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

Ainsi est-il recommandé [13] que l'expert soit conscient, lorsqu'il le rédige, que son rapport d'expertise sera un vecteur d'informations et de décisions essentiel dans le processus de l'injonction de soins auquel, s'il n'est pas suffisant, il est néanmoins nécessaire, justifiant donc de sa part compétence bien sûr – dans le domaine de la psychopathologie et de la criminologie appliquée spécifiquement au domaine concerné des violence sexuelles – mais aussi prudence, humilité et respect de la déontologie, tant médicale qu'expertale.

► Les psychologues experts et l'expertise psychologique

• Les psychologues experts

Les psychologues experts sont des professionnels inscrits⁷ sur les listes de la cour d'appel ou de la Cour de cassation qui peuvent être sollicités par les magistrats afin de procéder à une expertise psychologique ou à une expertise médico-psychologique, et ce, en phase présentencielle (avant le jugement), plus rarement en phase postsentencielle et/ou en cours d'exécution des peines.

« Toute juridiction d'instruction ou de jugement, dans le cas où se pose une question d'ordre technique, peut, soit à la demande du ministère public, soit d'office, soit à la demande des parties, ordonner une expertise » [art. 156 CPP].

L'expertise psychologique est un document destiné aux magistrats et accessible à divers professionnels des champs sanitaire et judiciaire (dans le cadre du parcours pénal). Par conséquent, ce doit être un document clair et pédagogique compréhensible par les différents praticiens qui sont autorisés à le consulter.

• L'expertise psychologique

- **En phase présentencielle**, c'est-à-dire avant que le jugement soit rendu, les experts psychologues peuvent intervenir seuls dans une expertise « psychologique » et plus rarement, conjointement avec un médecin, dans une expertise « médico-psychologique ».

Le magistrat instructeur « *peut prescrire un examen médical, un examen psychologique ou ordonner toutes mesures utiles* » [art. 81 CPP]. « *L'examen psychologique est confié à un expert psychologue. Un médecin peut y être associé. Cet examen tend à relever les aspects de la personnalité de la personne mise en examen (affectivité, émotivité, etc.), à déterminer les niveaux d'intelligence, d'habileté manuelle, d'attention et à fournir des données utiles pour la conduite de l'instruction et le jugement de l'affaire* ». [art 81 CPP, modifié par l'article 24 de la loi du 4 janvier 1993].

Comme cela a été rappelé précédemment, dans la partie sur l'expertise psychiatrique, au cours de cette phase, le principe de la présomption d'innocence est préservé par l'expert dans la rédaction de son rapport d'expertise.

⁷ Des experts non inscrits peuvent également être sollicités.

Après avoir pris connaissance des pièces constitutives du dossier transmis, l'expert psychologue répond à sa mission à partir des questions qui lui sont posées. La mission d'expertise psychologique développe trois axes d'analyse principaux⁸ sur lesquels doit se prononcer le psychologue :

1. Une analyse de la personnalité du sujet mis en examen et de la constitution de celle-ci à travers son histoire personnelle, afin de donner du sens à la situation infractionnelle dans un trajet personnel. L'expertise offre une lecture diachronique de l'histoire de vie afin de la mettre en perspective avec la constitution de la personnalité du sujet examiné et l'infraction. À travers l'analyse de différents champs d'existence (familial, conjugal, professionnel, médical, etc.) dans une trajectoire de vie, cette partie permet de repérer des moments de rupture et de difficultés personnelles et de le mettre en lien avec la personnalité et l'acte infractionnel incriminé.
2. Le deuxième axe offre une analyse de la dynamique criminogène et du « passage à l'acte », tant dans leurs rapports avec la personnalité qu'avec diverses dimensions qui peuvent participer à la commission de l'infraction. Les liens entre la personnalité de l'auteur et l'acte infractionnel sont interrogés, notamment à travers la question suivante : « Préciser si des dispositions de la personnalité ou des anomalies mentales ont pu intervenir dans la commission de l'infraction reprochée, si elle était avérée ». Il s'agit là de proposer une analyse dynamique du mode de fonctionnement de la personnalité du sujet, dans ses dimensions cognitives, affectives, psychopathologiques éventuelles, et de préciser s'il existe des liens entre celle-ci et la commission des faits.
En tenant compte du contexte global dans lequel l'infraction advient, l'expert psychologue offre une analyse psychocriminologique de l'agir infractionnel et des processus psychologiques qui le sous-tendent. Et ce, à travers une déconstruction de la dynamique criminogène ; offrant une lecture dynamique des liens entre les dimensions environnementales, contextuelles, d'histoire de vie, la consommation de toxiques, les relations interpersonnelles, les problématiques psychiques et psychopathologiques qui ont pu participer à la commission de l'infraction.
L'expertise éclaire également sur le positionnement psychologique du sujet par rapport à la victime et aux faits, rendant compte de son niveau de reconnaissance et d'élaboration ; éléments qui sont susceptibles d'apporter des indications pour le suivi et les prises en charge en milieu pénitentiaire ou milieu ouvert.
3. Enfin, conformément aux questions posées, l'expert se prononce sur l'amendabilité du sujet mis en examen et les dispositifs proposés dans le cadre du suivi : « Indiquer dans quelle mesure le mis en examen est susceptible de se réadapter et préciser quels moyens il conviendrait de mettre en œuvre pour favoriser sa réadaptation ». Sans entrer dans une prescription du type de prise en charge et de son contenu, au regard des analyses réalisées précédemment, le psychologue expert argumente et se prononce sur l'intérêt d'un suivi, psychologique ou psychiatrique notamment, et ses orientations éventuelles.

Le psychologue dispose de différents outils d'investigation (tests et entretiens) afin d'évaluer le mode de fonctionnement de la personnalité, dans leur dimension cognitive et affective, le fonctionnement psychique et la psychopathologie ; la dynamique criminelle et le processus psychologique qui sous-tend le passage à l'acte, ainsi que le niveau de reconnaissance de l'acte par la personne mise en examen et son niveau d'élaboration sur le plan psychologique.

- **Dans la phase postsentencielle :** Plus rarement, les psychologues experts peuvent être sollicités en cours d'exécution des peines, par le juge de l'application des peines.

Dans ce cas, en plus des éléments mentionnés précédemment dans la phase présentencielle, l'expertise propose une analyse comparative et évolutive, par la prise en compte des changements et évolutions⁹ du

8 MOULIN V., VILLERBU L. « L'examen médico-psychologique des auteurs », in Psycho-criminologie : clinique, prise en charge, expertise, SENON, J.-L., LOPEZ, G., CARIO., et al. Paris, Dunod, 2008.

9 Ou de l'absence de changements.

sujet en cours d'exécution des peines. En particulier, une analyse du mode de fonctionnement psychique et de la psychopathologie du sujet concerné, qui est mise en lien avec les expertises antérieures afin d'évaluer, dans une perspective longitudinale, l'évolution du sujet depuis l'infraction pour laquelle il est sous main de justice.

Elle permet de rendre compte des modifications du rapport du sujet à lui-même, à son acte et à la victime au cours de l'exécution des peines.

Cette expertise propose une lecture du parcours juridico pénitentiaire (incluant l'ensemble des prises en charge, pénitentiaires, sanitaires et sociales) et des effets de ce parcours sur le devenir du sujet, l'élaboration de l'acte, les sentiments de culpabilité et de responsabilité de ce dernier. Elle rend compte du rapport subjectif d'un sujet au cadre juridico-pénitentiaire, afin de repérer les effets de sa dynamique sur le devenir du justiciable.

■ Le suivi en détention

► L'incitation aux soins

Le principe des entretiens d'accueil des arrivants et des consultations sur demande de la personne détenue ou de toute personne (entourage ou professionnel) qui se soucie d'elle, à tout moment du parcours pénal et pénitentiaire, donne l'occasion de la rencontre et de la possibilité du soin. Le niveau des offres de soins psychiatriques et psychologiques de l'établissement pénitentiaire est important à considérer puisqu'elles sont disparates.

Les pré-requis du soin sont le consentement de la personne (hors cadre d'urgence vitale) et la garantie de la confidentialité des échanges. Le consentement et l'investissement peuvent être variables dans le temps.

Avant jugement, la présomption d'innocence doit se respecter face à des personnes tenant un discours de négation des faits. Il convient d'évaluer la pertinence de la poursuite du suivi à cette période avec le patient.

Après le jugement, il faut s'assurer que la personne condamnée a compris le sens de la peine prononcée et ses modalités d'exécution et de la mission des équipes soignantes dans un milieu où il va rencontrer de multiples intervenants.

Il s'agit de l'informer des rôles du juge de l'application des peines et des agents du service pénitentiaire d'insertion et de probation, voire du médecin et/ou psychologue traitants et du médecin coordonnateur si la libération est proche.

L'objectif poursuivi est de permettre à la personne détenue soumise à une injonction de soins dont elle a accepté l'occurrence, de s'engager dans le soin, si ce n'est déjà fait.

Le personnel sanitaire peut inviter, voire inciter, la personne détenue à entreprendre, reprendre ou poursuivre une démarche de soins, à différents moments de son parcours pénal et pénitentiaire. Lors des commissions pluridisciplinaires telles que celles instituées par le « PEP », les divers référents de la personne condamnée (personnels sanitaires et médicaux, personnels pénitentiaires, personnels pénitentiaires d'insertion et de probation) peuvent utilement aborder ces questions.

Une fois qu'un accompagnement est entrepris, les équipes de soins psychiatriques peuvent remettre au patient, à sa demande, des certificats médicaux pour attester d'un suivi auprès du juge de l'application des peines et des personnels pénitentiaires.

La présence de vulnérabilités (adolescents, psychotiques, sujets âgés, retards mentaux) nécessite, en plus de l'adaptation du suivi, une vigilance particulière en milieu carcéral du risque de stigmatisation et de maltraitance.

► La continuité des suivis entre les équipes exerçant en milieu pénitentiaire

Lors de tout transfert vers un autre établissement pénitentiaire, l'équipe référente du patient veille à assurer les transmissions en prenant contact avec l'équipe qui va accueillir la personne détenue.

► La préparation à la sortie (aménagement ou fin de peine)

Sous le pilotage du service pénitentiaire d'insertion et de probation, la préparation à la sortie associe tous les acteurs du milieu pénitentiaire, l'unité de consultations et de soins ambulatoires (U.C.S.A.) et son dispositif de soins psychiatriques (DSP) ou le service médico-psychologique régional (S.M.P.R.). Elle s'effectue en lien avec les services sanitaires et sociaux extérieurs. Le médecin coordonnateur désigné par le juge de l'application des peines est informé par celui-ci de la libération du condamné et doit rencontrer le condamné avant sa sortie. Il importe que l'ensemble des secteurs de psychiatrie s'impliquent dans la prise en charge ambulatoire de ces patients.

Pour assurer cette continuité des soins en milieu ouvert, il apparaît nécessaire de s'appuyer sur les **centres ressources** référents (cf. III-6) et des réseaux de soins incluant les praticiens libéraux avec des partenariats socio-éducatifs, et de développer des actions de formation et de recherche.

► Les structures

Les équipes de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire ont pour mission de répondre aux besoins de santé mentale de l'ensemble des détenus, prévenus ou condamnés.

Elles assurent notamment le suivi médico-psychologique de patients auteurs de violences sexuelles. Ce suivi s'effectue sur un principe de demande du détenu ou dans le cadre d'une incitation aux soins. Rappelons que l'injonction de soins ne débutera qu'à la sortie d'incarcération.

Le travail de ces équipes implique des connaissances solides en psychiatrie, de l'organisation judiciaire ainsi que les rôles et missions des intervenants s'occupant du détenu (surveillants, CIP, PJJ, etc.). Ce travail nécessite une adaptation au milieu carcéral, le modèle de l'intervention se calquant sur celui de la psychiatrie de liaison. Un partenariat multidisciplinaire, respectant la déontologie et l'éthique, doit s'entretenir tant que possible, dans l'intérêt du détenu.

Dans la majorité des établissements pénitentiaires, les actions de prévention et les prises en charge sont réalisées par le dispositif de soins psychiatriques (DSP) local, rattaché à l'établissement de santé ayant passé convention. Ce dispositif intervient dans l'unité de consultations et de soins ambulatoires (U.C.S.A.) installé en détention. Le dispositif de soins psychiatriques est pourvu d'effectifs variables selon les établissements pénitentiaires, en général psychiatres, psychologues, infirmiers et secrétaires.

Par ailleurs, 26 établissements pénitentiaires disposent d'un service médico-psychologique régional (S.M.P.R.).

Les personnels sont composés de psychiatres, psychologues, infirmiers, aides soignantes, agents des services hospitaliers, assistantes sociales, éducateurs, psychomotriciens et secrétaires.

Les conditions de fonctionnement des SMPR ont été fixées par l'arrêté du 14 décembre 1986, modifié par l'arrêté du 10 mai 1995, qui présente le fonctionnement et le travail institutionnel des SMPR et établit les missions générales de soins et de prévention des troubles mentaux.

Les quatre missions des SMPR. sont les suivantes :

1. Une mission générale de prévention des affections mentales en milieu pénitentiaire, notamment par le repérage précoce des troubles des entrants dans l'établissement d'implantation ;
2. La mise en œuvre des traitements psychiatriques nécessaires aux détenus prévenus ou condamnés, à l'exception de ceux relevant des dispositions des articles L. 343 et L.349 du code la santé publique et D. 398 du code de procédure pénale ;
3. Éventuellement, le suivi psychiatrique de la population postpénale en coordination avec les équipes de secteurs de psychiatrie générale ou de psychiatrie infanto-juvénile ;
4. Le cas échéant, une mission de prise en charge des addictions en milieu pénitentiaires.

La majorité de ces services fonctionne sur un modèle hôpital de jour avec consultations et soins en journée, le détenu réintégrant sa cellule par la suite. Seuls deux SMPR (Fresnes et Les Baumettes) possèdent des unités d'hospitalisation de nuit. Toutefois les conditions d'hospitalisation au sein de ces deux services (impossibilité d'accès direct la nuit aux patients par le personnel soignant) ne permettent pas une réelle prise en charge à temps complet.

Les possibilités de prises en charge psychiatriques hospitalières, de tout détenu se déclinent ainsi :

- l'hospitalisation avec consentement au sein des SMPR, avec les réserves soulignées plus haut),
- l'hospitalisation en établissement public de santé sous le régime de l'hospitalisation d'office, en application de l'article D.398 du code de procédure pénale et de l'article L. 3213-1 du code de la santé publique, le cas échéant en unité pour malade difficile (UMD) sur indication médicale.

Ces indications sont amenées à évoluer avec la mise en œuvre du programme des unités hospitalières spécialement aménagées (U.H.S.A.) prévu par la loi d'orientation pour la justice de septembre 2002. Aménagées au sein des établissements de santé, les U.H.S.A. (17 unités prévues pour un total de 705 lits) prendront en charge l'ensemble des personnes détenues nécessitant une hospitalisation pour troubles mentaux avec et sans consentement.

La prise en charge des soins sera effectuée par du personnel médical et soignant dédié et la surveillance périmétrique sera assurée par du personnel pénitentiaire.

L'indication d'hospitalisation se discutera en général quand la gestion ambulatoire en détention est dépassée devant un tableau psychiatrique franc (trouble psychotique ou thymique) ou face à certains troubles du comportement (crise suicidaire, automutilation).

Le rôle du service social hospitalier en milieu pénitentiaire.

Les SMPR disposent de travailleurs sociaux et font appel au service social de l'établissement hospitalier de rattachement. Ce dernier est investi d'une mission générale de conseil, d'orientation, de prévention et de coordination en faveur des patients. En ce qui concerne la préparation à la sortie, en aménagement de peine ou en fin de peine, il doit travailler en association avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation.

Il intervient, plus particulièrement, dans le suivi, la prise en charge sociale, la préparation à la sortie et la réinsertion des détenus suivis par le SMPR. Il favorise l'accès et la continuité des soins et concourt à la prévention de la récidive. Il participe aux actions de prévention et d'éducation pour la santé en faveur des patients incarcérés.

Il intervient, également, dans la prise en charge médico-psycho-sociale des détenus auteurs d'infractions graves. Il peut être appelé à participer aux activités thérapeutiques collectives, mises en place en leur faveur

des détenus. L'intervention sociale en faveur de ces détenus n'est pas fondamentalement différente de celle concernant les autres détenus mais elle est plus sensible, compte tenu des faits reprochés et du contexte juridique. Elle nécessite donc une attention et une vigilance particulières en vue de favoriser :

- le maintien ou la poursuite des soins ;
- l'accès aux soins et aux droits sociaux.

L'accès au dispositif général de protection sociale doit être facilité afin que le patient puisse bénéficier de conditions d'existence suffisantes pour poursuivre son traitement. Il doit être informé de l'existence des différentes prestations sociales et des démarches à effectuer. La couverture maladie universelle (CMU) peut être mise en place avant la sortie afin de permettre l'accès aux traitements dès la libération ;

- l'insertion ou la réinsertion en lien avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation.

La nature des infractions commises et la durée des peines auxquelles sont soumis les auteurs d'infraction graves sont souvent à l'origine de ruptures familiales, sociales ou professionnelles, nécessitant la recherche et la mise en place de solutions adaptées pendant l'incarcération. Les problèmes de ressources et de logement doivent être pris en compte dans la préparation de la sortie, car le suivi thérapeutique peut s'avérer difficile à mettre en place en cas de désinsertion sociale ;

- la restauration des liens sociaux ou le maintien des liens familiaux, en lien avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation, quand cela est possible, dans le respect de l'intérêt des victimes, du souhait des familles et des dispositions prises par la justice afin de permettre à l'auteur d'infractions graves de continuer à restaurer ses repères et de se responsabiliser.

■ Le suivi en milieu ouvert

► Le médecin coordonnateur

La fonction de médecin coordonnateur a été créée par la loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs qui prévoit, pour les auteurs de violences sexuelles, la possibilité d'une condamnation à un suivi socio-judiciaire avec injonction de soins. Le code pénal et le code de procédure pénale définissent les infractions, les peines et les aménagements de peine qui peuvent donner lieu à une injonction de soins. Le code de la santé publique précise l'organisation du dispositif (art. L. 3711-1 à L. 3711-5 et R. 3711-1 à R. 3711-24 CSP).

Rappel : Depuis la loi du 17 juin 1998, le champ du dispositif de l'injonction de soins a été élargi par plusieurs lois (cf. II-1-1-2) :

- La loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales a complété la liste des infractions susceptibles de donner lieu à une peine de suivi socio-judiciaire, l'injonction de soins pouvant désormais concerner les auteurs des infractions les plus graves.
- La loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs a appliqué le dispositif de l'injonction de soins, auparavant prononcé exclusivement dans le cadre du suivi socio-judiciaire, aux peines d'emprisonnement assorties du sursis avec mise à l'épreuve pour une infraction faisant encourir le suivi socio-judiciaire (art. 132-45-1 du code pénal), à la surveillance judiciaire (art. 723-30 CPP) et à la libération conditionnelle (art. 731-1 CPP).
- La loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relatif à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental a récemment étendu le champ de l'injonction de soins à la surveillance de sûreté. De même que la surveillance judiciaire, la surveillance de sûreté comporte diverses obligations parmi lesquelles l'injonction de soins.

Le médecin coordonnateur est situé à l'interface de la santé (médecin ou psychologue traitant) et de la justice (juge de l'application des peines ou référent du SPIP). Il garantit le cadre thérapeutique et le respect du secret professionnel par le médecin traitant et le psychologue traitant, il évalue l'évolution du sujet tout au long de la prise en charge médico-psychologique et psychiatrique et il conseille le médecin traitant ou le psychologue traitant si ceux-ci lui en font la demande.

• *La nomination du médecin coordonnateur*

Le médecin coordonnateur est choisi par le juge de l'application des peines sur une liste prévue à l'article L. 3711-1 du code de la santé publique. Cette liste est établie tous les trois ans par le procureur de la République après avis du conseil départemental de l'ordre des médecins et du préfet.

L'article R. 3711-3 prévoit que peuvent être inscrit sur la liste des médecins coordonnateurs, sur leur demande les médecins suivants, s'ils n'ont aucune condamnation justifiant une inscription au bulletin numéro 2 du casier judiciaire et sont inscrits à un tableau de l'ordre des médecins :

- les psychiatres, qui exercent en qualité de spécialiste depuis au moins trois ans ;
- les psychiatres qui ont exercé en qualité de spécialiste pendant au moins cinq ans ;
- les médecins autres que les psychiatres, spécialistes ou non, ayant suivi une formation délivrée par une université ou par un organisme agréé de formation médicale continue répondant aux mêmes conditions ;
- à titre transitoire et jusqu'au 4 novembre 2013, peuvent être aussi inscrits sur cette liste des médecins coordonnateurs les médecins autres que les psychiatres et n'ayant pas suivi la formation mentionnée à l'alinéa précédent sous réserve qu'ils puissent justifier avoir exercé la fonction de médecin coordonnateur pendant au moins deux ans.

Le médecin coordonnateur ne peut présenter de lien familial, d'alliance ou d'intérêts professionnels avec la personne condamnée ; il ne peut être médecin traitant pour une même personne ou avoir été désigné comme expert dans le cadre de la procédure impliquant cette même personne.

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

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

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

• *La formation requise pour les médecins autres que les psychiatres souhaitant exercer la fonction de médecin coordonnateur*

L'article L. 3711-1 du code de la santé publique ouvre sans condition de formation aux médecins psychiatres la possibilité d'exercer la fonction de médecin coordonnateur, mais il prévoit également que des médecins autres que les psychiatres peuvent exercer cette fonction sous réserve de satisfaire à des conditions de formation, délivrée par une université ou par un organisme agréé de formation médicale continue, répondant aux conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

L'arrêté du 24 mars 2009 et son annexe relatif à la formation des médecins, autres que les psychiatres, pouvant être inscrits sur la liste des médecins coordonnateurs prévue à l'article L. 3711-1 du code de la santé publique, qui interviennent dans le cadre de l'injonction de soins (Journal officiel du 25 avril 2009) a prévu une formation de cent heures, permettant d'acquérir à la fois des connaissances sur le contexte juridique de l'injonction de soins et l'organisation de ce dispositif et des connaissances médicales sur la clinique, le passage à l'acte, le diagnostic et la thérapeutique des auteurs de violences, notamment sexuelles. Afin de faciliter l'acquisition de ces données, l'arrêté permet de comptabiliser des formations délivrées par plusieurs universités ou organismes agréés de formation médicale continue.

D'autres mesures destinées à faciliter le recrutement de médecins coordonnateurs sont intervenues : le décret n° 2008-1129 du 4 novembre 2008 relatif à la surveillance de sûreté et à la rétention de sûreté (Journal officiel du 5 novembre 2008) permet aux actuels médecins coordonnateurs non psychiatres de continuer à exercer cette fonction pendant cinq ans à compter de sa publication. En outre, ce décret a modifié les dispositions de l'article R. 3711-3 du code de la santé publique pour permettre aux médecins psychiatres qui ne sont plus en activité de demander leur inscription sur la liste des médecins coordonnateurs sans autre condition spécifique que celle d'avoir exercé en qualité de spécialiste pendant au moins cinq ans.

• *La rémunération des médecins coordonnateurs*

Le médecin coordonnateur ne peut assurer le suivi simultané de plus de 20 personnes soumises à l'injonction de soins. Il perçoit une indemnité forfaitaire de 700 euros par année civile pour chaque personne suivie (arrêté du 24 janvier 2008). Celle-ci est versée par la DDASS dans les conditions suivantes : le médecin coordonnateur établit un état justificatif conformément à l'arrêté précité, le fait viser par le juge de l'application des peines et l'adresse à la DDASS du département d'implantation du tribunal de grande instance dont relève le juge de l'application des peines (circulaire N° DGS/MC4/2008/213 du 18 juin 2008 relative à l'évolution du dispositif de l'injonction de soins). Cette rémunération est soumise aux prélèvements sociaux.

• *Les missions du médecin coordonnateur*

- Le médecin coordonnateur convoque la personne soumise à l'injonction de soins pour un entretien au cours duquel il lui fait part des modalités d'exécution de cette mesure et précise la nature des interventions complémentaires du médecin traitant ou du psychologue traitant, du médecin coordonnateur et des acteurs judiciaires. Dans la mesure du possible, cet entretien a lieu avant la libération d'un condamné détenu mais, lorsque la personne a été condamnée pour un crime mentionné à l'article 706-53-13 du code de procédure pénale, la convocation de cette personne par le médecin coordonnateur doit intervenir avant sa libération ou la cessation de sa rétention de sûreté.
- Le médecin coordonnateur fait une évaluation clinique précise du fonctionnement psychique et de la psychopathologie de l'intéressé qu'il met en continuité avec le contenu des expertises antérieures afin d'établir une évaluation longitudinale de l'évolution de la personne depuis son passage à l'acte.
- Il invite la personne à faire le choix d'un médecin traitant ou/et d'un psychologue traitant. Dans le cas où la personne suivie est mineure, le choix du praticien traitant est fait dans les mêmes conditions par l'administrateur légal ou le tuteur avec l'autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille. Dans le cas où la personne condamnée est un majeur protégé, le choix du médecin traitant est effectué dans les mêmes conditions par l'administrateur légal ou le tuteur avec l'autorisation du juge des tutelles.
- Le médecin coordonnateur peut refuser d'avaliser le choix d'un médecin ou d'un psychologue traitant par la personne condamnée dans la mesure où le médecin traitant ou le psychologue traitant ne sont pas, à son sens, en mesure de conduire la prise en charge de cette personne.

- Le médecin coordonnateur facilite l'accès au médecin traitant ou au psychologue traitant par la connaissance qu'il doit avoir du réseau de ces professionnels à proximité du domicile de l'intéressé. En cas de problème, il peut en référer au centre ressource et d'information pour la prise en charge des auteurs de violences sexuelles de la région.
- Il informe la personne sous injonction de soins que la première visite auprès du médecin traitant, si celui-ci exerce en privé, doit se faire sur prescription du médecin traitant au sens de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale sous peine de s'exposer à un remboursement minoré de la prise en charge des soins par l'assurance-maladie.
- Il informe le médecin et/ou le psychologue traitant pressenti du cadre juridique dans lequel s'inscrit l'injonction de soins et s'assure de son accord pour prendre en charge la personne et ceci par écrit dans un délai de 15 jours à compter de la formalité d'information. À défaut de réponse dans le délai de 15 jours ou en cas de refus du médecin traitant ou du psychologue traitant, le médecin coordonnateur invite la personne soumise à l'injonction de soins à choisir un autre médecin traitant ou un autre psychologue traitant.
- La désignation du médecin traitant et/ou du psychologue traitant intervient dans la mesure du possible avant la libération d'un condamné détenu. Toutefois, lorsque la personne a été condamnée pour un crime mentionné à l'article 706-53-13 du code de procédure pénale, cette désignation doit intervenir avant la libération de l'intéressé ou avant la cessation de sa rétention de sûreté.
- Le médecin coordonnateur informe le médecin traitant et/ou le psychologue traitant qu'il peut leur faire parvenir, à leur demande, les pièces du dossier et notamment les expertises et le jugement.
- Si aucun médecin traitant n'a pu être choisi, le médecin coordonnateur en informe le juge de l'application des peines.
- Si la personne suivie souhaite changer de médecin traitant ou de psychologue traitant au cours de l'exécution de la mesure, le médecin coordonnateur doit en informer le médecin traitant ou le psychologue traitant initialement désigné, informer le juge de l'application des peines et reprendre avec le nouveau médecin traitant ou psychologue traitant, les mêmes formalités décrites ci-dessus.
- Lorsque le médecin traitant ou le psychologue traitant décide d'interrompre le suivi d'une personne condamnée, ils en informent le médecin coordonnateur par lettre recommandée et ils retournent au médecin coordonnateur les pièces de procédure qui leur ont été transmises.
- **Le médecin coordonnateur doit convoquer la personne condamnée au moins une fois par trimestre** afin de réaliser un bilan de sa situation et d'être en mesure de **transmettre au juge de l'application des peines les éléments nécessaires au contrôle de l'injonction de soins.**
- Lorsque l'injonction de soins arrive à son terme, le médecin coordonnateur doit informer l'intéressé de la possibilité de poursuivre le traitement entrepris en l'absence de tout contrôle de l'autorité judiciaire.
- *Le suivi de l'injonction de soins*
 - Le médecin coordonnateur reçoit la personne soumise à une injonction de soins au moins une fois par trimestre et autant que de besoin mais il n'interfère pas dans les soins. Il est alerté par le juge de l'application des peines, éventuellement par le référent du service pénitentiaire d'insertion et de probation, d'événements susceptibles d'influer sur l'efficacité du suivi ou l'engagement de la personne (déménagement, changement d'emploi, attitudes ou propos lors des rendez-vous...). Auprès des représentants de la justice, il contribue à une évaluation des besoins de la personne pour rendre le suivi le plus opérant possible. Pour ce faire, il communique avec les représentants de la justice en tant que de besoin. **Il transmet au juge de l'application**

des peines au moins une fois par an un rapport comportant tous les éléments nécessaires au contrôle du respect de l'injonction de soins. Lorsque la personne a été condamnée pour un crime mentionné à l'article 706-53-13 du code de procédure pénale, **ce rapport** est adressé au moins **deux fois par an**. Ce rapport dresse un bilan précis de la mise en œuvre de l'injonction de soins. Le cas échéant, il comporte des éléments d'appréciation sur l'évolution de la personne au regard de son besoin de soins ainsi que des propositions sur les modalités de poursuite de la mesure.

- Le médecin traitant et/ou le psychologue traitant peut solliciter à tout moment le médecin coordonnateur pour une concertation, une question technique ou une difficulté. Cela peut conduire à une convocation de la personne condamnée auprès du médecin coordonnateur pour une évaluation avec celle-ci, nommer les difficultés et les préconisations qui en découlent (signalement au juge de l'application des peines avec éventuelle demande d'expertise, rappel du cadre thérapeutique...).

► Le médecin traitant et le psychologue traitant

Le médecin traitant ou le psychologue traitant, choisis par le condamné, après avoir donné leur accord, ont pour rôle de :

- organiser et effectuer l'accompagnement psychothérapeutique, prodiguer éventuellement un traitement pharmacologique ;
- rencontrer l'entourage ou quelconque partenaire s'il l'estime utile pour la prise en charge ;
- consulter les rapports d'expertise ainsi que certaines pièces juridiques (par l'intermédiaire du médecin coordonnateur) ;
- délivrer au patient des attestations de suivi régulièrement ;
- informer le juge de l'application des peines ou le médecin coordonnateur en cas d'arrêt du suivi médical (sans que ce soit considéré comme une violation du secret professionnel).

La mesure d'injonction de soins pose le contexte juridique qui cadre la relation thérapeutique.

Le temps des soins ne se superpose pas nécessairement au temps de l'injonction, la poursuite de ceux-ci sera recommandée le cas échéant.

Par ailleurs, le thérapeute peut interrompre le suivi d'un patient qui devra alors retrouver un autre praticien, si besoin avec l'aide du médecin coordonnateur, qui doit être informé de la décision.

L'article L.3711-4-1 du code de santé publique prévoit qu'à côté ou à la place du médecin traitant, le médecin coordonnateur peut désigner un psychologue traitant ayant cinq ans d'expérience.

Le praticien traitant est informé du cadre juridique des consultations et l'atteste au médecin coordonnateur. Le praticien traitant prend en charge la personne dans le cadre de son exercice normal, comme tout autre patient qu'il a accepté de suivre. Il ne perçoit aucune indemnité spécifique.

Le praticien traitant délivre des attestations du traitement à intervalles réguliers afin de permettre au condamné de justifier auprès du juge de l'application des peines l'accomplissement de son injonction de soins. Le certificat est remis au patient et non aux autorités judiciaires ou au personnel d'insertion et de probation.

L'article L.3711-3 du code de la santé publique a été complété par un alinéa permettant au médecin traitant de prescrire au condamné, avec le consentement écrit et renouvelé au moins une fois par an de ce dernier, **un traitement utilisant des médicaments entraînant une diminution de la libido** pour les auteurs d'infractions sexuelles. Il s'agit de médicaments bénéficiant d'une AMM (autorisation de mise sur le marché) mentionnant cette indication.

Les différents cadres de prise en charge

La diversité des fonctionnements psychiques des auteurs d'infractions de nature sexuelle a été soulignée par les experts de la conférence de consensus de novembre 2001 « Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'infractions sexuelles ». Elle implique des modalités de soins diverses et la possibilité de recours aux soins en privé comme en public, ou l'alternance des deux. Le système de soins privé propose notamment des thérapies individuelles. Le système de soins public propose un travail d'équipe pluridisciplinaire avec des modalités de soins plus diversifiées et une inscription dans un travail de réseau local social.

Les soins psychiatriques proposés par les établissements publics de santé et les établissements privés participant au service public hospitalier

Selon les spécificités des établissements, le dispositif comprend des lieux de consultations (consultations de psychiatrie, centres médico-psychologiques), des prises en charge à temps partiel (CATTP, hospitalisation à temps partiel) ou à temps complet.

Les équipes sont pluridisciplinaires comprenant notamment des infirmiers, des psychologues.

Lors des soins, le certificat est remis au patient et non aux autorités judiciaires ou personnels d'insertion et de probation. Les certificats, ou attestations de suivi, peuvent être remis à un rythme à fixer avec la personne en soins obligés. Fixer, et faire évoluer, la délivrance des attestations peut faire partie de la construction d'un cadre thérapeutique¹⁰.

■ Les approches thérapeutiques

► Les auteurs de violence : principes généraux

• Repères déontologiques et éthiques

L'exercice professionnel des médecins et/ou psychologues dans le cadre de l'injonction de soins du soin interroge régulièrement la déontologie et l'éthique.

Permettre un accès au soin aux personnes adressées aux médecins coordonnateurs et aux médecins ou psychologues traitants exige de leur garantir un secret professionnel indispensable pour construire l'espace du soin.

Ce soin obéit au cadre général des règles déontologiques du secret professionnel. Si le médecin traitant ou le psychologue traitant sont habilités à contacter le médecin coordonnateur en cas de besoin, ou le juge de l'application des peines en cas d'interruption du traitement, cela ne les délivre pas du secret professionnel : ils n'ont pas à transmettre les informations qui les incitent à entrer en contact avec le médecin coordonnateur ou avec le juge de l'application des peines. Le médecin traitant et le psychologue traitant n'ont pas à justifier leur position ou à d'argumenter un point de vue ; ils doivent simplement permettre au médecin coordonnateur ou au juge de l'application des peines de réinterroger l'évolution de la personne et les besoins d'accompagnement ou de contrainte. Cela suppose un climat de confiance à construire et à entretenir. Les rencontres interprofessionnelles sur les dispositifs de prise en charge locale, les réunions proposées par les centres ressources (cf. page 49) peuvent être des lieux qui supportent ces modalités de fonctionnement.

L'interface entre le soin, du médecin traitant ou du psychologue traitant (s'appuyant éventuellement sur une équipe pluridisciplinaire) et la justice est réalisée par le médecin coordonnateur, sauf exception ou urgence.

¹⁰ Par exemple : « M^r C. a suivi les soins proposés de telle date à telle date ». Ou « M^r C. a été reçu tel jour, tel jour... afin d'évaluer avec lui les soins à lui proposer ».

Il est le premier interlocuteur en cas de besoin des soignants. Le médecin coordonnateur communiquera avec le juge d'application des peines ou le conseiller d'insertion et de probation sur des évaluations et des modalités de suivi.

Les rôles respectifs des différents intervenants et leurs relations auront à être formulées à la personne en injonction de soins.

Ces quelques repères sont des bases qui seront probablement soumises à l'aléa de la clinique et des individus dans certaines situations. Les personnalités souvent rencontrées mettront parfois à l'épreuve les limites professionnelles. L'éthique, si elle reste une position personnelle d'un moment, aura souvent intérêt à pouvoir être mise en débat et partagée.

- *Construire un projet de soins*

Si la personne sous mesure de justice doit être consentante à l'injonction de soins, elle n'est pas forcément demandeuse de soins. Elle a souvent consenti à un processus dont le contenu et les modalités devront être évaluées et être précisées : des entretiens de rencontre, d'évaluation clinique, débouchant sur une orientation et des propositions thérapeutiques seront souvent une première étape nécessaire au déroulement ultérieur des soins. Comme tout soin, celui-ci nécessite un examen clinique, des indications et des évaluations dans son déroulé.

En particulier, travailler avec des personnes présentant des troubles de la personnalité et ayant recours à des passages à l'acte nécessite de pouvoir ne pas travailler seul à certains moments de la prise en charge. Selon les milieux d'exercice, selon les patients, les soignants pourront s'appuyer sur un travail d'équipe *in situ* ou au centre ressource, ou sur des échanges avec d'autres équipes de soin.

- *Le dossier de soins*

La personne en injonction de soin est suivie au même titre que toute autre personne. Elle a donc un dossier patient. La gestion de ce dossier obéit aux règles générales en la matière.

Pour des raisons pratiques, il est souhaitable d'y noter les coordonnées des personnes référentes (médecin coordonnateur, conseiller d'insertion et de probation, juge d'application des peines) dans les renseignements autour du patient, de même que les coordonnées de la famille.

Le dossier doit mentionner les dates des consultations, les noms des professionnels, des éléments cliniques d'évaluation, des éléments d'évaluation à certains moments du suivi, les traitements prescrits et les effets constatés et, si possible, le double des attestations ou certificats remis à la personne.

► Les approches thérapeutiques des auteurs de violences sexuelles

- *Psychothérapies de soutien*

On réserve tant que possible les thérapies individuelles aux patients ayant des capacités de verbalisation et de mentalisation correctes, ainsi qu'une demande assez motivée.

Un suivi de soutien, pouvant être intégratif sur le plan théorique, associé à des repérages socio-éducatifs peut être proposé à des patients dont les problématiques sont souvent mixtes.

- *Psychothérapies psycho-dynamiques*

Celles-ci exigent en général un aménagement différent de la cure classique.

Les techniques d'inspiration analytique chercheront à faire prendre conscience au sujet de sa souffrance, de ses origines infantiles et des modalités par lesquelles il cherche à les gérer, y compris dans les passages à l'acte.

Il apparaît nécessaire de mettre en place des pratiques de supervision et/ou de travail en commun dans le dispositif de prise en charge.

Le double cadre représentera un contenant indispensable, avec d'une part un cadre externe (celui de la Justice qui comporte le respect des lois, règles pénitentiaires et obligations diverses) et d'autre part un cadre interne (celui des soignants).

• *Psychothérapies cognitives et comportementales*

Les axes de travail sont d'agir sur les distorsions cognitives présentes chez les auteurs de violences sexuelles et sur le comportement inadapté à l'origine du passage à l'acte.

Ainsi, les thérapies porteront sur les domaines suivants :

- modification des préférences sexuelles avec tentative de baisse de la sensibilité à l'excitation sexuelle « déviante » d'une part, et élargissement des champs d'attirances sexuelles « non déviantes » ;
- entraînement aux habiletés sociales (affirmation de soi, travail sur la relation à l'autre, expression de la colère...);
- éducation sexuelle ;
- prévention de la récidive (postulat que le délit sexuel est l'aboutissement d'une chaîne de plusieurs facteurs identifiables).

• *Psychothérapies de groupe*

Les groupes de parole sont utilisés dans la prise en charge d'auteurs de violences sexuelles, ils complètent souvent le travail réalisé sur le plan individuel. Ils permettraient de contourner les limites et les difficultés de la relation duelle.

Du point de vue psychodynamique et systémique, le groupe propose la possibilité d'un travail intrapsychique associé à un exercice de relation sociale.

Ce type de thérapie est particulièrement indiqué chez les patients présentant des troubles narcissiques avec un égocentrisme, une immaturité et des troubles caractériels.

Les contre-indications sont les états psychiatriques aigus, les patients sourds, les patients déments ou déficients mentaux graves.

Plusieurs types de groupes existent :

- **Les groupes ouverts :** en cas de départ d'un participant, il y a un nouvel entrant ; les patients se rendant dans les avancées psychothérapeutiques différentes entre les patients permettent de créer une dynamique intéressante ;
- **Les groupes fermés :** les patients sélectionnés au début de la prise en charge sont fixes et ne sont pas remplacés en cas de départ ; ce type de groupe convient notamment aux modules plutôt pédagogiques où chaque séance a un thème précis.

Le travail de constitution du groupe initial se fera en fonction de l'approche des co-animateurs (homogénéité, spécificité...). Des outils de médiation peuvent être employés, tels des supports vidéos et des jeux de rôles.

Les temps d'échanges entre animateurs en vue de la préparation de chaque séance et de débriefing post-groupal sont indispensables.

- *Traitements pharmacologiques*

- a) **Les psychotropes classiques**

La conférence de consensus rappelle que des psychotropes appartenant à diverses classes thérapeutiques ont été utilisés dans le contrôle des troubles du comportement sexuel avec une efficacité discutée.

Ceux-ci n'ont pas d'indication en dehors des cas où ces troubles sont associés à une pathologie psychiatrique avérée.

Les antidépresseurs de la classe des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, IRS, et inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine, ISRS, peuvent être utilisés de façon non spécifique quand les comportements ont une composante obsessionnelle compulsive avec lutte anxieuse.

- b) **Les traitements anti-androgènes**

La prescription de ces traitements doit se faire avec l'accord du patient qui doit être informé des conséquences thérapeutiques et des effets indésirables, afin de donner un consentement libre et éclairé. L'association à une prise en charge psychothérapeutique est impérative, ainsi qu'un suivi endocrinologique.

Deux types de médicaments sont utilisés :

- **L'acétate de cyprotérone** (Androcur®) est un dérivé progestatif qui s'oppose à l'action périphérique des androgènes et qui a aussi une action antigonadotrope).

Il peut être prescrit après un bilan pré-thérapeutique (bilan hépatique et dosage de la testostéronémie) et en respectant les contre-indications. L'Androcur® a une autorisation de mise sur le marché (AMM) depuis 2005 dans l'indication de « *réduction des pulsions sexuelles dans les paraphilies, en association avec une prise en charge psychothérapeutique* ».

- **Les agonistes de la LH-RH.** Un produit a une A.M.M. dans cette indication : la triptoréline, SALVACYL L.P.® « pour la réduction majeure et réversible des taux de testostérone afin de diminuer les pulsions sexuelles chez l'homme adulte ayant des déviations sexuelles sévères. Le traitement par SALVACYL L.P. doit être instauré et contrôlé par un psychiatre. Le traitement doit être associé à une psychothérapie dans le but de diminuer le comportement sexuel inapproprié ». Il est administré sous forme injectable pour 3 mois.

L'indication des anti-androgènes est posée en particulier pour les pédophiles multirécidivistes et pour les pédophiles très immatures ou déficients intellectuels et doit être toujours associée à une psychothérapie.

L'utilisation est contre-indiquée chez les sujets psychotiques et épileptiques, ainsi que chez les sujets n'ayant pas terminé leur puberté.

- *Autres approches*

Entretiens psychothérapeutiques familiaux, psychodrame, approches comprenant une médiation corporelle, arthérapie, musicothérapie...

- *Associations de plusieurs approches*

Les données empiriques ne permettant pas de recommander une thérapeutique exclusive, les synergies conjointes ou séquentielles doivent être recherchées (conférence de consensus 2001).

- *Prises en charge des comorbidités psychiatriques éventuelles*

- Troubles thymiques : troubles dépressifs, troubles affectifs bipolaires
- Troubles de la personnalité

- Conduites addictives : rechercher notamment un usage nocif ou une dépendance concernant l'alcool, l'usage de substances psychoactives, une addiction à Internet et une addiction sexuelle.
- Troubles psychotiques
- Crise suicidaire
- Troubles anxieux et troubles de l'adaptation
- Phobies
- États de stress post-traumatique (agresseur agressé)
- Trouble Déficitaires de l'Attention avec Hyperactivité
- Autres

► Les structures

• *Le secteur de soins hospitaliers*

L'organisation des soins psychiatriques en milieu hospitalier repose sur environ 600 établissements de statuts divers : 290 hôpitaux publics (dont 96 hôpitaux spécialisés et 194 hôpitaux généraux), 27 établissements privés faisant fonction de public et 292 établissements privés.

L'activité des établissements hospitaliers publics exerçant une activité de psychiatrie est pour l'essentiel assurée dans le cadre des établissements sectorisés, spécialisés ou non, qui représentent aujourd'hui 78 % des séjours en hospitalisation, 86 % des prises en charge à temps partiel et la quasi-totalité des prises en charge ambulatoires.

Les modes de prise en charge assurés dans le champ de la psychiatrie couvrent un éventail large de modalités permettant d'assurer la continuité de la prise en charge dans un cadre adapté aux besoins des patients : prises en charge à temps complet, à temps partiel et en consultations.

• *Le secteur des soins de ville*

Le secteur spécialisé repose sur les psychiatres libéraux exerçant en cabinet ou en clinique privée. Par ailleurs, bien qu'ils ne constituent une profession de santé, les psychologues libéraux sont des acteurs importants de la prise en charge, notamment en proposant de psychothérapies. Leurs actes ne donnent pas lieu à remboursement par l'assurance maladie.

• *Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie*

Les CSAPA s'adressent aux personnes en difficulté avec leur consommation de substances psychoactives (licites ou non, y compris tabac et médicaments détournés de leur usage).

Ils remplacent les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) en les rassemblant sous un statut juridique commun. En tant qu'établissements médico-sociaux, les CSAPA se caractérisent par leur pluridisciplinarité : leur équipe est constituée de professionnels de santé et de travailleurs sociaux, en vue d'une prise en charge globale à la fois médicale, psychologique, sociale et éducative.

Ils ont pour objet d'assurer des soins ambulatoires et des actions d'accompagnement social et de réinsertion en faveur des personnes présentant une consommation d'alcool à risque ou atteintes de dépendance alcoolique ainsi qu'en faveur de leur entourage.

Le dispositif de prise en charge en addictologie ne saurait se réduire aux CSAPA. Des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie s'articulent avec le dispositif hospitalier, la médecine de ville. Il peut également se faire à travers un réseau important comprenant des mouvements néphalistes, des structures de cure et de postcure.

■ Les centres ressources

Afin de garantir le suivi des auteurs de violences sexuelles, le plan « psychiatrie et santé mentale 2005-2008 » a prévu la création de **centres ressources pour la prise en charge des auteurs de violences sexuelles**. Initialement conçus comme interrégionaux, ces centres sont régionalisés dans le cadre du dispositif d'accompagnement de la loi du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs. À mi-année 2009, quinze centres sont en fonctionnement (cf. en annexe la liste des centres ressources) et doivent se coordonner avec les équipes de SMPR, les médecins coordonnateurs et les équipes de psychiatrie générale.

Le déploiement de ces centres permettra de favoriser l'émergence d'un partenariat étroit entre les professionnels chargés de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles.

► Les objectifs

La création de centres ressources répond à plusieurs objectifs :

- mettre en lien les différentes équipes de psychiatrie et les professionnels qui prennent en charge les auteurs de violences sexuelles afin de favoriser une synergie de confrontation positive des pratiques, d'évaluation de ces dernières, de recherche ;
- répondre aux besoins de connaissances et de compétences sur ce public de la part des équipes de psychiatrie et des professionnels ;
- structurer les liens institutionnels entre les équipes de psychiatrie et les acteurs judiciaires et pénitentiaires autour du suivi d'un public commun ;
- favoriser une appréhension de la prévention de ces actes violents.

Ils s'inscrivent dans un nécessaire partenariat avec les professionnels de la justice.

À noter que les centres de ressources n'ont pas vocation à se substituer aux équipes de soins de proximité ni à assurer directement une prise en charge thérapeutique exclusive des patients. Le public premier de ces centres est constitué par les professionnels de soins spécialisés ou non, hospitaliers ou libéraux, qui prennent en charge les auteurs de violences sexuelles ou qui interviennent à titre d'expert ou au titre de médecins coordonnateurs dans le cadre de la loi du 17 juin 1998.

► Les missions

Les missions de ces centres peuvent être définies comme suit :

- développer la prévention (primaire, secondaire ou tertiaire) et être l'interface des acteurs qui mènent déjà ou souhaitent mener des actions de prévention dans ce domaine ;
- être un lieu de soutien et de recours pour les praticiens et les équipes de prise en charge de proximité, notamment pour la prise en charge de cas difficiles ou pour être un support et un conseil pour l'organisation de modalités de prise en charge adaptées (thérapies de groupe, par exemple) ;
- être promoteur de réseaux dans une double perspective de prise en charge et d'échanges cliniques et sur les pratiques, en favorisant les rencontres entre équipes soignantes confrontées à des demandes de prise en charge d'auteurs de violences sexuelles qui constitueront la base d'une capitalisation des pratiques et d'une stimulation de leur évaluation et de leur évolution. Cette fonction d'animation de réseau positionnera également les centres de ressources comme interface entre les professionnels de santé et de la justice, notamment dans le but de favoriser l'établissement de procédures et d'un langage partagé ;

- assurer les formations des professionnels, notamment les experts auprès des tribunaux, en matière de violences sexuelles et promouvoir les modalités de formation croisées entre professionnels de santé et de la justice ;
- rechercher, rassembler, mettre à la disposition et faire connaître des professionnels toute la documentation et la littérature sur les auteurs de violences sexuelles ;
- impulser et diffuser la recherche et l'évaluation des pratiques dans le domaine de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles, en utilisant les dispositifs de recherches existants (au niveau national hospitalier ou non, régional ou local) en tenant compte de la nécessité de recherches spécifiques au niveau régional et de recherche à un niveau national. Ces dernières pourront être promues par un réseau de centres ressource.

Les acteurs sociaux non judiciaires

■ Les actions en faveur des adultes

► Les services du conseil général

Le département, depuis les lois de décentralisation, dispose de vastes compétences. Il exerce une action sanitaire et sociale dans de nombreux domaines afférents à la vie quotidienne des familles et des personnes. Il intervient auprès des populations confrontées à des difficultés familiales, budgétaires, administratives, d'accès aux droits sociaux ou liées à l'état de santé, à un handicap ou à une perte d'autonomie.

► Les centres d'hébergement et de réinsertion sociale

Les auteurs d'infraction sexuelle, compte tenu de la durée de leur incarcération, des faits qui leur ont été reprochés peuvent se trouver, à leur libération, en situation de rupture familiale, sociale et professionnelle. L'absence de logement ou de résidence fixe peut faire obstacle à la mise en place du suivi thérapeutique socio-judiciaire.

Les centres d'hébergement et de réinsertion sociale sont chargés de lutter contre l'exclusion sociale. Ils accueillent des personnes ou des familles en grande difficulté. Ils sont financés en majeure partie par des crédits d'état, une participation est demandée aux personnes hébergées. Les prestations des CHRS ne se limitent pas à l'hébergement. Ils proposent aux personnes accueillies un accompagnement social ou éducatif, des actions d'insertion et de réinsertion professionnelle, voir des activités culturelles ou de loisir. Certains, dotés des personnels compétents, peuvent offrir des prestations psychologiques ou médicales.

► Le réseau d'aide à la réinsertion et à la réhabilitation des détenus

Il existe un réseau associatif d'aide aux personnes détenues dont l'existence peut être plus ou moins formalisée.

Il permet d'apporter une réponse complémentaire à celle des intervenants du champ de la santé ou de la justice qui ne peuvent disposer à eux seuls de l'ensemble des solutions.

Les acteurs de ce réseau relèvent du secteur public ou associatif. Ils interviennent dans les domaines de l'insertion ou de la réinsertion des détenus, soit pendant l'incarcération soit après la libération. Leur activité concerne le logement, l'hébergement, le travail, la formation, l'éducation ou l'accès aux soins ou aux droits sociaux. Les partenaires de ce réseau peuvent appartenir au secteur public mais ils sont, le plus souvent, issus du monde associatif : associations d'insertion, entreprises intermédiaires, organismes de formation, missions locales ou institutions comme les centres communaux d'action sociale, l'Assedic, l'ANPE ou l'AFPA. Ces partenaires peuvent intervenir de façon utile dans la réinsertion sociale des auteurs d'infraction sexuelle mais l'appel à leurs compétences doit se faire dans le respect du secret professionnel.

■ Les actions en faveur des mineurs

La loi du 10 juillet 1989 a, en outre, confié aux présidents des conseils généraux une mission générale de protection de l'enfance, mission réalisée grâce à l'action conjointe de plusieurs services :

- le service de Protection Maternelle et Infantile ;
- le service d'Aide Sociale à l'Enfance ;
- le Service Social Départemental.

L'action de ces services s'exerce au sein de circonscriptions ou d'unités territoriales d'action sanitaire et sociale, lieux de coordination et de communication où interviennent, en faveur des enfants et de leurs familles, des équipes pluridisciplinaires composées de médecins, de puéricultrices, de psychologues, d'éducateurs spécialisés, d'assistants sociaux, de conseillères en économie sociale et familiale et de secrétaires. Leur mission vise aussi bien à développer les capacités parentales qu'à protéger les enfants. Il s'agit pour les familles de pouvoir bénéficier d'un accompagnement social global. Les auteurs d'infractions à caractère sexuel peuvent bénéficier d'un suivi par le service social départemental, soit à titre individuel, soit dans le cadre d'une prise en charge familiale.

CONCLUSION

Ce guide méthodologique s'est efforcé de présenter l'ensemble du champ couvert aujourd'hui par l'injonction de soins ordonnée pénalement. Il y est principalement question des auteurs de violences sexuelles car la loi du 17 juin 1998 qui a initié le suivi socio judiciaire et l'injonction de soins avait vocation initialement à s'appliquer aux infractions à caractère sexuel. L'expérience acquise auprès de cette population ne peut que servir de « pilote » pour les autres catégories de sujets auxquelles s'adressent désormais les extensions apportées par le législateur.

Pour autant, il faut se garder d'aligner ces différentes populations de sujets violents sur les mêmes grilles psychopathologiques. Chacune possède ses spécificités et il conviendra, dans le temps, de d'étudier les modalités et la faisabilité d'accompagnements médico-psycho-éducatifs qui pourraient leur être adaptés.

De l'ensemble des données que nous avons pu collecter et présenter ici à propos des auteurs de violences sexuelles, le travail pluridisciplinaire est une donnée fondamentale qui semble pouvoir servir de base à la prise en charge et à l'accompagnement thérapeutique des sujets violents sous injonction de soins.

Ce travail vise à faciliter la collaboration des différents intervenants qui œuvrent dans le cadre de l'injonction de soins, dans le respect de leurs missions et de leur déontologie. Les prises en charges ne peuvent se faire qu'une fois la loi dite et représentée ce qui justifie un partenariat activement travaillé entre Justice et Psychiatrie.

Les **Centres Ressources** pour les Intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (CRIA VS), qui sont en cours d'implantation sur l'ensemble du territoire, sont des vecteurs de développement et d'animation du maillage entre professionnels de la santé, de la justice et de l'accompagnement social.

Il n'y aurait qu'avantage à ce que les acteurs judiciaires de la mis en œuvre de l'injonction de soins se rapprochent des centres ressources de leur ressort.

Ces centres ont notamment pour objet de structurer les liens institutionnels entre les équipes de psychiatrie et les acteurs judiciaires et pénitentiaires autour du suivi d'un public commun ; s'ils sont principalement ouverts aux professionnels de soins spécialisés ou non, hospitaliers ou libéraux, qui prennent en charge les auteurs de violences sexuelles ou qui interviennent à titre d'expert ou au titre de médecins coordonnateurs dans le cadre de l'injonction de soins, ils ont également vocation à être un lieu d'échange dynamique et innovant avec les autorités judiciaires qui ordonnent et suivent les injonction de soins.

■ Références

- [1] Conférence de consensus. Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles, Recommandations longues, Fédération française de psychiatrie, site HAS, 2001.
- [2] Ciavaldini A. Les agressions sexuelles, données épidémiologiques générales. In : Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle, Conférence de consensus, novembre 2001. Montrouge : John Libbey Eurotext et Fédération Française de Psychiatrie, 2001 : 57-88.
- [3] Ministère de l'Intérieur. Aspects de la criminalité et de la délinquance constatée en France en 2005. Paris, La documentation française, tome 1, 2006.
- [4] Ministère de l'Intérieur. Les atteintes volontaires à l'intégrité physique en 2005. Paris : INHES, rapport 2006 de l'Observatoire national de la délinquance, 2006 : 38-53.
- [5] Ministère de l'Intérieur. La criminalité en France. Paris : INHES, rapport 2008 de l'Observatoire national de la délinquance, 2008 : 13.
- [6] Criminalité et délinquance constatée en France : tome 1, rapport 2007, La documentation française.
- [7] Tournier P.-V. Violences sexuelles, auteurs, victimes et société ou comment traiter de la complexité. Intervention publique. Niort Journée nationale ARTAAS, 21 novembre 2008. Tiré à part, 14 p.
- [8] Jaspard M., Brown E., Condon S., et al. Enquête sur les violences envers les femmes en France (Enveff). Paris : Université Paris 1, IDUP. Rapport de Conférence de presse du 6/12/2000.
- [9] Hugonot R. Violences contre les vieux. Toulouse : Érés, 1990 : 38.
- [10] Balier C, Ciavaldini A, Khayat M. Rapport de Recherche sur les Agresses sexuels. Paris : Direction Générale de la Santé, 1996.
- [11] Ciavaldini A. Psychopathologie des agresseurs sexuels, Paris : Masson, 2e éd., 2001.
- [12] Haute Autorité de Santé. *Rapport de la commission d'audition publique sur « L'expertise pénale psychiatrique »*, Ministère de la Santé et des Solidarités. Paris, janvier 2007, 71 p., p. 34.
- [13] Gravier B. Rapport d'expertise sur les dangers in Haute Autorité de Santé. *Rapport de la commission d'audition publique sur « L'expertise pénale psychiatrique »*, Ministère de la Santé et des Solidarités. Paris, janvier 2007, 71 p.

■ Bibliographie

- ARCHER E., « Expertise psychiatrique de prélibération », *Annales Médico Psychologiques*, 164, 2006.
- DUMOULIN L., « L'expertise judiciaire dans la construction du jugement : de la ressource à la contrainte », *Droit & Société*, N° 44-45, 2000.
- GRAVIER B. « Comment évaluer la dangerosité dans le cadre de l'expertise psychiatrique et quels sont les difficultés et les pièges de cette évaluation », in *Commission d'audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale*, janvier 2007.
- LETURMY L., SENON J.-L., MANZANERA C., ABOUCAYA E., SAVART M., SOULEZ-LARIVIERE D., LASBATS M. « L'expertise pénale », *Actualité juridique pénale*, éditions Dalloz, 2006, 2: 58-79.
- LOUZOUN C. & SALAS D. (Dir.), *Justice et psychiatrie. Normes, responsabilité, éthique*. Ed. Erès, 1998.
- MOULIN V., VILLERBU L. « L'examen médico-psychologique des auteurs », in *Psycho-criminologie : clinique, prise en charge, expertise*, SENON, J.-L., LOPEZ, G., CARIO., *et al.* Paris, Dunod, 2008.
- ROUSSEAU G., DE FONTBRESSIN P., *L'expert et l'expertise judiciaire en France. Théorie – Pratique Formation*, Bruylant éd., Collection Droit et Justice, 2007.
- REMOND S.-G., *Les expertises en sciences humaines : psychiatrie et psychologie*, Toulouse, Privat (coll. « Formation-Travail social »), 1989, 262 p.
- Rapport sur la mission parlementaire confiée par le premier ministre à Monsieur GARRAUD J.-P., sur la dangerosité et la prise en charge des individus dangereux. Octobre 2006.
- Commission Santé-Justice présidée par BURGELIN J.-F. *Santé, justice et dangers : pour une meilleure prévention de la récidive*. Doc. Fr., 2005.
- Rapport de la commission d'audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale. Mai 2007.
- Recommandations de la commission d'audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale. Mai 2007.
- SENON J.L., « Évolution des attentes et des représentations en clinique dans les rapports entre psychiatrie et justice », *L'Évolution psychiatrique*, 70, 2005, 117-130.
- SENON J.L., MANZANERA C., « Réflexion sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale », *Annales Médico Psychologiques*, 164, 2006, 818-827.
- STELLER M., KÖHNKEN G., *Psychological methods in criminal investigation and evidence*, 1989, New York, Springer.
- VIAUX J.-L. « Expertises en psychologie légale. Attente des magistrats, formation de l'expert, victimologie, criminologie », *Bulletin de psychologie*, tome XLVII, n°415, mars-juin 1994, 1993-1994 (6-9).

Bibliographie utilisée :

Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles. Cinquième Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie, 22 et 23 Novembre 2001. Éditions John Libbey Eurotext, 2001.



Petit lexique de termes juridiques pour le guide sur l'injonction de soins

Accusé : Personne soupçonnée d'avoir commis un crime et traduite devant une cour d'assises pour y être jugée.

Acte d'instruction : Mesure d'information judiciaire utile à la manifestation de la vérité.

Auteur : Personne à qui peut être imputée la commission d'une infraction ou sa tentative.

Casier judiciaire : Relevé national automatisé des condamnations pénales et de certaines autres décisions.

Cassation : Annulation par la Cour suprême d'une décision rendue en violation de la loi.

Chambre criminelle : Formation de la Cour de cassation chargée de l'examen des pourvois en matière pénale.

Compétence « ratione materiae » : Compétence des juridictions pénales en fonction de la nature des infractions commises :

- Contravention : tribunal de police
- Délit : tribunal correctionnel
- Crime : cour d'assises

Complicité : Situation de celui qui, par aide ou assistance, facilite la préparation ou la commission d'une infraction, sans en réaliser lui-même les éléments constitutifs, ou de celui qui provoque à une infraction ou donne des instructions pour la commettre.

Cour d'assises : Juridiction répressive compétente en premier ressort ou en appel pour juger les crimes. Elle est composée de 3 magistrats professionnels et de 9 jurés. Il y a une cour d'assises par département.

Cour de cassation : Juridiction placée au sommet des juridictions civiles et pénales de l'ordre judiciaire.

Criminologie : Étude scientifique du phénomène criminel dans ses 3 composantes : la norme pénale, le crime et la réaction sociale.

Incapacités et déchéances : Peines complémentaires encourues pour certains crimes ou délits, consistant dans l'interdiction des droits civiques, civils et de famille.

Information : Instruction.

Juridictions de l'application des peines :

- Elles sont composées du **juge de l'application des peines**, du **tribunal de l'application des peines** et de la **chambre de l'application des peines**.
- Le **juge de l'application des peines** et le **tribunal de l'application des peines** constituent les juridictions de l'application des peines du premier degré qui sont chargées, dans les conditions prévues par la loi, de fixer les **principales modalités** de l'exécution des peines privatives de liberté ou de certaines peines restrictives de liberté, en orientant et en contrôlant les conditions de leur application.
- Les décisions du juge de l'application des peines et du tribunal de l'application des peines peuvent être attaquées par la voie de l'appel. **L'appel est porté**, devant la **chambre de l'application des peines de la cour d'appel**, composée d'un président de chambre et de deux conseillers, ou devant le président de cette chambre.

« **Non bis in idem** » : Principe selon lequel une personne déjà jugée pour un fait délictueux, ne peut être poursuivie à nouveau pour le même fait.

Parquet : Magistrats composant le ministère public dans chaque tribunal de grande instance, sous l'autorité d'un procureur de la République.

Parquet général : Magistrats exerçant les fonctions du ministère public auprès des cours d'appel ou à la Cour de cassation.

Peines de substitution : Sanctions que le législateur met à la disposition du juge pénal pour qu'il les prononce à la place de l'emprisonnement ou de l'amende normalement encourus, telles les jours-amendes, le stage de citoyenneté, le travail d'intérêt général et les peines privatives ou restrictives de droit prévues par l'article 131-6 du code pénal pour les délits et 131-14 du code pénal pour les contraventions de 5^e classe.

Présomption d'innocence : Principe selon lequel toute personne poursuivie est considérée innocente des faits qui lui sont reprochés tant qu'elle n'a pas été déclarée coupable par la juridiction compétente.

Prévenu : Personne à l'encontre de laquelle s'exerce l'action publique devant les tribunaux correctionnels ou de police.

Récidive : Commission d'une nouvelle infraction dans des conditions définies par la loi, après avoir été condamné définitivement pour une première infraction.

Sursis : Suspension totale ou partielle de l'exécution d'une peine dont le bénéfice est soumis à révocation en cas de nouvelle condamnation dans un délai de 5 ans.

Sursis avec mise à l'épreuve : Suspension totale ou partielle de l'exécution d'une peine d'emprisonnement assortie d'obligations à respecter pendant le délai d'épreuve. Le bénéfice de ce sursis peut être révoqué en cas de condamnation sanctionnant la commission d'une nouvelle infraction durant ce délai ou en cas de non-respect des obligations.

Viol : Acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise.

Le médecin coordonnateur

■ Modalités de recrutement des médecins coordonnateurs

- 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.
Cette liste peut faire l'objet de mises à jour régulières. (R. 3711-1 CSP)
- Un médecin coordonnateur peut être inscrit sur les listes de plusieurs tribunaux de grande instance.
Lorsqu'il existe plusieurs tribunaux de grande instance dans le département, une liste est établie pour chaque tribunal.
Une liste commune au département peut être établie conjointement par les procureurs de la République compétents. (R. 3711-2 CSP)
- Sur leur demande, peuvent être inscrits sur la liste des médecins coordonnateurs, les psychiatres :
 - inscrits à un tableau de l'ordre des médecins ;
 - exerçant en qualité de spécialiste depuis au moins trois ans ;
 - n'ayant pas de condamnation justifiant une inscription au bulletin N° 2 du casier judiciaire pour des agissements contraires à l'honneur, à la probité ou aux bonnes mœurs ;
 - n'ayant fait l'objet ni de sanctions mentionnées à l'article L.4124-6 ^[1] et à l'article L. 145-2 du code de la sécurité sociale ^[2], pour des agissements contraires à l'honneur, à la probité et aux bonnes mœurs, ni de suspension au titre de l'article L.4122-3 ^[3] ;
 - peuvent également être inscrits sur cette liste et sous les mêmes réserves, les médecins ayant suivi une formation, délivrée par une université ou par un organisme agréé de formation médicale continue, répondant aux conditions fixées par arrêté de ministre chargé de la santé. (R.3711-3 CSP).
- Le praticien qui souhaite exercer les fonctions de médecin coordonnateur adresse une demande au procureur de la République. Cette demande est assortie des renseignements et documents suivants :
 - nature des activités professionnelles, lieux et dates d'exercice ;
 - copies des titres et diplômes ;
 - attestations justifiant d'au moins trois ans d'inscription au tableau de l'ordre des médecins et de l'absence de sanctions disciplinaires mentionnées à l'article R. 3711-3, ainsi que de suspension au titre de l'article L. 4122-3 ^[3] ;
 - le cas échéant, attestation de formation.
- La radiation d'un médecin coordonnateur intervient dès lors que l'une des conditions prévues à l'article R. 3711-3 cesse d'être remplie.
 - Elle est décidée par le ou les procureurs de la République compétents.
 - Elle peut en outre faire l'objet d'une demande motivée du juge de l'application des peines, du juge des enfants ou du préfet en cas de manquement du médecin coordonnateur à ses obligations.
 - Le procureur de la République informe de cette radiation le juge de l'application des peines concerné. Ce dernier en avertit les médecins traitants et les personnes condamnées en relation avec ce médecin coordonnateur.
 - Le médecin coordonnateur peut exercer un recours devant la première chambre civile de la cour d'appel. Ce recours n'est pas suspensif. Il est formé par simple déclaration au secrétariat-greffe, ou par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée au secrétaire-greffier, dans le délai d'un mois, qui court à compter du jour de la notification de cette radiation. (R.3711-6 CSP)

- Un médecin coordonnateur peut se désister de la liste. Il en informe par lettre recommandée avec avis de réception le procureur de la République, le ou les juges de l'application des peines l'ayant désigné, ainsi que les médecins traitants et les personnes condamnées qui sont en relation avec lui.
Son désistement prend effet trois mois après en avoir informé les personnes mentionnées à l'alinéa précédent. (R.3711-7 CSP)
- Ne peut être médecin coordonnateur un praticien qui présente un lien familial, d'alliance ou professionnel avec le condamné, qui serait son médecin traitant ou qui serait intervenu en qualité d'expert au cours de la procédure judiciaire. (R3711-8 CSP)
- Le médecin coordonnateur ne peut devenir le médecin traitant de la personne condamnée ou procéder à son expertise au cours du suivi socio-judiciaire.
- Si la personne est détenue, le juge de l'application des peines désigne le médecin coordonnateur avant la date de libération afin que le choix du médecin traitant intervienne avant cette libération. (D 147-40-1 CPP)

■ Les missions du médecin coordonnateur

- Pour la mise en œuvre de l'injonction de soins, le juge de l'application des peines désigne sur une liste de psychiatres ou de médecins ayant suivi une formation appropriée, **établie par le procureur de la République**, un médecin coordonnateur. (L 3711-1 CSP)
- Après avoir pris connaissance des expertises réalisées au cours de la procédure ou de l'exécution de la peine privative de liberté, le médecin coordonnateur convoque la personne condamnée à une injonction de soins pour un entretien au cours duquel il lui explique les modalités d'exécution de cette mesure et **l'invite à choisir un médecin traitant**. (R3711-12 CSP)
- Pour l'exécution de l'injonction de soins, le médecin coordonnateur convoque la personne périodiquement et **au moins une fois par trimestre pour réaliser un bilan de sa situation**.
Le médecin coordonnateur transmet au juge de l'application des peines au moins une fois par an un rapport comportant tous les éléments nécessaires au contrôle du respect de l'injonction de soins. Lorsque la personne a été condamnée pour un crime mentionné à l'article 706-53-13 du code de procédure pénale, ce rapport est adressé au moins deux fois par an.
Ce rapport dresse un bilan précis de la mise en œuvre de l'injonction de soins. Le cas échéant, il comporte des éléments d'appréciation sur l'évolution de la personne au regard de son besoin de soins ainsi que **des propositions sur les modalités de poursuite de la mesure**. (R3711-21 CSP)
- En cas de désaccord, le médecin traitant est désigné par le juge de l'application des peines, après avis du médecin coordonnateur.
- Le médecin coordonnateur **conseille le médecin traitant** si celui-ci en fait la demande.
- Si la personnalité du condamné le justifie, le médecin coordonnateur peut inviter celui-ci à **choisir un psychologue traitant** soit à la place, soit en plus du médecin traitant. Le psychologue doit avoir exercé pendant au moins 5 ans.
- Il transmet au juge de l'application des peines ou au travailleur social les éléments nécessaires au **contrôle de l'injonction de soins**.
En liaison avec le médecin traitant, il informe le condamné de la possibilité de poursuivre le traitement à l'issue de l'exécution de la peine en l'absence de contrôle de l'autorité judiciaire en lui précisant les modalités et la durée du traitement qu'il estime nécessaire et raisonnable.
- Il participe à la réalisation d'évaluations périodiques du dispositif de l'injonction de soins ainsi qu'à des actions de formation et d'étude.

■ Le rôle spécifique d'interface du médecin coordonnateur

- Le **juge de l'application des peines** adresse au **médecin coordonnateur** la copie des pièces de la procédure utiles à l'exercice de sa mission. Le médecin coordonnateur lui restitue ces pièces lorsqu'il cesse de suivre la personne. (R3711-10 CSP)
- Le médecin coordonnateur peut **communiquer au médecin traitant** si celui-ci en fait la demande les rapports d'expertise concernant le condamné ainsi que le cas échéant le réquisitoire définitif ou l'ordonnance de renvoi devant le tribunal correctionnel ou l'arrêt de mise en accusation et le jugement ou l'arrêt de condamnation. (L3711-2 CSP)
- Si le condamné interrompt son traitement, le médecin traitant en **informe le juge de l'application des peines** ou le travailleur social et le médecin coordonnateur.
- Au cours de l'exécution de l'injonction de soins, le médecin traitant peut décider d'interrompre le suivi d'une personne. Il en informe alors sans délai le médecin coordonnateur et la personne par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. (R3711-20 CSP)
- Le médecin traitant peut également informer le médecin coordonnateur de toutes difficultés survenues dans l'exécution du traitement, le médecin coordonnateur étant habilité à en informer le juge de l'application des peines ou le travailleur social. (L3711-3 CSP)
- Lorsque aucun médecin traitant n'a pu être choisi, le médecin coordonnateur en informe le juge de l'application des peines qui peut désigner le médecin pressenti par le condamné après avis du médecin coordonnateur. (R3711-15 CSP)
- L'arrêté du 24 mars 2009 relatif à la formation des médecins, autres que les psychiatres, pouvant être inscrits sur la liste des médecins coordonnateurs prévue à l'article L. 3711-1 du code de la santé publique, qui interviennent dans le cadre de l'injonction de soins (Journal officiel du 25 avril 2009) a prévu une formation de cent heures, permettant d'acquérir à la fois des connaissances sur le contexte juridique de l'injonction de soins et l'organisation de ce dispositif et des connaissances médicales sur la clinique, le passage à l'acte, le diagnostic et la thérapeutique des auteurs de violences, notamment sexuelles. Afin de faciliter l'acquisition de ces données, l'arrêté permet de comptabiliser des formations délivrées par plusieurs universités ou organismes agréés de formation médicale continue.

D'autres mesures destinées à faciliter le recrutement de médecins coordonnateurs sont intervenues : le décret n° 2008-1129 du 4 novembre 2008 relatif à la surveillance de sûreté et à la rétention de sûreté (Journal officiel du 5 novembre 2008) permet aux actuels médecins coordonnateurs non psychiatres de continuer à exercer cette fonction pendant cinq ans à compter de sa publication. En outre, ce décret a modifié les dispositions de l'article R. 3711-3 du CSP pour permettre aux médecins psychiatres qui ne sont plus en activité de demander leur inscription sur la liste des médecins coordonnateurs sans autre condition spécifique que celle d'avoir exercé en qualité de spécialiste pendant au moins cinq ans.

Voir renvois (1), (2), (3) ci-dessous.

(1) Article L4124-6 du code de la santé publique

Modifié par Ordonnance n°2005-1040 du 26 août 2005 - art. 1 JORF 27 août 2005

Les peines disciplinaires que la chambre disciplinaire de première instance peut appliquer sont les suivantes :

1° L'avertissement ;

2° Le blâme ;

3° L'interdiction temporaire avec ou sans sursis ou l'interdiction permanente d'exercer une, plusieurs ou la totalité des fonctions de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, conférées ou rétribuées par l'État, les départements, les communes, les établissements publics, les établissements reconnus d'utilité publique ou des mêmes fonctions accomplies en application des lois sociales ;

4° L'interdiction temporaire d'exercer avec ou sans sursis ; cette interdiction ne pouvant excéder trois années ;

5° La radiation du tableau de l'ordre.

Les deux premières de ces peines comportent, en outre, la privation du droit de faire partie du conseil départemental, du conseil régional ou du conseil interrégional et du conseil national, de la chambre disciplinaire de première instance ou de la chambre disciplinaire nationale de l'ordre pendant une durée de trois ans ; les suivantes, la privation de ce droit à titre définitif. Le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme radié ne peut se faire inscrire à un autre tableau de l'ordre. La décision qui l'a frappé est portée à la connaissance des autres conseils départementaux et de la chambre disciplinaire nationale dès qu'elle est devenue définitive.

Les peines et interdictions prévues au présent article s'appliquent sur l'ensemble du territoire de la République.

Si, pour des faits commis dans un délai de cinq ans à compter de la notification d'une sanction assortie d'un sursis, dès lors que cette sanction est devenue définitive, la juridiction prononce l'une des sanctions prévues aux 3° et 4°, elle peut décider que la sanction, pour la partie assortie du sursis, devient exécutoire sans préjudice de l'application de la nouvelle sanction.

[2] Article L145-2 du code de la sécurité sociale

Modifié par Loi 2007-127 2007-01-30 art. 20 1° JORF 1^{er} février 2007

Les sanctions susceptibles d'être prononcées par la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance ou par la section spéciale des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes sont :

1°) l'avertissement ;

2°) le blâme, avec ou sans publication ;

3°) l'interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, du droit de donner des soins aux assurés sociaux ;

4°) dans le cas d'abus d'honoraires, le remboursement à l'assuré du trop-perçu ou le reversement aux organismes de sécurité sociale du trop-remboursé, même s'il n'est prononcé aucune des sanctions prévues ci-dessus.

Les sanctions prévues aux 3° et 4° ci-dessus peuvent faire l'objet d'une publication.

Si, pour des faits commis dans un délai de cinq ans à compter de la notification au praticien d'une sanction assortie du sursis et devenue définitive, la juridiction prononce la sanction mentionnée au 3°, elle peut décider que la sanction pour la partie assortie du sursis devient exécutoire sans préjudice de l'application de la nouvelle sanction.

Est considérée comme non avenue une sanction, pour la partie assortie du sursis, lorsque le praticien sanctionné n'aura commis aucune nouvelle faute suivie d'une sanction dans le délai fixé à l'alinéa précédent.

Les sanctions prévues au présent article ne sont pas cumulables avec les peines prévues à l'article L. 4124-6 du code de la santé publique lorsqu'elles ont été prononcées à l'occasion des mêmes faits. Si les juridictions compétentes prononcent des sanctions différentes, la sanction la plus forte peut être seule mise à exécution.

Les décisions devenues définitives ont force exécutoire. Elles doivent, dans le cas prévu au 3° du premier alinéa, ou si le jugement le prévoit, faire l'objet d'une publication par les soins des organismes de sécurité sociale.

[3] Article L4122-3 du code de la santé publique

Modifié par Loi n° 2007-127 du 30 janvier 2007 - art. 2 JORF 1^{er} février 2007

I. - La chambre disciplinaire nationale, qui connaît en appel des décisions rendues par les chambres disciplinaires de première instance, siège auprès du conseil national. Elle comprend des assesseurs titulaires et un nombre égal d'assesseurs suppléants de nationalité française, élus dans les mêmes conditions.

II. - Elle est présidée par un membre du Conseil d'État, en activité ou honoraire, ayant au moins le rang de conseiller d'État, désigné conformément à l'article L. 4122-1-1. Un ou plusieurs présidents suppléants sont désignés dans les mêmes conditions.

III. - Sont inéligibles les praticiens ayant été sanctionnés en application des dispositions de l'article L. 4124-6 du présent code et de l'article L. 145-2-1 du code de la sécurité sociale.

Les fonctions exercées par les membres de la chambre disciplinaire nationale sont incompatibles avec la fonction d'assesseur à la chambre disciplinaire de première instance.

Aucun membre de la chambre disciplinaire nationale ne peut siéger lorsqu'il a eu connaissance des faits de la cause à raison de l'exercice d'autres fonctions ordinales.

IV. - Les décisions de la chambre disciplinaire nationale sont rendues en formation collégiale, sous réserve des exceptions, précisées par décret en Conseil d'État, tenant à l'objet de la saisine ou du litige ou à la nature des questions à examiner ou à juger. Elles peuvent être rendues en formation restreinte. Elles doivent être motivées.

V. - Peuvent faire appel, outre l'auteur de la plainte et le professionnel sanctionné, le ministre chargé de la santé, le représentant de l'État dans le département ou dans la région, le procureur de la République, le conseil départemental et le conseil national de l'ordre intéressé. L'appel contre les décisions des chambres disciplinaires de première instance a un effet suspensif sauf lorsque la chambre est saisie en application de l'article L. 4113-14. Les décisions rendues par la chambre disciplinaire nationale sont susceptibles de recours devant le Conseil d'État.

VI. - En cas d'interruption durable de son fonctionnement ou en cas de difficultés graves rendant ce fonctionnement impossible dans des conditions normales, la chambre disciplinaire nationale est dissoute par décret pris sur proposition du ministre de la justice.

En cas de dissolution de la chambre disciplinaire nationale ou en cas de démission de tous ses membres, le conseil national organise de nouvelles élections de la chambre sans délai.

Les mandats des membres ainsi élus prennent fin à la date à laquelle aurait pris fin le mandat des membres qu'ils remplacent.

VII. - Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'élection de la chambre disciplinaire nationale, la durée du mandat de ses membres et les règles de fonctionnement et de procédure qu'elle doit respecter.

Liste des centres ressources pour auteurs de violence sexuelle

	AQUITAINE	AUVERGNE	FRANCHE COMTÉ
Responsable(s)	Dr COCHEZ Florent	Dr ESCARD Emmanuel VAN DER HORST Annrachel	Dr MINERVINI Joseph
Adresse	C.H. Charles Perrens 121 Rue de la Béchade 33076 BORDEAUX	CRAVS Auvergne Service Régional de Médecine Légale et de Victimologie CHU de Clermont-Ferrand 58 Rue Montalembert 63003 CLERMONT-FERRANT CEDEX 1	En attendant locaux : Maison arrêt - UCSA 5 Rue Louis Pergaud 25000 BESANCON
Téléphone	05 56 56 35 16	04 73 75 49 01	03 81 21 85 61
Fax		04 73 75 49 02	
E-mail	fcochez@ch-perrens.fr	emarez@chu-clermontferrand.fr	jminervini@chu-besancon.fr

	ÎLE-DE-FRANCE CERIAVSIF	ÎLE-DE-FRANCE POLE EST - 77 - 93 - 95	ÎLE-DE-FRANCE POLE OUEST - 78 - 92 - 94
Responsable(s)	Dr BARON LAFORET Sophie	Dr ZAGURY Daniel Dr ARENA Gabrielle	Dr COUTANCEAU Roland
Adresse	CERIAVSIF 123 Rue de Reuilly 75012 PARIS	CRIAVS EPS VILLE EVRARD 202 Avenue Jean-Jaurès 93332 NEUILLY SUR MARNE	Centre de Ressource Pôle Ouest C.M.P. 3 Bis Rue de l'Aigle 92250 LA GARENNE COLOMBES
Téléphone	01 44 75 50 41	01 43 09 31 06	01 56 47 03 41
Fax	01 47 00 38 94	01 43 09 35 60	01 56 47 03 68
E-mail	ceriavsif@gmail.com cravsif@hopital-esquirol.fr	n.tennier@ns-esp-ville-evrard.fr	cr-idf-ouest@psylegale.com

	LIMOUSIN	MIDI-PYRÉNÉES	NORD - PAS-DE-CALAIS
Responsable(s)	Dr FOULI Taoufik	Dr ALBARDIER Walter	Pr GOUDEMAND VANDERSTUKKEN Olivier
Adresse		CRIAVS 7 Rue du Colonel Driant 31000 TOULOUSE	CRISAVS 6 rue du Professeur Laguesse Unité de Soins Normalisée (USN B) 59037 LILLE CEDEX
Téléphone		05 61 14 90 10	03 20 44 44 35
Fax		05 62 17 61 22	03 20 44 44 36
E-mail	taoufik.fouli@ch-esquirol-limoges.fr	criavs-mp@ch-marchant.fr	Secrétariat: crisavscris@yahoo.fr

	BASSE NORMANDIE	HAUTE NORMANDIE	PACA CORSE
Responsable(s)	Dr GINDREY Catherine	Dr SAMUEL Dominique Coordinateur : BOITOUT Jean	Dr PAULET Catherine Dr LANCON Christophe Pr LEONETTI Georges
Adresse	CRINAVS 2 Porte de l'Europe 14000 CAEN	CRIAVS HN106 Rue Lafayette 76000 ROUEN	CRIR-AVS PACAC CHU Sainte-Marguerite 270 Bld Sainte-Marguerite 13274 MARSEILLE CEDEX 09
Téléphone	02 31 06 18 80	02 35 63 56 37	04 91 83 90 33
Fax	02 31 44 43 75	02 35 63 46 36	04 91 74 59 99
E-mail	criavs.bn@chs-caen.fr	criavs.hn@orange.fr	contact.violencesexuel@ap-hm.fr

	PAYS-DE-LA-LOIRE	PAYS-DE-LA-LOIRE	PICARDIE
Responsable(s)	Dr BELONCLE Michel	Dr GUILLAUME Laurence	SAVIN Bernard
Adresse	CRAVS Hôpital St Jacques 85 Rue St Jacques Bât. Louis Philippe RdJ 44093 NANTES CEDEX 1	CESAME CH Ste Gemmes S/Loire BP 50089 49137 LES PONTS DE CE	CRIAVS Centre Hospitalier Philippe Pinel Route de Paris - 80004 AMIENS Antenne Oise : CSCPL Rue Saint André 60607 CLERMONT Antenne Aisne : EPSMD 02320 PREMONTRE
Téléphone	02 40 84 76 06	02 41 80 79 22	03 22 53 47 55 03 44 77 65 03
Fax	02 40 84 76 07	En attente	
E-mail	cravs.pdl@chu-nantes.fr	consult.medi-leg@ch-cesame-angers.fr	cravs-picardie@ch-pinel.fr (en attente changt e-mail) criavs-picardie@chi-clermont.fr criavs-picardie@epsmd-aisne.fr

	POITOU - CHARENTES	RÉUNION	RHÔNE-ALPES
Responsable(s)	Pr SENON Jean Louis Dr MERY Bernard Dr RAULT Alain	Dr GAMELIN	CIAVALDINI André
Adresse	CMP Espace Vienne 70 Rue de Slovénie 86000 POITIERS CRIAIVS CH Niort 40 Avenue Charles de Gaulle 79000 NIORT	CRAVS 42 Chemin Pourpier 97866 ST PAUL CEDEX	CRIAIVS-RA Centre Ressource Claude Balier 9 Place Victor Hugo 38000 GRENOBLE
Téléphone	05 49 45 13 48 05 49 78 39 88		04 76 50 45 71
Fax	05 49 45 81 17 05 49 78 39 69		04 76 50 45 80
E-mail	criavs@orange.fr Site : criavs.org	cravs@epsmr.org	contact@criavs-ra.org Site : criavs-ra.org

Ont participé à l'élaboration de ce guide

Professionnels de santé

Mme le Docteur Sophie BARON - LAFORET
M. le Docteur Jean-Philippe CANO
M. André CIAVALDINI
M. le Docteur Pierre-André DELPLA
M. le Docteur Olivier LEHEMBRE
M. le Docteur Jean-Paul LHUILLIER
Mme Valérie MOULIN
M. le Professeur Jean-Louis SENON

Professionnels de la Justice

M. Jean-Claude BOUVIER

Membres des administrations

Ministère de la santé

Direction générale de la Santé :

Mme le Docteur Dominique de PENANSTER
Mme le Docteur Emmanuelle BAUCHET
Mme Anne-Amélie FLAMENT

Direction des hôpitaux et de l'organisation des soins :

Mme Béatrice FLORENTIN
Mme Frédérique COLLOMBET-MIGEON

Ministère de la justice

Direction des affaires criminelles et des grâces :

M. Richard DUBANT
Mme Marie LIEBERHERR
Mme Elisabeth GABELLA
Mme Sophie REY

Direction de l'administration pénitentiaire :

Mme Agnès ROBIN
Mme Catherine Marie MOREAU