



Master Droit et Politiques de Santé

Les injonctions de soins, un outil de réinsertion dans la société

Par Margaux HUMEZ

Sous la direction de Madame Johanne SAISON

Professeure des Universités à l'Université de Lille

Faculté des Sciences Juridiques, Politiques et Sociales

Remerciements

Je tenais, tout d'abord, à remercier Madame Johanne Saison, Directrice du Master 2 Droit et Politiques de Santé de l'Université de Lille.

Je remercie également mes professeurs pour tous les enseignements dispensés au sein de ce Master qui m'ont fait grandement évoluer.

Je remercie mes camarades de classe qui ont fait de ces deux années des années inoubliables.

Je remercie Maître Cousin qui m'a accordé sa confiance lors de mes stages au sein de son cabinet et qui m'a beaucoup appris sur la profession d'avocat.

Enfin, je remercie mes proches, mes amis, tous ceux qui ont contribué avec leur soutien à ma réussite universitaire.

Table des abréviations :

CIP : conseiller d'insertion et de probation

CP : code pénal

CPP : code de procédure pénale

CSP : code de la santé publique

JAP : juge d'application des peines

JLD : juge des libertés et de la détention

MC : médecin coordinateur

MT : médecin traitant

PEP : parcours d'exécution de peine

PESM : Placement sous surveillance électronique mobile

SPIP : service pénitentiaire d'insertion et de probation

SSJ : suivi socio-judiciaire

Sommaire

Remerciements.....	2
Table des abréviations.....	3
Sommaire.....	4
Introduction	6
Partie 1 : les injonctions de soins, un moyen du suivi socio-judiciaire.....	11
Chapitre 1 : L’historique des injonctions de soins	12
Chapitre 2 : La mise en place des injonctions de soins par le juge.....	18
Partie 2 : empêcher la récidive et améliorer la réinsertion en société.....	25
Chapitre 1 : La coopération entre les acteurs du milieu judiciaire et médical.....	26
Chapitre 2 : Les soins : obligation de moyens ou de résultats ?.....	31
Conclusion.....	36
Annexes.....	38
Bibliographie	40
Table des matières.....	43

Introduction

« *Et puis, par-dessus, un nouveau système a pénétré le premier : on punit selon la loi, mais afin de corriger, de modifier, de redresser ; car nous avons à faire à des déviants, à des anormaux. Le juge se donne comme thérapeute du corps social, travailleur de la santé publique au sens large* », Michel Foucault¹.

Depuis longtemps, la rencontre entre la peine et le soin oscille entre un mouvement affirmant une distinction entre le fou et le criminel, la prise en charge du condamné vu comme un marqueur d'une évolution de la pénalité. Les premières formes d'injonctions de soins remontent à l'Antiquité, où des lois et des codes moraux encourageaient les individus à prendre soin de leur santé. Au cours des siècles, les sociétés ont élaboré des réglementations médicales pour assurer la protection de la population. Au XIXe siècle, de nombreux pays ont mis en place des lois permettant de contraindre les personnes atteintes de maladies contagieuses à se soumettre à des traitements médicaux. Ces mesures étaient principalement destinées à lutter contre les épidémies.

Dans les sociétés contemporaines, les injonctions de soins se concentrent principalement sur les personnes présentant des problèmes de santé mentale. Les lois sur les soins forcés sont souvent mises en place pour protéger les individus d'eux-mêmes ou de leur environnement, lorsque leur état de santé mentale compromet leur sécurité ou celle d'autrui. Selon Clément Margaine, « *L'obligation de soins qui représente la majorité des obligations particulières [...] est quasi systématiquement prononcées pour certaines infractions telles que la conduite en état alcoolique, les infractions liées à l'usage ou le trafic de stupéfiants, les infractions sexuelles, certaines violences contre les personnes* »². Elle prend une part de plus en plus croissante parmi les obligations prononcées par les juridictions.

Dans les années 1960 et 1970, on réfléchit à une "justice thérapeutique". Les juristes et les professionnels de la santé commencent à explorer des modèles de justice intégrant la prise en charge médicale et psychologique des personnes délinquantes, dans le but de prévenir la

¹ M. Foucault, « L'angoisse de juger » (entretien avec R. Badinter et J. Laplanche, *Le Nouvel Observateur*, n°655, 30 mai-6 juin 1977, repris dans M. Foucault, *Dits et Ecrits* (Tome III), Gallimard, 1994, texte n°205, p. 288.

² C. Margaine, « étude des obligations applicables en milieu ouvert », une analyse de la dimension coercitive de la probation, ENAP, 2016, p.53.

récidive et de favoriser leur réhabilitation. En France, c'est la loi du 31 décembre 1970³ qui a introduit pour la première fois la possibilité d'une obligation de soins pour les personnes condamnées. A l'époque, cette loi prévoyait que le juge pouvait assortir la peine d'une injonction de se soumettre à des mesures médicales, notamment une cure de désintoxication ou un placement sous surveillance médicale, ces termes seront substitués par la suite par le terme d'injonction thérapeutique. Pour pouvoir inciter les prévenus à se soumettre à des traitements, les textes prévoyaient qu'ils soient exemptés des poursuites pour usage illicite lors de leur première infraction relative aux stupéfiants. Cette législation sera étudiée plus en détail dans le corps du mémoire.

Les injonctions de soins font partie des mesures prévues dans le cadre du suivi socio-judiciaire (SSJ), avec le sursis probatoire et le placement sous surveillance électronique mobile (PESM). Le SSJ est né de 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 mineurs⁴. Cette loi vise à contrôler des personnes ayant été condamnées pour des infractions sexuelles.

Dans un souci de meilleure compréhension des injonctions de soin, il est nécessaire de voir ce qu'est le SSJ dans l'introduction et non dans le développement.

Le SSJ est donc une mesure de contrôle qui peut être de nature judiciaire, sociale, voire médico-psychologique débutant une fois le condamné libéré et pour une durée déterminée par la juridiction de jugement. Le SSJ peut être un suivi simple, ou alors renforcé par une juridiction de soins, voire par un PSEM. Le SSJ peut être une peine complémentaire dans le sens où il peut être prononcé en complément d'une peine d'emprisonnement, mais aussi une mesure de sûreté car cela permet d'exercer un contrôle sur le condamné libéré. L'exécution de la mesure est placée sous le contrôle du juge d'application des peines dont la mission est de s'assurer le bon respect de l'obligation faite à l'individu.

Pour ce qui est des personnes concernées, la mesure ne peut être prononcée qu'à l'encontre de condamnés pour des infractions strictement définies et vues par le législateur comme particulièrement graves. Avec la loi du 12 décembre 2005⁵ relative au traitement de la

³ Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses, *J.O.*, 3 janv. 1971, p.74

⁴ Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, *J.O.* n°0139 du 18 juin 1998, p.9255.

⁵ Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales, *J.O.* n°289, 13 dec. 2005, Texte n°1

récidive des infractions pénales, le SSJ a vu son champ d'application s'élargir considérablement. Désormais, sont concernées les infractions sexuelles ou violentes telles que :

- Le viol, l'agression sexuelle et l'atteinte sexuelle ;
- L'exhibition sexuelle ;
- La corruption de mineurs ;
- La diffusion et la fabrication d'images pédopornographiques ;
- La diffusion, la fabrication et le transport de messages pornographiques, violents ou de nature à porter gravement atteinte à la dignité humaine ;
- Le meurtre et l'empoisonnement ;
- L'enlèvement et la séquestration ;
- La réduction en esclavage ;
- La disparition forcée ;
- Les violences aggravées :
- Les destructions, dégradations et détériorations dangereuses pour les personnes.

C'est la juridiction de jugement qui va ordonner le SSJ, elle peut varier entre le tribunal correctionnel et la cour d'assise. La juridiction compétente va être différente selon l'infraction en cause, notamment qu'il s'agisse d'un crime ou d'un délit. C'est également cette dernière qui va venir fixer la durée de du SSJ et qui va décider s'il y aura une mesure d'injonctions de soins, ou un PESM, à titre de mesure de sûreté. Le président de la juridiction va détailler à l'individu les obligations auxquelles il devra répondre et la durée maximale d'emprisonnement dans le cas où ces dernières ne sont pas respectées.

Pour ce qui concerne la durée maximale du SSJ, elle va varier entre dix ans si c'est une condamnation pour un délit, à vingt ans si c'est une condamnation pour un crime. Toutefois, les durées peuvent se voir prolongées dans certaines circonstances. En effet, en cas de décision motivée de la juridiction de jugement, la durée du SSJ peut aller jusqu'à vingt ans pour un délit. S'il s'agit d'un crime sanctionné de trente ans de réclusion criminelle, le SSJ peut être porté à trente ans, et s'il s'agit d'un crime sanctionné de la réclusion criminelle à perpétuité, alors le SSJ peut être sans limitation de durée. Dans le dernier cas cité, seul le tribunal d'application des peines pourra revenir sur la durée et la réduire à trente ans⁶. La durée du SSJ va débiter à compter du jour où la privation de liberté va prendre fin et sera suspendu par toute détention pouvant intervenir au cours de son exécution.

⁶ C. pen., art.131-36-1

Enfin, lorsqu'elle ordonne une mesure de SSJ, la juridiction de jugement peut décider d'assortir cette dernière avec une injonction de soins imposant au condamné de suivre un traitement médical/ psychologique à la suite de son incarcération.

Selon le dictionnaire de droit criminel du Professeur Jean-Paul DOUCET, l'injonction judiciaire est, au sens large, un ordre donné par le juge à une partie au procès par un tribunal judiciaire. Les soins sont définis, par le même dictionnaire, comme étant des actes thérapeutiques qui visent à la santé de quelqu'un. L'outil peut être défini comme étant l'élément d'une activité qui est un moyen, un instrument. La prévention est un ensemble de dispositions prises pour prévenir un danger, un risque, un mal. Enfin, la récidive est une action de commettre, dans des conditions qui sont précisées par la loi, une deuxième infraction après une première condamnation pénale définitive pour des faits de même nature. L'injonction des soins est un outil juridique de plus en plus utilisé dans le domaine de la santé, notamment en matière de prévention de la récidive. Ce mécanisme vise à assurer le suivi médical et psychologique des personnes ayant commis des actes répréhensibles, dans le but de prévenir la récidive et de favoriser leur réinsertion sociale.

L'injonction des soins repose sur une approche multidisciplinaire qui intègre des considérations médicales, juridiques et sociales. Elle trouve ses fondements dans le droit à la santé, consacré par de nombreux instruments internationaux et nationaux, ainsi que dans le droit pénal et les politiques de prévention de la récidive. D'un point de vue juridique, l'injonction des soins s'inscrit dans le cadre de la justice thérapeutique, qui vise à concilier la protection de la société et la réinsertion des personnes délinquantes. Elle repose sur le principe selon lequel la prise en charge médicale et psychologique peut contribuer à réduire les risques de récidive. L'injonction des soins est généralement ordonnée par un tribunal dans le cadre d'une procédure pénale. Elle s'adresse aux personnes ayant commis des infractions et présentant des problèmes de santé mentale ou de dépendance. L'injonction des soins implique l'obligation pour la personne concernée de suivre un suivi médical et psychologique régulier, ainsi que de se conformer à un traitement spécifique. La coordination entre les différentes parties prenantes, telles que les autorités judiciaires, les professionnels de la santé et les services sociaux, est également essentielle pour assurer une mise en œuvre efficace de cette mesure. Du point de vue social, l'injonction des soins peut contribuer à favoriser la réinsertion des personnes délinquantes en leur offrant un accompagnement médical et psychologique adapté.

Partie 1 : les injonctions de soins

Les injonctions de soins résultent d'une multitude de lois mais aussi d'évolution de la société, comme vu en introduction. Au départ, ces mesures étaient destinées à protéger la population, notamment lors des épidémies, le but était de préserver la santé des citoyens. Puis, on a souhaité protéger les individus, particulièrement ceux atteints de troubles mentaux ou de maladie mentale, envers la population, mais également envers eux-mêmes.

Enfin, les mœurs évoluent, et les injonctions de soins vont venir dans un tout autre objectif. Dans la lutte contre la toxicomanie et les alcooliques dangereux, le but devient double : celui de soigner, mais aussi de réprimer la personne. S'allient alors le monde sanitaire avec le monde judiciaire. L'historique des injonctions de soins doit être vu en détail afin de comprendre au mieux l'utilisation de ces dernières (Chapitre 1).

Grâce à la collaboration des acteurs sanitaires et juridiques, les injonctions de soins peuvent être mises en place, que ce soit en milieu ouvert ou en milieu fermé. Cependant, il est à noter que la décision de mettre une personne sous injonction de soins revient à l'autorité judiciaire (Chapitre 2). L'autorité médicale intervient en amont pour donner son avis sur le bien-fondé d'une telle décision, puis par la suite, c'est elle qui va suivre la personne nécessitant des soins.

Chapitre 1 : l'historique des injonctions de soins

Les injonctions de soins sont présentes depuis un moment dans l'histoire française. Au départ, plus tournées vers le milieu médical, elles finissent par permettre au milieu judiciaire de constituer un véritable pilier dans la lutte contre les infractions (Section 1). Le juge dispose de plusieurs mesures possibles concernant les soins, il y a l'injonction de soins et l'obligation de soins, il est nécessaire de voir quelles sont leurs différences (Section 2).

Section 1 : les injonctions de soins pour la lutte contre les infractions

En 1970, le législateur tente une ébauche (I) dans un objectif de lutte contre la toxicomanie. Mais c'est en 1998 que la mesure va prendre place (II).

I. Une ébauche pour l'injonction de soins

Comme exposé supra, le 31 décembre 1970, le législateur prend une loi relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses⁷. L'objectif poursuivi avec cette loi est alors double. D'un côté, l'on souhaite la répression de l'usage et du trafic de drogue, mais on voit aussi émettre l'offre d'une série de soins qui ressort du Code de la Santé Publique (CSP). Le texte final de loi va finalement être le véritable fruit d'un compromis entre le ministère de la Justice, favorable à la répression de l'usage, et le ministère de la Santé qui demande une surveillance sanitaire devenue obligatoire. Toutefois, il est déjà possible de noter que l'obligation de soins étant laissée à l'appréciation du magistrat, l'objectif de santé publique n'est pas réellement satisfait et très peu de personnes vont se voir signalées à l'autorité sanitaire. En ce qui concerne cette loi, elle ne comporte pas de disposition spécifique en matière de prévention, la politique naissante est donc éclatée et sans cohérence. Cependant, elle prévoit la gratuité et l'anonymat des soins dans le cadre d'une prise en charge sanitaire et sociale qui est conventionnée par l'État. Aussi, avec l'article L3411-1 du CSP qui dispose que "*Une personne usant d'une façon illicite de*

⁷ Loi n°070-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses, *J.O.*, 3 janv. 1971, p.74

*substances ou plantes classées comme stupéfiants bénéficie d'une prise en charge sanitaire organisée par l'agence régionale de santé*⁸, on voit une vraie déclaration de principe sur la médicalisation de l'usage de stupéfiants.

Il est, ici, bien mis en lumière les deux logiques sanitaires et répressives. L'usager de produits illicites est considéré à la fois comme malade dont il apparaît plus que nécessaire de le soigner, mais aussi comme délinquant qu'il y a lieu de punir. On va donc voir naître l'outil appelé injonction thérapeutique qui va être complété par la possibilité de soumettre l'usager à une obligation de soins à tous les stades de la procédure. A cette époque, un article du CSP disposait qu'en cas de délit d'usage de stupéfiants, le procureur de la République avait la possibilité d'enjoindre la personne à suivre un traitement médical, et le cas échéant, éteindre l'action publique quand les soins étaient respectés. Il s'agissait d'une mesure contraignante, non préventive, c'était une véritable alternative sanitaire aux poursuites pénales sous les formes d'une procédure mixte judiciaire et sanitaire. Cependant, cet article a été abrogé avec l'ordonnance n°2000-548 du 15 juin 2000⁹.

II. La consécration avec la loi du 17 juin 1998

Toutefois, c'est la loi n°98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, sus-citée dans l'introduction, qui a constitué une avancée majeure dans la mise en place de l'injonction de soins en France. Le législateur a alors mis en place un dispositif innovant en précisant les modalités des interventions et des collaborations du juge et du professionnel de santé. Cette loi a aussi établi un cadre juridique plus précis pour le suivi socio-judiciaire des personnes condamnées, en prévoyant notamment des mesures d'injonction de soins pour les infractions graves, telles que les crimes et délits sexuels. Le domaine des soins pénalement ordonnés a, dès lors, connu un nouvel essor.

Dans un premier temps, les mesures de suivi socio-judiciaire étaient réservées aux « alcooliques dangereux » dans le cadre de la loi du 15 avril 1954¹⁰. Désormais, ils constituent une véritable

⁸ CSP, art.L3411

⁹ Ordonnance n°2000-548 du 15 juin 2000 relative à la partie Législative du code de la santé publique, *J.O.* n°143, 22 juin 2000.

¹⁰ Loi n° 54-439 du 15 avril 1954 sur le traitement des alcooliques dangereux pour autrui, *J.O.*, n°092, 21 avr. 1954, p.3827.

alternative aux poursuites utilisées par le parquet dans le cadre des classements sous condition, ou encore une alternative à la peine dans le cadre d'un ajournement et surtout une alternative à l'emprisonnement aussi bien durant la phase présentencielle, c'est-à-dire, le contrôle judiciaire ordonné par le juge d'instruction ou par le juge des libertés et de la détention qui peut soumettre la personne mise en examen à des mesures d'examen, de traitement ou de soins. C'est également possible pendant le stade du jugement ou de l'exécution de la peine. Dans ce cas, la juridiction de condamnation ou le juge de l'application des peines peut imposer spécialement au condamné l'obligation de se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation, article 132-45 3° du code pénal (CP) mentionné ci-dessous.

Le législateur est intervenu à plusieurs reprises pour rappeler l'importance de l'approche sanitaire dans ces domaines et préciser les modalités de mise en œuvre des obligations de soins. La loi du 5 mars 2007¹¹ a ainsi profondément réformé le régime de l'injonction thérapeutique qui peut désormais être ordonnée à tous les stades de la procédure non seulement aux usagers de stupéfiants mais également aux personnes en difficulté avec l'alcool : « *Ces mesures peuvent consister en l'injonction thérapeutique prévue par les articles L. 3413-1 à L. 3413-4 du code de la santé publique, lorsqu'il apparait que le condamné fait usage de stupéfiants ou fait une consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques* »¹² Les dispositions sont prévues aux articles L. 3413-1 et L. 3413-2 du Code de la Santé Publique (CSP).

L'ordonnance d'injonction de soins prise par le Juge d'Application des Peines (JAP) est exécutoire par provision, en ce sens, les recours pouvant être effectués à l'encontre de cette dernière ne sont pas suspensifs. Le condamné, tout comme le Ministère Public peuvent faire appel de la décision en cas de désaccord. Dans ce cas, le condamné dispose d'un délai de 24 heures pour faire appel, et le cas échéant, le ministère public dispose de 24 heures supplémentaires pour le faire également s'il le souhaite. La décision d'appel sera alors rendue par le président de la chambre de l'application des peines près de la cour d'appel compétente. Ce dernier va statuer par une ordonnance motivée après les réquisitions de l'avocat du condamné, ou du condamné lui-même et du procureur. L'ordonnance rendue peut faire l'objet d'un pourvoi en cassation dans les cinq jours suivant la notification de cette dernière.

¹¹ LOI n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance (1), *J.O.*, 5 mars 2007, texte n° 1

¹² C.pen., art.132-45.

Section 2 : la différence entre obligations de soins et injonctions de soins

Il convient de voir dans un premier temps en quoi consiste l'obligation de soins (I), puis de voir ce que concerne l'injonction de soins (II).

I. L'obligation de soins

L'obligation de soins est prévue par l'article 132-45 au 3° du code pénal (CP), elle est mise en œuvre sans procédure particulière. Cet article dispose que « *La juridiction de condamnation ou le juge de l'application des peines peut imposer spécialement au condamné l'observation de l'une ou de plusieurs des obligations suivantes : [...] 3° 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. 3413-4 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. Une copie de la décision ordonnant ces mesures est adressée par le juge de l'application des peines au médecin ou au psychologue qui doit suivre la personne condamnée. Les rapports des expertises réalisées pendant la procédure sont adressés au médecin ou au psychologue, à leur demande ou à l'initiative du juge de l'application des peines. Celui-ci peut également leur adresser toute autre pièce utile du dossier ;* ». L'article utilise le verbe « *se soumettre* », en d'autres termes, cela veut dire que le justiciable est obligé de consulter, ou encore accepter l'hospitalisation ou les soins prescrits plutôt entendus en traitement médicamenteux que psychothérapie. L'obligation de soins est signifiée au justiciable par le magistrat. Il n'y a pas d'organisation des relations entre la justice et la santé. L'avis d'un expert n'est pas nécessaire en appui à la décision du juge, il s'agit plus d'une prescription de bon sens commun.

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 (CSP) 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. Cependant, nous n'irons pas plus loin concernant cette mesure dans ce mémoire.

L'obligation de soins peut être également comprise dans le contrôle judiciaire. Ce dernier est une mesure permettant de soumettre une personne à une ou plusieurs obligations jusqu'à sa comparution devant une juridiction de jugement. Le contrôle judiciaire concerne alors les prévenus en attente de jugement ou les personnes mises en examen. Différents juges, tels que le juge d'instruction, le juge des libertés et de la détention ou encore le tribunal vont venir fixer une ou plusieurs obligations que la personne devra respecter. Il peut alors s'agir d'une limitation de la liberté de se déplacer, d'une surveillance, mais également d'un suivi médical. Si la personne mise en examen viole délibérément les obligations du contrôle judiciaire, le juge des libertés et de la détention (JLD) ou le tribunal peuvent décider de placer la personne en détention provisoire.

Également, le non-respect des obligations de soins peut entraîner la révocation de la mesure et vient influencer directement la condamnation de l'individu. L'obligation de soins apparaît donc comme une contrainte par définition et par les conséquences que cette dernière entraîne sur le condamné.

II. L'injonction de soins

L'injonction de soins, a été créée par la loi du 17 juin 1998 relative au suivi socio-judiciaire, elle est applicable lorsque le suivi socio-judiciaire est encouru et lorsqu'une expertise médicale conclut à la possibilité de soins, notamment 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. Cette mesure est prononcée soit par la juridiction de jugement, soit par le JAP. Si elle est prononcée par la juridiction de jugement, alors ce sera dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire ou d'un suivi avec mise à l'épreuve. Si c'est le JAP qui le prononce, alors ce sera dans le cadre d'une liberté conditionnelle et de la surveillance judiciaire. Enfin, elle peut aussi être prononcée par les juridictions de la rétention de sûreté, dans ce cas ce sera dans le cadre de la surveillance de sûreté ou de la rétention de sûreté. Dans tous les cas, pour avoir cette mesure, il faut avoir été condamné à une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru. Il faut passer par une expertise médicale déterminant que la personne condamnée est susceptible de faire l'objet d'un traitement¹³. Nous développerons par la suite le domaine

¹³ Code pen., art.131-36-4.

médical, mais on peut d'ores et déjà dire que les juridictions vont, par la suite, faire intervenir le médecin coordonnateur en application des dispositions de l'article L. 3711-1 du CSP. Le professionnel de santé doit être inscrit sur une liste départementale de psychiatres ou de médecins ayant suivi une formation appropriée. Le médecin coordonnateur désigné va transmettre au juge les éléments nécessaires au contrôle de la mesure et va venir jouer le rôle de référent pour le médecin, ou le psychologue traitant (possible depuis la loi du 12 décembre 2005¹⁴). La personne condamnée aura le choix de son médecin traitant avec l'accord du médecin coordonnateur. Le choix du traitement à entreprendre relèvera du praticien.

Lorsqu'une injonction de soins est prononcée, la juridiction avertit le condamné qu'aucun traitement ne pourra être entrepris sans son consentement, mais que s'il refuse les soins qui lui sont proposés, alors l'emprisonnement qui a été prononcé dans le cadre de son suivi socio-judiciaire pourra être mis à exécution¹⁵.

Dans tous les cas, privée de liberté dans un établissement ou non, la personne va être placée sous le contrôle de ce dernier dans le ressort duquel elle est détenue ou dans le ressort de sa résidence habituelle. Le JAP va la convoquer pour lui rappeler les obligations auxquelles elle est soumise, lui notifier 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 ainsi que lui indiquer le nom du médecin coordonnateur qu'elle devra rencontrer dans un délai ne pouvant être inférieur à un mois¹⁶.

En vertu de l'article 763-4 du CPP¹⁷, le JAP peut ordonner, à tout moment de la mesure, 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. Ces dernières sont réalisées par un seul expert, sauf décision contraire du JAP.

Si le JAP constate que le condamné ne respecte pas son suivi, alors il peut ordonner, après avis du Procureur de la République, l'incarcération provisoire de la personne¹⁸.

¹⁴ Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales, *J.O.* n°289, 13 dec. 2005, Texte n°1.

¹⁵ C. pen., art.131-36-4

¹⁶ CPP, art.R63.

¹⁷ CPP, art.763-4, alinéas 2 et 3. -> pas bon

¹⁸ C.pen., art.131-36-4 alinéa 2.

Chapitre 2 : la mise en place des injonctions de soins par le juge

Il existe deux situations possibles pour le condamné. En effet, si le magistrat décide d'accorder l'injonction de soins et que la personne est libre, alors on dira qu'elle est en milieu ouvert (Section 1). Toutefois, il se peut que le condamné soit déjà incarcéré, dans ce cas, la mesure d'injonction de soins devra se faire pendant la détention de ce dernier (Section 2).

Section 1 : en milieu ouvert

En ce qui concerne le milieu ouvert, les condamnés libres bénéficient en quelque sorte d'une dernière chance laissée par le juge (II). Pour respecter au mieux leurs obligations, ces derniers vont pouvoir bénéficier d'aide du SPIP qui va alors avoir un rôle primordial pour eux (I).

I. Le rôle du SPIP

La mission principale du SPIP est la prévention de la récidive des personnes placées sous-main de justice et de favoriser leur insertion. Il est amené à intervenir en milieu fermé, notamment au sein des établissements pénitentiaires, mais aussi en milieu ouvert pour assurer le suivi des personnes libres. C'est ce service, également, qui concourt à la préparation des décisions de justice à caractère pénal, il en assure le suivi ainsi que le contrôle. Il est aussi présent pour le suivi en pré-sentenciel, avant que la condamnation définitive soit rendue, ou en post sentenciel, après qu'elle soit rendue. Le SPIP est le service au sein duquel sont employés les directeurs pénitentiaires d'insertion et de probation, les CIP, mais également des psychologues, des assistantes de service social, des éducateurs, etc. Il y a donc une véritable équipe pluridisciplinaire comptant des éléments divers. Cela paraît indispensable pour faire face aux multiples évaluations et afin d'avoir une prise en charge du public suivi la plus efficiente possible. Le service a une compétence départementale, il travaille alors en collaboration avec les autorités judiciaires, mais aussi les principaux acteurs institutionnels, tels que les collectivités territoriales, ou encore des associations.

Pour ce qui est particulièrement des CIP, le rôle de ces derniers est régi par le décret n°2019-50, en date du 30 janvier 2019, portant statut particulier du corps des conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation¹⁹. Son article 4 dispose toutes les missions de la profession, “ *Les conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation exercent les attributions qui leur sont conférées par les lois et règlements dans l'objectif de prévention de la commission de nouvelles infractions et d'insertion ou de réinsertion sociale des personnes placées sous-main de justice.*

Dans le cadre des mesures alternatives aux poursuites pénales, des mesures ou peines restrictives ou privatives de liberté, ils procèdent à l'évaluation initiale et continue de la situation globale des personnes confiées par l'autorité judiciaire. Ils sont chargés de la conception et de la mise en œuvre du parcours et de l'accompagnement individualisé de l'exécution de la ou des peines et des mesures des personnes confiées, incluant le cas échéant le respect de leurs obligations judiciaires.

Compte tenu de leur expertise en matière de décisions de justice et d'accompagnement socio-éducatif, de leurs connaissances en criminologie et de l'impact de leurs actions sur l'exercice des libertés individuelles des personnes qui leur sont confiés, ils contribuent à la politique d'individualisation des peines ainsi qu'au développement des alternatives à l'incarcération et des aménagements de peine, selon les conditions prévues par le code de procédure pénale.

Ils contribuent à la conception, à la mise en œuvre et à l'animation de partenariats de proximité répondant aux besoins des personnes accompagnées. Ils œuvrent plus particulièrement au travail sur le sens de la peine afin de concourir au maintien ou à la restauration de l'autonomie et à la responsabilisation des personnes suivies. Au sein des établissements pénitentiaires, ils contribuent notamment à la prévention des effets désocialisants de l'incarcération et à la préparation à la sortie des personnes détenues (...).²⁰ En milieu ouvert, ils interviennent dans le cadre d'un mandat judiciaire. Ils sont présents à de multiples échelons. Ils sont auprès de la juridiction afin d'apporter tous les éléments utiles à l'évaluation de la peine et à la mise en œuvre de la condamnation. Ils sont auprès du justiciable pour l'aider à comprendre sa peine, et s'assurent du respect des obligations imposées à ce dernier. Enfin, ils favorisent l'accès aux dispositifs d'insertion sociale et professionnelle dans le cadre de politiques publiques.

Pour ce qui est du milieu fermé, ils viennent accompagner les personnes détenues dans leur parcours d'exécution de peine. Pour cela, ils vont venir aider à la décision judiciaire, notamment en proposant des mesures d'aménagement de peine au JAP en vue de la plus adaptée à la situation du prévenu. Ils vont aussi aider le condamné à préparer sa sortie de prison,

¹⁹ Décret n°2019-50 du 30 janvier 2019 portant statut particulier du corps des conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation, *J.O.*, n°0026, 31 janv. 2019, texte n°8.

²⁰ Art.4 du décret n°2019-50 du 30 janvier 2019, portant statut particulier du corps des conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation, *prec.*

notamment pour faciliter son accès aux dispositifs d'insertion et de droit commun. Enfin, ils luttent contre la désocialisation des personnes détenues. Le CIP peut aussi être un véritable allié pour l'avocat de l'accusé.

Ils constituent donc un véritable pilier pour le condamné.

II. L'injonction de soins aux personnes non détenues

Les personnes en milieu ouvert ont été condamnées à l'injonction de soins, assortie d'une peine de prison dans le cadre du sursis probatoire. En ce sens, une épée de Damoclès plane au-dessus de leur tête. Si les obligations de l'injonction de soins ne sont pas relevées, le JAP peut décider de mettre à exécution tout ou partie de la peine d'emprisonnement qui avait été déterminée auparavant par la juridiction de jugement. Cela peut entraîner une incarcération pour une durée maximum fixée à trois ans si la condamnation est pour un délit, et sept ans si c'est pour un crime.

L'injonction de soins en milieu ouvert est donc mise en place pour les personnes en liberté. L'objectif de cette mesure, tout comme en milieu fermé, est de prévenir la récidive en offrant une prise en charge adaptée et continue aux personnes concernées. Dans un sens, le milieu ouvert permet de concilier des impératifs de protection de la société avec les besoins de prise en charge médicale et psychologique des personnes sous-main de justice, dans le but de favoriser leur réhabilitation et leur réinsertion sociale.

Le processus de la mise en place d'une injonction de soins en milieu ouvert implique généralement plusieurs étapes, on peut en dénombrer notamment quatre.

Tout d'abord, la personne va faire l'objet d'une évaluation médicale et psychologique. En effet, avant de prendre une décision concernant la mesure adéquate, une évaluation approfondie de la santé mentale et des besoins de la personne est réalisée par des experts professionnels de la santé et de la psychiatrie.

Ensuite, on va avoir la décision judiciaire. C'est-à-dire qu'une fois l'évaluation médicale effectuée, il revient au tribunal de décider de l'opportunité d'ordonner une injonction de soins en milieu ouvert. Cette décision va être prise en considération des résultats de l'évaluation effectuée, du contexte de l'infraction commise et des antécédents judiciaires de la personne.

Tout comme en milieu fermé, la personne va se voir imposer des obligations ainsi qu'un suivi. En milieu ouvert, la mesure implique généralement l'obligation pour la personne concernée de se soumettre à un suivi médical et psychologique régulier. Elle peut également

comporter d'autres obligations, telles que le suivi d'un traitement spécifique, la participation à des programmes de réhabilitation, ou l'interdiction de fréquenter certains lieux ou de contacter certaines personnes.

Enfin, va également être décidé de la durée de la mesure. Cette dernière est déterminée par le tribunal et peut varier en fonction de la gravité de l'infraction et des besoins de la personne concernée. Elle peut être assortie d'une période probatoire, au cours de laquelle la personne doit démontrer son engagement à se conformer aux obligations fixées, telles que celles citées ci-dessus.

L'injonction de soins en milieu ouvert, tout comme en milieu fermé, est, en ce sens, un outil important dans la lutte contre la récidive, car elle permet d'offrir une prise en charge appropriée aux personnes délinquantes présentant des problèmes de santé mentale ou de dépendance, tout en favorisant leur réhabilitation et leur réinsertion sociale au sein de la communauté.

Section 2 : l'incitation aux soins des détenus

Comme le dispose l'article 131-36-4 alinéa 2 du code pénal « *Lorsque la juridiction de jugement prononce une injonction de soins et que la personne a été également condamnée à une peine privative de liberté non assortie du sursis, le président informe le condamné qu'il aura la possibilité de commencer un traitement pendant l'exécution de cette peine* »²¹. S'il ne consent pas à la suivre, alors cette information est renouvelée au moins une fois tous les six mois, « *Elle est immédiatement informée par le juge de l'application des peines de la possibilité d'entreprendre un traitement. Si elle ne consent pas à suivre un traitement, cette information est renouvelée au moins une fois tous les ans* », article 763-7 du CPP²². La loi du 12 décembre 2005²³, citée supra, a étendu ces dispositions à tous les condamnés à raison d'infractions pour lesquelles le suivi socio-judiciaire est encouru mais non prononcé par la juridiction de jugement.

²¹ C. pen., art.131-36-4 al.2.

²² CPP, art.763-7.

²³ Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales, *J.O.* n°289, 13 dec. 2005, Texte n°1.

À tout moment du parcours pénal, la personne condamnée à la possibilité de se faire soigner. L'objectif est de permettre à la personne détenue soumise à l'injonction de soins dont elle a accepté de s'engager dans le soin. Il faut s'assurer que le condamné comprenne sa peine tout comme ses modalités d'exécution, mais également la missions des équipes soignantes, car il sera amené à rencontrer de multiples professionnels intervenants. L'objectif poursuivi est alors l'engagement de la personne dans son parcours de soin.

Si la personne a été condamnée à un suivi socio-judiciaire qui ne comprend pas l'injonction de soins, le JAP ordonne, en vue de sa libération, une expertise médicale afin de savoir si elle peut faire l'objet d'un traitement. Si l'expertise approuve, alors la personne condamnée est automatiquement soumise à l'injonction de soins, sauf décision contraire du JAP. Si le détenu refuse les soins proposés, alors l'emprisonnement pourra être mis à exécution (article 763-3 alinéa 3 CPP²⁴). Pour le détenu condamné à l'injonction de soins après sa peine privative de liberté, le JAP peut ordonner l'expertise médicale avant sa libération, ladite expertise est obligatoire si la condamnation a été prononcée deux ans auparavant (art 763-4 CPP²⁵).

De plus, l'article 721, l'alinéa 8 du CPP²⁶ dispose que lorsqu'un détenu refuse de se soumettre à son suivi médical, ce dernier pourra bénéficier d'une réduction de peine qu'à hauteur de trois mois par année d'incarcération et de sept jours par mois pour une durée d'incarcération inférieure à un an, et cela seulement dans les cas où ils respectent les conditions données aux alinéas précédents. Au contraire, les détenus ayant un suivi médical régulier peuvent se voir octroyer des remises de peines plus importantes, voire l'octroi d'une liberté conditionnelle. En effet, en vertu de l'alinéa 3 de l'article 717-1 du CPP²⁷, le condamné pourra bénéficier d'octroi ou de retrait de réduction de peine ou encore de l'octroi d'une remise en liberté si ce dernier démontre au JAP son suivi régulier, ou non, du traitement proposé lors de son suivi socio-judiciaire. Également, toujours dans le même article, deux ans avant la date prévue pour la libération d'un condamné qui fait l'objet d'un réexamen de sa situation, ce dernier va devoir justifier de son suivi médical auprès du JAP. Au vu du bilan que le magistrat va tirer, il va pouvoir lui proposer de suivre un traitement dans un établissement pénitentiaire spécialisé.

A contrario, selon l'article 729 alinéa 5 du CPP²⁸, si le condamné refuse de suivre les soins qui lui ont été proposés, alors ce dernier n'aura pas la possibilité de se voir octroyer une libération

²⁴ CPP, art.763-3 al.3.

²⁵ CPP, art.763-4.

²⁶ CPP, art.721 al.8.

²⁷ CPP, art.717-1 al.3.

²⁸ CPP, art.729 al5.

conditionnelle. Il en va de même pour le condamné qui ne suivrait pas correctement les soins, sur décision du JAP, il pourra se voir refuser sa liberté conditionnelle, ou encore pour celui qui ne s'engage pas à suivre correctement les soins après sa sortie de détention.

Le rappel des obligations du suivi socio-judiciaire va être rappelé quelques jours avant la libération du détenu, son dossier va alors du JAP compétent du lieu de détention au JAP compétent pour son lieu de résidence, afin de pouvoir contrôler les soins mis en œuvres.

Grâce à la loi du 18 janvier 1994²⁹, les établissements pénitentiaires sont rattachés à un établissement de santé avec un protocole permettant aux détenus de bénéficier de soins adaptés. L'article 763-7 alinéa 1 du CPP dispose que « *Lorsqu'une personne condamnée à un suivi socio-judiciaire comprenant une injonction de soins doit subir une peine privative de liberté, elle exécute cette peine dans un établissement pénitentiaire prévu par le troisième alinéa de l'article 717-1 et permettant de lui assurer un suivi médical et psychologique adapté* »³⁰. L'article R57-5 du même code³¹ vient lister les établissements pénitentiaires. Pour ce qui est des auteurs d'infractions de nature sexuelle, l'administration pénitentiaire et le ministère de la santé ont mené une politique d'orientation dans des établissements pour peines proposant une offre de soins et une prise en charge pénitentiaire adaptée, on en compte 22. Ces structures ont pour missions de répondre aux différents besoins de santé mentale de l'ensemble des détenus, qu'ils soient prévenus ou déjà condamnés. Bien souvent, les actions de prévention et les prises en charges sont réalisées par le dispositif de soins psychiatrique local rattaché à l'établissement de santé auprès duquel une convention a été passée au préalable.

Lors du parcours de soins, le personnel sanitaire peut inciter la personne détenue à entreprendre, reprendre, voire poursuivre la démarche de soins déjà entreprise, le cas échéant. Les commissions pluridisciplinaires prévues permettent aux multiples référents du détenu d'abord son parcours, ainsi que d'aborder ensemble des questions ou émettre des avis. Lorsque le parcours de soins est bien établi, le patient peut alors demander à ses praticiens, à l'équipe de soins, de lui procurer des certificats médicaux pour attester de son suivi auprès du JAP ainsi que du personnel pénitentiaire, montrant sa bonne volonté.

²⁹ Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, *J.O.*, n°0015, 19 janv. 1994, p.960

³⁰ CPP, art.763-7 al.1

³¹ CPP, art.R57-5.

L'obligation de soins et l'injonction de soins sont bels et bien deux choses distinctes, l'une ne nécessitant pas d'organisation entre le médical et le judiciaire, alors que l'autre repose essentiellement sur cette relation.

Aussi, le plus souvent, l'injonction de soins va se mettre en place lorsque le condamné sera sorti de prison. Le SPIP sera là pour l'aider dans ses démarches avec le médecin traitant. Il se peut également que la mesure est lieu en prison, le législateur a mis en place des dispositifs pour permettre d'inciter le condamné à entreprendre sa démarche de soins le plus tôt possible. Toutes ces choses sont mises en œuvre dans le but d'empêcher la récidive et d'améliorer la réinsertion dans la société.

Partie 2 : empêcher la récidive et améliorer la réinsertion en société

Le but de la répression est bien évidemment d'empêcher toutes formes de récidive. Ici, pour améliorer la réinsertion en société, on va bien évidemment avoir le travail habituel des CIP, mais comme la mesure du SSJ concerne une injonction de soins, on va également retrouver le milieu sanitaire. Le milieu juridique et sanitaire étant tous les deux les acteurs les plus importants de cette procédure, il est donc nécessaire d'avoir une véritable coopération entre ces deux milieux (Chapitre 1). En effet, avec une prise en charge médicale adaptée, la personne sera plus encline à une réinsertion sociale.

Cependant, il convient de voir si cette injonction de soins comporte des obligations de résultats ou de moyens (Chapitre 2). Les professionnels de santé doivent-ils tout mettre en œuvre pour que le condamné ne soit pas récidiviste ? C'est une question qu'il convient de se poser.

Chapitre 1 : la coopération entre les acteurs du milieu judiciaire et médical

Il est important pour les deux acteurs de travailler main dans la main, car avec le condamné, ils font partis des meneurs de l'injonction de soins (Section 1). Cependant, au vue des deux milieux assez différents, il est à noter que des difficultés peuvent parfois voir le jour (Section 2).

Section 1 : Les différents acteurs, meneurs de l'injonction de soins

Les acteurs de l'injonction de soins sont le milieu judiciaire (I) et le milieu sanitaire (II).

I. Les acteurs du milieu judiciaire

Dans le milieu judiciaire, on peut constater un grand nombre d'intervenants, que ce soit dans le lieu de privation de liberté ou en dehors, autre que les membres des juridictions. Pour le milieu pénitentiaire, on compte le personnel de direction, ils viennent inciter la personne détenue à suivre des soins dans le cadre des projets de préparation en aménagement de peine ou en fin de peine. Ils viennent également mettre en œuvre le PEP, (parcours d'exécution de peine) qui vient, avec une équipe pluridisciplinaire, préparer la sortie du condamné.

Il y a également le personnel de surveillance pénitentiaire, ils ont un rôle tout aussi important car ils vont permettre d'exercer un rôle dans l'incitation aux soins, dans le cadre du PEP par le biais d'interventions et d'entretiens de mise en œuvre et de suivi du PEP.

Comme dit précédemment, que ce soit dans le milieu fermé qu'ouvert, les Conseillers Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (CIP) vont avoir un rôle primordial dans l'injonction des soins, ces derniers sont rattachés au Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) du département. En ce qui concerne les injonctions de soins à proprement parler des détenus, les CPIP vont avoir plusieurs missions. Grâce à des entretiens individuels, ils vont venir déterminer différents axes de travail notamment avec les évaluations familiale, sociale et professionnelle de la personne, avec les éléments constitutifs du dossier pénal ainsi qu'avec les expertises psychologiques ou psychiatriques. De plus, des prises en charge collectives vont

s'organiser comme la mise en place de groupe de paroles ayant pour visée principale la prévention de la récidive, avec une perspective éducative. Il existe aussi des programmes de prévention de la récidive centrés sur le passage à l'acte. Souvent, le suivi des personnes soumises à une injonction de soins vient s'articuler autour d'une prise en compte de l'acte délictueux ou criminel, d'un rappel à la loi ainsi que d'une incitation aux soins pour pouvoir élaborer un projet dans le cadre du PEP, d'une sortie en aménageant de peine, ou encore en fin de peine. Pour revenir sur les travaux de groupe cités supra, il est important de noter que ce sont des groupes de paroles à but non thérapeutique, qui ne remplaceront en rien ceux réalisés par les soignants. Ils viennent s'inscrire dans une complémentarité avec les pratiques de soins dans une perspective pluridisciplinaire. Ces ateliers peuvent faciliter le soin pour pouvoir comprendre l'utilité de ce dernier. C'est en quelque sorte un préalable au travail des soignants et qui peut prendre plus ou moins de temps selon le justiciable.

Pour ce qui est du milieu ouvert, le SPIP est chargé de veiller au respect des obligations imposées au condamné. Le service va venir les orienter vers des structures adaptées, le cas échéant. C'est aussi le SPIP qui va venir adresser au JAP, chaque semestre, un rapport de situation proposant des modifications des mesures de contrôle ou rendant compte de leur violation.

II. Les acteurs du milieu sanitaire

Pour le médecin, cette intervention thérapeutique inscrite dans une procédure de contrainte est nouvelle. Il doit désormais travailler sous la contrainte. La prise en charge sanitaire permet de créer une alliance thérapeutique qui permet au patient de saisir un processus de soins, s'il le souhaite. Ce processus permettra aussi au condamné de venir soulager et aider une souffrance qu'est l'addiction. C'est au praticien de tout mettre en œuvre pour créer cette alliance thérapeutique, tout en préservant le secret médical.

La prise en charge du champ médical comporte plusieurs temps. Tout d'abord, il va y avoir l'expertise. L'expert est mandaté par l'autorité judiciaire qui va venir lui demander son avis sur la personne d'un point de vue scientifique ou technique. Le psychiatre expert va notamment être interrogé avant le jugement pour connaître la responsabilité pénale et, s'il y a condamnation, sur l'opportunité d'une injonction de soins. L'expert psychiatre est un élément important, il va y avoir une triple démarche dans son travail. Tout d'abord, il va devoir

identifier une pathologie mentale ou psychique, comme dispose l'article 122-1 du CP³² qui peut avoir pu abolir, altérer ou entraver le discernement et le contrôle des actes, au moment des faits incriminés, rendant ainsi l'auteur supposé peu ou pas accessible à une sanction pénale. Si le trouble a été constaté, il conviendra également d'évaluer un degré de « dangerosité psychiatrique » de l'individu. Dans un second temps, l'expert devra aussi avoir une lecture dite psychodynamique du passage à l'acte. Également, lorsque c'est possible, l'expert devra faire une étude psychocriminologique du passage à l'acte donnant alors une dangerosité sociale pouvant être utile au juge dans sa prise de décision.

Pour l'injonction de soins en elle-même, l'expert va avoir un rôle important, en effet il doit poser l'indication ainsi que dégager des perspectives d'évolution dans laquelle cette injonction devra prendre place, fixant, en quelque sorte, le cadre l'éventuelle prise en charge médico-socio-judiciaire. L'expertise sera transmise au médecin coordonnateur par le JAP, à disposition du thérapeute, mais aussi au justiciable par le biais de son avocat.

Section 2 : Des difficultés de mise en œuvre

De prime abord, déjà lors de la loi du 31 décembre 1970, citée supra, des difficultés ont vu le jour. En effet, la procédure a été mise en œuvre avec beaucoup de méfiance et de scepticisme pour la plupart des acteurs judiciaires et médicaux. L'autorité judiciaire ne voyait pas d'un très bon œil le fait d'être dessaisi au profit de l'autorité sanitaire. Effectivement, c'est elle qui venait décider, après avoir effectué un examen médical, si l'état de la personne nécessite une cure de désintoxication, ou bien s'il convenait de la placer simplement sous surveillance médicale auprès d'un médecin, voire d'un dispensaire d'hygiène sociale. C'est aussi elle qui venait aviser le parquet du respect du traitement décidé. Également, du côté sanitaire, les acteurs ne se voyaient pas devenir des auxiliaires de justice, voire des collaborateurs de la répression. Ils étaient convaincus que le traitement ne pouvait réussir uniquement que s'ils avaient eu l'adhésion du patient auparavant. Aussi, pour certains d'entre eux, cette mesure de soins apparaissait comme un moyen opportun de ne pas être confronté avec la loi, le médecin se sentait alors un peu complice de la personne.

³² C. pen., art.122-1

Pour revenir à la loi actuelle, le premier obstacle peut clairement être le condamné. En effet, très rarement, la personne ayant accepté l'injonction soins n'est pas demandeuse à la thérapie, elle n'a fait qu'accepter. Les professionnels peuvent donc parfois être confrontés à des difficultés, il sera donc nécessaire de faire appel à des confrères pour pouvoir les aider. Également, certains condamnés sont dans une attitude de déni total, les rendant inaccessibles au processus thérapeutique.

Aussi, bien souvent les professionnels de santé viennent reprocher à l'autorité judiciaire de se faire « prescripteurs de soins ». Selon eux, la déontologie de leur profession ainsi que le secret médical n'est pas respecté, cela porte ainsi atteinte à leur relation de confiance qu'ils établissent avec leur patient. Aussi, ils considèrent que les soins ordonnés pénalement portent atteinte au principe du libre consentement de la personne aux soins. En effet, l'injonction de soins est subordonnée au consentement de la personne, cependant certains s'interrogent sur la réalité sachant que le refus de soins est sanctionné.

Les magistrats, eux, de leur côté, reprochent aux praticiens de santé d'utiliser le secret médical pour s'opposer aux contrôles que la justice doit effectuer.

C'est la raison pour laquelle, le dispositif mis en place en 1998 organise une collaboration plus que nécessaire entre les différentes autorités et le tout dans le respect des exigences déontologiques.

De plus, l'offre de soins est en pénurie. Cela conduit à ce que certains secteurs de juridictions se retrouvent sans Médecin Coordinateur (MC), ou du moins en nombre insuffisant.

L'injonction de soins se heurte à l'insuffisance de Médecins Traitants (MT) volontaires pour assurer les prises en charge thérapeutiques dans ce milieu particulier. Il y a aussi une opposition doctrinale des psychiatres qui reprochent à la loi de mettre dans une catégorie unique des profils psychopathologiques hétérogènes d'individus qui serait impossible à catégoriser.

Plus généralement, concernant le SSJ, les pouvoirs publics sont incapables d'assurer la mise en place des dispositifs de ce dernier, qui sont censés accompagner, notamment sur le volet médical ainsi que psychologique. Mais paradoxalement, le SSJ s'étend de plus en plus à de nouvelles infractions, la durée maximale du prononcé du SSJ augmente et les mesures prononcées, elles, sont plus nombreuses.

Les notions de médecins coordinateurs et médecins traitants dans la procédure d'injonction de soins sera expliquée dans le chapitre suivant.

Se pose aussi la question du secret médical qui est, par principe, général et absolu. Cependant avec la loi du 25 février 2008³³, l'échange d'information opérationnelle entre l'administration pénitentiaire et les personnels soignants autour de la question de la dangerosité en détention est accepté. Il faut tout de même noter que cette mesure reste très limitée. Les soignants sont souvent frileux quant à la révélation d'informations médicales.

³³ 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

Chapitre 2 : Soins : obligations de moyens ou de résultats ?

Le magistrat impose au condamné le respect de ses soins. Cependant, rien n'est précisé quant à la nature de l'obligation de ces derniers, si c'est une obligation de moyen ou de résultat. Toutefois, une collaboration entre les deux milieux est nécessaire (Section 1). Il est aussi à noter que, du point de vue éthique, les injonctions de soins questionnent (Section 2).

Section 1 : La collaboration des milieux judiciaire et médical

La collaboration des milieux repose avant tout sur le travail main dans la main du JAP avec le milieu médical (I). Ce sont eux qui sont amenés à travailler ensemble. Enfin, après avoir vu le côté théorique, il convient de voir la situation pratique de cette mesure judiciaire (II).

I. La coopération du Juge d'Application des Peines avec le milieu médical

On peut dire que c'est parce que le délinquant est dangereux et que sa dangerosité est due à une maladie qu'on le soigne. En 2011, Patrick Mistretta vient dresser un constat, celui que *« impuissant à remédier à ces maux, le droit pénal a recouru à la médecine pour tenter d'apporter une solution plus effective aux causes de cette criminalité, de sorte que la délinquance apparaît de plus en plus comme une maladie »*³⁴.

Toutefois, on peut, d'ores et déjà, dire que l'intervention de l'équipe soignante va être centrée sur l'intérêt même de la personne, alors que l'intervention de la justice va, elle, plutôt être centrée sur l'intérêt de la société, notamment dans une logique de prévention de la récidive. En effet, l'un va venir juger un délinquant, alors que l'autre va venir prendre en charge une maladie pouvant s'avérer complexe et multifactorielle, dont la rechute est considérée comme faisant partie du processus de guérison, mais en même temps, cette dernière est punissable par la loi. Cependant, le sujet doit être traité comme un réel patient, le but étant de leur donner

³⁴ P. Mistretta, « l'illusion du consentement du délinquant à l'acte médical et aux soins en droit pénal », Revue internationale de droit pénal, volume 82, 2011, p.22.

accès à des soins, à un véritable parcours, le tout dans le respect des déontologies et des consensus professionnels.

Les deux milieux vont tout d'abord coopérer lors de l'expertise. En effet, cette dernière va être ordonnée par la juridiction du jugement afin de savoir si la personne peut faire l'objet d'une injonction de soins. Déjà là, l'expert est missionné par l'autorité judiciaire. Une fois l'expertise effectuée, cette dernière va être remise lors du jugement. Elle est donc nécessaire pour le bien fondé de la peine. Une fois le jugement rendu, le JAP va venir nommer un médecin coordinateur (MC) qui doit être inscrit sur une liste établie auprès du procureur ou avoir suivi une formation spéciale. Une fois le MC désigné, le JAP va lui fournir divers documents comme sa lettre de désignation, le prononcé du jugement de l'individu comportant les actes condamnés, la durée de l'injonction de soin, et les éléments en sa possession (expertises de l'auteur et de la victime, réquisitoire, enquête de personnalité, ...). Ensuite, le MC va recevoir son patient et vérifier que le médecin traitant (MT) est bien compétent pour les modalités de soins. La personne condamnée a le choix concernant le MT, mais elle doit avoir l'aval du MC. Également, le MC va venir garantir au médecin traitant une évaluation ainsi qu'un moyen de recours si besoin est. Il est en quelque sorte le garant de la qualité de la prise en charge car il intervient comme référent du MT qui peut lui demander conseil s'il le souhaite. Le MC doit faire des rapports au CIP ainsi qu'au JAP une à deux fois par an selon les faits pour lesquels l'intéressé a été condamné. Cependant, c'est le MT qui choisit le traitement à suivre par le sujet. Le MC va être l'intermédiaire entre le JAP et le MT, il va donc permettre de protéger le secret médical ainsi que la relation MT-patient.

Aussi, le MT vient fournir au JAP, ou au CIP, des attestations de soins. La délivrance de ces attestations peut varier selon les modalités de soins, souvent, elles sont délivrées à chaque séance. Ces séances sont une sorte de contrat entre le praticien et le sujet, en aucun cas elles ne concernent les autorités judiciaires qui, elles, s'intéressent plus au respect de la mesure et du fait qu'elle soit appropriée.

Le médecin et le psychologue traitant peuvent joindre le JAP en cas d'interruption des soins en injonction. Le MC est l'interface avec le JAP et les CIP, il doit donc garantir un cadre thérapeutique et un secret professionnel aux professionnels du soin, MT et PT. Comme dit auparavant, le MC fait un rapport annuel au JAP et deux fois par an si les faits encourent une rétention de sûreté. Ce rapport peut prendre différentes formes, en effet la forme écrite n'est pas précisée dans la loi. Cependant, une trace écrite est utile et peut être une preuve. Le rapport peut être synthétique.

II. De la théorie à la pratique

Si l'on prend en compte l'étude réalisée par Virginie Gautron³⁵, plusieurs choses sont à noter. L'étude se fait dans une juridiction d'une ville de l'ouest, sur un échantillon de mille dossiers. Il est, d'ores et déjà, possible de dire que le SSJ est prononcée de manière privilégiée à l'encontre des auteurs d'infractions à caractère sexuel, et cela, malgré l'extension aux autres infractions. Il y a plusieurs facteurs qui aident le magistrat à la décision de retenir le SSJ comme mesure post-carcérale, notamment la parole de la victime, la récidive légale ou encore la réitération. L'injonction de soins apparaît comme une réelle peine complémentaire et non comme une alternative à l'incarcération, comme l'avait prévu le législateur dans sa loi de 1998. Concernant les traits socio-biographiques des individus, nombreux sont ceux issus de catégories socio-professionnelles d'origine populaire. Certains d'entre eux ont déjà subis ou été témoins de violences. Bien souvent, réside une addiction à l'alcool. Malgré certains troubles discernés lors des entretiens avec les experts, l'abolition du discernement est systématiquement écartée. L'injonction de soins est quasi systématique lorsque l'expert démontre l'intérêt du soin à l'attention du condamné, le juge ne peut contrer l'argument médical. Le soin pénalement ordonné a une ambition clinique pour faire émerger chez le condamné une demande mais également une adhésion au soin. Les patients contraints peuvent désormais s'engager dans une véritable démarche thérapeutique. Le malade n'est pas considéré comme malade stricto sensu. On va avoir plus une visée psychologique que curative. Aussi, les différents acteurs voient en l'injonction de soins un objectif de prévention de la récidive grâce au mieux-être du condamné. Ce dernier devrait alors trouver dans le soin des clés d'adaptation de son comportement, afin d'éviter tout nouveau passage à l'acte.

On peut voir dans l'annuaire des statistiques donné par le Ministère de la Justice (Annexe 1)³⁶, que sur l'année 2006, 5 189 injonctions thérapeutiques avaient été ordonnées, contrairement à 2010 où l'on en avait 4 380, ce qui correspond à une baisse approximative de 16%. On remarque aussi, sur l'annexe 2³⁷, que le recours au SSJ, plus généralement, est plus souvent utilisé pour les crimes que pour les délits. Ce dernier semble être stabilisé en 2010, comptant

³⁵ V. Gautron, « (Se) soigner sous la contrainte : une étude du dispositif de l'injonction de soin », Recherche réalisée avec le soutien de la *Mission de Recherche Droit et Justice*, Convention n°214.10.06.07), sous la direction de V.Gautron, juin 2017, Université de Nantes.

³⁶ Ministère de la Justice, « Annuaire Statistique de la Justice », édition 2011-2012.

³⁷ R.Josnin, « Le recours au suivi socio-judiciaire », *Infostat justice*, n°121, fév. 2013.

environ 9% de recours au SSJ pour les délits contre 39% pour les crimes. Cependant, il faut aussi noter que les délits sont plus fréquents que les crimes.

Section 2 : L'obligation de soins d'un point de vue éthique

L'injonction de soins a toujours posé, depuis longue date, diverses questions notamment relatives à l'éthique. Beaucoup se demandent ce qui en est du consentement, de la déontologie des médecins, le fait de soigner sous la contrainte. En effet, sur le plan éthique, l'injonction de soins enfreint le principe de consentement libre et éclairé du patient, il n'a pas la possibilité d'accepter ou de refuser les soins en dehors de toute sanction, car s'il refuse, il sera soumis au chantage de l'emprisonnement. Alors que le consentement libre et éclairé aux soins est un droit fondamental selon la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme, dans un avis en date du 20 septembre 2007³⁸, le refus de soins vient le remettre en cause.

Aussi, l'article 16-3 du code civil dispose dans son alinéa 2 « *Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir* »³⁹. Cependant, ici la rencontre des soins ne se fait pas par le consentement du patient, mais par l'obligation qui lui est faite de respecter les soins, qui plus est, posée par un magistrat. La contrainte faite réside sur le fait de respecter les soins, mais le choix du praticien traitant reste libre au condamné, peut être que le consentement libre peut être vu dans cette possibilité offerte. L'avis du Comité Consultatif National d'Éthique précise que « *C'est en recentrant la médecine [...] sur la personne malade que l'on aura le plus d'efficacité thérapeutique, non pas en exerçant un chantage à la médecine comme alternative à l'emprisonnement* ». Il poursuit en disant « *Le chantage au traitement dans le but d'éviter une récidive apparaît inacceptable sur le plan éthique dans la mesure notamment où il enfreint le principe de consentement libre et informé, c'est-à-dire la possibilité d'accepter ou de refuser en dehors de toute sanction. [...] Ce traitement est-il réellement proposé comme un soin au bénéfice de la personne, ou uniquement comme un moyen de lutter contre la récidive, c'est-à-dire uniquement comme moyen de protéger la société, ce qui sort du champ de la véritable mission du médecin ?* »⁴⁰.

³⁸ CNCDH, avis n°94-60 du 20/09/2007.

³⁹ C. civ., art. 16-3.

⁴⁰ Comité Consultatif National d'Éthique, avis n°94, la santé et la médecine en prison, 2005

Il apparait donc une véritable dichotomie entre la notion de soins et sur la contrainte de ces derniers. On impose la possibilité d'une rencontre non consentie, mais le juge, tout comme le médecin, doivent tout faire pour convaincre le condamné du bien-fondé des soins proposés.

Conclusion :

La mesure judiciaire de l'injonction de soins est connue depuis de nombreuses années. D'abord pour des maladies, puis les états de dépendance, voire de toxicomanies, pour finir aux infractions sexuelles, elle touche un large public. Souvent assimilée à l'obligations de soins, ces deux mesures peuvent être prononcées à l'égard de condamnés incarcérés ou non.

L'injonction de soins est comprise comme un instrument supplémentaire de sanctions, de contrôle et de surveillance des condamnés. On trouve une nouvelle forme d'articulation des milieux sanitaires et juridiques, sans pour autant avoir les mêmes intérêts. Du côté médical, les soignants apprécient le fait que le médecin coordonnateur tienne les services judiciaires du médecin traitant, préservant ainsi leurs règles déontologiques. De l'autre côté, les acteurs judiciaires voient en l'injonction de soins un moyen d'échange d'informations pour influencer sur le contrôle et crédibiliser l'action judiciaire. Malgré tout, on constate que l'injonction de soins est de plus en plus utilisée comme peine complémentaire et plus alternative.

L'injonction de soins peut aussi être vue comme répondant à une nécessité de surveiller les populations à risque, considérée comme dangereuse. Surveiller demande donc d'évaluer certains risques et ainsi de répondre aux politiques de santé publique. Peu à peu, le soin devient un contrôle d'une population ciblée et à risque. Finalement, l'individu est-il pris en charge au vu de l'infraction qu'il a commis ou pour répondre à un intérêt supérieur ? Et cela au détriment de droits fondamentaux comme celui de disposer de son corps, de consentir aux soins, etc.

Cette mesure s'inscrit donc dans l'idée qu'il est impératif de punir et de pas laisser une infraction sans réponse pénale. De plus en plus, on rentre progressivement dans une logique de « psychiatisation », « médicalisation » de l'acte délictuel pour s'en prémunir.

L'injonction de soins peut être considérée comme une incitation à se soigner pour le condamné. La justice vient mettre en place un engagement vers une démarche thérapeutique. Cela devient un moyen de prendre en charge une population qui ne l'aurait pas fait spontanément. On peut donc dire que l'obligation devient une obligation de rencontre.

Annexes

Annexe 1 : nombres d'injonctions thérapeutiques prononcées sur la période 2006-2010, surligné en jaune, Ministère de la Justice, « Annuaire Statistique de la Justice », édition 2011-2012.

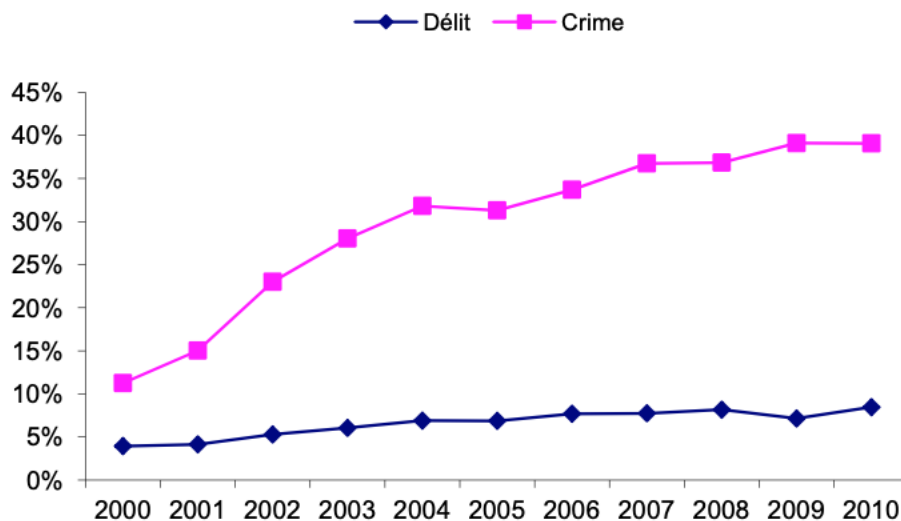
Justice pénale

Activité des parquets

Code		2006	2007	2008	2009	2010e
Orientations						
1	Affaires traitées	4 953 065	4 903 537	4 667 695	4 667 695	4 502 363
2	Affaires non poursuivables	3 426 669	3 427 002	3 226 128	3 180 020	3 099 692
3	Infractions mal caractérisées ou motif juridique	438 465	449 496	482 429	496 635	481 832
4	Défaut d'élucidation	2 988 204	2 977 506	2 743 699	2 683 385	2 617 860
5	Affaires poursuivables	1 526 396	1 476 535	1 500 411	1 487 675	1 402 671
6	<i>Part des affaires poursuivables dans les affaires traitées (%)</i>	30,8	30,1	31,7	31,9	31,2
7	Nombre total d'affaires poursuivies	707 827	684 734	668 946	673 684	639 317
8	Transmission au juge d'instruction	30 566	28 063	23 409	20 899	19 640
9	Transmission au juge des enfants	58 284	57 967	56 505	56 274	53 969
10	Poursuite devant le tribunal correctionnel	550 582	533 767	530 760	540 654	514 699
11	Comparution immédiate	45 416	46 233	45 369	43 670	42 056
12	Convocation sur procès-verbal du procureur de la République	14 492	16 801	17 511	18 154	17 403
13	Convocation sur procès-verbal de l'officier ou agent de police judiciaire	211 197	200 360	194 301	189 621	179 182
14	Citation directe	99 650	90 747	81 129	66 968	61 468
15	Ordonnance pénale	129 577	129 914	136 124	144 711	136 291
16	Requête en homologation dans le cadre de la comparution sur reconnaissance préalable de culpabilité (CRPC)	50 250	49 712	56 326	77 530	78 299
17	Poursuite devant le tribunal de police	68 395	64 937	58 272	55 857	51 009
18	Convocation sur procès-verbal de l'officier ou agent de police judiciaire	11 392	13 169	13 741	15 341	14 415
19	Citation directe	18 662	16 400	12 829	10 150	9 291
20	Ordonnance pénale	38 341	35 368	31 702	30 366	27 303
22	Nombre total de compositions pénales réussies	51 065	59 770	67 230	73 392	72 785
23	Nombre total de procédures alternatives	468 045	490 434	544 715	558 047	527 530
24	Médiations	28 619	26 702	24 471	23 451	nd
25	Réparations mineurs	7 884	7 824	9 016	9 024	nd
26	Injonctions thérapeutiques	5 189	5 201	4 727	4 380	nd
27	Orientations vers structure sanitaire, sociale, professionnelle	13 076	15 154	16 638	16 414	nd
28	Plaignant désintéressé, régularisations	71 489	81 659	92 975	101 205	nd
29	Rappels à la loi, avertissements	240 209	245 131	269 202	273 783	nd
30	Autres poursuites ou sanctions non pénales	101 579	108 763	127 686	129 790	nd
31	<i>Taux de réponse pénale (%)</i>	80,4	83,6	85,4	87,7	88,4
32	Nombre de procédures classées sans suite	299 459	241 597	219 520	182 552	163 039
33	dont : recherches infructueuses	99 247	80 552	69 510	61 674	nd
34	désistement du plaignant	38 886	32 331	30 368	24 636	nd
35	victime désintéressée et régularisation d'office	54 249	41 949	39 160	33 481	nd
36	préjudice ou trouble peu important causé par l'infraction	67 637	51 894	46 770	32 383	nd
37	<i>Taux de classement sans suite dans les affaires poursuivables (en %)</i>	19,6	16,4	14,6	12,3	11,6
38	Nombre de personnes morales poursuivies	3 250	4 280	3 858	4 313	4 292

Annexe 2 : évolution du taux de recours au suivi socio-judiciaire suivant l'année de condamnation

Evolution du taux de recours au suivi socio-judiciaire suivant l'année de condamnation



Source : Ministère de la Justice- SDSE – Exploitation statistique du Casier Judiciaire National

Champ : Condamnés passibles d'une peine de suivi socio-judiciaire au titre de la loi du 12 décembre 1998

Lecture : En 2010, 39% des condamnations prononcées pour crimes ont donné lieu à une peine de suivi socio-judiciaire.

Bibliographie :

I) Ouvrages :

1) Ouvrage général :

- J.P. Doucet, « Dictionnaire de droit criminel », octobre 2002.

2) Ouvrages spéciaux :

- Ministère de la santé et des sports : Ministère de la Justice, « Guide de l'injonction de soins », 2013, Paris, 61 p.
- Ministère de la Justice, « Annuaire Statistique de la Justice », édition 2011-2012, Paris, 368p.

3) Recherches :

- V.Gautron, « (Se) soigner sous la contrainte : une étude du dispositif de l'injonction de soin », Recherche réalisée avec le soutien de la *Mission de Recherche Droit et Justice*, Convention n°214.10.06.07), juin 2017, Université de Nantes, 7 p.
- C. Margaine, « Etude des obligations applicables en milieu ouvert », *une analyse de la dimension coercitive de la probation*, 2016, ENAP, 169p.

4) Thèses :

- F. Habouzit, « Les usages des modalités d'exécution de la peine privative de liberté », dirigée par le Professeur P. Beauvais, Université Paris Nanterre, soutenue le 1^{er} octobre 2021.
- C. Margaine, « La capacité pénale », dirigée par le Professeur P. Conte, Université de Bordeaux, soutenue le 28 octobre 2011.

II) Normes juridiques :

1) Codes :

- Code civil
- Code de procédure pénale
- Code de santé publique
- Code pénal

2) Lois :

- Loi n° 54-439 du 15 avril 1954 sur le traitement des alcooliques dangereux pour autrui.

- Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses.
 - Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.
 - Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs.
 - Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales.
 - Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance (1), *J.O.*, 5 mars 2007, texte n°1.
 - 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, *J.O.*, 26 février 2008, texte n°1.
- 3) Décret :
- Décret n°2019-50 du 30 janvier 2019 portant statut particulier du corps des conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation, *J.O.*, n°0026, 31 janv. 2019, texte n°8.
- 4) Ordonnance :
- Ordonnance n°2000-548 du 15 juin 2000 relative à la partie Législative du code de la santé publique.

III) Articles et avis :

1) Articles :

- S. Baron-Laforet, « Guide des nouvelles obligations de soin », *L'information psychiatrique*, volume 85, éditions John Libbey Eurotext, 2009, p. 753 à 757.
- K. Cornier, « les soins pénalement ordonnés », *Les tribunes de la santé*, n°17, éditions Presses de Sciences Po, 2007, p. 87 à 95.
- M. Eglin, « Quand la justice impose des soins », *Enfances et psy*, n°30, 2006, p. 121 à 133.
- R. Josnin, « Le recours au suivi socio-judiciaire », *Infostat justice*, n°121, fév. 2013, 8 pages.
- P. Mistretta, « L'illusion du consentement du délinquant à l'acte médical et aux soins en droit pénal », *Revue internationale de droit pénal*, volume 82, 2011, p19 à 39.
- M. Foucault, « L'angoisse de juger » (entretien avec R. Badinter et J. Laplanche, *Le Nouvel Observateur*, n°655, 30 mai-6 juin 1977, repris dans M. Foucault, *Dits et Ecrits* (Tome III), Gallimard, 1994, texte n°205, p. 288.

2) Avis :

- Comité Consultatif National d’Ethique, avis n°94, *la santé et la médecine en prison*, 2005.
- Commission Nationale Consultative Des Droits de l’Homme, avis n°94-60 du 20 septembre 2007.

IV) Sitographie :

- <http://www.caat.online.fr/dossiers/loi1970.htm>
- <https://sante-justice.fr/parcours/reponse-penale-et-addictions/les-soins-obliges-obligation-de-soins-injonction-therapeutique/linjonction-de-soins-une-mesure-particuliere/>
- <https://sante-justice.fr/parcours/reponse-penale-et-addictions/les-soins-obliges-obligation-de-soins-injonction-therapeutique/linjonction-therapeutique/>
-

Table des matières :

Remerciements.....	2
Table des abréviations.....	3
Sommaire.....	4
Introduction	6
Partie 1 : les injonctions de soins, un moyen de suivi socio-judiciaire.....	11
Chapitre 1 : L’historique des injonctions de soins	12
Section 1 : les injonctions de soins pour la lutte contre les infractions.....	12
I) Une ébauche pour l’injonction de soins.....	12
II) La consécration avec la loi du 17 juin 1998.....	13
Section 2 : la différence entre l’obligation de soins et l’injonction de soins....	15
I) L’obligation de soins.....	15
II) L’injonction de soins.....	16
Chapitre 2 : La mise en place des injonctions de soins par le juge.....	18
Section 1 : en milieu ouvert.....	18
I) Le rôle du SPIP.....	18
II) L’injonction de soins aux personnes non détenues.....	19
Section 2 : l’incitation aux soins des détenus	21
Partie 2 : empêcher la récidive et améliorer la réinsertion en société.....	25
Chapitre 1 : La coopération entre les acteurs du milieu judiciaire et médical.....	26
Section 1 : Les différents acteurs, meneurs de l’injonction de soins.....	26
I) Les acteurs du milieu judiciaire.....	26
II) Les acteurs du milieu sanitaire.....	27
Section 2 : Des difficultés de mise en œuvre.....	28
Chapitre 2 : Les soins : obligation de moyens ou de résultats ?.....	31
Section 1 : la collaboration des milieux judiciaire et médical.....	31
I) La coopération du Juge d’Application des Peines avec le milieu médical.....	31
II) De la théorie à la pratique.....	33

Section 2 : L'injonction de soins d'un point de vue éthique.....	34
Conclusion.....	36
Annexes.....	38
Bibliographie	40
Table des matières.....	43