



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**L'injonction de soins, 20 ans après sa création :
Description, revue de la littérature, et étude des pratiques de
prescriptions pharmacologiques en Nord-Pas-de-Calais**

Présentée et soutenue publiquement le 26 juin 2018 à 18h
au Pôle Recherche
Par Robin Ryckebusch

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Monsieur le Docteur Ali AMAD

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Tiphaine SEGURET



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**L'injonction de soins, 20 ans après sa création :
Description, revue de la littérature, et étude des pratiques de
prescriptions pharmacologiques en Nord-Pas-de-Calais**

Présentée et soutenue publiquement le 26 juin 2018 à 18h
au Pôle Recherche
Par Robin Ryckebusch

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Monsieur le Docteur Ali AMAD

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Tiphaine SEGURET

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Introduction	1
Partie I : Description du dispositif	2
1. Les soins pénalement ordonnés.....	2
2. L'injonction de soins et le suivi-socio judiciaire	5
3. Le médecin coordonnateur.....	8
Partie II : Revue systématique de la littérature	12
1. Introduction	12
2. Matériels et méthodes.....	13
3. Résultats	14
a. Caractéristiques des sujets en IS.....	18
b. Prise en charge thérapeutique.....	20
c. Les recommandations et préconisations théoriques	22
d. Réflexions sur le dispositif de l'injonction de soins.....	27
4. Discussion.....	32
5. Conclusion	34
Partie III : Étude des traitements pharmacologiques prescrits aux patients en injonction de soins et corrélations aux bonnes pratiques	35
1. Introduction	35
2. Matériels et méthodes.....	36
3. Résultats	37
4. Discussion.....	44
5. Conclusion	45
Conclusion	46
Sources	47

Introduction

Les soins pénalement ordonnés (SPO), du fait de leur nature, constituent une porte d'entrée vers les soins médico-psychologiques.

Ils sont, et en particulier l'injonction de soins (IS), peu connus des professionnels de soins en santé mentale (1), alors que ces derniers sont les acteurs du champ sanitaire de la plupart de ces dispositifs. Le nombre de patients concernés par les SPO n'a cessé de croître depuis leur mise en place au niveau national. (2) (3) (4) Une fois encore cela est particulièrement vrai pour l'IS, qui de plus, a vu ses critères d'application s'élargir de manière importante au fur et à mesure des années et des évolutions des textes législatifs. Ainsi le nombre de patients en IS augmente dans les files actives de chaque secteur de psychiatrie, notamment au sein des centres médico-psychologiques (CMP) pour adultes.

Il existe peu de recherches menées depuis la création du dispositif de l'IS en 1998 (4) et celles-ci sont essentiellement descriptives. Il est à noter d'emblée que ce dispositif existe à l'heure actuelle et sous cette forme uniquement en France.

Une première partie de ce travail constitue un rappel de la définition de l'IS et une description des SPO et de celle-ci depuis sa création. Une seconde partie est consacrée à une revue systématique de la littérature sur ce dispositif. Une troisième partie a pour but d'explorer les connaissances et pratiques de soins des psychiatres proposées aux patients en injonction de soins, via l'analyse de leurs prescriptions de psychotropes dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais.

Partie I : Description du dispositif

1. Les soins pénalement ordonnés

Ils sont d'emblée à différencier des soins sans consentement que sont les SDDE (Soins à la Demande du Directeur de l'Établissement avec ou sans tiers), et SDRE (Soins à la Demande d'un Représentant de l'État) ; anciennement nommés HDT (Hospitalisation à la demande d'un tiers) et HO (Hospitalisation d'Office). Il s'agit ici de soins librement consentis, requérant un consentement éclairé et non altéré par un trouble mental ; mais avec la caractéristique particulière que leur refus entraîne des conséquences judiciaires pour le sujet.

Les SPO furent créés en 1954 avec la loi du 15 avril mettant en place la première obligation de soins destinée aux « *personnes alcooliques dangereuses* ». En effet une personne n'est pas responsable d'être malade et ne peut pas consentir à des soins de manière éclairée en état d'ébriété. Cependant elle le peut lorsqu'elle ne l'est plus, et par l'absence d'anosognosie, elle est responsable de son éventuel refus de soin. Les buts des SPO étaient alors d'assurer une meilleure santé et réinsertion des justiciables. (5)

La loi prévoit et impose donc un lien entre la justice et la santé et particulièrement la psychiatrie. Ce lien n'est pas nouveau, il est bien antérieur à la création des expertises psychiatriques (6), qui ont contribué à légitimer la psychiatrie comme spécialité médicale. Mais il est d'autant plus renforcé par ce nouveau cadre qui depuis sa création, alterne entre enjeux de santé publique et enjeux sécuritaires. En effet, depuis leur apparition fondée sur la prévention sanitaire en 1954, ces mesures se sont diversifiées et ont évolué en fonctions des évolutions législatives. Celles-ci sont portées par les courants de pensée et les influences sociétales. Ainsi leurs buts incarnent un contrepois humaniste représenté par

les soins, vis-à-vis des politiques répressives des années 70. Et avec la création de l'IS par la loi de 1998 puis ses modifications successives, les SPO affichent clairement un objectif actuel sécuritaire : la prévention de la récidive (4) et de manière plus générale, la diminution de réitération d'infractions. (5) (7) (8) (9) (10)

Aujourd'hui les SPO se composent principalement de 3 mesures distinctes tant par leurs mises en place et leurs applications, que par les populations qu'elles concernent et les articulations santé-justice qu'elles possèdent. Il s'agit de l'obligation de soins (OS), de l'injonction thérapeutique (IT), et de l'IS. Leurs caractéristiques principales peuvent être résumées selon le **tableau 1** ci-après, créé à partir de : (5) (11) (12).

	Obligation de Soins	Injonction thérapeutique	Injonction de soins
Points communs :	Soins librement consentis, mais consentement sous conditions, (c.a.d. avec, en cas de refus, des conséquences judiciaires) S'exercent en milieu ouvert uniquement Le magistrat reste seul décideur		
Applicable pour :	Peines correctionnelles ou criminelles	Usage de stupéfiant ou d'alcool	Peines pour lesquelles un suivi socio-judiciaire (SSJ) est encouru, (cf. I-2)
Indication :	Peut reposer sur la seule appréciation de la justice	Par le Procureur de la république. Un médecin dit « relai », examine, confirme l'indication et désigne si nécessaire la structure de soins	Expertise médicale obligatoire. Elle doit conclure en la « possibilité d'un traitement » ; dans le cas contraire le juge doit argumenter sa décision
Cadre de la peine :	Principale associé à un sursis mise à l'épreuve (SME) ou suivi socio-judiciaire (SSJ). Ou complémentaire	Alternative aux poursuites pénales	Principale ou complémentaire à une amende ou l'emprisonnement pour un délit. Complémentaire à l'emprisonnement pour un crime
Temporalité :	Présentenciel (c.a.d. avant tout jugement) elle constitue alors un type particulier de contrôle judiciaire. Ou postsentenciel elle constitue alors une obligation particulière dans le cadre : - d'ajournement avec mise à l'épreuve - SME ou SSJ - mesure d'aménagement de peine	∅	Postsentenciel exclusivement. Dans le cadre des mesures suivantes : - SSJ - surveillance judiciaire - libération conditionnelle - SME - surveillance de sûreté - dans les suites d'une rétention de sûreté
Articulation santé-justice :	Pas d'articulation autre que la production d'attestation de suivi ou la demande d'expertise par le médecin au JAP	Par le « médecin relai » attaché à l'agence régionale de santé (ARS)	Par le médecin coordonnateur, qui a un rôle dédié d'interface entre ces deux sphères (cf. I-3)
En cas de non-respect :	Pas de peine encourue, sauf SSJ. Révocation de sursis ou d'aménagement de peine. Peine plus lourde en présentenciel	∅	Peine privative de liberté définie lors du prononcé de l'IS, appliquée de manière partielle ou totale

Tableau 1 : Caractéristiques des principales mesures de soins pénalement ordonnés

2. L'injonction de soins et le suivi-socio judiciaire

L'IS fut créée par la loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs ; dans le même temps que le suivi socio-judiciaire (SSJ) dont elle était initialement indissociable.

Le SSJ constitue une peine. Concernant les délits, il peut être la peine principale ou une peine complémentaire ; pour un crime il est une peine complémentaire faisant suite à celles privatives de liberté.

Le SSJ implique l'obligation de se soumettre à des mesures de surveillance et d'assistance destinées à prévenir la récidive. Il est ordonné par le magistrat au moment du jugement, uniquement pour une liste définie d'infractions. Son application est contrôlée par le Juge d'application des peines (JAP) qui s'appuie sur les SPIP (Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation).

L'IS était donc dans un premier temps, uniquement ordonnée pour des faits condamnables de SSJ. Elle requiert une expertise médicale concluant à « la possibilité de soins ». Dans le cas où ses conclusions seraient différentes, le magistrat peut tout de même l'ordonner s'il argumente sa décision.

Au regard des taux de récidives et de réitérations d'infractions, une prise en charge consistant uniquement en une privation de liberté est jugée insuffisante, la loi prévoit de suivre et de contrôler grâce au SSJ, les auteurs de violences sexuelles. Une partie de ces auteurs est atteinte de troubles paraphiliques (13) ; ce sont, entre autres, ceux-là qui

sélectionnés grâce au filtre de l'expertise psychiatrique, pourraient trouver un bénéfice dans les soins. Cela fonde la logique du prononcé de l'IS.

Initialement l'IS et le SSJ qui l'accompagne étaient encourus par une personne reconnue coupable de :

- meurtre ou d'assassinat d'un mineur, précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie,
- viol, agression sexuelle ou exhibition sexuelle,
- corruption de mineur, fabrication, transport, diffusion d'images pornographiques de mineur, ou de messages à caractère violent ou pornographique portant gravement atteinte à la dignité humaine, susceptibles d'être vus ou perçus par un mineur
- atteinte sexuelle.

La liste d'infractions pour lesquelles un SSJ et donc une possible IS sont encourus s'est ensuite progressivement agrandie. La loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales y a ajouté les :

- crimes d'atteinte volontaire à la vie des personnes : meurtre, meurtre qui précède accompagne ou suit un autre crime, assassinat, meurtre aggravé, empoisonnement,
- crimes d'enlèvement et de séquestration,
- tortures ou actes de barbarie,
- 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.

De même manière la loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance y inclut les :

- 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,
- 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,
- 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.

Puis la loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs étend l'application de l'IS en dehors du cadre du SSJ. L'IS doit alors être prononcée de manière automatique (sauf décision contraire du juge) pour une infraction pour laquelle le SSJ est encouru lorsqu'une expertise conclut à la possibilité d'un traitement dans les cadres des :

- SSJ, comme initialement,
- sursis avec mise à l'épreuve (SME),
- mesure de sûreté (surveillance judiciaire),
- aménagement de peine sous forme de libération conditionnelle.

Aussi, 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 impose l'IS dans les cadres :

- de la surveillance de sûreté
- de la rétention de sûreté.

Ces deux mesures concernent les personnes détenues condamnées à une peine de réclusion criminelle d'une durée égale ou supérieure à 15 ans pour des infractions prévues par la loi comprenant la majorité des crimes aggravés. Elles 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 ». (12)

Enfin la loi du 3 juin 2016 ajoute à la liste des infractions condamnable à un SSJ et donc encore une fois à une IS :

- les actes de terrorisme
- le trafic d'armes. (14)

Le principe des SPO est donc aujourd'hui généralisé : une OS ou IS peut être prononcée pour l'ensemble des délits. Et la plupart des crimes peuvent faire encourir une IS (soit par les critères du SSJ, soit par les critères de dangerosité au sens judiciaire). (15)

3. Le médecin coordonnateur

Médecin coordonnateur est une fonction créée lors de la mise en place de l'IS pour permettre l'interface et faciliter la communication entre les sphères de la justice et de la santé.

Il est désigné par le juge d'application des peines, qui le choisit sur une liste des médecins coordonnateurs du département. Cette liste est établie par le procureur de la république avec l'avis du conseil départemental de l'ordre des médecins, du préfet, et de l'ARS.

Tout psychiatre exerçant depuis 3 ans, ou ayant exercé au moins 5 ans peut devenir médecin coordonnateur sur sa propre demande. Les autres médecins peuvent y prétendre après une formation spécifique.

Le Médecin coordonnateur a plusieurs rôles. Un premier temps de contact avec la personne soumise à l'IS lui permet :

- d'informer le patient des modalités de cette mesure et du rôle et des interventions des différents professionnels,
- de faire une évaluation clinique du patient, à mettre en continuité avec les données des pièces pénales notamment jugement et expertises pour réaliser une évaluation longitudinale,
- d'inviter et de guider la personne à faire le choix d'un médecin traitant¹ et/ou d'un psychologue traitant et valider ce choix.

Dans les suites de ce premier contact, ses missions principales sont au nombre de 3.

- Informer le médecin et/ou le psychologue traitant :
 - du cadre juridique de l'IS et s'assurer de son accord pour la prise en charge du patient par écrit,
 - de la possibilité d'accéder aux pièces pénales (notamment les expertises et le jugement) sur simple demande,

¹ Il s'agit ici d'un médecin, majoritairement psychiatre ou addictologue, qui proposera les soins au patient en IS. Il est à différencier du terme de médecin traitant employé dans le registre de la sécurité sociale.

- qu'il se tient à sa disposition pour une concertation, une question technique ou une difficulté.
- Réaliser des entretiens avec le patient :
 - au moins une fois par trimestre, et de manière plus fréquente s'il le juge nécessaire, pour réaliser un bilan de sa situation,
 - sans interférer dans les soins,
 - et lorsque l'IS prend fin, il informe le patient qu'une continuité des soins est possible en dehors de tout cadre judiciaire.
- Transmettre un rapport au JAP :
 - au moins annuellement ou biannuellement selon l'infraction commise,
 - contenant les éléments nécessaires au contrôle du déroulement de l'IS,
 - accompagné d'une évaluation des besoins du patient pour rendre le suivi judiciaire le plus opérant possible,
 - ainsi qu'une appréciation selon l'évolution du patient sur l'opportunité de la poursuite des soins.

(10) (11) (12) (14) (16)

L'articulation de la communication permise par le médecin coordonnateur peut se représenter telle que dans la **figure 1** ; schéma créé à partir de (11) (12) (14).

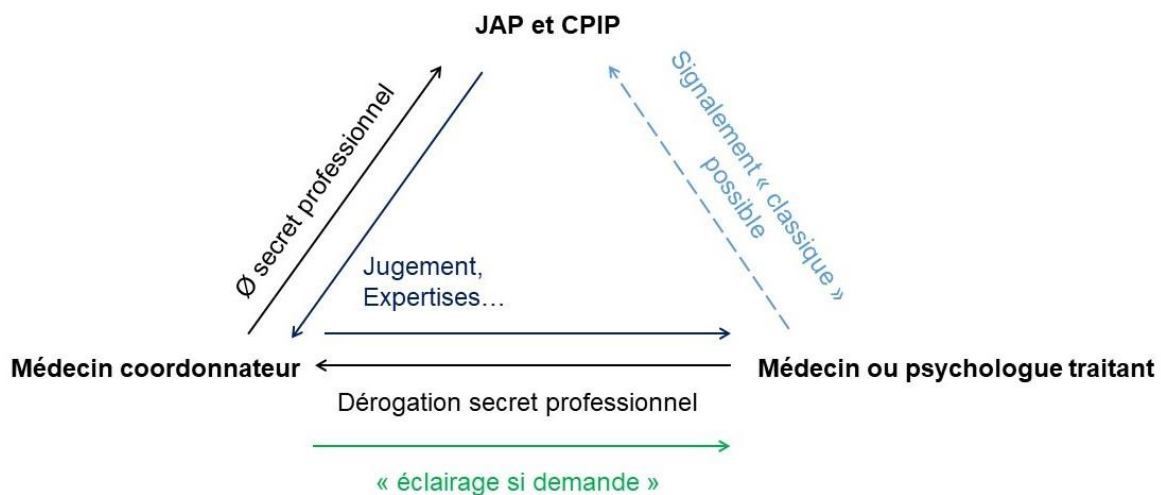


Figure 1 : Schématisation de la communication Santé-Justice dans le cadre d'une IS

Partie II : Revue systématique de la littérature

1. Introduction

Si le cadre législatif de l'IS est clairement défini, il n'existe pas de guide des bonnes pratiques ou recommandations sanitaires concernant la prise en charge pratique des spécificités des patients en IS. Les études évaluant la prise en charge des patients en IS, et plus généralement le dispositif en lui-même, sont peu nombreuses.

L'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) et l'IGSJ (Inspection Générale des Services Judiciaires) saisies en 2011 pour une mission conjointe d'évaluation de l'IS préconisait une évaluation de l'IS par la sphère de la justice, parallèlement à la poursuite et le développement des études en santé mentale concernant ce dispositif. En l'absence de mise en place de cette évaluation, une audition publique, financée par la santé, a lieu en juin 2018. (17)

Il n'existe pas de revue de la littérature spécifique à l'IS et aucune étude sur la valeur ajoutée du dispositif d'un point de vue sanitaire n'est actuellement disponible à notre connaissance.

L'objectif de cette revue systématique est donc double, d'une part et de manière secondaire mais indispensable : réaliser un état des lieux des connaissances disponibles sur la prise en charge des patients en IS. Et à titre principal : étudier la valeur ajoutée de ce dispositif, et les besoins le concernant à l'heure actuelle.

2. Matériels et méthodes

Une recherche des études traitant de l'IS fut réalisée le 27 mars 2017.

Les critères d'inclusion des études étaient :

- la publication en anglais ou français,
- avoir une population cible composée au moins en partie de sujets en IS.

La recherche a été effectuée principalement à partir de deux bases de données numériques :

- « PubMed » en employant les Mesh (Medical Subject Headings) selon les équations de recherche suivantes :
 - « Injonction to care »
 - « Therapeutic injonction »
 - « Court-ordered » « therapy »
 - « Court-ordered » « traitement »
 - « Court-ordered »
 - « Sexual offenders »
- « CiSMeF » (Catalogue et index des Sites Médicaux de la langue Française) avec le terme suivant : « injonction de soins »

Les références des articles ont également été utilisées pour inclure toute étude supplémentaire répondant aux critères d'inclusion.

Les études ainsi identifiées ont été sélectionnées à partir de leurs titres et de leurs résumés afin de vérifier leurs concordances avec les critères d'inclusion.

Celles sélectionnées ont alors fait l'objet d'une évaluation sur texte intégral, selon les mêmes critères ; avant d'être incluses dans l'analyse finale.

L'intégralité des données fut traitée.

En réponse à la grande hétérogénéité des études et du fait que la majorité des variables étudiées seraient qualitatives, l'analyse fut réalisée selon une méthode qualitative.

La présentation de la revue suit les lignes directrices PRISMA (18).

3. Résultats

Après éliminations des doublons, 3064 études ont été identifiées ; sur lesquelles 17 ont été incluses pour analyse qualitative. Le diagramme de flux est représenté à la **figure 2**.

Les travaux analysés sont regroupés dans le **tableau 2**.

Identification (incluant la suppression des doublons)

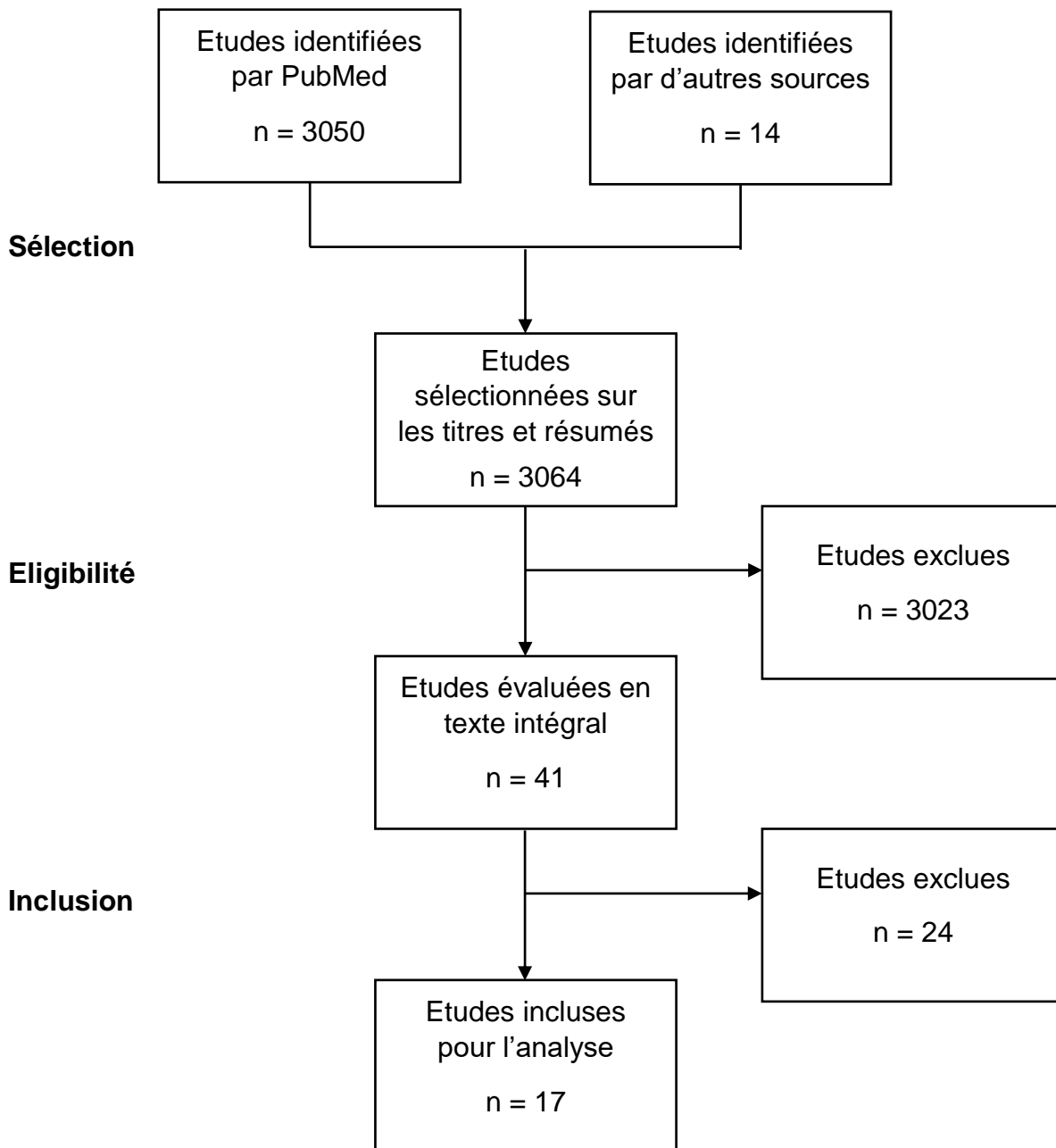


Figure 2 : Diagramme de flux

Titre	Auteur(s)	Année	
Psychopathologies et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles	Fédération Française de Psychiatrie	2001	(19)
Enquête sur les obligations de soins en Seine-Saint-Denis EPS de Ville-Evrard	Arena G, Marette F	2007	(3)
Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans	Haute Autorité de Santé	2009	(20)
Évaluation du dispositif d'injonction de soins pour les auteurs de violences sexuelles en Indre-et-Loire (France)	Auger G, El Hage W, Bouyssy M, Cano J, Camus V, Gaillard P	2010	(21)
La prévention médicale de la récidive chez les délinquants sexuels	Académie de Médecine	2010	(22)
Prise en charge médicojudiciaire des auteurs d'infractions sexuelles	Baratta A, Morali A, Halleguen O, Milosescu GA	2011	(7)
Loi du 17 juin 1998 : bilan de l'expérience des médecins coordonnateurs de Haute Normandie	Tesson J, Cordier B, Thibaut F	2011	(23)
Étude sur la prise en charge des auteurs de violence sexuelle auprès d'une cohorte de psychiatres hospitaliers en France en 2011	Morali A, Baratta A, Halleguen O, Lefevre H	2011	(1)
L'injonction de soins. A propos d'une étude réalisée sur les régions Alsace et Lorraine	Halleguen O, Baratta A	2013	(8)
L'indication d'injonction de soins reproductive sur un diagnostic médical ?	Spriet H, Abondo M, Naudet F, Bouvet R, Le Gueut M	2013	(24)
Les soins pénalement ordonnés (II). Mise en place d'un dispositif d'accueil	Le Bodic C, Michelot M, Robin D	2014	(25)

de patients sous main de justice au sein
d'un service de psychiatrie de secteur

Injonction de soins et subjectivation chez l'auteur de violence sexuelle : approche clinique	Chevalier C	2014	(15)
Soins obligés, injonction de soins et expertises judiciaires. Enjeux idéologiques ou enjeux politiques pour la psychiatrie	Schweitzer MG, Puig-Vergès N,	2014	(26)
Les soins pénalement ordonnés : analyse d'une pratique complexe à travers une revue de la littérature	Orsat M, Auffret E, Brunetière C, Decamps-Mini D, Canet J, Olié JP, Richard-Devantoy S	2015	(4)
Le risque de récidive, une préoccupation majeure du médecin coordonnateur	Goumilloux R	2017	(27)
Les approches thérapeutiques dans l'injonction de soins	Floris E, De Jésus A, Cano JP, Raymondaud S, Rouveyrol E, Bouchard JP	2017	(28)
Prendre en charge des sujets relevant de l'injonction de soins	Cochez F, Lesueur M, Fayet M, Bouchard JP	2017	(29)

Tableau 2 : Liste des études incluses dans l'analyse.

Dans un but de pertinence et de lisibilité, les résultats sont présentés selon quatre angles principaux : la description de population concernée, les prises en charge proposées, les recommandations et préconisations théoriques et enfin, les réflexions sur le dispositif en lui-même.

a. Caractéristiques des sujets en injonction de soins

i. Caractéristiques sociodémographiques

Les sujets en IS sont en très grande majorité des hommes : 83 à 99% ; dont la moyenne d'âge est de 40 ans. (4) (3) (23) (8) (24)

64 à 72% vivent seuls (célibataires, séparés, divorcés) (3) (8); 50% ont des enfants. (3)

Le niveau d'étude moyen est faible (inferieur à la moyenne sociétale) et la proportion de détenteurs d'un emploi est variable de 39 à 78%. (4) (3) (23)

ii. Caractéristiques judiciaires

48 à 51% ont des antécédents délictueux ou criminels, dont 60% sont de nature sexuelle. (23) (24)

Les infractions commises à l'origine de l'IS sont pour la grande majorité de nature sexuelle (74 à 91%). (4) (23) (24) (27) Mais se diversifient progressivement, avec de manière non significative des proportions égales d'actes de pyromanie, violences conjugales et meurtres. (23) (27)

Les infractions de nature sexuelle sont principalement représentées par les violences sexuelles sur mineurs (60 à 83%) qui sont composées d'agressions sexuelles, viols, détentions d'images à caractère pédopornographique. Elles possèdent très souvent un caractère intrafamilial (60%). On note une proportion de 9 à 14% de faits d'exhibition ; les autres étant des faits d'agressions sexuelles ou viols sur majeurs (23) (8) (24) (27).

Le taux de réitération d'infractions dans le temps est non évaluable car les durées de suivi sont variables et non précisées.

iii. Caractéristiques psychiatriques

Des antécédents psychiatriques sont retrouvés dans 19 à 39% des cas ; jusqu'à 61% si le mésusage d'alcool est pris en compte. (3) (24) Des antécédents de violences subies physiques et/ou sexuelles sont retrouvées chez 56% des sujets.

Il est diagnostiqué au moins une pathologie mentale au sens le plus large dans environ la moitié des suivis.

Parmi les patients en IS, 19 à 44% présentent des troubles dit « de l'axe 1 » selon le DSM IV. Les troubles les plus fréquents sont les troubles paraphiliques, avec 10 à 38% de diagnostic de trouble pédophilie et 9% de trouble exhibitionnisme. Les troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques représentent 7 à 11% des diagnostics. Il est important de noter que les troubles de l'humeur sont rarement évalués, et peu représentés.

Un trouble de l'usage de substances est noté dans 4 à 69% des cas. Une déficience intellectuelle est relevée chez 5 à 14% des patients.

Les troubles dit « de l'axe 2 » selon le DSM IV sont retrouvés chez 22 à 65% des patients. Ils se répartissent de la manière suivante :

- 5 à 20% de troubles de la personnalité antisociale
- 6% de troubles de la personnalité paranoïde
- 6 à 13% de troubles de la personnalité émotionnellement labile - borderline
- 2% de troubles de la personnalité émotionnellement labile – impulsive
- 4% de troubles de la personnalité obsessionnelle-compulsive
- 1 à 2 % de troubles de la personnalité dépendante
- 1% de troubles de la personnalité schizoïde.

(4) (3) (21) (23) (8) (24)

b. Prise en charge thérapeutique

i. Généralités

La plus grande part des IS est prononcée pour des durées courtes de 3 à 5 ans. (23) (27)

L'observance est jugée complète dans 81%, partielle dans 6%, et défailante dans 13% des cas, du point de vue sanitaire. (21)

Les patients sont suivis pratiquement exclusivement en ambulatoire (97 à 100%). Les thérapeutes soignants sont :

- psychiatres exerçant en CMP (40% à 77%)
- psychiatres libéraux (0 à 38%)
- psychologues exerçant en CMP (5 à 16%)

- psychologues libéraux (2 à 11%)
- professionnels exerçant en structures spécialisés (type unité Erios du Centre Hospitalier Charles-Perrens ou URSAVS du Centre Hospitalier Universitaire de Lille) (0 à 19% si la région dispose d'une telle équipe spécialisée)
- addictologues (1 à 4%)
- médecins généralistes (1 à 2%).

(27) (23) (3) (8)

ii. Psychothérapie

Les psychothérapies proposées dans les cadres des IS sont des thérapies dites « Non spécifiques », faute de professionnels formés aux thérapies spécialisées. En effet celles-ci ne sont que peu répandues en France actuellement et sont donc très peu accessibles aux patients en IS. (7) (21) (22)

Sans tenir compte du type et des orientations des psychothérapies, un travail sur le passage à l'acte à l'origine de la mesure d'IS est entrepris dans la grande majorité des cas. De même, la sexualité, les relations interpersonnelles, et le contrôle pulsionnel sont les thématiques de travail psychothérapeutique les plus fréquentes. (21) (23)

iii. Traitements pharmacologiques

Les prescriptions de traitements psychotropes sont systématiquement associées à une approche psychothérapeutique. Ils sont prescrits dans 21 à 34% des prises en charges.

Parmi les traitements employés, on retrouve l'emploi fréquent d'antipsychotiques : 7 à 26% des traitements prescrits ; dont une majorité pour des troubles non psychotiques (troubles de la personnalité, déficiences intellectuelles, et troubles paraphiliques).

Les antidépresseurs ne représentent que 4 à 13% des traitements prescrits dans le cadre d'IS.

Les traitements hormonaux freinateurs de la libido sont prescrits dans une faible proportion (0 à 7%) des prises en charge. Dans la quasi-exclusivité des cas, ils le sont lorsqu'un diagnostic de trouble paraphilique est réalisé. L'autre diagnostic amenant à leurs prescriptions est la déficience intellectuelle. Ils sont prescrits sur de longues durées, souvent supérieure à 5 ou 10 ans et parfois sur plusieurs dizaines d'années.

(3) (8) (21) (23)

c. Les recommandations et préconisations théoriques

i. Généralités

A l'heure actuelle aucune étude ne permet d'établir un lien de causalité entre prise en charge médico-psychologique des auteurs de violences, y compris sous les modalités d'une IS, et la diminution du risque de récurrence. Néanmoins plusieurs études mettent en évidence un lien statistique entre cette diminution et certaines modalités thérapeutiques (19).

ii. Psychothérapie

La prise en charge d'auteurs de violence, en particulier sexuelle, doit se fonder sur une prise en charge thérapeutique globale et ne pas se centrer uniquement sur le passage à l'acte. La diminution ou l'abolition de la récidive, ne peut être le seul ou premier objectif de la prise en charge thérapeutique. Néanmoins par des objectifs tels que la création d'une alliance thérapeutique et d'une observance, l'amélioration du fonctionnement psychosocial, et la prise en charge des comorbidités notamment psychiatriques ; les soins peuvent contribuer à la diminution du risque de récidive sans jamais pouvoir l'exclure.

Dans le cas de patients en IS, il est important de prendre en compte et de faire le point avec le patient sur le travail thérapeutique déjà réalisé antérieurement, notamment en détention.

(7)

Concernant les différents types de psychothérapies, les données de la littérature ne détaillent que très peu leurs indications en fonction des symptômes.

Les psychothérapies non spécifiques à orientation psychanalytique n'auraient démontré aucune différence statistiquement significative entre les groupes de sujets traités et non traités lorsque le critère de jugement retenu est la fréquence de récidive. (7)

Les seules thérapies à avoir bénéficié d'évaluations spécifiques et avoir objectivé une diminution du risque de récidive statistique sont les thérapies structurées cognitivo-comportementales (TCC). (22) Elles sont donc recommandées en première intention si elles sont réalisables. (20)

Cependant, il existe des biais très importants dans les études aboutissant à ces dernières conclusions, principalement le cadre dans lequel ces recherches ont été réalisées (bases

théoriques, formations des thérapeutes, législation, culture... différentes entre les pays où les études ont été réalisées et la France).

Ainsi d'autres thérapies semblent efficaces comme les approches sous forme de groupes de parole thérapeutique, sexologiques, systémiques, corporelles... (19) (28)

Les différentes formes de psychothérapies ne sont, de plus, en aucun cas exclusives les unes des autres. Elles constituent une palette de potentialités à laquelle le thérapeute peut avoir recours en fonction de ses possibilités, des besoins du patient, de l'évolution du suivi...

Quelques approches possibles pourraient être très succinctement décrites comme ci-après :

- les approches psychodynamiques s'appuient sur une relation thérapeutique solide afin de permettre un travail sur les perturbations des étapes précoces du développement, et la souffrance du patient dans son fonctionnement psychique actuel,
- les TCC se basent sur des programmes structurés de prise en charge ciblant des problématiques générales (habilités sociales, gestions des émotions, contrôle des consommations psychoactives...) ou plus spécifiques (déli, reconnaissance des faits, distorsions cognitives favorisant le passage à l'acte...),
- les thérapies systémiques et familiales sont pertinentes lorsqu'il s'agit de travailler la dynamique familiale, qu'il y ait passage à l'acte intrafamilial ou non,
- les thérapies groupales facilitent l'expression et donc l'introspection, permettent la création d'un tiers représenté par le groupe et dans le même temps apportent un étayage au patient,
- l'approche sexologique, permet un travail spécifique basé sur le concept de santé sexuelle tel que défini par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), et le

développement psycho-sexuel des patients, souvent indispensable dans les cas fréquents où une simple éducation à la sexualité est insuffisante ou peu adaptée,

- les approches corporelles s'adaptent aux patients dont les capacités à vivre une relation à l'autre symbolique font place aux passages à l'acte, et permettent par un espace de parole très ouvert de favoriser l'investissement du patient.

(7) (19) (20) (22) (28)

iii. Traitements médicamenteux

Aucune spécialité pharmacologique ne dispose d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) ciblée sur la diminution des actes médicaux légaux, délinquants, ou criminels. (27)

Les psychotropes usuels sont utilisés de manière classique, c'est-à-dire en tant que traitement symptomatique adjoint aux psychothérapies dans le traitement des troubles mentaux pour lesquels ils disposent d'une indication et AMM.

Concernant spécifiquement le traitement pharmacologique des troubles paraphiliques : seuls les inhibiteurs de recapture de la sérotonine (IRS) et les traitements hormonaux freinateurs de la libido sont indiqués. Et en particulier « *Les antipsychotiques et thymorégulateurs n'ont pas d'indications dans le cas d'un trouble du comportement sexuel, en dehors des cas où ce trouble est associé à un trouble psychiatrique caractérisé* ». (18)

1. Les inhibiteurs de recapture de la sérotonine

Aucun antidépresseur, IRS ou non, n'a à l'heure actuelle d'AMM spécifique dans le traitement des troubles paraphiliques. Néanmoins les IRS disposent de deux indications de

prescription hors AMM : les troubles paraphiliques à forte tonalité compulsive et ceux à faible dangerosité criminologique (c'est-à-dire à risque faible de comportement infractionnel). Ils sont alors prescrits aux doses recommandées dans le traitement des troubles obsessionnels compulsifs. (19)

Les IRS ont une efficacité démontrée dans la réduction des fantaisies sexuellement excitantes, ainsi que des compulsions sexuelles. Leur efficacité sur une population de sujets ayant des troubles paraphiliques définis uniquement sur la présence de comportements sexuels est en revanche très partielle, voir non significative. (6)

Ils ont donc un intérêt particulier en cas de forte symptomatologie compulsive, ou de contre-indication aux traitements hormonaux freinateurs de la libido, notamment lorsque les patients n'ont pas achevé leurs développements pubertaires. (18) Ils l'ont également dans les cas fréquents de troubles associés dépressifs ou anxieux, et parfois post-traumatiques, qui sont donc importants à rechercher.

2. Les traitements hormonaux freinateurs de la libido

Ils restent la première ligne recommandée de traitement pharmacologique des troubles paraphiliques. De nombreuses études attestent de leur importante efficacité. En France leurs représentants sont l'Androcur® (acétate de cyprotérone), inhibiteur périphérique de la testostérone et plus modérément freinateur de sa production ; et le Salvacyl® (Triptoréline), analogues de la GnRH. (6) (19) (21) Est également à l'étude actuellement un antagoniste de la GnRH qui semble très prometteur : le Dégarélix®. (30)

D'autres analogues de la GnRH existent mais ne disposent pas d'AMM en France tel que l'Enantone® (leuproréline) ou encore la goseréline. A noter que les œstrogènes et l'acétate de médroxyprogestérone ne doivent plus être utilisés dans le but de diminution de la libido en raison de leurs effets secondaires. (19)

Leur prescription est recommandée pour une durée de 3 à 5 ans.

Mais ces traitements ont de nombreuses contre-indications et conséquences iatrogènes limitant leurs prescriptions. De même ils nécessitent une surveillance clinique et paraclinique importante. (27)

d. Réflexions sur le dispositif d'injonction de soins

La majorité des médecins coordonnateurs a un avis positif sur le dispositif. (20)

i. Les avancées portées par l'injonction de soins

Elles sont objectivées par les professionnels soignants et sont principalement :

- un accès aux soins pour des personnes souffrant de troubles mentaux et/ou de troubles de la personnalité, qui n'ont que peu recours à ceux-ci,
- la possibilité qui en découle de faire émerger une demande chez le patient,

(25) (4) (22)

- la sécurisation des patients mais aussi des équipes de soins dans la prise en charge complexe de patients vulnérables et dangereux,
- le cadre étayant du dispositif et son rôle thérapeutique propre, (14)
- ainsi que sa fonction contenante, permise par un travail pluridisciplinaire en réseaux ; développé sous le terme d'intercontenance par A. CIAVALDINI,
- la définition claire des places et rôles de chacun des intervenants, ainsi que leur possible communication ; permettant une prise en charge globale cohérente,
- et également une meilleure compréhension pour le patient du cadre médico-

judiciaire,

- la sanctuarisation de l'espace et du lien thérapeutique,
- le maintien de l'alliance thérapeutique, résultante des points cités ci-dessus,
- la possibilité de recours au médecin coordonnateur, notamment en cas de difficultés en lien avec la révélation d'infractions, et l'aide possible basée sur la participation à la réflexion de ce dernier, sans ingérence dans les soins, (3) (20) (28)
- l'efficacité pressentie du dispositif commence à être démontrée avec une majorité de patients connaissant une resocialisation ou un maintien d'activité socioprofessionnelle et un faible taux de récurrence constaté durant le suivi. (22) Même si les études sur l'efficacité de l'IS sont peu nombreuses, de faible puissance et comportent de nombreux biais, elles sont prometteuses. Et des travaux à l'échelle nationale sont actuellement en cours sur ce sujet, comme le projet ELIS (Etat des Lieux de l'Injonction de Soins), utilisant les données des SPIP pour réaliser une étude statistique sur l'IS et descriptive de la population concernée, sans toutefois présenter de critère médical.

ii. Difficultés rencontrées dans le cadre des injonctions de soins

Elles découlent des spécificités présentées par les sujets auteurs de violence (telles que les difficultés d'élaboration, la fréquence des mécanismes de clivage ou de déni...) qui sont fréquentes mais non spécifiques.

D'autre part, certaines difficultés sont en lien avec le dispositif en lui-même et représentent le revers de certaines avancées :

- le vécu de « thérapie forcée », (20)
- un rôle perçu par le soignant pouvant paraître confus : celui de l'évaluation de la

dangerosité, puisque ses définitions judiciaire et sanitaire sont différentes. (20) Cette possible confusion du professionnel pourrait entraîner un vécu de collusion pour le patient,

- la place de garant de la justice ressentie dans certains cas par les soignants (20) ; au sein de cette discipline qui, dès ses débuts, a été marquée par un rôle dans la régulation sociale,
- la multiplication des intervenants et les ruptures entraînées par le cadre ; qui s'ajoute à celles entraînées par le nomadisme de tout un chacun ; et qui existent dans toutes les sphères (sanitaire, judiciaire, médico-sociale, etc. : secteur psychiatrique géographique et judiciaire différents, discontinuité entre les soins en milieu fermé et ouvert, changement géographique imposé durant l'incarcération...). (24) Ces ruptures peuvent faire échos aux ruptures biographiques des patients et créer une insécurisation tant du patient, que des professionnels,
- il ressort également malgré la volonté du législateur lors de la création du dispositif, qu'un manque de communication entre professionnels soit déploré par les soignants. On note que ce manque est également regretté par les professionnels judiciaires. Ce qui permet d'aller dans le sens d'un « défaut d'habitude » plutôt que celui de réticences, (19) qui trouve probablement ses origines dans le manque de protocolisation, la méconnaissance des possibilités de communication, la charge de travail et parfois la lourdeur du passage par les secrétariats, greffes...
- l'insuffisance de la formation concernant le dispositif et la prise en charge des spécificités de ces patients est le point de difficulté le plus soulevé par les soignants. Les connaissances sur l'IS sont très variées mais il n'est pas établi de consensus sur les moyens d'informations et sur la formation délivrés aux praticiens, (1) (7) (20) (22) (26) (4) (24) (3)
- la question du financement, et plus généralement des moyens pour des soins

imposés par la justice est également posée. (19) Actuellement alors que le recrutement (par le procureur) et la désignation (par le magistrat) appartiennent à la justice, le financement des soins incombe à la santé (ARS). A cela s'ajoute la question de la responsabilité (civile mais aussi pénale) concernant d'éventuels actes médico-légaux commis par la personne en suivi,

- les prises en charge qui ne seraient pas en accord avec les bonnes pratiques : cela est objectivé par les différences constatées entre les psychothérapies et prescriptions médicamenteuses réalisées (cf. II b) et les préconisations (cf. II c),

- et enfin la nécessité de révision et de clarification des missions de l'expert psychiatre.

En effet la demande de soins imposée par la justice repose sur une classification pénale et des comportements. Certes, elle est soumise au filtre de l'expertise psychiatrique, mais le fait qu'elle n'ait pas ou peu fait l'objet de préparation à cette modification importante de ses missions, entraîne une diversité dans la population de patients concernés. Cela semble s'expliquer par deux facteurs principaux. Premièrement, le but de l'expertise s'est étendu de l'évaluation de la responsabilité à celle de la dangerosité. Secondement les troubles pouvant bénéficier du cadre de l'IS ne sont pas définis explicitement. Ainsi en fonction des subjectivités et des visions différentes qu'ont les psychiatres (qui représentent la plupart des experts dans ce cadre) de leur métier : seuls les troubles mentaux nécessitent des soins psychiatriques, ou également les troubles de la personnalité... Une formation plus consensuelle en psychiatrie légale pourrait permettre une harmonisation de ces pratiques et limiterait ces difficultés. (23) (24)

iii. Danger de « la sur-psychiatisation »

L'IS confronte les soignants et la psychiatrie en général aux limites de son champs d'action, qui est sanitaire : le traitement des maladies mentales et le soulagement de la souffrance des patients. Cette confrontation découle de la prise en charge de nouveaux patients, n'ayant pas systématiquement de troubles mentaux, mais ayant ou ayant eu des difficultés interpersonnelles, un vécu marqué par l'adversité, les traumatismes...

Une des questions soulevées par ce dispositif : un soin peut-il être prescrit par la justice dans le seul but de diminuer la fréquence d'un comportement transgressif selon la norme sociale ? Et cela, même si certains auteurs de violences souffrent de troubles mentaux à l'origine du comportement infractionnel. (23) Un élément de réponse se trouve dans le fait qu'aucune politique de prévention de la récidive ne peut être basée uniquement sur des soins, qui possèdent par nature, non seulement une finalité différente mais aussi comme tout traitement, une efficacité partielle. (21) Et c'est pourquoi l'IS est toujours une mesure associée à une peine ou une mesure socio-judiciaire (SSJ, SME, surveillance de sûreté...).

Il est également important de souligner la différence entre soin social et soin en santé mentale. La sollicitation de la psychiatrie dans le but de pallier un défaut de dispositif permettant de créer un maillage social paraît non efficiente. (4) Par ailleurs aucun soin en santé mentale ne pourrait s'effectuer sans un minimum de stabilité sociale (domicile, alimentation, possibilité de financement des soins...).

4. Discussion

L'injonction de soins représente une réelle avancée dans la prise en charge des auteurs de violence sexuelle atteints de troubles paraphiliques, et des patients auteurs d'infractions en général tant du point de vue sanitaire que judiciaire. Néanmoins nombres de difficultés persistent. Il apparait comme donnée récurrente, que la majorité d'entre elles trouverait, au moins en partie, une solution dans l'amélioration de la formation des professionnels du champ sanitaire. Elle concernerait les aspects légaux de la psychiatrie, et faciliterait la poursuite de la réflexion et des recherches tant sur les modalités de prise en charge des patients que sur le cadre et les objectifs des soins et des expertises.

Cette revue de la littérature comporte certains biais et faiblesses méthodologiques impossibles à contourner.

Premièrement, le nombre faible de travaux analysés et leur hétérogénéité tant concernant leurs designs, que leurs objectifs et critères de jugement. Ce qui a tenté d'être limité par des critères d'inclusions initiaux extrêmement larges nécessitant un travail des données purement qualitatif. De plus, le critère de jugement fréquemment retenu dans les études est le taux de réitération d'infraction ou celui de récidive légale. Au regard des objectifs des soins et des possibles facteurs de confusion (par exemple dans le cas du non emploi de réitération d'infraction de même nature que celle à l'origine de l'IS...) une analyse qualitative paraît une fois de plus pertinente. Enfin il est à noter que ce critère nécessite pour être pertinent un recul temporel important car il ne s'interprète qu'en fonction d'une durée ; alors que nombre d'études ne la précise pas ou seulement de manière partielle.

L'amplitude dans les critères et équations de recherche tentait également de pallier à l'absence de terme anglophone désignant l'IS de manière consensuelle dans les bases de données.

Les aspects quantitatifs ont donc été donnés à titre indicatif, ils n'ont pas fait l'objet d'analyse statistique, cela n'était pas l'objectif de cette revue.

Le second biais important présent dans la majorité des articles était la non différenciation des données entre IS et autres SPO notamment OS. Là encore l'analyse qualitative était une tentative de limitation de ce biais.

Le troisième biais correspond à l'existence d'une subjectivité lors de la présentation des résultats qui fût aménagée selon quatre angles choisis à postériori, pour des facilités de lecture.

Cependant les résultats analysés présentent une cohérence, et sont en accord avec les résultats de la littérature sur les auteurs de violences.

Un autre point semble important à soulever : certaines études et recommandations dans leurs formulations peuvent être interprétées comme préconisant la prescription de traitements sur la seule base de comportements adoptés par le sujet. Or aucun comportement ne peut être pathognomonique d'un profil psychopathologique. En d'autres termes, les concepts juridiques et psychiatriques ne sont pas superposables. Tous les auteurs de violence sexuelle ne présentent pas de troubles psychiatriques, et toutes les

personnes présentant des troubles paraphiliques ne sont pas des délinquants ou criminels, actuels ou en devenir.

L'indication et la pertinence des soins répond à un besoin particulier d'une personne unique en souffrance ou présentant une altération de son fonctionnement à l'origine de difficultés.

Ainsi un comportement peut être le symptôme le plus « objectivable », mais ne peut être interprété isolément de la présence et de l'intensité des fantasmes sexuellement excitantes (ou fantasmes) et des compulsions (ou envies irrésistibles) lorsqu'il s'agit de poser un diagnostic de trouble paraphilique et d'en proposer une prise en charge.

5. Conclusion

Cette revue systématique a permis de dresser une esquisse des connaissances disponibles sur l'IS et particulièrement sur l'existence de recommandations qui restent en partie à préciser, associées à un besoin de poursuite de la réflexion et de la recherche concernant la population d'auteurs de violence sexuelle et non sexuelle. Elle a également permis de montrer que le besoin actuel le plus important est celui de la formation et de l'approfondissement des connaissances pour les professionnels du champ sanitaire prenant en charge ces sujets.

Partie III : Étude des traitements pharmacologiques prescrits aux patients en injonction de soins et corrélations aux bonnes pratiques

1. Introduction

Comme nous l'avons vu dans les parties I et II, il n'existe que peu d'études de fort niveau de preuve selon la HAS et aucune spécifique à la prise en charge des patients en IS. Des pistes claires pour la réflexion et la prise en charge existent. L'ensemble des acteurs sanitaires préconise une formation plus riche pour les psychiatres puisqu'elle est actuellement, à leurs yeux, insuffisante dans ce domaine auquel ils seront de plus en plus confrontés.

Aucune étude quantitative ne permet d'appuyer ce propos à notre connaissance et à l'heure actuelle.

Une hypothèse est qu'un défaut de formation des psychiatres dans les aspects médico-légaux de leur métier aurait pour conséquence une mauvaise concordance des pratiques de prescriptions avec les recommandations de bonnes pratiques.

Ainsi cette recherche a pour but d'explorer les connaissances et mises en pratique des soins proposés par les psychiatres aux patients en IS, via l'analyse de leurs prescriptions de psychotropes.

Si l'hypothèse de la non concordance des pratiques de prescription avec les recommandations de bonne pratique se confirme, il paraîtra alors d'autant plus pertinent de renforcer les aspects médico-légaux de la formation des psychiatres : connaissances, compétences, savoir-faire mais également savoir-être.

2. Matériels et méthodes

L'objectif principal de cette étude est de réaliser la comparaison des traitements psychotropes prescrits, selon le(s) diagnostic(s) (DSM 5), avec les recommandations de bonnes pratiques (HAS, sociétés savantes...). La population cible est celle des patients en IS.

Une étude épidémiologique transversale, observationnelle analytique, multicentrique a été menée sur un échantillon de patients composé de l'exhaustivité des dossiers de coordination, en cours ou non au 01/01/2018, dont le médecin coordonnateur est le Dr SEURET. Les patients concernés dépendaient des tribunaux de Valenciennes, Saint Omer, Avesnes sur Helpe, Cambrai, et Béthune.

Les critères d'exclusion étaient : le refus ou l'impossibilité pratique d'obtenir le consentement à l'étude, et un âge inférieur à celui de la majorité chez les patients au moment de l'étude.

Le critère de jugement principal est le taux de non adéquation entre le traitement psychotrope prescrit et la clinique, en fonction des données actuelles de la science.

Les objectifs secondaires étaient, dans la même population, de définir :

- le taux de patients sans prescription psychotrope,
- le taux de prescription de traitement freinateur de la libido,
- le taux de prescription de traitement sédatif,
- la proportion de prescription de traitement dit « de fond » et « de la phase aiguë ».

Après informations écrites et orales des patients dont le suivi était en cours, et information écrite transmise par courrier aux patients dont le suivi avec le Dr SEURET ne l'était plus ;

les données concernant les antécédents et diagnostics psychiatriques ainsi que les traitements prescrits furent extraites des dossiers médicaux de coordination. En cas de données manquantes, ces dernières furent complétées par contact avec le médecin coordonnateur afin de supprimer ce biais. L'intégralité de l'extraction des données fut réalisée en aveugle dans les suites de l'anonymisation des dossiers.

Les diagnostics ont été définis selon les critères DSM 5.

La comparaison des prescriptions avec les bonnes pratiques et le recensement du nombre de non concordances fut une nouvelle fois effectué en aveugle.

Les intervalles de confiance (IC) des proportions (P) ont été calculés, avec un risque α de 5% visant des IC à 95%, avec l'équation d'imprécision (ε) suivante :

$$\varepsilon \approx Z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{\frac{P(1-P)}{n}}$$

La présentation de l'étude suit les lignes directrices STROBE (31).

Cette étude a été déclarée conforme à la méthodologie de référence « MR3 » de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).

3. Résultats

Sur les 91 dossiers éligibles, 82 furent analysés (soit 90,1%). Les 9 dossiers non examinés ne l'ont pas été pour impossibilité matérielle d'informer les patients (décès $n = 1$, défaut de contact avec le tuteur $n = 1$, défaut de contact $n = 2$) ou refus des patients ($n = 5$) ; comme représenté dans le diagramme de flux à la **figure 3**.

Les données descriptives relevées dans l'échantillon sont regroupées aux **tableau 3** et **tableau 4**.

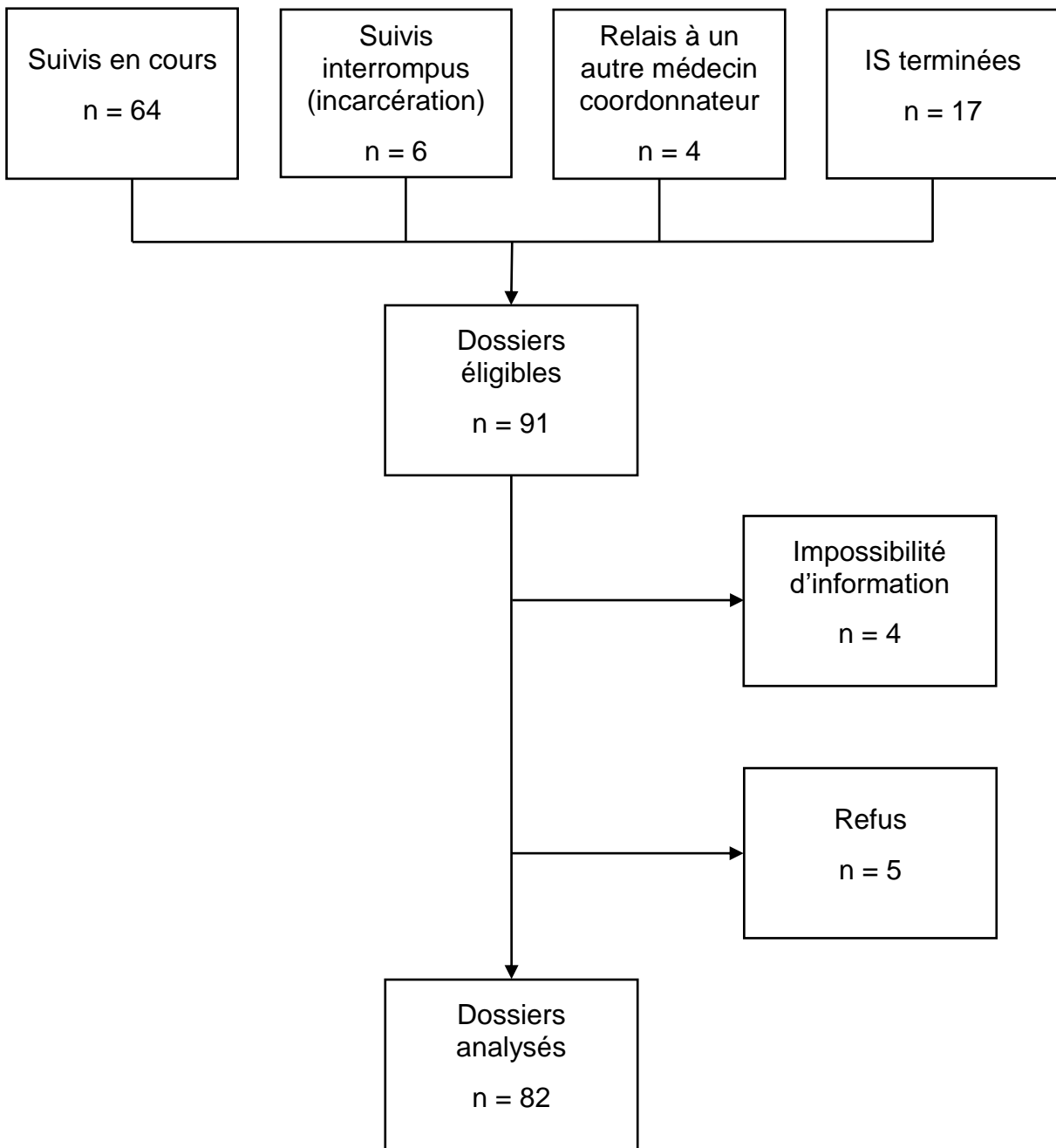


Figure 3 : Diagramme de flux

Aucun	5	6.1%
Troubles neurodéveloppementaux	13	15.9%
Troubles du spectre de la schizophrénie	2	2.4%
Autres troubles psychotiques	2	2.4%
Troubles bipolaires et apparentés	0	-
Troubles dépressifs	18	22.0%
Troubles anxieux	5	6.1%
Troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés	1	1.2%
Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress	12	14.6%
Troubles dissociatifs	1	1.2%
Troubles à symptomatologie somatique et apparentés	0	-
Troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments	0	-
Troubles du contrôle sphinctérien	0	-
Troubles de l'alternance veille-sommeil	0	-
Dysfonctions sexuelles	3	3.7%
Dysfonctions sexuelles induite par une substance	0	-
Dysphorie de genre	0	-
Troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites	2	2.4%
Troubles liés à une substance et troubles addictifs	41	50.0%
Troubles neurocognitifs	6	7.3%
Troubles de la personnalité - groupe A	9	11.0%
Troubles de la personnalité - groupe B	23	28.0%
Troubles de la personnalité - groupe C	6	7.3%
Troubles pédophilie	16	19.5%
Troubles pédophile limité à l'inceste	9	11.0%
Autres troubles paraphiliques	8	9.8%
Autres troubles mentaux	0	-
Diagnostic isolé sans association ou comorbidité	10	12.2%

Tableau 3 : dénombrement des diagnostics présentés par les patients de l'échantillon

Aucun	52	63.4%
-------	----	-------

Traitement(s) psychotrope(s)

Anxiolytiques Benzodiazépines	9	11.0%
Anxiolytiques Antipsychotiques dit sédatif	2	2.4%
Anxiolytiques Autres	4	4.9%
Hypnotiques	6	7.3%
Antidépresseurs	8	9.8%
Freinateur de la libido	4	4.9%
Antipsychotiques dit anti-productifs	2	2.4%
Régulateurs de l'humeur	0	-
Psychostimulants	0	-
Traitement substitutif des opiacés	3	3.7%
Traitement dit « de fond » uniquement	4	4.9%
Traitement dit « de la phase aigüe » uniquement	7	8.5%
Traitement dit « de l'aigüe et de fond » concomitant	5	6.1%

Traitement(s) non psychotrope

Ayant une incidence sur la vigilance	7	8.5%
Ayant une incidence sur la vigilance dans un but de sédation	0	-
Ayant une incidence sur la sexualité	4	4.9%
Ayant une incidence sur la sexualité dans un but de modulation de la libido ou des actes sexuels	0	-

Tableau 4 : dénombrement des traitements reçus par les patients de l'échantillon

Il est retrouvé 21 défauts de concordance des traitements prescrits, selon les signes cliniques présentés par les patients ; soit dans 25.6% (0.256 IC₉₅[0.162 ;0.350]) des cas. La présence d'un défaut de concordance apparaît donc de manière significative et quantitativement importante.

Le défaut de prescription de traitement antidépresseur est de loin le plus important quantitativement (14.6% (0.146 IC₉₅[0.070 ;0.222])). Un seul autre défaut de prescription présentait une significativité statistique : celui du traitement hormonal modulateur de la libido objectivé dans 6.1% (0.061 IC₉₅[0.009 ;0.113]) des cas.

Les raisons des défauts de concordance retrouvés avec une significativité statistique sont le refus du patient (7.3% (0.073 IC₉₅[0.017 ;0.129])) et l'absence de prescription « sans raison retrouvée » (8.5% (0.085 IC₉₅[0.025 ;0.145])). On note que la présence d'une contre-indication médicale ne représente que 1.2% des cas, valeur non significative (0.012 IC₉₅[-0.012 ;0.036]).

Concernant les critères de jugements secondaires, il est retrouvé de fortes proportions de patients sans prescription de psychotrope (63.4% (0.634 IC₉₅[0.530 ;0.738])) ou avec une prescription de traitement sédatif (25.6% (0.256 IC₉₅[0.162 ;0.350])). Une faible proportion de patients avait une prescription de traitement modulateur de la libido (4.9% (0.049 IC₉₅[0.002 ;0.096])). Enfin le ratio de prescriptions d'un traitement dit « de fond » sur ceux dits « de la phase aigüe » retrouvé est de 0.75 IC₉₅[0.656 ;0.844] ; soit 1.333 fois plus de prescriptions de traitement de la phase aigüe que de fond.

L'ensemble des résultats est présenté au **tableau 5**.

	Proportions dans l'échantillon	Valeurs absolues et IC	Pourcentage
Défauts de concordance	21/82	0.256 IC ₉₅ [0.162 ;0.350]	25.6%
Excès de sédatifs	2/82	0.024 IC ₉₅ [-0.009 ;0.057]	2.4%
Défaut d'antidépresseur	12/82	0.146 IC ₉₅ [0.070 ;0.222]	14.6%
Défaut d'antipsychotique	2/82	0.024 IC ₉₅ [-0.009 ;0.057]	2.4%
Défaut de modulateur de la libido	5/82	0.061 IC ₉₅ [0.009 ;0.113]	6.1%
Défaut par refus du patient	6/82	0.073 IC ₉₅ [0.017 ;0.129]	7.3%
Défaut par contre-indication médicale	1/82	0.012 IC ₉₅ [-0.012 ;0.036]	1.2%
Défaut sans motif retrouvé	7/82	0.085 IC ₉₅ [0.025 ;0.145]	8.5%
Absence de traitement psychotrope	52/82	0.634 IC ₉₅ [0.530 ;0.738]	63.4%
Prescription de sédatifs	21/82	0.256 IC ₉₅ [0.162 ;0.350]	25.6%
Prescription de modulateur de la libido	4/82	0.049 IC ₉₅ [0.002 ;0.096]	4.9%
Ratio traitement « fond/aigües »	9/12	0.750 IC ₉₅ [0.656 ;0.844]	-

Tableau 5 : Synthèse des résultats

4. Discussion

La présence d'un défaut de concordance entre symptomatologie clinique et prescription médicamenteuse est présente de manière significative et importante (25.6%). Cela constitue un argument supplémentaire en faveur d'un approfondissement des aspects médico-légaux de la formation des acteurs de soins en santé mentale et particulièrement des psychiatres.

Le fait que l'absence de prescription d'un traitement antidépresseur soit le défaut de concordance le plus présent (14%) associé à un motif de non prescription majoritaire « sans justification précisée » ; tout comme la prescription de traitement dit de la phase aigüe en proportion plus importante que celle de traitement de fond (133%) souligne un peu plus la nécessité de l'abord du patient dans sa globalité et non uniquement sur le motif de condamnation à l'IS. Ce qui est établi comme permettant une baisse de la souffrance et symptomatologie du patient et donc une diminution de sa vulnérabilité, et par fait de sa dangerosité psychiatrique. Ce qui pourrait correspondre à « l'objectif judiciaire et sociétal » du dispositif de l'IS.

Les limites principales de l'étude sont :

- son caractère rétrospectif, incontournable puisque la population cible est celle de patients sous mesure d'IS,
- la présence de plusieurs sous analyses afin d'affiner les résultats, qui entraînent une baisse de significativité par l'augmentation inhérente à de telles analyses du risque alpha,
- et la limite de l'échantillon à 97 sujets dont le secteur géographique est limité à deux

départements et ayant le même médecin coordonnateur. Néanmoins et pour rappel, s'ils dépendaient du même médecin coordonnateur, leurs prescriptions étaient réalisées par des médecins traitants différents.

Ces résultats concordent avec ceux de la littérature à l'heure actuelle ; comme par exemple le taux de non prescription de psychotropes et l'absence de troubles psychiatriques diagnostiqués (cf. partie II) permettant d'établir une certaine validité externe à l'étude.

La directrice de thèse et l'auteur déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêts en relation avec cette étude.

5. Conclusion

Cette étude représente un argument supplémentaire et pour la première fois, basé sur une étude quantitative, en faveur d'un renforcement de la formation médico-légale des psychiatres. Celle-ci pourrait se tenir au sein de la formation initiale puisque les prises en charge des patients concernés se déroulent principalement dans les CMP, et non systématiquement dans des structures spécialisées.

Conclusion

L'IS constitue une porte d'entrée dans les soins en santé mentale de plus en plus fréquente. La revue de la littérature met en évidence les grandes avancées permises par ce dispositif dans la prise en charge des patients auteurs de violences, tant de manière directe, qu'indirecte par le développement des connaissances qu'il permet. Il persiste des difficultés, dont la principale objectivée est le manque de formation des professionnels soignants, et en particulier des psychiatres, qui sont les principaux thérapeutes de ces patients.

Ceci est confirmé et étayé quantitativement par le nombre important (25,6%) de défauts de concordance entre les prescriptions de psychotropes réalisées et les symptomatologies cliniques, dans une population de patients en IS dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais.

Il apparaît donc comme une nécessité de renforcer et d'harmoniser les aspects médico-légaux de la formation initiale des psychiatres : connaissances, compétences et savoir-faire qui constituent le socle indispensable permettant de penser et de prendre en charge ces patients.

Il est à craindre qu'un travail supplémentaire sera demandé durant toute la carrière de ces professionnels, afin d'améliorer le savoir-être et les représentations qui font peut-être obstacle à une prise en soins concordante avec les tableaux cliniques.

Sources

1. Morali A, Baratta A, Halleguen O, Lefevre H. Étude sur la prise en charge des auteurs de violence sexuelle auprès d'une cohorte de psychiatres hospitaliers en France en 2011. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* nov 2011;169(9):578-80.
2. Gaillard-Janin N. Enquête sur les sujets ayant été suivis en obligation de soins durant l'année 2005 au centre Philippe-Paumelle. *Inf Psychiatr.* 20 févr 2014;me 83(1):29-34.
3. Arena G, Marette F. Enquête sur les obligations de soins en Seine-Saint-Denis EPS de Ville-Evrard. *Inf Psychiatr.* 2007;me 83(1):23-8.
4. Orsat M, Auffret E, Brunetière C, Decamps-Mini D, Canet J, Olié JP, et al. Les soins pénalement ordonnés : analyse d'une pratique complexe à travers une revue de la littérature. *L'Encephale.* oct 2015;41(5):420-8.
5. Lebrun M. Témoignage à propos des soins pénalement ordonnés. *Lett Psychiatr.* 2010;6(3):84-8.
6. Séguret T. L'organisation des soins psychiatriques des personnes sous main de justice sur un territoire [mémoire de Diplôme Inter-Universitaire, Psychiatrie Criminelle et Médico-Légale]. 2013.
7. Baratta A, Morali A, Halleguen O, Milosescu GA. Prise en charge médicojudiciaire des auteurs d'infractions sexuelles. *Médecine Droit.* mars 2011;(107):114-23.
8. Halleguen O, Baratta A. L'injonction de soins. A propos d'une étude réalisée sur les régions Alsace et Lorraine. *L'Encephale.* janv 2013;40(1):42-7.
9. Cornier K. Les soins pénalement ordonnés. *Trib Santé.* 2007;(17):87-95.
10. Sarkozy N, Fillon F, Mercier M. Loi n°2012-409 du 27 mars 2012 de programmation relative à l'exécution des peines. *JORF n°0075.* 28 mars 2012.
11. Zocchetto F. Projet de loi renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs [Rapport]. n°358 (2006-2007). 3 juill 2007.
12. Ministère de la Santé et des Sports, Ministère de la Justice. Guide de l'injonction de soins [recommandation professionnelle]. 2007.
13. Dunsieith NW, Nelson EB, Brusman-Lovins LA, Holcomb JL, Beckman D, Welge JA, et al. Psychiatric and legal features of 113 men convicted of sexual offenses. *J Clin Psychiatry.* mars 2004;65(3):293-300.
14. Rivallan A, Bouchard JP, coordonnateurs. L'injonction de soins [dossier]. *Soins Psychiatr.* avr 2017;(309):11-42.
15. Chevalier C. Injonction de soins et subjectivation chez l'auteur de violence sexuelle : approche clinique [Thèse de Doctorat d'Université, Psychologie clinique]. Poitiers; 2014.
16. Baron-Laforet S. Guide des nouvelles obligations de soin. *Inf Psychiatr.* 2009;me 85(8):753-7.
17. Inspection générale des affaires sociales Brigitte JOSEPH-JEANNENEY Gilles LECOQ; inspection générale des services judiciaires Patrick BEAU Philippe GALLIER. rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soins. 2011.

18. Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie Rev.* 1 janv 2015;15(157):39-44.
19. Fédération Française de Psychiatrie. Psychopathologies et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles [conférence de consensus]. 2001;(5).
20. Haute Autorité de Santé. Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans [recommandations de bonne pratique]. 2009.
21. Auger G, El Hage W, Bouyssi M, Cano J, Camus V, Gaillard P. Évaluation du dispositif d'injonction de soins pour les auteurs de violences sexuelles en Indre-et-Loire (France). *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* juill 2010;168(6):462-5.
22. Académie de Médecine. 10-08 La prévention médicale de la récurrence chez les délinquants sexuels Medical prevention of recidivism by sexual delinquents [rapport]. 2010.
23. Tesson J, Cordier B, Thibaut F. Loi du 17 juin 1998 : bilan de l'expérience des médecins coordonnateurs de Haute Normandie. *L'Encephale.* avr 2012;38(2):133-40.
24. Spriet H, Abondo M, Naudet F, Bouvet R, Le Gueut M. L'indication d'injonction de soins repose-t-elle sur un diagnostic médical ? *L'Encephale.* 3 oct 2013;40(4):295-300.
25. Le Bodic C, Michelot M, Robin D. Les soins pénalement ordonnés (II). Mise en place d'un dispositif d'accueil de patients sous main de justice au sein d'un service de psychiatrie de secteur. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* mars 2015;173(2):203-10.
26. Schweitzer MG, Puig-Vergès N. Soins obligés, injonction de soins et expertises judiciaires. Enjeux idéologiques ou enjeux politiques pour la psychiatrie. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 sept 2014;172(7):573-6.
27. Goumilloux R. Le risque de récurrence, une préoccupation majeure du médecin coordonnateur. *Soins Psychiatr.* avr 2017;(309).
28. Floris E, De Jésus A, Cano JP, Raymondaud S, Rouveyrol E, Bouchard JP. Les approches thérapeutiques dans l'injonction de soins. *Soins Psychiatr.* avr 2017;(309).
29. Cochez F, Lesueur M, Fayet M, Bouchard JP. Prendre en charge des sujets relevant de l'injonction de soins. *Soins Psychiatr.* avr 2017;(309).
30. Parmentier V. Hormonothérapie dans le traitement des auteurs de violences sexuelles : état des lieux et perspectives [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Lille 2; 2016.
31. Gedda M. Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. *Kinésithérapie Rev.* 1 janv 2015;15(157):34-8.

AUTEUR : Nom : RYCKEBUSCH

Prénom : Robin

Date de Soutenance : 26 juin 2018

Titre de la Thèse : L'injonction de soins, 20 ans après sa création : description, revue de la littérature, et étude des pratiques de prescriptions pharmacologiques en Nord-Pas-de-Calais.

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : Psychiatrie Adulte

DES : Psychiatrie

Mots-clés : *injonction de soins, soins pénalement ordonnés, psychiatrie légale, troubles mentaux, traitements.*

Contexte

Les soins pénalement ordonnés et l'injonction de soins en particulier constituent une porte d'entrée dans les soins en santé mentale. Ils demeurent cependant mal connus des professionnels de soins, et peu d'études étudient spécifiquement ces dispositifs.

Méthode

Une revue de la littérature concernant ce dispositif fut réalisée en mars 2017, avec pour objectif d'étudier la valeur ajoutée de l'injonction de soins et ses besoins à l'heure actuelle. Elle fût enrichie par une étude observationnelle analytique réalisée sur les dossiers de médecin coordonnateur, quantifiant la non concordance des pratiques de prescriptions de psychotropes avec les recommandations de bonnes pratiques, dans les régions du Nord et du Pas-de-Calais.

Résultats

Sur les 3064 références identifiées, 17 ont répondu aux critères d'inclusions de cette revue de littérature. Si ces études mettent en lumière les avancées permises par ce dispositif, elles pointent également ses besoins actuels : le plus important étant celui de la formation des psychiatres aux spécificités de la prise en charge des patients en injonction de soins. Ce qui est confirmé par l'étude réalisée : sur les 91 dossiers éligibles, 82 furent analysés retrouvant un défaut de concordance entre les psychotropes prescrits et les recommandations de bonnes pratiques dans 25.6% des cas (0.256 IC₉₅[0.162 ;0.350]). Parmi ceux-ci le défaut de prescription d'antidépresseurs (0.146 IC₉₅[0.070 ;0.222]) et celui de traitement hormonal modulateur de la libido (0.061 IC₉₅[0.009 ;0.113]) sont les plus fréquents. Alors que le motif de non concordance le plus fréquent est « sans raison retrouvée » (0.085 IC₉₅[0.025 ;0.145]) devant le refus du patient, et les contre-indications médicales.

Conclusion

Les avancées concernant la prise en charge des patients en soins pénalement ordonnés permises par la création de l'injonction de soins sont très importantes. En revanche leurs connaissances par les psychiatres, principaux acteurs sanitaires de ces dispositifs doivent continuer à être développées.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Asseseurs : Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA, Monsieur le Docteur Ali AMAD, Madame le Docteur Tiphaine SEGURET