

SOCAPSYLEG  
*Société Caraïbienne de  
Psychiatrie et de Psychologie Légales*



socapsyleg@orange.fr

# Suivi socio-judiciaire et Injonction de soins en Guadeloupe

Aspects pratiques et réglementation

Plaquette subventionnée par  
**L'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances**  
(ACSE)

# SOMMAIRE

De l'utilité de l'injonction de soins, 3

Le suivi socio-judiciaire, 5

De l'injonction de soins et de sa différence avec l'obligation de soins, 6

Les acteurs de l'injonction de soins, 7

Les rôles du juge d'application des peines et du service d'insertion et de probation, 8

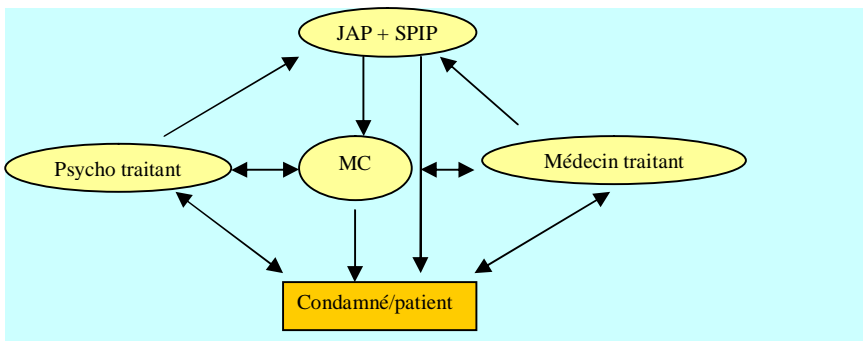
Le rôle du médecin coordonnateur, 9

Les rôles du médecin et du psychologue traitants, 10

Les textes réglementaires, 11

Documentation succincte, 11

Présentation de Socapsyleg, 12



Les interactions entre les protagonistes de l'injonction de soins

## De l'utilité de l'injonction de soins

Les maltraitements physiques, sexuelles et psychologiques constituent les trois formes de maltraitements actuellement décrites et représentent un important problème de santé publique. Les traitements de ces violences qu'ils soient médicaux, psychologiques, judiciaires, sociaux, politiques ou médiatiques sont toujours complexes et relèvent de plusieurs champs professionnels.

La loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs a instauré un nouveau cadre thérapeutique qui a été complété par les dispositions des lois du 12 décembre 2005 relative au traitement des infractions pénales, du 10 août 2007 relative à la prévention de la délinquance des majeurs et des mineurs et du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.

L'indication de l'injonction de soins dans sa formulation initiale au travers de la loi de 1998 concernait essentiellement les auteurs de violence sexuelle. Progressivement, les auteurs de toute forme de violence sur les personnes, voire sur les biens (incendie), peuvent relever d'une injonction de soins.

Ce dispositif nouveau a été élaboré par des psychiatres d'inspiration analytique qui, suite à leur expérience clinique en milieu pénitentiaire, ont considéré que certains patients peu demandeurs pouvaient profiter d'un cadre précis pour initier une démarche thérapeutique.

Le suivi socio-judiciaire avec ou sans injonction de soins s'inscrit également dans les mesures alternatives à l'incarcération, comme par exemple le placement sous surveillance électronique mobile (bracelet électronique). Une indication de soins bien posée, des médecins coordonnateurs en nombre suffisant, un réseau bien réparti sur tout le territoire guadeloupéen composé de médecins, de psychiatres et de psychologues traitants, peuvent contribuer à éviter ou limiter des incarcérations, quand celles-ci ne s'avèrent pas indispensables pour différentes raisons.

Le milieu ouvert permet une approche soignante plus confidentielle que dans le milieu clos et complexe de la prison. On peut également espérer de ce cadrage des soins un facteur favorisant pour limiter la récurrence de comportements délinquants en relation avec la problématique psychique de la personne condamnée.

La fonction de médecin coordonnateur (MC) en liaison avec les médecins (MT) et les psychologues traitants (PT) et en articulation avec le juge d'application des peines (JAP) modifie les méthodes de travail des professionnels. La fonction de médecin coordonnateur, innovation parfois déroutante est une interface entre le thérapeute et le juge et permet une meilleure articulation des soins que l'obligation de soins (cf. schéma ci-dessus). Le dispositif doit éviter les manipulations entre professionnels que certains fonctionnements pathologiques peuvent créer. Pour la bonne réussite de cette difficile opération, l'engagement des professionnels est essentiel.

Tout particulièrement pour ce type de situations cliniques, l'obligation de moyens prime sur l'obligation de résultats. Il est important de souligner que l'injonction de soins est une obligation qui pèse sur la personne condamnée et non sur le professionnel. Par exemple, si un patient choisit son thérapeute et que celui-ci ne se souhaite pas s'engager dans cette démarche de soin ou s'il n'en relève pas d'indication, le médecin ou le psychologue traitant n'est pas obligé de donner suite à la demande du patient. Il appartiendra au médecin coordonnateur, éventuellement en en faisant état avec le juge d'application des peines, de trouver une réponse adaptée au contexte.

Le déploiement progressif de centres ressources pour l'aide à la prise en charge des auteurs de violence, prévus dans le plan psychiatrie et santé mentale, devrait contribuer à développer les connaissances, non seulement cliniques, mais aussi thérapeutiques ou juridiques. La solitude soignante dans ces prises en charge doit être évitée autant que possible. Il conviendra aux autorités de contrôle de favoriser au mieux le soutien des professionnels qui se lanceront dans ces nouvelles missions soignantes, tant voulues par le législateur.

## Le suivi socio-judiciaire

La juridiction de jugement peut ordonner un suivi socio-judiciaire qui est une mesure assez large obligeant un condamné pour certains types d'infractions à se soumettre, sous le contrôle du juge de l'application des peines, pendant une durée fixée au moment de la condamnation, à des « mesures de surveillance et d'assistance ».

Le suivi socio-judiciaire ne s'exerce qu'en milieu libre et ne s'applique pas en prison. Il s'agit à la fois d'un contrôle (surveillance) et d'une aide (assistance). Ces mesures ne sont pas uniquement répressives. La durée du suivi dépend de la nature de l'infraction (délit ou crime) et peut être sans limite en cas de condamnation à la réclusion criminelle à perpétuité. La durée maximum d'emprisonnement prévue lors du jugement est prononcée si le condamné ne remplit pas les obligations qui lui sont signifiées. Les nombreuses mesures que comporte le suivi socio-judiciaire sont prévues par le Code pénal. Elles vont de l'interdiction à paraître en certains lieux, d'exercer certaines professions jusqu'à l'injonction de soins.

1. Meurtre ou assassinat d'un mineur, précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie
2. Viol, agression sexuelle ou exhibition sexuelle
3. Agression sexuelle simple ou aggravée et exhibition sexuelle
4. Favoriser la corruption d'un mineur, fabrication, transport, diffusion d'images pornographiques de mineur ou de messages à caractère violent ou pornographique portant gravement atteinte à la dignité humaine, susceptible d'être vus ou perçus par un mineur, ainsi que d'atteinte sexuelle
5. Crimes d'atteinte volontaire à la vie des personnes
6. Crimes d'enlèvement et de séquestration
7. Tortures ou actes de barbarie
8. Incendie volontaire définis aux articles 322-6 à 322-11 du code pénal
9. 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, soit sur un mineur de quinze ans, par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur la victime

## De l'injonction de soins et de sa différence avec l'obligation de soins

L'obligation de soins est une mesure plus ancienne que l'injonction de soins. Elle permet au juge, notamment dans des situations de sursis avec mise à l'épreuve d'imposer une obligation de soins à un condamné. S'il n'y répond pas, le sursis peut être levé. L'obligation peut être ordonnée par le magistrat sans expertise médicale, psychiatrique ou psychologique préalable.

L'injonction de soins a été créée par la loi de 1998 et représente une des mesures du suivi socio-judiciaire et ne s'impose qu'à la libération en cas d'incarcération. L'injonction de soins est prononcée par la juridiction de jugement après expertise médicale (et non spécifiquement psychiatrique) ayant établi que le sujet pouvait bénéficier d'un traitement. Le suivi socio-judiciaire avec injonction de soins est considéré par les juristes comme une peine complémentaire lorsqu'elle est précédée d'une peine d'emprisonnement, le plus souvent pour des crimes. Il peut être une peine principale en matière correctionnelle, mais en cas de non application, le condamné pourra être incarcéré. Les soins ne peuvent être réalisés qu'avec le consentement de l'intéressé mais s'il les refuse il sera incarcéré le temps prévu au moment du jugement.

L'injonction de soins est intéressante à plus d'un titre :

1. Le cadre est juridiquement bien posé.
2. Le soin est ordonné par le juge mais après indication médicale (par le biais d'une expertise psychiatrique).
3. La triangulation professionnelle JAP/MC/MT ou PsychoT autour du condamné doit permettre une meilleure circulation de l'information, qu'elle ne l'est dans l'obligation de soins.
4. Le cadre juridique peut faciliter des émergences de demandes de soins, souvent initialement peu présentes.
5. Les missions de chaque intervenant, notamment en matière de secret professionnel, sont précisées.

## Les acteurs de l'injonction de soins

Le principal intéressé est un sujet non incarcéré, condamné à un suivi socio-judiciaire avec injonction de soins.

Le juge d'application des peines s'assure de la mise en application de l'injonction de soins et doit être informé par le condamné et le médecin coordonnateur de l'exécution de la mesure.

Le médecin coordonnateur organise la mise en œuvre de l'injonction des soins. Il est désigné par le juge d'application des peines à partir d'une liste de médecins coordonnateurs établie par le procureur de la République. Le médecin coordonnateur est un psychiatre ou un médecin ayant suivi une formation appropriée.

Le médecin traitant délivre des attestations de suivi de traitement à intervalles réguliers. Il n'est pas tenu aux obligations du secret professionnel sur certains aspects. Il a la possibilité d'informer le juge d'application des peines de l'arrêt du traitement. Il peut également signaler au juge toutes difficultés survenues dans l'exécution du traitement. Il communique selon son appréciation avec le médecin coordonnateur (sauf en ce qui concerne l'arrêt du traitement dont il doit faire état obligatoirement au médecin coordonnateur). Il peut demander au juge d'ordonner une expertise, ce qui représente une façon élégante de prévenir d'une difficulté, au risque néanmoins de fragiliser la confiance thérapeutique. En effet, il s'agit d'une particularité de ce dispositif complexe qui institue une relation subtile entre le condamné/patient, le médecin ou le psychologue traitant, le médecin coordonnateur, le juge d'application des peines et les experts.

Le psychologue traitant n'était pas un professionnel envisagé dans la loi de 1998 alors que les modalités thérapeutiques relèvent souvent du registre psychothérapeutique. La loi du 12 décembre 2005 a intégré le psychologue dans le dispositif et la loi dite de rétention de sûreté du 25 février 2008 précise que les psychologues doivent avoir au moins cinq ans d'exercice professionnel.

## Les rôles du juge d'application des peines (JAP) et du service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP)

Le juge de l'application des peines ordonne l'injonction de soins si une expertise psychiatrique en a reconnu l'indication. Il s'assure, avec l'aide du service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), de la bonne exécution de la mesure.

En cas d'inobservation, la personne condamnée peut être incarcérée. Elle peut demander le relèvement de la mesure au juge d'application des peines qui ordonnera une expertise et la transmettra ainsi que son avis à la juridiction compétente pour étudier la situation de la personne condamnée.

Le juge d'application des peines peut autoriser des permissions de sortir ou des autorisations de sortie sous escorte à une personne incarcérée condamnée à une injonction de soins afin de rencontrer le médecin coordonnateur ou le médecin et le psychologue traitant afin de prendre contact avec eux. Cette mesure facilite la transition milieu ouvert/milieu fermé et évite des ruptures dans la prise en charge au moment de la libération.

Le service pénitentiaire d'insertion et de probation est un service déconcentré de l'administration pénitentiaire. Il a pour mission de faciliter l'accès aux droits et aux dispositifs d'insertion aux personnes qui lui sont confiées. Il intervient aussi bien en milieu ouvert que fermé et assure le contrôle et le suivi des peines exécutées. Ses agents sont les conseillers d'insertion et de probation (CIP).



## Le rôle du médecin coordonnateur

Les missions du médecin coordonnateur (MC) sont les suivantes :

1. Inviter la personne condamnée à choisir un médecin traitant et/ou un psychologue traitant.
2. Convoquer la personne au moins une fois par trimestre.
3. Conseiller le médecin ou le psychologue traitant si celui-ci en fait la demande.
4. Transmettre au juge d'application des peines, une à deux fois par an selon la nature de l'infraction, les éléments nécessaires au contrôle de l'injonction de soins.
5. Informer la personne condamnée en liaison avec le médecin et le psychologue traitant qu'elle peut éventuellement continuer les soins même si la mesure est venue à son terme.
6. Coopérer à la réalisation d'évaluations périodiques du dispositif de l'injonction de soins ainsi qu'à des actions de formation et d'étude.

Le MC communique, à leur demande au médecin traitant et au psychologue traitant, les rapports des expertises médicales et psychologiques et toutes autres pièces judiciaires si nécessaire. Il peut suivre au cours d'une même année au maximum 20 personnes condamnées. Les MC sont le plus souvent des psychiatres mais les médecins non psychiatres peuvent être inscrits sur la liste à condition d'avoir suivi une formation de 100 heures dont les modalités sont prévues par l'arrêté du 24 mars 2009.

Coordonnées des médecins coordonnateurs en Guadeloupe :

Au 1<sup>er</sup> décembre 2009, on compte deux MC en Guadeloupe.

Dr Ibrahim ABOUD, Psychiatre des Hôpitaux. Centre Hospitalier de Montéran, Pôle du Nord-Basse-Terre, 97120 Saint-Claude.

Tél. : 0590 80 52 54 – Fax : 0590 80 55 55. [Ibrahim.ABOUD@ch-monteranfr](mailto:Ibrahim.ABOUD@ch-monteranfr).

Dr Michel DAVID, Psychiatre des Hôpitaux. Espace d'Accompagnement Psycho-légal (EAPL), Immeuble Nevada B- 2<sup>ème</sup> étage, rue Thomas Edison, La Jaille, 97122 Baie-Mahault. Tel : 0590 98 18 62. [Michel.DAVID@ch-monteran.fr](mailto:Michel.DAVID@ch-monteran.fr)

## Les rôles du médecin et du psychologue traitants

Les médecins et psychologues traitants peuvent être des praticiens d'exercice public comme libéral. Ils sont choisis avec la personne condamnée qui peut proposer un thérapeute. Les soins donnés par les médecins libéraux sont pris en charge par l'assurance maladie. De nombreuses personnes condamnées peuvent avoir des revenus modestes et des soins non remboursés, totalement ou partiellement, par l'assurance-maladie, peuvent être un obstacle aux soins.

Les prestations prodiguées par les centres médico-psychologiques ne donnent pas lieu à un paiement par le patient.

Les modalités thérapeutiques pour les auteurs de violence sexuelle ou non sexuelle ne font pas l'objet de protocoles ni d'un consensus professionnel. Elles vont d'un accompagnement « psycho-éducatif » à des démarches plus codifiées de type psychothérapies psychanalytique, cognitivo-comportementale ou systémique. Il peut s'agir de prise en charge individuelle ou de groupe. La prescription d'anti-androgènes ou d'autres médicaments est possible et est évidemment réservée au médecin.

Il est en général recommandé de mettre en œuvre des démarches thérapeutiques en binôme, notamment pour les situations les plus complexes. L'organisation hospitalière favorise ce travail d'organisation des soins et de régulation.

Dans l'avenir, des consultations spécialisées pourront se développer afin d'offrir des prestations diversifiées qui ne seront pas exclusives des prises en charge en cours.

Dans tous les cas, il faut garder à l'esprit que la réussite de la démarche thérapeutique est grandement tributaire de l'accessibilité aux soins.

## Les textes réglementaires

1. Loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs
2. Loi du 12 décembre 2005 relative au traitement des infractions pénales
3. Loi du 10 août 2007 relative à la prévention de la délinquance des majeurs et des mineurs
4. Loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mentale.
5. Arrêté du 24 janvier 2008 relatif aux médecins coordonnateurs
6. Décret du 4 novembre 2008 relatif à la surveillance de sûreté et à la rétention de sûreté
7. Le code de la santé publique, notamment ses articles L3711-1 à L3711-5, précise les modalités de la mise en œuvre de l'injonction de soins
8. Arrêté du 24 mars 2009 relatif à la formation des médecins coordonnateurs autres que psychiatres

## Documentation succincte

1. *Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Aggressions Sexuelles* : [www.artaas.org](http://www.artaas.org)
2. *Conséquences des maltraitances sexuelles. Les reconnaître, les soigner, les prévenir*, Fédération Française de Psychiatrie (2003), Conférence de consensus, Coédition Fédération Française de Psychiatrie et John Libbey Eurotext.
3. *Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle*, Fédération Française de Psychiatrie (2001), Conférence de consensus, Coédition Fédération Française de Psychiatrie et John Libbey Eurotext.
4. *La prise en charge pénitentiaire des auteurs d'agressions sexuelles*, Perspectives sur la justice, ALVAREZ Josephina et GOURMELON Nathalie, La documentation française, 2007.
5. *Violences sexuelles – Le soin sous contrôle judiciaire*, CIAVALDINI André, Editions In Presse, 2003.
6. *Lecture des perversions, Histoire de leur appropriation médicale*, LANTERI-LAURA G. Collection La sphère psychique, Paris, Masson, 1979.
7. La revue électronique *Kamo* de Socapsyleg délivre des informations régulières sur ce sujet. Disponible gratuitement sur simple demande à [socapsyleg@orange.fr](mailto:socapsyleg@orange.fr).

**SOCAPSYLEG**  
*Société Caraïbienne de  
Psychiatrie et de Psychologie Légales*



La Société Caraïbienne de Psychiatrie et de Psychologie Légales (Socapsyleg) est une association scientifique fondée en août 2006 par des professionnels de la psychiatrie hospitalière intervenant en milieu pénitentiaire (Pôle de Psychiatrie Légale du Centre Hospitalier de Montéran à Saint-Claude).

Son objet est de promouvoir, tant dans la zone Caraïbes qu'en France et à l'étranger, la recherche, la documentation et la formation des professionnels concernés dans le domaine de la psychiatrie légale, de la psychologie légale, et de la psychocriminologie. Elle peut également participer par des actions pédagogiques et thérapeutiques à la prévention et au traitement des comportements délictueux présentant une composante psychopathologique.

Parmi ses actions les plus importantes depuis sa création, on compte l'organisation d'un colloque en décembre 2006 consacrée aux « *Violences sexuelles en Guadeloupe* » et la diffusion régulière d'une revue électronique « *Kamo de Socapsyleg* » que l'on peut obtenir sur simple demande en écrivant à l'adresse électronique suivante : [socapsyleg@orange.fr](mailto:socapsyleg@orange.fr). Un projet de site devrait permettre de retrouver toutes ces informations et y compris la présente plaquette dont l'édition et la diffusion sont financées par une subvention de l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (Acsè).

Socapsyleg est une des associations fondatrices du Collège de Psychiatrie Légale au sein de la Fédération Française de Psychiatrie. Elle est co-lauréate de la Bourse Zoumeroff 2008 pour l'aide à la réinsertion des détenus.

Cette plaquette fera l'objet d'une mise à jour régulière, incluant les éventuelles modifications réglementaires et surtout la liste évolutive des médecins coordonnateurs et des médecins et psychologues traitants.

Réf. plaquette : Socapsyleg/IS/2009/v4