



HAL
open science

La médicalisation de la peine : un équilibre fragile entre aspiration thérapeutique et contrôle social

Virginie Gautron

► **To cite this version:**

Virginie Gautron. La médicalisation de la peine : un équilibre fragile entre aspiration thérapeutique et contrôle social. Clay T. et al. (dir.), Actes des états généraux de la recherche sur le droit et la justice, LexisNexis, pp.581-591, 2018. halshs-02962448

HAL Id: halshs-02962448

<https://shs.hal.science/halshs-02962448v1>

Submitted on 9 Oct 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

La médicalisation de la peine : un équilibre fragile entre aspiration thérapeutique et contrôle social

Virginie Gautron

Laboratoire Droit et Changement Social (UMR CNRS 6297), Université de Nantes

De nombreuses publications scientifiques, rapports institutionnels et écrits professionnels retracent l'histoire des interrelations entre peine et soin, entre acteurs judiciaires et professionnels de santé. La plupart interrogent les liens entre folie et criminalité, entre enfermement des malades et internement des délinquants, mais aussi les pratiques expertales, le régime de l'irresponsabilité pénale, ou encore la définition et l'évaluation de la dangerosité¹. En revanche, les soins pénalement ordonnés en milieu ouvert (SPO) constituent rarement le cœur du propos et leur histoire reste encore largement à écrire. Leur acte de naissance est généralement rattaché à deux lois de 1953 et 1954 sur les toxicomanes et alcooliques dangereux pour autrui, sans que l'adoption de ces deux textes soit toujours contextualisée. Cette tentative d'alliance entre peine et soin résulte en réalité d'un lent processus, dont les premiers signes sont perceptibles dès la fin du XVIII^{ème} siècle². Instrument de punition et de neutralisation, la nouvelle peine privative de liberté se voit également placée au service de la transformation morale des condamnés. Dès 1790, Cabanis envisageait les prisons comme de « véritables infirmeries du crime », où l'on adopterait une nouvelle « méthode curative au moyen de laquelle on pourra traiter [le crime] comme les autres espèces de folie »³. La phrénologie de Gall, les théories de la dégénérescence et la criminologie naissante ont ensuite enclenché un processus de pathologisation du passage à l'acte, en faisant « peser le soupçon de la déraison » sur chaque acte délinquant⁴. Sous la Restauration, l'approche philanthropique des premiers aliénistes périlite au fil de l'accroissement des peurs sociales et de la stigmatisation des insensés, et de plus en plus des alcooliques, au profit d'une stratégie de défense sociale. « Science de gouvernement », la criminologie fut chargée d'asseoir des mesures et des actions politiques, de construire des « evidence-based policies » qui n'en portaient pas encore le nom. « Le pouvoir entend réagir en médecin dans ses analyses sur la société (parlant de pathologie, de sélection, de corps, de prophylaxie) et en juriste dans ses actions. Dans cette dernière moitié du XIX^e siècle, l'idéologie de la science est à son apogée. Il existe cette espérance folle que le progrès, les nouvelles techniques ou nouveaux savoirs vont faire reculer tous les fléaux »⁵.

Cette transformation des cadres interprétatifs de la déviance induisait un rapprochement progressif des modes de punition et de traitement. Comme le formulait déjà Morel au milieu

¹ Foucault M., *Les anormaux*, Cours au Collège de France, 1974-1975, Paris, Gallimard, 1999 ; Castel R., *L'ordre psychiatrique*, Paris, Éditions de Minuit, 1977 ; Castel R., *La gestion des risques*, Paris, Éditions de Minuit, 1981 ; Kaluszynski M., « Identités professionnelles, identités politiques : médecins et juristes face au crime en France à la fin du XIX^e siècle », in Blanckaert C., Mucchielli L., *Histoire de la criminologie française*, Paris, L'Harmattan, 1995, 215-235 ; Renneville M., *Crime et folie : deux siècles d'enquêtes médicales et judiciaires*, Fayard, 2003 ; Guignard L., *Juger la Folie. La folie criminelle devant les Assises au XIX^e siècle*, Paris, PUF, 2010.

² Renneville M., *op. cit.*

³ Cité in *Ibid.*, 48-49.

⁴ *Ibid.*, 76.

⁵ Kaluszynski M., *La République à l'épreuve du crime : la construction du crime comme objet politique : 1880-1920*, Paris, LGDJ, 2002, 190.

des années 1840, des médecins souhaitaient étendre leur action, au-delà des seuls aliénés, « *aux irascibles, aux orgueilleux et aux ivrognes* » qui, sans être fous, sont « *aussi nuisants peut-être dans la production de certains états névropathiques que l'aliénation elle-même* »⁶. Les débats se sont dans un premier temps focalisés sur les techniques d'enfermement, les sociétés savantes privilégiant la création d'asiles spéciaux pour les aliénés criminels et d'établissements sanitaires spécifiques pour les alcooliques, à l'image de ceux qui se sont plus précocement développés à l'étranger (Allemagne, Grande-Bretagne, USA, Danemark, etc.). Plusieurs projets de loi furent discutés, en 1907 puis en 1934, sans jamais aboutir. Au début du XX^e siècle, le système asilaire se confronte toutefois à de nombreuses critiques, notamment en raison du nombre croissant d'internements sans évolution notable des malades. Des psychiatres ont recommandé des pratiques de dépistage en milieu ouvert, ainsi que le déploiement de services chargés de suivre les insensés hors de l'asile⁷. De tels dispositifs furent expérimentés par Henri Claude à la Salpêtrière, Gilbert Ballet à Saint-Antoine, et par d'autres confrères à Bordeaux, Lille, Lyon ou encore Montpellier. À l'instar du Dr Édouard Toulouse, les médecins préconisaient une diversification des modes de prise en charge des aliénés (dispensaires, soins ambulatoires, suivi post-sortie), mais aussi des criminels. Professionnels et responsables politiques imaginèrent un dispositif de contrôle et d'assistance des buveurs à la sortie de l'asile comme de la prison, avec l'appui « *d'institutions protectrices qui sont les compléments indispensables des asiles* » (société d'abstinence, de patronage ; Magnan, 1895). Des réflexions similaires agitent le champ pénitentiaire, tant l'effet nocif des courtes peines semble unanimement dénoncé. Les sociétés savantes ont réclamé l'introduction de peines alternatives, à l'image de la probation américaine, née en 1841 dans l'État du Massachusetts au sujet d'inculpés pour « *ivrognerie* ». Ce dispositif fait alors figure de modèle, en ce qu'il permet d'interdire au condamné de boire et de se rendre dans des débits de boissons, mais aussi de l'accompagner par des mesures d'assistance et des secours médicaux. Pour les détenus, l'idée d'une tutelle temporaire à la libération émerge dans les années 1930, par des assistantes sociales qui auraient contrôlé l'abstinence sous le contrôle du neuro-psychiatre de la prison. Ce dispositif fut d'ailleurs expérimenté à la petite Roquette.

Du fait de la Seconde Guerre Mondiale, ce n'est qu'après 1945 que les premiers soins pénalement ordonnés sont apparus, sous l'influence notable du mouvement de la Défense Sociale Nouvelle. Les conditions d'incarcération durant la guerre, ainsi que la mort de famine de plus de quarante mille malades internés, ont démultiplié l'écho des reproches adressés au système pénitentiaire et à l'institution psychiatrique, justifiant des deux côtés un processus de réforme. Jean Pinatel, Marc Ancel et bien d'autres vont promouvoir ce qui deviendra le sursis avec mise à l'épreuve, assorti de mesures de « *surveillance psychothérapique et sociale* »⁸. Le déploiement d'une « *psychiatrie sociale* » fut parallèlement plébiscité par de nombreux professionnels du champ sanitaire, notamment pour le traitement des alcooliques, des personnes ayant des troubles de la personnalité, des délinquants sexuels et, plus globalement, des « *inadaptés sociaux* ». Si les lois du 24 décembre 1953 et du 15 avril 1954 ont textuellement introduit les SPO à l'encontre des toxicomanes puis des alcooliques dangereux pour autrui, il faudra en réalité attendre la consécration du sursis avec mise à l'épreuve à la fin de la décennie pour qu'apparaissent en pratique les premières obligations de soin. La loi du 31 décembre 1970 ajouta l'injonction thérapeutique, ciblant plus particulièrement les toxicomanes, de façon à ce

⁶ Renneville M., *op. cit.*, 148.

⁷ Renneville M., *op. cit.*, 359.

⁸ Danet J., « Les politiques sécuritaires à la lumière de la doctrine de la défense sociale nouvelle », *Journée d'études « Les politiques sécuritaires à la lumière de la doctrine pénale du XIX^e au XXI^e siècle »*, Collège de France, 2009.

que les parquets puissent proposer l'engagement de soin en amont des poursuites et, en cas de réussite, éviter une condamnation pénale. Sans abandonner les figures classiques de dangerosité que sont les « fous » et les « *junkies* », les paniques morales se sont déportées sur les délinquants sexuels durant les années 1990, plus particulièrement sur les pédophiles, diabolisés à la suite de faits divers défrayant la chronique. Depuis une loi du 17 juin 1998, un dispositif spécifique leur est consacré, sous la forme d'une injonction de soin, dont le champ d'application s'est toutefois considérablement étendu (violences conjugales, incendies volontaires, etc.)⁹.

L'explosion des soins pénalement ordonnés en milieu ouvert

Depuis les premières lois de 1953 et de 1954, de multiples réformes se sont données pour objectif explicite l'intensification des approches sanitaires, en milieu ouvert comme au sein des établissements pénitentiaires¹⁰. Si peu d'informations sont disponibles sur la fréquence des soins effectivement ordonnés par les juridictions pénales, encore moins sur le profil des condamnés concernés, quelques évaluations démontrent une augmentation tendancielle, à l'exception des injonctions thérapeutiques. Malgré de fréquentes tentatives de relance et l'explosion des interpellations pour usage, celles-ci ont en effet diminué depuis la dernière réforme de 2007 (8 630 en 1995, 10 062 en 2007, 9 385 en 2009, 8 263 en 2010)¹¹, avec des disparités régionales importantes. Ces injonctions thérapeutiques représentaient 12 % des alternatives aux poursuites pour usage de stupéfiants en 2007, 6 % en 2014¹². S'agissant des injonctions de soin, une évaluation publiée en 2011 recensait 1 342 suivis socio-judiciaires (SSJ) prononcés en 2009, 9 541 entre 1998 et 2011. Les inspections générales des affaires sociales et des services judiciaires estimaient à 66 % le nombre de SSJ comprenant une injonction de soins, soit environ un millier en 2009¹³. 3 800 injonctions de soin étaient alors en cours d'exécution, dont 10 % relatives à des infractions autres que sexuelles. Un an plus tard, une autre estimation ministérielle faisait état de 5 400 injonctions de soin en cours. Quant à l'obligation de soin « classique », le ministère de la Justice ne dispose d'aucune statistique nationale. Dans une recherche quantitative récente¹⁴, appuyée sur un échantillon représentatif de plusieurs milliers de dossiers traités par cinq tribunaux correctionnels, nous avons observé un triplement du nombre de condamnés contraints à se soigner entre 2000 et 2009¹⁵. 21 % des SME étaient assortis d'une obligation de soin en 2000, 45 % en 2009, de plus en plus souvent à l'encontre de délinquants routiers. Du fait de la masse de ce contentieux, 45 % des obligations de soin prononcées entre 2000 et 2009 l'ont été à la suite de conduites en état alcoolique ou sous l'emprise de stupéfiants (CEA), même si 3.5 % seulement des auteurs de telles infractions ont été visés par cette mesure. Les violences se situent au deuxième rang (17.9 % des obligations de soin de notre échantillon), les infractions à caractère sexuel au troisième (16.7 %). Enfin, 3.8 % des obligations de soin de l'échantillon concernaient des personnes condamnées pour

⁹ Gautron V., (Se) soigner sous la contrainte : une étude du dispositif de l'injonction de soin, Rapport de Recherche, Mission de recherche Droit et Justice, 2017.

¹⁰ *Ibid.* ; Gautron V., « Les mesures de sûreté et la question de la dangerosité : la place des soins pénalement ordonnés », *Criminocorpus* [En ligne], mis en ligne le 10 mars 2016. URL : <http://criminocorpus.revues.org/3195>

¹¹ Charbonnier G. *et al.*, *Rapport de la Mission d'évaluation de la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance*, 2010.

¹² Obradovic I, *Trente ans de réponse pénale à l'usage de stupéfiants*, Tendances n°103, OFDT, 2015.

¹³ Inspection générale des Affaires sociales et Inspection générale des services judiciaires, *Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soin*, 2011.

¹⁴ Danet J. (coord.), *La réponse pénale. Dix ans de traitement des délits*, Rennes, PUR, 2013.

¹⁵ Gautron V., « Les mesures de sûreté et la question de la dangerosité : la place des soins pénalement ordonnés », *op. cit.*

usage de stupéfiants (8.1 % d'entre elles). Toutefois, ces statistiques ne sont pas l'exact reflet du volume des mesures prononcées, dès lors qu'il faudrait ajouter celles ordonnées au stade post-sentenciel par les juges de l'application des peines (JAP).

La fréquence des soins pénalement ordonnés résulte dans une large mesure de la forte prévalence des addictions et des troubles psychopathologiques parmi la « clientèle pénale », les délinquants concernés étant par ailleurs plus souvent en situation de précarité (SDF, sans emploi). À partir d'un échantillon de 22 379 examens médicaux réalisés en garde à vue dans le département de la Seine-Saint-Denis en 2010-2011, une étude dirigée par S. Gilard-Pioc¹⁶ a identifié des antécédents psychiatriques dans 5 % des cas (dont 40 % d'hospitalisation en psychiatrie, 53 % de suivis en cours). 14 % du public interpellé consommaient quotidiennement de l'alcool, avec un constat d'abus pour 55 %. 3 % environ présentaient une dépendance à l'alcool, 40 % déclaraient consommer des stupéfiants, essentiellement du cannabis (38 %), plus rarement de la cocaïne ou du crack (4 %) et exceptionnellement de l'héroïne (1 %). Sur la base d'échantillons plus restreints, d'autres études réalisées au stade de la garde à vue ont identifié 10 % de personnes souffrant de pathologies mentales, 1,7 % de pathologies psychotiques¹⁷, les usagers problématiques de drogues (illicites ou non) étant plus souvent SDF, sans emploi, sans revenus, avec des antécédents psychiatriques¹⁸. Cette surreprésentation est encore plus manifeste en détention. Selon une étude épidémiologique réalisée en 2003-2004 auprès de 800 détenus, la proportion de détenus atteints de psychose était comprise, selon les différents modes d'évaluation retenus, entre 14 % et 21 %¹⁹. Entre 3,8 et 11,9 % ont été diagnostiqués schizophrènes, entre 8,7 % et 12,9 % dépendants à l'alcool et entre 8,9 % et 16,2 % à une autre drogue illicite. Une étude plus récente, réalisée en 2015 auprès de 1 938 entrants en détention dans les prisons de Picardie, révèle que 24,7 % des arrivants avaient fait l'objet d'un suivi psychiatrique antérieur, 16,6 % suivaient un traitement psychiatrique²⁰. 3.4 % avaient antérieurement connu une hospitalisation en psychiatrie (5.1 % en 2014), 3.6 % déclaraient une tentative de suicide au cours des douze derniers mois (9.4 % en 2014). 9.3 % avaient consommé de l'héroïne au cours des 12 mois précédant l'enquête, 6,1 % de la cocaïne ou du crack. 13.6 % déclaraient prendre un traitement de substitution aux opiacés. 16 % buvaient plus de 3 verres d'alcool par jour.

Si de multiples études confortent l'hypothèse d'une corrélation entre délinquance, addictions et troubles psychiatriques, dont les liens sont toutefois très complexes, malades mentaux, délinquants sexuels et toxicomanes affrontent surtout des mécanismes de sur-pénalisation. L'accélération du traitement judiciaire des affaires (traitement en temps réel par le parquet, comparutions immédiates), ainsi que la rareté des enquêtes sociales et des expertises psychiatriques, complexifient le repérage de ces publics. Outre l'effondrement des déclarations d'irresponsabilité pour trouble mental, l'identification de pathologies s'accompagne parfois et paradoxalement de peines plus sévères. Ces publics constituent pour l'opinion publique et les responsables politiques, mais aussi pour certains professionnels du champ pénal, les condamnés

¹⁶ Gilard-Pioc et al., « Personnes placées en garde à vue en Seine-Saint-Denis : données médicales et situations à risque, étude descriptive », *La Presse Médicale*, vol. 42, n°9, 2013, 293-299.

¹⁷ Clément R. et al., « Medical, social, and law characteristics of intoxicant's users medically examined in police custody », *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 2013, n°20, 1083-1086.

¹⁸ Gérardin M. et al., « Evaluation of problematic psychoactive substances use in people placed in police custody », *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 2017, vol. 49, 24-32.

¹⁹ Falissard B. et al., « Prevalence of mental disorders in French prisons for men », *BMC Psychiatry*, 2006, n° 6, 33, doi:10.1186/1471-244X-6-33.

²⁰ Observatoire régional de santé, État de santé des personnes entrant en établissement pénitentiaire en Picardie, 2015.

les plus à risque, qu'il faudrait dès lors contrôler, sinon neutraliser dans une logique de précaution. Cette sur-pénalisation résulte également de leur faible statut socio-économique, *a fortiori* lorsqu'ils se trouvent à la rue. Du fait des discriminations systémiques qui affectent le système pénal, l'absence de « garanties de représentation » (logement, emploi, etc.) augmente en effet, toutes choses égales par ailleurs, la probabilité d'une incarcération²¹. Concernant le prononcé de soins en milieu ouvert, les magistrats mobilisent essentiellement des critères judiciaires de « prescription » en l'absence d'expertises (nature de l'infraction, antécédents). Quand bien même ils constateraient des addictions ou des troubles psychopathologiques, ceux-ci hésitent à prononcer un SME, qui constitue une peine d'emprisonnement, à l'encontre de primo-délinquants responsables d'infractions de faible gravité. Dans cette hypothèse, l'obligation de soin intervient généralement à la suite d'une voire plusieurs réitérations. *A contrario*, lorsque l'affaire est grave et/ou le casier fourni, il n'est plus question de soin, du moins hors les murs, les peines d'emprisonnement ferme étant alors privilégiées.

Une vocation clinique partiellement dévoyée

Les finalités assignées aux soins pénalement ordonnés sont plurielles, parfois complémentaires, mais surtout concurrentielles. Des thérapeutes, comme les magistrats et les conseillers d'insertion et de probation (CPIP), espèrent susciter par ce biais une adhésion progressive au soin, la contrainte ne constituant qu'un préalable obligé. Certes, les professionnels de santé se sont longtemps et majoritairement dits sceptiques quant à l'efficacité des thérapies fondées sur la contrainte. Cet impératif opère souvent comme un « *repoussoir. Les résistances à son endroit sont rationalisées, justifiées, autour d'un principe de liberté de choix, présenté comme condition sine qua non d'une relation thérapeutique authentique* »²². Si ces « prescriptions » judiciaires sont encore loin de générer un consensus au sein de la communauté médicale, plus particulièrement du côté de ceux qui n'ont guère l'habitude ou l'envie de travailler auprès de délinquants, bien des thérapeutes ne considèrent plus la contrainte comme une entrave, comme un obstacle à l'émergence d'un véritable engagement dans le soin.

L'humanisme de cette finalité clinique et le caractère positivement connoté du soin masquent cependant des registres de justification relevant davantage du champ répressif. Au risque d'une instrumentalisation des approches thérapeutiques, nombre d'intervenants judiciaires, comme certains de leurs auxiliaires dans le champ sanitaire (experts, médecins coordonnateurs), considèrent les soins comme un instrument de prévention de la récidive. Il est attendu de la thérapie qu'elle produise un engagement réflexif du condamné sur les motivations, les causes, le sens et les conséquences de son passage à l'acte, afin qu'il développe de véritables sentiments de culpabilité et d'empathie envers sa victime. Ces attentes rappellent la philosophie classique de l'amendement moral, les soins devant contribuer au rachat du condamné, transformer son rapport au monde et à lui-même. Il s'agit en effet de « *produire une révolution intérieure, une mutation complète de l'individu qui fasse devenir honnête et choisir la vertu plutôt que fuir le vice* »²³. Les soins participent ainsi d'une stratégie « *régénératrice* » [...]. *La punition ne vise plus alors la conformité extérieure à la loi, mais l'inclination intérieure* »²⁴. F. Gros établit

²¹ Gautron V., Rétière J.-N., « Des destinées judiciaires pénalement et socialement marquées », in Danet J. (coord.), *op. cit.*, 211-251.

²² Chami J., « La contrainte aux soins, enjeux et difficultés », *Connexions*, 2013, vol. 1, n° 99, 72.

²³ Gros F., « Punir, c'est éduquer un individu », in Garapon A., Gros F., Pech T., *Et ce sera justice. Punir en démocratie*, Paris, Odile Jacob, 2002, 93-94.

²⁴ *Ibid.*

naturellement un lien avec la pensée platonicienne, celle d'une justice comme « *santé de l'âme* », comme éducation, redressement ou « *psychagogie active* »²⁵. Le soin s'affirme en définitive comme une « *technique de redoublement des mécanismes légaux* »²⁶. « *La loi agit à la surface de l'individu : elle peut l'amener à faire certains actes formels mais ne peut le contraindre dans son intériorité à éprouver certains affects, à modifier son rapport intime à tel ou tel acte. Ainsi, le système pénal peut certes condamner un sujet et le reconnaître coupable d'un acte, mais elle ne peut exiger du sujet qu'il se pense comme coupable, qu'il se subjective comme tel, intériorise sa faute et accepte sa peine. De même, la loi ne peut exiger que le sujet reconnaisse pleinement les victimes. Elle peut exiger au mieux qu'il les indemnise mais elle ne peut ni exiger de lui ni le contraindre à la compassion envers elles et aux regrets sincères. [...] C'est ici que le soin va d'abord venir se loger. [...] Le soin va apporter des techniques censées transformer réellement, et en profondeur, le rapport du sujet à son acte, à sa culpabilité, à la victime et à sa peine* »²⁷.

À des degrés divers, et sans pour autant y être insensibles, les soignants se refusent au contraire à faire de la prévention de la récidive une priorité de leur intervention, avec pour justification le souci de ne pas dénaturer le sens du soin. Dans un avis publié en 2006, le Conseil Consultatif National d'Éthique (CCNE) citait ainsi Catherine Paulet, alors psychiatre au SMPR du centre pénitentiaire de Marseille : « *Le traitement n'a pas (et ne peut pas avoir) pour objectif la prévention d'une récidive délinquante mais la mise en œuvre d'un travail (difficile et incertain) d'élaboration psychique qui permet au sujet souffrant engagé dans le travail, de repérer son fonctionnement mental, son mode relationnel et leurs conséquences, et le cas échéant d'y remédier. Dire cela ne constitue pas un désengagement coupable mais une nécessité thérapeutique, particulièrement en psychiatrie. Le soin peut, peut être et de surcroît, contribuer ainsi à la prévention* »²⁸. En réalité, malgré les impressions critiques de la plupart des acteurs pénaux, la prise en charge ne fait d'ailleurs que très rarement l'économie de l'évocation des faits, mais les soignants entendent appréhender ceux-ci sous le seul angle du vécu subjectif des condamnés. Ils ne travaillent pas sur les faits eux-mêmes mais, pour reprendre les propos d'une psychologue exerçant en SMPR, « *autour des faits et autour du sens qu'ont les faits pour la personne* »²⁹.

Au-delà, certains acteurs judiciaires, suivis par des auxiliaires dans le champ sanitaire, envisagent les SPO comme un instrument de surveillance médicale superposable au contrôle des institutions pénales. Désormais, le consensus sur la nécessité d'assurer des accompagnements sanitaires ne découle plus seulement de la volonté d'alléger des sujets de leurs souffrances, mais réactualise une stratégie de défense sociale. C'est la protection de la société qui devient la finalité première du système pénal, de sorte que la réinsertion et le traitement ne sont plus des objectifs en soi, mais des moyens placés à son service. Protéger la société, c'est d'abord dépister, diagnostiquer, pour ensuite contrôler, neutraliser et éventuellement, dans le meilleur des cas, soigner. Le soin ne vise plus tant la guérison d'une

²⁵ *Ibid.*, 96.

²⁶ Doron C.-O., « La volonté de soigner. D'un singulier désir de soin dans les politiques pénales », *La philosophie du soin*, Paris, PUF, 2010, 287.

²⁷ *Ibid.*, 287-288.

²⁸ *La santé et la médecine en prison*, Avis n°94, 2006, 33.

²⁹ Gautron V., *(Se) soigner sous la contrainte*, *op. cit.*, 236.

pathologie, mais plutôt « *l'encadrement sécurisant d'une potentialité de violence* »³⁰. Dans un contexte de durcissement de la réaction pénale, le développement, ou plutôt l'annonce de traitements médico-psychologiques, déculpabilise les responsables politiques, la société comme les magistrats. Comme l'énonçait Michel Foucault, les psychiatres procurent alors bonne conscience, avec un retournement du « *vilain métier de punir dans le beau métier de guérir* »³¹.

Ce constat est d'autant plus prégnant s'agissant du dispositif de l'injonction de soin³². Si tous les délinquants sexuels ne sont pas astreints au respect d'une telle mesure dès la condamnation, *a fortiori* en matière délictuelle, ce processus sélectif ne résiste guère à une quasi-systématisation au stade post-sentenciel. Malgré les intentions affichées par le législateur en 1998, le SSJ constitue rarement une alternative à l'incarcération. Ce contrôle post-carcéral suit généralement des peines privatives de liberté de moyennes et longues durées, de dix ans au moins dans près d'un tiers des cas, et opère lui-même sur de longues sinon de très longues périodes. En raison d'un démarrage presque systématique en détention, le durcissement du régime de l'« incitation » ayant progressivement anéanti l'illusion d'une libre adhésion, la prise en charge thérapeutique se déploie régulièrement sur plus d'une décennie, sinon plusieurs. Au risque de décourager les condamnés les plus investis, dont les efforts semblent finalement vains, l'hypothèse d'un relèvement s'avère peu probable. Chaque récidive médiatisée, généralement suivie d'une mise en accusation des professionnels, réactive le mécanisme bien connu de l'ouverture de parapluie, d'autant que les magistrats, les CPIP, les experts ou encore les médecins coordonnateurs ne bénéficient pas toujours, tant s'en faut, du soutien et de la protection de leurs institutions d'appartenance. Les professionnels de santé sont pourtant dubitatifs quant à la pertinence de soins étalés sur de si longues périodes, s'interrogent sur leur capacité à mobiliser durablement les condamnés et s'inquiètent de leur propre essoufflement, à l'instar d'ailleurs des CPIP, confrontés aux mêmes interrogations concernant leurs propres suivis. À défaut de relèvement, tous procèdent à des aménagements du cadre, à des « *bricolages* », les CPIP en espaçant leurs rendez-vous, les soignants en pratiquant des « *pauses thérapeutiques* ». Ces suivis formels induisent cependant plusieurs effets pervers, d'abord parce qu'ils risquent de vider l'approche thérapeutique de son sens, une fois circonscrite à une simple surveillance médicale, renforçant ainsi le sentiment d'une instrumentalisation judiciaire des soins et des soignants aux fins de contrôle social. Le cumul d'un contrôle judiciaire et médical peut en outre se révéler contre-productif sur le plan de la réinsertion des condamnés. Pendant des décennies, ceux-ci seront questionnés à de multiples reprises sur leur histoire et leur passage à l'acte, par les différents CPIP qui se succéderont, mais aussi par des JAP, des médecins coordonnateurs et parfois plusieurs thérapeutes. Malgré leur souhait de « tourner la page », *a fortiori* plusieurs années après leur sortie de détention, ils ont bien souvent le sentiment d'être constamment ramenés à ce qu'ils ont fait, à ce qu'ils ont été, sans jamais pouvoir se tourner réellement vers l'avenir. Sur un plan matériel, ils devront s'organiser pour rencontrer régulièrement de multiples interlocuteurs, ce qui complique leurs autres démarches de réinsertion sociale et professionnelle, pourtant au moins aussi essentielles.

³⁰ Doron C. O., « Une volonté infinie de sécurité : vers une rupture générale dans les politiques pénales ? », in Chevallier P., Greacen T. (dir.), *Folie et justice : relire Foucault*, Paris, Érès, 2009, 179-204.

³¹ Foucault M., *Les anormaux. Cours au collège de France, 1974-1975*, Paris, Seuil, 1999.

³² Gautron V., *(Se) soigner sous la contrainte, op. cit.*

Une réactivation des tensions interprofessionnelles dans un contexte d'asphyxie du système sanitaire

La multiplication des injonctions et des obligations de soin, dont le prononcé ne repose pas toujours sur des considérations cliniques, mobilise inutilement les soignants et asphyxie un système sanitaire déjà submergé. La France manque cruellement de praticiens, qu'ils soient experts, médecins coordonnateurs, relais ou traitants. 465 experts psychiatres étaient inscrits sur les listes des Cours d'appel en 2014 (537 en 2012, 800 en 2007)³³. Du fait de l'augmentation parallèle du nombre d'expertises ordonnées (149 % entre 2002 et 2009), le ratio annuel est passé de 61 expertises par expert psychiatre en 2002 à 151 en 2009. Dans plus de la moitié des juridictions, les injonctions de soin ne peuvent être mises en place de façon satisfaisante faute de professionnels qualifiés. On dénombrait 237 médecins coordonnateurs au premier septembre 2011, très inégalement répartis sur le territoire³⁴. 17 départements en étaient dépourvus début 2012 (32 en 2010), de sorte que la loi de programmation de 2012 évaluait à 1 750 le nombre de mesures non exécutées, soit plus de 30 % des mesures alors en cours. Certains départements souffrent également d'une pénurie manifeste de médecins addictologues et ne disposent d'aucun médecin-relais. De sorte que certains condamnés ne parviennent pas à trouver un médecin traitant, parfois après avoir appelé tous les thérapeutes de leur département. De nombreux centres médico-psychologiques (CMP) et d'accompagnement des personnes souffrant d'addictions (CSAPA, services addictologie des centres hospitaliers, etc.) sont dans l'incapacité d'offrir des prises en charge dans un délai inférieur à six mois. D'autres obstacles résultent de l'inadéquation des règles d'affectation des patients entre structures, sur la base d'un principe de sectorisation fondé sur la domiciliation, alors que les conditions de logement des condamnés sont souvent précaires et changeantes. Certains CMP refusent le public estampillé « justice », d'autres encore exigent une lettre de motivation à des condamnés qui, par définition, ne sont pas demandeurs et pour certains incapables de les écrire. Si le manque de moyens et l'afflux de patients constituent la principale justification des CMP, d'autres motivations plus souterraines expliquent vraisemblablement ce qui s'apparente à des pratiques discriminatoires. La mise en œuvre des SPO réduisant d'autant les possibilités de suivre les patients réellement demandeurs, ces soignants vivent difficilement l'accueil de publics qui ne se cachent pas toujours d'une démarche purement opportuniste, de leur désintérêt pour une réelle démarche thérapeutique, ou qui n'adoptent pas le discours ou les attitudes attendues d'un « bon patient », censé manifester sa souffrance. Des contre-attitudes de rejet en découlent, avec le déploiement progressif d'une suspicion ciblant l'ensemble de la clientèle pénale, quand bien même certains condamnés manifestent un véritable désir d'accompagnement. Face à de telles difficultés, certaines obligations de soin et injonctions thérapeutiques ne sont pas véritablement exécutées, ou prennent des formes mineures, avec des rendez-vous irréguliers, parfois auprès d'un simple généraliste. Magistrats et agents de probation soulignent encore l'ineffectivité du contrôle judiciaire, faute d'échanges d'informations avec les soignants sur le déroulement du suivi médical.

En retour, l'explosion des mesures prononcées et les attentes des acteurs judiciaires tendent à attiser les positions défensives des thérapeutes. Les tensions interprofessionnelles se

³³ Senon J.-L., Zagury D., « L'expertise psychiatrique pénale en France, un système à la dérive », *L'information psychiatrique*, vol. 90, n°8, 2014.

³⁴ Blanc E., *Rapport d'information n°4421 sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel*, Assemblée nationale, 2012.

crystallisent sur la remise d'attestations et l'échange d'informations nominatives, dès lors que les soignants affrontent des pressions croissantes pour qu'ils attestent non seulement de la fréquence du suivi et de l'assiduité du condamné, mais aussi de son investissement et de son évolution. Elles s'inscrivent dans un contexte d'incertitudes professionnelles sur la portée du secret médical, alimenté par la promotion d'un secret dit « partagé » dont les contours demeurent obscurs. À entendre de nombreux magistrats et CPIP, les informations qu'ils sollicitent ne tomberaient pas sous le coup du secret dès lors qu'ils ne sont pas en demande d'éléments sur une éventuelle pathologie, sur le diagnostic, mais sur l'évolution de la personne, sur la fréquence du suivi, sur les conditions de prise en charge sanitaire à la sortie pour ce qui concerne le milieu fermé. Puisqu'il s'agit d'éviter une réitération et de favoriser la réinsertion, au profit de la société comme du condamné lui-même, tous devraient selon eux « *travailler dans le même sens* » pour atteindre ce « *but* » partagé. À défaut, les soignants iraient à l'encontre des intérêts de leurs patients. Ils perçoivent dès lors leur silence non pas comme une protection du cadre thérapeutique, mais plutôt comme un moyen de protéger le pouvoir médical de toute ingérence, sinon comme une marque de défiance ou de mépris.

Si les représentations et les pratiques sont loin d'être homogènes, la plupart des soignants rappellent au contraire le caractère général et absolu du secret, les condamnés eux-mêmes ne pouvant les en délier. Ils réproouvent les obligations croissantes de divulgation d'informations, tant en milieu fermé qu'en milieu ouvert³⁵, de peur de perdre le lien difficilement établi avec les patients qu'ils prennent en charge, de passer à leurs yeux pour des délateurs. L'impossibilité d'instaurer une réelle confiance et confidentialité se traduirait par une véritable chape de plomb, entravant la réussite des thérapies faute d'expression sincère et authentique. Ils sont donc méfiants vis-à-vis de dispositifs qui risquent de les mettre en porte-à-faux vis-à-vis de leurs obligations, logiques et éthiques professionnelles. Pour autant, même les praticiens les plus fermes dans la défense d'un secret absolu acceptent parfois de livrer quelques informations lorsqu'il en va de l'intérêt de leur patient. Selon ce qu'ils savent ou pensent de leur interlocuteur, de ses façons d'interpréter et d'utiliser les informations en question, les soignants adoptent une interprétation plus ou moins souple du secret professionnel. La fréquence, l'ampleur et la qualité des échanges sont toutefois tributaires, non pas de textes qui exacerbent les oppositions plus souvent qu'ils ne facilitent la discussion, mais de rapports d'interconnaissance et de confiance, dont les conditions d'émergence sont cependant loin d'être réunies. Dans quelques sites, des magistrats, des soignants et des travailleurs sociaux se réunissent ponctuellement, à l'occasion de réunions de concertation plus ou moins institutionnalisées. Pour construire, sans confusion des places, une juste articulation entre soin et sanction, ils y réfléchissent aux moyens d'agencer leurs interdépendances complexes, d'assurer la complémentarité de leurs interventions, de concilier la loi, la clinique et l'éthique. Si des discussions prudentes émergent ici et là, ces réunions prennent trop souvent la forme d'une illusion de concertation, d'échanges sporadiques ou qui s'essouffent rapidement, d'autant que la fréquence des mutations, notamment des magistrats, déstabilise chaque fois les réseaux constitués. Les professionnels adoptent généralement une stratégie d'évitement ou de retrait, refusent d'expérimenter une conflictualité qui pourrait au contraire s'avérer constructive. Cet exercice complexe, dont la réussite n'exige aucunement l'échange d'informations nominatives, éviterait pourtant des

³⁵ David M., « Le secret médical en prison et ailleurs. Un concept dépassé et ringard ou un désordre des esprits ? », *L'information psychiatrique*, 2015, vol. 91, n°8, p. 662-670 ; David M., « Le secret médical tire sa révérence en 2015 », *L'information psychiatrique*, 2015, vol. 91, n°8, 637-639 ; Lécuyer A., *Le secret médical. Vie et mort*, Paris, éd. du Cerf, 2016.

phénomènes de disqualification mutuelle, dont les premiers à pâtir sont sans aucun doute les condamnés eux-mêmes.