



HAL
open science

La “ prescription ” judiciaire de soins : complémentarité ou concurrence des rationalités pénale et sanitaire ?

Virginie Gautron, Laurence Leturmy

► To cite this version:

Virginie Gautron, Laurence Leturmy. La “ prescription ” judiciaire de soins : complémentarité ou concurrence des rationalités pénale et sanitaire ?. Archives de politique criminelle, 2022, n° 44 (1), pp.107-119. 10.3917/apc.044.0107 . halshs-03919733

HAL Id: halshs-03919733

<https://shs.hal.science/halshs-03919733>

Submitted on 3 Jan 2023

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 « prescription » judiciaire de soins : complémentarité ou concurrence des rationalités pénales et sanitaires ?

Virginie Gautron, Nantes Université, CNRS, Droit et changement social

Laurence Leturmy, Université de Poitiers, ISCrIm'

Les plaidoyers en faveur d'une alliance entre peine et soin ont proliféré au XIX^{ème} siècle sous l'effet d'un processus de pathologisation du passage à l'acte¹, mais les premiers soins pénalement ordonnés n'ont été consacrés qu'après la Seconde Guerre Mondiale. Deux lois du 24 décembre 1953 et du 15 avril 1954 ont introduit cette contrainte à l'encontre des individus toxicomanes puis des alcooliques dangereux pour autrui. En pratique, toutefois, les premières obligations de soins sont nées à la fin de cette décennie, en même temps que le sursis avec mise à l'épreuve. Prononçables pour tout type de transgression à la loi pénale, à l'exception des contraventions, elles sont désormais envisageables que ce soit au cours de l'instruction (contrôle judiciaire), lors du prononcé de la peine (*via* les aménagements de peine), voire dans l'après-peine (mesures de sûreté post-sentencielle). Sur un plan procédural, leur encadrement juridique est particulièrement mince². Aucune expertise médico-psychologique préalable n'est exigée et aucun cadre formel ne préside aux relations entre acteurs judiciaires et sanitaires, en dehors des règles générales relatives au secret professionnel médical.

Une loi du 31 décembre 1970 est à l'origine d'un dispositif spécifique ciblant les personnes toxicodépendantes, y compris, depuis une réforme de 2007, à l'alcool : l'injonction thérapeutique³. Si les magistrats du siège peuvent la prononcer, l'ambition initiale était surtout de permettre aux parquets de proposer des soins en amont des poursuites et, en cas de réussite, d'éviter une condamnation pénale⁴. Sans abandonner les figures classiques de dangerosité que sont les « fous » et les « junkies », les paniques morales se sont déportées sur les délinquants sexuels dans les années 1990. Depuis une loi du 17 juin 1998, un dispositif sanitaire nettement plus contraignant leur est dédié, sous la forme d'une injonction de soin, insérée dans la nouvelle peine de suivi socio-judiciaire (SSJ)⁵. Plusieurs lois ont ensuite étendu son champ d'application à une vingtaine de crimes et délits, parmi lesquels les atteintes volontaires à la vie et les coups mortels, les tortures et actes de barbarie, les violences aggravées sur conjoint ou sur mineurs de quinze ans, les incendies volontaires, ou plus récemment des infractions à caractère terroriste. Ce suivi, qui peut atteindre plusieurs décennies pour les infractions les plus graves, est même potentiellement perpétuel lorsqu'il s'agit d'un crime puni de la réclusion criminelle à perpétuité. Tout manquement peut être sanctionné par une peine privative de liberté, dont le *quantum* est désormais de trois ans en matière délictuelle et de sept ans en matière criminelle. Plusieurs réformes ont parallèlement restreint le caractère facultatif de l'injonction, en contraignant les magistrats à motiver toute exclusion lorsqu'ils prononcent un SSJ. Elles ont aussi autorisé son prononcé dans le cadre d'une surveillance judiciaire, d'une libération conditionnelle, puis d'une surveillance de sûreté⁶. Pour faciliter les échanges d'informations sans malmener le secret professionnel des soignants, un « médecin coordonnateur » s'est vu confier l'interface entre le

¹ RENNEVILLE M., *Crime et folie : deux siècles d'enquêtes médicales et judiciaires*, Paris, Fayard, 2003.

² Art. 132-45 3^o du Code pénal.

³ Art. 41-2 17^o du Code de procédure pénale, art. 132-45 3^o du Code pénal, art. L. 3413-1 et s. et L3423-1 et s. du Code de la santé publique.

⁴ BERGERON H., *L'État et la toxicomanie : histoire d'une singularité française*, Paris, PUF, 1999.

⁵ Art. 131-36-1 et s. du Code pénal.

⁶ Art. 723-30, 732-1 et 706-53-19 du Code de procédure pénale.

condamné, son thérapeute et l'autorité judiciaire. A partir d'examen réguliers, il vérifie le bon déroulement de la mesure et en rend compte au juge de l'application des peines (JAP)⁷. Un dispositif similaire a été répliqué pour l'injonction thérapeutique, avec la nomination de « médecins relais » puis de « psychologues relais »⁸.

Les espaces d'enfermement ayant concentré l'attention des chercheurs, rares sont les études empiriques qui appréhendent la nature, les formes et les effets de l'articulation entre santé mentale et justice pénale en milieu ouvert⁹. Les statistiques ministérielles sont quant à elles d'un faible secours, puisqu'elles ne renseignent ni sur la fréquence des mesures ordonnées, ni sur les types d'infractions ciblées, et encore moins sur le profil des condamnés concernés. Ce déficit de connaissance est à l'origine d'une recherche collective et pluridisciplinaire financée par l'Agence Nationale de la Recherche entre 2016 et 2021, sur laquelle s'appuie notre contribution¹⁰. Nous souhaitons objectiver la fréquence et les évolutions du prononcé des différents types de soins pénalement ordonnés, ainsi que les critères décisionnels des magistrats. A cet effet, nous avons étudié un échantillon de 2698 dossiers judiciaires impliquant des majeurs dans six juridictions de trois ressorts de cours d'appel différents, pour comparer les pratiques dans l'une des plus importantes en région parisienne et cinq tribunaux de tailles variables du Grand Ouest de la France.

Si nous avons pris en compte l'ensemble des crimes jugés par les cours d'assises (703 dossiers), nous avons sélectionné trois catégories d'infractions dans les affaires délictuelles poursuivies (1344) ou traitées par le biais d'alternatives aux poursuites (651) : les infractions à caractère sexuel, les violences conjugales et les infractions à la législation sur les stupéfiants. Pour l'ensemble de ces affaires, nous avons adopté une approche longitudinale périodique, néanmoins contrainte par les durées d'archivage des dossiers. Afin d'identifier des variations dans le temps, l'échantillon comprend des affaires traitées en 2000, 2005, 2010, 2015, mais aussi 1980 et 1990 en matière criminelle. Etant précisé que plusieurs infractions peuvent apparaître dans un même dossier, près de la moitié comprennent des infractions à la législation sur les stupéfiants (46.6%), un cinquième des violences sexuelles (20.6%), presque autant des violences conjugales (18.5%). En matière criminelle, des atteintes aux biens et des atteintes à la vie apparaissent dans près d'un tiers des cas (respectivement 30% et 29.3%), mais les crimes les plus fréquents sont de nature sexuelle (43%).

Nous souhaitons par ailleurs analyser les registres de justification et les finalités assignées à cette contrainte, ainsi que les pratiques et les modes relationnels des acteurs impliqués dans ces

⁷ Art. L3711-1 et s. du Code de la santé publique.

⁸ Art. L3413-1 et s. du Code de la santé publique.

⁹ V. notamment GAUTRON V., « Soigner, moraliser et contrôler : l'injonction de soin au carrefour de finalités plurielles », in *Mélanges en l'honneur de Jean Danet*, Paris, Dalloz, 2020, p. 167-180 ; LANCELEVÉE C., PROTAIS C., RENARD T., SAETTA S., « Un renouveau des recherches francophones sur les relations entre la justice et la santé mentale », *Champ pénal/ Penal field*, vol. 18, 2019 [URL : <http://journals.openedition.org/champpenal/11213>]; SAETTA S., « Inciter des auteurs d'infractions à caractère sexuel incarcérés à se soigner », *Champ pénal/ Penal field*, vol. XIII, 2016 [URL : <http://champpenal.revues.org/9401>]; LE BODIC C., MICHELOT M., ROBIN D., « Les soins pénalement ordonnés. Cadre légal et revue de la littérature », *Annales Médico-Psychologiques*, vol. 173, 2015/2, p. 197-202.

¹⁰ GAUTRON V. (dir.), *Réprimer et Soigner. Une étude empirique de l'articulation santé – justice* (REPESO, ANR 2016-2021). Cette recherche a mobilisé une importante équipe de juristes et de sociologues. Outre les collègues cités dans cet article, près d'une vingtaine de chercheurs et d'ingénieurs d'étude y ont participé : Audrey CORNEC, Sarah DELCROIX, Émilie DUBOURG, Cindy GORAGUER, Morgane HANSCOTTE, Nawel HEMARID, Roxane LAHAYE, Xavier de LARMINAT, Justine LAPLAIGE, Anaïs LE THELLEC, Sylvie MOREL, Thibault PETOLAS, Jean-Noël RETIÈRE, Mélanie ROUÉ, Gildas ROUSSEL, Claire SAAS, Morgane TISSEIRE, Camille TRÉMEAU.

prises en charge. Nous avons donc réalisé dans cinq des six sites de l'étude une centaine d'entretiens semi-directifs, essentiellement auprès de magistrats (27), d'agents de services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP, 24) et de professionnels de santé (46) exerçant auprès de publics sous main de justice, dont un peu plus de la moitié occupaient des fonctions d'auxiliaires de justice (experts, médecins coordonnateurs ou relais). Cet article rend compte de l'inflation des soins pénalement ordonnés depuis les années 2000 (I). Toutefois, le prononcé de ces mesures est partiellement désindexé des troubles addictifs et psychiques qui affectent bon nombre de justiciables (II).

I- Une inflation des soins pénalement ordonnés par les juridictions de jugement

Si l'on observe une progression des mesures ordonnées par les juridictions de jugement entre 2000 et 2015, l'échantillon de dossiers dévoile des évolutions contrastées selon les types de mesures et les types d'infractions (A). La fréquence de leur prononcé est le résultat, dans une large mesure, de la forte prévalence des troubles addictifs et psychiques parmi les justiciables, la contrainte étant placée au service de la clinique (B).

A- Des évolutions contrastées selon les types de mesures et d'infractions

Dans l'ensemble des affaires qui se sont soldées par une condamnation correctionnelle ou criminelle (1 955 dossiers), la fréquence des soins obligés, tous types confondus, a globalement doublé en 15 ans (14.8% en 2000 ; 29.9% en 2015). En raison du déploiement progressif puis de l'extension du champ d'application de l'injonction de soin, elle a même quadruplé en matière criminelle (8.5% à 36.5%). L'augmentation est moindre en matière correctionnelle (20.9% à 28.6%), mais ces pourcentages masquent des variations significatives selon les types de mesures et les infractions sanctionnées. Les obligations de soins, auxquelles s'ajoutent de très rares injonctions thérapeutiques, sont presque deux fois plus fréquentes en matière de délits à la législation sur les stupéfiants (ILS) et en présence de violences conjugales. En fin de période, près d'un condamné sur cinq était concerné dans le premier cas (19.1%), et même près de quatre conjoints violents sur dix (38.5%). Ces mesures sont désormais presque systématiques dans le cadre d'un sursis probatoire (60.4 % en 2000, 83.9 % en 2015). Près d'un tiers des condamnés pour délits sexuels ont été condamnés à une obligation de soins en 2015 (32%), mais ces mesures ont régressé après 2005, concurrencées alors par le dispositif de l'injonction de soins.

Le nombre d'injonctions de soins a quant à lui nettement progressé, surtout après 2005, en partie du fait d'une extension progressive de son champ d'application. Elles ont touché 29.1 % des délinquants sexuels en 2015, mais près de la moitié de ceux condamnés par une Cour d'assises (47.2%). Le dispositif cible plus rarement les auteurs de délits sexuels, dont certains sont vraisemblablement des viols correctionnalisés. À compter de 2010, les injonctions s'adressent à plus d'un quart des condamnés pour atteintes à la vie (29.2% en 2015). En

revanche, elles sont rarissimes en présence d'infractions de moindre gravité (violences conjugales, etc.)¹¹.

Dans la palette des mesures sanitaro-pénales disponibles, une seule fait exception. L'injonction thérapeutique, qui cible encore essentiellement des usagers de stupéfiants, n'est presque jamais prononcée au terme des audiences de jugement, et de moins en moins par les magistrats du parquet en tant qu'alternative aux poursuites¹². Sur l'ensemble du territoire, le ministère de la Justice recensait 3 606 classements après injonction thérapeutique en 2000, près de quatre fois moins vingt ans plus tard (925 en 2018)¹³. De très nombreux parquets n'en prononcent plus du tout, comme dans quatre des six sites de notre étude. En région parisienne, cette mesure semble néanmoins connaître un léger regain d'intérêt du fait d'une augmentation de la consommation de cocaïne et de crack. Partout, cette perspective socio-sanitaire s'est vue concurrencée par une dynamique managériale de gestion des flux, doublée d'un renforcement de la logique répressive. Les parquets ont certes développé d'autres alternatives comprenant une dimension d'incitation aux soins (stages, orientations sanitaires et sociales). Mais, les procédures simplifiées de jugement et la nouvelle amende forfaitaire délictuelle escamotent de plus en plus cette ambition pédagogique, préventive et sanitaire, au profit de peines essentiellement pécuniaires.

B- Une contrainte judiciaire au service de la clinique

S'il nous est impossible de détailler ici l'ensemble de nos résultats, la fréquence des obligations et des injonctions de soins s'explique par la forte prévalence des troubles psychiques, des situations d'abus ou de dépendance à l'alcool, et de la progression de la consommation de stupéfiants, même s'il s'agit principalement de cannabis¹⁴. Les polyconsommations ne sont pas rares, y compris de la part des personnes souffrant de lourdes pathologies mentales, de sorte que la récente réforme de l'irresponsabilité pénale se traduira vraisemblablement par une contraction supplémentaire de son champ d'application. Toutes choses égales par ailleurs, nos analyses multivariées montrent que ces différents marqueurs cliniques pèsent significativement dans les décisions des magistrats¹⁵. En outre, les publics affectés par ce genre de problématiques présentent des trajectoires biographiques plus heurtées que la moyenne des prévenus, émaillées d'événements traumatiques durant l'enfance (placements, violences intrafamiliales, abus sexuels, etc.), ce qui renforce vraisemblablement, du point de vue des acteurs judiciaires, l'intérêt d'une psychothérapie. Magistrats et personnels pénitentiaires présentent ces mesures

¹¹ Ces données n'embrassent pas la totalité des obligations et des injonctions exécutées, dès lors que les juridictions de l'application des peines sont susceptibles d'en prononcer durant la phase post-sentencielle. En outre, même en l'absence d'obligation *stricto sensu*, de nombreux détenus sont fermement incités à engager une prise en charge thérapeutique. GAUTRON V., RAFIN N., « L'investissement des condamnés dans les soins : une exploration des représentations professionnelles » in GAUTRON V. (dir), *Réprimer et Soigner : pratiques et enjeux d'une articulation complexe*, Rennes, PUR, 2023, à paraître.

¹² GAUTRON V., OBRADOVIC I., « Entre incitation aux soins, punition et gestion des flux : le traitement ambivalent des usagers de stupéfiants par les magistrats du parquet », *in ibid.*

¹³ Source : statistiques du ministère de la Justice.

¹⁴ GAUTRON V., MILBURN P., OBRADOVIC I., TUAL L., « L'intrication des problématiques médico-psychologiques et sociales des justiciables », in GAUTRON V. (dir), *op. cit.*

¹⁵ GAUTRON V., POUGET P., OBRADOVIC I., ROUSSEAU F., « La « prescription » judiciaire de soins : une analyse des pratiques décisionnelles des magistrats », *in Ibid.*

comme un accompagnement dont la vocation est véritablement thérapeutique, en soutien du condamné et non contre lui¹⁶. Ils justifient l'obligation par une forme de nécessité : en raison de leurs troubles, les condamnés concernés ne pourraient pas en faire l'économie. Elle constitue à leurs yeux un « *pari* » destiné à produire un « *déclat* », voire un dispositif d'accès aux soins pour les plus désaffiliés. L'absence de demande des publics placés sous main de justice apparaît en effet comme une évidence partagée, tant par les acteurs judiciaires que les soignants, même si ces réticences ne sont pas systématiques. Beaucoup seraient dans le déni ou minimiseraient leurs troubles, aussi par crainte du stigmate associé. Être étiqueté comme « alcoolique », « toxicomane », « schizophrène », « psychopathe » ou « pervers » apparaît le plus souvent, non sans raison¹⁷, comme une marque de déchéance ou d'infamie. Il n'est dès lors pas étonnant que de nombreux prévenus cherchent à échapper à ces sentiments de dévalorisation personnelle, *a fortiori* lors d'une audience publique. Les recommandations ou prescriptions judiciaires de soin leur font l'effet d'un jugement, plus que d'une main tendue. Souvent, ils ont aussi le sentiment que les soignants sont « *du côté de la normalisation, de la correction, de l'orthopédie. Enfin des trucs très foucaaldiens* »¹⁸.

Les acteurs judiciaires présentent la contrainte comme un moyen de leur économiser une demande qu'ils ne seraient pas en mesure de formuler eux-mêmes. Ils confient aux thérapeutes la charge de « susciter », « porter » ou « stimuler » la demande, de lever leurs résistances vis-à-vis de l'approche psychothérapeutique, notamment en déconstruisant leurs représentations négatives sur le sujet. Au terme de cette entreprise de production du consentement, ils espèrent que le condamné finisse par percevoir les bénéfices d'une prise en charge et « *s'approprie* » cette obligation¹⁹, qui ne serait « *plus la décision du tribunal, ou la décision du juge de l'application des peines* »²⁰, mais de la personne elle-même. Lorsque cette adhésion demeure malgré tout précaire, la contrainte permettrait de pallier leur manque de volonté et de les astreindre à une certaine régularité dans la poursuite des soins²¹. Tout en étant convaincus de son intérêt, de nombreux professionnels insistent néanmoins sur la nécessité de faire émerger une véritable demande, sans laquelle la thérapie ne pourrait produire le moindre effet. Certains magistrats évitent donc le prononcé d'obligations en présence d'un refus catégorique, car leur décision aboutirait de façon presque inéluctable à la révocation du sursis probatoire.

Les professionnels de santé qui exercent des missions d'auxiliaires de justice partagent cette façon d'appréhender les soins pénalement ordonnés. Nos entretiens dévoilent aussi une dynamique de « conversion » et d'acculturation des autres soignants au principe de la contrainte. On observe en effet un affaiblissement du dogme de la demande libre, dominant dans les années 1970, selon lequel il serait impossible d'établir une alliance thérapeutique en l'absence d'un engagement spontané et authentique. Une seule psychologue exerçant en détention nous a précisé être favorable à leur suppression pure et simple. Même parmi les plus réfractaires à toute forme de collaboration médico-judiciaire, certains reconnaissent que « *la*

¹⁶ GAUTRON V., OBRADOVIC I., GRUNVALD S., « Les soins pénalement ordonnés : des finalités et des conceptions professionnelles plurielles », *in Ibid.*

¹⁷ LOVELL A., HENCKES N., TROISOEUF A., VELPRY L., « Sur quelques mauvais jeux de mots : classifications psychiatriques et stigmatisation », *L'information psychiatrique*, vol. 87, n°3, 2011, p. 175-183 ; SUISSA J. A., « Alcoolisme et stigmatisation : repères sociohistoriques et importance des liens sociaux », *Écrire le social*, 2020, vol. 1, n°2, 2020, p. 64-71.

¹⁸ Psychologue exerçant en détention (e58).

¹⁹ JAP (e5).

²⁰ JAP (e7).

²¹ Président d'audiences correctionnelles (e73).

contrainte de la rencontre peut être utile »²². Excepté ce point de consensus, les controverses sur la « médicalisation » de la peine sont encore prégnantes. Comme dans les années 1970, au plus fort des tensions interprofessionnelles entre acteurs judiciaires et sanitaires, de nombreux thérapeutes regrettent que les magistrats se transforment abusivement en « prescripteurs de soins ». Ils déplorent une confusion récurrente entre délinquance et troubles psychiques, ainsi qu'une instrumentalisation du soin et des soignants aux fins de contrôle et de normalisation sociale. Les marqueurs cliniques qui président normalement au prononcé de ces mesures sont effectivement en concurrence avec d'autres déterminants, qui relèvent davantage de logiques proprement judiciaires.

II- Le prononcé judiciaire des soins partiellement désindexé des problématiques sanitaires

En entretien, de très rares professionnels, y compris parmi les acteurs judiciaires, ont présenté l'inflation des soins pénalement ordonnés comme le résultat d'une progression des problématiques addictives ou psychiatriques. En réalité, bien d'autres facteurs expliquent cette augmentation, ce qui rend peu lisible l'articulation judiciaire entre problématiques sanitaires et mesures de soins. En effet, le prononcé de ces mesures est parfois détaché de réels problèmes d'ordre sanitaire (A). A l'inverse, la présence de troubles psychiques ne rime pas forcément avec l'imposition de soins par le juge (B).

A- Des soins imposés malgré l'absence de nécessité thérapeutique manifeste

La plupart des professionnels déplorent, y compris parmi les magistrats, un recours mécanique et routinisé à ces mesures, qui ne seraient donc pas toujours bien ciblées. Outre la rareté des enquêtes sociales et des expertises préalables²³, l'accélération du rythme des audiences a restreint le temps consacré à questionner les prévenus sur d'éventuels troubles addictifs ou psychiques. Leurs déclarations soulèvent par ailleurs des formes de suspicion. Si certains minorent leurs troubles, d'autres au contraire les exagèrent, souvent parce qu'ils escomptent une plus grande clémence judiciaire²⁴. Les magistrats prennent en compte ce qui « saute aux yeux », « visuellement » et « physiquement »²⁵. Ils s'appuient également sur des indices extraits des circonstances de la commission des faits, ou des antécédents lorsqu'ils impliquent une consommation d'alcool ou de drogues. En l'absence d'informations médicales, ils ont alors tendance à prononcer une obligation de soins à titre préventif, « dans le doute » et par « facilité »²⁶. Ils précisent laisser au JAP le soin d'en exempter le condamné, alors même que

²² Psychiatre exerçant en détention (e34).

²³ GAUTRON V., MILBURN P., OBRADOVIC I., TUAL L., *op. cit.* ; BOSSAN J., LETURMY L., MILBURN P., « De l'examen aux recommandations : pratiques, méthodes et enjeux de l'expertise clinique », in GAUTRON V. (dir), *in Ibid.*

²⁴ GAUTRON V., RAFIN N., *op. cit.*

²⁵ Procureur de la République (e13).

²⁶ Présidente d'audiences correctionnelles (e65).

les relèvements sont en réalité plutôt rares²⁷. L'un d'entre eux pointe le paradoxe qui consiste à ne « *pas forcément reconnaître les troubles psychiatriques là où ils existent* », du fait de la raréfaction des irresponsabilités pénales, alors qu'ensuite « *la question du soin envahit tout. C'est-à-dire que finalement, on va demander des soins pour tout le monde quoi. Y compris pour ceux qui n'en relèvent pas* »²⁸.

Pour expliquer cette « sur-prescription », quelques professionnels emploient une grille de lecture d'inspiration foucauldienne, le prononcé de soins offrant un retournement du « *vilain métier de punir dans le beau métier de guérir* »²⁹. Ils deviendraient eux-mêmes « *addicts de l'obligation* », « *comme si le soin avait quelque chose de magique* »³⁰. Les soignants surtout, mais aussi quelques acteurs judiciaires, dénoncent toujours les effets d'une « pathologisation » excessive de la délinquance. Les magistrats, et plus encore les jurés, interprèteraient trop souvent certains types de délinquance comme le symptôme d'une maladie. Du fait d'une confusion entre déviances et troubles psychiques, les soins deviendraient « *une condition sine qua non de la prise en charge et de la réadaptation* »³¹, au service d'une entreprise de normalisation. A l'aune de nos analyses multivariées, la nature de l'infraction apparaît en effet souvent plus discriminante que l'état de santé des prévenus, surtout en présence de violences, *a fortiori* sexuelles. A défaut d'éléments diagnostiques fiables, les caractéristiques des faits constituent pour les magistrats « *un premier filtre* »³², comme le type de produits consommés ou la quantité détenue en matière d'ILS. De nombreux conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP) et professionnels de santé regrettent que ces mesures soient de plus en plus prononcées pour de simples problématiques comportementales, qui ne relèvent pas selon eux d'une prise en charge médico-psychologique. Les soignants refusent d'endosser un rôle de « *redresseur de tort* » et déplorent que la justice fasse « *rentrer dans le champ de la médecine, des choses qui relèvent de l'éducatif, du social, de la morale* »³³.

Pour de nombreux magistrats, mais aussi des CPIP et des soignants exerçant comme auxiliaires de justice, les soins n'ont effectivement pas qu'une vocation thérapeutique, au seul bénéfice de la santé mentale du condamné. Il s'agit d'un instrument de prévention de la récidive, qui pour certains constitue une finalité parmi d'autres, mais pour nombre d'entre eux une véritable priorité. Selon une JAP, les soins visent d'abord à « *éviter de la récidive et peut-être qu'accessoirement, ça fera du bien à la personne* »³⁴. Comme elle, plusieurs de ses collègues avancent que la procédure pénale n'a pas vocation à transformer les magistrats en « *bons samaritains* » : « *la demande de la décision de justice, c'est la prévention de récidive* »³⁵. Cette finalité générale est le plus souvent associée aux effets escomptés d'un « *travail sur le passage à l'acte* », une formulation récurrente et partagée. Celui-ci suppose un engagement réflexif du condamné sur les motivations, les causes, le sens et les conséquences des faits reprochés. Le rapport dialectique entre ce « travail » et une perspective proprement psychothérapeutique est souvent ténu. Il n'est pas rare en effet qu'ils en attendent une reconnaissance pleine et entière

²⁷ LETURMY L., POLLET E., « Le contrôle judiciaire des soins : entre variabilité et hétérogénéité des pratiques », in GAUTRON V. (dir.), *op. cit.*

²⁸ JAP (e3).

²⁹ FOUCAULT M., *Les anormaux*, Cours au Collège de France, 1974-1975, Paris, Gallimard, 1999, p. 22.

³⁰ Médecin généraliste, CSAPA (e91).

³¹ JAP (e3).

³² Présidente d'audiences correctionnelles (e1).

³³ Psychologue en détention (e53).

³⁴ JAP (e5).

³⁵ Président d'audiences correctionnelles (e73).

des faits, une prise de conscience de leur gravité, l'émergence de remords ou d'une plus grande empathie envers la victime, ce qui induit un net rapprochement avec la philosophie classique de l'amendement moral³⁶. Le soin s'affirme comme une « *technique de redoublement des mécanismes légaux* »³⁷. Alors que la loi « *agit à la surface de l'individu* » et ne peut le contraindre à éprouver certains affects, le soin apporte « *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* »³⁸.

Au titre de la prévention de la récidive, les soins autorisent également un surplus de contrôle et de surveillance, superposable au contrôle des institutions pénales. Cette dimension est particulièrement nette concernant l'injonction de soins, d'ailleurs introduite dans une optique assumée de défense sociale. Selon le rapporteur du projet de loi au Sénat, l'introduction du SSJ visait à augmenter « *l'ombrelle pénale sur les auteurs* », en soignant la personne « *d'abord, dans un souci de protection de la société et, ensuite, pour elle-même* »³⁹. Cette mesure permet une surveillance médicale plus longue et plus soutenue qu'une simple obligation. L'intervention des médecins coordonnateurs offre un double regard médical et leurs entretiens (quatre par an) se cumulent à ceux des thérapeutes. Une DPIP regrette qu'il s'agisse essentiellement « *d'entourer l'intéressé d'un maillon sanitaire, psycho-sanitaire, le plus serré possible. Et en gros, il quitterait un médecin pour aller en voir un autre, pour venir au rendez-vous au SPIP, pour aller voir après le psychiatre* »⁴⁰.

Dans un contexte de responsabilisation croissante, ces professionnels expliquent la multiplication des soins pénalement ordonnés par un phénomène d'« *ouverture de parapluie* », qui concernerait autant les magistrats, les CPIP, que les experts. Une « *logique immunitaire* »⁴¹ affecte en effet leurs pratiques évaluatives et décisionnelles. Les experts écartent de moins en moins tout risque de récidive⁴², ce qui contribue à l'inflation des mesures prononcées. Dans les dossiers comprenant des expertises, la mention par au moins un expert d'une dangerosité psychiatrique, criminologique, ou de risques de récidive (autres que faibles) multiplie par deux la probabilité de soins, et même par près de quatre celle d'une injonction. Comme ils recommandent généralement des soins, exclure ces mesures constitue un risque professionnel pour les magistrats, du moins dans l'hypothèse de faits relativement graves. Quelques magistrats reconnaissent sans difficulté un réflexe défensif. En prononçant des soins, ils sont en mesure de justifier, dans l'hypothèse d'une récidive effective, qu'ils ont mis en place tous les moyens à leur disposition pour l'éviter. D'autres s'en défendent. Ils insistent plutôt sur leur difficulté à motiver l'exclusion de soins lorsque l'expert en recommande, car il leur faut alors contrer un argumentaire médical sans pourtant disposer des compétences nécessaires. Cet

³⁶ GAUTRON V., « Remorse in the French Criminal Justice System : a Subterranean Influence », in TATA C., FIELD S. (eds), *The Ideal Defendant : Showing Remorse and Taking Responsibility*, Onati International Series in Law & Society, Hart (à paraître).

³⁷ DORON C.-O., « La volonté de soigner. D'un singulier désir de soin dans les politiques pénales », in LEFÈVE C., WORMS F. (dir.), *La philosophie du soin*, Paris, PUF, 2010, p. 287.

³⁸ *Ibid.*, p. 287-288.

³⁹ JOLIBOIS C., Séance du 29 octobre 1997, Sénat. Discussion du projet de loi (n°11, 1997-1998) relatif à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs victimes.

⁴⁰ DPIP exerçant en milieu ouvert (e8).

⁴¹ KAMINSKI Dan, *Pénalité, Management, Innovation*, Namur, Presses universitaires de Namur, 2009, p. 103.

⁴² A partir des années 2000, la probabilité d'un pronostic défavorable est trois fois plus élevée par rapport aux années 1980 et 1990. GAUTRON V., MILBURN P., « Expertises et pronostics de « dangerosité » : des évaluations controversées », in GAUTRON V. (dir.), *op. cit.*

ensemble de facteurs explicatifs concourt à l'inflation des soins pénalement ordonnés. D'autres critères judiciaires conduisent au contraire à exclure ces mesures dans de nombreux cas, quand bien même les magistrats constateraient des dépendances ou des troubles psychiatriques.

B- Des soins écartés malgré la présence de pathologies

A cet égard, les antécédents judiciaires constituent autant un motif de prononcé que d'exclusion des soins. Lorsque le prévenu présente un casier vierge, les magistrats du siège hésitent à prononcer un sursis probatoire, qui constitue malgré tout une peine d'emprisonnement, à l'encontre de primo-délinquants responsables d'infractions de petite et moyenne gravité. En revanche, la répétition des faits renforce l'hypothèse de problèmes d'ordre sanitaire, justifiant alors le prononcé d'obligations ou d'injonctions. Toutefois, lorsque les antécédents s'accumulent, il n'est alors plus question de soins, du moins hors les murs, car les peines d'emprisonnement ferme sont alors privilégiées. Au-delà du nombre de condamnations antérieures, les magistrats prennent en compte la nature des peines précédemment prononcées, notamment l'existence de sursis probatoires assortis d'une obligation de soins, surtout lorsqu'ils ont été révoqués. Sans que cela soit systématique, l'échec d'une première tentative peut les amener à douter de l'intérêt d'en prononcer une nouvelle. Un procureur de la République indique alors avoir « *tendance à dire "écoutez, monsieur ou madame, on vous a aidé une ou deux fois, ça change rien. C'est plus de notre ressort". Nous, on est obligé d'en revenir... c'est sans doute insuffisant mais on n'a pas d'autre arme à l'aspect sanction du passage à l'audience, point barre* »⁴³. Pour une présidente d'audiences correctionnelles, « *objectivement ça fait vraiment partie des rares indices qui ne sont vraiment pas bons* » et « *il faut reconnaître qu'on va plus réfléchir à la question d'une peine ferme* »⁴⁴.

Or, les données collectées montrent des corrélations significatives entre ces problématiques sanitaires et le fait de présenter un casier judiciaire chargé. Parmi les prévenus présentés comme « alcooliques », 43,8 % avaient déjà été condamnés à plusieurs reprises (contre 33,9 %), 34,1 % incarcérés (contre 19,1 %). Près de 70% des consommateurs d'opiacés présentaient plusieurs antécédents judiciaires, et même 80% des usagers de crack. Les addictions et troubles psychiatriques sont également associés à une plus grande précarité sociale⁴⁵. Ce n'est pas systématique, mais ces publics sont plus souvent en situation d'inemploi, sans logement ou vivent dans des habitats très précaires, ce qui n'est pas sans influence sur les peines prononcées. Une finalité plus répressive, centrée sur l'effectivité de l'exécution des peines, tend alors à l'emporter sur le traitement des problématiques sanitaires, quand bien même les magistrats y verraient un facteur de récurrence. Les magistrats privilégient un emprisonnement ferme plutôt qu'un sursis probatoire, surtout à l'encontre des SDF, de peur que ces publics soient introuvables ou ne respectent pas les obligations et interdictions posées dans le cadre de la probation. Si plusieurs professionnels évoquent une moindre compliance au soin des plus marginalisés, ce qui pourrait expliquer des résistances judiciaires plus fortes à l'idée d'en prononcer, leurs problématiques addictives et psychiatriques sont pourtant nettement plus

⁴³ Procureur de la République (e48).

⁴⁴ Présidente d'audiences correctionnelles (e65).

⁴⁵ GAUTRON V., MILBURN P., OBRADOVIC I., TUAL L., *op. cit.*

prégnantes⁴⁶. La probabilité de soins obligés est malgré tout divisée par près de deux⁴⁷. Le poids des garanties de représentation⁴⁸ pèse aussi négativement à l'encontre des prévenus de nationalité étrangère, dont l'accès aux soins se trouve par ailleurs entravé en l'absence de maîtrise de la langue française. Toutes choses égales par ailleurs, la probabilité de soins pénalement ordonnés est alors divisée par plus de deux, et même par plus de trois dans les dossiers correctionnels comprenant des ILS. Les facteurs de discrimination tenant au logement et à la nationalité se cumulent par ailleurs, puisque les étrangers apparaissent deux fois plus souvent en situation de précarité sur le plan résidentiel.

Une proportion non négligeable de condamnés affectés de troubles addictifs ou psychiques échappe donc au prononcé de mesures socio-sanitaires. En raison de la gravité des infractions commises, il s'agit même de la règle en matière criminelle⁴⁹. Officiellement⁵⁰, les soins obligés n'interviennent alors qu'au terme de l'incarcération, dans le cadre d'un aménagement de peine ou d'un suivi socio-judiciaire. Dans l'ensemble des condamnations prononcées entre 2000 et 2015, 69 % de ceux pour lesquels au moins un professionnel mentionne une dépendance à l'alcool ont été condamnés à un emprisonnement au moins partiellement ferme, 31.6 % en matière correctionnelle. En présence d'une dépendance à d'autres drogues, ces pourcentages sont respectivement de 60.8 % et 49 % dont, en matière correctionnelle, 65.4 % des consommateurs de crack, 46.4 % des consommateurs d'opiacés et 46.4 % des consommateurs de cocaïne. Si certains d'entre eux ont vraisemblablement bénéficié d'un aménagement préalable à toute incarceration, du moins dans l'hypothèse d'une courte peine, la fréquence des peines privatives de liberté explique la sur-représentation de ces publics parmi les personnes incarcérées⁵¹.

Conclusion

À l'instar des traitements proposés dans d'autres pays, les soins pénalement ordonnés constituent donc des mesures « *hybrides* », insufflées par des logiques distinctes, mais qui « *se chevauchent* »⁵². Comme à l'étranger, on observe néanmoins un « *déséquilibre graduel, mais constant* » entre les rationalités en présence, au profit d'une logique de contrôle et de normalisation des populations à risque⁵³. Cette perspective correctionnaliste est toutefois plus manifeste dans d'autres pays, où le personnel soignant est recruté par l'administration pénitentiaire et où les dérogations au secret professionnel médical sont plus étendues⁵⁴. Certains

⁴⁶ V. également ALLARIA C., BOUCEKINE M., « L'incarcération des personnes sans logement et en grande difficulté psychique dans les procédures de comparution immédiate », *Champ pénal/Penal field*, vol. 18, 2019 [URL : <http://journals.openedition.org/champpenal/11327>].

⁴⁷ GAUTRON V., POUGET P., OBRADOVIC I., ROUSSEAU F., *op. cit.*

⁴⁸ GAUTRON V., RETIÈRE J.-N., « Des destinées judiciaires pénalement et socialement marquées », in DANET J. (coord.), *La réponse pénale. Dix ans de traitement des délits*, Rennes, PUR, octobre 2013, p. 211-251.

⁴⁹ 93.8 % ont été condamnés à une peine d'emprisonnement ferme ou de réclusion criminelle.

⁵⁰ Nombre d'entre eux sont en effet fermement incités à engager une prise en charge en détention. GAUTRON V., RAFIN N., *op. cit.*

⁵¹ FOVET T. et al., « Mental disorders on admission to jail: A study of prevalence and a comparison with a community sample in the north of France », *European psychiatry*, vol. 63, n°1, 2020, e43.

⁵² WARD T., « Punishment or therapy? The ethics of sexual offending treatment », *Journal of Sexual Aggression*, vol. 16, n°3, 2010, p. 286-295.

⁵³ QUIRION B., « Traiter les délinquants ou contrôler les conduites : le dispositif thérapeutique à l'ère de la nouvelle pénologie », *Criminologie*, vol. 39, n°2, 2006, p. 146.

⁵⁴ V. notamment WARR J., *Forensic Psychologists. Prison, Power, and Vulnerability*, Emerald Publishing, 2020.

auteurs y observent de longue date une « *corruption des soins* »⁵⁵, voire des punitions déguisées en « *cures* »⁵⁶. En participant à la responsabilisation et à la « *re-moralisation* » des délinquants, les programmes de traitement engageraient une « *nouvelle alliance discursive* » avec la punitivité⁵⁷. En France, des magistrats et des CPIP sont certes critiques sur la nature des traitements proposés, confondent parfois thérapie et amendement moral, mais les espoirs qu'ils placent dans cet idéal thérapeutique ne se résument pas à une recherche de normalisation et de contrôle social.

Pour autant, cette concurrence des rationalités pénales et sanitaires alimente les tensions interprofessionnelles entre acteurs⁵⁸. Si les professionnels de santé s'opposent bien moins au principe de la contrainte que par le passé, les controverses au sujet des soins pénalement ordonnés sont loin d'avoir disparu. S'ils rejoignent les acteurs judiciaires et leurs confrères et consœurs exerçant comme auxiliaires de justice sur la pertinence de ce dispositif pour favoriser l'accès aux soins, ils craignent toujours une dénaturation de leurs missions et refusent majoritairement de se plier aux attentes exogènes de l'institution judiciaire. Ils veillent donc scrupuleusement au maintien de l'indépendance conquise vis-à-vis de la justice et de l'administration pénitentiaire. Pour désamorcer tout risque d'instrumentalisation, ne pas apparaître comme les « *complices* » d'une entreprise de redressement et réaffirmer leur identité professionnelle de soignants, ils défendent une définition purement médicale des soins. Ils refusent toute implication dans la prévention de la récidive ou n'y voient qu'un bénéfice secondaire. En retour, leur mise à distance du cadre judiciaire, ainsi que leur refus de transmettre la moindre information, suscitent des incompréhensions et des critiques de la part des magistrats et des personnels de l'administration pénitentiaire. Leurs positions alimentent aussi parmi ces derniers un sentiment d'inadéquation de l'offre de soin, qui n'est pas sans rapport avec la promotion croissante de nouveaux « *programmes* » de traitement inspirés de méthodes nord-américaines, notamment canadiennes, qui sont plus criminologiques que proprement sanitaires, centrés sur la prévention de la récidive et à visée correctionnaliste⁵⁹.

Face à la masse des mesures prononcées, de nombreux magistrats, CPIP et professionnels de santé partagent néanmoins le sentiment d'une perte de sens des soins pénalement ordonnés. Déjà submergées par la file active de patients volontaires, les structures de soins se trouvent dans l'incapacité de suivre l'ensemble des personnes orientées par la justice⁶⁰. Le nombre de médecins coordonnateurs, et plus encore de médecins ou psychologues relais, est notoirement insuffisant, ce qui explique des difficultés de mise en œuvre des injonctions de soins et le déclin des injonctions thérapeutiques. On observe également une pénurie de structures en mesure de prendre en charge ceux qui cumulent des difficultés psychiques, addictologiques et socio-

⁵⁵ WARDHAUGH J., WILDING P., « Towards an explanation of the corruption of care », *Critical Social Policy*, vol. 13, n°1, 1993, p. 4-31.

⁵⁶ GLASER B., « Therapeutic jurisprudence: An ethical paradigm for therapists in sex offender treatment programs », *Western Criminology Review*, vol. 4, n°2, 2003, p. 143-154.

⁵⁷ ROBINSON G., « Late-modern rehabilitation. The evolution of a penal strategy », *Punishment & Society*, vol. 10, n°4, 2008 p. 429-445 ; FOX K. J., « Changing violent minds: Discursive correction and resistance in the cognitive treatment of violent offenders in prison », *Social Problems*, vol. 46, n°1, 1999, p. 88-103.

⁵⁸ MEDJKANE M., POLLET E., GRUNVALD S., GAUTRON V., « Entre confrontation et articulation des pratiques : des tensions inévitables ? », in GAUTRON V. (dir.), *op. cit.*

⁵⁹ QUIRION B., *op. cit.* ; BÉRARD J., CHANTRAINE G., « Chercher son modèle et trouver son double ? Les usages de l'exemple québécois/canadien dans la conception des réformes pénales et pénitentiaires françaises depuis les années 2000 », *Politix*, vol. 120, n°4, 2017, p. 87-111.

⁶⁰ OBRADOVIC I., GAUTRON V., « Les soignants à la peine : les prises en charge thérapeutiques des publics sous main de justice », in GAUTRON V. (dir.), *op. cit.*

économiques, qui non seulement s'additionnent, mais s'alimentent mutuellement. Outre les délais d'attente, ces mesures prennent souvent la forme de rendez-vous irréguliers ou très espacés, parfois auprès d'un simple généraliste, quand elles ne sont pas purement virtuelles ou formelles. L'asphyxie des services sanitaires produit des effets de « sélection » et de « tri », les clientèles pénales étant en général jugées non prioritaires. Certains se voient opposer des refus de prise en charge. La mise en œuvre des soins pénalement ordonnés réduisant d'autant les possibilités de suivre les patients « réellement demandeurs », certains soignants vivent difficilement l'accueil de publics qui dissimulent à peine leur démarche opportuniste, affichant ouvertement leur désintérêt pour une démarche thérapeutique. Certains condamnés suscitent aussi des craintes et des appréhensions chez les soignants qui n'ont pas l'habitude de prendre en charge ce type de patients, plus particulièrement les délinquants sexuels et les sortants de prison. Dans certains cas, le processus d'accès aux soins se transforme donc en véritable « parcours du combattant ».