



HAL
open science

Les soins pénalement ordonnés : des finalités et des conceptions professionnelles plurielles

Virginie Gautron, Ivana Obradovic, Sylvie Grunvald

► To cite this version:

Virginie Gautron, Ivana Obradovic, Sylvie Grunvald. Les soins pénalement ordonnés : des finalités et des conceptions professionnelles plurielles. Virginie Gautron (dir.). Réprimer et soigner : pratiques et enjeux d'une articulation complexe, Presses Universitaires de Rennes, pp.127-149, 2023, 9782753592070. halshs-04627146

HAL Id: halshs-04627146

<https://shs.hal.science/halshs-04627146>

Submitted on 27 Jun 2024

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

GAUTRON V., OBRADOVIC O., GRUNVALD S., « Les soins pénalement ordonnés : des finalités et des conceptions professionnelles plurielles », in GAUTRON V. (dir.), *Réprimer et soigner : pratiques et enjeux d'une articulation complexe*, Rennes, PUR, 2023, p. 127-149.

Nos développements introductifs sur la genèse des soins pénalement ordonnés ont révélé des affinités entre les registres de justification de la contrainte au sujet des prévenus alcooliques, toxicomanes, puis des délinquants sexuels. Au-delà des corrélations établies entre troubles psychiques, addictions et délinquance, les acteurs judiciaires et les professionnels de santé exerçant dans le « segment »¹ médico-légal ont de tout temps insisté sur le refus ou les résistances des justiciables à l'idée d'engager des soins, justifiant d'introduire une pression judiciaire pour pallier cette absence d'adhésion. Loin de faire consensus, ces propositions ont systématiquement suscité des réticences, sinon une véritable opposition parmi les soignants, qui craignaient d'apparaître comme des auxiliaires de justice, *a fortiori* dans le contexte socio-politique des années 1970. Arguant que le processus thérapeutique était voué à l'échec sans un consentement libre et un engagement volontaire du sujet, ils dénonçaient la contrainte comme un obstacle à l'émergence d'une alliance thérapeutique, nécessairement basée sur la confiance et la confidentialité du dialogue clinique.

Les soins pénalement ordonnés sont encore loin de faire l'unanimité parmi les professionnels de santé, mais une acculturation progressive se dégage de nos entretiens. Face à l'absence régulière de demande, la contrainte est majoritairement perçue comme un préalable obligé, pour suppléer et tenter de faire advenir une véritable adhésion thérapeutique (1). Elle est avant tout présentée comme un accompagnement, en soutien du condamné et non contre lui, au service de la clinique, dans une perspective qui oscille entre « *cure* » (soigner, guérir) et « *care* » (prendre soin). Malgré un large consensus sur le principe des soins obligés, plusieurs lignes de clivage séparent les acteurs judiciaires des soignants, les experts, médecins coordonnateurs ou relais se situant quant à eux dans une position intermédiaire. Si tous s'accordent sur la visée proprement thérapeutique des soins pénalement ordonnés (2), les objectifs poursuivis par les acteurs judiciaires et leurs auxiliaires dépassent le cadre sanitaire : ils envisagent volontiers la thérapie comme un dispositif tourné vers la prévention de la récidive, sinon comme un instrument complémentaire de

¹ STRAUSS Anselm, « La dynamique des professions », in *Ibid.*, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, 1992, p. 68-69.

surveillance médicale, tandis que de nombreux soignants récusent cette « contamination pénale » des soins (3).

1. La coercition en renfort de la prescription thérapeutique

Pour la plupart des professionnels interrogés, quelle que soit leur institution d'appartenance, l'obligation de soins (et, en amont, l'incitation aux soins dans l'hypothèse d'une incarcération) s'apparente à un « *pari* » destiné à produire un « *décliv* » chez les condamnés – comme en témoigne l'association récurrente de ces deux termes (A). Il s'agit de « leur économiser une demande » qu'ils ne seraient pas en mesure de formuler eux-mêmes. Parfois qualifié de « pré-thérapeutique »², l'aménagement d'un premier espace de rencontre vise à dépasser la contrainte pour progressivement « créer le besoin » et les faire adhérer aux soins (B).

A. La contrainte : un « pari » en faveur de l'adhésion aux soins

Lorsqu'on les interroge sur les raisons d'être et la légitimité de la contrainte, la quasi-totalité des acteurs pénaux, des experts, médecins coordonnateurs ou relais en justifient l'existence (a), mais aussi de nombreux soignants n'occupant pas ce type de fonctions (b).

a. Un consensus parmi les acteurs impliqués dans le processus pénal

Alors que l'absence de demande de la part des condamnés apparaît comme une évidence partagée³, le principe des soins pénalement ordonnés semble de moins en moins contesté par les soignants : tout se passe comme s'il avait été légitimé par la pratique et l'expérience, participant à l'incorporation de l'objectif d'une articulation entre justice et soins. Pour les magistrats et les personnels des SPIP, le recours à la contrainte est justifié par une forme de nécessité ; les condamnés concernés, en raison de leurs troubles, ne « peuvent pas en faire l'économie »⁴. Il s'agit de pallier leur manque de volonté, de les « accompagne[r] par l'obligation », afin de les astreindre à une certaine régularité dans la poursuite des soins⁵. Certains publics judiciarisés auraient « besoin d'une contrainte aux soins, pour que les soins soient efficaces », ce que certains magistrats englobent plus largement dans un « besoin d'autorité »⁶. Dès

² CIAVALDINI André, *Prise en charge des délinquants sexuels*, Paris, éd. Fabert, 2012, p. 27 et s.

³ Le chapitre VII est spécifiquement dédié à la question de la réception de la contrainte par les prévenus et condamnés.

⁴ CPIP exerçant en détention.

⁵ Président d'audiences correctionnelles.

⁶ JAP.

lors, l'enjeu serait de faire ressentir aux condamnés le « vent du boulet », selon les termes d'une magistrate qui souligne qu'il s'agit d'un « point de vue qui est presque politique :

« Je pense que pour une personne qui souffre d'addiction, y aura toujours des gens pour l'aider, Dieu merci, dans notre société. [...] Y aura beaucoup moins de gens pour lui dire d'arrêter ses idioties et pour lui dire "maintenant c'est obligé, sinon ça va barder fort." Et moi je considère que c'est un peu mon rôle aussi. » Présidente d'audiences correctionnelles.

Le même consensus opère parmi les psychiatres et psychologues exerçant dans le champ médico-légal, qu'ils soient experts, coordonnateurs, médecins ou psychologues relais. La contrainte étant perçue comme un instrument pertinent et utile, un médecin relais déclare ne pas comprendre les critiques de certains soignants, qu'il explique par des raisons purement « idéologiques »⁷. Un « bon outil »⁸, qui « vaut toujours le coup »⁹, considéré comme « mieux que rien »¹⁰, malgré une « demande un peu tronquée »¹¹ : la tonalité majoritaire des propos recueillis illustre leur propension à euphémiser l'injonction à se soigner. Dans cette logique de légitimation, certains vont jusqu'à assigner un rôle « thérapeutique » à la sanction judiciaire. Pour des psychologues relais exerçant au sein d'agences régionales de santé (ARS), l'application de la loi est « thérapeutique en soi » :

« Mais c'est pas thérapeutique si on les envoie en prison. C'est thérapeutique si derrière, y a une aide. [...] C'est important de poser, pour soigner, une loi juste, une loi qui dit "la société peut pas vous laisser vous enfoncer comme ça dans la misère. Donc on vous met une limite et on va vous aider". »

Pour certains toxicomanes, cette contrainte serait même « un soulagement incroyable »¹². Les SPO offrirait également un « cadre contenant » aux condamnés souffrant de lourdes pathologies psychiatriques¹³. Ces obligations, comme les fortes incitations en détention, constituent selon eux « un équilibre acceptable. On n'est jamais dans quelque chose de parfait dans ce domaine-là, dans le domaine de l'éthique en particulier »¹⁴. Plusieurs praticiens n'y voient qu'une contrainte « relative » :

« Le patient a quand même le choix de faire un petit peu ce qu'il veut. Après, à lui d'assumer les conséquences sur le plus long terme judiciaire. C'est pas une vraie contrainte. C'est quelque chose qui lui est demandé plus. Ça a le terme obligation de soins mais bon, s'il le fait pas, y aura d'autres conséquences derrière mais il a tout à fait la possibilité de [refuser]. [...]

⁷ Psychiatre médecin relais.

⁸ Expert psychiatre.

⁹ Psychiatre hospitalier, médecin coordonnateur.

¹⁰ Expert psychiatre.

¹¹ Psychiatre médecin relais.

¹² Psychologue relais.

¹³ Expert psychiatre.

¹⁴ Expert psychiatre et médecin coordonnateur.

Après, ça c'est lui qui le choisit. Donc c'est une contrainte sans l'être. C'est finalement plutôt une proposition du juge qui lui est faite et qui à mon sens, est plutôt pertinente. » Expert psychiatre.

Nombre d'entre eux établissent, pour la justifier, un parallèle avec les hospitalisations sans consentement pratiquées de longue date en psychiatrie :

« Moi je travaille... je suis responsable d'une unité fermée en psychiatrie, c'est-à-dire que je suis habitué à recevoir des patients, qui sont pas d'accord de venir se soigner. Bon. Et ce qu'on remarque dans la grande majorité des cas quand même, c'est qu'un certain nombre de patients qui ont été amenés aux soins malgré eux, sachant que psychiquement ils allaient vraiment pas bien, après ils vont mieux et on les revoit en consultation et ils continuent les soins. Et beaucoup considèrent au bout d'un moment, que c'est une véritable aide. » Expert psychiatre et médecin coordonnateur.

Tout en étant convaincus de l'intérêt de la contrainte, de nombreux praticiens insistent néanmoins, dans ces trois groupes professionnels, sur la nécessité de faire émerger une véritable demande, sans laquelle la thérapie ne pourrait produire ses effets. Une magistrate considère ainsi que cette « aide contrainte » fait office de « portage de la demande » par un tiers, mais souligne « fai[re] partie de la vieille école : c'est-à-dire que je pense qu'il faut être consentant. Il faut être en demande ; c'est plus que le consentement encore. Il faut être en demande, pour que des soins psy soient opérants »¹⁵. 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 probatoire¹⁶ :

« On peut pas être binaire. Y a des gens qui refusent complètement, c'est tout. Donc si je mets des obligations, en sachant qu'elles seront révoquées immédiatement, autant mettre une peine d'emprisonnement ferme tout de suite. [Donc] sur le créneau le plus intéressant de l'obligation de soins, c'est la personne qui a quand même une petite conscience qu'il faut la mettre en place mais qui n'arrive pas à tenir dans la distance où elle a commencé. » Président d'audiences correctionnelles.

Cet entretien traduit une représentation dominante de ces mesures, défendues et assumées comme une « peine négociée », présentée au condamné comme une alternative à l'incarcération, avec l'idée qu'elle constitue un tremplin possible vers un traitement et une résolution des problèmes associés au profil de délinquance. Le même type d'argumentaire structure le discours des psychiatres et psychologues exerçant dans le champ médico-légal. Ceux-ci soulignent la nécessité d'une « motivation *a minima* »¹⁷, sans quoi la contrainte serait un « leurre »¹⁸.

¹⁵ Présidente d'audiences correctionnelles.

¹⁶ V. également chapitre V.

¹⁷ Expert psychiatre.

¹⁸ Expert psychologue.

b. Une acculturation progressive des thérapeutes

Au-delà des professionnels de santé exerçant comme auxiliaires de justice, la grande majorité des soignants sont convaincus de la pertinence de la contrainte, même s'ils critiquent très régulièrement les conditions du prononcé et de l'exécution des soins obligés¹⁹. Au sein d'administrations centrales, deux médecins ont souligné l'affaiblissement du dogme de la demande depuis les années 1970 : « attendre la demande, les professionnels en sont un peu revenus », surtout dans le champ des addictions, car ils « en ont assez de voir qu'on leur adresse des personnes, que la justice leur adresse des publics et que les personnes sont réincarcérées, sortent, sont réincarcérées »²⁰. Cette perception d'un déplacement des lignes professionnelles est souvent évoquée dans les entretiens, confirmant l'existence d'une dynamique de « conversion » des soignants par l'expérience de l'articulation avec les acteurs de la justice pénale. Quelques acteurs judiciaires corroborent ce constat, prenant pour exemple des praticiens qui s'investissent désormais dans ces prises en charge, alors qu'ils étaient initialement convaincus que « forcer les gens à se soigner n'avait pas grand sens »²¹. Confirmant l'hypothèse d'une acceptabilité croissante des soins contraints, un directeur de CSAPA estime que les intervenants en toxicomanie ne sont pas des « ennemis de l'obligation » car « c'est un paradoxe nécessaire ». Au-delà du champ de l'addictologie, bien d'autres professionnels de santé disent ne pas avoir « de doutes sur la pertinence du dispositif »²². Même parmi les plus réfractaires à toute forme de collaboration médico-judiciaire, certains reconnaissent que « la contrainte de la rencontre peut être utile »²³.

Un des résultats saillants d'analyse de notre corpus d'entretiens montre l'adhésion élargie des acteurs sanitaires intervenant dans le champ pénal au principe des soins pénalement ordonnés. Rares sont ceux qui se sont déclarés totalement opposés à cette obligation judiciaire. Une seule psychologue exerçant en détention nous a précisé qu'« on devrait les supprimer purement et simplement ». Pour elle, le recours au soin et son efficacité ne peuvent relever que de l'initiative de la personne qui se perçoit en souffrance. Sept autres professionnels, surtout des acteurs judiciaires, ont toutefois relativisé ce phénomène d'acculturation, remarquant des réticences encore prégnantes. Ils ne perçoivent pas « d'évolution nette », évoquent des « positionnements » encore « très tranchés »²⁴, des thérapeutes « extrêmement

¹⁹ V. chapitres V et VIII.

²⁰ Médecin, administration centrale.

²¹ Procureur de la République.

²² Psychiatre hospitalier.

²³ Psychiatre exerçant en détention.

²⁴ Magistrat du siège détachée en administration centrale.

réfractaires »²⁵, qui partent « du principe que si la personne n'est pas demandeuse de soins, ils ne peuvent rien faire »²⁶. Au-delà de positionnements individuels, certains acteurs associent ces résistances à l'histoire des services et des institutions en question, qui se sont continuellement opposées à toute articulation entre la santé et la justice depuis les années 1970, notamment dans le champ des addictions. D'autres y voient un « prétexte » pour ceux qui ne « souhaitent pas travailler avec des personnes sous main de justice »²⁷. À l'inverse, quand bien même la demande initiale serait inexistante ou minimale, les professionnels interrogés considèrent que les soins obligés permettent d'ouvrir un premier espace de rencontre, à charge pour les thérapeutes de faire émerger une adhésion « authentique ».

B. Un objectif « pré-thérapeutique » : susciter une demande de soin

Plus de la moitié des acteurs interrogés, dans des proportions similaires au sein de chaque groupe professionnel, voient en ces mesures une tentative pour faire advenir une adhésion aux soins, voire un dispositif d'accès aux soins pour les plus désaffiliés. Elles sont conçues comme « un moyen d'entrée »²⁸, une « porte pédagogique d'accès »²⁹ aux soins, pour des personnes dont « ça aurait été la dernière de leurs démarches d'aller se faire aider »³⁰ ; qui « sont tellement loin de ça que si on leur propose pas et qu'on leur met pas le nez dessus, ils auront pas l'idée »³¹. Pour les condamnés les plus rétifs, l'obligation permettrait de « leur économiser une demande » qu'ils ne seraient pas en mesure de formuler eux-mêmes, de les aider à « faire le premier pas »³². Le dispositif des SPO est donc envisagé comme un « levier », un « pari », un « cheval de Troie [...] pas tout à fait malhonnête »³³, pour produire un « déclic » chez ces justiciables. Une JAP l'assimile à une « obligation de moyen. C'est-à-dire qu'on tente quelque chose et puis soit ça matche, soit ça matche pas ». Une fois la psychothérapie engagée, les thérapeutes auraient pour charge de « harponner » le condamné³⁴, de « susciter », « porter » et « stimuler » la demande, « jusqu'à ce que la personne s'en saisisse »³⁵.

²⁵ JAP.

²⁶ CPIP exerçant en milieu ouvert.

²⁷ Psychiatre détachée au service du contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) ; v. également HUDON Marie-Claude, « L'obligation de soins. Quelle légitimité pour la prévention des actes de pédophilie ? », *Études*, vol. 388, 1998/6, p. 751-762.

²⁸ CPIP exerçant en détention.

²⁹ DPIP exerçant en milieu ouvert.

³⁰ CPIP exerçant en milieu ouvert.

³¹ Présidente de Cour d'assises.

³² CPIP exerçant en détention.

³³ CPIP exerçant en détention.

³⁴ DSPIP.

³⁵ Présidente d'audiences correctionnelles.

L'aménagement d'un premier espace de parole, parfois qualifié de « pré-thérapeutique » par les soignants, vise à dépasser la contrainte pour progressivement « enclencher des choses »³⁶, « révéler » un « désir » de soins³⁷. La « contrainte de la rencontre » permettrait à ces publics de « désacraliser un peu la psychiatrie »³⁸, de réaliser « que finalement, c'est pas ce qu'il avait imaginé »³⁹. Une fois l'alliance thérapeutique établie, à partir de procédés détaillés dans un chapitre spécifique⁴⁰, les professionnels pensent qu'il « y a quelque chose malgré tout qui peut se nouer »⁴¹. Ils espèrent que le condamné finisse par « voir les bénéfices que ça peut représenter » pour lui⁴² et « s'approprie » cette obligation⁴³. Ce ne serait alors « plus la décision du tribunal, ou la décision du juge de l'application des peines »⁴⁴, mais de la personne elle-même, pas seulement « pour faire plaisir à la conseillère du SPIP ou au magistrat »⁴⁵. L'adhésion aux soins, telle qu'elle est ici retracée, procéderait donc d'une démarche de production du consentement, validée par le condamné au moment où il accepte d'engager des soins.

Désormais, la grande majorité des professionnels, y compris dans le champ de la santé mentale, s'accordent donc à penser que la contrainte est au service et dans l'intérêt des condamnés. Au regard des travaux antérieurs, il semble donc qu'une « conversion » à la logique de l'articulation entre justice et soins se soit opérée au cours de la décennie 2010 au sein de la sphère professionnelle des soignants : le débat semble désormais centré sur les modalités de cette articulation plus que sur son principe même. Toutefois, leurs positions restent contrastées sur les objectifs de ces prises en charge thérapeutiques, même si les acteurs judiciaires insistent autant que les soignants sur leur vocation proprement thérapeutique, axée sur le traitement des addictions ou des troubles psychiques.

2. Entre « *cure* » et « *care* » : l'ambivalence de la prise en charge thérapeutique

À notre question ouverte sur les raisons d'être et les objectifs des soins pénalement ordonnés, la grande majorité des professionnels interrogés, acteurs judiciaires comme professionnels de santé, assignent à la prise en charge une visée clinique, qui oscille

³⁶ JAP.

³⁷ DPIP exerçant en milieu ouvert.

³⁸ Psychiatre hospitalier.

³⁹ Psychiatre exerçant en détention.

⁴⁰ V. chapitre VIII.

⁴¹ DSPIP.

⁴² DSPIP.

⁴³ JAP.

⁴⁴ JAP.

⁴⁵ DSPIP.

toutefois entre une logique de « *cure* » (soigner, guérir) et de « *care* » (prendre soin). Du fait de la prévalence accrue des addictions et des pathologies mentales parmi la « patientèle » pénale, les professionnels insistent sur la nécessité de traiter ces troubles (A). Toutefois, ils constatent régulièrement l'absence de véritables « maladies » qu'il conviendrait de « guérir » : il s'agit plutôt d'accompagner ces condamnés dans une logique de « *care* », pour qu'ils puissent exprimer leurs blessures personnelles, notamment dans l'hypothèse de traumatismes subis dans l'enfance, ou pour affronter les souffrances induites par la peine (B).

A. Le traitement des addictions et des pathologies mentales : redresser ou accompagner ?

Parmi les finalités assignées aux soins librement énoncées par les praticiens, le traitement des addictions apparaît en troisième position, mentionné près d'une fois sur deux (a). Une fois sur quatre, les professionnels évoquent également la prise en charge des personnes souffrant de lourdes pathologies mentales ou de troubles de la personnalité (b).

a. Les addictions : des objectifs de traitement contradictoires (entre abstinence, régulation des consommations et prévention des rechutes)

Outre les corrélations qu'ils établissent entre consommation de toxiques et délinquance, les professionnels insistent régulièrement sur la tendance des justiciables à nier ou minimiser leurs abus⁴⁶. Ainsi, les soins pénalement ordonnés visent à ce qu'ils prennent conscience des niveaux d'usage et d'une éventuelle dépendance, des liens avec leur passage à l'acte, mais aussi des causes profondes de ces consommations. Plusieurs professionnels considèrent en effet qu'elles n'auraient pas une visée principalement festive, de recherche de plaisir, mais s'apparenteraient plutôt à une forme d'automédication, pour faire face à des conditions ou des histoires de vie douloureuses. Ils perçoivent donc la mesure comme une voie de sortie de l'emprise des addictions.

Pour quelques magistrats et professionnels de l'administration pénitentiaire, l'abstinence demeure l'horizon ultime, ce qui suscite parfois des incompréhensions ou des tensions avec les soignants. Pour une cheffe de service au sein de l'administration centrale du ministère de la Justice, les acteurs pénaux considèrent le soin comme « le fait de guérir, alors que pour le personnel soignant, soigner, ce n'est pas forcément

⁴⁶ V. Chapitre VII.

guérir »⁴⁷. Selon cette enquêtée, un des principaux clivages aurait trait à une compréhension différenciée de la temporalité des soins : alors que les soignants soulignent qu'il s'agit d'un processus non linéaire, ponctué de progrès et de rechutes, les acteurs judiciaires tendraient à considérer toute régression vers la consommation comme un indice d'échec. Toutefois, bon nombre des entretiens réalisés auprès de ces derniers révèlent des attentes plus modestes. Beaucoup n'envisagent « pas un objectif de guérison complète. C'est plutôt souvent, un objectif de démarrage d'un processus »⁴⁸, car « si on fait déjà la moitié du chemin, ça sera déjà bien »⁴⁹. Il ne s'agit pas nécessairement d'interdire et d'empêcher les consommations de toxiques, mais de les « réguler », comme le souligne un JAP :

« J'attends pas que le soin me dise miraculeusement, c'est terminé, j'y crois pas beaucoup, mais j'attends que les gens puissent effectivement entreprendre... se responsabiliser par rapport à des abus et peut-être transformer l'abus, en une consommation plus ordonnée. Si j'arrive à ça déjà, je pense que j'ai gagné mon pari. »

Ceux-ci insistent sur la nécessaire déconnexion entre le temps de la justice et le temps des soins. La plupart des acteurs judiciaires interrogés abordent en effet la reprise des consommations comme une phase d'un « processus »⁵⁰, les soignants étant chargés de les aider à « gérer » d'éventuelles rechutes⁵¹. Pour un expert et médecin coordonnateur, l'obligation de soin est alors un « garde-fou », car la prise de toxiques serait l'un des critères « sur lequel c'est le plus compliqué, sans contrainte, de tenir »⁵². Si de rares professionnels de santé voient également dans l'abstinence le « premier objectif »⁵³, la grande majorité s'inscrit dans une optique de réduction des risques liés à la consommation. Il en va de même pour les praticiens chargés de contrôler les injonctions thérapeutiques, qui considèrent que ce dispositif n'a pas « une visée d'abstinence. C'est-à-dire que ça soit clair dès le départ, il leur est pas intimé dans le cadre de l'injonction, de cesser toute consommation. Mais au moins, de réfléchir à ce qui se passe pour eux, à la façon dont ils consomment, aux répercussions que ça peut avoir pour eux dans leur vie et comment ils peuvent faire autrement »⁵⁴.

⁴⁷ Responsable d'un service au sein de l'administration centrale du ministère de la Justice.

⁴⁸ JAP.

⁴⁹ DSPIP.

⁵⁰ DPIIP exerçant en détention.

⁵¹ Présidente d'audiences correctionnelles.

⁵² Expert psychiatre et médecin coordonnateur.

⁵³ Expert psychiatre.

⁵⁴ Psychologue relais.

b. Le traitement des troubles psychiques

Le traitement des troubles psychiques, au sens large, est énoncé comme finalité des soins obligés près d'une fois sur quatre. Cette notion recouvre une variété de significations : certains parlent de troubles psychiques sans davantage de précision, d'autres des « authentiques malades mentaux »⁵⁵, de « troubles mentaux sévères »⁵⁶, de « vraies maladies »⁵⁷. Ces « troubles avérés » incluent la schizophrénie, des « trouble[s] clinique[s] à versant dépressif, mélancolique ou à versant maniaque », « tout ce qui est pathologie psychiatrique, thymique, psychotique, certaines névroses invalidantes, handicapantes », mais aussi les troubles bipolaires et les « déficiences mentales »⁵⁸. Comme pour les addictions, la thérapie a dans un premier temps pour objectif « qu'ils reconnaissent leurs pathologies et qu'ils se les approprient »⁵⁹, car ceux qui souffrent de lourdes pathologies mentales seraient souvent « dans le déni et une perception complètement... ou une conscience partielle de leurs troubles »⁶⁰. L'objectif est ensuite de « mettre un traitement, mettre un infirmier, mettre tout ce qui est possible entre la chimie et l'humain »⁶¹. À défaut d'un objectif de guérison, il s'agit de les « stabiliser », « pour que la personne puisse avoir une humeur relativement constante »⁶², « pour qu'ils se connaissent mieux » et qu'ils ne « réagissent pas encore une fois comme un tordu, pas comme il faut »⁶³.

À leur sujet, certains acteurs judiciaires et des psychiatres, plus particulièrement des experts et médecins coordonnateurs, justifient la contrainte par la nécessité de maintenir ces condamnés sous contrôle et ainsi éviter une rupture de traitement. Ces patients auraient en effet « beaucoup de mal à suivre les traitements, à prendre leur traitement, à venir aux rendez-vous »⁶⁴. Pour un JAP, il n'y a donc « qu'une solution, c'est l'injonction de soins. Parce que là, il va y avoir un contrôle. Et que si la personne ne prend plus son traitement, le médecin coordonnateur va avertir le juge de l'application des peines, mandat, "vous prenez votre traitement ou c'est l'incarcération". » À l'inverse, les soignants qui n'occupent pas des fonctions d'auxiliaires de justice ont plutôt tendance à envisager ces lourdes pathologies comme une contre-indication au prononcé de soins pénalement ordonnés, du moins concernant l'injonction, car les sanctions en cas de manquement sont plus fréquentes.

⁵⁵ Médecin coordonnateur.

⁵⁶ Expert et médecin coordonnateur.

⁵⁷ Expert psychiatre.

⁵⁸ Expert, psychiatre.

⁵⁹ Médecin coordonnateur.

⁶⁰ Expert psychiatre.

⁶¹ *Ibid.*

⁶² JAP.

⁶³ Médecin coordonnateur.

⁶⁴ Expert psychiatre.

Ces malades étant pour beaucoup incapables de respecter strictement ce cadre pénal, le dispositif de l'injonction conduirait à criminaliser la pathologie mentale. Il alimenterait le phénomène de la « porte tournante » (« *revolving door* »), sous la forme de plus fréquents allers-retours en détention. Pourtant, les experts recommandent régulièrement des soins obligés en présence de psychose. Dans notre échantillon de dossiers, des avis défavorables ou réservés apparaissent pour moins de 10 % (7,7 %) des prévenus qualifiés de psychotiques. Tout en considérant que « normalement, le psychotique, c'est pas un candidat à l'injonction de soins, c'est un candidat à un suivi de secteur », un expert psychiatre se « débrouille » malgré tout pour écrire dans son rapport :

« "Doit être suivi par son secteur et en rendre compte dans le cadre d'une injonction". C'est un suivi de secteur, mais simplement, un peu plus bétonné, un peu plus encadré. [...] Après tout, il avait qu'à pas commettre un acte de délinquance, moi j'y suis pour rien, c'est son problème. Moi j'ai pas de culpabilité par rapport à ça. C'est une chance qu'on lui offre, c'est une chance qu'on lui offre, une chance supplémentaire... C'est à la fois une contrainte et en même temps une assistance. »

Un expert psychiatre et médecin coordonnateur pense même qu'il faudrait étendre l'injonction, au-delà de son champ d'application, à tous les condamnés « atteints de maladie mentale, particulièrement dangereux, extrêmement inquiétants », car « ça les aiderait ».

Les avis sont encore plus clivés concernant des troubles psychiques qui se situent à la frontière de la pathologie, sous la forme de troubles de la personnalité. Selon la littérature médicale, ces troubles excèdent de simples traits de caractère, induisent un fonctionnement psychosocial rigide, permanent. Alimentés par des difficultés sur le plan cognitif et émotionnel, ils empêcheraient les individus concernés de s'adapter à leur environnement, générant des comportements contraires aux normes et aux attentes sociales, des difficultés sociales et/ou interpersonnelles, une souffrance de l'individu ou de son entourage. Or, pour de nombreux professionnels de santé, le traitement de ces troubles ne peut aboutir à une « guérison », tout au plus à une atténuation de leurs manifestations. Pour un expert psychiatre :

« Les troubles de la personnalité, ça ne se soigne pas, pas bien. [...] En général, les trois quarts des sujets qui sont en milieu carcéral, qui ont des troubles du caractère [...] sont pas capables de s'intégrer dans un cadre de soins. Ça les embête, ça leur prend la tête, etc. Ils sont dans l'instabilité, l'impulsivité. Ils ont [...] peu de capacités de maîtrise de soi. De ce fait, les prises en charge psychothérapeutiques, ça ne marche pas. C'est très difficile. Et chaque fois on dit "il a des problèmes, il faut qu'il soit soigné par un psychiatre". Ça ne sert à rien. »

À l'aune des interprétations psychanalytiques dominantes et du scepticisme freudien quant à la possibilité de « guérir les perversions », les praticiens français ont ainsi

longtemps et majoritairement considéré les délinquants sexuels comme inaccessibles aux soins, la figure du « pervers incurable » faisant office de diagnostic et de pronostic définitif⁶⁵. Un expert psychologue, praticien libéral, considère ainsi que « le pervers n'est pas soignable. Pour moi, le pervers il va jouer avec le thérapeute. Il peut utiliser justement, le fait de voir un thérapeute, pour dire "voyez, je fais un effort : je me soigne", mais il ne bougera pas ». Pour une psychiatre hospitalière, ayant exercé des fonctions d'expert avant d'y renoncer, les pervers « c'est affreux, parce qu'on est vraiment dans l'évidence qu'on n'y arrivera jamais. » Certains profiteraient du cadre thérapeutique pour tenter de manipuler, dominer sinon sidérer les soignants, déversant dans cet espace leurs violences en paroles. Il en irait de même en présence d'une psychopathie ou d'une sociopathie. Au-delà de la possibilité d'un traitement, ce type de patient serait particulièrement rétif à toute forme de prise en charge, limitant singulièrement une possible évolution de son état. Les points de vue des professionnels de santé ne sont pas pour autant unanimes. Pour un médecin coordonnateur, ancien expert, les troubles de la personnalité constituent « un bon critère » pour poser une nécessité de soins, « parce que ces troubles de la personnalité, ça se traite sur un... dans une dynamique psychothérapique et psychothérapie longue. C'est de la répétition, c'est du recadrage... on réobjective et on avance et on voit comment on peut modifier... Donc, y a quand même beaucoup de troubles de la personnalité et quoi qu'on dise, ça, ça peut aider ». Tout en émettant des réserves sur les résultats prévisibles, une forte proportion d'experts recommande d'ailleurs des soins dans leurs expertises⁶⁶.

Paradoxalement, pour justifier des soins, les acteurs judiciaires s'éloignent régulièrement des catégorisations médicales. Au-delà des troubles de la personnalité, ils pointent de simples « fragilités »⁶⁷, notamment « narcissiques »⁶⁸. Ils déduisent également des problématiques psychiques des actes posés plutôt qu'en référence à la personnalité du condamné⁶⁹. Certaines infractions manifesteraient en elles-mêmes des difficultés de contrôle des émotions ou de « gestion de la violence », qui exigeraient que l'auteur « travaille sur sa façon de régir, d'appréhender les choses »⁷⁰. Il peut s'agir de réguler « l'impulsivité » ou la « nervosité », mais aussi, dans le champ des violences conjugales, de travailler sur « le rapport aux femmes », « le rapport de domination »

⁶⁵ BOUSSAGUET Laurie, *La pédophilie, problème public. France, Belgique, Angleterre*, Paris, Dalloz, 2008, p. 159 et s. ; ZAGURY Daniel, « Perversion-Perversité : une recomposition à partir de la clinique médico-légale », in Roland COUTANCEAU, Joanna SMITH, *Troubles de la personnalité. Ni psychotiques, ni névrotiques, ni pervers, ni normaux...*, Paris, Dunod, 2013, p. 50-61.

⁶⁶ V. chapitre II.

⁶⁷ Substitut du procureur.

⁶⁸ Présidente d'audiences correctionnelles.

⁶⁹ V. également chapitre V.

⁷⁰ JAP.

et « le rapport d'emprise »⁷¹. Il est alors essentiellement question de rééducation cognitive et comportementale.

Face à ces représentations des acteurs judiciaires, de nombreux soignants craignent une pathologisation et une médicalisation excessives des passages à l'acte délinquants, voire de simples « problèmes existentiels »⁷², à partir d'une confusion entre déviances et troubles psychiques, au service d'une entreprise de normalisation. Ce risque est aussi régulièrement pointé au sujet de la perversion, souvent assimilée à la délinquance sexuelle, mais aussi de la psychopathie, car les marqueurs cliniques pris en compte (impulsivité, égocentrisme, intolérance à la frustration, etc.) peuvent recevoir « une extension sociale tellement importante »⁷³ qu'une « relation tautologique » s'établit entre ce trouble et la délinquance, au risque d'une « psychiatrisation » de la délinquance⁷⁴ et d'une « pathologisation abusive des problèmes sociaux »⁷⁵.

B. Plutôt accompagner que guérir ? Les ambiguïtés du « care »

En l'absence de véritables « maladies » qu'il conviendrait de « guérir » ou de traiter, ces professionnels de santé, mais aussi des professionnels de la justice, appréhendent les soins dans une logique de « care ». Au sujet de la prise en charge des délinquants sexuels et de leurs éventuels troubles de la personnalité, un expert psychiatre considère ainsi que ce n'est « même pas du soin. On est dans un autre logiciel. C'est une autre forme de soins ». Il évoque plutôt un « accompagnement thérapeutique », un « accompagnement soignant ». Au-delà de ce public spécifique, plus d'un professionnel sur dix présente la thérapie comme un « espace de parole » ou un « lieu d'écoute », d'autant plus important pour des condamnés isolés, « en grande détresse sociale, humaine »⁷⁶. Un JAP parle de « commisération », d'une « façon de leur tenir la main », par un thérapeute qui ne va pas « remplacer le curé, mais y a de ça ».

Cet espace de parole permettrait aux condamnés « d'évacuer les choses » lorsqu'ils « ont besoin de parler »⁷⁷, de se confier lorsqu'ils semblent sur le point de passer de nouveau à l'acte, mais aussi d'exprimer leurs « blessures personnelles », notamment dans l'hypothèse de traumatismes subis dans l'enfance. Un professionnel sur six insiste

⁷¹ JAP.

⁷² Expert psychiatre.

⁷³ *Ibid.*

⁷⁴ ENGLEBERT Jérôme, ADAM Christophe, « La "personnalité antisociale", antithèse de la psychopathologie », *Déviante et Société*, vol. 41, 2017/1, p. 3-28.

⁷⁵ MUCCHIELLI Laurent, « Quelques réflexions critiques sur la "psychopathologie des banlieues" », *VEI Enjeux*, n°126, 2001, p. 102-114.

⁷⁶ JAP.

⁷⁷ CPIP exerçant en milieu ouvert.

sur l'importance de « travailler sur la trajectoire biographique »⁷⁸, sur d'éventuelles « carences » affectives, violences parentales ou abus sexuels dans l'enfance. Nombre de professionnels associent en effet le passage à l'acte aux dits traumatismes, car « on n'arrive pas en prison par hasard [...]. Il y a un déterminisme psychique certain »⁷⁹. Les addictions sont elles aussi régulièrement présentées comme le résultat de trajectoires de vie difficiles, comme le « symptôme » de « blessures psychiques » liées à des maltraitements, des deuils difficiles, etc.⁸⁰. Les professionnels envisagent donc la psychothérapie comme un moyen d'« accompagner un travail réflexif sur soi-même à partir de la mise en mots des éprouvés sur le parcours de vie »⁸¹. Pour un expert psychiatre, il appartient au thérapeute « de colmater toutes ces brèches, toutes ces plaies, ces blessures [...], de lui apporter le réconfort et le soin nécessaires ». Sur le plan des résultats attendus, près d'un quart des professionnels espèrent un « mieux être », que le condamné « aille mieux, personnellement et socialement »⁸², puisse « retrouver le goût de vivre »⁸³ et « trouver de l'apaisement »⁸⁴. Cette représentation traduit néanmoins un positionnement professionnel relativement marginal parmi les acteurs judiciaires, où les condamnés sont envisagés comme des usagers du système pénal.

Pour les thérapeutes, la modification de leur fonctionnement psychique passe non seulement par l'identification et la verbalisation de leurs émotions et ressentis, en lien avec leur histoire personnelle, mais aussi par une introspection susceptible de les amener à se décentrer, de façon à infléchir progressivement leurs rapports à eux-mêmes et aux autres⁸⁵. Nos observations prolongent celles d'Isabelle Coutant, au sujet d'un service hospitalier de pédopsychiatrie. Au travers d'une « pédagogie de la réflexivité »⁸⁶, ils escomptent que le patient repère ses « dysfonctionnements » émotionnels et relationnels. Ce « travail sur soi » vise à ce qu'il retrouve un pouvoir sur lui-même, dont le préalable serait un « pouvoir dire », au travers de l'apprentissage de nouvelles modalités de régulation des affects et de « gestion de soi-même »⁸⁷. Les thérapeutes « participent ainsi à une "nouvelle fabrique du sujet", et d'un "sujet" plus sensible et émotif, attentif à autrui, plus réflexif et capable de se remettre en question,

⁷⁸ CPIP exerçant en détention.

⁷⁹ Psychologue en détention.

⁸⁰ Psychologue relais.

⁸¹ VERSCHOOT O., « Quelles approches thérapeutiques dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles ? Approche psycho dynamique », Paris, Audition Publique, 14-15 juin 2018, *Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge*, p. 3.

⁸² Présidente d'audiences correctionnelles.

⁸³ Psychologue relais.

⁸⁴ Directeur d'un CSAPA.

⁸⁵ SAETTA Sébastien, « Inciter des auteurs d'infractions à caractère sexuel incarcérés à se soigner », *Champ pénal/ Penal field* [En ligne], vol. XIII, 2016, consulté le 25 mars 2022 [URL : <http://champpenal.revues.org/9401>].

⁸⁶ COUTANT Isabelle, *Troubles en psychiatrie. Enquête dans une unité pour adolescents*, Paris, La Dispute, 2012, p. 116.

⁸⁷ *Ibid.*, p. 111-112.

et qui trouve lui-même les réponses à ses questions »⁸⁸. Tout se passe comme si les attendus du soin étaient de contribuer à enrôler les condamnés dans une trajectoire de déconstruction biographique et de remise en cause.

Enfin, neuf praticiens ont également valorisé cet accompagnement psychologique en ce qu'il permettrait d'affronter les souffrances induites par la détention, puis la fréquente phase de déstabilisation qui suit la libération. Ils se fondent sur les effets psychiques du « choc carcéral » lors de l'arrivée en prison⁸⁹. L'incarcération est présentée comme un « moment, déjà possiblement d'effondrement », du fait de la difficulté à « supporter les faits qu'ils ont commis qui leur remontent en pleine face »⁹⁰, ou en raison de « l'éloignement de la famille, le fait de se retrouver un peu plus seul, un peu plus face à eux-mêmes »⁹¹. À cet égard, les soins participent naturellement de la prévention du suicide. Ils soulignent aussi les difficultés à accepter de longues années de détention et à supporter les conditions déplorables d'incarcération. Les soins sont alors un outil pour « calmer les angoisses liées à la détention », que « le patient [la] vive le mieux possible »⁹². Du côté des acteurs judiciaires et de leurs auxiliaires de justice, l'humanisme de ces finalités cliniques cohabite toutefois avec des orientations plus répressives, ou dépendantes de rationalités plus pénales que médicales.

3. Entre surveillance médicale et rééducation morale : les apories des soins pénalement ordonnés

Pour les acteurs impliqués dans le processus pénal, les soins n'ont pas qu'une vocation thérapeutique, au seul bénéfice de la santé mentale du condamné, mais sont présentés comme un instrument de prévention de la récidive (A). Au risque de se confondre avec une entreprise de redressement moral, ils attendent que la thérapie produise un engagement réflexif du condamné sur les motivations, les causes, le sens et les conséquences de son passage à l'acte (B). Si les soignants qui n'exercent pas comme auxiliaires de justice leur opposent une définition restrictive des soins, la mise à distance des attentes judiciaires apparaît néanmoins relative (C).

⁸⁸ SAETTA Sébastien, *op. cit.*

⁸⁹ CPIP exerçant en détention.

⁹⁰ JAP.

⁹¹ CPIP exerçant en détention.

⁹² Médecin généraliste exerçant en détention.

A. Une priorité judiciaire : la prévention de la récidive et la protection de la société

Un tiers des professionnels envisagent les SPO comme un dispositif axé sur la prévention de la récidive. Cette dimension est plus souvent évoquée par les magistrats, mais aussi par les personnels des SPIP. Plus de la moitié des magistrats y font référence : ce fut généralement leur première réponse à notre question ouverte sur le sujet. Ils s'en justifient en référence aux missions de la justice pénale. La procédure pénale n'aurait pas vocation à transformer les magistrats en « bons samaritains » et « la demande de la décision justice, c'est la prévention de récidive »⁹³. À ce titre, plusieurs considèrent qu'une addiction ne peut suffire en soi à justifier des SPO, celle-ci devant être en relation directe avec la commission d'infractions, qui constituent leur seul champ d'intervention :

« S'agissant d'une mise à l'épreuve par exemple, avec une obligation de soins moi il est clair que 1) y a une problématique d'addiction et 2) elle est en lien avec la commission de l'infraction. [...] Il faut que l'addiction soit en lien avec le passage à l'acte. Moi mon rôle, c'est de protéger la société. Et protéger la société passe par régler le problème sanitaire qui a amené l'individu à mettre en danger la société. » Substitut du procureur.

Dans leurs discours, l'association entre soins et prévention de la récidive découle de leurs interprétations causalistes de la délinquance, des corrélations qu'ils établissent avec les addictions et les troubles psychiques. Il s'agit, « avec l'appui, le soutien, d'une prise en charge psychologique ou psychiatrique, [d']extraire ce truc qui est à l'origine, la cause » du passage à l'acte⁹⁴. Les addictions étant conçues comme « un fait générateur de délinquance et de violences, que ce soit par les atteintes aux biens provoquées par la nécessité de se procurer l'argent pour sa dose, ou que ce soit sur les passages à l'acte violents », la prise en charge médico-psychologique apparaît comme un moyen de « diminuer[r] le facteur de risque et le facteur générateur de passage à l'acte »⁹⁵. Si la prévention de la récidive constitue une préoccupation majeure pour les personnels des SPIP, ceux-ci ne l'ont associée qu'une fois sur cinq aux soins, et mobilisent alors le même argumentaire que les magistrats. Ils attribuent aux soignants un véritable rôle dans la prévention de la récidive, car « on devrait tous avoir une mission de protection de la société »⁹⁶.

Un des aspects intéressants qui se dégage des entretiens tient aux ambivalences qui apparaissent dans la hiérarchisation des finalités assignées aux soins pénalement

⁹³ Président d'audiences correctionnelles.

⁹⁴ Magistrat présidant une commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté.

⁹⁵ Vice-procureur.

⁹⁶ CPIP exerçant en milieu ouvert.

ordonnés. Au sein de ces deux groupes professionnels, beaucoup présentent la prévention de la récidive comme une finalité parmi d'autres, adossée à un ou plusieurs autres objectifs. Toutefois, quelques-uns l'envisagent comme une priorité, comme « le premier objectif quand même »⁹⁷. Pour une JAP, les soins visent d'abord à « éviter de la récidive et peut-être qu'accessoirement, ça fera du bien à la personne. [...] Nous on vise pas le mieux-être de la personne, on vise la prévention de la récidive. »

Plus souvent que les CPIP, près d'un tiers des experts, médecins coordonnateurs ou relais ont assigné aux soins une telle finalité. Certains y voient une « impérieuse nécessité pour éviter de récidiver de façon violente de la même façon. Avant tout, ça »⁹⁸. D'autres se situent dans une position intermédiaire : ils considèrent que les soins participent à la prévention de la récidive. Sans en faire une priorité, ils se montrent critiques vis-à-vis des thérapeutes qui excluent toute implication en la matière :

« Moi ça me gêne pas. Alors, y en a que ça gêne, même des gens du fond de leur... qui disent "je veux pas entendre parler de la prévention de la récidive". Attends, c'est pas des conneries quand même. Rien qu'en tant que simple citoyen, t'es concerné comme tout le monde. [...] La prévention de la lutte de la récidive, n'est pas forcément mon premier objet, mais ça me dérange pas de participer, en tant qu'acteur de soins, du soin, à aussi, aller là-dedans. C'est-à-dire on sait très bien que si le sujet va mieux, sur un certain nombre de coordonnées, on peut naïvement penser, qu'il y aura peut-être moins de récidive. » Expert psychiatre et médecin coordonnateur.

Cet entretien illustre la persistance des tensions interprofessionnelles autour de l'idée de faire primer cet objectif judiciaire. Mais pour ceux-ci, l'intérêt d'un accompagnement psychothérapeutique ne découle plus seulement de la volonté d'alléger des sujets de leurs souffrances ou de traiter une pathologie : dans le cadre de la prévention de la récidive, il vise aussi « l'encadrement sécurisant d'une potentialité de violence »⁹⁹. Certains acteurs du système pénal, des experts et médecins coordonnateurs, en font l'instrument d'un surplus de contrôle et de surveillance.

Cet objectif est particulièrement net au sujet de l'injonction de soin, d'ailleurs introduite dès 1998 dans une optique assumée de défense sociale. Selon le rapporteur du texte au Sénat, il s'agissait d'augmenter « l'ombrelle pénale sur les auteurs », « de soigner une personne, d'abord, dans un souci de protection de la société et, ensuite, pour elle-même ». L'injonction de soin permet une surveillance médicale plus soutenue que les simples obligations, superposable au contrôle des institutions

⁹⁷ CPIP exerçant en milieu ouvert.

⁹⁸ Expert psychiatre et médecin coordonnateur.

⁹⁹ DORON Claude-Olivier, « Une volonté infinie de sécurité : vers une rupture générale dans les politiques pénales ? », in Philippe CHEVALLIER, Tim GREACEN (dir.), *Folie et justice : relire Foucault*, Toulouse, Érès, 2009, p. 189.

pénales. Ainsi, un JAP souligne l'enjeu de suivre, retracer et signaler les risques d'un nouveau passage à l'acte :

« L'injonction de soin, c'est parce qu'on sait que... voilà, il faut qu'il y ait un maillage médical et surtout, il faut une information du juge. Donc, dans l'injonction de soin, on a les rapports des médecins coordonnateurs qui seront des rapports à 6 mois, où on a des informations, à la fois sur ce que les gens font, comment ils évoluent, comment ils se positionnent par rapport aux faits, le risque de récidive. Et puis, l'intensité des troubles quoi. C'est quand même pour nous, un élément, une indication qui est... c'est un avertisseur. »

L'intervention des médecins coordonnateurs autorise par ailleurs un double regard médical, et donc un suivi plus intensif, ne serait-ce qu'en raison du cumul des entretiens (quatre par an), en parallèle de ceux du thérapeute. En outre, le dispositif présente l'avantage d'inscrire ce contrôle médical sur une plus longue période qu'en cas de simple obligation, éventuellement plusieurs décennies. Les convocations du médecin coordonnateur décupleraient enfin la force de la contrainte dans l'esprit du condamné : une des représentations communément évoquées est que celui-ci serait d'autant plus enclin à respecter la mesure que pèse sur lui une véritable épée de Damoclès, à savoir une possible réincarcération en cas de manquement. Ce cadre permettrait de « lui rappeler la sévérité mais également la vigilance de la justice », « qu'il sente derrière lui le regard de la Loi »¹⁰⁰.

B. Un risque de confusion avec une entreprise de rééducation morale

En lien avec la prévention de la récidive, la grande majorité des magistrats (près de 9 sur 10), des CPIP (7 sur 10), mais également des experts et médecins coordonnateurs (plus de 7 sur 10), envisagent les soins comme l'occasion d'un « travail sur le passage à l'acte », formulation habituelle, récurrente et partagée. Il s'agit même de la finalité la plus souvent énoncée dans notre corpus d'entretiens. Relativement imprécis ou ambigus sur la nature de ce « travail », certains professionnels ont affirmé qu'il s'agissait de « réfléchir » ou de « s'interroger » sur les faits commis, « d'élaborer ce qui s'est passé [...] et qu'il y ait une forme de maturation, par rapport à l'infraction »¹⁰¹. Moins évasifs, d'autres appréhendent la thérapie comme un dispositif dédié à la compréhension de l'« origine » et des « causes » psychiques du passage à l'acte. Les ponts qu'ils établissent entre ce « travail » et la psychothérapie s'expliquent à nouveau par leurs analyses causales de la délinquance, déduites du « lien direct »¹⁰², de l'« interpénétration entre le passage à l'acte et puis l'utilisation de certains produits »,

¹⁰⁰ Extraits d'expertises.

¹⁰¹ Présidente d'audiences correctionnelles.

¹⁰² CPIP exerçant en détention.

ou les traumatismes subis dans l'enfance¹⁰³. Les soins visent à démêler ces liens, à replacer les faits « dans la cosmogonie de [son] existence »¹⁰⁴.

Souvent, leurs discours dévoilent un rapport dialectique plus ténu entre ce « travail » et une perspective proprement psychothérapeutique. Ils escomptent un affermissement de l'empathie des condamnés vis-à-vis de leurs victimes, mais aussi une prise de conscience de la gravité des faits, que « ce qui a été fait n'était pas faisable »¹⁰⁵, « que le comportement est inadapté au-delà même de la dimension légale des choses. Inadapté par rapport à une vie en société »¹⁰⁶. Au sujet des conduites en état alcoolique, un magistrat du parquet évoque la « prise de conscience du risque causé à autrui », avant de s'interroger à haute voix : « Est-ce que c'est du soin ? J'en sais rien ». La thérapie doit contribuer à la « responsabilisation » du condamné¹⁰⁷, l'amener à « faire face » à sa responsabilité¹⁰⁸ ou « permettre au sujet de se [la] réapproprier »¹⁰⁹. Il s'agit aussi d'une occasion de rappeler la loi, la signification des interdits et le sens de la condamnation, afin que le « mécanisme de la peine et de la sanction [soit] intégré psychiquement »¹¹⁰. Dans le langage médico-psychologique, la loi, au sens juridique du terme, se transforme en « Loi symbolique », comme en témoignent les propos d'un expert psychologue, évoquant en entretien sa propre pratique en tant que thérapeute dans un CSAPA :

« Dès la première consultation de toute façon, je vais leur demander dans quel cadre... voilà, pour quelle raison ils sont là. [...] Moi je suis aussi là pour amener le cadre de la loi, symbolique, psychique. En tout cas pour moi, c'est important quand même d'aller travailler cette infraction. »

La thérapie est alors revendiquée pour son « potentiel de normalisation »¹¹¹. Tout en défendant ce type d'approche, un expert psychiatre insiste sur ses efforts pour se démarquer d'une entreprise de culpabilisation, disant essayer, à l'occasion de sa propre pratique thérapeutique, de ne « pas aller vers le jugement. On essaie au maximum de ne pas aller dans le regret. S'il y a un regret, il vient de lui-même ». Pour autant, des rapports d'expertises, comme les discours recueillis auprès de quelques professionnels, révèlent qu'ils envisagent parfois les soins comme une véritable entreprise de

¹⁰³ CPIP exerçant en détention.

¹⁰⁴ Expert psychiatre et médecin coordonnateur.

¹⁰⁵ Juge d'instruction.

¹⁰⁶ Présidente d'audiences correctionnelles.

¹⁰⁷ CPIP exerçant en milieu ouvert.

¹⁰⁸ Expert psychologue exerçant en détention et en CSAPA.

¹⁰⁹ Expert psychologue.

¹¹⁰ Procureur de la République.

¹¹¹ BENSALBAN Alban (dir.), *Politiques de l'expertise psychiatrique. Trajectoires professionnelles des experts psychiatres et styles de pratiques*, Rapport de recherche, Paris, Mission Droit et Justice, 2010, p. 88.

« culpabilisation »¹¹², ceux-ci étant placés au service d'une « intégration de la culpabilité »¹¹³.

« Il convient de l'inciter à poursuivre une telle démarche (consultation psychiatre) qui ne peut que l'aider à développer quelques sentiments de regret, de culpabilité et à prendre conscience de la gravité de ce qui lui est reproché. » Extrait d'expertise.

Enfin, si de nombreux praticiens émettent des réserves sur la pertinence des soins en présence d'une négation des faits, quelle que soit leur institution d'appartenance¹¹⁴, plusieurs appréhendent le processus psychothérapeutique comme un moyen de provoquer une reconnaissance des infractions reprochées. Certains considèrent que les soins sont « encore plus importants » en cas de négation, espérant ainsi que « la résistance va lâcher »¹¹⁵. Un JAP place ainsi l'aveu au service d'un « processus de réparation psychique », or :

« Tant qu'ils sont dans le déni, on ne peut pas travailler. On ne peut pas travailler sur la loi, on ne peut pas travailler sur l'éthique, c'est-à-dire sur les comportements, on ne peut pas travailler. »

On observe dès lors un net rapprochement entre leurs attentes et la philosophie classique de l'amendement moral. Dans cette perspective, le soin s'affirme comme une « technique de redoublement des mécanismes légaux »¹¹⁶. Comme le souligne Claude-Olivier Doron, « 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. [...] C'est ici que le soin va d'abord venir se loger », en apportant « 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 »¹¹⁷. Une fois cette culpabilité « intégrée » au plan psychique, les thérapeutes reçoivent ensuite pour charge d'en atténuer les effets potentiellement délétères, car, selon un procureur :

« Ce n'est pas forcément évident, de se regarder en face et de dire "j'ai fait ça". Donc j'intègre la souffrance que j'ai causée à la victime et après, il va falloir que je me soigne pour pouvoir ne pas m'enfoncer dans une espèce de dépression de je ne sais trop quoi et continuer à avancer. »

¹¹² JAP.

¹¹³ Médecin coordonnateur.

¹¹⁴ V. chapitres II et V.

¹¹⁵ JAP.

¹¹⁶ DORON Claude-Olivier, « La volonté de soigner. D'un singulier désir de soin dans les politiques pénales », in Céline LEFÈVE, Frédéric WORMS (dir.), *La philosophie du soin*, Paris, PUF, 2010, p. 287.

¹¹⁷ *Ibid.*, p. 287-288.

Si les experts et médecins coordonnateurs partagent dans une large mesure ces attentes judiciaires, il n'en va pas nécessairement de même pour l'ensemble des psychiatres et psychologues.

C. Une source de tension entre acteurs judiciaires et sanitaires

Qu'ils récuse ou légitime les soins contraints, nombre de professionnels de santé veillent scrupuleusement au maintien de l'indépendance conquise vis-à-vis de la justice et de l'administration pénitentiaire. Pour désamorcer les risques d'instrumentalisation à des fins de normalisation et de contrôle social, ne pas apparaître comme les « complices » d'une entreprise de redressement dénaturant le sens de la thérapie et réaffirmer leur identité professionnelle de soignants, ils défendent une définition purement médicale des soins (a). Cette distanciation vis-à-vis des finalités que l'institution pénale assigne aux soins pénalement ordonnés apparaît néanmoins relative (b).

a. « La prévention de la récidive, ce n'est pas nos missions à nous » : la défense d'une définition purement médicale des soins

Face aux attentes exogènes qui privilégient la dimension normative des soins¹¹⁸, un tiers des soignants n'exerçant pas comme experts ou coordonnateurs ont prôné une approche strictement médicale des modalités de traitement des condamnés, en se défendant de toute implication dans la prévention de la récidive et en revendiquant une ferme différenciation des rôles :

« Les magistrats peuvent prescrire les soins, ils ne peuvent ni en prescrire le contenu, ni la quantité. Ils peuvent prescrire la rencontre, c'est tout. [...] Évidemment, on travaille pas sur la prévention de la récidive, on travaille sur le bien-être de la personne. » Psychiatre exerçant en détention.

En 2005, un grand nombre de soignants se sont sentis heurtés lorsque le législateur a spécifié, parmi les critères d'octroi des réductions supplémentaires de peine, que les détenus pouvaient en bénéficier au motif d'une thérapie spécifiquement « *destinée à limiter les risques de récidive* » (article 721-1 du Code de procédure pénale) :

« On n'a pas de mission de prévention de la récidive. C'est très mal perçu et en même temps, y a quand même cet article de loi [selon lequel] tout condamné pourra bénéficier de remises de peine supplémentaires s'il [...] suit une thérapie destinée à réduire le risque de récidive. Moi je dis, pourquoi pas cet article de loi, mais ce n'est pas à nous de le faire. Que la justice

¹¹⁸ LANCÉLEVÉE Camille, *Quand la prison prend soin : enquête sur les pratiques professionnelles de santé mentale en milieu carcéral en France et en Allemagne*, Thèse de sociologie, Paris, EHESS, 2016, p. 290.

engage des personnes qui vont s'en charger, j'ai aucun souci avec ça. Mais ce n'est pas nos missions à nous. Le service public hospitalier, la récidive... On s'occupe de la récidive de psychopathologies, ça c'est sûr, la récidive d'une dépression, d'une décompensation psychotique, oui ça... mais que ça puisse avoir des effets sur la délinquance, peut-être, sans doute mais c'est pas notre objet. » Psychologue exerçant en détention.

Cette psychologue dénonce le brouillage des frontières professionnelles, induisant une confusion entre les finalités de « correction » pénale et de soins. Parmi les plus contestataires, certains ont déformé volontairement la définition de la « psychiatrie criminelle », qualifiant de « criminelle une psychiatrie qui ferait passer l'infraction avant le trouble mental »¹¹⁹. Toutefois, quel que soit le référentiel théorique mobilisé (psychanalytique ou cognitivo-comportemental), les avis majoritaires correspondent plutôt à la position de Catherine Paulet, citée dans un avis du Conseil Consultatif National d'Éthique (CCNE) en 2006, selon laquelle « 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 [...]. 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 »¹²⁰. La prévention de la récidive apparaît tout au plus « en arrière-plan »¹²¹ et constitue au mieux « un bénéfice secondaire »¹²². Cette position a été reprise dans un avis de la Haute Autorité de Santé en 2009 sur le traitement des délinquants sexuels, qui considère que la thérapie peut « contribuer à éviter la récidive de l'agression sexuelle, sans jamais pouvoir l'exclure. Dès lors, l'absence de récidive ne saurait apparaître comme le premier et le seul objectif du soin »¹²³.

b. « Le thérapeute ne juge pas et le juge ne soigne pas » : une distanciation relative des priorités judiciaires

S'ils sont très minoritaires, trois soignants ont inclus la prévention de la récidive dans la description du périmètre de leurs missions. Cependant, la majorité n'exclut pas la question du passage à l'acte des échanges avec les patients. Les pratiques sont certes variables, dépendent du type d'infractions reprochées, des orientations théoriques des thérapeutes, mais aussi, selon certains professionnels, de facteurs générationnels et du degré d'expérience professionnelle auprès de la « patientèle pénale » :

¹¹⁹ Psychiatres cités in LANCÉLEVÉE Camille, *op. cit.*, p. 301.

¹²⁰ CCNE, *La santé et la médecine en prison*, Avis n°94, 2006, p. 33.

¹²¹ Psychologue, CMP.

¹²² VANDERSTUKKEN Olivier, PHAM Thierry, « Déni ou reconnaissance des faits chez les auteurs d'agression sexuelle : traitements et récidive en question », *A.J. Pénal*, n°8, 2014, p. 343-347.

¹²³ HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, *Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans*, Paris, 2009, p. 13.

« [Et est-ce qu’au travers de ces éléments-là, la question de l’infraction commise par le condamné est évoquée ?] Toujours. Toujours, toujours, systématiquement. Oui, oui bien sûr, évidemment. Notamment par les psychiatres les plus anciens. Les psychiatres les plus jeunes, ont tendance à travailler comme ils travaillent à l’hôpital et à l’hôpital, on pose jamais de questions, et en particulier, jamais la question de l’infraction. Mais très vite, quand on travaille en détention, on apprend à travailler sur les faits. [...] Parce que on n’a pas forcément en tant que psy, envie de travailler avec une psychopathologie du passage à l’acte. On n’en a pas forcément envie hein, c’est pas notre travail en psychiatrie. En psychiatrie, on traite de la souffrance dépressive, on traite de la psychose, mais on traite pas du passage à l’acte habituellement et c’est un champ nouveau pour les psychiatres en CMP, d’accueillir des auteurs de passages à l’acte. » Expert psychiatre et médecin coordonnateur.

Parmi les soignants n’exerçant pas comme auxiliaires de justice, un sur cinq considère que ce « travail » sur le passage à l’acte ne relève pas de leurs missions. Le contenu des échanges fluctue selon les desiderata du patient, « de ce qu’ils amènent eux »¹²⁴. Les faits ne sont abordés qu’à son initiative. En revanche, pour près de la moitié d’entre eux (plus des deux tiers si l’on prend uniquement en compte ceux qui se sont exprimés sur le sujet), l’initiation d’une réflexion sur le passage à l’acte fait partie intégrante de la thérapie. Les thérapeutes sont donc loin de faire l’impasse sur les faits commis, mais les abordent de façon plus ou moins proactive. Dans ses recommandations, le jury d’une conférence de consensus de 2001 indiquait d’ailleurs que le positionnement du sujet pouvait évoluer grâce aux entretiens « pré-thérapeutiques » et que le praticien devait « décrypter les différentes expressions de dénégation partielle ou de minimisation pour accompagner le patient dans la voie d’une meilleure reconnaissance de ses responsabilités et de développement de l’empathie pour la victime ». Quelques psychiatres et psychologues considèrent même que la thérapie doit permettre un rappel de la loi, et favoriser une reconnaissance pleine et entière de la matérialité des faits.

Toutefois, à la différence des acteurs du champ pénal, les soignants entendent généralement appréhender les faits sous le seul angle du « vécu subjectif des condamnés »¹²⁵. S’ils ne sont pas unanimes, la plupart revendiquent de se désintéresser des détails objectifs de l’affaire. Ne pas connaître le motif précis de la condamnation permettrait d’éviter toute forme d’*a priori*, de ne pas « fausser » leur regard, de ne pas être « parasité » par ce type d’informations, *a fortiori* dans l’hypothèse de faits particulièrement sordides. Pour ces spécialistes, comme Odile Verschoot, ne pas consulter le dossier pénal n’est pas un « déni (évitement d’une réalité objective) », mais vise à préserver l’objectivité « dans l’écoute attentive et bienveillante

¹²⁴ Psychologue en détention.

¹²⁵ Psychologue exerçant en détention ; V. également VENTÉJOUX Aude, HIRSCHMANN Astrid, « Soins pénalement ordonnés et positionnements professionnels : des pratiques au carrefour de la santé et de la justice », *Pratiques Psychologiques*, n°20, 2014, p. 95-110.

de la parole subjective et de la réalité psychique du patient [...]. De même qu'il est impensable de prendre en charge les soins d'un patient alcoolique sans l'interroger sur la quantité et les modalités de ses consommations, la rencontre avec un patient détenu ne peut faire fi de ce qui est à l'origine de son incarcération et de sa demande de soin »¹²⁶. Pour autant, « se libérer » de la procédure pénale « favorise la libre parole sur soi et l'émergence de la pensée propre. L'indifférenciation, si patente dans le déni, nécessite que les fonctions de chacun soient distinctes : le thérapeute ne juge pas et le juge ne soigne pas ! »¹²⁷. Cette mise à distance permettrait d'éviter toute forme d'assimilation entre leurs interventions, celles des experts et des acteurs judiciaires. Ainsi, selon le directeur d'un CSAPA :

« Nous, notre objectif, c'est de travailler autour du soin et des problématiques des personnes, à partir de là où elles en sont et si y avait ce type d'accès à l'information, pour l'utilisateur, il nous situerait là comme étant plutôt sur une mission en lien avec la justice directement. Donc ça poserait un problème de neutralité derrière. Ça nous influencerait. »

Pour reprendre les termes d'un criminologue belge, clinicien et universitaire, l'objectif est de ne pas confondre la « vérité clinique » ou la « vérité du sujet » avec la « vérité judiciaire sous peine d'introduire des confusions entre des registres qui doivent pouvoir être distingués. [...] Contrairement à d'autres dont c'est la profession et le mandat, le clinicien n'a pas à trancher entre le vrai et le faux. Il peut ainsi concevoir qu'entre les deux, il existe du jeu, au sens d'une condition pour qu'un mécanisme fonctionne : il faut, dit-on, qu'il y ait du jeu entre les pièces, que le mécanisme ne soit ni trop serré ni trop lâche. Ce jeu entre le vrai et le faux constitue un espace flou, intermédiaire, entremêlé où la parole peut librement circuler sans être prise au mot" »¹²⁸. Le corpus d'entretiens réalisés corrobore le constat d'une affirmation par les soignants de la spécificité et de l'indépendance de leurs missions, y compris dans un cadre pénal.

Conclusion

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

¹²⁶ VERSCHOOT Odile, *Du déni au crime. Des origines psychologiques de la violence*, Paris, IMAGO, 2014, p. 33.

¹²⁷ *Ibid.*, p. 34.

¹²⁸ ADAM Christophe, « Facettes de la vérité », in Christophe ADAM, Lambros COULOUBARITSIS, *Les espaces entre vérité et mensonge*, Bruxelles, yapaka.br, 2014, p. 5-6.

majoritairement de se plier aux attentes exogènes de l'institution judiciaire. Ses priorités en termes de prévention de la récidive se voient écartées au profit d'une définition purement médicale des soins, de façon à bien distinguer et rappeler leur identité professionnelle de soignant. En retour, leur mise à distance du cadre judiciaire et des infractions reprochées à leurs patients suscite des incompréhensions et des critiques de la part des magistrats et des personnels de l'administration pénitentiaire.

Même si l'analyse combinée des entretiens et des statistiques fait apparaître un rapprochement des acteurs judiciaires et sanitaires, l'expérience renouvelée qu'ils font de finalités concurrentes, voire contradictoires assignées aux soins, entretient le sentiment d'un désajustement. Face à la position de distanciation pratiquée par les soignants vis-à-vis des détails objectifs des faits reprochés à leurs patients, les acteurs judiciaires craignent que les condamnés déforment la réalité des faits auprès de leurs thérapeutes, qu'ils en atténuent les caractéristiques les plus graves ou passent sous silence d'éventuels antécédents judiciaires, ce qui fausserait selon eux la relation thérapeutique. Ils souhaiteraient que les soignants consultent certaines pièces du dossier pénal pour qu'ils puissent confronter la version subjective de leurs patients à la vérité judiciaire. Au-delà, l'importance qu'ils accordent au « travail » thérapeutique sur le passage à l'acte, explique leur souhait d'obtenir des informations de la part des soignants sur les évolutions du positionnement et des affects du condamné vis-à-vis des faits à l'origine de la condamnation. Comme nous le verrons, ces sollicitations, auxquelles la plupart des soignants répondent par une fin de non-recevoir, exacerbent les tensions interprofessionnelles au sujet du secret médical¹²⁹. Elles alimentent aussi, du côté des acteurs judiciaires, 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, plus criminologiques que proprement sanitaires, centrés sur la prévention de la récidive et à visée correctionnaliste¹³⁰.

¹²⁹ V. Chapitre X.

¹³⁰ QUIRION Bastien, « Traiter les délinquants ou contrôler les conduites : le dispositif thérapeutique à l'ère de la nouvelle pénologie », *Criminologie*, vol. 39, n°2, 2006, p.137-164 ; LARMINAT (de) Xavier, « La probation en quête d'approbation : du consensus politique à l'aveuglement positiviste », *Archives de politique criminelle*, vol. 35, n°1, 2013, p. 45-60 ; BÉRARD Jean, CHANTRAINE Gilles, « 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.