



HAL
open science

La “ prescription ” judiciaire de soins : une analyse des pratiques décisionnelles des magistrats

Virginie Gautron, Philippe Pouget, Ivana Obradovic, François Rousseau

► To cite this version:

Virginie Gautron, Philippe Pouget, Ivana Obradovic, François Rousseau. La “ prescription ” judiciaire de soins : une analyse des pratiques décisionnelles des magistrats. Virginie Gautron (dir.). Réprimer et soigner : pratiques et enjeux d’une articulation complexe, Presses Universitaires de Rennes, pp.151-177, 2023, 9782753592070. halshs-04627159

HAL Id: halshs-04627159

<https://shs.hal.science/halshs-04627159v1>

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., POUGET P., OBRADOVIC I., ROUSSEAU F., « La « prescription » judiciaire de soins : une analyse des pratiques décisionnelles des magistrats », in GAUTRON V. (dir.), *Réprimer et soigner : pratiques et enjeux d'une articulation complexe*, Rennes, PUR, 2023, p. 151-177.

Dans les dossiers correctionnels et criminels de l'échantillon qui ne se sont pas traduits par une relaxe ou un acquittement (1 955), des soins pénalement ordonnés apparaissent régulièrement : une fois sur cinq (20,5 %), mais près de deux fois plus souvent en matière correctionnelle (24,4 %) que dans les affaires criminelles (12,9 %)¹. Dans un dossier sur six (16,6 %), il s'agit de simples obligations de soin, voire dans de très rares cas d'injonctions thérapeutiques (4 dossiers)². Ces mesures figurent dans près d'un dossier sur quatre en matière délictuelle (23,2 %), bien plus rarement en matière criminelle (3,8 %), du fait de la prépondérance des longues peines privatives de liberté³. Des années 2000 à 2015, les injonctions de soin sont beaucoup plus rares (3,9 %) et, à la différence des simples obligations, près de huit fois plus souvent prononcées en matière criminelle (9,2 % contre 1,2 %)⁴. Interrogés sur l'évolution des pratiques judiciaires en la matière, la très grande majorité des professionnels suggère une inflation des mesures ordonnées, limitée pour certains aux seules injonctions. Beaucoup, y compris parmi les magistrats, déplorent un phénomène de « sur-prescription », dont les conséquences sont jugées délétères (1). Outre l'incapacité pour les services de santé d'accompagner l'ensemble des publics qui leur sont adressés, de nombreuses mesures leur semblent inappropriées, car trop souvent détachées de véritables problématiques sanitaires (2).

1. Une « sur-prescription » au risque d'une perte de sens

Dans une précédente recherche, appuyée sur un échantillon représentatif d'environ 3 500 dossiers correctionnels, nous avons déjà observé un recours croissant aux obligations de soins durant la décennie 2000 et même, du fait de l'augmentation du volume des poursuites pénales, un triplement du nombre de condamnés contraints à se soigner⁵. Eu égard à la masse de ce contentieux, 45 % d'entre elles faisaient suite à

¹ p=0,001 V de Cramer=0,134.

² Dans la suite de ce chapitre, nous avons inclus ces quatre mesures dans les obligations de soin.

³ p=0,001 V de Cramer=0,247.

⁴ p=0,001 V de Cramer=0,189.

⁵ GAUTRON Virginie, « Les mesures de sûreté et la question de la dangerosité : la place des soins pénalement ordonnés », *Criminocorpus*, 2016, consulté le 10 mars 2016 [URL : <http://journals.openedition.org/criminocorpus/3195>].

des conduites en état alcoolique (CEA). Ce nouvel échantillon confirme cette progression (A), dont les effets sont régulièrement dénoncés par les professionnels en entretien (B).

A. Une inflation temporelle

Parmi les condamnations correctionnelles, les analyses bivariées dévoilent une légère augmentation des obligations de soins, mais qui n'est pas statistiquement significative⁶. En fin de période, plus d'un auteur sur quatre était concerné. En revanche, ces mesures demeurent exceptionnelles en matière criminelle, les peines privatives de liberté sans sursis étant quasiment de règle.

Tableau n° 1 – Nombre et fréquence du prononcé d'obligations de soin ou d'injonctions thérapeutiques selon l'année de condamnation

	Condamnations criminelles		Condamnations correctionnelles		Ensemble des condamnations	
	Effectifs	Fréquence	Effectifs	Fréquence	Effectifs	Fréquence
1980	2	2,0 %				
1990	4	3,2 %				
2000	7	6,6 %	23	20,9 %	30	13,9 %
2005	6	3,8 %	86	21,4 %	92	16,5 %
2010	3	3,0 %	92	22,9 %	95	18,9 %
2015	3	4,1 %	98	26,0 %	101	22,4 %
Total	25	3,8 %	299	23,2 %	318	18,4 % (2000-2015)

Ces résultats globaux masquent néanmoins des évolutions contrastées selon les types d'infractions. Les simples obligations se font un peu plus rares concernant les auteurs de délits sexuels, car progressivement et partiellement remplacées par le dispositif de l'injonction, surtout après 2005. En revanche, elles ont significativement augmenté pour les autres types de délits (13 % en 2000, 25,1 % en 2015)⁷. En fin de période, près d'un condamné sur cinq était concerné en présence d'un délit à la législation sur les stupéfiants (ILS), et même près de quatre conjoints violents sur dix, ce qui témoigne d'un recours croissant aux sanctions à dimension sanitaire pour ces deux types d'infractions.

Tableau n° 2 – Nombre et fréquence du prononcé d'obligations de soin ou d'injonctions thérapeutiques selon les types de délits

	ILS délictuelles		Violences conjugales		Délits sexuels	
	Effectifs	Fréquence	Effectifs	Fréquence	Effectifs	Fréquence
2000	7	11,3 %	3	20,0 %	13	39,4 %
2005	38	14,4 %	19	22,6 %	30	56,6 %
2010	33	13,4 %	38	39,6 %	23	38,3 %
2015	44	19,1 %	40	38,5 %	16	32,0 %
Total	122	15,2 %	100	33,4 %	82	41,8 %

⁶ p=0,445 V de Cramer=0,046.

⁷ p=0,012 V de Cramer=0,100.

Ces mesures sont désormais presque systématiques dans le cadre d'un sursis probatoire (60,4 % des sursis avec mise à l'épreuve (SME) en 2000, 83,9 % en 2015)⁸, au point de dépasser les obligations de travail et de formation, mais pas dans l'hypothèse d'une peine mixte comprenant un emprisonnement ferme (13,4 % des cas). Elles sont aussi plus régulièrement imposées durant la phase pré-sentencielle. 29,8 % des contrôles judiciaires ordonnés dans des affaires délictuelles ou criminelles comportaient une obligation de soin en 2000, 30,5 % en 2005, 40,2 % en 2010 et 51,7 % en 2015⁹, en lien avec la progression du nombre d'infractions sexuelles poursuivies.

Le nombre d'injonctions de soin a quant à lui nettement progressé, surtout après 2005, en partie du fait d'une extension progressive de son champ textuel d'application. 29,1 % des délinquants sexuels étaient visés en 2015¹⁰, près de la moitié de ceux condamnés par une Cour d'assises¹¹. Le dispositif cible plus rarement les auteurs de délits sexuels, dont certains sont vraisemblablement des viols correctionnalisés. À compter de 2010, l'injonction s'étend à plus d'un quart des condamnés pour atteintes à la vie¹². En revanche, on en trouve la trace dans un seul dossier de violences conjugales.

Tableau n° 3 – Nombre et fréquence du prononcé d'injonctions de soin selon le type d'infractions

	Ensemble des infractions sexuelles		Crimes sexuels		Délits sexuels		Atteintes à la vie	
	Effectifs	Fréquence	Effectifs	Fréquence	Effectifs	Fréquence	Effectifs	Fréquence
2000	2	2,4 %	2	4,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
2005	10	8,7 %	7	11,3 %	3	5,7 %	0	0,0 %
2010	27	20,6 %	24	33,8 %	3	5,0 %	6	25,0 %
2015	25	29,1 %	17	47,2 %	8	16,0 %	7	29,2 %
Total	64	15,4 %	50	22,8 %	14	7,1 %	13	11,5 %

En raison de ce déploiement progressif, les soins pénalement ordonnés, pris dans leur ensemble, sont deux fois plus fréquents en fin de période¹³.

⁸ p=0,008 V de Cramer=0,175. Au niveau national, le ministère de la Justice évalue à 77 % la part des sursis probatoires assortis d'une obligation de soin. PIROT Philippe, ROSTAM Wali, « La contrainte pénale : 6 377 peines prononcées en cinq ans et demi », *Infostat Justice*, n°179, 2021.

⁹ p=0,002 V de Cramer=0,218.

¹⁰ p=0,001 V de Cramer=0,268.

¹¹ p=0,001 V de Cramer=0,381.

¹² p=0,002 V de Cramer=0,369.

¹³ p=0,001 V de Cramer=0,129.

Tableau n°4 – Nombre et fréquence du prononcé de soins pénalement ordonnés dans les condamnations prononcées de 2000 à 2015

	Ensemble des condamnations		Condamnations correctionnelles		Condamnations criminelles		Condamnations pour crimes ou délits sexuels	
	Effectifs	Fréquence	Effectifs	Fréquence	Effectifs	Fréquence	Effectifs	Fréquence
2000	32	14,8 %	23	20,9 %	9	8,5 %	18	21,7 %
2005	102	18,2 %	89	22,2 %	13	8,2 %	43	37,4 %
2010	126	25,1 %	95	23,7 %	31	30,7 %	51	38,9 %
2015	135	29,9 %	108	28,6 %	27	36,5 %	43	50,0 %
Total	395	22,9 %	315	24,4 %	80	18,2 %	155	37,3 %

Même en tenant compte de l'augmentation des usages de produits psychoactifs¹⁴, et du nombre d'infractions sexuelles poursuivies, la probabilité de soins pénalement ordonnés apparaît, toutes choses égales par ailleurs¹⁵, 2,6 fois plus élevée en 2015 qu'en 2000 (***). Dans les dossiers comprenant des expertises, qui concernent majoritairement des délinquants sexuels, cette probabilité est 4,2 fois plus importante en 2015 lorsqu'on prend également en compte d'éventuels troubles psychiatriques ou de la personnalité (***). Nos analyses multivariées dévoilent également quelques variations territoriales, moins significatives, qui toutefois ne distinguent pas la région parisienne de la province, ni les zones urbaines ou plus rurales. Ainsi, la juridiction d'Orsontes en prononce un peu plus régulièrement que Sesnières (1,6**), qui est pourtant de taille relativement comparable.

Tableau n°5 – Estimation des évolutions de la probabilité du prononcé de soins pénalement ordonnés dans les condamnations délictuelles et criminelles de 2000 à 2015

Modalité à expliquer	Variables indépendantes	Signif.	Odds ratio	Intervalles de confiance à 95 %	
				Limite inf.	Limite sup.
Condamnations délictuelles ou criminelles (N=1 638)					
	2015		1		
	2010	0,086	*	0,762	1,043
	2005	0,005	***	0,618	0,862
	2000	0,000	***	0,380	0,621
	Orsontes		1		
	Sesnières	0,012	**	0,620	0,900
	Chastignac	0,012	**	0,580	0,888
	Moussoux	0,376	n.s.	0,823	1,262
	Quaintrain	0,099	*	0,667	1,085
	Milleville	0,052	*	0,686	1,008
Dossiers criminels et délictuels comprenant des expertises (N=593)					
	2000		1		
	2005	0,024	**	2,105	4,038
	2010	0,001	***	3,171	6,060
	2015	0,000	***	4,270	8,598

¹⁴ V. chapitre I.

¹⁵ Dans ce modèle de régression, les variables indépendantes suivantes ont été prises en compte : juridictions ; type de procédure (criminelle ou délictuelle), année de jugement (2000 à 2015) ; infractions principales reprochées ; sexe ; âge ; nationalité ; casier judiciaire (aucune condamnation antérieure au B1 ; une ou plusieurs condamnations) ; mention d'un abus ou d'une dépendance à l'alcool ou à d'autres drogues.

Si les magistrats recourent plus facilement à ces mesures que par le passé, nous sommes encore loin de la systématisation suggérée par de nombreux professionnels en entretien. Ces perceptions d'une omniprésence des SPO s'alimentent vraisemblablement de l'augmentation du volume global de condamnations et donc de personnes sous main de justice, multipliant de fait les prises en charge impliquant des soins contraints. Du côté des psychiatres et psychologues, ce sentiment pourrait également découler d'une moindre acceptation judiciaire des suivis assurés par de « simples » médecins généralistes, du moins en dehors des conduites en état alcoolique et des infractions à la législation sur les stupéfiants. Selon un CPIP, les autres condamnés seraient en effet plus souvent renvoyés vers ces spécialistes :

« Avant, on se contentait des fois d'une obligation de soins suivie chez le médecin généraliste, parce qu'on disait qu'elles avaient le choix. Maintenant, on va être un peu plus exigeant et un peu plus imposant sur ces questionnements-là, en indiquant aux personnes que, clairement, on peut pas entendre qu'ils imaginent aller voir juste leur médecin traitant. » CPIP exerçant en détention.

En outre, les JAP ajoutent régulièrement ce type de mesure durant la phase post-sentencielle, que ce soit dans le cadre d'une modification des obligations d'un sursis probatoire, d'aménagements de peine ou de mesures de sûreté. Lors d'une précédente recherche fondée sur l'étude d'une centaine de dossiers de suivis socio-judiciaires (SSJ), une injonction de soin avait ainsi été ajoutée plus d'une fois sur deux lorsque la juridiction de jugement s'en était abstenue¹⁶. Enfin, pour ce qui concerne le public incarcéré, nombre de détenus sont fermement incités à engager des soins, même en l'absence d'obligation *stricto sensu*¹⁷.

B. « Trop de mesures tuent la mesure »¹⁸ : un consensus interprofessionnel

Interrogés sur les raisons susceptibles d'expliquer cette inflation, rares sont les professionnels qui la justifient à l'aune d'une progression des problématiques addictives ou psychiatriques, « parce que la société a évolué et que les passages à l'acte sont de plus en plus violents »¹⁹, ou encore parce que les magistrats seraient plus sensibilisés et mieux formés que par le passé au repérage de ces publics, plus à l'écoute des justiciables et plus attentifs à ce type de troubles²⁰. La plupart déplorent surtout, y compris parmi les juges, des mesures prononcées « à tout-va », pas

¹⁶ GAUTRON Virginie (dir.), *(Se) soigner sous la contrainte : le dispositif de l'injonction de soin*, Rapport de recherche, Paris, Mission de recherche « Droit et Justice », 2017, p. 226.

¹⁷ V. chapitre VII.

¹⁸ Psychiatre médecin-relais, CSAPA.

¹⁹ Juge d'instruction.

²⁰ CPIP exerçant en détention.

toujours bien ciblées, « pour tout et n'importe quoi »²¹, du moins concernant les simples obligations de soin. Les juges y recouraient de façon presque mécanique, sans véritablement y réfléchir, par « facilité »²², « sans trop savoir »²³. Selon une présidente d'audiences correctionnelles, beaucoup de ses collègues ne « se posent pas trop la question [...] Il est violent, il est alcoolique, il est toxico, donc, le psy ». Quelques-uns adoptent une grille d'interprétation d'inspiration foucaldienne, le prononcé de soins permettant, dans un contexte de durcissement des réponses pénales, un retournement du « vilain métier de punir dans le beau métier de guérir »²⁴. Les magistrats « soulage[raient] » ainsi leur « conscience »²⁵, ayant le sentiment de « protég[er] la société » tout en poursuivant le « bien » des personnes, car « les soins, ça peut pas faire de mal comme on dit »²⁶. Ils deviendraient eux-mêmes « addict[s] de l'obligation », « comme si le soin avait quelque chose de magique »²⁷. Un JAP 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, « parce qu'on a besoin d'avoir quelqu'un qui est déclaré coupable, surtout lorsqu'il a commis des crimes graves », tandis 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. » Il y voit « quelque chose de presque inextricable », sans savoir « comment on peut sortir de cette espèce de confusion généralisée ». Les stratégies de défense des prévenus et de leurs avocats concouraient dans une large mesure à ce processus, ces derniers plaidant régulièrement en faveur de soins, quand ils n'incitent pas leurs clients à initier une psychothérapie avant même l'audience, dans l'espoir de susciter la clémence des magistrats et éviter ainsi une peine d'emprisonnement ferme²⁸. Selon une présidente d'audiences correctionnelles, le sursis probatoire et l'obligation de soin sont « leur rempart contre l'incarcération », « leur atout n°1 ».

La critique d'une « sur-prescription » concerne plus particulièrement les obligations de soin, en premier lieu du fait de la rareté des expertises préalables²⁹, ce qui entraverait une sélection raisonnée du public-cible. Si quelques magistrats, minoritaires, considèrent avoir suffisamment d'informations et d'expérience pour se prononcer utilement, il s'agit d'une critique récurrente et partagée du côté des

²¹ Expert et médecin coordonnateur.

²² Présidente d'audiences correctionnelles.

²³ Médecin généraliste, CSAPA.

²⁴ FOUCAULT M., *Les anormaux*, Cours au Collège de France, 1974-1975, Paris, Gallimard, 1999, p. 22.

²⁵ JAP.

²⁶ Expert psychiatre.

²⁷ Médecin généraliste, CSAPA.

²⁸ V. chapitre VII.

²⁹ Dans notre échantillon, moins d'un tiers (30,4 %) des condamnations délictuelles comprenant une obligation de soin ont été précédées d'une expertise, 8,8 % lorsqu'on exclut les délits sexuels.

soignants, qui contestent une confusion des genres lorsque les premiers se transforment en « prescripteurs de soin »³⁰. Une psychologue exerçant en détention ne comprend pas que les soignants « ne montent pas au créneau pour ça. [...] C'est de la prescription ou pas ? C'est de la prescription, c'est un acte médical ». Un certain nombre des soignants interrogés relèvent un certain brouillage des frontières professionnelles.

Outre l'absence d'expertise, l'accélération du traitement des affaires et la réduction de la durée des audiences limitent le temps que les juges peuvent consacrer à questionner les prévenus sur d'éventuelles problématiques addictives ou psychiatriques³¹. Leurs déclarations soulèvent par ailleurs des formes de suspicion, certains prévenus minorant leurs addictions ou troubles psychiques, de crainte du stigmatisme, ou au contraire les exagèrent, pour se déresponsabiliser et parce qu'ils escomptent une plus grande clémence judiciaire³². Ce type de positionnement fut régulièrement rapporté au sujet des délinquants sexuels, ou encore des trafiquants de stupéfiants, car « ces petits malins, dans le cadre de la justification de leur trafic », « vont très souvent dire au tribunal " mais madame, j'ai besoin d'argent parce que je consomme" »³³. Tout au plus peuvent-ils prendre en compte ce qui « saute aux yeux », « visuellement, physiquement »³⁴, car comme le déclare, sur un ton ironique, un procureur de la République, qui précise toutefois se méfier des préjugés, « on a quelques clients, on n'est pas trop étonné de voir pourquoi on les poursuit quoi, quand on les voit à la barre ». Ils partent également à la recherche d'autres indices tirés des « circonstances de la commission des faits », quand par exemple un conducteur présente une forte alcoolémie à « 3 heures de l'après-midi »³⁵, ou de la répétition d'infractions impliquant systématiquement une consommation d'alcool ou de drogues.

Ils ne disposent le plus souvent que des procès-verbaux policiers et du casier judiciaire, de sorte qu'ils auraient tendance à prononcer une obligation de soin « de manière un peu préventive », « dans le doute », laissant ensuite au JAP le soin de « faire le tri » et d'en relever éventuellement le condamné³⁶. Selon un procureur, « si elle se révèle n'être plus pertinente, il peut l'arrêter au bout d'un moment. On a une vraie souplesse dans ce suivi post-sentenciel ». Ce procédé semble d'autant plus

³⁰ V. également LE BODIC Cédric, MICHELOT Mannaïg, ROBIN Didier, « Les soins pénalement ordonnés. Cadre légal et revue de la littérature », *Annales Médico-Psychologiques*, n°173, 2015, p. 197-202.

³¹ Sur les questions posées aux prévenus à l'audience, v. MAHI Lara, *La discipline médicale : ethnographie des usages des normes de santé et de savoirs médicaux dans les dispositifs de la pénalité*, Thèse, Université Paris 10, 2018, p. 45 et s.

³² V. chapitre VII.

³³ CPIP exerçant en milieu ouvert.

³⁴ Procureur de la République.

³⁵ Présidente d'audiences correctionnelles.

³⁶ JAP.

accepté lorsque les juges envisagent la mesure comme une « obligation d'examen » plus que de soin, le médecin pouvant éventuellement écarter l'opportunité d'une thérapie :

« L'obligation de départ, c'est l'obligation d'un bilan. Si on n'a pas d'éléments médicaux avant, si on n'a pas d'expertise et qu'on dit à la personne "je pense moi juge, que vous avez besoin d'un soin", en réalité, je ne peux dire que "je pense que vous avez besoin d'un examen, de faire un bilan, de comprendre". [...] Mais il faut rappeler cette notion d'examen. Quand on n'a pas au dossier d'expertise, le juge ne peut pas durablement dire "vous aurez besoin de soins durant toute la durée de la mise à l'épreuve". » Président d'audiences correctionnelles.

Outre que les JAP ne disposent pas toujours d'informations plus fournies, ces relèvements sont pourtant loin d'être évidents³⁷.

Vu la masse de mesures, de très nombreux professionnels évoquent une dénaturation ou une perte de sens des obligations de soins. Selon un JAP, « on est rentré dans un mécanisme [...] où le soin ne veut plus rien dire. C'est un peu caricatural mais c'est un peu ça. » Pour lui, « c'est une espèce de passage obligé, par lequel tout le monde, praticiens, personnes, CPIP, psychologues, psychiatres, que tout le monde intègre finalement dans le dispositif et on sait plus très bien, si dans le cas x, on l'a intégré à bon escient. » Des CPIP disent régulièrement se « questionne[r] » sur leur « pertinence »³⁸, ce qui complique leurs propres prises en charge lorsqu'eux-mêmes ne les estiment « pas tellement fondé[es] »³⁹ ou « dénuées de sens »⁴⁰. Il leur est d'autant plus difficile d'expliquer les motivations d'une telle prise en charge, car ils ne peuvent évidemment « pas dire à la personne "nous on trouve que c'est stupide, mais il va falloir la mettre en place" »⁴¹. En outre, la multiplication des mesures saturerait tellement les centres médico-psychologiques (CMP) et les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)⁴² qu'elles en deviendraient virtuelles ou purement formelles. Déjà submergés par la file active de patients véritablement demandeurs, ceux-ci se trouvent dans l'incapacité d'absorber l'ensemble, complexifiant les démarches des condamnés pour trouver un thérapeute. Nombre d'entre elles prendraient des formes tellement mineures, avec des rendez-vous irréguliers ou très espacés, parfois auprès d'un généraliste, qu'elles n'auraient aucune influence sur le parcours ultérieur des condamnés.

³⁷ V. chapitre IX.

³⁸ CPIP exerçant en milieu ouvert.

³⁹ DSPIP.

⁴⁰ CPIP exerçant en milieu ouvert.

⁴¹ CPIP exerçant en milieu ouvert.

⁴² V. chapitre VIII.

Les professionnels sont généralement bien moins critiques vis-à-vis de l'injonction de soin, d'abord parce que les magistrats useraient du dispositif avec davantage de parcimonie, *a fortiori* en matière délictuelle. Une présidente d'audiences correctionnelles précise en prononcer très peu, « parce que j'ai dans l'idée quand même, je ne sais pas si c'est vrai, mais j'ai dans l'idée justement, que ça doit rester très marginal ». En raison du cadre plus contraignant de la mesure, mais aussi de la peine d'emprisonnement encourue en cas de manquement, les juges entendent la réserver aux faits les plus graves, « parce que c'est un peu une usine à gaz [...], parce que ça met en place le médecin coordonnateur, le médecin traitant. Tout ça, c'est quand même... c'est très lourd »⁴³. Nos données en témoignent, puisque ces mesures ciblent essentiellement, malgré l'extension progressive de leur champ d'application, les infractions sexuelles et plus récemment les atteintes à la vie. Plus prosaïquement, cette modération découle de leurs précautions pour ne pas asphyxier le dispositif, ne pas entraver sa viabilité eu égard au manque de médecins coordonnateurs⁴⁴ :

« Il faut veiller, et il faut vraiment qu'on s'y tienne, à ce que les injonctions de soins restent limitées en nombre. Ce sont des mesures qui sont lourdes et si on les démultiplie forcément, comme les moyens humains ne seront pas démultipliés à mesure, le seul résultat c'est que c'est le contenu qui va s'alléger, comme en matière de mise à l'épreuve. On a noyé les JAP sous la mise à l'épreuve, résultat : on trouve qu'on a un suivi soutenu dans la mise à l'épreuve lorsque l'on voit le type deux fois par an. » Procureur de la République.

À leurs yeux, l'injonction présente également l'avantage d'être précédée d'une ou plusieurs expertises, qui doivent préciser que la personne est susceptible de faire l'objet d'un traitement (article 131-36-4 du Code pénal). Les conclusions de l'expert liant théoriquement le juge, celui-ci ne se substitue plus au médecin comme prescripteur de soins. Si les thérapeutes y ont vu une véritable avancée, ce filtre fonctionne en réalité assez peu, dès lors qu'il se trouve presque toujours un expert pour recommander des soins⁴⁵. Plus d'une dizaine de professionnels, dont huit agents de l'administration pénitentiaire, font état d'« une ouverture de parapluie », qui concernerait tant les magistrats, les CPIP, que les experts et médecins coordonnateurs. Tous affrontent en effet de lourdes accusations publiques à chaque épisode de récidive rapporté par les médias. Une « logique immunitaire »⁴⁶ de « sécurisation »⁴⁷ affecte leurs pratiques évaluatives et décisionnelles. Face à des experts qui écartent rarement toute dangerosité⁴⁸ et recommandent généralement

⁴³ JAP.

⁴⁴ V. Chapitre VIII.

⁴⁵ V. chapitre II.

⁴⁶ KAMINSKI Dan, *Pénalité, Management, Innovation*, Namur, Presses universitaires de Namur, 2009, p. 103.

⁴⁷ DPIP exerçant en milieu ouvert.

⁴⁸ V. chapitre III ; v. également GAUTRON Virginie (dir.), *(Se) soigner sous la contrainte*, op. cit., p. 110 et s.

des soins, exclure ces mesures apparaît comme un risque professionnel pour les magistrats, du moins dans l'hypothèse de faits relativement graves. Pour un CPIP exerçant en détention, évoquant l'octroi d'aménagements de peine assortis de soins, « c'est pas juste pour la personne et qu'elle aille mieux » : en cas de récidive, il s'agit aussi de pouvoir justifier « qu'on a fait ce qu'il fallait pour qu'il soit suivi au moins à l'extérieur. On viendra pas nous le reprocher ». Quelques magistrats le reconnaissent sans difficulté et déplorent ce réflexe défensif, à l'image de cette juge d'instruction qui « crain[t] une sorte de truc qui est un peu... enfin, qui est dans l'air du temps de toute manière depuis longtemps, une sorte de responsabilité. Dans le doute, vous mettez l'obligation de soins parce que si jamais il se passe quelque chose vous dites "ah, mais j'avais mis l'obligation de soins" »⁴⁹. D'autres s'en défendent. Ils insistent plutôt sur leur difficulté à motiver l'exclusion de soin lorsque l'expert en recommande, *a fortiori* lorsqu'il s'agit d'une injonction, car il leur faut alors contrer un argumentaire médical sans pourtant disposer des compétences nécessaires. Leurs marges de manoeuvre sont d'autant plus fragiles depuis qu'une loi de 2007, dans un contexte de défiance à l'égard de l'autonomie décisionnelle des juges⁵⁰, a posé comme principe l'inclusion de la mesure pour tout SSJ. Désormais, le condamné y est en principe astreint, sauf décision contraire et motivée de la juridiction (art. 131-36-4 du Code pénal et 763-3 du Code de procédure pénale), ce qui se produirait rarement.

Pour ces différentes raisons, quelques acteurs judiciaires et professionnels de santé en viennent aussi à regretter le prononcé trop régulier d'injonctions, avec pour effet les mêmes risques de dénaturation et de saturation qu'au sujet des simples obligations, accentués par l'extension progressive de leur champ d'application. Ainsi, selon un expert et médecin coordonnateur :

« Moi j'en reste naïvement à l'origine de la loi, appliquée dans les tous premiers temps, clairement faite pour les infracteurs à caractère sexuel. Après, elle a été étendue en deux temps, toutes les infractions qu'on connaît après, qui sont plus que largement discutables. [...] Le dispositif est écrit pour les auteurs d'agressions sexuelles. Enfin, tout a été pensé, à partir d'une recherche basée sur ce plan-là, et sur rien d'autre. Après, à mon avis, c'est une très, très mauvaise chose de l'avoir étendue à d'autres délits, parce qu'elle a pas été prévue du tout pour les autres types de délits et crimes. [...] Je dis pas que ça marche pas, parce que ça peut procéder de la même intention, du côté du législateur. Quand c'est bien conduit et bien perçu, ça peut mener aux mêmes effets, aux mêmes résultats en tout cas. [...] Après, ça a envahi et saturé complètement le dispositif. C'est le risque aussi qu'on risque de vivre avec l'injonction. Tendre à la systématiser, ça va la dénaturer je pense, et ça va avoir des effets très contre-productifs auprès des collègues et des psys en général. »

⁴⁹ Juge d'instruction.

⁵⁰ GARÇON Evelyne, « Entre confiance et défiance à l'égard du juge pénal », *JCP éd. G.* 2007, I, 196.

Selon un JAP, certains magistrats auraient tendance à « dégain[e]r » trop vite l'injonction, « sur des profils qui pourraient relever d'une simple obligation de soins », y compris dans le champ des violences sexuelles, car « tous les agresseurs sexuels ne sont pas des vrais prédateurs ». Aux assises, cette tendance serait renforcée par les représentations des jurés, qui appréhenderaient souvent le passage à l'acte sur un registre psychopathologique. Une présidente de Cour d'assises précise en effet qu'ils « sont très sensibles à ça [...] Ils demandent "oui mais, il faut qu'il soit soigné, il est malade". Ils y tiennent beaucoup. » Une autre ajoute qu'ils réclament régulièrement un suivi socio-judiciaire, pas seulement pour soigner, mais aussi contrôler les condamnés à leur sortie de détention :

« Le SSJ, il a la cote chez les jurés, c'est-à-dire que ça les rassure. Cela dit, c'est pas valable que pour les jurés ce que je dis. J'ai un certain nombre de collègues aussi, où le SSJ, c'est le truc miraculeux. Moins dans la tête des collègues, parce qu'ils savent comment ça se passe ; en revanche, les jurés, il faut leur expliquer souvent, il faut démystifier. Il faut leur expliquer que les gens vont pas être surveillés 24/24 par un éducateur. » Présidente de Cour d'assises.

Cette dynamique de contrôle et de surveillance n'épargne pas les magistrats et les CPIP, car, selon une DPIP, il « y a une espèce de vision, de sécuriser absolument ou de lutter... la lutte active contre la récidive, ce serait 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. » Dans l'esprit des magistrats, les registres de justification des soins ne sont donc pas uniquement d'ordre sanitaire, ceux-ci se trouvant en concurrence avec des rationalités plus judiciaires.

2. Des critères judiciaires et sanitaires concurrentiels

Nous avons systématiquement interrogé les magistrats sur les critères qu'ils prennent en compte pour prononcer des soins pénalement ordonnés, mais aussi les CPIP et les soignants pour cerner leurs représentations des pratiques juridictionnelles qui, du moins pour les seconds, demeurent peu lisibles. Ces critères sont multiples et les entretiens permettent difficilement de déterminer leur force propre. Pour ceux que nous pouvions caractériser à partir de notre échantillon de dossiers, nous avons procédé à des analyses statistiques multivariées, de façon à estimer leur poids respectif, indépendamment des autres. Ces différents matériaux révèlent qu'ils prennent indéniablement en compte des marqueurs et prérequis cliniques (A). Toutefois, ceux-ci sont en concurrence avec d'autres déterminants, qui relèvent davantage de rationalités proprement judiciaires (B). Dans l'esprit des magistrats, ces derniers peuvent justifier des soins sans que les professionnels identifient pour

autant des troubles. Ils peuvent tout autant conduire à les exclure, quand bien même tous les acteurs s'accorderaient sur l'intérêt d'une psychothérapie.

A. L'incidence de marqueurs et prérequis cliniques

L'identification de dépendances ou de troubles psychiques pèse significativement dans les décisions des magistrats. Dans l'ensemble des condamnations pénales prononcées entre 2000 et 2010, des soins pénalement ordonnés apparaissent plus souvent lorsqu'au moins un professionnel constate un abus ou une dépendance à l'alcool (33,9 % des condamnés, contre 19,8 % en l'absence de telles mentions)⁵¹, du moins concernant les violences conjugales (51,2 % contre 27 %)⁵² et les infractions à la législation sur les stupéfiants (35,1 % contre 14,4 %)⁵³. Malgré la forte prévalence des consommations problématiques⁵⁴, ces écarts disparaissent en effet en matière d'infractions sexuelles (37 % dans les deux cas). Dans cette hypothèse, ce sont les représentations des magistrats sur les origines psychopathologiques des violences sexuelles qui semblent prendre le dessus, notamment en référence aux perversions ou troubles paraphiliques. Les analyses multivariées le confirment, puisque les problèmes d'alcool ne sont pas discriminants pour le prononcé d'une injonction de soins, qui concerne majoritairement des délinquants sexuels. En revanche, dans l'ensemble des condamnations, une dépendance à l'alcool multiplie par 1,9 (***) la probabilité de soins pénalement ordonnés, par 2,3 (***) dans les seuls dossiers délictuels⁵⁵.

Tableau n° 6- Estimation des probabilités de soins pénalement ordonnés entre 2000 et 2010 selon les niveaux de consommation d'alcool

Modalité à expliquer	Variables indépendantes	Signif.		Odds ratio	Intervalles de confiance à 95 %	
					Limite inf.	Limite sup.
Soins pénalement ordonnés dans l'ensemble des condamnations délictuelles ou criminelles (N=1 459)						
	Mention d'une dépendance ou d'un alcoolisme					
	Non			1		
	Oui	0,001	***	1,953	1,307	2,916
Soins pénalement ordonnés dans l'ensemble des condamnations délictuelles (N=1 043)						
	Mention d'une dépendance ou d'un alcoolisme					
	Non			1		
	Oui	0,003	***	2,305	1,326	4,006

Concernant les autres drogues, les usagers d'au moins un produit stupéfiant ont un peu moins souvent fait l'objet de soins pénalement ordonnés que les non

⁵¹ p=0,001 V de Cramer=0,137.

⁵² p=0,001 V de Cramer=0,222.

⁵³ p=0,002 V de Cramer=0,109.

⁵⁴ V. chapitre I.

⁵⁵ Les variables indépendantes prises en compte sont les suivantes : âge ; sexe ; nationalité ; année de jugement ; type de procédure et d'infractions ; antécédents judiciaires ; degré de reconnaissance des faits ; situation au regard du logement et de l'emploi ; dépendance à l'alcool ou d'autres produits stupéfiants.

consommateurs (19,2% contre 27,2%)⁵⁶. Ceci s'explique en réalité par la faible proportion d'usagers parmi les délinquants sexuels, qui constituent la cible privilégiée des thérapies contraintes⁵⁷. Les écarts sont au contraire très nets en matière de violences conjugales (54,5 % contre 30,2 % lorsqu'aucune consommation n'est mentionnée)⁵⁸ et d'ILS (16,7 % contre 3,5 %)⁵⁹, particulièrement en présence d'une consommation d'autres stupéfiants que le cannabis⁶⁰. Toutes choses égales par ailleurs, la consommation de produits stupéfiants n'exerce aucune influence significative sur le prononcé d'injonctions de soins. En revanche, la probabilité de soins est multipliée par 1,8 (**) dans les seules affaires délictuelles. Elle est plus forte en présence d'autres produits que le cannabis⁶¹, surtout lorsqu'apparaît une consommation de cocaïne, d'opiacés, de crack, ou plus généralement lorsqu'au moins un professionnel mentionne une dépendance, quel que soit le produit.

⁵⁶ $p=0,001$ V de Cramer=0,094.

⁵⁷ *V. infra*.

⁵⁸ $p=0,003$ V de Cramer=0,171.

⁵⁹ $p=0,002$ V de Cramer=0,109.

⁶⁰ Les pourcentages les plus élevés concernent les consommateurs de crack (37,5 %), d'opiacés (29 %), de stimulants, hallucinogènes, solvants et produits de synthèse (30 %), dans une moindre mesure les consommateurs de cocaïne (21,9 %) [$p=0,002$ V de Cramer=0,143].

⁶¹ Nous avons substitué à la variable indépendante relative à la dépendance aux produits stupéfiants les types de produits consommés, en distinguant le cannabis des autres drogues dans un modèle, l'ensemble des produits dans un autre.

Tableau n° 7- Estimation des probabilités de soins pénalement ordonnés entre 2000 et 2010 selon les niveaux de consommation et les types de produits stupéfiants consommés

Modalité à expliquer	Variables indépendantes	Signif.		Odds ratio	Intervalles de confiance à 95 %	
					Limite inf.	Limite sup.
Soins pénalement ordonnés dans l'ensemble des condamnations délictuelles ou criminelles (N=1 459)						
	Mention d'une dépendance ou toxicomanie					
	Non			1		
	Oui	0,000	***	2,455	1,566	3,851
	Consommation d'au moins un produit stupéfiant					
	Oui			1		
	Non	0,273	n.s.	0,804	0,545	1,187
	Consommation d'une autre drogue que le cannabis					
	Non			1		
	Oui	0,023	**	1,538	1,058	2,235
Soins pénalement ordonnés dans l'ensemble des condamnations délictuelles (N=1043)						
	Mention d'une dépendance ou toxicomanie					
	Non			1		
	Oui	0,000	***	3,271	1,933	5,536
	Consommation d'au moins un produit stupéfiant					
	Oui			1		
	Non	0,027	**	0,554	0,326	0,940
	Consommation d'une autre drogue que le cannabis					
	Non			1		
	Oui	0,002	***	1,991	1,299	3,050
	Selon les types de produits (n=1 020)					
	Pas de mention d'une consommation			1		
	Uniquement du cannabis	0,243	n.s.	1,401	0,794	2,474
	Consommation de cocaïne (hors opiacés, crack, TSO)	0,036	**	2,329	1,047	5,181
	Consommation d'opiacés, crack, TSO	0,002	***	3,036	1,523	6,053
Obligations de soin dans les condamnations délictuelles pour ILS (N=618)						
	Mention d'une dépendance ou toxicomanie					
	Non			1		
	Oui	0,000	***	3,625	2,040	6,439
	Consommation d'une autre drogue que le cannabis					
	Non			1		
	Oui	0,001	***	2,272	1,397	3,695
	Selon les types d'usages (n=598)					
	Uniquement du cannabis - hors consommation journalière			1		
	Pas de mention d'une consommation	0,095	*	0,171	0,021	1,393
	Uniquement du cannabis - consommation journalière	0,147	n.s.	1,614	0,839	3,104
	Consommation de cocaïne (hors opiacés, crack, TSO)	0,013	**	2,826	1,242	6,43
	Consommation d'opiacés, crack, TSO	0,003	***	2,733	1,403	5,325

Toutes choses égales par ailleurs⁶², dans les dossiers comprenant des expertises, la probabilité de soins pénalement ordonnés est en outre divisée par 2,6 (***) lorsqu'aucun diagnostic expertal ne pointe une pathologie psychiatrique ou un trouble de la personnalité. La mention d'une altération ou d'une abolition du discernement n'a quant à elle pas d'incidence. Selon une présidente d'audiences correctionnelles, ce critère ne joue qu'« à la marge » :

« L'altération c'est surtout pour le choix de la peine et notamment le quantum. Voilà on va baisser beaucoup, effectivement on va beaucoup plus débattre de la question d'une incarcération ou d'une peine ferme. Ça va plus jouer là-dessus je trouve. Mais après la question est : est-ce qu'on va y ajouter une obligation de soin dans le cadre d'un SME, j'allais dire sûrement si on a les éléments oui, mais c'est indépendant de l'altération. C'est parce qu'il est alcoolique, c'est parce que machin bidule. L'altération, c'est plus un repère d'indulgence, parce qu'à un moment on considère quand même qu'il y a matière à y prendre de l'indulgence pour plus la nature ou le quantum de la peine. »

À la différence des troubles psychiques, l'identification de déficiences intellectuelles opère comme un critère d'exclusion, puisque la probabilité de soins pénalement ordonnés est alors divisée par 2,6 (**).

Tableau n° 8- Estimation des probabilités de soins pénalement ordonnés entre 2000 et 2010 selon les diagnostics des experts

Modalité à expliquer	Variables indépendantes	Signif.		Odds ratio	Intervalles de confiance à 95 %	
					Limite inf.	Limite sup.
Soins pénalement ordonnés dans l'ensemble des dossiers de 2000 à 2015 comprenant des expertises (N=584)						
	Pathologies psychiatriques ou troubles de la personnalité					
	Aucune pathologie ou trouble de la personnalité sans avis expertal contraire			1		
	Autres diagnostics	0,001	***	2,655	1,527	4,616
	Déficiences intellectuelles					
	Aucune déficience intellectuelle sans avis expertal contraire			1		
	Déficiences intellectuelles mentionnées par au moins un expert	0,042	**	0,381	0,149	0,976

Au-delà des magistrats, de nombreux acteurs doutent de leur accessibilité à la psychothérapie, du fait de leurs difficultés de compréhension et de verbalisation, de leurs faibles capacités d'introspection et d'élaboration. La simple présence de troubles psychiques ou addictifs ne suffit pas à justifier des soins, encore faut-il être capable de les investir. À cet égard, une adhésion minimale apparaît comme un autre prérequis nécessaire, autant pour les experts, les professionnels de santé en général, que pour les magistrats. Ces derniers questionnent les prévenus à l'audience afin

⁶² Les autres variables indépendantes sont identiques à celles mentionnées précédemment.

d'estimer leur degré d'adhésion à l'éventualité d'une obligation de soin. Sur un plan plus factuel, les juges cherchent à déterminer s'ils ont engagé d'eux-mêmes des démarches auprès de professionnels de santé, ou bien respecté les conditions d'un contrôle judiciaire imposant des soins :

« Qu'est-ce que j'ai mis en place, est ce que la GAV m'a fait un électrochoc ? En quoi je me suis dit, tiens à 4 h 00 du matin je suis ivre mort et je tape sur ma femme, est-ce que c'est un problème ou pas ? Et pendant les 6 mois là qu'est-ce que j'ai mis en place pour que ça ne se reproduise pas ? [...] Donc ils ont commencé des soins, ils ont pris attache avec leur médecin traitant, ils sont allés au CSAPA, ils ont fait une cure etc. [...] Même sans contrôle judiciaire. » Présidente d'audiences correctionnelles.

« Si je sens que ça va pas marcher un minimum, moi je m'orienterai vers une autre peine [...]. Parce que si c'est pour aller à l'échec... [Comment vous appréciez ça, si ça va marcher ou pas ?] Ben, c'est un peu le casier, un peu aussi l'attitude à l'audience [...], les propos tenus, parce que parfois, on a une sorte de... presque... moins pour l'alcool qui à mon avis, socialement, est moins bien perçu que le cannabis. [...] Typiquement, la personne qui dit "moi, j'ai vraiment un souci". Parfois c'est dit et je trouve ça assez admirable, parce qu'en audience publique, c'est pas facile de dire qu'on a un problème d'alcool. Ça peut être éventuellement un contrôle judiciaire réussi. » Présidente d'audiences correctionnelles.

En cas de détention provisoire ou de condamnations antérieures, ils mesurent également leur degré d'adhésion à l'aune de ce que le prévenu « exprime à l'audience ou ce qu'il a déjà exprimé en détention à travers des entretiens psychologiques qu'il a suivis ou qu'il a refusé de suivre »⁶³. Circonspects suite à des déclarations mensongères, ou à l'engagement de soins dans une visée purement opportuniste⁶⁴, ils tentent de démêler le vrai du faux. Ils « regard[ent] la date des premiers rendez-vous et la date du rendez-vous avec l'avocat »⁶⁵, le nombre et la fréquence des entretiens avec les thérapeutes, afin de vérifier que ce n'est pas du « vernis » pour la juridiction⁶⁶. En creux, les acteurs judiciaires valorisent la capacité d'auto-contrainte aux soins, dont font preuve certains prévenus avant l'audience de jugement.

En l'absence d'adhésion minimale, plusieurs redoutent qu'un sursis probatoire assorti d'une obligation de soin ne soit qu'un « emprisonnement à retard », car le condamné risque d'« être en difficulté pour la respecter », avec pour effet une révocation de la mesure⁶⁷. Paradoxalement, le risque est alors de réserver la contrainte à ceux qui n'en ont visiblement pas besoin, puisque volontaires ou déjà engagés par eux-mêmes dans une thérapie. Quelques magistrats disent écarter ces mesures lorsque leur investissement dans les soins en place paraît authentique, mais

⁶³ Présidente de Cour d'assises.

⁶⁴ V. chapitre VII.

⁶⁵ Procureur de la République.

⁶⁶ Présidente de Cour d'assises.

⁶⁷ Présidente d'audiences correctionnelles.

beaucoup seraient malgré tout prononcés, de peur que le prévenu y renonce dès la condamnation prononcée.

Malgré l'importance accordée au « travail » psychothérapeutique sur « le passage à l'acte »⁶⁸, l'exigence d'une adhésion minimale explique qu'ils renoncent plus souvent aux soins en présence d'une négation des faits. À l'instar des professionnels de santé, ils l'envisagent comme un obstacle à l'acceptation de ces prises en charge⁶⁹. Parmi les personnes qui « ne veulent rien », « refusent catégoriquement » les soins, « rejettent tout en bloc », ceux qui nient la matérialité des faits sont régulièrement cités en premier durant les entretiens. Ce critère d'exclusion opère même dans les affaires pour lesquelles les experts ne sont pas sollicités. Dans l'ensemble des condamnations, la probabilité de soins est divisée par 2,3 (***)⁷⁰, plus particulièrement au sujet des délinquants sexuels et des injonctions de soin. Pour ce public, cette mesure est en effet 5 fois moins probable qu'en présence d'aveux complets (***). Cet indicateur compte même davantage que d'éventuels troubles psychiques ou des addictions.

Tableau n° 9- Estimation des probabilités de soins pénalement ordonnés entre 2000 et 2010 selon le degré de reconnaissance des faits

Modalité à expliquer	Variables indépendantes	Signif.		Odds ratio	Intervalles de confiance à 95 %	
					Limite inf.	Limite sup.
Soins pénalement ordonnés dans l'ensemble des condamnations délictuelles ou criminelles (N=1 459)						
	Reconnaissance totale			1		
	Reconnaissance partielle	0,375	n.s.	0,866	0,631	1,188
	Négation	0,000	***	0,420	0,275	0,641
Injonctions de soins dans les dossiers d'infractions à caractère sexuel (N=386)						
	Reconnaissance totale			1		
	Reconnaissance partielle	0,544	n.s.	0,791	0,377	1,660
	Négation	0,002	***	0,197	0,071	0,550

En revanche, nous montrerons dans des publications ultérieures que la prescription judiciaire de soins est plus fréquente, nonobstant le degré de reconnaissance des faits, lorsque les experts pointent un défaut d'empathie, de culpabilité, de honte ou de remords⁷¹. Enfin, au titre des marqueurs cliniques, on observe que les magistrats tiennent pleinement compte des avis des experts sur l'opportunité de telles mesures. La préconisation d'une prise en charge sanitaire, contrainte ou non, multiplie par 3,2 (***) la probabilité de soins pénalement ordonnés⁷².

⁶⁸ V. chapitre IV.

⁶⁹ V. chapitres II et VII.

⁷⁰ Les variables indépendantes sont les mêmes que dans les modèles précédents.

⁷¹ GAUTRON Virginie, *Par-delà l'aveu : remords et justice pénale. Les pratiques judiciaires au prisme des manifestations émotionnelles*, Mémoire d'habilitation à diriger des recherches en sociologie, Paris, École des Hautes Études en Sciences Sociales (à paraître, 2023).

⁷² Outre les variables précédemment mentionnées, nous avons également pris en compte dans ce modèle de régression le diagnostic de l'expert sur d'éventuels troubles psychiatriques ou de la personnalité.

Tableau n° 10- Estimation des probabilités de soins pénalement ordonnés entre 2000 et 2010 selon les préconisations des experts quant à l'opportunité de soins

Modalité à expliquer	Variables indépendantes	Signif.		Odds ratio	Intervalles de confiance à 95 %	
					Limite inf.	Limite sup.
Soins pénalement ordonnés dans l'ensemble des condamnations délictuelles ou criminelles dans les dossiers comprenant des expertises (N=584)						
	Recommandation de soins par au moins un expert			1		
	Absence de recommandation de soins	0,000	***	0,313	0,176	0,556

Le prononcé de ces mesures dépend donc indéniablement de marqueurs et prérequis cliniques, même si d'autres critères, plus habituels sur la scène judiciaire, tendent parfois à les supplanter.

B. La concurrence de déterminants judiciaires

Parmi les éléments pris en compte par les magistrats, les déterminants des peines classiquement identifiés dans la littérature scientifique ne sont pas sans influence⁷³. En effet, le choix de prononcer ou non des soins obligés s'inscrit dans un processus visant à déterminer plus globalement la « juste peine ». Ils sont particulièrement attentifs à la nature de l'infraction (a), aux antécédents judiciaires (b), aux risques de récidive (c) et à la situation sociale des prévenus (d).

a. La nature de l'infraction

Parmi les causes explicatives de l'inflation des mesures, de nombreux professionnels avancent un phénomène de « pathologisation », de « psychiatrisation »⁷⁴ ou de « médicalisation de la délinquance ». Celui-ci conduirait de trop nombreux magistrats à interpréter certains types de délinquance comme le symptôme d'une maladie⁷⁵, de sorte que les soins deviendraient « une condition *sine qua non* de la prise en charge et de la réadaptation »⁷⁶. Ce ne serait donc pas toujours des troubles avérés qui justifieraient le prononcé de soins, mais la nature de l'infraction. Lors de nos entretiens, plus de huit magistrats sur dix ont effectivement évoqué le type

⁷³ GAUTRON Virginie, RETIÈRE Jean-Noël, « Des destinées judiciaires pénalement et socialement marquées », in Jean DANET (coord.), *La réponse pénale. Dix ans de traitement des délits*, Rennes, PUR, 2013, p. 211-251 ; VANHAMME Françoise., BEYENS Kristel, « La recherche en sentencing : un survol contextualisé », *Déviante et Société*, vol. 31, 2007/2, p. 199-228 ; FAGET Jacques, « La fabrique de la décision pénale. Une dialectique des asservissements et des émancipations », *Champ pénal/ Penal field*, vol. V, 2008, consulté le 25 mars 2022 [URL : <http://journals.openedition.org/champpenal/3983>].

⁷⁴ DSPIP.

⁷⁵ SALVAGE P., « La grande délinquance est-elle une maladie ? », *Droit pénal*, 2010, étude 3.

⁷⁶ JAP. V. également chapitre IV.

d'incriminations en général, ou certaines violences en particulier. Comme bien des personnels pénitentiaires et des professionnels de santé, un JAP a « la sensation » que les juridictions en prononcent « dès lors qu'elles sont confrontées à tel ou tel type d'infraction ». Certains l'expliquent par le manque d'informations et de temps à l'audience pour investiguer les problématiques proprement sanitaires, les caractéristiques des faits constituant dès lors « un premier filtre »⁷⁷. Plusieurs professionnels, quelle que soit leur institution de rattachement, ont l'impression que l'injonction de soin, ou à défaut l'obligation, est presque systématique en présence de violences sexuelles. Les magistrats auraient alors le sentiment que « forcément, sur le plan psychologique, y a quelque chose à régler »⁷⁸. Beaucoup ajoutent que ces mesures sont de plus en plus et trop souvent prononcées pour de simples « problématiques comportementales »⁷⁹. Selon eux, celles-ci ne relèveraient pas nécessairement d'une prise en charge médico-psychologique, mais « plutôt du champ éducatif », pour « travailler » sur les « représentations », les « valeurs », la « gestion des émotions »⁸⁰. Une DPIP exerçant en milieu ouvert offre en exemple les violences intrafamiliales, conjugales ou envers les ascendants, pour lesquelles il « y a quelques années, on était sur de la réparation numéraire, sur de l'interdiction d'entrer en relation, mais pas forcément sur du soin. » Une CPIP s'interroge aussi sur l'intérêt de telles mesures lorsqu'il s'agit d'un « primaire qui s'est laissé embringuer en sortie de boîte avec ses potes » et qui « s'est bastonné sur le trottoir ». L'assimilation entre certains types d'infractions et des problématiques psychopathologiques soulève d'autant plus de critiques parmi les soignants, qui se trouvent contraints de prendre en charge « des gens lambda, qui tapent des personnes, d'accord », mais qui ne relèveraient pas de la psychiatrie. Pour une psychologue exerçant en détention, « qu'ils soient sanctionnés, bien sûr, mais ça concerne pas du tout les soins ». Elle refuse d'être placée dans un rôle de « redresseur de tort », car « on fait rentrer dans le champ de la médecine, des choses qui relèvent de l'éducatif, du social, de la morale ».

Les analyses multivariées confirment à quel point les violences sexuelles, et dans une moindre mesure les autres formes de violences, sont la cible privilégiée des soins pénalement ordonnés. Le type d'infractions reprochées constitue même la variable la plus discriminante, bien davantage que d'éventuelles problématiques sanitaires. Par rapport aux infractions sexuelles, la probabilité de soins pénalement ordonnés est divisée par 2,8 en matière d'atteintes à la vie (***), par 2,4 pour les conjoints violents (***), par plus de 9 pour les auteurs d'ILS, et même par plus de 18 pour les vols criminels (***). Dans les seuls dossiers correctionnels, cette probabilité est 9,7 fois

⁷⁷ Présidente d'audiences correctionnelles.

⁷⁸ Substitut du procureur.

⁷⁹ CPIP exerçant en milieu ouvert.

⁸⁰ DSPIP.

plus forte (***) pour les auteurs de délits sexuels et 4,3 fois plus importante (***) pour les conjoints violents que pour les auteurs d'ILS.

Tableau n° 11- Estimation des probabilités de soins pénalement ordonnés entre 2000 et 2010 selon le type d'infractions

Modalité à expliquer	Variables indépendantes	Signif.		Odds ratio	Intervalles de confiance à 95 %	
					Limite inf.	Limite sup.
Soins pénalement ordonnés dans l'ensemble des condamnations délictuelles ou criminelles (N=1 459)						
	Infractions sexuelles			1		
	Atteintes à la vie	0,002	***	0,356	0,188	0,672
	Violences conjugales	0,000	***	0,414	0,270	0,636
	Infractions à la législation sur les stupéfiants	0,000	***	0,106	0,065	0,171
	Vols criminels	0,000	***	0,055	0,013	0,240
	Autres infractions	0,011	**	0,191	0,053	0,684
Soins pénalement ordonnés dans l'ensemble des condamnations délictuelles (N=1 043)						
	ILS			1		
	Délits sexuels	0,000	***	9,744	5,670	16,745
	Violences conjugales	0,000	***	4,317	2,656	7,016

Même en matière d'ILS, c'est parfois l'infraction en elle-même, ou le type de produits consommés, plus que des certitudes sur l'existence d'une véritable dépendance, qui conduit au prononcé de la mesure⁸¹. Si les opiacés et le crack sont davantage concernés, une CPIP exerçant en détention indique :

« C'est très vite jugé, très vite classé, catalogué. [...] Quelqu'un qui a été pris parce qu'il roulait et il fumait un joint. Oui, mais est-ce que pour ça, il est dans l'addiction ? Y a des jeunes, des gens qui consomment du cannabis, à une période de leur vie, ou tout le long de leur vie, mais parce que voilà, c'est un joint de temps en temps. Alors effectivement, on est sur quelque chose d'illégal et d'interdit mais est-ce que ça relève du soin ? Là, on est plus sur le fait du non-respect de la loi, de prendre des risques en se montrant, en consommant quelque chose. Mais on n'est pas forcément sur une notion de soins et de problématique de santé. »

Le repérage de certains comportements d'usage de drogues, par exemple la consommation de cannabis sur la voie publique, semble ainsi jouer comme un marqueur de déviance, un élément de profil défavorable orientant la préférence des magistrats pour une mesure de soins.

⁸¹ V. chapitre VI.

b. Les antécédents judiciaires

Plus d'un quart des professionnels ont évoqué les antécédents judiciaires parmi les critères de prononcé des soins. La répétition des faits vient renforcer dans leur esprit l'hypothèse de troubles addictifs ou pathologiques sous-jacents, notamment en matière d'ILS ou de conduite en état alcoolique, car « si on en est rendu à la 3^e ou la 4^e CEA, ils peuvent plus dire qu'ils ont été contrôlés comme par hasard, la soirée où ils buvaient quoi »⁸². Dans notre échantillon de dossiers, le passé pénal exerce pourtant une influence modérée. La probabilité de soins pénalement ordonnés est en effet multipliée par 1,4 (***) en présence de condamnations antérieures figurant au bulletin n° 1 du casier, par 1,6 (***) dans les seules affaires délictuelles. Ce critère concerne essentiellement les condamnés pour ILS⁸³ ou violences conjugales⁸⁴, *a fortiori* lorsqu'ils ont déjà été sanctionnés pour ce type de violences⁸⁵. Pour ces deux types d'infractions, la probabilité d'obligations de soins est alors multipliée par 1,8 (***)

Tableau n° 12- Estimation des probabilités de soins pénalement ordonnés entre 2000 et 2010 selon les antécédents judiciaires

Modalité à expliquer	Variables indépendantes	Signif.		Odds ratio	Intervalles de confiance à 95 %	
					Limite inf.	Limite sup.
Soins pénalement ordonnés dans l'ensemble des condamnations délictuelles ou criminelles (N=1 459)						
	Casier vierge			1		
	Une ou plusieurs condamnations antérieures	0,023	**	1,394	1,044	1,861
Soins pénalement ordonnés dans l'ensemble des condamnations délictuelles (N=1 043)						
	Une ou plusieurs condamnations antérieures			1		
	Casier vierge	0,005	***	0,611	0,435	0,860
Obligations de soin dans les condamnations délictuelles pour ILS ou violences conjugales (N=864)						
	Casier vierge			1		
	Une ou plusieurs condamnations antérieures	0,002	***	1,876	1,253	2,809

L'importance que les magistrats accordent à la nature des faits reprochés et à l'ampleur des antécédents peut les conduire à exclure de ces prises en charge des personnes qui présentent pourtant des addictions ou des troubles psychiques. Quand bien même ceux-ci constateraient de telles problématiques, ils 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

⁸² JAP.

⁸³ 9,6 % des primo-condamnés concernés, contre 17,2 % en présence d'une mention au B1 du casier et 18,3 % en présence de plusieurs mentions [p=0,011 V de Cramer=0,108].

⁸⁴ 25,4 % en présence d'un casier vierge, 34,9 % en présence d'une mention, 45,5 % en présence de plusieurs mentions [p=0,007 V de Cramer=0,186].

⁸⁵ 58,3 % sont alors contraints à des soins [p=0,002 V de Cramer=0,183].

gravité. En raison du principe de gradation des réponses pénales, un magistrat du parquet précise qu'ils ne choisissent « pas forcément la réponse pénale ou la peine, en fonction de la problématique » :

« Je pense qu'on s'enferme, mais parce que ça fait partie de notre inconscient, dans cette idée à la fois de chaîne pénale et de chaîne des réponses. C'est-à-dire qu'entre le rappel à la loi OPJ et la saisie mandat de dépôt, on va commencer à monter progressivement, par une forme de cliquet et une fois qu'on a atteint un cliquet, eh ben on revient jamais en arrière [...] Mais c'est vrai que c'est le paradoxe, c'est-à-dire l'intérêt de la personne, c'est qu'on va sur plus de poursuites, plus visibles et plus sévères, justement pour lui proposer du soin, ce qui est un peu absurde. Là où le soin devrait être en première intention, assez rapidement dans l'échelle des réponses pénales, on est obligé d'attendre un certain degré de sévérité, pour pouvoir accéder à cette réponse pénale. C'est un peu le paradoxe. »

A contrario, lorsque les antécédents s'accumulent, il n'est plus question de soin, du moins hors les murs, les peines d'emprisonnement ferme étant alors privilégiées, surtout lorsque le prévenu a déjà été condamné à plusieurs reprises à une peine d'emprisonnement ferme. La seule exception concerne les violences sexuelles, au sujet desquelles la présence d'antécédents pèse peu, puisque des soins pénalement ordonnés apparaissent aussi souvent dès la première condamnation (38 %, contre 35,2 % en l'absence de mention au casier). Toutefois, en matière de délits sexuels, l'injonction de soin⁸⁶ prend alors progressivement le pas sur l'obligation.

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 soin, 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 ». 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 ».

⁸⁶ 3,4 % en l'absence de mention au casier, 10 % en présence d'une mention, 16,7 % pour ceux condamnés à plusieurs reprises [p=0,075 V de Cramer=0,165].

c. La dangerosité et les risques de récidive

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 2,1 (***) la probabilité de soins⁸⁷. Dans ce modèle de régression, ces pronostics comptent autant qu'un diagnostic de troubles psychiques (2**), et bien davantage que d'éventuelles addictions, qui n'ont pas d'incidence significative. En entretien, les magistrats y font pourtant assez peu référence (un sur sept), presque exclusivement au sujet de l'injonction de soin. Dans les dossiers de violences sexuelles et d'atteintes à la vie de 2010 et 2015, un tel pronostic multiplie en effet par 3,8 (***) la probabilité d'une injonction.

Tableau n° 15- Estimation de la probabilité de soins selon le degré de dangerosité évalué par les experts dans les dossiers de 2000 à 2015 comprenant des expertises

Modalité à expliquer	Variables indépendantes	Signif.		Odds ratio	Intervalles de confiance à 95 %	
					Limite inf.	Limite sup.
Soins pénalement ordonnés dans l'ensemble des condamnations délictuelles ou criminelles dans les dossiers comprenant des expertises (N=584)						
	Aucune mention d'une dangerosité (tous types confondus) ou de risques de récidive (autres que faibles)			1		
	Dangerosité psychiatrique, criminologique ou risques de récidive (autres que faibles) selon au moins un expert	0,001	***	2,152	1,35	3,430
Injonction de soins dans les dossiers de condamnation de 2010 et 2015 comprenant des expertises et relatifs à des délinquants sexuels ou des auteurs d'atteinte à la vie (N=237)						
	Aucune mention d'une dangerosité (tous types confondus) ou de risques de récidive (autres que faibles)			1		
	Dangerosité psychiatrique, criminologique ou risques de récidive (autres que faibles) selon au moins un expert	0,001	***	3,881	1,719	8,758

Afin de ne pas asphyxier le dispositif, les magistrats précisent en effet ne « pas dégainer le SSJ immédiatement. Sauf profil hyper hyper inquiétant »⁸⁸. Selon une présidente de Cour d'assises :

« Quand le type n'a vraiment aucune dangerosité qui a été signalée, je me permets d'attirer [l'attention des jurés] sur le fait que quand même c'est censé être une mesure qui répond à une dangerosité. À partir du moment où on n'a pas cette dangerosité, je vois pas l'intérêt d'embarquer... enfin, d'alourdir un service d'application des peines. Le suivi socio-judiciaire, c'est une mesure quand même qui est lourde chez le juge de l'application des peines. Y a des warnings. Y a le branle-bas de combat qui existe, qui n'existe pas pour un SME par exemple. »

⁸⁷ Outre les variables indépendantes précédentes, nous avons pris en compte le diagnostic de l'expert sur d'éventuelles pathologies psychiatriques ou troubles de la personnalité.

⁸⁸ Présidente d'audiences correctionnelles.

Une présidente d'audiences correctionnelles confirme :

« C'est vraiment entre guillemets les dossiers rouges, avec une pochette rouge. Les dossiers signalés, les dossiers haut de la pile, qui font l'objet d'une surveillance particulière [...]. Il faut vraiment qu'il y ait soit des données dans l'expertise psychiatrique [...], des éléments de dangerosité ou des éléments d'une pathologie ou d'un trait de personnalité qui aille dans un sens de nous inquiéter. »

La propension des experts à multiplier les pronostics de risque au fil du temps⁸⁹ pourrait dès lors figurer parmi les causes explicatives de l'inflation des mesures prononcées.

d. Le poids des garanties de représentation en matière délictuelle

À entendre la plupart des magistrats, l'âge, le sexe, la nationalité et la situation sociale des prévenus n'ont guère d'influence dans le choix de prononcer ou non des soins. Nos analyses statistiques multivariées confirment que l'âge et le sexe ne sont pas discriminants, à la différence de la nationalité et, dans une moindre mesure, de la situation au regard de l'emploi et du logement. Ces critères sont pourtant presque systématiquement passés sous silence en entretien. Dans les dossiers jugés à partir de l'année 2000, les étrangers sont deux fois moins souvent concernés (12,1 % contre 24,9 % des nationaux)⁹⁰, que ce soit en matière délictuelle ou criminelle. Toutes choses égales par ailleurs, la probabilité de soins pénalement ordonnés est divisée par plus de 2 (***), et même par plus de 3 dans les dossiers correctionnels comprenant des ILS (***).

Tableau n° 13- Estimation des probabilités de soins pénalement ordonnés entre 2000 et 2010 selon la nationalité

Modalité à expliquer	Variables indépendantes	Signif.		Odds ratio	Intervalles de confiance à 95 %	
					Limite inf.	Limite sup.
Soins pénalement ordonnés dans l'ensemble des condamnations délictuelles ou criminelles (N=1 459)						
	Nationalité française			1		
	Nationalité étrangère	0,000	***	0,419	0,269	0,652
Obligations de soin dans les condamnations délictuelles pour ILS (N=618)						
	Nationalité française			1		
	Nationalité étrangère	0,009	***	0,319	0,134	0,756

⁸⁹ V. chapitre III.

⁹⁰ p=0,001 V de Cramer=0,109.

Ce moindre recours au soin s'explique dans certains cas par l'absence de maîtrise de la langue française. Or, selon une magistrate, il faut alors « que la personne vienne avec un interprète. Donc ça, c'est une réelle difficulté. Parce que, venir avec un interprète c'est une chose mais en plus, qui va le payer ? »⁹¹. En matière correctionnelle, on peut également y voir un effet des garanties de représentation, les étrangers étant deux fois moins souvent sanctionnés par un sursis avec mise à l'épreuve ou une contrainte pénale⁹². Ces discriminations se poursuivent dès lors au niveau de l'accès aux soins, puisque les obligations sont généralement prononcées dans ce cadre.

Le poids des garanties de représentation explique également l'influence de la situation des prévenus au regard du logement. Plus souvent incarcérés que condamnés à un sursis probatoire⁹³, 12,1 % de ceux qui étaient SDF où vivaient dans des conditions très précaires (squats, caravanes, etc.) ont été soumis à des soins (contre 24,8 % de ceux disposant d'un hébergement personnel, chez un tiers ou institutionnel)⁹⁴, essentiellement en matière délictuelle (12,5 % contre 26,4 %)⁹⁵. Si plusieurs professionnels évoquent une moindre compliance au soin des plus marginalisés⁹⁶, ce qui pourrait expliquer des résistances judiciaires plus fortes à l'idée d'en prononcer, leurs problématiques addictives et psychiatriques sont pourtant plus prégnantes⁹⁷. La probabilité de soins obligés est malgré tout divisée par 1,8 (**). Les facteurs de discrimination tenant au logement et à la nationalité se cumulent par ailleurs, puisque les étrangers jugés au tribunal correctionnel étaient deux fois plus souvent en situation de précarité sur le plan résidentiel (22,1 % contre 11 %)⁹⁸. Dans ces deux hypothèses, une finalité plus répressive, centrée sur l'effectivité de l'exécution des peines, tend donc à l'emporter sur le traitement des problématiques sanitaires, quand bien même les magistrats y verraient un facteur de récurrence. À l'inverse, l'absence d'emploi augmente légèrement la probabilité de soins pénalement ordonnés (1,3**), mais les résultats sont moins significatifs, *a fortiori* lorsqu'on isole les condamnations délictuelles.

⁹¹ Présidente d'audiences correctionnelles.

⁹² 16,4 % contre 29,6 % des nationaux [$p=0,001$ V de Cramer=0,109] ; V. également GAUTRON Virginie, RETIÈRE Jean-Noël, *op. cit.*

⁹³ 16,9 % ont été condamnés à un SME ou à une contrainte pénale, contre 28,7 % de ceux disposant d'un logement [$p=0,005$ V de Cramer=0,081].

⁹⁴ $p=0,001$ V de Cramer=0,094.

⁹⁵ $p=0,001$ V de Cramer=0,099.

⁹⁶ V. chapitre n°7.

⁹⁷ V. chapitre n°1. V. également ALLARIA Camille, BOUCEKINE Mohamed, « L'incarcération des personnes sans logement et en grande difficulté psychique dans les procédures de comparution immédiate », *Champ pénal/ Penal field*, vol. 18, 2019, consulté le 25 mars 2022 [URL : <http://journals.openedition.org/champpenal/11327>].

⁹⁸ $p=0,001$ V de Cramer=0,122.

Tableau n° 14- Estimation des probabilités de soins pénalement ordonnés entre 2000 et 2010 selon la situation au regard de l'emploi et du logement

Modalité à expliquer	Variables indépendantes	Signif.		Odds ratio	Intervalles de confiance à 95 %	
					Limite inf.	Limite sup.
Soins pénalement ordonnés dans l'ensemble des condamnations délictuelles ou criminelles (N=1 459)						
	Chômeur ou inactif non retraité					
	Non			1		
	Oui	0,041	**	1,343	1,009	1,787
	Situation au regard du logement					
	Logement personnel ou domiciliation chez un tiers			1		
	Domiciliation institutionnelle (foyer, etc.)	0,485	n.s.	1,388	0,561	3,434
SDF ou logements précaires (squats, caravanes, etc.)	0,023	**	0,548	0,325	0,923	

Conclusion

Du fait de la concurrence entre critères sanitaires et judiciaires, une proportion non négligeable de condamnés affectés de troubles addictifs ou psychiques échappe au prononcé de mesures sanitaires et se trouve plutôt condamnée à une peine d'emprisonnement ferme. En raison de la gravité des infractions commises, il s'agit même de la règle en matière criminelle⁹⁹. Officiellement¹⁰⁰, 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 véritable 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 incarcération, du moins dans l'hypothèse d'une courte peine, la fréquence des peines privatives de liberté explique la forte proportion de ces publics parmi les personnes incarcérées. En milieu ouvert, l'inflation du nombre de mesures génère des difficultés de prises en charge dans un contexte d'asphyxie des structures de santé¹⁰¹. Elle alimente par ailleurs les tensions entre acteurs judiciaires et professionnels de santé, *a fortiori* lorsque ces soins sont jugés inadaptés, car prononcés à l'aune de critères plus judiciaires que proprement cliniques.

⁹⁹ 93,8 % ont été condamnés à une peine d'emprisonnement ferme ou de réclusion criminelle.

¹⁰⁰ V. chapitre VII.

¹⁰¹ V. chapitre VIII.