



HAL
open science

L'investissement des condamnés dans les soins : une exploration des représentations professionnelles

Virginie Gautron, Nicolas Rafin

► To cite this version:

Virginie Gautron, Nicolas Rafin. L'investissement des condamnés dans les soins : une exploration des représentations professionnelles. Virginie Gautron (dir.). Réprimer et soigner : pratiques et enjeux d'une articulation complexe, Presses Universitaires de Rennes, pp.211-234, 2023, 9782753592070. halshs-04627178

HAL Id: halshs-04627178

<https://shs.hal.science/halshs-04627178v1>

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., RAFIN N., « L'investissement des condamnés dans les soins : une exploration des représentations professionnelles », in GAUTRON V. (dir.), *Réprimer et soigner : pratiques et enjeux d'une articulation complexe*, Rennes, PUR, 2023, p. 211-234.

L'introduction puis la diversification des soins pénalement ordonnés sont inséparables du processus de construction sociale de la figure du « malade récalcitrant ». La contrainte fut conçue comme un palliatif à l'absence de demande, comme un préalable obligé pour suppléer et tenter de faire advenir une véritable adhésion aux soins¹. Les justiciables souffrant de pathologies psychiatriques, de dépendances, ou poursuivis pour des infractions à caractère sexuel, furent décrits comme peu conscients de leurs troubles, réticents à l'idée d'engager une thérapie et incapables de s'y astreindre dans la durée. L'objet de ce chapitre n'est pas de restituer les expériences de soin vécues par les principaux intéressés, auxquelles nous n'avons pas eu directement accès. Il s'agit plutôt d'investiguer la façon dont les professionnels interprètent leurs problématiques sanitaires, leurs discours et leurs attitudes vis-à-vis des soins. Nous nous sommes intéressés aux schèmes normatifs et cognitifs qu'ils mobilisent pour qualifier les individus et les situations, aux « savoirs tacites » et conceptions typiques à l'œuvre, aux présupposés et « grilles de sens implicites »².

Lorsqu'on les interroge sur la réception de la contrainte et les modalités d'engagement dans les soins, presque tous insistent sur les réticences et les résistances habituelles des publics avec lesquels ils interagissent. Ces manifestations de protestation ne seraient pas systématiques, mais sont le plus souvent perçues comme majoritaires (1). Ceci étant, la force des pressions judiciaires est telle qu'ils finiraient quasiment tous par s'y plier, bon gré mal gré, quand ils n'anticipent pas cette exigence judiciaire en entamant des soins avant même la condamnation (2). Toutefois, Michel Foucault rappelle que « là où il y a pouvoir, il y a résistance »³, car toute relation de pouvoir implique « au moins de façon virtuelle, une stratégie de lutte »⁴. Certains prévenus et condamnés mobilisent leurs quelques capacités d'action pour contenir l'emprise institutionnelle qui s'exerce sur eux et à travers eux. Ces tentatives se traduisent par toute une gamme de comportements, par des formes de mises à distance, d'esquive, de défection et, dans de rares cas, de protestations plus

¹ V. Chapitre IV.

² CICOUREL Aaron, *La justice des mineurs au quotidien de ses services*, trad. Bordreuil S., Genève, IES/HETS, 2017 [1968], p. 129 et p. 265.

³ FOUCAULT Michel, *Histoire de la sexualité I : La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 2010 [1976], p. 125.

⁴ Cité par BERT Jean-François, *Introduction à Michel Foucault*, Paris, La découverte, 2011, p. 24.

bruyantes (3). À défaut d'entretiens auprès de prévenus et de condamnés, ces regards professionnels, notamment les anecdotes illustrant leurs propos, permettent de saisir différents modes d'engagement dans les soins. Une telle approche permet aussi d'appréhender les personnes sous main de justice non pas comme les cibles inertes d'institutions surplombantes, subissant passivement le traitement qui leur est imposé, mais comme des acteurs, même si leurs ressources sont bien souvent restreintes⁵.

1. Un constat récurrent : l'absence de demande de soin

Qu'ils soient magistrats, personnels de l'administration pénitentiaire ou professionnels de santé, auxiliaires de justice ou non, la plupart décrivent leurs publics comme peu désireux ou peu volontaires pour engager des soins. Ils expliquent le plus souvent faire face à des « gens qui sont rétifs au soin »⁶. Ces défenses seraient « quasiment consubstantielles à l'obligation »⁷, de la part de personnes qui « ne ressentent pas de besoin particulier, n'ont pas de demande »⁸. Bien des condamnés n'auraient « pas envie d'aller psychoter devant un psy »⁹, « ces charlatans qui fouillent dans les cerveaux »¹⁰. Beaucoup contesteraient ou minimiseraient leurs troubles psychiques ou leurs addictions, aussi par crainte du stigmate associé (A). Interrogés sur l'hypothèse d'un rapport différencié aux soins selon diverses caractéristiques sociodémographiques, les professionnels sont relativement partagés (B).

A. Une minimisation des dépendances ou des troubles psychiques

Ces réticences résulteraient d'abord du déni ou de la minimisation, plus ou moins conscient, des troubles psychiques ou des addictions qui les affectent. Au sujet des dépendances à l'alcool, beaucoup prétendraient consommer de façon « festive » ou uniquement dans des moments de « déprime »¹¹. Ils assurent ne pas boire tous les

⁵ DIGNEFFE Françoise (dir.), *Acteur social et délinquance : une grille de lecture du système de justice pénale en hommage au Professeur Christian Debuyst*, Actes du colloque du 27-30 septembre 1989, Bruxelles, Pierre Mardaga Éditeur, 1990 ; ROSTAING Corinne, « La compréhension sociologique de l'expérience carcérale », *Revue européenne des sciences sociales*, vol. XLIV, 2006/135, consulté le 25 mars 2022 [URL: <http://journals.openedition.org/ress/249>]; RAZAC Olivier, GOURIOU Fabien, FERRAND Jérôme, *Éprouver le sens de la peine. Les probationnaires face à l'éclectisme pénal*, Rapport de recherche, Paris, Mission de Recherche Droit et Justice, 2019.

⁶ JAP.

⁷ CPIP en milieu ouvert.

⁸ Expert psychiatre.

⁹ Psychologue relais.

¹⁰ Président d'audiences correctionnelles.

¹¹ V. également 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. 70 et s.

jours, dans des quantités modérées, semblables, selon eux, aux normes de consommation en population générale. Le message sur la nécessité de soins serait d'autant plus inaudible qu'il proviendrait non d'un médecin, mais d'un magistrat, dont ils contestent l'aptitude à poser un diagnostic médical. D'autres, tout en étant conscients de leurs excès, estiment pouvoir s'en sortir seuls. Afin de prouver leur bonne foi, certains proposent de substituer aux consultations thérapeutiques des prises de sang régulières.

À l'inverse, les consommateurs de stupéfiants ne nieraient pas nécessairement leur consommation, ces drogues étant facilement identifiables par des examens sanguins. Certains auraient tendance à la banaliser, *a fortiori* lorsqu'il s'agit de cannabis. Ce dernier constitue pour beaucoup un simple somnifère, un produit réducteur de stress ou d'angoisse, qui leur semble peu dangereux comparativement à la cocaïne ou aux opiacés. Ils s'appuient par ailleurs sur les contradictions qui secouent les politiques publiques contre les drogues légales et illégales. Pour eux, « le cannabis c'est moins pire que l'alcool. Et l'alcool c'est légal »¹². Malgré l'interdit, quelques-uns affirment ne pas souhaiter mettre un terme à leur consommation. D'autres assurent l'avoir fait aussitôt l'interpellation, espérant ainsi échapper à l'obligation de soin. S'agissant des autres stupéfiants, le degré de prise de conscience varierait suivant les types de produits, comme le souligne un magistrat du parquet spécialisé dans le traitement des affaires de stupéfiants :

« Assez souvent, le crackeur a tout à fait conscience de son addiction. Simplement, il est dans une situation psychologique, sociale qui rend très difficile cette prise en charge. *A contrario*, le cocaïnomanie considèrera que c'est pas pour lui. Il est dans une consommation festive, une fois de temps en temps, il est pas du tout dépendant. » Vice-Procureur.

Pour l'ensemble des toxiques évoqués, rares sont les justiciables qui parviendraient à établir des liens entre leurs dépendances et leurs passages à l'acte, à l'exception bien sûr des infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) et des conduites en état d'ivresse. Parfois, le principe même de la contrainte renforcerait leur hostilité vis-à-vis de toute démarche thérapeutique : « Plus ils sont libres, plus ils peuvent venir, plus ils arriveront ici. Plus on veut les enfermer, plus ils s'opposent. C'est de la clinique de base »¹³. Une véritable prise de conscience serait nécessairement graduelle, à mesure des sanctions et incarcérations successives, ou des difficultés plus générales qu'ils rencontrent :

« La motivation, elle apparaît au fur et à mesure des complications. Avant on disait... sur les drogues, lune de miel, lune de fiel. C'est quand ça commence à grincer qu'ils sont très demandeurs. » Expert psychiatre exerçant au sein d'un CSAPA.

¹² DSPIP.

¹³ Expert psychiatre exerçant au sein d'un CSAPA.

Ces dénis et minimisations sont aussi évoqués au sujet des justiciables dont les actes sont perçus comme le symptôme et le révélateur de troubles de la personnalité. Récusant toute problématique psychique, ceux-ci balayeraient d'un trait d'hypothétiques difficultés à se contrôler, en expliquant les comportements reprochés par des événements contextuels. Ils ne relèveraient donc pas de la psychiatrie, comme dans ces exemples fournis par une JAP :

« C'est un monsieur qui est chauffeur de taxi. Bon, en plus j'ai plusieurs faits de violence dans l'exercice de sa profession mais en gros, si un truc se passe mal, il prend le cric dans la voiture et puis c'est la fête... [...] Je lui ai dit "mais monsieur, vous allez entamer des soins pour demander un aménagement de peine". Il me dit "des soins, pourquoi?". J'ai dit "je sais pas monsieur, pour vous contrôler quand même". "Mais non, mais c'est le stress du travail". [...] Dans plein de choses on le voit : sur des problèmes de voisinage, où les gens sont excédés. En fait, ils vont avoir une obligation de soins, mais ils vont dire "oui, mais c'est eux aussi. Et ils font tomber des trucs sur mon balcon. Ils font du bruit, machin...". Ils sont excédés et tout ce qu'ils ont trouvé à faire, pareil. J'en ai un, il est monté avec une machette. Du coup, là aussi, c'est de dire "mais monsieur, vos voisins sont peut-être pénibles, sûrement mais pour autant, il faut pas réagir comme ça" ».

Les personnes souffrant de lourdes pathologies mentales, notamment psychotiques, sont quant à elles présentées comme les plus rétives aux soins, surtout lorsqu'elles présentent un lourd passé d'hospitalisation sous contrainte. Outre un déni fréquent de la pathologie, elles n'auraient « pas forcément une capacité de discerner ce qui est bénéfique ou ce qui l'est pas »¹⁴. Leurs expériences d'enfermement en psychiatrie susciteraient régulièrement une méfiance ou un rejet vis-à-vis des professionnels de santé, dans quelques cas alimenté par un sentiment de persécution propres aux productions délirantes.

Plus encore que la rencontre avec un professionnel de santé, ces malades redoutent la prescription de neuroleptiques et leurs effets secondaires, ainsi qu'un retour en psychiatrie. Face à des conditions d'hébergement souvent plus drastiques qu'en prison, sans compter les pratiques de contention et d'isolement, il n'est pas rare qu'un détenu hospitalisé réclame un rapide retour en prison :

« Alors, si on fait un D398¹⁵ en attente d'une place à l'UHSA, pratiquement tous les hôpitaux qu'on visite mettent systématiquement le mec en chambre d'isolement, dans des conditions absolument innommables, qui ne reflètent pas l'état clinique du patient. [...] Ils ont souvent pas de protocole avec la prison, donc y a pas de visite, pas de téléphone, pas de télé, pas de musique, pas de journaux, rien. Et puis pas de parler. Rien. Il est en chambre d'iso, il a rien. Il a pas de promenade. Il a une promenade, au mieux, dans un patio, quand la chambre d'iso a un patio, ce qui n'est pas forcément le cas. [...] Il dit "je veux rentrer à la

¹⁴ Médecin généraliste exerçant en détention.

¹⁵ L'article D398 du CPP régit l'hospitalisation sous contrainte des détenus souffrant de troubles mentaux.

prison". » Psychiatre détachée au service du contrôleur général des lieux de privation de liberté.

Si le déni ou l'euphémisation des troubles constitue parfois un symptôme des pathologies en question, l'argumentaire déployé par les professionnels pour expliquer ce silence n'est pas sans rappeler les analyses goffmaniennes sur la dissimulation du stigmate, de crainte pour son porteur de voir son identité sociale dégradée¹⁶.

B. Une crainte du stigmate

Être étiqueté comme « alcoolique », « toxicomane », « schizophrène », « psychopathe » ou « pervers » apparaît le plus souvent, non sans raison¹⁷, comme une marque de déchéance ou d'infamie. Beaucoup « prennent ça pour quelque chose d'assez déshonorant, à l'image de ce que la société a des maladies psychiatriques, de l'addiction. C'est un peu honteux »¹⁸. Il n'est dès lors pas étonnant que de nombreux prévenus cherchent à échapper à ces sentiments de dévalorisation personnelle, de honte, de culpabilité, *a fortiori* lors d'une audience publique. Les recommandations ou prescriptions judiciaires de soin leur font l'effet d'un jugement, plus que d'une main tendue. Elles participent à la « cérémonie de dégradation de statut » que constitue l'audience¹⁹. En détention, leurs oppositions ou réticences s'expliquent aussi par les risques de dévoilement du stigmate, du fait de la visibilité des mouvements vers les services sanitaires, décuplée par certaines pratiques pénitentiaires :

« N'en parlons pas des prisons où vous dites "les alcooliques par là", pour le groupe alcool des Alcooliques anonymes ou de Vie libre. Ils disent comme ça les surveillants "les alcooliques, par là". Un petit peu stigmatisant... Ou alors "les méthadoniens, par là". Tous les mecs, ils viennent prendre leur méthadone à 8h du matin. On sait qu'ils sont toxicos. Ça fait partie du refus de soins des toxicomanes. Pour pas être catalogués. » Psychiatre détaché au service du contrôleur général des lieux de privation de liberté.

¹⁶ GOFFMAN Erving, *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1975 [1963].

¹⁷ V. notamment CASTILLO Marie-Carmen, LANNOY Virginie, SEZNEC Jean-Christophe, JANUEL Dominique, PETITJEAN François, « Étude des représentations sociales de la schizophrénie dans la population générale et dans une population de patients schizophrènes », *L'Évolution psychiatrique*, vol. 73, 2008/4, p. 615-628 ; LOVELL Anne, HENCKES Nicolas, TROISOEUFs Aurélien, VELPRY Livia, « Sur quelques mauvais jeux de mots : classifications psychiatriques et stigmatisation », *L'information psychiatrique*, vol. 87, 2011/3, p. 175-183 ; SUISSA Jacob Amnon, « Alcoolisme et stigmatisation : repères sociohistoriques et importance des liens sociaux », *Écrire le social*, 2020, vol. 1, 2020/2, p. 64-71 ; JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, « Les inégalités sociales dans le champ des addictions », *Les Tribunes de la santé*, vol. 2, 2014/ 43, p. 61-68.

¹⁸ JAP.

¹⁹ GARFINKEL Harold, « Conditions of successful degradation ceremonies », *American Journal of Sociology*, vol. 61, 1956/5, p. 420-424.

Un autre obstacle résulte d'assimilations régulières aux « pointeurs », au risque d'être ostracisé et de subir les mauvais traitements que les codétenus réservent souvent aux délinquants sexuels :

« En fait, y a un grand couloir où y a justement l'UCSA et le SMPR. Et donc du coup, quand on sort de la maison d'arrêt... enfin, ils arrêtent pas de se regarder entre eux, de voir où ils vont [...]. Du coup "ben lui, il va au SMPR. Ça doit être un pointeur parce qu'il va tout le temps voir le psy". » CPIP en détention.

En milieu ouvert autant que fermé, beaucoup rejettent ce qu'ils pensent être une assimilation à des « fous », ce que les professionnels attribuent à leur méconnaissance ou représentations biaisées du champ de la santé mentale :

« Des fois, ils ont des représentations de la psychiatrie qui sont... "mais je suis pas fou". Ça, c'est un grand, grand, grand laïus qu'on connaît, [...] leur vision fantasmatique de la psy. » Psychiatre hospitalier.

Leur appréhension se voit exacerbée lorsqu'ils sont adressés à des services d'un hôpital psychiatrique, ou lorsqu'on leur suggère de prendre attache auprès d'un psychiatre plutôt qu'un psychologue. Ils craignent alors une prescription médicamenteuse susceptible d'affecter leur état mental et leurs comportements, *a fortiori* en prison, où les psychiatres sont réputés « cachetonner » les détenus pour apaiser la détention. En milieu ouvert, certains vivent aussi mal une orientation en CSAPA, de crainte de se retrouver avec des publics encore plus mal en point. Ils ne les envisagent pas seulement comme des espaces dédiés aux soins, mais comme un vecteur potentiel de rechutes :

« Y a des gens qui nous disent "je suis allé une fois au [CSAPA], je me suis retrouvé dans la salle d'attente là-bas, c'est pas fait pour moi là-bas. Je veux pas aller là-bas". [...] J'ai l'exemple en tête d'un jeune homme qui ne voulait plus aller au [CSAPA], parce qu'il a croisé une ancienne connaissance là-bas, qui lui a dit "eh dis donc, tu veux pas un...". Lui il avait arrêté les consos. [...] Quand il me raconte cette anecdote-là "mais madame, quand je suis allé au [CSAPA], je vois une ancienne connaissance qui me dit "tu veux pas taper ?", alors que j'ai arrêté, ben non, non. » CPIP en milieu ouvert.

Plus globalement, ils ont souvent le sentiment que les psychiatres ou psychologues sont « du côté de la normalisation, de la correction, de l'orthopédie. Enfin des trucs très foucaaldiens »²⁰. Hors de l'enceinte carcérale, ces représentations motivent des demandes pour que le suivi ne soit pas assuré par un psychothérapeute, mais par un médecin généraliste. Selon un médecin coordonnateur, certains « proposent un

²⁰ Psychologue exerçant en détention.

homéopathe, un naturopathe ou un pathe quelconque. Tout sauf un psy, psychologue ou psychiatre »²¹. D'autres encore, en CMP, préfèrent rencontrer un infirmier²².

C. Une appréhension du champ de la santé mentale socialement différenciée ?

Principalement confrontés à des hommes jeunes, issus des classes populaires et/ou en situation de marginalisation, de nombreux professionnels ont déclaré être incapables de déterminer, du fait de cette homogénéité sociale, si les femmes et les groupes sociaux les mieux insérés se différencient des premiers. Sans que se dégage un véritable consensus, y compris à un niveau intra-professionnel, une majorité a pour autant esquissé selon les cas des variations tenant au niveau social et éducatif (a), au genre (b), à l'âge (c) et aux antécédents de prise en charge institutionnelle (d).

a. Le poids des déterminants sociaux et éducatifs

Selon certains sociologues, les hommes issus des classes populaires répugneraient plus souvent à endosser le « rôle de malade », notamment du fait d'une culture du corps valorisant la force et la résistance physique²³. Ils seraient plus méfiants vis-à-vis des professionnels de santé, parce qu'ils sont « moins à l'aise dans le monde médical que leurs contemporains mieux nantis en connaissances médicales quand ce n'est en assurance sociale »²⁴. Nos données permettent d'objectiver cette hypothèse uniquement à partir des perceptions des experts, qui font plus régulièrement état de dispositions favorables aux soins au sujet des cadres et professions intellectuelles supérieures, que des ouvriers ou des employés. Ce type de commentaires progresse également avec le niveau de diplôme. À l'inverse, ces prédispositions leur semblent plus souvent faire défaut parmi les chômeurs et inactifs non retraités, *a fortiori* lorsqu'ils sont SDF, résident dans des logements précaires (squats, caravanes, etc.) ou en foyer.

²¹ Expert psychiatre et médecin coordonnateur.

²² Expert psychologue exerçant en détention et en CSAPA.

²³ BOLTANSKI Luc, « Les usages sociaux du corps », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, vol. 26, 1971/1, p. 205-233.

²⁴ CARRICABURU Danièle, MÉNORET Marie, *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin, 2004, p. 51 ; DEMAILLY Lise, « Inégalités sociales et malheur psychique », in Christophe NIEWIADOMSKI (dir.), *Lutter contre les inégalités sociales de santé. Politiques publiques et pratiques professionnelles*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2008, p. 223-237 ; JAMOUILLE Pascale, « La débrouille des familles. Récits de vies traversées par les drogues et les conduites à risques », in Michel JOUBERT (dir.), *Santé mentale, ville et violences*. Toulouse, Érès, 2004, p. 87-99 ; ARBORIO Anne-Marie, LECHIEN Marie-Hélène, « Dans les classes populaires, on ne prend pas soin de sa santé », in Olivier MASCLLET, Séverine MISSET, Tristan POUILLOUEC (dir.), *La France d'en bas ? Idées reçues sur les classes populaires*, Paris, Le Cavalier bleu (Idées reçues), 2019, p. 123-129.

Ceci étant, moins d'un professionnel sur dix²⁵ affirme en entretien qu'il s'agit d'un critère discriminant sur le plan de l'adhésion aux soins. Ceux-ci établissent « une corrélation entre le niveau d'éducation de la personne et sa capacité d'entendre les choses », à comprendre aussi les missions des psychiatres et psychologues²⁶. Les mieux dotés en capital social et scolaire seraient plus souvent issus d'un « milieu où on exprime un ressenti »²⁷. Ils seraient plus armés pour communiquer leurs sentiments et leurs émotions, ce que suggère le déploiement de la « culture psy » parmi les classes moyennes et supérieures, qui aurait provoqué un véritable engouement pour l'introspection de l'« *Homo Sentimentalis* »²⁸. Ceci faciliterait l'entrée en relation et les échanges avec un psychothérapeute.

Si les « cadres supérieurs » engageraient plus facilement et « spontanément » des soins, le « résultat [ne serait] pas garanti non plus »²⁹. Sans écarter toute corrélation entre l'acceptation de la contrainte et le milieu social des condamnés, la plupart des professionnels nuancent l'empreinte des positions sociales à l'aide de contre-exemples, qui témoignent d'oppositions plus manifestes de la part des classes supérieures, notamment en matière d'usage de stupéfiants. L'absence de précarisation liée à la consommation les amènerait à balayer d'un trait l'hypothèse d'un usage « problématique ». Ceux qui consomment de la cocaïne servent de référence typique, comparativement aux usagers de crack ou d'héroïne. Selon un magistrat du parquet spécialisé dans le traitement des ILS, « le cocaïnomane considèrera que c'est pas pour lui. Il est dans une consommation festive, une fois de temps en temps, il est pas du tout dépendant. Et puis, c'est un cadre supérieur, un avocat, un journaliste et donc, c'est pas pour lui. »

b. L'incidence du genre

Neuf de nos interlocuteurs, ou plutôt interlocutrices (8 sur 9), exclusivement CPIP (6) ou magistrates (3), suggèrent une meilleure compliance des femmes, au risque de naturaliser certaines attitudes (docilité, rapport au langage, etc.) associées au genre féminin. Outre qu'elles rentreraient « facilement dans le moule en général (rire) »³⁰, ces professionnels observent leur plus forte propension à se confier, comme l'affirme un CPIP exerçant en détention :

²⁵ Neuf, dont quatre magistrats, trois professionnels de santé, deux agents de l'administration pénitentiaire et un responsable d'une association socio-judiciaire.

²⁶ CPIP en détention.

²⁷ Présidente de Cour d'assises.

²⁸ ILLOUZ Eva, *Saving the Modern Soul. Therapy, Emotions and the Culture of Self-help*, Berkeley, University of California Press, 2008.

²⁹ JAP.

³⁰ JAP.

« Entre le genre féminin et le genre masculin, c'est le jour et la nuit sur le plan de... je dirais de l'utilisation de la parole. Je veux dire que les hommes savent pas parler quoi. Pareil, on parlait des représentations de masculinité, virilité. Ben parler, c'est pour les bonnes femmes quoi. »

Du fait de ce rapport à la virilité, du refus de montrer des fragilités³¹, les hommes « un peu machos » refusent d'aller s'« épancher », « pleurer en allant voir un psy »³². Accepter de rencontrer des « psys » serait pour eux un « aveu de faiblesse »³³, d'autant plus en prison du fait des rapports de force entre détenus :

« En détention, c'est encore plus exacerbé parce qu'en détention, notamment chez les hommes, c'est un peu la loi du plus fort. Il faut pas montrer de faiblesse, il faut rien montrer et donc du coup, c'est compliqué d'arriver à se départir de cette image-là. Mais en même temps, il faut qu'ils la gardent, pour pouvoir continuer à vivre ou survivre en détention [...]. Y en a qui sont dans des situations un peu compliquées, à avoir toujours ces mécanismes un peu, de jouer cette comédie de « je suis plus fort », tout ça, pour être tranquille [...]. Ils sont un peu coincés entre cette image et puis ce fonctionnement qu'ils ont toujours connu. Et puis la détention qui renforce quand même ça, beaucoup. Moi j'appelle ça la loi du plus fort un peu mais c'est ça quoi. Après, chez les femmes, je dirais que c'est un peu plus facile déjà qu'elles évoquent leurs émotions. Pas toutes les femmes non plus, mais c'est plus simple... » CPIP exerçant en détention.

Les femmes engageraient selon eux plus facilement des soins, à tel point qu'un CPIP exerçant en détention ajoute qu'« à la limite même c'étaient plutôt les psychologues à nous appeler, pour nous dire "arrêtez de leur dire d'aller au SMPR. Y en a marre" ». En réalité, les professionnels sont loin d'être unanimes sur le sujet. Selon une CPIP, « les femmes sont peut-être un peu plus à l'écoute, et encore. Elles sont à l'écoute, mais de là à y aller, c'est encore autre chose ». Des expertises dévoilent d'ailleurs de nombreux exemples de prévenues qui sont « réticente[s] à toute action thérapeutique, n'y décelant aucun intérêt », « refuse[nt] la perspective d'une psychothérapie qui [leur] permettrai[ent] d'évoluer », s'exprimant parfois « de manière hostile par rapport à semblable perspective »³⁴. Selon un CPIP travaillant en prison, ces postures concerneraient particulièrement les prévenues ou condamnées alcool-dépendantes, en raison d'un surcroît de stigmatisation et de honte sociale pour les femmes :

« On va dire que dans l'échange, les femmes, c'est plus compliqué, parce qu'elles vont avoir parfois plus de mal à se livrer quand il y a des problématiques lourdes. Notamment des

³¹ FASSIN Didier, « Inégalité, genre et santé, entre l'universel et le culturel », in Yvonne PREISWERK, Mary-Josée BURNIER (dir.), *Tant qu'on a la santé : les déterminants socio-économiques et culturels de la santé dans les relations sociales entre les femmes et les hommes*, Genève, Graduate Institute Publications, 1999, p. 119-130.

³² CPIP exerçant en milieu ouvert.

³³ Juge d'instruction.

³⁴ Extraits de rapports d'expertise.

femmes qui sont en difficulté avec l'alcool, y a un sentiment de honte extrêmement fort par rapport à ça. Donc aller parler de la consommation d'alcool avec une femme et de sa problématique alcoolique, c'est extrêmement compliqué et pour elle de le reconnaître, de le dire et de le parler et d'aller travailler ça. »

c. L'influence de l'âge : entre indocilité et malléabilité

Quelques professionnels³⁵ évoquent également des différences générationnelles renvoyant à des représentations classiques de la jeunesse³⁶. Ils constatent des réticences accrues parmi les plus jeunes, ce qu'ils attribuent à leur « immaturité », souvent rapportée à des formes d'indocilité. Selon eux, il faudrait davantage « pousser » les « grands adolescents ou jeunes majeurs » pour « qu'ils aillent faire une démarche » ; « leur rappeler qu'ils doivent voir un psychologue ou un psychiatre, sinon ils iront pas », car ils n'« acceptent pas, sauf s'ils sont en souffrance. Mais spontanément, ils nient leur souffrance, les passages à l'acte, des choses comme ça »³⁷. Pour une CPIP, « les gens un peu plus matures quand même jouent plus le jeu », à la différence des jeunes qui ne « vont pas forcément prendre la mesure de l'intérêt que ça peut avoir pour eux quoi. » Pour autant, illustrant là encore une grande diversité d'appréciations, une JAP estime au contraire que les jeunes sont plus malléables, contrairement aux plus âgés, moins enclins au changement, surtout « à 70 ans passés », frange qu'elle identifie comme la plus « compliquée ».

d. Les effets des prises en charge institutionnelles ou sanitaires antérieures

Enfin, une dizaine de CPIP (5), de magistrats (3) et de professionnels de santé (2) ont plus particulièrement insisté sur les condamnés qui ont connu dès l'enfance un parcours institutionnel marqué d'une succession de placements et de mesures éducatives, généralement accompagnés d'entretiens psychothérapeutiques. Bien souvent victimes avant d'être auteurs, ceux-ci seraient plus rétifs à l'idée d'engager des soins. Du fait d'une histoire de vie compliquée, certains refuseraient cette éventualité « parce qu'ils savent que ça remue beaucoup de choses. On sent qu'ils ont des défenses très fragiles et que s'ils y vont, ils ont peur de s'écrouler complètement, ou de revenir sur des épisodes douloureux »³⁸. Rencontrer de nouveau un thérapeute, répéter son histoire de vie et ses traumatismes serait difficile car :

³⁵ Trois soignants, une JAP et quatre personnels de l'administration pénitentiaire.

³⁶ CHAMBOREDON Jean-Claude, « La société française et sa jeunesse », in DARRAS, *Le partage des bénéfices : expansion et inégalité en France* (Travaux du colloque organisé par le Cercle Noroit à Arras, 12-13 juin 1965), Paris, Minuit, 1966, p. 155-175.

³⁷ Expert psychologue.

³⁸ CPIP exerçant en détention.

« Ils l'ont déjà fait beaucoup avant, dans leur passé, ils en ont rencontré beaucoup et pas forcément avec des super souvenirs. Là aussi, la question de la demande, c'était demandé par le juge, ou par les parents, ou par les éducateurs. Donc là aussi, y avait une dimension un peu de contrainte vis-à-vis du soin finalement qui était déjà à l'œuvre anciennement, même si ça s'appelait pas obligation de soins. Mais ça en revêtait quand même l'aspect. »
Psychologue exerçant en détention et en CSAPA.

Ils se disent fatigués des discours des professionnels de santé, comme de ceux des éducateurs. Ils expriment une « saturation »³⁹ une « overdose »⁴⁰ ou un « ras-le-bol »⁴¹. Ceux dont la carrière délinquante remonte à leur minorité arguent de l'inefficacité de ces suivis, qui ne leur ont jamais permis de sortir de la spirale de la délinquance :

« Par exemple, je vais prendre le cas typique. Le jeune majeur qui a été placé à l'ASE très jeune, qui a été suivi par la PJJ, qui a vu plusieurs psychologues. Alors là c'est vraiment... on a des réactions vraiment... épidermiques. "C'est hors de question. Moi ma vie je l'ai racontée des dizaines de fois et ça m'a servi à quoi ? Là voyez, je suis là encore aujourd'hui. J'étais en prison le mois dernier". » CPIP exerçant en milieu ouvert.

Certains relatent de très mauvais souvenirs de leurs contacts avec des psychothérapeutes. Selon une CPIP, « ils disent des choses surprenantes », « des renvois de paroles jugeantes »⁴². Une autre évoque « des expériences traumatisantes » :

« Ils l'ont vécu vraiment de manière intrusive, un peu comme s'ils avaient été violés dans leur intimité, parce que les trois quarts du temps, on leur a imposé, sans faire le travail de les écouter sur le sens de pourquoi on leur demandait ça. Et du coup, ça a créé une rupture, avec les institutions et notamment le milieu médical. » CPIP exerçant en détention et en milieu ouvert.

Bien au-delà des publics ayant un lourd passé institutionnel, la qualité des contacts antérieurs établis avec des thérapeutes jouerait donc un rôle-clé pour la suite. Malgré leur influence, le degré d'adhésion et d'investissement dans les soins ne peut être uniquement rapporté aux problématiques sanitaires, aux caractéristiques sociodémographiques et aux trajectoires biographiques. Sans assimiler leurs modes d'engagement dans les soins comme le produit de calculs rationnels propre à la figure de l'« *Homo juridicus* »⁴³, il est nécessaire d'appréhender les logiques à l'œuvre en amont de la décision judiciaire, puis durant l'exécution de la peine, dans la façon dont les prévenus se saisissent de l'offre thérapeutique.

³⁹ CPIP exerçant en détention et en milieu ouvert.

⁴⁰ Président d'audiences correctionnelles.

⁴¹ CPIP exerçant en détention.

⁴² CPIP exerçant en détention.

⁴³ SUPIOT Alain, *Homo juridicus. Essai sur la fonction anthropologique du droit*, Paris, Seuil, 2009.

2. Une contrainte pourtant intégrée, sinon anticipée

Malgré les réticences que nous venons d'évoquer, rares sont ceux qui refusent obstinément toute rencontre avec des professionnels de santé, du moins sur le long terme (B). Il n'est d'ailleurs pas rare qu'ils anticipent le prononcé d'une telle obligation, en rencontrant un thérapeute avant même l'audience de jugement (A).

A. *L'expression d'une demande de soin en amont de la condamnation : une ruse opportuniste ?*

Le jour de l'audience, peu s'opposent frontalement au prononcé d'une obligation de soin, quand ils ne réclament pas eux-mêmes une telle mesure mais, selon de nombreux professionnels, « pas pour les bonnes raisons »⁴⁴. Ce type de déclaration est régulièrement perçu comme une « stratégie de défense »⁴⁵. Selon une magistrate :

« Évidemment, ils vont pas vous dire "non" à l'audience. J'en n'ai jamais vu un qui me disait "non". Il dit "Oui bien sûr, il faut que je me soigne"... [...] À part le type vraiment qui est dans l'opposition systématique. Ça peut arriver, mais c'est quand même assez rare. »
Présidente de Cour d'assises.

Ils escomptent ainsi susciter la mansuétude des magistrats et, grâce à leur « apitoiement »⁴⁶, obtenir un allègement du quantum de l'emprisonnement ou, en matière délictuelle, un sursis probatoire :

« Souvent, c'est parce que le mec, il a fait un peu sa pleureuse et qu'il a expliqué qu'il était... son avocat a expliqué qu'il était forcément malade, parce que ça faisait 12 fois qu'il revenait pour vol, donc il était forcément atteint de kleptomanie. Parce que le mec il a pleuré sa mère « monsieur, je suis malheureux ». Il est déprimé lui, oui. "Je suis malheureux, je veux voir un psy". » Médecin coordonnateur, psychiatre hospitalier.

Selon plusieurs professionnels, y compris parmi les magistrats, de telles stratégies pourraient s'avérer payantes :

« Ça peut marcher. Quelqu'un qui frappe sa femme depuis des années, qui est alcoolique et qui se fait pas soigner et qui à l'audience, parce que cette fois-là il est déféré, vous dit en pleurs "je veux qu'on m'aide". Tabler la sincérité... bon. Moi je suis le côté cynique, peut-être que je prends le dessus. [...] Mais bon, le juge et puis moi aussi quelque part quand même, on se dit bon, peut-être que pour une fois, il a envie. » Substitut du procureur.

À l'inverse de ceux qui masquent leurs pathologies pour atténuer le poids du stigmat, quelques-uns adopteraient donc des « pièges grossiers »⁴⁷, en simulant ou

⁴⁴ Présidente d'audiences correctionnelles.

⁴⁵ Substitut du procureur.

⁴⁶ Substitut du procureur.

en exagérant leurs troubles ou dépendances. L'exemple le plus souvent rapporté concerne les trafiquants de stupéfiants. Alors que « le vrai bon chef de stups [ne] prend pas de la came »⁴⁸, « ces petits malins, dans le cadre de la justification de leur trafic, ils vont très souvent dire au tribunal "mais madame, j'ai besoin d'argent parce que je consomme" et ils vont se retrouver avec une obligation de soin »⁴⁹.

Qu'ils soient ou non placés en détention provisoire, de nombreux prévenus rencontrent même de leur propre initiative un thérapeute en amont de l'audience. Dans une recherche précédente fondée sur l'étude d'une centaine de dossiers de CPIP et relatifs à des condamnés à un suivi socio-judiciaire, pour les trois quarts placés en détention provisoire, plus de 60 % avaient engagé des soins en amont de la condamnation⁵⁰. À ce sujet, les dossiers de notre échantillon de condamnations sont d'un maigre secours pour déterminer la proportion de prévenus ou d'accusés concernés, faute d'informations systématiques sur le sujet. Dans près de la moitié de ceux qui comprennent des expertises (46,3 %), aucun expert ne se prononce sur le sujet. L'initiation d'une thérapie est néanmoins attestée plus d'une fois sur trois à partir des années 2000, sans compter quelques affaires dans lesquelles les experts se contredisent (6,3 %). Dans les 461 dossiers comprenant des informations suffisamment précises sur le sujet, de telles démarches étaient plus fréquentes parmi les femmes (79,2 % contre 52,6 %)⁵¹ et les prévenus de nationalité française (56,4 % contre 34 %)⁵². Les jeunes de moins de 25 ans étaient au contraire moins fréquemment engagés dans une thérapie (43,6 % contre 57,7 %)⁵³. En revanche, on n'observe pas de différences significatives selon la catégorie socioprofessionnelle, la situation au regard de l'emploi ou du logement. Ces soins avant jugement sont un peu plus fréquents lorsque les professionnels évoquent un abus ou une dépendance à l'alcool ou à des produits stupéfiants (61,8 % contre 54,9 %)⁵⁴, *a fortiori* lorsque le prévenu consomme d'autres drogues que du cannabis. Il en va de même pour ceux précédemment hospitalisés en psychiatrie (76,8 %), pour une cure de désintoxication (88,9 %), ou pris en charge en ambulatoire (73,8 %).

Selon une magistrate, « rien ne les oblige de le faire, mais souvent ça fait bien », d'arriver devant le tribunal en ayant déjà entamé des soins⁵⁵. Les « habitués » de la justice pénale prennent appui sur leur connaissance des attentes de l'institution

⁴⁷ *Ibid.*

⁴⁸ *Ibid.*

⁴⁹ CPIP exerçant en milieu ouvert.

⁵⁰ GAUTRON Virginie (dir.), (Se) soigner sous la contrainte : le dispositif de l'injonction de soin, *op. cit.*, p. 263.

⁵¹ $p=0,018$ V de Cramer=0,109.

⁵² $p=0,004$ V de Cramer=0,133.

⁵³ $p=0,011$ V de Cramer=0,118.

⁵⁴ $p=0,001$ V de Cramer=0,163.

⁵⁵ Présidente de Cour d'assises.

judiciaire, et passent le mot aux plus novices, notamment en détention, où « ils se le disent en promenade. Ils s'échangent l'info »⁵⁶. Les professionnels pointent surtout l'influence des avocats. Si certains considèrent que cette instrumentalisation des soins est un procédé « de bonne guerre »⁵⁷, ces stratégies de défense sont souvent décriées ou disqualifiées. Plutôt que les encourager à feindre une adhésion aux soins, les magistrats et personnels pénitentiaires attendent des avocats qu'ils participent à les convaincre de leur bien-fondé. Plus que son client, souvent dépourvu de « capital procédural »⁵⁸, l'avocat est présenté ci-dessous par le directeur d'un SPIP comme le véritable sinon le seul stratège :

« Certains avocats assez malins, pour éviter des fois une incarcération, vont évoquer un aménagement de peine *ab initio* ou du sursis avec mise à l'épreuve, avec l'accord de la personne évidemment, en disant "vous êtes prêt à aller consulter ?". Ils sont même très forts d'ailleurs. Ils ont demandé à la personne d'aller consulter, au moment où il passe devant le tribunal, ils ont déjà commencé à avoir ce fameux papier, pour éviter une incarcération. »

B. La force des pressions judiciaires une fois la condamnation prononcée

En détention, les soins ne sont en théorie jamais obligatoires, hors les cas où l'état de santé du détenu l'empêche de consentir (art. D362 CPP). Selon le Conseil Consultatif National d'Éthique (CCNE), le processus de consentement libre et informé constitue « l'une des trop rares circonstances où peut être affirmée et reconnue la responsabilité, l'autonomie et la liberté de la personne détenue », qui n'est pas un « "objet" de soins », mais un « sujet de droit »⁵⁹. Du fait des longues peines exécutées par les délinquants sexuels et de leur refus habituel des soins, les promoteurs de la loi du 17 juin 1998 voyaient dans cette absence de contrainte un obstacle à l'amorce précoce d'une prise en charge. Depuis ce texte, régulièrement durci par le législateur, un dispositif spécifique d'« incitation » s'adresse donc au public cible de l'injonction de soin. Celui-ci vise à briser les réserves des condamnés, en conditionnant diverses mesures de faveur à l'engagement d'un suivi⁶⁰ : réductions de peine (art. 721-1 et s. CPP), libération conditionnelle (art. 729 CPP). Ce régime de « chantage », du fait d'un consentement fictif puisqu'« extorqué »⁶¹ s'applique également, depuis 2014, aux condamnés pour lesquels la juridiction de jugement a retenu une altération du

⁵⁶ CPIP exerçant en détention.

⁵⁷ Substitut du procureur.

⁵⁸ SPIRE Alexis, WEIDENFELD Katia, « Le tribunal administratif : une affaire d'initiés ? Les inégalités d'accès à la justice et la distribution du capital procédural », *Droit et société*, vol. 79, 2011/3, p. 689-713.

⁵⁹ « La santé et la médecine en prison », *Avis*, 2006, n° 94.

⁶⁰ GAUTRON Virginie (dir.), *op. cit.*, p. 233 et s.

⁶¹ MISTRETTA Patrick, « L'illusion du consentement du délinquant à l'acte médical et aux soins en droit pénal », *Revue internationale de droit pénal*, vol. 82, 2011/1-2, p. 28.

discernement (art. 721 CPP). Bien au-delà de ces prévisions textuelles, l'investissement dans les soins conditionne l'octroi de réductions de peines, de permissions de sortir et d'aménagements pour de très nombreux condamnés :

« Pour moi, les détenus en détention, ils savent qu'il y a un triptyque : y a les soins, y a l'indemnisation et y a l'activité. Ils savent très bien que pour avoir les réductions de peine, il faut qu'ils aient les trois. Et ils savent très bien que pour un aménagement de peine, il faut qu'ils rentrent dans ce cadre-là. Donc après, ils peuvent le faire ou ne pas le faire. C'est sûr que c'est incitatif. » JAP.

« Libres » d'engager des soins, ils sont donc toujours conscients de mettre ainsi « des billes de leur côté »⁶². Dans certains établissements, ils y gagnent également d'autres « privilèges », comme un placement dans un « quartier de confiance », sans surveillant, composé de « chambres tout à la fois spacieuses et individuelles »⁶³. Ce marqueur de bonne conduite tendrait même, de l'avis de certains agents de probation, à supplanter tout autre effort de réinsertion parmi les critères décisionnels des JAP. Même les condamnés les plus récalcitrants finiraient pas « craquer », car cette « épreuve de force »⁶⁴ avec la justice supposerait « un sacré mental »⁶⁵.

Bien que l'obstination à refuser ces soins soit inhabituelle, les professionnels nous ont tous présenté quelques situations rencontrées durant leur carrière. Certains « vont tout bien faire autrement. Ils vont travailler, ils sont à l'atelier, ils posent pas de difficultés. En détention, y a pas d'incident disciplinaire, ils ont même payé les parties civiles. Le soin, c'est le... C'est le seul frein. C'est le refus de l'obstacle total. Peu important les conséquences »⁶⁶. Deux populations sont plus fréquemment citées, en premier lieu ceux qui contestent la matérialité des faits⁶⁷. Dans les dossiers qui contenaient ce type d'informations, des consultations durant la phase pré-sentencielle apparaissent effectivement moins souvent en présence d'une négation des infractions reprochées (34,6 %, contre respectivement 62,8 % et 55,8 % en cas de reconnaissance totale ou partielle)⁶⁸. Parmi les justiciables qui refusent continûment les soins, les professionnels citent aussi quelques personnes souffrant de graves pathologies psychiatriques. Un CPIP exerçant en détention s'en explique de la façon suivante :

⁶² Psychologue exerçant en détention.

⁶³ 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>].

⁶⁴ JAP.

⁶⁵ JAP.

⁶⁶ CPIP exerçant en détention.

⁶⁷ V. chapitres IV et V.

⁶⁸ $p=0,001$ V de Cramer= $0,205$.

« Là c'est plutôt leur incapacité aussi peut-être à penser ce qui se passe. [...] Mais... c'est très rare. Je vais être trivial mais il faut vraiment être con pour pas comprendre que tu vas juste voir un médecin. Il te donne un papier, t'en n'as rien à foutre. [...] Il faut vraiment être tête de pioche pour pas le faire. Faut vraiment avoir un problème psychiatrique... Style paranoïaque ou psychotique "non, je ferai comme ça, gnagnagna". J'en ai connu mais si j'en ai connu dix, c'est le grand max quoi. »

Après la libération, ou dans l'hypothèse d'un sursis probatoire assorti d'une obligation de soin, la menace d'une incarcération prend le relais, *a fortiori* dans l'hypothèse d'un SSJ assorti d'une injonction de soin. Les révocations des « simples » obligations seraient plus rares, du moins lorsqu'il s'agit de la seule mesure non respectée par le probationnaire⁶⁹. Les professionnels qui placent une grande confiance dans l'efficacité de cette « épée de Damoclès » déplorent régulièrement l'absence de conséquences judiciaires, dont les condamnés auraient selon eux parfaitement conscience, au risque de priver la mesure de son efficacité⁷⁰. Mais la plupart seraient « conscients de l'intérêt », « bassement matériel afin d'éviter l'incarcération. Ça c'est sûr que ça joue énormément. Donc ils jouent aussi le jeu, par rapport à la crainte qu'ils ont de cette perspective »⁷¹. En définitive, cette chimère de consentement aux soins, qui opère en milieu ouvert comme en milieu fermé, illustre les analyses néo-libérales de la pénalité et les modes de contrôle social post-disciplinaires, par lesquels le juge « propose », avant d'ajouter que tout refus expose « à un mal plus grand »⁷². Elle fait peser sur l'individu la responsabilité des modalités d'exécution de sa peine, déterminées selon son degré d'adhésion et d'implication dans le déroulement de la sanction⁷³. Le condamné qui ne « consentirait » pas à la mesure ne saisirait pas l'opportunité de la prise en charge thérapeutique qui lui serait « offerte ». Il s'auto-infligerait la souffrance inutile d'une incarcération plus longue.

⁶⁹ V. chapitre IX.

⁷⁰ V. les extraits d'entretiens auprès de condamnés *in* RAZAC Olivier, GOURIOU Fabien, FERRAND Jérôme, *op. cit.*, p. 107 et s.

⁷¹ JAP.

⁷² COUTURIER Mathias, « La contrainte et le consentement dans les soins ordonnés par l'autorité publique : vers une aporie juridique ? », *Revue de droit sanitaire et social*, n°1, 2014, p. 124.

⁷³ GARAPON Antoine, *La raison du moindre État. Le néo-libéralisme et la justice*, Paris, Odile Jacob, 2010, p. 113 et s.

3. Entre soumissions passives, adaptations secondaires et véritables adhésions aux soins

Au sujet des plus rétifs aux soins, mais qui s’y plient malgré tout, les acteurs judiciaires et sanitaires décrivent plusieurs modalités d’engagement dans la thérapie, ni exhaustives, ni exclusives. Les attitudes des prévenus ou condamnés oscillent entre implications de « surface » (A), mises à distance ou contestations plus marquées (B), et enfin adhésions progressives (C).

A. Un engagement de « surface » : le sésame des attestations

Conscients ou fermement sensibilisés à l’enjeu que représentent les soins pour la suite de leur parcours judiciaire, la plupart manifesterait une conformité relative aux attentes institutionnelles. Décrivant des postures de soumission passive aux soins, les professionnels prennent régulièrement pour exemple typique la figure du délinquant sexuel. Bien que ces représentations ne correspondent pas totalement à la réalité des faits⁷⁴, ces condamnés sont souvent présentés comme des délinquants modèles, passant inaperçus et se pliant sans la moindre résistance à l’ordre carcéral :

« Parce que c’est dans un caractère de délinquant sexuel, d’être très très soumis, et de tout bien faire ce qu’on attend. Donc c’est d’entrée de jeu "j’ai tout bon" quoi. "Je fais tout bien ce qu’on me dit". » CPIP exerçant en détention.

Pour eux, mais aussi pour bien d’autres, les expertises font régulièrement état d’une acceptation « passive et quelque peu résignée »⁷⁵, sans qu’ils perçoivent l’intérêt d’entreprendre un suivi psychologique. Les professionnels dépeignent des implications « de surface », « de façade » ou « superficielles ». Ils ne se cachent pas toujours du caractère purement « utilitaire » ou « opportuniste » de leur démarche, deux termes réguliers dans la bouche des soignants, des experts, des agents de probation et des magistrats. Selon les professionnels de santé rencontrés, ceux-ci mettent « d’emblée cartes sur table »⁷⁶ : « "moi, je viens que pour l’attestation et point barre" »⁷⁷. La question de leur délivrance devient alors un enjeu central dans les interactions entre soignants et patients, les seconds étant parfois très insistants. Certains réclament des attestations malgré une implication minimale, d’autres à une fréquence plus régulière que celle fixée par le thérapeute, d’autres encore des rendez-vous plus nombreux pour attester de leur bonne volonté aux acteurs judiciaires⁷⁸.

⁷⁴ GAUTRON Virginie (dir.), *op. cit.*, p. 268 et s.

⁷⁵ Extrait d’expertise

⁷⁶ Psychologue exerçant en détention et dans un service d’addictologie.

⁷⁷ Psychologue exerçant en détention et au sein d’un CSAPA.

⁷⁸ V. également chapitres VIII, IX et X.

Plus ou moins au fait des potentielles conséquences judiciaires, quelques-uns assument parfaitement l'absence d'investissement durant leurs interactions avec les agents de probation, voire face aux magistrats, comme l'explique une ancienne JAP :

« Certains spontanément disent "c'est bon, j'ai mon papier" ». Et quand on leur pose la question "mais au-delà du papier, ça consiste en quoi votre obligation de soins ?". Et là ils disent "j'y vais. On parle 3 minutes et je repars". On se rend bien compte que c'est juste de l'apparence de formalisme et de respect de l'obligation mais ça correspond pas à une véritable démarche pour comprendre les tenants et les aboutissants du passage à l'acte et essayer aussi de sortir d'une certaine spirale. » Présidente d'audiences correctionnelles.

D'autres manifestent un sens plus aigu de la stratégie, cherchent à faire bonne figure en faisant « semblant de jouer le jeu »⁷⁹, qui plus est en détention, où la libération est l'enjeu le plus immédiat :

« Quand on leur dit "est-ce que vous avez un suivi ?" : "ah ben oui, bien sûr". "Pourquoi bien sûr ?". Officiellement "parce que j'en ai besoin", etc., et puis justement, quand le lien de confiance est établi après plusieurs entretiens, c'est... bon, ils y mettent pas forcément grand-chose. [...] Moi j'ai un détenu comme ça et finalement, ça me fait penser qu'il y en a quelques autres. En gros, c'est... ça fait partie du rituel. C'est-à-dire qu'ils y mettent plus forcément grand-chose mais c'est "je vais à la bibliothèque, je fais mes soins et puis je vais en promenade". Leur petite routine d'une certaine manière. ». CPIP exerçant en détention.

B. Des mises à distance et résistances durant le suivi thérapeutique

Les professionnels de santé listent toute une gamme de comportements, plus ou moins explicites, prenant la forme de mises à distance, d'esquives ou de défections et, dans de plus rares cas, d'oppositions frontales. Auprès de leurs thérapeutes, certains condamnés se mettent à distance des échanges, d'abord en leur rappelant le peu d'intérêt qu'ils y trouvent. Pour une infirmière exerçant dans un CMP, qui participe à certaines prises en charge, les entretiens durent alors « moins de 5 minutes des fois ». D'autres confirment qu'ils demeurent « sur la réserve »⁸⁰, voire « extrêmement défensifs »⁸¹, « complètement cadennassé[s] »⁸² ou « verrouillés »⁸³. Refusant de « baisser la garde »⁸⁴, ils « restent assis, ne disent rien, pas un mot »⁸⁵. Ces positions ne sont pas nécessairement systématiques et continues, mais peuvent au contraire évoluer dans un sens comme dans l'autre. Une psychologue illustre la précarité de l'alliance thérapeutique en détention :

⁷⁹ JAP.

⁸⁰ Psychiatre exerçant au sein d'un CSAPA.

⁸¹ Psychologue exerçant en détention et au sein d'un CSAPA.

⁸² Psychologue exerçant en détention.

⁸³ Psychiatre exerçant en détention.

⁸⁴ Psychologue relais.

⁸⁵ Psychiatre exerçant au sein d'un CSAPA.

« Je me souviens d'un patient comme ça [...], le suivi thérapeutique avait démarré hyper fort. Il était comme ça, pris dans un vrai processus d'élaboration, de revisitation de son histoire, de ses choix, qu'est-ce qui l'avait conduit là [...]. Y avait un vrai travail d'ampleur, qui s'est arrêté au bout de 5 mois. Il est revenu épisodiquement. Quelquefois, [...] il y avait une dimension un peu... un peu paranoïaque. Il m'assimilait un peu au juge et à tout ça. Donc avec une perte de confiance. Quelquefois il revenait, et c'était intact de nouveau, le processus associatif, le fil qu'il déroulait avait vraiment une teneur de remise en question, de questionnement très intéressant. Et hop, ça se refermait tout de suite après. »

Ces modes d'engagement dans la thérapie peuvent apparaître comme des tentatives pour contenir l'emprise institutionnelle et le poids de la contrainte, à l'aide de leurs maigres capacités d'action dans ce cadre judiciaire. Pour les professionnels que nous avons rencontrés, cette « carapace protectrice » manifeste surtout des difficultés à se dévoiler, un refus d'obstacle de « gens dont on sent que c'est tellement compliqué, tellement douloureux ce qu'il y a derrière »⁸⁶. S'ajoute le poids de la honte, que ce soit des faits reprochés, des dépendances ou d'autres pathologies. Ils s'efforcent alors d'éviter ou d'éluder toute question sur le sujet.

S'ils sont largement minoritaires, quelques-uns adopteraient une posture plus vindicative, exprimant avec colère leur rejet d'une mesure qu'ils ne perçoivent pas comme un soutien, mais comme une punition, et de thérapeutes qui ne seraient qu'« un jouet entre les mains de la justice »⁸⁷. Des soignants disent devoir « encaisser l'hostilité, l'agressivité des gens. Ça arrive pas souvent, mais ça arrive quand même »⁸⁸. Ils « rejettent parfois massivement » la contrainte, « en disant qu'ils veulent surtout qu'on les laisse tranquille »⁸⁹. Dès le démarrage du suivi, « ils signifient très vite leur désaccord. Ils se rebellent »⁹⁰. Ils sont parfois « hyper agressifs » :

« Ils arrivent très en retard, parfois 5 minutes avant la fin du rendez-vous : "donnez-moi mon papier". [...] Ils se mettent à hurler. Ils viennent pas aux rendez-vous, ils viennent quand ils veulent, il faut qu'on les reçoive là, maintenant, tout de suite, parce que ils ont rendez-vous le lendemain avec leur CPIP. » Psychologue exerçant au sein d'un CSAPA.

⁸⁶ Psychologue exerçant en détention.

⁸⁷ Psychologue exerçant en détention.

⁸⁸ Psychiatre exerçant au sein d'un CSAPA.

⁸⁹ Psychologue relais.

⁹⁰ Psychologue en détention et au sein d'un CSAPA.

Un seul psychiatre, exerçant en milieu hospitalier, a fait mention de violences à son égard, mais très légères :

« Pour vous dire un exemple très simple, moi j'ai un pouce cassé depuis le mois de septembre parce que juste, y a un monsieur qui est venu et il avait une obligation de soins. Et son psychiatre ce jour-là n'était pas là et il devait voir je pense, l'après-midi ou le lendemain son SPIP et il avait une trouille bleue. Il avait une peur mais pas possible. Et donc, il est parti du principe que quoiqu'il en soit, elle va pas le croire [...] s'il n'a pas le papier. Et c'était impossible de le raisonner. Il était complètement débordé par les émotions et les angoisses. [...] Et donc, à un moment, que ça montait, ça montait. Puis il est allé vers la secrétaire [...]. C'est elle qui ne voulait pas – dans sa tête – elle voulait pas faire ce papier. Et puis moi, c'était pas une agression, juste je voulais le bloquer et j'ai eu un arrachement osseux. Mais pour vous dire qu'il y a une pression ! »

Le plus souvent, ces marques de mécontentement se limiteraient au premier entretien, parce qu'ils « déversent leur colère », mais celle-ci « retombe vite »⁹¹. Les comportements les plus habituels manifestent plutôt une tendance à l'esquive. Certains retarderaient autant que possible le démarrage du suivi, profitent à cet égard de l'engorgement des services sanitaires. Outre la nécessité de « leur courir après » pour les obliger à une première prise de contact⁹², ils « jouent la montre », « font en sorte de venir une fois sur deux »⁹³. Ils « filoutent » parce qu'ils savent que de report en report, et en raison du manque de créneaux disponibles, « ils vont bien s'en sortir avec un rendez-vous tous les 3 mois »⁹⁴. Ils s'efforcent ainsi d'« un peu tirer le temps », même s'il est rare qu'ils ne viennent quasiment jamais.

Certains ne préviennent pas nécessairement de leur absence, d'autres avancent diverses « excuses », auxquelles les professionnels croient plus ou moins. Les motifs les plus souvent avancés sont des oublis, des confusions de dates, des « pannes de réveil », des problèmes de santé, de transport ou des contraintes professionnelles. Pour quelques professionnels, cet absentéisme résulterait des trop rares sanctions judiciaires en cas de manquement à une obligation de soin ou à une injonction thérapeutique. Malgré une plus forte réactivité répressive, ces absences sont pourtant régulières lorsqu'une injonction de soin est privilégiée⁹⁵.

Par ces formes d'esquive, on peut supposer que certains condamnés ajustent l'aménagement de marges d'autonomie aux risques perçus de sanction, en veillant autant que possible à ce que leurs menus manquements n'aillent pas jusqu'à justifier

⁹¹ Psychologue en détention et au sein d'un CSAPA.

⁹² JAP.

⁹³ DSPIP.

⁹⁴ Psychiatre hospitalier.

⁹⁵ GAUTRON Virginie (dir.), *op. cit.*, p. 301 et s.

un maintien en détention ou une incarcération⁹⁶. Plus ou moins stratégiques, ces réactions ressemblent en de nombreux points aux « adaptations secondaires » décrites par Erving Goffman dans *Asiles*, même si les prises en charge dont il est question, à l'exception de celles qui prennent place en détention, ne se réalisent pas dans des « institutions totales »⁹⁷. Ces formes de résistance peuvent trouver leur source dans le refus du rôle prescrit, de « la conception du monde et d'eux-mêmes à laquelle ils sont censés devoir s'identifier »⁹⁸. Le condamné peut ainsi manifester qu'il est « encore son propre maître et qu'il dispose d'un certain pouvoir sur son milieu »⁹⁹. Dans de rares cas, les soignants rencontrés ont abordé cet absentéisme sur le ton du reproche, comme cette psychiatre et médecin coordonnateur, dont les termes dépréciatifs ont, tout au long de l'entretien, témoigné du faible crédit accordé aux condamnés et à leurs déclarations :

« Le jour même "allo, ben finalement, j'ai pas pu prendre le train", ou ceux qui se rappellent le lendemain de leur rendez-vous ou qui appellent pour s'excuser. [...] Non mais y a plein d'astuces aussi parce que... quelquefois, y en a qui viennent même pas au premier rendez-vous. [...] Eux ils en ont rien à foutre que ce soit décalé, de toute façon, ils veulent bien attendre 6 mois pour répondre au conseiller "je suis désolé mais je peux pas avoir de rendez-vous avant 6 mois. Qu'est-ce que ça m'ennuie ; ça m'ennuie beaucoup". Tu parles ! Et puis ils ont le rendez-vous dans 6 mois "ah ben, j'ai oublié". »

En revanche, pour la grande majorité d'entre eux, mais aussi des acteurs judiciaires, ces défaillances ne révèlent pas de véritables soustractions intentionnelles aux mesures. Ils n'y voient pas le refus conscient de toute forme d'assujettissement, mais plutôt une conséquence de la situation sociale et sanitaire des publics en question, souvent très éloignés du soin, évoluant dans des rapports au temps peu propices à l'engagement de soins sur le long terme. Absorbés par leurs difficultés quotidiennes pour s'assurer des conditions minimales de survie (alimentation, logement, etc.), les plus désaffiliés ne sont guère en mesure d'investir psychiquement des soins et de respecter la régularité des consultations. Pour une psychiatre hospitalière, « la question de la temporalité pour ces personnes-là, elle est hyper dure », surtout en présence de lourdes dépendances ou pathologies psychiatriques. Sans compter les difficultés matérielles qu'ils rencontrent pour se déplacer dans les centres de soin, particulièrement en milieu rural où les transports collectifs font défaut :

« La difficulté qu'on peut avoir dans [le département], c'est que c'est un secteur rural [...]. C'est des gens qui sont obligés de se faire une heure de route aller, une heure de route retour, avec souvent, pas de véhicule, parfois une irrégularité dans le soin. [...] Ça peut

⁹⁶ RAZAC Olivier, GOURIOU Fabien, FERRAND Jérôme, *op. cit.*, p. 87 et s.

⁹⁷ GOFFMAN Erving, *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Éditions de Minuit, 1968 [1961].

⁹⁸ *Ibid.*, p. 358.

⁹⁹ *Ibid.*, p. 99.

avoir un coût vraiment très important. [...] Et puis les moyens de locomotion sont limités. Y a pas de bus, y a pas de transports en commun, y a pas de train. Jouer sur la solidarité familiale, amicale, à un moment donné ça a des limites. » CPIP exerçant en détention.

C. L'émergence régulière d'adhésions authentiques

Même au sujet des plus récalcitrants, la grande majorité des professionnels insistent sur l'émergence d'implications authentiques. Leurs « défenses » s'assoupliraient au fil des rencontres. Selon un psychiatre exerçant en détention :

« Au final, y a une grosse majorité qui consent et adhère pour le coup. Oui, qui y voit un intérêt, qui y voit des bénéfiques, sans parler des bénéfiques secondaires, à savoir des RPS ou des demandes d'aménagement. Voilà, du côté utilitaire. Non, non, au final, y a des belles découvertes quoi. [...] Au final, ils en deviennent demandeurs. »

Une observation au tribunal judiciaire d'Orsontes en juillet 2021 permet d'en rendre compte, au sujet d'un prévenu poursuivi pour violences conjugales, auquel un contrôle judiciaire imposait une obligation de soin.

Le prévenu, un homme d'une quarantaine d'années, ouvrier en menuiserie, arrive libre à l'audience, placé sous contrôle judiciaire depuis mars 2021 (interdiction d'être en contact avec sa conjointe, interdiction de se présenter au domicile conjugal, obligation d'engager des soins pour une addiction à l'alcool et pour les violences). Lors de son audition le jour de l'audience, il fait la démonstration de son engagement dans des soins tant pour ses problématiques de consommation d'alcool que pour les violences réitérées commises à l'encontre de sa conjointe. Il explique ainsi au tribunal : « La comparution immédiate [il se trompe, il veut dire le défèrement devant le Procureur de la République] a été un électrochoc pour moi. Il fallait que je me soigne, que j'admette que j'avais de l'emprise sur ma conjointe. Je comprends mieux quand elle me disait que je ressemblais à mon père, que je reproduisais le même modèle autoritaire. Avec ma psy, j'ai pu prendre conscience de ce que j'ai vécu durant mon enfance : mon père frappait ma mère, il nous frappait [il pleure]... En avril dernier, j'ai appelé mon père et il n'a pas admis qu'il avait frappé ma mère il y a 30 ans de ça, son autorité, sa violence... Il m'a répondu tout au contraire qu'il faut que je sois autoritaire avec mes filles, que je montre que je suis le chef de famille. Je lui ai alors dit que j'avais engagé un travail avec une psy et il m'a répondu "Mais t'es cinglé ! Les pys, c'est pour les fous !". Depuis, j'ai coupé les ponts avec mes parents, je ne les vois plus. La psy m'a ouvert les yeux, je la vois régulièrement et ça m'aide. J'ai souhaité aussi m'engager dans un stage sur les violences conjugales. Tout était complet en avril, mais ils m'ont recontacté et j'ai pu faire deux premières séances en juin [...]. » Son avocat ajoute lors des plaidoiries que « Monsieur a pris également l'initiative de consulter un sophrologue et a contacté de son propre chef une association socio-judiciaire pour intégrer un groupe de parole, réitérant régulièrement ses appels quand il fut confronté aux délais d'attente. » Lors de ses réquisitions, le procureur évoque « les efforts sur la longueur engagés par Monsieur pour se soigner » et propose une peine de huit mois de prison avec un sursis probatoire de deux ans ainsi que le maintien d'une obligation de soin pour sa consommation d'alcool et les violences. Au moment du délibéré, la présidente du tribunal signifie sa condamnation à huit mois de prison avec un sursis simple, la levée du contrôle judiciaire et de l'obligation de soin. Elle ajoute « Monsieur, comme le ministère public, le tribunal a relevé votre sincérité dans la façon dont vous

avez présenté les soins que vous avez engagés, vous avez fait ce que l'on attendait de vous .»

Bien que l'issue de cette d'affaire soit relativement singulière (tous les protagonistes du procès soulignant l'attitude exceptionnelle de ce prévenu), cet exemple permet de saisir que l'engagement des soins avant le jugement est loin d'être toujours perçu comme une forme d'opportunisme, une aubaine ou encore un calcul rationnel du prévenu pour obtenir la clémence des magistrats. En détention, des CPIP et des professionnels de santé mentionnent aussi de nombreux détenus qui se tournent de leur propre initiative vers les services sanitaires, en raison des souffrances provoquées par l'enfermement, ou pour d'autres demandes :

« "Ma femme m'a quitté" ou alors c'est compliqué. Les enfants aussi beaucoup ; le rapport à la paternité. Ou tout simplement "j'ai envie de changer de vie. J'en ai marre de la prison. J'en ai marre de cette vie-là, de cette vie de délinquance. J'ai envie de changer. Pourquoi j'y arrive pas, pourquoi j'en suis toujours là ?". » Psychologue exerçant en détention.

En milieu ouvert, le « déclic » se produit parfois en toute fin de mesure, comme le précise un médecin coordonnateur :

« Parfois ça se décl... au fond on commence à se mettre dans le soin à la fin. [...] J'en ai encore un dernièrement, sur une obligation pas sur une injonction. Au fond, ça change pas grand-chose. Tant qu'il était en obligation de soins, il venait me voir, on parlait de choses normales, enfin minimales. Il pouvait être impliqué, mais il a pu me dire certaines choses qu'une fois libre en fait. »

Plusieurs nous ont donné des exemples de patients qui ne désertent pas leurs consultations aussitôt la contrainte levée, ou qui se tournent de nouveau vers eux quelque temps après son terme, parfois parce qu'ils ont « l'impression que ça les protège » d'une éventuelle récidive¹⁰⁰. À l'aune de ce que les condamnés leur en disent, des CPIP et des JAP évoquent aussi de « belles histoires thérapeutiques »¹⁰¹, y compris au sujet de condamnés qu'ils n'imaginaient pourtant pas investir les soins :

« Je vois aussi des gens, quand ça a commencé où je me suis dit « "y aura jamais rien", et puis il se passe quelque chose et toujours quand on s'y attend pas. [...] Et d'expérience, on peut jamais savoir. Moi j'en ai un, j'aurais mis ma main à couper qu'il se passerait rien et il s'est passé quelque chose et en plus avec des soignants avec qui j'aurais pas du tout pensé que ça collerait. » JAP.

C'est à partir de ce genre d'exemples, souvent singuliers, qu'ils légitiment la contrainte, ce « *pari* » dès lors réussi pour susciter l'adhésion aux soins¹⁰².

¹⁰⁰ CPIP exerçant en détention.

¹⁰¹ CPIP exerçant en détention.

¹⁰² V. chapitre IV.

D. Des risques d'essoufflement et de lassitude dans la durée

Même lorsque les condamnés semblent très investis dans les soins, les entretiens ont permis de saisir des risques d'essoufflement ou de lassitude au fil du temps, plus particulièrement au sujet des condamnés à un SSJ assorti d'une injonction de soin. Ces suivis s'étalent souvent sur de très longues années. Dans notre échantillon, moins d'un quart des SSJ ont été prononcés pour une durée inférieure à 5 ans (22,6 %) ; 63,2 % pour une durée comprise entre 5 et moins de 10 ans ; 14,2 % pour une durée égale ou supérieure à 10 ans. La plupart des condamnés concernés ont par ailleurs écopé de lourdes peines privatives de liberté : 81,9 % d'au moins 5 ans ; la moitié d'au moins 10 ans (49,5 %) ; près d'un sur cinq de 15 ans ou plus (19 %). Puisque les soins se déploient dès l'incarcération, avant même le démarrage effectif de l'injonction, les prises en charge s'étalent souvent sur une, voire plusieurs décennies.

Alors qu'ils espèrent pouvoir « tourner la page » à leur sortie de détention, au motif d'avoir « payé leur dette » envers la société, les condamnés expriment régulièrement le sentiment d'être constamment ramenés à ce qu'ils ont fait, à ce qu'ils ont été, sans jamais pouvoir complètement se tourner vers l'avenir, ou ne serait-ce que se concentrer sur les difficultés de leur quotidien. Une CPIP exerçant en milieu ouvert en fournit un exemple :

« Lui, typiquement, ce monsieur il a vraiment besoin aussi de sortir de ce costume de beau-père incestueux quoi. [...] Lui il en peut plus en fait. Il me dit "je comprends pas. On n'arrête pas de me faire des compliments, de dire que j'ai beaucoup avancé, de me dire que j'ai fait un travail sur moi. Et puis en même temps... mais là, on va encore me voir pendant des années, vous, le psy...". On sent que pour son image, c'est vraiment difficile quoi. »

Pour l'une de ses collègues, « ils se sentent enfermés »¹⁰³ :

« Moi y en a qui me le disent : "j'ai envie de tourner la page. Chaque fois que je vais voir le psy, ça me ramène à ce que j'ai fait. [...] Du coup moi j'avance pas, j'évolue pas. J'ai fait ce que j'ai fait, mais aujourd'hui je suis à cet instant-là du moment de ma vie. À l'époque, j'en n'étais pas là". On leur demande de construire, d'avancer, de progresser et en même temps, on les maintient à un instant t où ils ont commis une erreur. » CPIP exerçant en détention et en milieu ouvert.

Durant des années, sinon plusieurs décennies, ils seront en effet questionnés à d'innombrables reprises sur le passage à l'acte à l'origine de la condamnation, par des CPIP, des JAP, des médecins coordonnateurs, mais aussi des thérapeutes. Dans notre précédente étude sur l'injonction de soin, la moitié des condamnés avaient connu un changement de thérapeute pendant le suivi en milieu ouvert (57 %), un sur quatre

¹⁰³ V. également les extraits d'entretiens réalisés auprès de condamnés *in* RAZAC Olivier, GOURIOU Fabien, FERRAND Jérôme, *op. cit.*, p. 94 et s.

plusieurs fois (26 %), six au moins trois fois. Un changement de médecin coordonnateur apparaissait également dans 30 % des cas. Chaque renouvellement de référent, au niveau judiciaire comme sanitaire, oblige le condamné à répéter sa trajectoire biographique, familiale, sociale et pénale. Ces situations sont souvent mal vécues, car « pour certains, ils ont mis une vie à le dire, donc ils vont pas le ressortir maintenant, à la moindre occasion »¹⁰⁴. Une magistrate y voit un « effet néfaste » :

« Le condamné ne comprend pas qu'il faut qu'il répète à chaque fois, qu'il faut qu'il réexplique, qu'il faut qu'il reparle de la même chose 36 fois et des fois, ça peut être contre-productif [...] À un moment donné, on s'aperçoit que la personne elle peut ne plus adhérer, parce qu'elle voit trop d'interlocuteurs. Surtout quand elle a le sentiment d'avoir cheminé et que tout va bien. » Présidente d'audiences correctionnelles.

Dans plusieurs des dossiers de notre recherche sur l'injonction, les condamnés décrivaient aux professionnels qui les accompagnaient des sentiments d'« épuisement », un « vécu de contraintes sans fin », de « désespoir avec l'impression que tout est organisé autour [d'eux] pour [leur] rappeler avant tout ce qu'[ils ont] fait et l'impression que cela ne s'arrêtera jamais »¹⁰⁵.

Outre l'« usure » induite par cette répétition des récits de vie¹⁰⁶, les condamnés doivent souvent jongler entre les attentes contradictoires de leurs divers interlocuteurs, notamment lorsque l'autorité judiciaire réclame des attestations que leurs thérapeutes n'acceptent pas de délivrer à la fréquence demandée¹⁰⁷. En milieu ouvert, ils se confrontent parfois à une succession de « portes fermées » du fait de la pénurie de soignants¹⁰⁸, ce qui ne fait que compliquer les rapports déjà difficiles qu'ils entretiennent avec le champ de la santé mentale. Ces entraves les plongent par ailleurs dans des situations de stress, tant ils craignent, du moins concernant l'injonction de soin, que l'absence de suivi médical se traduise rapidement par une (ré)incarcération. Elles les obligent à se tourner vers le secteur libéral, au risque que le non-remboursement des séances « renforce la précarité sociale »¹⁰⁹. Durant toute la durée du suivi en milieu ouvert, ils doivent aussi s'organiser matériellement pour rencontrer de très nombreux professionnels de la sphère pénale et du champ sanitaire. Comme l'indique une CPIP, « parfois on a des obligations de soins avec une prise de sang, plus un rendez-vous psycho, plus un suivi en addicto tous les mois. »

¹⁰⁴ CPIP exerçant en détention.

¹⁰⁵ Extraits de rapports de médecins coordonnateurs.

¹⁰⁶ V. également BRIE Guillaume, *Traitement social de la criminalité sexuelle pédophile : rapports de pouvoir et lutte des représentations entre agents chargés du contrôle et condamnés*, thèse, Université de Nanterre, 2012, p. 143.

¹⁰⁷ V. chapitre X.

¹⁰⁸ V. chapitre VIII.

¹⁰⁹ CPIP en milieu fermé et ouvert. Il en va de même pour le non-remboursement des examens sanguins en laboratoire, qui seraient plus fréquemment exigés que par le passé. V. également RAZAC Olivier, GOURIOU Fabien, FERRAND Jérôme, *op. cit.*, p. 67.

Parfois éloignés géographiquement des lieux d'implantation desdits services et faute de médecins coordonnateurs dans leur département, il n'est pas rare que les condamnés à une injonction de soins doivent se déplacer à plus de 100 km¹¹⁰. Ces déplacements sont coûteux pour ceux qui ont de très faibles revenus, qui n'ont pas nécessairement de véhicule personnel ou les ressources relationnelles pour se faire véhiculer. Ceux qui parviennent à trouver un emploi doivent obtenir l'autorisation de leur employeur pour s'y déplacer, alors qu'il n'est pas nécessairement au fait de leur situation pénale¹¹¹. La multiplicité des rendez-vous à honorer peut alors constituer une véritable entrave à la réinsertion sociale. Une « *psychologisation* » excessive des prises en charge présente le risque de faire passer au second plan leurs besoins au plan socio-économique¹¹². D'autant que les plus précaires doivent encore jongler avec leurs entretiens auprès des organismes de droit commun en charge de l'emploi, du logement, de l'insertion, etc.

Conclusion

Ces développements ne peuvent être appréhendés comme l'exact reflet des expériences du soin, dès lors que nous n'avons pas interrogé ceux qui les vivent au quotidien. Rares sont les chercheurs qui, du moins en France, se sont tournés vers les principaux intéressés¹¹³. Notre étude ne saisit quant à elle leurs représentations qu'au travers de ce que perçoivent les professionnels qui les ont croisés et des interprétations qu'ils proposent. Elle nous a néanmoins permis d'appréhender l'épreuve que constitue la probation, du moins dans sa composante sanitaire. Elle montre également la force de la contrainte judiciaire, qui provoque des formes d'assujettissement, mais aussi que les justiciables ne sont pas dénués de toute capacité pour mettre à distance ou au contraire s'approprier et investir ces soins contraints. À l'aune des expériences relatées par les professionnels des mondes judiciaire et sanitaire, il semble que les dispositions à s'engager dans ces prises en charge soient conditionnées par de multiples facteurs (socialisation médicale, affiliation sociale et de genre, carrière pénale, type de pathologie, etc.). Une dimension déterminante dans le rapport que les personnes condamnées entretiennent à ces obligations de soin est aussi la relation qui se noue avec le (ou les) thérapeute(s). Dès lors, reste à voir maintenant comment les professionnels de la santé établissent et construisent le lien thérapeutique avec ce type de patientèle.

¹¹⁰ GAUTRON Virginie (dir.), *op. cit.*, p. 314.

¹¹¹ RAZAC Olivier, GOURIOU Fabien, FERRAND Jérôme, *op. cit.*, p. 66

¹¹² LARMINAT (de) Xavier, « Un continuum pénal hybride », *Champ pénal/ Penal field*, vol. XI, 2014, consulté le 25 mars 2022 [URL : <https://journals.openedition.org/champpenal/8965>].

¹¹³ RAZAC Olivier, GOURIOU Fabien, FERRAND Jérôme, *op. cit.* ; BRIE Guillaume, *op. cit.* ; ALVAREZ Josefina, GOURMELON Nathalie, *La prise en charge pénitentiaire des auteurs d'agressions sexuelles*, Paris, La Documentation française, 2006.