



HAL
open science

Les soignants à la peine : les prises en charge thérapeutiques des publics sous main de justice

Ivana Obradovic, Virginie Gautron

► To cite this version:

Ivana Obradovic, Virginie Gautron. Les soignants à la peine : les prises en charge thérapeutiques des publics sous main de justice. Virginie Gautron (dir.). Réprimer et soigner : pratiques et enjeux d'une articulation complexe, Presses Universitaires de Rennes, pp.235-260, 2023, 9782753592070. halshs-04627190

HAL Id: halshs-04627190

<https://shs.hal.science/halshs-04627190v1>

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

OBRADOVIC I., GAUTRON V., « Les soignants à la peine : les prises en charge thérapeutiques des publics sous main de justice », in GAUTRON V. (dir.), *Réprimer et soigner : pratiques et enjeux d'une articulation complexe*, Rennes, PUR, 2023, p. 235-260.

Ce chapitre s'intéresse aux pratiques des professionnels de santé impliqués dans l'administration des soins pénalement ordonnés, qu'ils exercent au sein d'établissements pénitentiaires ou à l'extérieur. Il pointe les spécificités de ce type de prise en charge par rapport à des soins librement engagés, des contraintes qui pèsent sur l'exercice médical dans un cadre pénal et des stratégies d'adaptation des réponses sanitaires. Ces contraintes sont notamment liées aux relations d'interdépendance avec les acteurs judiciaires, qui perturbent le « colloque singulier »¹ caractéristique de la relation de soins. Les modalités de cette articulation étant abordées dans un chapitre dédié², on s'intéressera surtout ici à la prise en charge, au concret, de la « patientèle pénale », au prisme des entretiens avec les soignants.

L'analyse du corpus d'entretiens permet de documenter un point aveugle de la littérature scientifique : si les recherches empiriques sur les soins pénalement ordonnés sont rares, les pratiques de soins s'avèrent particulièrement délaissées, hormis quelques travaux localisés. Les études disponibles portent principalement sur les relations entre acteurs judiciaires et sanitaires, en particulier en milieu carcéral, s'attachent à décrire l'effectivité des mesures, leur place parmi les réponses pénales et les profils des publics bénéficiaires³. Outre l'absence de recherches françaises mesurant l'efficacité de la « médicalisation » des sanctions pénales (sur le plan sanitaire comme de la prévention de la récidive), la littérature scientifique explore peu le spectre des pratiques de prise en charge sous contrainte, tant du point de vue des approches cliniques que des difficultés spécifiques qu'elles comportent.

Par contraste avec un corpus de recherches scientifiques relativement limité, les publications dans les revues professionnelles du champ médical sont nombreuses, témoignant de la récurrence et de la vivacité de ces débats parmi les cliniciens. Ceux-ci se cristallisent autour de trois questions, relatives à l'éthique, la légitimité et l'efficacité : comment mettre en place avec succès des soins hors du consentement des condamnés, en offrant un suivi personnalisé et une garantie de confiance, en particulier en détention ? Comment préserver le périmètre d'intervention strictement

¹ DUHAMEL Georges, *Paroles de médecin*, Paris, Mercure de France, 1944, p. 13.

² V. chapitre X.

³ Pour une synthèse récente de ces différents travaux, v. notamment LANCELEVÉE Camille, PROTAIS Caroline, RENARD Tristan, SAETTA Sébastien, « Un renouveau des recherches francophones sur les relations entre la justice et la santé mentale », *Champ pénal/ Penal field*, vol. 18, 2019, consulté le 25 mars 2022 [URL : <http://journals.openedition.org/champpenal/11213>].

sanitaire et désamorcer les « frottements » générés par les conflits de territoires ? Comment faire face, dans le champ médico-social, au tropisme répressif des réformes successives, à l'exigence croissante de responsabilisation des malades et à la « médicalisation » croissante des problèmes sociaux, avec pour effet une extension du champ d'application des soins ordonnés ? Ce matériau de réflexions cliniques offre un état des lieux des controverses sur les modalités d'articulation entre santé mentale et justice pénale, entre professionnels de santé et acteurs judiciaires, mais aussi au sein de l'espace professionnel des soignants. Il en ressort un point de consensus : la prise en charge sanitaire dans un cadre judiciaire est perçue comme dérogatoire au principe des soins volontaires, mais surtout, elle redouble les difficultés rencontrées hors cadre judiciaire (difficultés à susciter l'adhésion thérapeutique qui détermine la réussite des soins, problèmes de moyens et d'effectifs). Ces préoccupations sont assumées par les autorités sanitaires comme par les fédérations professionnelles de soignants, qui ont élaboré des recommandations de « bonnes pratiques »⁴.

Dans ce contexte, ce chapitre explore les pratiques professionnelles des intervenants sanitaires enrôlés dans la mise en œuvre des soins obligés, en milieu ouvert comme en détention, en montrant d'abord comment les pratiques judiciaires affectent leur activité et dégradent, *in fine*, les conditions de mise en œuvre des soins obligés, en créant des formes d'empêchement à « produire du soin » (1). On s'attachera ensuite à rendre compte de la variété et des convergences des méthodes d'intervention mises en œuvre pour « créer l'adhésion », afin de décrire au plus près le travail thérapeutique autour de la contrainte (2).

1. Prendre en charge la « patientèle pénale » : contradictions et ambivalences

Outre les tensions interprofessionnelles autour des finalités des soins pénalement ordonnés⁵ et des modalités de l'articulation santé-justice⁶, la prise en charge des publics sous main de justice soulève des questions liées aux moyens sanitaires disponibles. Cette section rend compte des problématiques rencontrées, en pointant les contradictions et les ambivalences du rôle dévolu aux professionnels de santé. Face à la progression des publics adressés par les autorités judiciaires (A), les structures publiques de santé sont submergées (B), en particulier en milieu carcéral (C).

⁴ Guide de l'injonction de soin, Ministère de la Santé et des sports, Ministère de la Justice, Paris, 2009 ; FÉDÉRATION ADDICTION, *Santé - justice. Les soins obligés en addictologie*, Paris, Fédération Addiction, 2020.

⁵ V. chapitre IV.

⁶ V. chapitre X.

A. « On croule ! » : les soignants face à l'afflux des orientations judiciaires

Notre corpus d'entretiens témoigne d'un sentiment partagé (toutes professions confondues) quant à la hausse continue du volume des mesures de soins pénalement ordonnés⁷ (sans compter les incitations aux soins en détention), en lien avec la forte prévalence de ces problématiques parmi les publics judiciairisés :

« La proportion de personnes souffrant d'addictions, alcool ou stupéfiants, ou de troubles psychiatriques, elle est importante. Quand j'ai commencé, il y en avait mais là, on croule ! [...]. Mais c'est surtout les malades mentaux, des malades très lourds... Là je suis effrayé, on en a... pfff... (il fait un moulinet avec les mains). » Psychiatre exerçant en détention.

Si, en ambulatoire, les données font défaut concernant les centres médico-psychologiques (CMP), les rapports d'activité des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) confirment ces perceptions. Après une baisse substantielle au cours des années 2000, les orientations judiciaires y connaissent un regain depuis 2014, en écho à la hausse conjointe des contentieux liés à la consommation de cannabis ou d'alcool. En 2019, 44 % des consultations en lien avec le cannabis faisaient suite à une orientation judiciaire, contre 19 % de celles en lien avec l'alcool et 9 % des recours au titre d'autres drogues (opioïdes, cocaïne ou autres)⁸. Ces publics représentent désormais un cinquième de leur file active (20 % en 2019 ; 17 % en 2014), soit plus de 60 000 personnes par an (sur 314 000 accueillies en CSAPA en 2019). En 2019, plus des deux tiers des orientations judiciaires vers un CSAPA étaient des obligations de soins (68 %), soit une hausse de près d'un quart en cinq ans (55 % en 2014). Celles-ci arrivent loin devant les injonctions thérapeutiques et les classements avec orientation sanitaire. Ainsi, de nombreux CSAPA verraient au moins un tiers de leur file active alimentée par des obligations de soins, formant un flux continu de demandes difficile à absorber.

Comme observé précédemment⁹, cette croissance soutenue est souvent perçue comme une « médicalisation de la sanction pénale », résultant de politiques publiques guidées par une « évolution sécuritaire de la société » qui « donne clairement plus de travail »¹⁰ aux intervenants sanitaires. Si l'afflux de patients est partiellement lié à l'extension du champ d'application des dispositifs, les magistrats se voient souvent reprocher leur tendance à prononcer des soins dans des proportions exagérées. Dans ce contexte, certains professionnels de santé évoquent

⁷ V. Chapitre V.

⁸ PALLE Christophe, *Bilan RECAP 2019. Évolution des caractéristiques des personnes prises en charge dans les CSAPA, 2007-2019*, Paris, OFDT, 2020.

⁹ V. chapitre V.

¹⁰ Psychiatre exerçant en détention.

leur sentiment de submersion, voire de découragement. Ils se perçoivent, dans l'administration de ces mesures, comme « la dernière roue du carrosse », « à la remorque » des politiques pénales. Certains se déclarent par ailleurs démunis face aux spécificités de patients « pas comme les autres ». Une psychiatre déplore « le néant au niveau de la formation » des praticiens des CMP¹¹. Dans le champ de l'addictologie, les fédérations professionnelles ont mis en place une offre de formations spécifiques pour mieux les « outiller ». Ainsi la Fédération Addiction propose-t-elle un programme intitulé « Soins obligés en addictologie », tandis que l'association Addictions France (ex-ANPAA) a lancé une formation aux techniques pour « intervenir auprès de publics spécifiques (personnes sous main de justice) ». Toutes deux revendiquent d'aider les professionnels à apprivoiser la contrainte judiciaire qui pèse sur les conditions de l'accompagnement et de la prise en charge, en développant un questionnement commun : « comment saisir l'opportunité de la rencontre obligée pour permettre à l'usager de drogues de s'approprier la démarche de soins, de trouver un intérêt à l'écoute et à l'accompagnement qui lui sont proposés et, ce faisant, de dépasser la pression de la contrainte ? ». La prise en charge des besoins spécifiques du public judiciairisé constitue donc un sujet de préoccupation grandissant des addictologues, comme des soignants en général, qui ont incorporé ces attentes institutionnelles à leur égard. Ils sont cependant nombreux à faire valoir une inquiétude quant aux conditions d'une intervention efficace.

B. « Gérer les impossibilités » : les effets de la pénurie endémique de moyens

Un point de convergence des professionnels concerne la pénurie de moyens, qui obère les chances d'une prise en charge thérapeutique (a). La palette de l'offre de soins apparaît de plus en plus restreinte, face à des publics hétérogènes qui requièrent pourtant des réponses diversifiées (b).

a. Une offre sanitaire en-deçà des besoins

La plupart des professionnels font état d'un sentiment de saturation face à l'afflux des publics orientés par la justice. Ils pointent avant tout le manque de personnel, plus particulièrement de psychiatres, à l'instar de nombreux acteurs judiciaires. La pénurie en psychiatrie hospitalière est objectivée par les très nombreuses vacances de postes, évaluées à 1 000 postes non pourvus. Ces vacances peuvent toucher jusqu'à 30 % des postes en centre hospitalier spécialisé comme en CMP, mais avec de fortes

¹¹ Expert psychiatre.

variations territoriales¹². Dans le département où se situe Moussoux, un médecin coordonnateur évoque ainsi 15 postes vacants sur 50. Les établissements pénitentiaires sont fortement affectés par les postes non pourvus, qui excèdent parfois 50 % des effectifs de psychiatres¹³. Nombreux sont les exemples cités en entretien : un centre de détention recevant en majorité des auteurs d'agressions sexuelles serait ainsi rattaché à un établissement hospitalier déplorant 8 ou 10 postes vacants. Un autre établissement ne pourrait compter que sur un temps plein de psychiatre pour 1 200 détenus. Ces vacances de postes s'expliquent par la difficulté grandissante à recruter des cliniciens en milieu pénitentiaire, donnant lieu au sentiment assez répandu que « plus personne ne veut travailler en détention », surtout dans les établissements éloignés des centres urbains. Une psychiatre ayant exercé durant la quasi-totalité de sa carrière en détention, avant un détachement auprès du Contrôleur général des lieux de privation de liberté, explique ainsi :

« J'ai été médecin-chef 11 ans à [maison d'arrêt de plus de 1 000 places], j'avais aucun poste vacant et pas trop de mal pour recruter. J'avais un projet médical, les gens savaient pourquoi ils venaient travailler, sur quel projet. Aujourd'hui, mon collègue qui a pris ses fonctions, il cherche des psychiatres. Et il n'a pas de psychiatre... »

Elle impute ces difficultés de recrutement à l'évolution générale du secteur de la psychiatrie mais aussi aux conditions d'exercice (fractionnement du temps de travail à travers le recours au temps partiel, cumul de postes des médecins hospitaliers qui se partagent entre plusieurs sites, etc.), qui ont réduit l'attractivité des postes en détention. Cette vacance est redoublée par le non-remplacement quasi-systématique des personnels qui partent à la retraite. Le manque de médecins affecte également le nombre d'experts psychiatres¹⁴, de médecins-coordonnateurs¹⁵ ou relais, parfois seuls pour couvrir les besoins de tout un département. Dans les rares départements dotés d'un médecin-relais (pour la plupart des psychologues-relais officiant au sein d'une Agence Régionale de Santé, ARS), un équivalent temps plein assure 400 à 800 suivis individuels par an. S'agissant des prises en charge thérapeutiques en ambulatoire

¹² DUPAYS Stéphanie, EMMANUELLI Julien, *Les centres médico-psychologiques de psychiatrie générale et leur place dans le parcours du patient*, Paris, Inspection générale des affaires sociales, 2020.

¹³ BRANCHU Christine, ZIENTARA-LOGEAY Sandrine, GUEJ Jérôme, D'ALMEIDA Samuel, DE BLASI Maxime, LOPEZ Frédéric, *Évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes sous main de justice*, Paris, Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale des services judiciaires, 2015.

¹⁴ 1 057 experts étaient inscrits sur les listes des cours d'appel en 2021 (356 psychiatres et 701 psychologues). Il y avait 800 experts psychiatres en 2007, 465 en 2014. 87 541 expertises ont été réalisées en 2020 (49 148 par des psychiatres, 38 393 par des psychologues). SOL Jean, ROUX Jean-Yves, *Expertise psychiatrique et psychologique en matière pénale*, Rapport d'information n°432, Paris, Sénat, 2021, p. 13.

¹⁵ Les données disponibles sont anciennes, mais la loi de programmation relative à l'exécution des peines de mars 2012 dénombrait 237 médecins coordonnateurs au premier septembre 2011, très inégalement répartis sur le territoire. 17 départements en étaient dépourvus. Elle évaluait à 1 750 le nombre de mesures non exécutées en 2012, soit plus de 30 % des injonctions en cours, et à 119 le nombre de médecins coordonnateurs supplémentaires nécessaires.

comme en milieu fermé, cette pénurie a deux effets principaux : l'engorgement des services sanitaires (hausse des files actives) et des délais d'attente dissuasifs (supérieurs à trois, voire six mois dans certains sites).

Dans bien des cas, au sein des CMP et des CSAPA, les thérapeutes n'interviennent donc qu'« en deuxième intention »¹⁶, le premier entretien étant assuré par un infirmier, voire, dans les CSAPA, par un éducateur. Il n'est pas rare qu'ils poursuivent la prise en charge lorsque les justiciables n'expriment pas une véritable demande de soin, ou « ne sont pas capables d'entrer dans une relation thérapeutique »¹⁷, parfois « des mois et des mois », voire « jusqu'à la fin de l'obligation de soin »¹⁸, comme l'explique une psychologue :

« Le premier entretien il est fait soit par un infirmier, soit par un éduc [...]. Déjà si on sent, enfin si les collègues, dans le cadre d'une obligation il semble qu'il n'y a pas de demande et que... ils vont plutôt proposer de revoir la personne, d'essayer déjà de créer quelque chose. Ou alors en disant d'emblée, c'est pas la peine de mettre une psychologue si y a rien qui émerge. » Psychologue exerçant en détention et au sein d'un CSAPA.

Les solutions de prise en charge sont donc perçues comme faisant gravement défaut, à la fois quantitativement et qualitativement, alors que l'accompagnement de ce public appelle des réponses ajustées à des problématiques très diversifiées.

b. Une offre en décalage avec les besoins d'un public cumulant les vulnérabilités

Face à un public identifié comme « difficile », qui cumule souvent troubles psychiques, addictions et précarité sociale¹⁹, l'insuffisance de l'offre a des effets particulièrement délétères. Les délais d'attente rendent pratiquement impossible la prise en charge en urgence de patients en détresse et augmentent le risque de « perdre » les personnes en « déliaison » :

« Quand vous avez un sans domicile fixe, usager de crack, 2 mois, c'est pas... voilà. C'est pas tenable, pas pensable... c'est tellement saturé [dans les CSAPA] qu'ils donnent un rendez-vous tous les 2 mois, et un suivi avec un rendez-vous avec un psychologue tous les 2 mois, ça n'a pas de sens. On ne va nulle part ! C'est pas une offre de soins. » Psychologue-relais.

Ces délais nuisent à la compréhension de la mesure par les justiciables, créent de la défection, voire des ruptures de soins, au risque de conduire à des incarcérations :

¹⁶ Psychologue exerçant en détention et au sein d'un CSAPA.

¹⁷ Expert psychiatre exerçant au sein d'un CSAPA.

¹⁸ Infirmière exerçant au sein d'un CMP.

¹⁹ V. chapitre I.

« Que ce soit la psychiatrie ou l'addicto, elles sont overdosées. Ça veut dire qu'il y a des gens qui restent sur le carreau, des gens dont on s'occupera pas et qui vont finir par atterrir où ? En prison ! [...]. Sur les obligations de soins, on est dans ce paradoxe où le législateur va multiplier les obligations de soins, toutes les mesures sanitaires, et derrière, ça suit pas, ce qui est quand même très paradoxal pour les personnes elles-mêmes. On leur dit "Vous devez aller voir quelqu'un mais ce sera seulement dans 5 mois !" » Psychiatre, médecin coordonnateur.

La disjonction entre le temps de la sanction et celui du soin perturbe l'intérêt même de la mesure, du point de vue des soignants comme des magistrats :

« Dans le cadre d'une obligation de soins, un suivi régulier ça devrait être au moins une fois par mois, toutes les 6 semaines maximum. Il faut que ça ait un sens parce que si on a 3 pauvres consultations sur 2 ans, faut pas se leurrer, ça sert à rien. » JAP.

En outre, la pénurie de structures adaptées, pour les personnes sans hébergement, psychotiques ou encore les mineurs les plus désaffiliés, est pointée de façon unanime par les soignants. Celle-ci peut là encore conduire, dans certains cas, à des effets contre-productifs, du point de vue des chances de réinsertion (« on crée de la récidive ! ») :

« Les psychotiques, c'est vraiment un public qui cumule toutes les difficultés. Au plan social, plus de famille présente pour eux, pas de logement, et puis après, addictions, troubles, etc. C'est ceux que j'appelle les *revolving doors* de la prison. Ils n'arrivent pas à vivre à l'extérieur, parce que c'est pas suffisamment contenant, parce qu'ils sont isolés, parce qu'ils ont pas d'argent. Il faudrait des moyens vraiment importants pour les prendre en charge en ambulatoire et on les a pas. Du coup, très vite ils se retrouvent en prison, ils y reviennent très régulièrement, pas pour des grosses peines, hein ! Mais voilà, ils font des allers-retours. » Psychiatre exerçant au sein d'une Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA).

Certains soignants évoquent ouvertement « l'absence de solution pour certains publics », considérés comme « incasables », par exemple les mineurs non accompagnés (MNA) qui « font des allers-retours prison-hôpital-rue, prison-hôpital-rue... »²⁰. Il en va de même pour les usagers de crack, très présents en région parisienne, souvent orientés vers une injonction thérapeutique « à défaut de mieux », mais qui se retrouvent le plus souvent sans soins de suite. Pour ceux-ci, comme pour l'ensemble des justiciables sans domicile fixe, désaffiliés et très précarisés, les dispositifs sanitaires sont considérés comme sous-dimensionnés. Les soignants préconisent plutôt une prise en charge incluant un suivi renforcé, mais aussi social (aide au logement, prise en charge sanitaire globale, accompagnement vers l'emploi), pratiquement impossible en l'état des capacités de prise en charge institutionnelle :

²⁰ Psychiatre exerçant au sein d'une UHSA.

« Il faudrait des structures un peu hybrides entre la psychiatrie et le social. Il faudrait des éducateurs. [...] C'est presque plus du *care* que du *cure* pour prendre en charge ce qui est surtout des pathologies de l'attachement... Voilà, en tout cas, les toxicomanes, les jeunes ados difficiles, c'est pas les médicaments qui vont les guérir ! » Psychiatre exerçant au sein d'une UHSA.

Cette absence de solutions, qui impose des ajustements permanents, se traduit par une grande variabilité des pratiques de prise en charge, déterminées par des facteurs locaux d'offre de soins et de moyens (structures, types de professionnels de santé disponibles, etc.). Il en résulte de fortes inégalités territoriales. L'insuffisance de l'offre est d'autant plus exacerbée en milieu rural et dans les zones dépourvues de centre hospitalier, avec des effets de report vers d'autres structures parfois éloignées des lieux de résidence des justiciables. Confrontées à la faiblesse structurelle de l'offre de soins, les pratiques des soignants oscillent entre constat d'impuissance et défausse.

c. Entre dissuasion et refus de prise en charge des publics orientés par la justice

La prise en charge des addictions et des troubles psychotiques est souvent confrontée à un « jeu du mistigri » entre CMP et CSAPA « qui se renvoient la balle » lorsque le condamné présente à la fois des troubles addictifs et psychiatriques. Certains soignants font part du travail intensif d'entretien de réseau pour rendre les orientations possibles, voire même des arrangements entre les structures pour « se rendre service » dans un contexte de saturation de la file active, avec des pratiques semblables à un « troc » de patients :

« Quand on décroche un rendez-vous au CMP, c'est : "ah ben non, qu'est-ce que vous voulez que j'en fasse ? C'est des consommations". Ben non, en fait derrière, il y a quelque chose d'un peu plus important ! Ce serait bien qu'il y ait une évaluation psychiatrique ! C'est pas toujours facile : "non, ça relève de chez vous, ça !" [...] Mais bon, après, on arrive, parce qu'on les connaît, à leur faire prendre quelques personnes sous obligations de soins. Bon, ils nous en orientent aussi. » Psychologue exerçant en CSAPA.

Enfin, cette pénurie produit des effets de « sélection » et de « tri », les clientèles pénales étant en général jugées non prioritaires, comme le souligne une DPIP :

« Le système de tri est rendu nécessaire par l'embolie des files actives. Donc concrètement, on dit "vous, vous arrivez avec une obligation judiciaire, repassez dans 6 mois et on verra si on peut vous donner un rendez-vous". » DPIP en milieu ouvert.

Certains CMP vont jusqu'à refuser ce public, tandis que d'autres exigent une lettre de motivation à des condamnés qui, par définition, ne sont pas demandeurs et pour

certain, inaptes à les écrire. À l’instar du JAP d’Orsontes, une CPIP cite un CMP de l’agglomération :

« [Ils] refusent désormais tous les gens qui sont orientés en obligation de soins. [...] Donc parfois, on se retrouve avec des gens qui sont pleins de bonne volonté, qui veulent bien mettre en place tout ce qu’il faut mettre en place, mais quand le CMP vous ferme la porte... [...] On finit par conseiller aux gens de mentir en arrivant au CMP, de ne pas dire que ça relève d’une obligation de soins. Ça c’est dommageable en fait, parce que du coup, on démarre une relation thérapeutique sur un mensonge. C’est pas génial quoi. » CPIP en milieu ouvert.

Si le manque de moyens et l’afflux de patients constituent la principale justification de ces refus de soins, d’autres motivations génèrent des pratiques discriminatoires²¹. La mise en œuvre des soins pénalement ordonnés réduisant d’autant les possibilités de suivre les patients « réellement demandeurs », certains soignants vivent difficilement l’accueil de publics qui dissimulent à peine leur démarche opportuniste, affichant ouvertement leur désintérêt pour une démarche thérapeutique, ou qui n’adoptent pas le discours ou les attitudes attendues d’un « bon patient », censé manifester sa souffrance. Il en résulte des contre-attitudes professionnelles de rejet, avec le déploiement progressif d’une suspicion à l’encontre de l’ensemble de la clientèle pénale, quand bien même certains condamnés manifesteraient un véritable désir d’accompagnement. En outre, certains publics suscitent des craintes et des appréhensions chez les soignants qui n’ont pas l’habitude d’exercer auprès de PPSMJ, plus particulièrement les délinquants sexuels et les sortants de prison.

Dans certains cas, le processus d’accès aux soins se transforme donc en véritable « parcours du combattant ». Les justiciables se voient renvoyés vers le secteur libéral, ce qui pose une difficulté de prise en charge financière des consultations. Si un suivi psychiatrique peut être remboursé par la sécurité sociale, ce n’est pas le cas lorsque le praticien est psychologue. Certains psychiatres pratiquent également des dépassements d’honoraires. Disposant généralement de faibles revenus, *a fortiori* dans les premiers temps qui suivent la libération, certains condamnés ne bénéficient pas d’une complémentaire ou de la « Couverture Maladie Universelle » (CMU). En milieu ouvert, le suivi thérapeutique des PPSMJ souffre donc à la fois de la désertification médicale et de la pénurie d’offre sanitaire. D’autres difficultés sont spécifiques aux dispositifs sanitaires en détention.

²¹ GAUTRON Virginie (dir), (Se) soigner sous la contrainte : une étude du dispositif de l’injonction de soin, Rapport final, Paris, Mission de Recherche Droit et Justice, 2017, p. 276 et s.

C. *Les soins en détention : un condensé des apories de la prise en charge contrainte*

Les soins en détention constituent une synthèse des apories de la prise en charge sous contrainte, ici plus institutionnelle que légale. Corroborant d'autres travaux²², notre recherche pointe le désarroi rencontré par les soignants face aux problématiques spécifiques au milieu carcéral. À toutes les difficultés déjà citées viennent s'ajouter d'autres facteurs appelant une attention sanitaire renforcée : pratiques à risques d'injection de drogues (partage de seringues, recours à du matériel non stérile, etc.), mésusage de médicaments psychotropes²³, risque de suicide²⁴, etc. Cette accumulation des enjeux est redoublée par des questionnements quant au positionnement dans la relation de soins, compte tenu de la contradiction patente entre l'attitude soignante et la vigilance qu'exige l'exercice professionnel en milieu carcéral. Trois facteurs principaux sont désignés comme des « impasses » de la prise en charge : les conditions d'accueil (a), la capacité à mener une action de réduction des risques infectieux efficace en milieu fermé (b) et la continuité des soins après la détention (c).

a. Des conditions d'accueil inadaptées

Malgré le décloisonnement initié par la loi du 18 janvier 1994, l'équivalence des soins avec le milieu libre s'avère loin d'être acquise. L'intervention des personnels hospitaliers en détention, qui ne sont plus rémunérés et subordonnés à l'administration pénitentiaire, repose sur 26 services médico-psychologiques régionaux (SMPR), 16 CSAPA en milieu pénitentiaire et plus de 200 unités sanitaires (US, ex-UCSA), à raison d'une par établissement pénitentiaire. Toutefois, les conditions d'accueil des personnes détenues restent largement en-deçà des besoins estimés. Même l'entretien obligatoire d'accueil en prison serait souvent différé en dépit des obligations légales : recevoir les détenus dans un délai de 2-3 jours est considéré comme une « bonne performance ». Outre les entraves au secret²⁵, les professionnels relèvent des difficultés persistantes d'organisation et d'accès aux

²² LE BIANIC Thomas, MALOCHET Guillaume, « Soigner, évaluer, contrôler : les dilemmes des soignants en milieu carcéral », in Georges BENGUIGUI, *Prisons sous tensions*, Nîmes, Champ Social, 2011, p. 221-248 ; LANCELEVÉE Camille, *Quand la prison prend soin : enquête sur les pratiques professionnelles de santé mentale en milieu carcéral en France et en Allemagne*, Thèse, Paris, EHESS, 2016.

²³ PROTAIS Caroline, MOREL D'ARLEUX Julien, JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, *Circulation et échanges de substances psychoactives en milieu carcéral. Résultats de l'enquête CIRCÉ sur la question du marché des drogues en prison*, Rapport final, Direction de l'administration pénitentiaire, ministère de la Justice. Paris, OFDT, 2019.

²⁴ DUTHÉ Géraldine, HAZARD Angélique, KENSEY Annie, « Suicide des personnes écrouées en France : évolution et facteurs de risque », *Population*, vol. 69, 2014/4, p. 7-38.

²⁵ V. chapitre X.

soins : faible disponibilité des soignants du fait de la surcharge de travail, difficultés de transfèrement à l'hôpital dans un délai court, annulation fréquente des extractions médicales prévues pour des consultations de spécialistes à l'hôpital de rattachement, etc. Ces constats s'expliquent par l'état sanitaire dégradé des personnes incarcérées et sont amplifiées par la surpopulation (en maison d'arrêt) et l'éloignement par rapport aux hôpitaux dits « de proximité » (en centre pénitentiaire). L'ensemble des professionnels évoquent également les mauvaises conditions d'hospitalisation des « patients D398²⁶ » (atteints de troubles mentaux), placés en isolement à l'hôpital, et qui font parfois l'objet de contention.

En réponse à ces mauvaises conditions d'hospitalisation, quelques hôpitaux ont créé, en lien avec l'administration pénitentiaire, neuf unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA)²⁷. Toutefois, le nombre limité de places (440) et leur inégale répartition sur le territoire ont vite conduit à leur engorgement²⁸. L'intérêt de ces nouvelles structures constitue un des principaux sujets de débat sur les moyens de prise en charge des problèmes de santé mentale. Certains soignants reconnaissent qu'elles ont permis d'améliorer les conditions d'hospitalisation des détenus. Pour autant, la majorité regrette qu'elles prennent acte, sinon renforcent, la tendance à incarcérer des personnes présentant des troubles psychiatriques. Elles sont aussi jugées d'un coût excessif et sont parfois taxées de stigmatiser les patients, car « quand ils sortent de l'UHSA, personne ne veut les prendre »²⁹. Les soignants relèvent également qu'un fonctionnement à flux tendus occasionne des délais d'attente proches de ceux du dispositif de soins de droit commun (dépassant parfois un mois) et des logiques de sortie déterminées par l'impératif de libérer des places, ce qui limite leur plus-value dans l'offre de services spécialisés.

L'exemple des UHSA illustre les contradictions d'une prise en charge qui cherche à reproduire au maximum les conditions du milieu libre, tout en étant prisonnière d'une logique judiciaire et pénitentiaire indépassable. Ces apories sont résumées par un psychiatre, qui note une tendance insidieuse parmi les soignants en milieu fermé à embrasser la mission de maintien de l'ordre impartie aux autorités judiciaires en hiérarchisant leurs priorités de soins en fonction de la dangerosité présumée des individus :

²⁶ Ainsi nommés en référence à l'hospitalisation sous contrainte régie à l'époque par l'article D398 du Code de procédure pénale.

²⁷ COLLECTIF CONTRAST, « La création des UHSA : une nouvelle régulation de l'enfermement ? », *Déviance et Société*, vol. 39, 2015/4, p. 429-453 ; EYRAUD Benoît, MOREAU Delphine, « Formes et régulations de l'enfermement psychiatrique : de la création de l'asile aux nouvelles unités sécurisées, l'exemple de l'hôpital du Vinatier », *Cultures & Conflits*, vol. 90, 2013/2, p. 117-134.

²⁸ DELBOS Vincent, DANIEL Antoine, DURAND-MOUYSSET Sylvie, SCHECHTER François, EMMANUELLI Julien, *Évaluation des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) pour les personnes détenues*, Inspection générale des affaires sociales, Paris, Inspection générale de la justice, 2018.

²⁹ Psychiatre exerçant en détention.

« Les soignants en prison, ou extérieurs à la prison mais qui reçoivent des personnes détenues, se sentent investis d'une mission de contrôle. On voit comment ça glisse, comment on finit par faire attention qu'un détenu qui a volé une mobylette ne s'évade pas. » Psychiatre exerçant en détention.

D'une façon générale, l'ensemble des soignants déplorent la tendance des magistrats à incarcérer des personnes ayant des troubles mentaux, qu'ils qualifient de « glissement », et arguent que le milieu fermé ne doit pas être un « lieu de soins » en première intention :

« Il y a ceux dont on se dit qu'ils n'ont vraiment rien à faire ici, parce qu'ils sont complètement délirants, complètement à côté de la plaque. On se dit mais comment les magistrats ont-ils pu les condamner, sans demander une expertise ? [...] C'est pas un lieu de soins. [...] Je veux pas qu'on soit tout le temps présent et que les magistrats se disent "de toutes façons, comme ils soignent très bien, ils travaillent, ils sont tout le temps là..." » Psychiatre exerçant en détention.

Les difficultés conjuguées qui pèsent sur la prise en charge en milieu fermé sont d'autant plus mal vécues qu'elles sont perçues comme inextricables. Les soignants font, ainsi, valoir l'impression d'un « puits sans fond » dès lors que, selon eux, « plus le dispositif de soins psychiatriques en prison s'étoffe, plus les magistrats incarcèrent »³⁰.

b. Les impasses de la réduction des risques en milieu fermé

Une autre problématique concerne le déploiement des dispositifs de réduction des risques à destination des usagers de stupéfiants. Les professionnels reconnaissent que la généralisation des « CSAPA référents » a permis d'améliorer l'accompagnement des détenus présentant des conduites addictives, la préparation à la sortie et la continuité des prises en charge³¹. L'accès aux traitements de substitution aux opiacés (TSO) constitue cependant un point névralgique de la prise en charge des usagers d'opiacés. Alors que leur nombre est estimé jusqu'à 19 % de la population carcérale selon les sources³², près de 8 % des personnes détenues bénéficient d'une prescription de ce type³³. Si l'action des CSAPA concerne désormais la quasi-totalité des établissements pénitentiaires, l'intervention des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) reste nettement plus limitée : seuls 37 % d'entre eux déclarent intervenir

³⁰ Psychiatre exerçant au sein d'une UHSA.

³¹ FÉDÉRATION ADDICTION, *CSAPA référents en milieu pénitentiaire. Vers une meilleure identification*, Paris, 2019.

³² PROTAIS Caroline, MOREL D'ARLEUX Julien, JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, *Usages de drogues en prison. Pratiques, conséquences et réponses*, Paris, OFDT, 2019, p. 8.

³³ BRISACIER Anne-Claire, *Tableau de bord traitements de substitution aux opiacés*, Paris, OFDT, 2020.

en prison, plus particulièrement auprès des usagers poursuivant leurs pratiques en détention³⁴. Malgré l'article 41 de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, selon lequel la politique de réduction des risques et des dommages inclut les personnes détenues, les soignants relèvent des ambiguïtés de positionnement persistantes au sein de l'administration pénitentiaire et parmi les syndicats de surveillants. Malgré la preuve de leur efficacité au niveau international, beaucoup sont encore hostiles à l'introduction de matériel de consommation à moindre risque (kits sniff, d'inhalation), plus encore aux programmes d'échanges de seringues (PES)³⁵. Un dernier point d'achoppement concerne la continuité des soins à la libération.

c. La question de la continuité des soins à la libération

La libération est un moment critique dans le parcours des personnes, en particulier pour des usagers de drogues enclins à renouer avec des consommations et des pratiques à risques³⁶. Or, les soignants reconnaissent leur impuissance à garantir une continuité des soins, du fait de deux facteurs principaux. D'abord, ils déplorent être parfois prévenus trop tardivement des dates de libération pour organiser un relais immédiat en ambulatoire :

« On répète toujours aux CPIP, à qui on peut, que c'est beaucoup trop tard qu'on est sollicité. On ne sait pas à quelle date la personne va sortir et on a souvent la surprise d'apprendre que la personne sort la semaine prochaine. Ça, c'est inacceptable. C'est nous empêcher de faire une partie essentielle de notre travail. » Expert psychiatre et médecin coordonnateur.

Ils sont également confrontés à des difficultés pour trouver à l'extérieur des structures volontaires, surtout pour les délinquants sexuels :

« Les CMP sont pleins, les psychiatres sont archi-pleins, les rendez-vous sont à plusieurs mois. Il y a toujours une forme de réticence. » Psychiatre exerçant en détention.

Compte tenu de ces freins, certains CMP, ou des praticiens identifiés en leur sein, se trouvent de fait spécialisés dans l'accueil de ces publics. Dans ce contexte, l'expérimentation de consultations post-carcérales, souvent assurées par des

³⁴ DIAZ-GOMEZ Cristina, PALLE Christophe, « Les CAARUD : évolutions récentes », Paris, OFDT, 2020, p. 5.

³⁵ PROTAIS Caroline, MOREL D'ARLEUX Julien, JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, *op. cit.* ; OBRADOVIC Ivana, « Programmes d'échange de seringues en milieu pénitentiaire. Revue internationale des expériences », *Psychotropes*, vol. 19, 2013/3-4, p. 173-195.

³⁶ HAGEGE Marion, *Sortir et s'en sortir ? Parcours de santé et vulnérabilité de détenus qui vivent avec le VIH ou une hépatite C en Île-de-France*, Thèse de sociologie, Paris, École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS), 2016 ; JOËL Myriam, *Prévention et réduction des risques et des dommages en prison et à la sortie*, Paris, Rapport INED-Sidaction, 2018.

praticiens qui exercent en prison, donne lieu à des jugements mitigés, comme plus généralement la spécialisation de certains centres dans l'accueil des PPSMJ. Certains y sont favorables, comme de nombreux acteurs judiciaires. Les consultations post-carcérales garantiraient une continuité dans la relation nouée avec les cliniciens en détention, évitant de surcroît aux sortants de prison de devoir répéter leur histoire et leur passé pénal :

« C'est pas mal les consultations post-carcérales. [...] Le type qui a été détenu, qui établit un lien, qui sort et qui garde ce lien avec le type qu'il a vu en prison et qu'il voit libre, dans certains cas, c'est précieux. » Expert psychiatre.

Elles faciliteraient, ainsi que la spécialisation de certains CMP, l'identification de thérapeutes volontaires en milieu ouvert, notamment pour les condamnés réputés « incasables ». Cependant, les avis réservés sont aussi nombreux, y compris parmi les acteurs judiciaires, car ces dispositifs contribueraient à créer une filière ségrégative. Un CPIP se dit ainsi « archi contre », pour ne pas « les étiqueter encore plus, les ostraciser encore plus, faire de la prophétie auto-réalisatrice ». En prenant acte du désinvestissement des services de droit commun, ils ne feraient que renforcer ce mouvement. À Quaintrain, où un CMP concentre l'accueil des PPSMJ, d'autres structures environnantes ont en effet tendance à renvoyer vers celui-ci « par principe, en disant "c'est le service spécialisé" »³⁷. Toutefois, confrontés au « principe de réalité », la plupart des soignants exerçant en détention jugent leur implication en milieu ouvert inévitable, d'autant plus qu'une filière ségrégative s'est constituée de fait. Les consultations post-carcérales sont jugées légitimes, mais principalement en tant que dispositifs-relais transitoires et à condition de déboucher sur une prise en charge de droit commun.

Outre l'ensemble de ces difficultés pratiques, les soignants doivent composer avec la contrainte judiciaire, en tentant de susciter une adhésion aux soins et de nouer une « alliance thérapeutique » avec un public souvent rétif, en déjouant les résistances décrites dans le chapitre précédent.

2. Les soignants face à un public non demandeur : aménagements et bricolages du suivi thérapeutique

Pour la plupart des professionnels, la contrainte peut jouer un effet de levier vers les soins, à condition d'être acceptée, comprise et pleinement « appropriée » par les publics sous main de justice. Tous soulignent à cet égard le rôle-clé du lien avec les thérapeutes. Ceux-ci sont confrontés à deux questions pratiques épineuses. Comment

³⁷ JAP.

gérer la non-demande de soins et créer « l’alliance thérapeutique » ? On verra d’abord comment ils tentent d’ouvrir le dialogue avec un public non-demandeur (A), avant de « travailler » une adhésion progressive aux soins (B). Les pratiques rapportées révèlent une grande diversité des approches thérapeutiques (C), qui sont le reflet des pratiques et des ajustements variables de soignants contraints de composer avec la disjonction des temps sanitaires et judiciaires (D). Sans aborder la transmission d’informations aux CPIP et aux magistrats³⁸, quelques résultats d’observation témoignent des réactions des soignants face aux justiciables n’investissant pas la mesure (E).

A. Créer « la rencontre avec le soin » : paradoxes positionnels au carrefour de la justice et de la santé

Susciter l’adhésion des justiciables à une démarche de soin est considéré comme l’une des principales difficultés pour les thérapeutes. Adhérer suppose d’admettre l’existence de problèmes psychiques ou addictifs, ainsi qu’une volonté de changement. Or, les publics adressés par la justice contestent ou minimisent régulièrement les troubles perçus par les acteurs judiciaires ou les experts, voire même les faits qui leur sont reprochés, et récusent alors l’intérêt d’une prise en charge sanitaire³⁹. À défaut de demande spontanée, les soignants adoptent diverses stratégies de mobilisation pour faire advenir une « rencontre », terme récurrent dans les entretiens. La plupart évoquent un processus en trois étapes : « créer une accroche », pour nouer une « alliance thérapeutique », avant de « travailler l’adhésion aux soins » en cherchant à faire advenir une demande. Ce programme de transformation de la non-demande de soins en incitation à se soigner est perçu comme un défi à l’issue incertaine.

Lors du premier entretien, il s’agit avant tout de créer un lien de confiance propice à la poursuite des rencontres, par une approche que certains qualifient de « pré-thérapeutique ». Instaurer un « climat de confiance », suppose une démarche pédagogique préalable qui, dans l’hypothèse d’une injonction de soin ou thérapeutique, est aussi investie en amont par les médecins coordonnateurs, psychologues ou médecins relais. Tous expliquent le contenu de la mesure, ses objectifs et les cadres d’intervention des différents professionnels (rôle du soignant, liens avec magistrats et CPIP, modalités de circulation de l’information, obligations de la personne). Ils ont le sentiment de ne pouvoir se soustraire à cet exercice de « décodage de la sanction » compte tenu de l’inintelligibilité, souvent perçue, de

³⁸ V. chapitre X.

³⁹ V. chapitre VII.

l'accompagnement sanitaire dans un cadre judiciaire. La compréhension de ces mesures apparaît d'autant plus difficile pour des personnes qui présentent des troubles cognitifs ou des déficiences intellectuelles. Ils rassurent également sur la confidentialité des entretiens et la non-transmission d'informations à la justice, car de nombreux justiciables craignent de livrer des informations qui pourraient être utilisées à leur détriment durant la procédure judiciaire. En détention comme en milieu ouvert, la communication d'informations aux magistrats ou aux CPIP est décrite comme un « fantasme négatif » des justiciables et une source de méfiance permanente à l'égard des soignants, ce qui les oblige à réaffirmer inlassablement leur engagement de discrétion professionnelle. Ils s'efforcent ainsi de convaincre de leur extériorité par rapport à l'autorité judiciaire, comme le souligne le directeur d'un CSAPA :

« On passe un contrat moral avec eux dans ce cadre-là, pour leur expliquer que la démarche et cet espace qui leur est proposé, est un espace dont ils peuvent se saisir et que nous on est là pour se décaler, par rapport à la demande de la justice. On est là pour écouter leurs difficultés, leur souffrance, ce pourquoi ils en sont arrivés là et est-ce qu'ils veulent continuer ou est-ce qu'ils aimeraient essayer de trouver avec nous, des solutions alternatives pour sortir de l'engrenage dans lequel ils sont embarqués. Ça c'est important de le dire parce qu'en fait, les gens quand ils viennent, pensent d'abord, souvent, qu'on est un service de la justice. Notre premier boulot, c'est de démonter ça et de changer leur représentation par rapport à ça. Dire que c'est un espace de soins, que tout ce qui est dit ici, reste ici. » Directeur d'un CSAPA.

Beaucoup insistent sur leurs efforts sans relâche pour déjouer la suspicion des patients, ce qui explique aussi leurs réticences à signaler les ruptures de suivi ou les rendez-vous non honorés aux acteurs judiciaires, voire même aux médecins coordonnateurs ou relais⁴⁰. De telles alertes reviendraient à les transformer, aux yeux de leurs patients et au détriment de leur position de soignant, en « contrôleur » des mesures judiciaires. C'est aussi pour ne pas apparaître comme des auxiliaires de justice qu'ils rédigent pour la plupart des attestations de suivi laconiques, sans le moindre détail sur la nature et le déroulement du suivi, même si leurs pratiques rédactionnelles varient. Toute confusion des places altérerait inévitablement le lien thérapeutique. Déminer les craintes des justiciables passe aussi souvent par une déconstruction de leurs représentations sur les psychiatres et psychologues⁴¹, afin de lever leurs résistances vis-à-vis de l'approche psychothérapeutique :

« Je leur demande un peu quelle représentation ils ont du psychologue : "mais c'est pour les fous". En fonction de la réponse, je leur explique que parfois, ben, on a un souci et puis, tout seul on n'y arrive pas. Les amis bon ben, sont pris dans des relations affectives, c'est

⁴⁰ V. chapitre X.

⁴¹ V. chapitre VII.

compliqué, mais parler à un inconnu, ça peut être pas mal, parce que y a de la distance [...]. Et puis voilà, la question d'être fou ou pas fou, elle est résolue un petit peu comme ça. [...] »
Psychologue exerçant en CSAPA.

Pour un médecin coordonnateur, qui évoque aussi sa pratique en tant que thérapeute, il s'agit de « faire tomber tous les remparts et les attitudes défensives de part et d'autre, et ça, ça peut être un grand chantier déjà, que de faire baisser tout ça ». Une fois leur cadre d'intervention présenté, ces praticiens ouvrent prudemment un espace de dialogue, à l'aide de techniques diverses pour « mettre à l'aise ». Un médecin généraliste exerçant au sein d'un CSAPA explique ainsi recourir à une forme de séduction :

« Moi je dis qu'il faut que je saisisse l'aubaine qu'il a de rencontrer des soignants, et c'est dans ce sens-là que je dis qu'il faut que je sois sexy, séducteur d'une certaine manière, qu'il ait une trace un petit peu, dédramatisée du soin quoi, une trace attrayante du soin. »
Médecin généraliste exerçant au sein d'un CSAPA.

La démarche devient alors plus interactive, sous la forme d'un dialogue encourageant l'expression du patient, afin d'obtenir *in fine* les signes d'un consentement, voire une reconnaissance des bénéfices thérapeutiques du suivi. Les soignants s'attachent donc à « travailler » la demande qui, bien que « tronquée », existerait selon eux de façon plus ou moins latente⁴².

B. « Travailler la demande » et stimuler l'adhésion aux soins

Au démarrage du suivi, les professionnels de santé s'efforcent de faire valoir les bénéfices thérapeutiques que les justiciables peuvent escompter d'une telle mesure. À ceux qui invoquent l'obligation judiciaire pour expliquer leur présence en consultation, un psychologue exerçant en CMP répond :

« "Ok, vous estimez que vous allez bien, que vous n'avez pas besoin de soins mais est-ce que aujourd'hui, y a des choses qui vous préoccupent et comment tirer un bénéfice de cette obligation de soins pour vous ?" ».

Comme d'autres, il mobilise des techniques cliniques éprouvées pour stimuler cette « adhésion thérapeutique », notamment des entretiens dits motivationnels :

« Quand je dis "qu'est-ce qui vous préoccupe actuellement ?", c'est "qu'est-ce que vous aimeriez changer ?" ; "Est-ce qu'il y a des choses que vous aimeriez changer ?" ; "Quoi ?" Donc je vais travailler plutôt sur la motivation au changement au tout début. »

⁴² Psychiatre et médecin relais exerçant au sein d'un CSAPA.

Il s'agit de faire émerger par ce biais « un soupçon de demande », pour reprendre les termes d'une psychologue relais, qu'il convient de repérer et de stimuler, de manière opportuniste et avec patience. Certains soignants parlent même de la « créer » lorsqu'elle est absente⁴³, mais en faisant « en sorte que ce soit un cheminement personnel »⁴⁴. Ils tentent de « créer le besoin » pour favoriser l'appropriation de la démarche. De fait, ils contribuent ainsi à entremêler les objectifs judiciaires et sanitaires. Ils sont en effet amenés à développer un discours paradoxal justifiant en quelque sorte la sanction, tout en invitant les patients à ne pas surévaluer l'importance de la mesure judiciaire, au profit des soins.

Quelques-uns ne manquent pas de relever les paradoxes de leur position, ainsi que les ambivalences de cette posture normative lorsqu'ils tentent de « donner du sens à la sanction », qui participe à un brouillage des rôles. Pour que « la rencontre » puisse avoir lieu, certains soignants tentent d'euphémiser le caractère contraint des premiers contacts, voire, paradoxalement, de retourner le sens et l'initiative de la demande :

« Y a une chose aussi qu'on dit aux personnes qu'on reçoit, c'est que ce qui nous importe, c'est leur engagement. [...] L'idée est de les laisser faire le chemin. C'est au justiciable lui-même de venir taper à notre porte. » Psychologue relais.

Faire émerger cette demande requiert une attention ténue aux récits biographiques des patients et aux moindres indices d'une volonté de changement, afin de « s'en saisir » dès que le patient « baisse la garde », selon les termes d'une psychologue relais :

« J'essaie de déceler des signes et de me saisir de tout ce qu'ils peuvent dire. Donc, dès qu'il y a un peu d'ambivalence, dès qu'ils me disent "aujourd'hui j'ai du mal à me lever, parce que hier j'ai pas mal consommé. Du coup, aller au boulot c'était compliqué", je m'en saisis pour leur renvoyer et leur dire "bon ben voilà ! Jusqu'à présent tout allait bien, vous gériez bien vos consos et puis là, juste aujourd'hui, ça commence à être difficile". Et je vois comment ils s'en saisissent, s'ils restent très défensifs ou pas. Tout ça, c'est un travail de très longue haleine. »

La plupart évoquent la nécessité de faire preuve de pugnacité, voire de « créativité » pour entretenir l'échange face à des attitudes passives ou défensives pendant les entretiens, allant parfois jusqu'au mutisme⁴⁵. Ils racontent alors « faire feu de tout bois » pour « faire baisser les défenses » et ne jamais rompre la possibilité de dialogue, notamment par le biais de stratégies de diversion :

⁴³ Psychologue exerçant en détention et au sein d'un CSAPA.

⁴⁴ Infirmière exerçant dans un CMP.

⁴⁵ V. chapitre VII.

« La stratégie que je vais adopter, c'est essayer de détourner un peu le problème. La seule chose qu'il a pu me dire, c'est "je ne parle pas à des gens comme vous". Donc j'ai essayé de me servir de ça en demandant "des gens comme moi, qu'est-ce que ça veut dire ? C'est parce que je suis psy ? Parce que je suis une femme ? À quoi est-ce que c'est lié ?" Même s'il est muet, je me dis qu'il doit se passer des choses, de toute façon. [...] Moi je me dis "j'essaie d'écouter ce silence", essayer d'en dire quelque chose et de voir. Peut-être qu'à un moment donné, quelque chose se débloquent... » Psychologue relais.

Ces accompagnements impliquent aussi d'accepter des aléas qui font partie intégrante du processus de changement en addictologie : baisse de motivation, rendez-vous manqués, rechutes. Ils soulignent qu'ils sont parfois difficilement audibles par les acteurs judiciaires, ce qui les conduit à procéder à des ajustements pour leur donner à voir la « bonne volonté » des personnes tout en s'adaptant à leur situation. Ces accommodements portent, par exemple, sur la fréquence des entretiens :

« En général, l'attente de la justice, c'est qu'ils viennent une fois par mois. Parfois, en fonction des personnes, quand c'est trop lourd pour eux, on peut faire un mois et demi entre deux rendez-vous. Voilà, j'essaie d'ajuster un petit peu, pour pas que ce soit trop difficile. Alors ils vont rater un rendez-vous, puis ils vont prendre un rendez-vous 3 semaines après l'autre. Du coup, ça fait une fois tous les 2 mois et demi. Avec le juge de l'application des peines, ça passe en fait. Tant que la personne est venue plusieurs fois. Évidemment, je leur dis pas ça aux personnes (rires) mais voilà, on est obligé d'adapter, parce que c'est difficile... » Psychologue exerçant dans un CSAPA.

Par-delà les constats d'impuissance et les moments de découragement, cette quête éperdue d'un investissement dans les soins donne lieu à des récits parfois émus de « beaux moments », où « il se passe vraiment quelque chose ». Selon une psychologue exerçant en détention, « malgré tout, en fonction de comment le psy investit ça, ça peut donner lieu à un travail psychothérapeutique équivalent à ce qu'on fait avec des gens en milieu libre ». Si quelques professionnels pointent le caractère « parfois démesuré » de leur responsabilité dans l'objectif de « créer une accroche », l'analyse des entretiens révèle une véritable foi des soignants quant à leur capacité à « provoquer quelque chose » et leur motivation pour créer les conditions de leur utilité thérapeutique.

Tous insistent sur les spécificités de ces suivis du fait de la contrainte, du cadre judiciaire et, pour certains, en raison de l'attention qu'ils portent au « travail sur le passage à l'acte »⁴⁶. Lorsque le « pari » de l'adhésion semble gagné, une psychologue

⁴⁶ V. chapitre IV.

précise même « oublier » qu'il s'agit d'une obligation judiciaire, « parce qu'après, il s'agit d'une psychothérapie classique »⁴⁷.

C. Des approches thérapeutiques en voie de diversification

Selon les professionnels de santé interrogés, l'offre thérapeutique paraît relativement diversifiée, du moins dans les agglomérations importantes. Pour une psychologue exerçant en détention et en CSAPA, l'obligation de soin, « on y met ce qu'on y veut, on est libre, entre guillemets, de proposer le professionnel qui paraît le plus adapté ». Les rencontres assurées par le personnel infirmier se poursuivent parfois pour affiner les besoins du patient, ou en raison de son absence de demande⁴⁸, mais aussi lorsqu'il refuse l'entretien avec un psychiatre ou un psychologue. Lorsqu'un thérapeute est désigné, celui-ci est libre de déterminer la fréquence des entretiens, en fonction des problématiques en cause, des contraintes du patient, mais aussi du degré d'adhésion et de motivation au suivi. Dans cette phase de construction d'une relation de confiance, la périodicité initiale est souvent déterminée en concertation avec le patient :

« Ce que je leur dis, c'est qu'au début, on va essayer de poser un cadre qui nous convient à tous les deux, qui ne soit pas trop ou pas assez. Et ce rythme peut changer si moi je juge que la personne est vraiment en souffrance. » Psychologue exerçant en détention et au sein d'un CSAPA.

Même si notre corpus d'entretiens ne garantit pas la représentativité des soignants interrogés, les approches d'orientation psychanalytique semblent prédominer, à base de psychothérapie individuelle (en particulier sous forme d'accompagnement psychodynamique). Cette dominante s'explique par la formation majoritaire des cliniciens investis dans la prise en charge des publics sous main de justice. Depuis les années 1920, et plus particulièrement durant les années 1960 et 1970, les psychanalystes ont en effet largement contribué à « façonner les contours et les repères » de l'espace de la santé mentale⁴⁹. Les critiques à l'encontre de cette méthode demeurent timides, comparativement au mouvement de décrédibilisation engagé dans les pays anglo-saxons dès les années 1970, au profit d'approches jugées plus scientifiques, fondées sur les avancées de l'épidémiologie, des neurosciences, de la génétique, de la psychopharmacologie, du béhaviorisme et des sciences cognitives. Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) y ont progressivement supplanté les démarches psychodynamiques, dès lors qu'elles se sont pliées à l'évaluation expérimentale et quantifiée de leur efficacité. En France, de nombreux psychiatres et

⁴⁷ Psychologue exerçant au sein d'un CSAPA.

⁴⁸ V. *supra*.

⁴⁹ LÉZÉ Samuel, *L'autorité des psychanalystes*, Paris, PUF, 2010, p. 10.

psychologues se montrent encore réticents vis-à-vis de cette approche, qui se contenterait d'agir sur les symptômes apparents. Dans le champ médico-légal, il convient toutefois de ne pas surévaluer l'importance des clivages entre obédiences théoriques. En entretien comme dans les publications professionnelles, la plupart des acteurs de santé se gardent bien d'opposer comportementalisme et psychanalyse, comme en témoignent les productions écrites et les échanges lors d'une récente audition publique sur les violences sexuelles⁵⁰. Plutôt que de choisir entre ces deux options, le rapport final rédigé à l'issue de cette audition rappelle que « quelle que soit l'approche, la psychothérapie repose sur une "force de relation" du thérapeute, 15 % de son efficacité étant attribuable à la technique utilisée »⁵¹. Pour un psychiatre exerçant au sein d'un CSAPA :

« Si on est clinicien, on ne refuse aucune approche. [...] Moi, je n'ai pas de position là-dessus, si ce n'est une position pragmatique et le dogmatisme me hérisse. C'est délétère de stigmatiser l'une ou l'autre. ».

Ils indiquent que le choix de l'une ou l'autre repose sur des considérations de profil et de personnalité des individus. En outre, les techniques cognitivo-comportementales sont de plus en plus « intégrées dans une technologie à orientation psychanalytique »⁵². Si, comme le suggérait Robert Castel, la psychanalyse semble de plus en plus « acculée à des positions défensives », un « éclectisme thérapeutique » s'affirme, « cassant le jeu des anciennes hégémonies »⁵³. Les spécialistes des TCC sont encore peu nombreux⁵⁴, mais des praticiens d'orientation psychodynamique se forment et les mobilisent dans leurs pratiques :

« Moi j'ai pas une orientation unique. C'est-à-dire que j'ai une formation qui est plus psychodynamique. [...] Après j'ai été formée aux TCC, à d'autres techniques thérapeutiques qui peuvent être utiles aussi pour cette population-là. Moi j'ai plein d'outils, j'en n'ai pas un seul, que j'adapte en fonction des patients que j'ai en face de moi. » Expert psychiatre exerçant en CMP.

Lorsque la « masse » est « suffisante pour le faire », ce qui n'est pas toujours le cas dans les petites structures ambulatoires⁵⁵, ils proposent également des groupes de

⁵⁰ *Audition publique sur les auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge*, Rapports des experts et du groupe bibliographique, Paris, FFCRIAVS, 2018.

⁵¹ DELARUE Jean-Marie, ALEZRAH Charles, *Rapport de la Commission d'audition du 17 juin 2018*, Paris, Audition Publique, 2018, p. 79.

⁵² DORON Claude-Olivier, *Soigner et punir. Étude du dispositif de prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles en France*, Mémoire de Master 2, Paris, EHESS/ENS, 2006, p. 82.

⁵³ CASTEL R., *La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après psychanalyse*, 2^e éd., Paris, Les éditions de Minuit, 2011, p. 112-113.

⁵⁴ VANDERSTUKKEN Olivier, « Soins aux AVS en France », in *Audition publique, Auteurs de violences sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge*, Paris, 14-15 juin 2018.

⁵⁵ Expert psychiatre exerçant en CMP.

parole, surtout aux délinquants sexuels⁵⁶. Ces groupes sont généralement envisagés en complément d'un suivi individuel, pour le revivifier après quelques années de prise en charge, ou lorsque le condamné éprouve des difficultés en face-à-face. Les magistrats et les agents de l'administration pénitentiaire plébiscitent souvent ces dispositifs. Sans nécessairement remettre en cause ses présupposés théoriques, beaucoup jugent la psychanalyse inadaptée pour les publics intellectuellement démunis :

« La psychanalyse soigne probablement bien les névroses, mais je suis pas sûre que ça va beaucoup plus loin que ça. Mais surtout, la psychanalyse demande un certain niveau de langage [...]. Et ça passe aussi par la reconnaissance de sa propre souffrance. Ils en sont loin quand même beaucoup. » Présidente d'audiences correctionnelles.

Du fait de leurs maigres capacités d'introspection et de verbalisation, les principes de l'association libre et d'un thérapeute silencieux leur semblent inappropriés. Pourtant, bon nombre des soignants qui exercent auprès d'une patientèle pénale ont une pratique hétérodoxe de la psychanalyse, et proscrivent quasiment le silence⁵⁷. Pour suggérer les bienfaits des TCC, les acteurs judiciaires pointent aussi d'autres caractéristiques des PPSMJ, qui seraient « souvent dans l'instantanéité » :

« La psychanalyse suppose une temporalité qui leur demande trop d'efforts. Et en plus ils en voient pas forcément les impacts immédiats. Ils vont pas forcément avoir en tête que, bon, que peut-être là tout de suite, ça fait pas sens, mais dans quelques temps ça fera sens, et cette notion de temporalité, ils s'autorisent pas à prendre le temps. Il faut qu'il y ait des réponses immédiates. Et donc les TCC, je trouve que justement, elles répondent à ces attentes-là. » CPIP en milieu ouvert et fermé.

Ceci étant, rares sont les magistrats et les agents des SPIP qui rejettent totalement la psychanalyse. Un seul JAP la présente comme une véritable « catastrophe » pour la prise en charge des PPSMJ. La plupart avancent leur défaut de compétence pour se prononcer sur le sujet et, à l'instar des soignants, considèrent que toutes les méthodes présentent un intérêt lorsqu'elles sont adaptées à la personnalité du justiciable :

« Moi je pense que face à nous, on a des gens fondamentalement constitués, bâtis, structurés de façons différentes et il faut surtout pas s'imaginer... il faut pas avoir des formats uniques quoi. [...] Et c'est une autre rencontre qui va être déterminante. On le sait très bien. » DPIP exerçant en milieu ouvert.

⁵⁶ RENARD T., « Quelle(s) forme(s) de spécialisation(s) dans la prise en charge des criminels sexuels ? », *Champ pénal/ Penal field*, vol. XVIII, 2019, consulté le 25 mars 2022 [URL : <http://journals.openedition.org/champpenal/11436>] ; COUTANCEAU Roland, LACAMBRE Mathieu, BLACHÈRE Patrick, TRUFFAUT Joséphine, *Sexualité et transgressions. La question de l'altérité*, Paris, Dunod, 2019 ; GRAVIER Bruno, ROMAN Pascal (dir.), *Penser les agressions sexuelles*, Toulouse, Erès, 2016.

⁵⁷ GAUTRON Virginie (dir), *op. cit.*, p. 252 et s.

En réalité, s'ils plébiscitent les groupes de parole, c'est surtout parce qu'ils pensent que ceux-ci provoquent une attention plus soutenue au « passage à l'acte ». Ainsi, selon une JAP :

« Concrètement, ils vont entendre d'autres personnes parler de leur passage à l'acte et y a un psychologue qui est présent et en fait, va parler le moins possible. Donc ça va être aux autres de réagir, et de rappeler l'interdit, pourquoi il y a un interdit. Donc y en aura toujours un dans l'assemblée, qui va avoir une posture, qui va rappeler la loi et expliquer le sens, pour l'autre. Du coup, ça va prendre sens pour lui aussi. Donc c'est assez intéressant. »

Cette dimension d'introspection et d'aveu est en effet centrale, sans être exclusive, dans les conceptions des magistrats quant aux soins destinés aux personnes sous main de justice⁵⁸. Or, ils sous-estiment souvent l'attention que les soignants portent aux faits à l'origine de la condamnation. Au-delà du type d'approche thérapeutique, ceux-ci déplorent régulièrement leur manque de formation aux savoirs criminologiques, qui selon eux permettraient de mieux cerner les spécificités psychopathologiques de ces patients-condamnés. Quelques experts et médecins coordonnateurs partagent ce sentiment :

« Il faut être particulièrement formé, pour ne pas tomber dans le piège d'une consultation, au détour de laquelle on ne parle jamais des faits pour lesquels le sujet a été condamné. [...] Et il faut avoir rudement l'habitude de ce type de fonctionnement d'un passage à l'acte, pour, assez vite poser la question. Il faut la poser très vite. Il faut pas traîner, sinon on loupe une prise en charge. [...] Si on laisse le sujet s'exprimer, on ne travaille pas sur le fond, jamais sur le fond quoi et c'est une prise en charge loupée. » Expert et médecin coordonnateur.

L'importance qu'ils accordent au « travail sur le passage à l'acte » explique que les acteurs judiciaires soient particulièrement sensibles aux « programmes » de traitement développés outre-Atlantique, principalement fondés sur le modèle d'intervention « RBR » (Risque-Besoins-Réceptivité)⁵⁹. Leurs promoteurs insistent non plus sur les conflits psychiques inconscients des auteurs d'infractions, mais sur leurs distorsions cognitives, et se donnent pour but de contrer les rationalisations de la criminalité, qualifiées d'« attitudes procriminelles ». En pratique, ces programmes sont des dispositifs standardisés, qui réunissent des groupes de condamnés et se déclinent sous la forme de modules dédiés aux différentes caractéristiques du passage à l'acte. Si ces programmes empruntent aux TCC, Olivier Vanderstukken et Massil Benbouriche, spécialisés dans ce type de thérapies en France, les qualifient plutôt

⁵⁸ V. Chapitre IV.

⁵⁹ ANDREWS Donald Arthur, BONTA James, *Le comportement délinquant, analyse et modalités d'intervention*, 5^e éd., Agen, Les presses de l'ENAP, 2015.

d'« interventions cognitivo-comportementales », car ils ont pour principale finalité non pas l'atténuation des souffrances des patients, mais la prévention de la récidive⁶⁰.

En France, ces méthodes sont fortement promues par une « coalition de cause »⁶¹ réunissant quelques universitaires, des acteurs judiciaires et de l'administration pénitentiaire, ainsi que quelques thérapeutes exerçant dans le champ médico-légal, plus souvent d'orientation cognitive et comportementale. L'administration pénitentiaire s'en est inspirée en développant des programmes d'intervention à la frontière de la thérapie, d'abord sous la forme de programmes de prévention de la récidive (PPR)⁶². Ceux-ci sont avant tout éducatifs, mais des soignants, ainsi que certains CPIP, déplorent une confusion entre les champs thérapeutique et criminologique. Selon Pierre Malfroy, les PPR partent du présupposé selon lequel la médecine n'« apporte pas cette nécessaire réflexivité sur leur acte », de sorte qu'il reviendrait aux CPIP « d'agir sur le criminel pour induire un mouvement psychique porteur de changement »⁶³. Cet « effet de brouillage »⁶⁴ génère parfois des tensions avec les professionnels de santé, lorsqu'ils ne jugent pas la méthode adaptée pour leur patient, ou redondante par rapport à leurs propres groupes de parole. Ils craignent une confusion des « genres » et des « langues », car les thèmes abordés amènent « à un retour sur soi et, *a priori*, à un travail psychique potentiellement déstabilisant pour le sujet »⁶⁵.

Dans le champ des addictions, les professionnels de santé semblent davantage mobiliser les TCC, régulièrement citées parmi les « outils » des intervenants de CSAPA. Y compris parmi ceux de formation analytique, elles sont souvent jugées « plus adaptées », car « plus dans l'échange » et moins dans la perspective de « tirer les vers du nez »⁶⁶, « plus concrètes et plus efficaces » également, avec des résultats à plus court terme⁶⁷. Certains se sont impliqués dans les expérimentations de la « justice résolutive de problèmes », précédemment évoquées au sujet des alternatives

⁶⁰ VANDERSTUKKEN Olivier, BENBOURICHE Massil, « Interventions cognitivo-comportementales et prise en charge des auteurs d'agression sexuelle en France : entre Santé et Justice », in Jean-Louis SENON, Gérard LOPEZ, Robert CARIO (dir.), *Psycho-criminologie : clinique, prise en charge, expertise*, Paris, Dunod, 2012, p. 123-132.

⁶¹ SABATIER Paul A., « Advocacy coalition framework (ACF) », in Laurie BOUSSAGUET (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, 3^e éd., Paris, Presses de Sciences Po, p. 49-57.

⁶² MOULIN Valérie, PALARIC Ronan, « Les groupes de parole de prévention de la récidive au sein des SPIP », *Champ pénal/ Penal field*, vol. XI, 2014, consulté le 25 mars 2022 [URL: <http://journals.openedition.org/champpenal/8955>].

⁶³ MALFROY Pierre, « Les programmes de prévention de la récidive. Genèse, actualité et perspectives pour l'institution pénitentiaire en France », in Bruno GRAVIER, Pascal ROMAN (dir.), *Penser les agressions sexuelles. Actualité des modèles, actualité des pratiques*, Toulouse, Erès, 2016, p. 210.

⁶⁴ ALVAREZ Joséfina, GOURMELON Nathalie, *La prise en charge pénitentiaire des auteurs d'agressions sexuelles*, Paris, La Documentation française, 2006, p. 36.

⁶⁵ VANDERSTUKKEN Olivier, BENBOURICHE Massil, *op. cit.*, p. 130.

⁶⁶ Psychologue exerçant au sein d'un CSAPA.

⁶⁷ Directeur d'un CSAPA.

aux poursuites⁶⁸. Or, ces dispositifs prennent appui sur les savoirs et les approches issus de la criminologie appliquée anglo-saxonne, notamment le modèle RBR, et ciblent explicitement la prévention de la récidive, bien au-delà du seul traitement des problématiques addictives. Le premier dispositif expérimenté, dénommé « l'ouvrage », est mis en œuvre dans le ressort du tribunal judiciaire de Bobigny depuis mars 2015. Il a été conçu comme une alternative à l'incarcération, d'abord dans le cadre d'un ajournement avec mise à l'épreuve, puis d'un sursis probatoire. Il s'est ensuite reporté sur des publics bénéficiant d'un aménagement de peine, en raison du peu de volontaires en milieu ouvert, parfois effrayés par le caractère très intensif des prises en charge. En effet, après une évaluation des risques de récidive et des problématiques addictives, le programme se déroule durant 12 mois, 5 heures par jour et 5 jours par semaine, à partir d'un projet individualisé comprenant des objectifs fixés au justiciable. Il se décline sous la forme d'un suivi individuel et d'activités de groupe (culturelles, sportives, d'insertion, d'accès aux droits, etc.). Les entretiens avec les CPIP, qui dépendent du niveau de risque identifié, peuvent aller jusqu'à un rendez-vous par semaine. Un bilan hebdomadaire, rédigé par l'ensemble des intervenants, est adressé aux JAP, qui rencontrent chaque mois les justiciables au tribunal. Ces derniers sont des auteurs d'ILS, mais aussi d'autres types d'infractions (vols, violences, conduite sans permis, etc.), multi-réitérants, très précaires, et considérés à haut risque de récidive. Depuis cette première expérience, quelques programmes du même type ont été mis en place à Lyon, Lille, Chalon-sur-Saône et Saint Quentin.

Cette présentation synthétique n'épuise pas l'ensemble des procédés et des outils cités pour « débloquer la parole » : psychodrame, photo-langage, hypnose, méditation en pleine conscience, EMDR (*Eye movement desensitization and reprocessing*), ateliers ou médiations thérapeutiques, groupes d'expression corporelle, boxe-thérapie, musicothérapie, art-thérapie, etc. Pour un psychologue exerçant en détention et au sein d'un CSAPA, ces « différents supports » permettent « que la personne s'exprime et sans que ce soit dans un rapport trop individuel, trop engageant, trop menaçant » ; « pour que s'ouvre peut-être, une question un peu plus personnelle ou quelque chose un peu plus du côté d'un symptôme à travailler ». Mettre en œuvre un processus de changement avec les patients suppose d'« avoir du temps » : cette dimension temporelle apparaît systématiquement dans les entretiens. Toutefois, pour les soignants interrogés, la durée de ces mesures apparaît souvent désajustée.

⁶⁸ V. chapitre VI.

D. Composer avec la disjonction des temporalités de la justice et des soins

Si les obligations de soins ou injonctions thérapeutiques apparaissent parfois trop courtes, notamment en présence d'addictions ou de lourdes pathologies psychiatriques, qui supposent « *un travail de longue haleine* », les principales récriminations portent sur les durées excessives des injonctions de soin. Celles-ci s'étalent en effet sur de longues années⁶⁹, souvent sans rapport avec une temporalité raisonnable pour l'engagement de soins. Les soignants regrettent l'enfermement de la mesure dans le cadre temporel prévu pour la peine de suivi socio-judiciaire. Son prononcé par les juridictions de jugement empêcherait de prendre en compte l'évolution des condamnés durant la détention. Après la libération, ils s'interrogent sur leur capacité à mobiliser leurs patients et à s'impliquer eux-mêmes dans des suivis aussi longs. À l'instar des sentiments de lassitude éprouvés par les condamnés, ils s'inquiètent de leur propre essoufflement et témoignent du sentiment d'une « perte de sens » au fil du temps :

« J'en ai certains avec des injonctions de soins de 14, 15 ans, 18 ans. Y a plus de sens au bout d'un moment. En fait, tant que le patient y met du sens, je me pose pas la question. Au bout d'un moment, moi je vais tourner en rond et le patient va me dire "j'aime bien venir vous voir mais...". » Psychiatre exerçant en détention et en CMP.

Pour un médecin coordonnateur, « les injonctions de soins de 4 ans, 5 ans, 10 ans, ça sert à rien, c'est inutile. Ça fait perdre du temps à tout le monde ». En conséquence, tous procèdent à des sortes d'arrangements avec le cadre, à des « *bricolages* », en espaçant les rendez-vous ou en pratiquant des « *pauses thérapeutiques* », souvent avec l'accord du médecin coordonnateur :

« D'un commun accord, quand le thérapeute me dit "écoute, là il va bien, ça roule. Vraiment, le faire venir tous les mois...". On peut passer tous les deux mois, on peut passer tous les trois mois. C'est ce qu'on fait généralement. Alors nous, on est contraint par l'ordonnance, à les voir tous les trimestres, donc ça on maintient. » Psychiatre, médecin coordonnateur.

Ces suivis purement formels ne sont pas sans effet pervers, dès lors qu'ils mobilisent des soignants dans un contexte de pénurie de personnel. Ils renforcent aussi l'impression d'une instrumentalisation judiciaire des soins et des soignants, car le suivi médical prend progressivement la forme d'un simple contrôle social. Ceux-ci réclament donc que la durée de l'injonction soit dissociée de celle du SSJ⁷⁰. Quelques-uns indiquent solliciter le médecin coordonnateur au titre d'un relèvement de la mesure :

⁶⁹ Voir chapitre VII.

⁷⁰ DELARUE Jean-Marie *et al.*, *op. cit.*, p. 56.

« Souvent les gens, on les voit au départ tous les 15 jours, après c'est tous les mois, après c'est tous les 3 mois, après c'est une fois par an. Et puis effectivement, quand on arrive à ça, moi je pense qu'il n'y a plus de sens et donc là, je n'hésiterais pas à écrire au juge d'application des peines. » Psychiatre exerçant en détention et en CMP.

Mais l'improbabilité d'un tel relèvement⁷¹ apparaît tellement intégrée que peu d'entre eux s'y aventurent, à l'instar des condamnés. Sur l'ensemble de sa patientèle, un médecin coordonnateur constate que « ça se compte sur les doigts d'une main le nombre de fois où le JAP a pu la relever. » En outre, le phénomène d'ouverture de parapluie n'épargne aucune profession. Dans une précédente recherche, fondée sur une centaine de dossiers de SSJ, nous n'avons trouvé aucune demande de coordonnateur en ce sens⁷². Ces demandes sont plus fréquentes dans l'hypothèse de simples obligations, lorsque les professionnels de santé jugent que le suivi n'est plus nécessaire. Ils rédigent alors un certificat de fin de suivi pour le condamné, dans de plus rares cas un courrier au SPIP. Mais là encore, beaucoup se contentent d'espacer les rendez-vous, ou de rencontres formelles de quelques minutes. Certains craignent que les magistrats et les CPIP interprètent à tort l'interruption du suivi comme une absence d'investissement des condamnés. Lorsqu'elles sont avérées, ces défaillances génèrent diverses réactions de la part des thérapeutes.

E. Les réactions des soignants en l'absence d'investissement du patient

Du fait de la patience et des efforts pour « entretenir la relation de soins », certains se montrent agacés par les tentatives d'évitement et les demandes opportunistes de personnes qui viennent uniquement pour « le petit papier »⁷³. L'adhésion aux soins apparaît particulièrement difficile pour les usagers de drogues astreints à des obligations de soins et les plus précaires, où l'enjeu est avant tout de « faire venir les personnes ». Les premiers temps de prise en charge supposent de la patience de la part du thérapeute, et l'acceptation de quelques rendez-vous manqués. Dans l'hypothèse d'injonctions thérapeutiques ou de simples obligations de soin, de rares CMP proposent systématiquement un deuxième rendez-vous en cas d'absence, mais de nombreux thérapeutes précisent ne pas engager de démarches pour tenter de relancer le suivi, car « c'est leur démarche de soin »⁷⁴, « ça leur appartient aussi »⁷⁵. Un expert psychiatre exerçant dans un CSAPA fait état d'un « raisonnement qui est très médical » :

⁷¹ V. chapitre IX.

⁷² GAUTRON V. (dir.), *op. cit.*, p. 221 et s.

⁷³ Psychologue exerçant au sein d'un CSAPA.

⁷⁴ Infirmière exerçant en CMP.

⁷⁵ Psychologue exerçant en détention et au sein d'un CSAPA.

« Ça ne nous regarde pas, le patient est libre. Il est maître de sa prise en charge. Quand vous allez voir un médecin et que vous voulez changer de médecin, si le médecin vous recontacte pour vous dire "pourquoi vous ne revenez pas ?", ça vous est désagréable. Et voilà. Ben ils sont comme tout le monde. ».

Ceux-ci déclarent néanmoins être parfois plus proactifs, notamment lorsque leurs patients présentent d'importants troubles psychiatriques, manifestant une intense souffrance laissant craindre un passage à l'acte suicidaire, ou auprès des plus jeunes. Tous n'ont pas le même seuil de tolérance face à ce défaut d'investissement, mais la plupart indiquent mettre un terme aux consultations en l'absence de véritable implication, que ce soit en détention ou en milieu ouvert :

« Moi je peux très bien être amenée à dire, pour quelqu'un qui vient que pour une attestation, lui dire "écoutez, on va arrêter là". Ça sert à rien, si c'est juste pour venir pour s'asseoir, on se regarde et puis il se passe rien... » Psychologue exerçant en détention et au sein d'un CSAPA.

Dans un CSAPA, un psychiatre tient à « avoir une position qui est assez claire », pour qu'il n'y ait pas « d'instrumentalisation du service ». Mettre un terme au suivi constitue pour lui une « position thérapeutique » :

« C'est pas parce que c'est le domaine judiciaire que nous n'avons pas à avoir cette position thérapeutique. [...] Si nous ne fonctionnons pas comme ça, nous ne les soignons pas. [...] Nous rappelons les règles du jeu. "Ici, nous sommes là pour vous soigner. Si vous ne voulez pas vous soigner, nous, nous perdons notre temps, c'est pas utile". C'est ça le fondement de la relation thérapeutique. Nous ne sommes pas là pour distribuer des certificats destinés au juge. Nous sommes là pour faire notre travail, sinon nous perdons notre temps. La salle d'attente est pleine, nous n'avons pas que ça à faire. »

Ils rappellent que leur file active et les délais de prise en charge exigent de ne pas perdre de temps avec ces patients non compliant, mais aussi qu'il s'agit d'une obligation pour le justiciable, pas pour eux-mêmes :

« Donc il faut quand même remettre les choses à leur place : qui est injonctionné pour être soigné ? Est-ce que c'est nous qui sommes injonctionnés pour soigner ces patients ou c'est eux qui ont l'injonction de soins pour être soigné ? Je suis pas pour le médecin carpette. C'est absolument pas mon rôle et je ne perds pas mon temps. » Expert psychiatre.

S'il peut leur arriver de clore un suivi, tous veillent néanmoins à « laisser la porte ouverte » :

« Je leur dis, je leur explicite pourquoi on arrête là, parce que c'est pas le moment parce que c'est une question de déclat et que je reste à leur disposition. Ça peut être dans une semaine, dans un mois, dans un an, je serai là. » Psychologue exerçant en détention.

Ils évoquent plutôt une « suspension des soins », dès lors qu'ils savent que beaucoup reviendront vers eux du fait des pressions judiciaires, surtout dans l'hypothèse d'une injonction de soin.

Conclusion

Faisant valoir le sentiment d'être « en première ligne », les professionnels de santé sont confrontés à une injonction paradoxale : apporter des réponses individualisées alors que leurs moyens sont nettement insuffisants et que le nombre de publics adressés par la justice ne cesse d'augmenter. Ils soulignent également leurs difficultés à « composer » avec ce public réputé « difficile », le « travail de longue haleine » qui s'impose pour obtenir des « résultats », nécessitant un temps dont ils ne disposent pas en pratique. Il en résulte un suivi thérapeutique construit par bricolages et par accommodements, soucieux de ne pas perdre de vue la dimension individuelle, ce qui revient souvent, selon les soignants, à « gérer une équation impossible » malgré les stratégies qu'ils mettent en œuvre. Tout se passe comme si les professionnels étaient amenés à prendre en charge l'exécution de mesures de soins obligés en délivrant un suivi thérapeutique lui-même sous contrainte. La conjugaison de représentations dégradées de la marge de manœuvre possible face aux publics sous main de justice, d'expériences d'accompagnement perturbées et de contraintes pratiques fortes au quotidien conduit à des réponses tardives, fragmentées, mal ajustées, voire même déviantes et, au final, à un suivi thérapeutique contrarié de la « patientèle pénale ». Ce « suivi sous tensions multiples », atomisé et très dépendant des ressources locales, va de pair avec des stratégies d'adaptation des professionnels, qui redoublent la variabilité des pratiques et donc les disparités des réponses apportées aux justiciables.