

Introduction

Virginie GAUTRON

De nombreuses publications scientifiques retracent l'histoire et analysent les interrelations entre peine et soin, entre acteurs judiciaires et professionnels de santé¹, dont les premiers signes sont perceptibles dès la fin du XVIII^e siècle, aussitôt passée la Révolution française². La plupart interrogent les liens entre folie, addictions et criminalité, l'enfermement des malades et l'internement des délinquants, mais aussi les pratiques expertales, le régime de l'irresponsabilité pénale, ou encore la définition et l'évaluation de la dangerosité. S'agissant des prises en charge thérapeutiques, ce sont les soins en détention qui ont concentré l'attention des chercheurs. En revanche, peu d'études empiriques, essentiellement qualitatives et monodisciplinaires, appréhendent la nature, les formes et les effets de l'articulation entre santé mentale et justice pénale en milieu ouvert³. En outre, les statistiques administratives disponibles sur les soins pénalement ordonnés sont particulièrement pauvres. Les ministères de la Justice et de la Santé ne sont pas en mesure de renseigner sur la fréquence des mesures ordonnées, sur les types d'infractions donnant lieu à de tels suivis, encore moins sur le profil des condamnés concernés.

Ce déficit de connaissance est à l'origine de la recherche collective et pluridisciplinaire dont les principaux résultats sont restitués dans cet ouvrage. Financée par l'Agence nationale de la recherche de 2016 à 2021, notre équipe de juristes pénalistes et de sociologues s'est donnée pour premier objectif d'objectiver la fréquence

1. Pour une synthèse récente des recherches contemporaines, v. LANCELEVÉE Camille, PROTAIS Caroline, RENARD Tristan et SAETTA Sébastien, « Un renouveau des recherches francophones sur les relations entre la justice et la santé mentale », *Champ pénal/Penal field*, vol. XVIII, 2019, [<http://journals.openedition.org/champpenal/11213>], consulté le 25 mars 2022.
2. RENNEVILLE Marc, *Crime et folie : deux siècles d'enquêtes médicales et judiciaires*, Paris, Fayard, 2003.
3. V. notamment 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 ; SAETTA Sébastien, « Inciter des auteurs d'infractions à caractère sexuel incarcérés à se soigner », *Champ pénal/Penal field*, vol. XIII, 2016, [<http://champpenal.revues.org/9401>], consulté le 25 mars 2022 ; VENTÉJOUX Aude et HIRSCHELMANN Astrid, « Soins pénalement ordonnés et positionnements professionnels : des pratiques au carrefour de la santé et de la justice », *Pratiques psychologiques*, vol. 20, n° 2, 2014, p. 95-110 ; DORON Claude-Olivier, « La volonté de soigner. D'un singulier désir de soin dans les politiques pénales », in Lazare BENAROYO et al. (dir.), *La philosophie du soin*, Paris, Presses universitaires de France, 2010, p. 283-300 ; LE BODIC Cédric, MICHELOT Mannaïg et ROBIN Didier, « Les soins pénalement ordonnés. Cadre légal et revue de la littérature », *Annales médico-psychologiques*, vol. 173, n° 2, 2015, p. 197-202.

et l'évolution du prononcé des différents types de soins pénalement ordonnés par les juridictions pénales, dont nous allons dans un premier temps retracer la genèse et les principales caractéristiques au plan juridique (I)⁴. Nos démarches empiriques, couplant des approches quantitatives et qualitatives, visaient également à étudier les caractéristiques des condamnés ciblés, les critères décisionnels des magistrats, les dispositifs de prise en charge et, plus globalement, l'état des controverses entre professionnels de santé et acteurs judiciaires au sujet des différentes déclinaisons contemporaines de l'articulation entre santé mentale et justice pénale. La structure de l'ouvrage est présentée à la fin de cette introduction (III), une fois déclinés notre protocole de recherche et nos principaux matériaux (II).

I. La genèse des soins pénalement ordonnés en milieu ouvert

Dès 1790, Cabanis envisageait les prisons comme de « véritables infirmeries du crime », où l'on adopterait une nouvelle « méthode curative au moyen de laquelle on pourra traiter [le crime] comme les autres espèces de folie »⁵. Les débats entre les premiers aliénistes et les professionnels du droit se sont d'abord focalisés sur les moyens légaux et institutionnels propres à garantir un strict partage médico-légal entre crime et folie, entre peine et soin. Leurs discussions, inscrites dans des rapports de pouvoir, portaient sur les critères de « tri » entre délinquants et malades, de façon à délimiter les frontières entre leurs territoires d'intervention respectifs. Malgré la consécration en 1810 d'une antinomie théorique entre folie et culpabilité, au travers du nouvel article 64 du Code pénal (CP), l'absence de nuance sur l'existence de la démence et son interprétation étroite empêchèrent de reconnaître l'irresponsabilité dans de nombreuses hypothèses de troubles psychiques. Juristes et médecins s'opposaient au sujet de la « folie partielle », les seconds cherchant à « étendre l'aire de la déraison criminelle » à de nouvelles catégories médico-légales (« manies sans délire », « folie raisonnante », « monomanie homicide »)⁶. Paradoxalement, ces derniers ont contribué à brouiller la distinction entre aliénés et criminels, un même idéal thérapeutique guidant par ailleurs la réforme pénitentiaire : « Pour cette nouvelle génération philanthropique, la prison peut être à l'infracteur ce que l'hôpital est au malade, ce que la maison de santé est à l'aliéné : un lieu d'application des nouvelles connaissances acquises sur les rapports du physique et du moral, un lieu de guérison⁷. »

La phrénologie de Gall, les théories de la dégénérescence et la criminologie naissante ont ensuite enclenché un processus de pathologisation du passage à l'acte, en faisant « peser le soupçon de la déraison » sur chaque acte délinquant⁸. Avec d'autres, les positivistes italiens, comme l'école du milieu social en France,

4. Ensemble des auteurs a participé à la saisie des données en juridiction, à la conduite des entretiens, à l'analyse des données et à l'écriture des différentes contributions. Une brève présentation des auteurs est proposée en fin d'ouvrage.

5. Cité in RENNEVILLE Marc, *op. cit.*, p. 48-49.

6. *Ibid.*, p. 104.

7. *Ibid.*, p. 88-89.

8. *Ibid.*, p. 76 ; DORON Claude-Olivier, *L'homme altéré : races et dégénérescence (XVII^e-XIX^e siècles)*, Paris, Champ Vallon, 2016.

escomptaient « donner aux mécanismes de la punition légale une prise justifiable non plus seulement sur les infractions, mais sur les individus ; non plus sur ce qu'ils ont fait, mais sur ce qu'ils sont, seront, peuvent être [...]. Les juges, peu à peu, mais par un processus qui remonte fort loin, se sont donc mis à juger autre chose que les crimes : l'âme des criminels »⁹. D'abord centré sur les aliénés criminels, ce processus de pathologisation s'est déporté sur l'alcoolisme puis la toxicomanie, accusés d'être l'un des principaux moteurs de la commission d'infractions, mais aussi des dégénérescences. Dans une société qui craignait par-dessus tout la dépopulation nationale, l'altération de la race et la multiplication des désordres sociaux, le pouvoir politique entendait « réagir en médecin dans ses analyses sur la société (parlant de pathologie, de sélection, de corps, de prophylaxie) et en juriste dans ses actions »¹⁰. Au-delà des aliénés, les médecins considéraient que leur action devait s'étendre, comme le formulait déjà Morel au milieu des années 1840, « aux irascibles, aux orgueilleux et aux ivrognes » qui, sans être fous, sont « aussi nuisants peut-être dans la production de certains états névropathiques que l'aliénation elle-même »¹¹. L'approche philanthropique des premiers aliénistes a périclité au fil de l'accroissement des peurs sociales et de la stigmatisation des insensés, des alcooliques et des toxicomanes. L'interprétation médicale de la criminalité justifie alors moins le développement de l'assistance sanitaire que le contrôle de la dangerosité sociale.

À la fin du XIX^e siècle, tous constatent l'impossibilité de garantir l'étanchéité des frontières entre crime et maladie, et partant le cloisonnement entre asiles et prisons. Les réflexions de l'époque expliquent l'émergence d'une catégorie normative intermédiaire, l'altération du discernement. Au-delà du champ de la pathologie psychiatrique aliénante, les psychiatres furent de plus en plus mobilisés pour graduer la responsabilité pénale. Malgré la loi de 1838, les incarcérations de malades mentaux ont perduré, sans compter les décompensations générées par l'incarcération. Qu'il soit sanitaire ou moral, le traitement ne présentait pas de résultats probants. Asiles et prisons affrontent le même constat d'échec. Les insensés perturbaient l'ordre carcéral et l'absence de services psychiatriques en prison se faisait douloureusement sentir. Des médecins pointaient aussi les limites de l'hospitalisation des aliénés criminels, dont le nombre ne cessait de croître. Les aliénistes sont progressivement entrés en détention, sous l'influence d'une minorité de médecins qui souhaitaient rompre avec « l'abstentionnisme thérapeutique de leurs aînés »¹². Dans un premier temps chargée du dépistage des détenus aliénés, de façon à les exfiltrer des prisons pour les confier aux asiles, cette nouvelle « médecine pénitentiaire » se transforma progressivement, après la Seconde Guerre mondiale, en « auxiliaire de la Justice » missionnée pour soigner les détenus¹³.

9. FOUCAULT Michel, *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975, p. 24.

10. KALUSZYNSKI Martine, *La République à l'épreuve du crime : la construction du crime comme objet politique : 1880-1920*, Paris, Librairie générale de droit et de jurisprudence, 2002, p. 190.

11. Cité in RENNEVILLE Marc, *op. cit.*, p. 148.

12. BELLANGER Hélène, « Politiques et pratiques de la psychiatrie en prison 1945-1986 », *Criminocorpus*, 2014, [<http://criminocorpus.revues.org/2730>], consulté le 25 mars 2022.

13. LANCELEVÉE Camille, *Quand la prison prend soin : enquête sur les pratiques professionnelles de santé mentale en milieu carcéral en France et en Allemagne*, thèse en sociologie, sous la direction de Marc Bessin et de Michel Bozon, Paris, École des hautes études en sciences sociales, 2016, p. 90.

Outre le traitement dans les asiles, les prisons et les institutions hybrides d'enfermement qu'ils appelaient de leurs vœux, les hommes de la Troisième République préconisaient une approche extensive, hygiéniste, faisant de la prophylaxie sociale un instrument de défense sociale. Cette hygiène publique et privée, sorte de « médecine politique », avait pour objectif l'assainissement physique et moral de la société¹⁴. Initialement conçues pour accompagner la détention, de nouvelles prises en charge psychothérapeutiques ont été expérimentées en milieu ouvert dès la première moitié du XX^e siècle (A). Les obligations de soins sont nées après la Seconde Guerre mondiale, auxquelles s'ajouteront l'injonction thérapeutique en 1970, puis l'injonction de soins à la fin des années 1990 (B).

A. Une réponse à l'échec de l'enfermement asilaire et carcéral : le repérage et l'assistance en milieu ouvert

Au début du XX^e siècle, face au nombre croissant d'internements sans évolution notable des malades, des médecins regrettaient que les anormaux arrivent trop tard à l'asile et qu'on les traite à un stade trop avancé de la maladie¹⁵. Ils souhaitent les « repérer avant qu'ils n'entrent dans une phase malade irrémédiable, avant même qu'ils aient commis leur premier délit. Ces médecins demandent donc à sortir des asiles pour agir sur la population libre »¹⁶. Cette stratégie de dépistage explique la création de services ouverts chargés de suivre les malades lorsqu'un internement semblait inutile. Ces structures furent expérimentées par des psychiatres comme Henri Claude à la Salpêtrière, Gilbert Ballet à Saint-Antoine, et bien d'autres de leurs confrères à Bordeaux, Lille, Lyon ou encore Montpellier. Forts de ces premières expériences, nombre de psychiatres ont préconisé, comme le docteur Édouard Toulouse, une diversification des modalités de prise en charge et des techniques alternatives à l'internement (dispensaires, soins ambulatoires, suivi post-sortie), pour les aliénés comme pour les criminels. Selon Marc Renneville, « ce que visent désormais les spécialistes de la prophylaxie, ce n'est plus tant la raison du fou que les germes de folie dormant en chaque être normal. Leur programme de prévention s'organise donc autour de la surveillance des populations à risques et de l'identification des individus présentant des signes dangereux »¹⁷. Durant la décennie 1920, les asiles de la Seine organisent l'assistance des « psychopathes lucides et non dangereux » dans des services ouverts¹⁸. En 1922, le D^r Toulouse ouvre un dispensaire d'hygiène mentale pour accueillir et surveiller les malades à la sortie de l'hôpital, qui devint un « centre de ralliement pour les psychopathes en

14. KALUSZYNSKI Martine, *op. cit.*, p. 52.

15. HENCKÈS Nicolas, *Le nouveau monde de la psychiatrie française : les psychiatres, l'État et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après-guerre aux années 1970*, thèse en sociologie, sous la direction d'Isabelle Baszanger, Paris, École des hautes études en sciences sociales, 2007, p. 133 et suiv. ; HUTEAU Michel, *Psychologie, psychiatrie et société sous la Troisième République. La biocratie d'Édouard Toulouse (1865-1947)*, Paris, L'Harmattan, 2002.

16. RENNEVILLE Marc, *op. cit.*, p. 360.

17. *Ibid.*, p. 362.

18. *Bulletin mensuel de la Ligue d'hygiène mentale*, 1921, p. 27.

difficulté avec eux-mêmes et avec la société [...], les sujets irascibles, violents ou anxieux, aux impulsions brutales, voire homicides, aux idées de suicide collectif, aux tendances dangereusement perverses »¹⁹.

Ces propositions entrent alors en résonance avec la dénonciation de l'effet nocif des courtes peines et la promotion de peines alternatives. La loi Béranger de 1891 avait bien introduit le sursis, une autre de 1885 la libération conditionnelle, mais beaucoup pointent l'ampleur des taux de révocation, quasiment systématique en ce qui concerne les alcooliques, et l'effet très relatif de ces dispositifs sur les niveaux de délinquance et de récidive. Le sursis simple ne semble pas suffisamment contraignant. Des voix s'élèvent pour ne pas laisser les bénéficiaires d'une libération conditionnelle sans secours durant leur temps d'épreuve. Si la loi de 1885 envisageait de les confier aux sociétés de patronage, celles-ci étaient encore embryonnaires. Les spécialistes ont donc insisté sur la nécessité de développer ces prises en charge en milieu ouvert, en s'appuyant sur l'exemple de la probation américaine, qui concernait notamment les inculpés pour « ivrognerie ». Les résultats de cette mesure, qui incluait des mesures d'assistance et des secours médicaux, semblaient prometteurs. L'idée d'une tutelle temporaire à la libération se déploie dans les années 1920-1930. Il était alors question de la confier à des assistantes sociales qui, sous le contrôle du neuropsychiatre de la prison, seraient notamment chargées de contrôler l'abstinence²⁰. Jusqu'aux années 1950, de nombreux praticiens et universitaires profitent des congrès internationaux pour proposer un suivi thérapeutique à la sortie de détention, car « l'action éducative au cours de l'incarcération n'est qu'une partie du traitement. Elle doit se continuer, et c'est toujours l'œuvre du psychiatre, lorsque le détenu est rendu à la vie sociale [...]. Le condamné libéré a plus que jamais besoin d'assistance psychologique. Celle-ci se lie intimement à l'assistance sociale. Nous n'entendons pas confondre le problème de l'adaptation sociale et celui du traitement mental. Cependant, les cas d'inadaptabilité sociale relèvent très souvent de la psychiatrie et l'institution s'occupant de réadaptation a souvent besoin des conseils d'un aliéniste »²¹.

Au sujet des alcooliques et des toxicomanes, le sevrage en milieu fermé s'impose néanmoins comme le traitement idoine²². À la fin du XIX^e et durant la première moitié du XX^e siècle, savants et praticiens ont discuté de l'opportunité d'introduire des structures spécifiques, sur le modèle des établissements ouverts en Allemagne, en Grande-Bretagne, aux États-Unis, ou encore au Danemark. L'incarcération et l'internement dans les asiles classiques étaient perçus comme contre-productifs. Au regard du régime légal applicable, les alcooliques étaient soit déclarés irresponsables et internés, soit bénéficiaient d'une atténuation de responsabilité, avec pour

19. SCHIFF Paul, « La prophylaxie criminelle et la collaboration médico-judiciaire », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, t. 1, 1936, p. 482.

20. TOULOUSE Édouard, « Le programme de la Ligue d'hygiène mentale », *Bulletin mensuel de la Ligue d'hygiène mentale*, 1921, p. 2.

21. ALEXANDER Marcel et LEY Jacques, « Rapport général », *Actes du Congrès pénitentiaire*, La Haye, Imprimerie nationale, vol. 3, 1950, p. 190-191.

22. RETAILLAUD-BAJAC Emmanuelle, *Les paradis perdus. Drogues et usages de drogues dans la France de l'entre-deux-guerres*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2009, p. 290.

effet une incarcération jugée trop courte. On leur reprochait de récidiver dès leur libération, sinon, du fait des règles relatives à la responsabilité pénale, une immunité ou un « brevet d'irresponsabilité »²³. L'emprisonnement, de courte durée et sans traitement, semblait non seulement inefficace, mais « loin de le corriger de son vice, lui en donnera d'autres plus dangereux encore et fera d'un simple vicieux un malfaiteur, en tout cas un déclassé »²⁴. Beaucoup stigmatisaient les résultats aussi médiocres de l'hospitalisation. Certains déploraient que l'irritabilité et les violences chroniques des délinquants irresponsabilisés portent préjudice aux autres patients.

Le même argumentaire s'est déployé au sujet des toxicomanes. L'internement était envisagé comme un « trompe-l'œil... où les poisons circulent beaucoup plus librement qu'au-dehors »²⁵. Pour les soignants de l'époque, « rien n'est plus ingrat » que de soigner ce type de patient, « personne n'est un malade plus décevant, ni plus insupportable »²⁶. Comme pour les alcooliques, peu envisageaient un sevrage volontaire en ambulatoire, perçu comme illusoire. Face aux risques de rechute, médecins, professionnels du droit et hommes politiques s'accordaient cependant sur la nécessité d'assurer un contrôle et une assistance à la sortie de l'asile ou de la prison. Différents projets législatifs n'ont pu aboutir du fait de la Seconde Guerre mondiale. Les conditions d'incarcération de l'époque, ainsi que la mort de famine de plus de 40 000 malades internés, ont néanmoins donné un plus large écho aux critiques du système pénitentiaire et de l'institution psychiatrique, justifiant des deux côtés un processus de réforme.

B. La consécration législative des soins pénalement ordonnés

Dans le champ des addictions, ces réflexions ont d'abord justifié l'adoption de la loi du 24 décembre 1953, qui prévoyait des cures pour les toxicomanes dans des établissements spécialisés, puis du 15 avril 1954 sur les alcooliques dangereux pour autrui²⁷. Ces derniers pouvaient être placés dans un centre de rééducation durant six mois, prorogables jusqu'à l'obtention de la guérison. La contrainte répondait à un objectif thérapeutique et rééducatif, en dehors du cadre punitif : l'obligation de soins intervenait *ante-delictum*, sur la base d'une présomption de dangerosité. Toutefois, l'article 8 de la loi incluait des sanctions pénales (amende ou emprisonnement) en cas d'irrespect des mesures de surveillance ou de placement. Ce contrôle fut également pensé en milieu libre, puisque l'autorité sanitaire devait essayer, « par

23. ALOMBERT-GOGET Jean-Georges, *La question de l'internement, des aliénés criminels*, Lyon, Imprimerie de prudhomme, 1902, p. 33.

24. VIDAL Georges, « L'alcoolisme et la loi pénale », *Bulletin de la Société française de tempérance*, n° 1, 1897, p. 18.

25. COLLY Jean, cité in BULART Christian, YVOREL Jean-Jacques et INGERFLOM Claudio-Sergio, *Consommation des drogues, représentations sociales et attitudes du pouvoir en France (1800-1988)*, rapport final, t. 2, 1993, p. 354.

26. LAFON Robert, « Le point de vue du médecin. Causes psycho-sociales et traitement des intoxications », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, n° 4, 1955, p. 740.

27. BROUSSE Georges, BOUSSIRON Didier et LLORCA Pierre-Michel, « Retour sur la loi du 15 avril 1954 qui vient d'être abrogée », *Alcoologie et addictologie*, vol. 25, n° 1, 2003, p. 17-23.

la persuasion », de les « amener à s'amender »²⁸. Les médecins étaient cependant sceptiques quant à l'efficacité de la cure libre. Pour Georges Heuyer, le traitement ambulatoire ne fonctionnait que dans 25 % des cas²⁹. Au terme des soins en milieu fermé, la loi du 15 avril 1954 autorisait également une surveillance par un dispensaire d'hygiène mentale, éventuellement secondé par des sociétés antialcooliques, qui regroupaient d'anciens buveurs abstinents.

Pour les usagers de stupéfiants, la loi de 1953 était avant tout « une loi de justice répressive et seulement à titre secondaire comme une loi sur la santé publique »³⁰. Centrée sur le durcissement des sanctions pénales, elle n'accordait à la cure de désintoxication qu'un rôle accessoire. Georges Heuyer présentait celle de 1954 comme « une loi de santé publique qui a une incidence juridique », tandis que la précédente était « une loi de justice qui a une incidence sur la santé publique. Elle permet au juge de soustraire au régime de la prison un toxicomane et de le considérer comme un malade [...]. Ce texte permet d'agir sur les toxicomanes que l'on n'osait pas poursuivre jusqu'à présent et qu'on pourra ainsi poursuivre », mais aussi sanctionner en cas de soustraction à la cure³¹. La toxicomanie étant perçue comme le symptôme d'une pathologie mentale sous-jacente, un suivi psychothérapeutique apparaissait néanmoins comme un complément nécessaire au sevrage, « voire comme la clé de voûte du traitement »³². Les médecins recommandaient par ailleurs un suivi postcure sous contrôle institutionnel. Juristes et magistrats ont salué cette mesure de sûreté, considérée comme une « victoire de la défense sociale »³³.

Persuadés qu'il ne pouvait y avoir d'adhésion au soin sans consentement, certains médecins n'en pointaient pas moins l'intérêt de la contrainte, du fait de l'absence de demande. Les alcooliques étaient présentés comme peu conscients de leurs troubles, incapables de s'astreindre à une psychothérapie dans la durée³⁴. De même, il leur semblait que les « tracasseries judiciaires » pouvaient indirectement conduire les toxicomanes vers le soin, une demande de sevrage résultant parfois « d'une stratégie destinée à amadouer les juges »³⁵. Toutefois, les médecins n'étaient pas unanimes. Hors du champ médico-légal, la loi de 1953 fut critiquée par des soignants, ainsi que par le Conseil national de l'ordre, hostiles à cette obligation judiciaire de traitement. Selon Robert Lafon, « ce qui, à côté de l'observation clinique et de la recherche scientifique, fait la valeur, j'allais dire par manque de modestie, le triomphe, la beauté et le sens humain de la médecine, c'est la confiance.

28. Art. 3 de la loi 1954.

29. HEUYER Georges, « Rapport au Colloque du XX^e anniversaire de la *Revue de science criminelle* (19-20-21 avril 1956) », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, n° 3, 1956, p. 485.

30. LÉGAL Alfred, « Rapport au Colloque du XX^e anniversaire de la *Revue de science criminelle* (19-20-21 avril 1956) », *ibid.*, p. 496.

31. HEUYER Georges, « Prévention des délits et des crimes commis contre l'intégrité de la personne par les toxicomanes », in BESSON Antonin et ANCEL Marc (dir.), *La prévention des infractions contre la vie humaine et l'intégrité de la personne*, Paris, Cujas, vol. 2, 1956, p. 376.

32. RETAILLAUD-BAJAC Emmanuelle, *op. cit.*, p. 305.

33. CHAZAL Jean, « Intervention aux journées de défense sociale de Montpellier », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, n° 1, 1956, p. 174.

34. DUBLINEAU Jean, « La prévention sociale de l'alcoolisme », in BESSON Antonin et ANCEL Marc (dir.), *op. cit.*, p. 335-337.

35. RETAILLAUD-BAJAC Emmanuelle, *op. cit.*, p. 290.

C'est la confiance du malade pour le médecin qu'il a librement choisi ou pour le médecin qui a su la gagner ; le bureau du policier ou du juge, la salle du tribunal peuvent-ils être considérés comme des antichambres du cabinet du médecin ou de l'hôpital ? Le médecin [...] souhaiterait que d'emblée ses relations avec ces malades ne soient pas faussées par une intervention policière ou judiciaire qui risque aux yeux des malades de faire de lui un auxiliaire suspect de la police ou de la justice »³⁶. En réalité, cette loi ne fut jamais appliquée. Les conditions de la cure devaient recevoir un avis conforme d'une commission santé-justice, qui avorta en raison de désaccords entre ses membres³⁷.

À l'identique, la loi de 1954 n'a pas été « acceptée sans réticences par l'opinion médicale (et, semble-t-il aussi, judiciaire) »³⁸. Quelques juristes y ont vu une atteinte à l'indépendance des magistrats, en raison des « dangers » d'une « orientation » ou « déviation trop exclusivement médicale »³⁹. Le pouvoir d'opposition des psychiatres constituait un obstacle à la réforme, tous n'étant pas prêts à participer au contrôle des malades : « Par maintes attitudes, par des propos souvent tenus, nombre d'entre eux refusent de s'associer à la défense sociale. Ce n'est pas, disent-ils, leur affaire ! Celle-ci reste de traiter et de soigner. Ils ne connaissent que des malades. Ils leur apportent leur science et leurs secours [...]. Mais alors n'est-il pas à craindre que certains médecins, pour le moins, n'hésitent, même quand pourrait suffire la persuasion, à signaler les cas qui en relèveraient⁴⁰ ? » En pratique, faute de moyens, un seul centre de rééducation vit le jour. Les premiers soins pénalement ordonnés ne sont réellement apparus qu'à la fin des années 1950, sous la forme d'obligations de soins (1). Le législateur ajouta l'injonction thérapeutique en 1970 (2), puis l'injonction de soins en 1998 (3).

1. L'obligation de soins

Après la guerre, les universitaires et professionnels affiliés au courant de pensée de la Défense sociale nouvelle n'ont cessé de défendre une extension des « procédés de "cure libre" destinés à éviter ou à compléter les traitements en internat »⁴¹. Ils proposaient d'imbriquer éducation, assistance sociale et prise en charge thérapeutique. Le traitement des délinquants devait être « médico-socio-éducatif ; il exige toujours qu'une équipe le mette en œuvre ; mais, selon les cas, ce sera le médecin, l'assistante sociale ou l'éducateur qui jouera le rôle principal »⁴². Ils insistaient en effet sur l'incidence de facteurs sociaux, tant en matière d'alcoolisme que de criminalité. Pour Jean Pinatel, « l'étude des facteurs sociaux séparée de celle des

36. LAFON Robert, *op. cit.*, p. 750.

37. BULART Christian *et al.*, *op. cit.*, p. 484.

38. DUBLINEAU Jean, *op. cit.*, p. 333.

39. LEBRET Jean, « Quelques problèmes juridiques posés par le traitement des alcooliques », in BESSON Antonin et ANCEL Marc (dir.), *op. cit.*, p. 162.

40. *Ibid.*, p. 168.

41. PINATEL Jean, « Les diverses conceptions de la science pénitentiaire », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, n° 4, 1949, p. 718.

42. PINATEL Jean, cité in DANET Jean, « Les politiques sécuritaires à la lumière de la doctrine de la défense sociale nouvelle », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, n° 1, 2010, p. 52.

facteurs individuels est inadéquate et stérile. [Ils] sont inséparables, à l'échelle du criminel, puisqu'aussi bien la personne du criminel et son environnement forment une totalité fonctionnelle »⁴³. Pour autant, leur approche fut moins pluridisciplinaire qu'annoncée. La Défense sociale nouvelle a construit ses propositions à l'aide de psychiatres, les interprétations sociologiques étant essentiellement placées au service d'une lecture psychopathologique⁴⁴.

Pour limiter le recours à l'emprisonnement, ces réformateurs ont promu la probation en France, sous la forme d'un sursis avec mise à l'épreuve, assorti de mesures de « surveillance psychothérapique et sociale », d'interdictions de fréquenter les débits de boissons ou de consommer des boissons alcooliques. Une ordonnance du 23 décembre 1958 et un décret du 23 février 1959 ont accordé au juge le pouvoir d'imposer au condamné de « se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins même sous le régime de l'hospitalisation » (actuel article 132-45 3° CP). Désormais, cette mesure de contrainte peut être prononcée pour tout type de transgression à la loi pénale, à l'exception des contraventions. Elle est applicable à tous les stades du processus pénal, que ce soit dans le cadre d'un contrôle judiciaire en phase d'instruction, d'un aménagement de peine, d'une suspension médicale de peine, ou encore d'une mesure de sûreté post-sentencielle. Sur un plan procédural, son cadre juridique demeure très mince. Une expertise préalable n'est pas obligatoire et aucun cadre formel ne préside aux relations entre les mondes judiciaire et sanitaire, notamment sur le plan des échanges d'informations.

2. L'injonction thérapeutique

Dans la seconde moitié des années 1960, la question de la consommation de stupéfiants occupa de nouveau les esprits, pour des raisons plus politiques que liées à l'intensité du problème⁴⁵. Les interpellations d'usagers ou de trafiquants de drogues étaient encore rares : 1 200 en 1969. L'opiomanie, la cocaïnomanie et la morphinomanie des années 1920 avaient quasiment disparu⁴⁶. Toutefois, un fait divers va ébranler l'opinion publique : la découverte du corps d'une jeune fille, décédée d'une overdose à l'héroïne dans les sous-sols d'un casino. Le « drame de Bandol » intervient dans un climat politique particulier, sans compter les pressions américaines en faveur d'une répression accrue. Suite aux événements de mai 1968, la pénalisation de l'usage de stupéfiants en privé répondait à l'ambition d'une « reprise en main » de la jeunesse. La drogue était envisagée comme un problème social et moral, comme un phénomène contagieux témoignant de la chute des valeurs, de la désunion des familles et de la dégradation générale des mœurs, mais aussi comme un puissant moteur de délinquance.

43. PINATEL Jean, « Les données sociologiques relatives à la prévention de l'homicide », in BESSON Antonin et ANCEL Marc (dir.), *op. cit.*, p. 58.

44. DANET Jean, *op. cit.*

45. BERGERON Henri, *L'État et la toxicomanie : histoire d'une singularité française*, Paris, Presses universitaires de France, 1999.

46. BULART Christian *et al.*, *op. cit.*, p. 424.

Investi dans une véritable « guerre à la drogue », le gouvernement de l'époque entendait renforcer l'arsenal répressif aux fins de dissuasion, mais aussi l'« armement sanitaire », selon les termes d'une circulaire du 15 décembre 1969. Le ministre de la Santé, Robert Boulin, annonça la création de plusieurs centres de soin spécialisés. Ce dispositif spécifique fut à nouveau présenté comme une réponse à l'inadaptation des structures hospitalières classiques. Pour ce ministre, il était « délicat de traiter les intoxiqués dans les hôpitaux psychiatriques. Ces établissements emploient une thérapeutique libérale. Les malades, traités la plupart du temps sous tranquillisants à haute dose, ne sont plus enfermés comme autrefois. La technique moderne de ces centres consiste à leur laisser une très grande liberté de circulation. Or, la coexistence avec des intoxiqués est souvent difficile car l'intoxication peut se traduire par de véritables crises, par des actes meurtriers et même par le suicide. Les traitements administrés apportent une gêne à ceux donnés dans les hôpitaux psychiatriques. Il est donc nécessaire de spécialiser des centres lourds »⁴⁷. En outre, le secteur psychiatrique traditionnel ne se pressait guère pour prendre en charge ces « clients décadents qui sèment la pagaille partout où ils passent [...] ». Le toxicomane n'est pas le bienvenu et la bonne volonté du secteur psychiatrique des plus limitées »⁴⁸. Les quelques médecins impliqués revendiquaient par ailleurs une clinique particulière, distincte de la prise en charge des alcooliques, et donc un dispositif thérapeutique spécifique. Pour Claude Olievenstein, la prise en charge impliquait « qu'on s'adapte à son monde et qu'on se modèle sur lui : on ne peut fixer un drogué à un endroit précis, comme dans une institution ou une cure analytique banale »⁴⁹. Nombre de psychiatres hospitaliers ont accepté cette spécialisation, qui leur permettait de « se défausser de ces gêneurs »⁵⁰. Quant aux médecins généralistes, beaucoup craignaient ces prises en charge, de peur que l'officialisation de cette activité attire une patientèle difficile⁵¹.

Le 15 octobre 1969, Pierre Mazeaud déposa à l'Assemblée nationale une proposition de loi en faveur d'un durcissement de la pénalisation du trafic et instituant une obligation de cure. Tout en interdisant l'usage de stupéfiants dans la sphère privée, la loi de 1970⁵² fit le choix de « sanitariser » l'usage de drogues⁵³, ou du moins d'articuler un double volet répressif et sanitaire. Selon Alain Ehrenberg, « cette politique se caractérise par un triangle d'or : l'abstinence comme idéal normatif, la désintoxication pour ceux qui ont subi l'attrait des paradis artificiels, l'éradication des drogues de la société comme horizon politique »⁵⁴. Ce procédé curatif prit le

47. Assemblée nationale, 24 octobre 1969.

48. BERGERON Henri, *op. cit.*, p. 34.

49. OLIEVENSTEIN Claude, *Il n'y a pas de drogué heureux*, Paris, Le livre de poche, 1977, p. 236-237.

50. BERGERON Henri, *op. cit.*, p. 38.

51. *Ibid.*, p. 96.

52. Loi n° 70-130 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses.

53. SETBON Michel, *Enjonction thérapeutique. Évaluation du dispositif légal de prise en charge sanitaire des usagers de drogues interpellés*, Paris, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, étude n° 21, 2000.

54. EHRENBURG Alain, « Comment vivre avec les drogues ? Questions de recherche et enjeux politiques », *Communications*, n° 62, 1996, p. 6.

nom d'injonction thérapeutique au milieu des années 1980⁵⁵. La mesure se présentait sous une forme différente de l'obligation de soins classique, puisqu'initiée en amont des poursuites et suivie, en cas de réussite, d'un classement de l'affaire. Première alternative aux poursuites, elle pouvait prendre la forme d'une cure de désintoxication ou d'un accompagnement et d'une surveillance médicale. Le juge d'instruction, le juge des enfants et les juridictions de jugement pouvaient également en prononcer. Une circulaire du 25 août 1971 affirmait que « le législateur a souhaité que ce traitement médical ait un caractère aussi peu coercitif que possible, car le résultat positif d'une cure de désintoxication est directement lié à l'adhésion du malade ». Pour autant, l'ambivalence des pouvoirs publics était déjà manifeste, puisqu'il était dans le même temps indispensable qu'il « ait clairement conscience des suites que pourrait comporter sur le plan pénal son refus de se soumettre à la cure prescrite ».

Pour justifier cette nouvelle forme de coercition, les responsables politiques et les professionnels de la justice ont de nouveau assimilé ces publics à de « mauvais malades », encore plus rétifs aux soins que les alcooliques⁵⁶. Lors des 18^{es} journées de défense sociale organisées à Rotterdam, en 1970, un conseiller à la Cour de cassation, répondant à un médecin qui insistait au contraire sur la nécessité d'une adhésion, questionnait ainsi l'assemblée : « La faiblesse de la volonté du sujet ne peut-elle pas être confortée utilement par une certaine contrainte ? [...] Il faut un travail psychologique pour arriver à ce que soit acceptée la solution préconisée. Ce travail est celui du magistrat, du psychologue, de l'assistante sociale, de tous [...]. Alors soyons objectifs et expérimentaux : que coûterait-il d'essayer⁵⁷ ? » Ce médecin, le D^r Arnulf, n'était pas pour autant défavorable à la sanction, celle-ci ayant selon lui « un effet thérapeutique et pas seulement répressif ». Il s'inquiétait plutôt d'une « médicalisation excessive », relativisait la confiance accordée à la cure dont l'efficacité s'avérait limitée, de l'ordre de 10 % des cas. Il regrettait aussi « une confusion des rôles : si le législateur se pose en médecin et le médecin en législateur, le citoyen n'y comprendra plus rien »⁵⁸.

Excepté quelques positions dissidentes, les soignants se sont opposés à cette prise de pouvoir judiciaire, contestant toute compétence aux magistrats pour prescrire des soins. Leurs points de vue divergeaient sur la pénalisation, autant que sur les méthodes thérapeutiques et les lieux d'accueil à privilégier. En revanche, les intervenants en toxicomanie contestaient presque unanimement le principe d'une cure obligatoire, au motif de l'impossibilité d'engager un processus thérapeutique sans adhésion volontaire du sujet. Ainsi, Claude Olievenstein posait le volontariat comme principe : « Personne ne serait contraint de venir à Marmottan, on s'y rendrait

55. Il s'agissait initialement d'une « cure de désintoxication » ou d'une mesure de « surveillance médicale ». Le terme d'injonction thérapeutique a été repris par le législateur dans la loi n° 2007-297 relative à la prévention de la délinquance.

56. BULART Christian *et al.*, *op. cit.*, p. 514.

57. VIENNE Roger, cité in « 18^{es} journées de défense sociale. Politique criminelle et toxicomanie, Rotterdam, 12-14 novembre 1970. Compte rendu des travaux », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, n° 3, 1971, p. 780.

58. *Ibid.*, p. 781.

de soi-même, au niveau du drogué, il n'y avait d'espoir de succès que s'il y avait demande »⁵⁹. Nous sommes alors bien loin de la collaboration médico-judiciaire qui semblait s'établir au fil de l'émergence d'un modèle privilégiant la défense sociale. Bien au-delà du champ de la toxicomanie, Henri Bergeron montre que le nouveau « paradigme français du soin » puise dans l'antipsychiatrie, hostile au modèle asilaire suspecté de contrôle social et, de plus en plus, dans les propositions de la psychanalyse⁶⁰. À la même époque, les psychiatres exerçant en détention ont dénoncé pour s'autonomiser la « médecine pénitentiaire », celle-ci étant perçue comme une instrumentalisation des psychiatres pour « dépolitiser » et « annihiler toute contestation au sein de l'ordre carcéral »⁶¹. À l'extérieur des prisons, la critique fut portée par les tenants de la psychiatrie de « secteur » et de la « psychothérapie institutionnelle »⁶², mais aussi dans le champ du travail social. Face à des institutions avant tout perçues comme des lieux de contrôle et de normalisation des comportements déviants⁶³, les professionnels entendaient abandonner « tout ce qui peut rester de paternalisme éducatif » et de « suffisance médicale »⁶⁴. La demande du patient devait être libre, « débarrassée de toutes les formes d'injonction que ne manquent pas de faire peser sur les toxicomanes les parents, la justice, les amis, etc. »⁶⁵.

En pratique, les réticences des professionnels de santé, mais aussi des magistrats, expliquent un faible recours à l'injonction thérapeutique. Il faut attendre plus de cinq ans pour que le nombre de mesures dépasse le millier sur le territoire national (1 318 en 1977)⁶⁶. Dans son rapport publié en 1978, Monique Pelletier soulignait l'opposition des médecins, qui dénonçaient l'absence de consentement, mais aussi les risques d'atteintes au secret professionnel⁶⁷. Ceux-ci refusaient de rendre compte de la continuité du traitement, pour « ne pas se faire, de près ou de loin, les auxiliaires d'un appareil judiciaire qu'ils jugent inadapté au traitement de la toxicomanie »⁶⁸. Malgré quelques expériences locales réussies, un constat d'échec prédominait : « L'injonction thérapeutique ne donne satisfaction ni à ceux qui l'ordonnent et ne savent ce qui en résulte, ni à ceux à qui elle s'applique, qui n'y adhèrent pas véritablement, ni à ceux qui sont chargés de la mettre en œuvre, qui estiment n'avoir pas été saisis dans de bonnes conditions et s'abstiennent, de ce fait, de remplir des engagements que la loi leur impose »⁶⁹.

59. OLIEVENSTEIN Claude, *op. cit.*, p. 233.

60. BERGERON Henri, *op. cit.*, p. 13.

61. FARGES Éric, *Dynamique professionnelle et transformations de l'action publique. Réformer l'organisation des soins dans les prisons françaises : les tentatives de spécialisation de la « médecine pénitentiaire » (1970-1994)*, thèse en science politique, sous la direction de Gilles Pollet, Lyon, Institut d'études politiques, 2013.

62. HENCKÈS Nicolas, *op. cit.*

63. LASCUMES Pierre, *Prévention et contrôle social. Les contradictions du travail social*, Paris, Masson, coll. « Médecine et hygiène », 1977.

64. BERGERON Henri, *op. cit.*, p. 43-44.

65. *Ibid.*, p. 114.

66. SIMMAT-DURAND Laurence et MARTINEAU Hélène, « Vingt-cinq années de répression de l'usage illicite de stupéfiants », *Population*, n° 4-5, 1999, p. 777-791.

67. *Mission d'étude sur l'ensemble des problèmes de la drogue*, rapport au président de la République, Paris, La Documentation française, 1978, p. 102.

68. *Ibid.*, p. 105.

69. *Ibid.*

Durant les années 1990, la progression des hépatites et du virus du sida va néanmoins relancer cette alternative sanitaire. Laurence Simmat-Durand constate que « l'injonction thérapeutique réapparaît, non comme solution pour soigner les toxicomanes, personne n'y a jamais cru, mais comme porte d'accès aux services de santé »⁷⁰. Tout au long des années 2000 et 2010, de nombreuses circulaires du ministère de la Justice ont ensuite rappelé l'intérêt de cette alternative aux poursuites. Suite à l'explosion des usages de cannabis, par des consommateurs qui ne sont pas nécessairement dépendants, les parquets ont également expérimenté de nouvelles réponses alternatives. Deux comportent une dimension d'incitation aux soins : l'orientation sanitaire et sociale (OSS) et le stage de sensibilisation aux dangers des produits stupéfiants, consacrés par les lois du 23 juin 1999 puis du 5 mars 2007⁷¹. Ce dernier texte a par ailleurs étendu l'injonction thérapeutique aux affaires révélant une dépendance alcoolique⁷². La durée de la mesure est désormais fixée à six mois, renouvelable trois fois. Pour faciliter les relations entre magistrats et soignants, le législateur s'est inspiré du dispositif des médecins coordonnateurs instauré en 1998⁷³, en introduisant un « médecin relais » chargé de l'interface entre le patient, la structure de soin et l'autorité judiciaire⁷⁴. Après un examen de la personne, il doit transmettre aux magistrats son avis motivé sur l'opportunité médicale de la mesure. Il lui appartient ensuite de contrôler son déroulement par le biais d'examen réguliers. Lui seul informe l'autorité judiciaire sur le respect de l'obligation et sur l'évolution de la situation.

3. L'injonction de soins

Sans abandonner les figures de dangerosité que constituent le « fou » et le « junkie », les paniques morales se sont portées sur les délinquants sexuels à partir des années 1990, plus particulièrement les pédophiles, diabolisés à la suite de plusieurs faits divers défrayant la chronique⁷⁵. Assimilés à des « prédateurs », ceux-ci étaient et sont toujours perçus comme particulièrement dangereux, inévitablement récidivistes, mais aussi comme des « malades » qu'il faudrait surveiller sans discontinuer⁷⁶. Les statistiques criminelles de l'époque dévoilaient une progression du phénomène, même si celles-ci reflétaient essentiellement une augmentation du taux de plainte. Les délinquants sexuels représentaient 5 % de la population écrouée en 1980, presque 10 % en 1990, 25 % en 2001⁷⁷. Les pouvoirs publics, ainsi qu'un

70. SIMMAT-DURAND Laurence, « L'obligation de soins : une pratique ambiguë », *Déviance et société*, vol. 23, n° 4, 1999, p. 424.

71. Art. 41-1 2° et 41-2 15° du Code de procédure pénale (CPP). Ce stage peut également être prononcé comme peine alternative ou complémentaire par une juridiction de jugement.

72. Art. 41-2 17° CPP, art. 132-45 3° CP, art. L. 3413-1 et suiv. et L3423-1 du Code de la santé publique (CSP).

73. V. *infra*.

74. Art. L3413-1 et suiv. CSP.

75. BOUSSAGUET Laurie, *La pédophilie, problème public. France, Belgique, Angleterre*, Paris, Dalloz, 2008.

76. GARAPON Antoine et SALAS Denis, *Les nouvelles sorcières de Salem. Leçons d'Outreau*, Paris, Éditions du Seuil, 2006.

77. Ils ne représentent plus que 9,7 % la population incarcérée au 1^{er} janvier 2020.

certain nombre de praticiens investis dans la prise en charge de cette « patientèle pénale », ont élaboré un processus spécifique de soin. À l'instar des condamnés alcooliques et toxicomanes, les délinquants sexuels leur semblaient peu désireux d'engager une thérapie. Ils préconisaient de leur offrir dès l'incarcération des opportunités de rencontre. Même en cas de réussite, beaucoup estimaient que « la volonté de changement » des délinquants sexuels n'était « active que le temps de la judiciarisation et de la pénalisation de leur affaire »⁷⁸. Une fois la peine purgée, cette détermination s'affaiblissait. Ils envisageaient donc un « suivi post-pénal » tant que « le sujet ne manifesterait pas de changement psychique »⁷⁹.

Le 29 janvier 1997, Jacques Toubon proposa un premier texte, qui comprenait une nouvelle « peine de suivi médico-social ». Ce projet de loi provoqua une véritable levée de boucliers parmi les soignants. Les représentants du Conseil national de l'Ordre des médecins, de l'Académie de médecine et plusieurs syndicats de psychiatres s'y opposèrent, en se déclarant consternés par l'association entre délinquance sexuelle et maladie mentale. Ils dénonçaient les dangers d'une psychiatisation excessive, d'une idéologie faisant de la médecine une sanction contre les déviants de toutes sortes. L'association Pratiques de la Folie publia une pétition le 12 mars 1997, dans laquelle resurgissait l'éternelle question de la frontière entre normalité et pathologie. Les plus critiques pointaient, comme Valérie Marange, le risque d'un « nouvel art de punir qui ne prescrira plus seulement des sensations insupportables, mais un traitement pour une normalisation possible »⁸⁰. L'ensemble des soignants ont contesté la transformation des soins en peine. Plus que jamais, ils craignaient de se transformer en auxiliaires de justice chargés de prévenir la récidive dans une dynamique de contrôle.

Pour autant, toutes ces critiques n'étaient pas unanimement partagées. Certains psychiatres et psychologues, plus souvent impliqués dans la prise en charge de ces publics, regrettaient le caractère quelque peu « théorique » des enjeux éthiques soulevés⁸¹. Si les délinquants sexuels n'étaient pas des malades mentaux, certains souffraient selon eux d'un état pathologique, sans compter d'éventuelles comorbidités, notamment liées à une consommation excessive d'alcool. Ils estimaient que l'obligation de soins n'était pas nouvelle, et qu'elle ne plaçait pas le médecin dans une logique de sanction. Ils déploraient aussi une légère instrumentalisation de l'éthique, du secret professionnel et de la notion de consentement, souvent utilisés par leurs confrères comme un paravent pour masquer leur refus de prendre en charge un public stigmatisé.

Un texte remanié fut adopté en 1998, faisant de l'injonction non plus une sanction, mais une mesure facultative parmi celles de la nouvelle peine de suivi

78. BALIER Claude, CIAVALDINI André et GIRARD-KHAYAT Martine, *Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels*, Paris, La Documentation française, 1996, p. 271.

79. *Ibid.*, p. 268.

80. MARANGE Valérie, « Bêtes de promesses, bêtes de mensonges ? Punition et prévention », *La Revue Agora. Éthique, médecine, société*, n° 30, 1994, p. 57.

81. Pour une synthèse de ces débats, v. notamment GAUTRON Virginie (dir.), *op. cit.* ; HUDON Marie-Claude et al., « L'obligation de soins. Quelle légitimité pour la prévention des actes de pédophilie ? », *Études*, n° 3886, 1998, p. 751-762.

socio-judiciaire (SSJ)⁸². La loi du 17 juin 1998⁸³ s'inscrivait dans une optique assumée de défense sociale. Le rapporteur au Sénat soulignait ainsi « l'absolue nécessité de soigner une personne, d'abord, dans un souci de protection de la société et, ensuite, pour elle-même ». Le SSJ fut principalement conçu comme une peine complémentaire adossée à une peine privative de liberté, même s'il peut être prononcé comme peine principale en matière délictuelle. Lorsque la juridiction de jugement écarte l'injonction, le juge de l'application des peines peut éventuellement l'ordonner à la libération. Pour faciliter les échanges entre acteurs judiciaires et professionnels de santé, dans le respect du secret professionnel, un « médecin coordonnateur » est chargé de vérifier le bon déroulement des soins et de transmettre à la justice les éléments nécessaires au contrôle de l'injonction⁸⁴.

Sans être unanimes, les professionnels de santé ont accueilli plus favorablement cette réforme. Les soins n'étaient plus considérés comme une peine. La loi confiait indirectement aux experts, et donc aux seuls médecins, le pouvoir d'en prescrire. En effet, l'injonction ne peut être prononcée en l'absence d'expertise certifiant la possibilité d'un traitement. L'exposé des motifs insistait sur le consentement, qui s'impose « tant pour des motifs d'éthique et de déontologie médicales que pour des raisons pratiques, liées à l'absence d'efficacité d'un traitement ne recueillant aucune adhésion du patient ». Il s'agissait pourtant d'une sorte de contrat d'adhésion⁸⁵. Toute opposition en milieu ouvert faisait initialement encourir une peine supplémentaire de deux ans d'emprisonnement en matière délictuelle, cinq ans en matière criminelle. En l'absence de démarches engagées dès la détention, qui ne sont jamais obligatoires, le condamné n'était pas considéré comme « manifestant des efforts sérieux de réadaptation sociale », au risque de se voir privé de réductions supplémentaires de peine.

S'il s'appliquait initialement aux seules infractions à caractère sexuel, plusieurs lois ont procédé à une extension du champ d'application du dispositif, de sa durée, ainsi qu'à un durcissement du régime de l'incitation en détention, dans une optique plus sécuritaire que sanitaire. Le législateur a autorisé le prononcé d'un SSJ pour une vingtaine de crimes ou délits d'atteintes aux personnes ou d'atteintes aux biens dangereuses pour les personnes⁸⁶. Depuis 2007, ce suivi est même obligatoire dans

82. Art. 131-36-1 et suiv. CP.

83. Loi n° 98-468 du 17 juin 1998.

84. Art. L3711-1 et suiv. CSP.

85. MISTRETTA Patrick, « L'illusion du consentement du délinquant à l'acte médical et aux soins en droit pénal », *Revue internationale de droit pénal*, n° 82, 2011, p. 19-39.

86. Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 : atteintes volontaires à la vie des personnes (art. 221-9-1 CP) ; tortures et actes de barbarie (art. 222-48-1 CP) ; crimes d'arrestations, enlèvements, détentions et séquestrations arbitraires (art. 224-10 CP) ; incendies de végétaux exposant les personnes à un danger corporel ou exposant l'environnement à un dommage irréversible ; destructions ou dégradations de biens appartenant à autrui par explosif ou incendie de nature à créer un danger pour les personnes ; diffusions de procédés permettant la fabrication d'engins de destruction (art. 322-18 CP). Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 : coups mortels aggravés ; violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente aggravées ; violences aggravées sur conjoints ou sur mineurs de 15 ans par ascendant ; violences habituelles sur mineur de 15 ans ou sur personne vulnérable (art. 222-48-1 CP). Loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010 : menaces à l'encontre du conjoint, du partenaire pacsé ou du concubin (art. 222-48-1 CP). Loi n° 2013-711 du 5 août 2013 : réductions en esclavage et exploi-

certain cas, sauf motivation spéciale des magistrats⁸⁷. La loi du 9 mars 2004 a également allongé son quantum. Si les durées de droit commun demeurent de dix et vingt ans, elles peuvent atteindre, sous réserve d'une décision spécialement motivée de la juridiction, vingt ans en matière délictuelle, trente ans pour les crimes punis de trente ans de réclusion. Il peut être perpétuel lorsqu'il s'agit d'un crime puni de la réclusion criminelle à perpétuité. Les sanctions encourues en cas de manquement ont également été portées de deux à trois ans en matière délictuelle et de cinq à sept ans en matière criminelle. La loi du 10 août 2007 a ensuite restreint le caractère facultatif de l'injonction. Sans la rendre automatique, le législateur a revisité l'agencement initial en soumettant la personne condamnée à cette mesure « sauf décision contraire de la juridiction », de sorte que les juges se trouvent contraints de justifier toute exclusion, *a fortiori* lorsque les experts s'y sont déclarés favorables. Le législateur a également permis le prononcé d'une injonction dans le cadre d'une surveillance judiciaire, d'une libération conditionnelle, puis d'une surveillance de sûreté⁸⁸. En détention, l'incitation aux soins cible à présent tous les auteurs d'infractions relevant du champ d'application du SSJ, au-delà de ceux condamnés à cette peine complémentaire. Lorsqu'ils refusent de s'y plier, ou en présence d'un suivi thérapeutique irrégulier, ces détenus peuvent désormais se voir privés du bénéfice d'une libération conditionnelle⁸⁹. Ces différentes réformes ont fait resurgir le spectre d'une « peine thérapeutique » et d'une confusion des champs pénal et psychopathologique, tant dénoncées par les soignants lors des débats relatifs à la loi du 17 juin 1998. Face à la récurrence des controverses sur le sujet, et aux maigres informations disponibles sur la fréquence, la nature et la mise en œuvre des soins pénalement ordonnés en milieu ouvert, notre recherche collective visait à analyser les déclinaisons contemporaines de l'articulation entre santé mentale et justice pénale.

II. Une étude empirique des déclinaisons contemporaines de l'articulation entre santé mentale et justice pénale

Pour comprendre les pratiques décisionnelles des magistrats, mesurer la fréquence du recours aux soins pénalement ordonnés et identifier leurs publics cibles, nous nous sommes appuyés sur le traitement statistique d'un échantillon de dossiers judiciaires traités dans six juridictions (A). Nous avons également interrogé une centaine de professionnels impliqués dans ces prises en charge médico-judiciaires, de façon à identifier les finalités qu'ils assignent aux soins pénalement ordonnés (B), leurs pratiques respectives et leurs modes relationnels (C).

tations de l'esclavage d'autrui (art. 224-10 CP). Loi n° 2016-731 du 3 juin 2016 : trafics d'armes (art. 222-65 CP); infractions en matière de terrorisme (art. 421-8 CP).

87. Il s'agit des violences habituelles sur mineur de 15 ans par ascendant ou personne ayant autorité (art. 222-48-1 al. 3 CP) et, depuis la loi du 11 août 2020, de certaines infractions terroristes (art. 421-8 CP).

88. Art. 723-30, 732-1 et 706-53-19 CPP.

89. Art. 729 CPP.

A. Objectiver les « prescriptions » judiciaires de soins

Eu égard à l'absence de données sur le sujet, nous souhaitons objectiver les évolutions du recours aux soins pénalement ordonnés par les juridictions pénales, ainsi que l'incidence des alternatives aux poursuites comprenant une dimension sanitaire. Dans cet objectif, nous avons constitué un échantillon de dossiers judiciaires traités dans six juridictions, cinq situées dans le Grand Ouest de la France et la sixième en Île-de-France. Le choix des sites d'observation, anonymisés dans l'ouvrage, visait à comparer les pratiques judiciaires dans trois cours d'appel différentes, mais aussi entre l'une des plus importantes juridictions françaises, que nous appellerons Milleville, deux juridictions de taille moyenne (Orsontes et Sesnières) et trois petites juridictions dont le ressort est plus rural (Moussoux, Chastignac, Quaintrain).

Dans chaque tribunal, nous avons consulté différents types de dossiers, qui impliquaient uniquement des majeurs. En matière criminelle, nous avons pris en compte l'ensemble des infractions jugées par les cours d'assises, qu'elles aient ou non donné lieu au prononcé de mesures sanitaires. S'agissant des affaires délicieuses, jugées par le tribunal correctionnel ou traitées par le biais d'alternatives aux poursuites, nous avons en revanche sélectionné trois catégories d'infractions : les infractions à caractère sexuel, à la législation sur les stupéfiants et les violences conjugales⁹⁰.

Pour l'ensemble de ces affaires, nous avons adopté une approche longitudinale périodique, néanmoins contrainte par les durées d'archivage des dossiers. Afin d'identifier d'éventuelles variations dans le temps, l'échantillon comprend des dossiers jugés en 2000, 2005, 2010, 2015 et, pour les affaires criminelles, 1980 et 1990⁹¹. L'accès aux dossiers d'alternatives aux poursuites a été plus complexe. Outre qu'il nous a été impossible de les consulter dans deux juridictions (Quaintrain et Milleville), leur destruction est beaucoup plus rapide⁹². La plupart

90. L'exclusion des conduites en état alcoolique (CEA) peut surprendre, dès lors qu'elles peuvent dévoiler des problématiques addictives et donner lieu à des obligations de soins. Il s'agit toutefois d'un choix raisonné. Nous aurions été noyés par ce type d'infractions, qui constitue un contentieux de masse, au détriment d'autres types de délinquance, alors qu'une grande majorité ne sont suivies d'aucune obligation de soins. Ces dossiers sont en outre particulièrement pauvres en termes d'informations de personnalité. D'autre part, nous pouvions mobiliser aux fins de comparaison les résultats statistiques d'une précédente étude sur les modes de traitement des délits, qui permettent d'isoler les conduites en état alcoolique et, parmi elles, celles suivies d'obligations de soins. DANET Jean (coord.), *La réponse pénale. Dix ans de traitement des délits*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2013 ; GAUTRON Virginie, « La médicalisation de la peine : un équilibre fragile entre aspiration thérapeutique et contrôle social », in CLAY Thomas et al. (dir.), *Actes des états généraux de la recherche sur le droit et la justice*, Paris, LexisNexis, 2018, p. 581-591.

91. En matière criminelle, nous avons étudié l'ensemble des dossiers jugés chaque année dans les juridictions de province. Eu égard au volume beaucoup plus important d'affaires à Milleville, nous avons enregistré les dossiers jugés en octobre et en novembre. Pour les dossiers délictuels, nous avons procédé par échantillonnage pour chaque année de référence, en enregistrant les délits jugés en octobre et en novembre dans les juridictions de province, les 15 premiers jours d'octobre à Milleville.

92. En outre, ces dossiers ne sont pas archivés à la date de traitement, mais de classement. Nous avons donc calculé le nombre de boîtes d'archives pour chaque année de référence, et enregistré un sixième d'entre elles (pour aboutir à un équivalent de deux mois, comme pour les jugements correctionnels).

des alternatives enregistrées ont donc été prononcées en 2010 et 2015. L'échantillon global comprend 2 698 affaires. Près de la moitié des dossiers sont des condamnations correctionnelles (49,8 %), environ un quart des alternatives aux poursuites (24,1 %) ou des dossiers criminels (26,1 %).

| | Dossiers correctionnels | Dossiers criminels | Alternatives aux poursuites | Total |
|--|-------------------------|--------------------|-----------------------------|--------------|
| Répartition des dossiers selon l'année de jugement | | | | |
| 1980 | – | 111 | – | 111 |
| 1990 | – | 131 | – | 131 |
| 2000 | 113 | 108 | 20 | 241 |
| 2005 | 417 | 164 | 38 | 619 |
| 2010 | 422 | 106 | 330 | 858 |
| 2015 | 392 | 83 | 263 | 738 |
| Répartition des dossiers selon les juridictions | | | | |
| Orsontes | 364 | 232 | 311 | 907 |
| Sesnières | 225 | 177 | 157 | 559 |
| Chastignac | 168 | 87 | 91 | 346 |
| Moussoux | 156 | 49 | 92 | 297 |
| Quaintrain | 126 | 55 | – | 181 |
| Milleville | 305 | 103 | – | 408 |
| Total | 1 344 | 703 | 651 | 2 698 |

Tableau 1. – *Composition de l'échantillon selon les types de dossiers, les années de traitement et les sites de l'étude.*

Près de la moitié des dossiers comprennent des infractions à la législation sur les stupéfiants (46,6 %), un sur cinq des violences sexuelles (20,6 %), presque autant des violences conjugales (18,5 %), étant précisé que plusieurs infractions peuvent apparaître dans un même dossier. En matière criminelle, des violences sexuelles apparaissent plus de quatre fois sur dix (43,2 %), des atteintes aux biens et des atteintes à la vie dans près d'un tiers des cas (30 % et 29,3 %).

| | Dossiers correctionnels | | Dossiers criminels | | Alternatives aux poursuites | | Total | |
|--|-------------------------|--------|--------------------|--------|-----------------------------|--------|-----------|--------|
| | Effectifs | % col. | Effectifs | % col. | Effectifs | % col. | Effectifs | % col. |
| Infractions à caractère sexuel | 224 | 16,7 % | 304 | 43,2 % | 28 | 4,3 % | 556 | 20,6 % |
| Violences conjugales | 317 | 23,6 % | 7 | 1,0 % | 176 | 27,0 % | 500 | 18,5 % |
| Infractions à la législation sur les stupéfiants | 812 | 60,4 % | 16 | 2,3 % | 430 | 66,1 % | 1 258 | 46,6 % |
| Autres violences non sexuelles et non conjugales | 61 | 4,5 % | 65 | 9,2 % | 11 | 1,7 % | 137 | 5,1 % |
| Atteintes à la vie | 0 | 0,0 % | 206 | 29,3 % | 0 | 0,0 % | 206 | 7,6 % |
| Autres atteintes aux personnes | 84 | 6,3 % | 62 | 8,8 % | 31 | 4,8 % | 177 | 6,6 % |
| Atteintes aux biens | 94 | 7,0 % | 211 | 30,0 % | 8 | 1,2 % | 313 | 11,6 % |
| Infractions routières | 74 | 5,5 % | 11 | 1,6 % | 4 | 0,6 % | 89 | 3,3 % |
| Autres infractions | 133 | 9,9 % | 41 | 5,8 % | 14 | 2,2 % | 188 | 7,0 % |

Tableau 2. – Répartition des infractions reprochées selon les types de dossiers.

Sans décliner à ce stade l'ensemble des variables prises en compte, que nous détaillerons au fil des développements et des thématiques abordés dans l'ouvrage, nous avons collecté des informations sur les infractions commises, les procédures judiciaires, les caractéristiques des victimes et des prévenus sur le plan sociodémographique, les antécédents judiciaires des seconds, les alternatives aux poursuites et les peines prononcées, assorties ou non de soins pénalement ordonnés.

Nous nous sommes également intéressés aux sources d'information dont disposent les magistrats pour les renseigner sur d'éventuels troubles psychiques ou problématiques addictives. Celles-ci varient considérablement selon les types de procédures et d'affaires. Trois dossiers d'alternatives aux poursuites comprenaient des expertises, un sur dix (10,9 %) de légers rapports d'associations socio-judiciaires, qui se contentent le plus souvent de renseigner la situation au regard de l'emploi, les revenus et la situation familiale des prévenus. Dans la très grande majorité des cas, les procès-verbaux des forces de l'ordre constituent l'unique source d'information. Les enquêtes sociales rapides sont plus fréquentes dans les dossiers correctionnels (21,1 % des cas), qui contiennent quelques fois de véritables enquêtes de personnalité (3,1 %) ou des expertises (16,6 %), généralement réservées aux affaires de violences sexuelles. En revanche, presque la totalité des dossiers criminels comprenaient des expertises (95,4 %), plus d'un quart une enquête de personnalité approfondie (25,5 %). Nous avons porté une attention particulière au contenu des expertises, de façon à mesurer la place prise par celles-ci depuis les années 1980, ainsi que l'influence des diagnostics, pronostics et recommandations de soins des experts sur les décisions des magistrats⁹³.

93. 889 dossiers de l'échantillon comprenaient ce type d'évaluations, comprenant au total 1 472 expertises.

Outre les variations de la prévalence apparente des problématiques addictives et psychopathologiques selon la nature des affaires et les publics de l'échantillon, ces données permettent de mesurer la fréquence et la progression du recours aux soins pénalement ordonnés depuis les années 2000 pour les dossiers correctionnels, 1980 pour les affaires criminelles. Elles offrent également une photographie, pour les années 2010 et 2015, de la proportion des alternatives aux poursuites comprenant une dimension sanitaire, essentiellement dans le champ des infractions à la législation sur les stupéfiants. À l'aide d'analyses sociométriques, par le truchement de régressions logistiques, nous avons objectivé l'influence, toutes choses égales par ailleurs, des différents critères susceptibles de justifier le prononcé de soins pénalement ordonnés⁹⁴.

Sur un plan qualitatif, nous avons comparé et confronté ces données aux matériaux recueillis lors d'une seconde phase d'entretiens semi-directifs, réalisés auprès d'une centaine de magistrats, d'agents de services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP), et de professionnels de santé. Un peu plus d'un quart des enquêtes sont magistrats, dont trois magistrats du parquet, trois juges d'instruction, huit magistrats présidant des audiences de jugement et dix juges de l'application des peines (JAP). Nous avons également réalisé 22 entretiens auprès de 24 personnels pénitentiaires, principalement des conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP, 15) exerçant en milieu ouvert et en détention, et quelques personnels d'encadrement (9). Quarante-quatre entretiens individuels ou collectifs ont été menés auprès de 46 professionnels de santé exerçant auprès de publics sous main de justice, dont 15 psychologues et 28 psychiatres. Vingt-six occupaient au moment de l'entretien des fonctions d'auxiliaires de justice, que ce soit en tant qu'experts (16), médecins coordonnateurs (8), médecins ou psychologues relais (6). Peu exerçaient en libéral (5) ; ils travaillaient essentiellement en détention (12), dans des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA ; 10), des centres médico-psychologiques (CMP) et des services hospitaliers (20, dont 2 au sein d'unités hospitalières spécialement aménagées), ou encore des agences régionales de santé (5). D'autres interviews ont visé des acteurs de fédérations professionnelles dans le champ des addictions, du secteur associatif impliqué dans la mise en œuvre d'alternatives aux poursuites, des agents des services ministériels et interministériels concernés, de l'instance de contrôle des lieux de privation de liberté (CGLPL) et du Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM). Pour expliquer d'éventuelles disparités régionales, et inclure dans l'analyse des éléments tenant à des particularismes de contexte (matériels, organisationnels, fonctionnels, environnementaux), notamment sur le plan de l'offre de soin, nous avons prévu de réaliser ces entretiens dans les six sites de l'étude. Si la situation sanitaire et les

94. Parmi les modèles d'analyse multivariée, les régressions logistiques multiples permettent de caractériser les relations entre une variable dépendante, que l'on cherche à expliquer, et une série de variables explicatives, dites indépendantes. Elles permettent d'estimer un *odds ratio* qui informe sur le sens et la force de l'association entre la variable à expliquer et chaque variable explicative, et leurs poids respectifs « toutes choses égales par ailleurs ». Une modélisation de la manière dont toutes les caractéristiques des variables indépendantes retenues agissent ensemble sur la variable dépendante permet d'identifier lesquelles expliquent cette variabilité.

confinements successifs ont empêché de mener cette entreprise à terme, l'ensemble de ces groupes professionnels ont pu être interrogés dans quatre des sites de l'étude, quelques-uns dans un cinquième⁹⁵, permettant de comparer les pratiques en région parisienne⁹⁶, dans une agglomération de plus de 500 000 habitants (Orsonnes⁹⁷) et deux sites plutôt situés en zone rurale (Quaintrain⁹⁸ et Moussoux⁹⁹).

Nous les avons tous interrogés sur leurs représentations quant à la fréquence et à la nature des problématiques médico-psychologiques parmi les publics judiciairisés. Les magistrats ont été questionnés sur les critères qu'ils prennent en compte dans le choix de prononcer des soins pénalement ordonnés, sur leurs perceptions des évolutions des pratiques judiciaires en la matière. Nous avons également invité les personnels de l'administration pénitentiaire et les professionnels de santé à nous livrer leurs impressions sur ces critères judiciaires, afin de cerner la connaissance qu'ils en ont, ainsi que leur sentiment d'adéquation ou d'inadéquation des mesures prononcées.

B. Identifier les finalités assignées aux soins pénalement ordonnés et les justifications de la contrainte

Un autre versant de l'étude consistait à caractériser les finalités, passées et contemporaines, assignées aux prises en charge médico-psychologiques dans le champ pénal, tant du point de vue du législateur que des acteurs. Sous l'angle des rationalités pénales, nous nous sommes intéressés aux « cibles », aux registres de justification de la contrainte, aux objectifs et résultats poursuivis par les pouvoirs publics au fil des réformes consacrées au sujet. Au travers de cette démarche juridique et sociohistorique préalable, fondée sur l'analyse des dispositions textuelles, des circulaires et des rapports institutionnels, notre intention était en quelque sorte de « prendre au mot » le législateur, dans le but de décrypter les rhétoriques de légitimation des soins et, le cas échéant, d'en exhumer les « contradictions ».

Nous avons ensuite décrypté la réception et la réappropriation de ces réformes par les différents acteurs de terrain. Nous avons analysé les « tensions » entre les dispositifs légaux, les valeurs, les principes, les raisons d'agir et les sens pratiques défendus par ces divers opérateurs. Nous les avons interrogés sur les finalités qu'ils assignent aux soins pénalement ordonnés, sur les raisons, la légitimité et l'intérêt de la contrainte, en étant sensibles aux variations inter et intraprofessionnelles. Ces discussions nous ont parallèlement permis de saisir leurs représentations sur la façon dont les prévenus et condamnés appréhendent le champ de la santé mentale, réagissent face à la recommandation ou l'imposition d'une psychothérapie, en fonction de leurs caractéristiques sociodémographiques et de leurs trajectoires pénales

95. Cinq entretiens ont pu être réalisés à Sesières.

96. Quarante entretiens ont été réalisés en région parisienne, dont 31 auprès de magistrats, personnels de l'administration pénitentiaire et professionnels de santé exerçant auprès de personnes sous main de justice.

97. Vingt-deux entretiens.

98. Treize entretiens.

99. Seize entretiens.

et biographiques. Plus globalement, nos échanges visaient à qualifier les évolutions des controverses sur la « médicalisation » ou « sanitarisation du pénal »¹⁰⁰, par comparaison avec les prises de position critiques de nombreux professionnels de santé des années 1970 aux années 2000.

C. Les soins pénalement ordonnés en pratique(s)

Dans les différents sites de l'étude, à l'exception de Chastignac, nous avons également questionné ces groupes professionnels sur leurs pratiques respectives de prise en charge des condamnés incités à se soigner en amont du jugement, en détention ou dans le cadre d'un contrôle judiciaire, puis à la suite de la condamnation (1). Nous avons également scruté l'agencement de leurs interdépendances, leurs modes relationnels, et cherché à comprendre la variété des configurations locales (2).

1. Une analyse contextualisée des pratiques professionnelles

Nous avons demandé à chacun de nous décrire, selon leurs positions professionnelles, leurs façons de procéder et d'interagir avec les publics concernés. Du côté des acteurs de santé, nos questions ont porté sur d'éventuelles spécificités liées à ce type de prise en charge. Quelles sont les différences avec des soins librement engagés hors du cadre judiciaire, notamment sous l'angle de l'instauration d'une véritable alliance thérapeutique, d'une relation de confiance avec leurs patients ? Comment procèdent-ils pour surmonter d'éventuelles résistances en l'absence de véritable consentement ? Quelles sont leurs réactions en l'absence de véritable adhésion au soin, ou en présence de suivis chaotiques ? Nous avons également interrogé les JAP, les CPIP, les médecins coordonnateurs, les médecins et psychologues relais, sur leurs façons de présenter les soins aux justiciables, de susciter leur intérêt et leur engagement, de contrôler la bonne exécution de ces obligations, ainsi que sur leurs réactions en cas de manquement. Ces entretiens visaient également à identifier les freins qu'ils rencontrent au regard de l'offre locale de soins, de leurs contraintes en termes de moyens, de personnels et de temps.

Nos questions ont aussi porté sur leurs positionnements vis-à-vis de nouvelles attentes sociales, institutionnelles et politiques, susceptibles de peser sur leurs pratiques respectives. On observe en effet une exigence croissante de responsabilisation des malades, sinon de neutralisation des populations « à risque ». D'autres attentes institutionnelles concernent l'objectivation des méthodes d'évaluation des risques de récidive, qui visent tant les experts que les CPIP¹⁰¹. En raison de l'influence croissante du modèle des « *evidence-based practices* », des courants de

100. MAHI Lara, « Une sanitarisation du pénal ? », *Revue française de sociologie*, vol. 56, n° 4, 2015, p. 697-733.

101. DUBOURG Émilie et GAUTRON Virginie, « La rationalisation des méthodes d'évaluation de la récidive : entre promotion institutionnelle, réticences professionnelles et prudence interprétative », *Champ pénal/ Penal field*, vol. XI, [<https://journals.openedition.org/champpenal/8947>], consulté le 14 février 2014.

pensée de la « nouvelle pénologie » et du « *What Works* », ces praticiens sont incités à repenser leurs interventions à partir des « données probantes » issues des recherches criminologiques appliquées¹⁰². Divers praticiens, des responsables institutionnels, politiques et quelques universitaires contestent la fiabilité des méthodes d'évaluation dites « non structurées », encore dominantes en France. Au nom de l'objectivation scientifique du risque et pour mieux l'appréhender, le contrôler et le traiter, ceux-ci réclament l'importation d'instruments standardisés jugés plus fiables, sous la forme d'échelles actuarielles ou semi-structurées utilisées de longue date outre-Atlantique. Face à l'injonction qui leur est faite de protéger la société, de prédire et de traiter la délinquance, les intervenants ont en outre une responsabilité de plus en plus lourde. S'ils viennent à déclarer qu'un individu ne présente pas de danger et qu'en liberté celui-ci récidive, ils subissent désormais les foudres de l'opinion publique, des médias et des responsables politiques, voire une mise en cause judiciaire de leur responsabilité. Nous avons donc tenté de mesurer l'incidence de ce contexte sociopolitique sur les pratiques évaluatives des experts et médecins coordonnateurs, des CPIP et des magistrats. Nous avons également abordé en entretien une autre controverse relativement récente, du moins en France, qui concerne les méthodes de prise en charge thérapeutique. L'approche psychanalytique, encore prédominante, se voit en effet de plus en plus concurrencée par des méthodes d'inspiration cognitivo-comportementaliste, notamment mobilisées dans divers « programmes » de traitement canadiens. Ces derniers ont inspiré de nouveaux dispositifs sanitaires, dans le cadre de « groupes de parole » et, du côté de l'administration pénitentiaire et des associations socio-judiciaires, de nouveaux programmes d'intervention qui se situent à la frontière de la thérapie.

2. *Les interdépendances et modes relationnels des acteurs : une analyse des configurations locales*

Enfin, nous nous sommes intéressés à l'articulation des pratiques entre des institutions hétérogènes, tant par leurs statuts, leurs fonctions et leurs missions. L'agencement de leurs interdépendances demeure une opération complexe, car leurs analyses, leurs valeurs et leurs normes d'action diffèrent suivant leur appartenance institutionnelle et/ou professionnelle¹⁰³. Pour comprendre la nature des relations entre magistrats, services de probation et professionnels du champ médico-social, nous avons identifié et analysé les interactions multiples générées par les dispositifs en place, qu'elles soient formelles ou informelles. Quels sont leurs modes relationnels ? Comment conçoivent-ils leur coopération, leurs places respectives ? Comment envisagent-ils les fonctions investies et les modes d'agir assignés aux autres ? Quelles sont les attentes et exigences des uns et des autres dans leurs rapports mutuels ? Ces interactions permettent-elles d'établir des rapports de complémentarité, ou génèrent-elles au contraire des stratégies d'évitement, voire

102. LARMINAT Xavier de, « La probation en quête d'approbation : du consensus politique à l'aveuglement positiviste », *Archives de politique criminelle*, n° 35, 2013, p. 45-60.

103. GAUTRON Virginie (dir.), (*Se soigner sous la contrainte*, op. cit.

des relations de type conflictuel? En comparant les différentes configurations locales, nous nous sommes efforcés d'identifier les facteurs explicatifs qui facilitent ou au contraire entravent cette articulation des pratiques.

Nous avons été particulièrement attentifs à la question des demandes et échanges d'informations, à la confrontation des secrets professionnels en milieu fermé et ouvert. De tout temps, les critiques des soignants se sont en effet cristallisées sur les atteintes au secret, celle des acteurs judiciaires sur l'insuffisance des informations transmises par ceux-ci¹⁰⁴. Sur un plan textuel, de nombreuses réformes ont multiplié les exigences d'échanges d'informations nominatives, que ce soit dans le cadre de dispositifs de concertation (commissions pluridisciplinaires uniques en détention, etc.), par la transmission d'attestations de suivi par les thérapeutes, des pièces du dossier judiciaire par les magistrats, ou encore à distance *via* des fichiers et des applications informatisées. Nos entretiens ont permis de circonscrire leurs définitions respectives du secret professionnel médical, de son étendue et de ses finalités, d'analyser les tensions interprofessionnelles qui résultent de conceptions plurielles, et d'objectiver les effets des réformes destinées à accroître les échanges d'informations sur les patients et condamnés. Nous avons également questionné les avancées permises, ou non, par l'instauration de nouveaux « passeurs de frontières »¹⁰⁵ depuis les années 1990, au travers des médecins coordonnateurs et relais, chargés tout à la fois de protéger la confidentialité des échanges auprès du thérapeute, de contrôler la bonne exécution des soins, et d'en rendre compte aux acteurs judiciaires. Pris dans leur ensemble, ces différents dispositifs permettent-ils une réflexion collective sur les moyens de concilier et d'articuler la loi, la clinique et l'éthique? Les acteurs parviennent-ils à s'entendre sur un cadre de références partagé, à faire émerger un consensus d'action propre à assurer la complémentarité de leurs interventions, à ajuster leurs modes opératoires? Au contraire, les réformes de ces dernières décennies ont-elles eu pour effet de renforcer les tensions interprofessionnelles au fil de la prise en charge des personnes sous main de justice?

III. Structure de l'ouvrage

Pour restituer cette recherche collective, l'ouvrage se décompose en trois parties, qui articulent le plus souvent notre double approche quantitative et qualitative. La première porte sur les procédés d'identification et d'évaluation des problématiques médico-psychologiques des personnes sous main de justice. Une première contribution objective, à partir des données de notre échantillon de dossiers, la prévalence apparente des troubles addictifs et psychiques des personnes sous main de justice, souvent reliées à des situations de précarité sociale. Les deux suivantes abordent plus spécifiquement, à partir des données statistiques et discursives, les

104. V. notamment BESSIN Marc et LECHEN Marie-Hélène, *Soignants et malades incarcérés : conditions, pratiques et usages des soins en prison*, Paris, École des hautes études en sciences sociales, 2000; MILLY Bruno, *Soigner en prison*, Paris, Presses universitaires de France, 2001.

105. STEADMAN Henry J., « Boundary Spanners: A Key Component for the effective Interactions of the Justice and mental Health Systems », *Law and Human Behavior*, vol. 16, n° 1, 1992, p. 75-87.

pratiques évaluatives des experts. La deuxième contribution vise à saisir les interactions entre l'évaluation médico-psychologique et le processus judiciaire, particulièrement sous l'angle de la recommandation expertale de soins. La troisième s'intéresse plus particulièrement à l'évaluation des risques de récidive, qui occupe une place croissante durant le processus pénal, du côté des experts, mais aussi des agents de probation, et qui pèse également dans le prononcé de soins pénalement ordonnés. La deuxième partie se concentre sur le prononcé des soins pénalement ordonnés et des alternatives aux poursuites comprenant une dimension sanitaire. La quatrième contribution aborde au préalable les finalités assignées aux soins, afin de comprendre les justifications qui commandent une telle contrainte. La cinquième identifie les évolutions temporelles et la fréquence des soins pénalement ordonnés, leurs cibles et les critères décisionnels des magistrats. La sixième porte sur les alternatives aux poursuites prononcées par les magistrats du parquet au sujet des auteurs d'infractions à la législation sur les stupéfiants. Enfin, la troisième partie se consacre aux pratiques des professionnels chargés de mettre en œuvre ces mesures. Si nous n'avons pas interrogé des prévenus ou des condamnés, la septième contribution analyse, à partir des observations des professionnels sur le sujet, la façon dont les justiciables appréhendent et s'engagent dans ces soins. La huitième contribution porte sur les prises en charge de la « patientèle pénale » par les services de santé, et la neuvième sur l'accompagnement et le contrôle des condamnés concernés par les CPIP et les JAP. La dixième et dernière contribution traite des modes relationnels des magistrats, des CPIP et des professionnels de santé.

«Réprimer et soigner», Virginie Gautron
ISBN 978-2-7535-9207-0, Presses universitaires de Rennes, 2023, www.pur-editions.fr