



HAL
open science

Les mesures de sûreté et la question de la dangerosité : la place des soins pénalement ordonnés

Virginie Gautron

► **To cite this version:**

Virginie Gautron. Les mesures de sûreté et la question de la dangerosité : la place des soins pénalement ordonnés. Journées d'études internationales "La prévention des récidives : évaluation, suivis, partenariats", Direction de l'Administration Pénitentiaire, Oct 2014, Paris, France. pp.145-161. hal-01248735

HAL Id: hal-01248735

<https://hal.science/hal-01248735v1>

Submitted on 29 Dec 2015

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.

Les mesures de sûreté et la question de la dangerosité : la place des soins pénalement ordonnés

Virginie Gautron
Laboratoire Droit et Changement Social (UMR CNRS 6297)

Introduction

D'un point de vue juridique, ce qui distingue les mesures de sûreté des peines semble à première vue relativement simple. Les premières seraient dénuées de connotation morale, dès lors qu'elles poursuivraient une visée purement préventive et non rétributive. Toute rationalité punitive s'éclipserait au profit d'une approche neutre de réduction des risques de récidive, si besoin par des dispositifs de neutralisation des condamnés perçus comme les plus dangereux. Dans l'ensemble des outils disponibles, on différencie généralement les mesures axées sur le traitement et/ou la réinsertion sociale du délinquant, parmi lesquelles les soins pénalement ordonnés, et celles qui s'attachent à la surveillance ou à la neutralisation des délinquants. La pratique tend néanmoins à obscurcir ces catégorisations formelles, les peines et mesures de sûreté présentant parfois des finalités enchevêtrées. Ces difficultés de distinction ont d'ailleurs conduit le législateur à y renoncer un temps, en énonçant solennellement dans l'exposé des motifs du Nouveau Code pénal : « *Désormais, toutes les sanctions pénales seront sans distinction des peines, elles sont d'ailleurs ressenties comme telles par le condamné* ». La plupart des mesures de sûreté ont dès lors été qualifiées de peines complémentaires, jusqu'à ce que le législateur en réintroduise progressivement depuis la fin des années 1990, principalement pour multiplier les contrôles et surveillances au terme de la peine (placement sous surveillance électronique mobile, surveillance judiciaire, rétention et surveillance de sûreté, inscription au FIJAIS), parfois pour neutraliser l'application du principe de non-rétroactivité de la loi pénale dans le temps. Cette contribution porte sur des mesures plus anciennes et plus fréquentes : les soins pénalement ordonnés. Un idéal réhabilitatif, pour partie thérapeutique, a longtemps structuré notre modèle de politique criminelle. Cette rationalité pénale s'est affirmée à compter du XIXe siècle, sous l'effet de nouveaux schémas de lecture du passage à l'acte, de nouveaux cadres interprétatifs de la déviance et de la délinquance accordant une place essentielle, sinon prépondérante, aux facteurs médicaux et psychosociaux¹. Après la Seconde Guerre mondiale, les délinquants furent inscrits dans un « *projet d'inclusion* », porté par des institutions confiantes dans leur capacité à transformer l'homme, privilégiant un régime « *chaud* » fait de confiance et d'individualisation². Divers dispositifs de prise en charge médicale sont apparus en milieu fermé puis en milieu libre, générant des interactions croissantes entre acteurs pénaux et professionnels du champ médico-social. Si les lois du 24 décembre 1953 et du 15 avril 1954 ont textuellement introduit les soins pénalement ordonnés à l'encontre des toxicomanes puis des alcooliques dangereux pour autrui, il faudra en réalité attendre la consécration du sursis avec mise à l'épreuve à la fin de la décennie pour qu'apparaissent en pratique les premières obligations de soin. La loi du 31 décembre 1970 ajouta l'injonction thérapeutique, ciblant plus particulièrement les toxicomanes, de façon à ce que les parquets puissent amorcer des soins en

¹ KALUSZYNSKI M., *La République à l'épreuve du crime : la construction du crime comme objet politique, 1880-1920*, Paris, LGDJ, 2002.

² KAMINSKI D., *Pénalité, management, innovation*, Presses universitaires de Namur, 2009

amont des poursuites et, en cas de réussite, éviter une condamnation pénale. Depuis la loi du 17 Juin 1998, il faut encore inclure le dispositif des injonctions de soin, initialement destiné aux seuls délinquants sexuels. Malgré le retour en force des paradigmes néo-classiques depuis deux décennies, qu'exprime notamment un processus continu de pénalisation textuelle, les réformes se sont succédé à échéances régulières pour étendre les prises en charge médicales, psychiatriques et psychologiques (I). Si l'ensemble des réformateurs, quelle que soit leur affiliation partisane, revendique la reconduction d'un modèle thérapeutique, ces positions semblent pour le moins ambivalentes. Les prises en charge suggérées s'avèrent partiellement virtuelles et leur dimension proprement sanitaire pervertie par les préceptes issus de la « nouvelle pénologie » (II).

I. Les soins pénalement ordonnés comme outil de prévention de la récidive : la reconduction d'un idéal thérapeutique

Une promotion textuelle

Depuis les premières lois de 1953 et de 1954, le législateur a régulièrement enrichi ou amendé les dispositifs existants, avec pour objectif explicite l'intensification des approches sanitaires. Introduite en 1998 sous une forme distincte des obligations de soin « classiques », l'injonction de soin (IS) fut dans un premier temps réservée aux délinquants sexuels, avant que plusieurs lois (2005, 2007, 2010) n'étendent son champ d'application à un ensemble beaucoup plus vaste d'atteintes aux personnes et aux biens (meurtres, enlèvements et séquestrations, actes de torture et de barbarie, violences intrafamiliales, destructions volontaires par explosif ou incendie, etc.). Ces textes ont par ailleurs engagé une quasi-systématisation de leur prononcé (art. 131-36-4 C.P.), bien au-delà du cadre initial du suivi socio-judiciaire (libération conditionnelle, surveillance judiciaire ou de sûreté). Régulièrement, des circulaires ont rappelé les mérites de l'injonction thérapeutique pour les publics souffrant d'addictions. Une loi du 5 mars 2007 a étendu son champ d'application à tous les stades du processus pénal, y compris pour les personnes ayant commis une infraction dont les circonstances révèlent une addiction à l'alcool. Une circulaire du ministère de la Justice du 16 février 2012 relative à l'amélioration du traitement judiciaire de l'usage de produits stupéfiants³ indiquait que « *L'injonction thérapeutique [...] doit être systématiquement envisagée lorsque les circonstances font apparaître que le mis en cause est toxicodépendant et nécessite des soins* ». Au-delà des soins contraints *stricto sensu*, les juridictions ont expérimenté puis généralisé des dispositifs d'incitation au soin, qui se déclinent essentiellement sous la forme d'alternatives aux poursuites (orientations sanitaires et sociales, stages de sensibilisation aux dangers des produits stupéfiants, etc.)⁴.

La loi du 15 août 2014 ne dément pas la confiance placée dans les soins pénalement ordonnés pour influencer sur les carrières délinquantes. S'agissant des infractions entrant dans le champ d'application du suivi socio-judiciaire, la nouvelle peine de contrainte pénale peut comprendre une injonction de soin, alors que ce dispositif avait été exclu du sursis avec mise à l'épreuve (art. 131-4-1 C. P.). Les obligations de soin prononcées dans le cadre d'une contrainte pénale, d'une durée maximale de cinq ans, permettront un suivi plus long que dans le cadre d'un sursis

³ BOMJL n°2012-02 du 29 février 2012.

⁴ GAUTRON V., RAPHALEN, P., « Les stages : une nouvelle forme de pénalité? », *Déviante et Société*, 2013, vol. 37, n° 1, p. 27-50.

avec mise à l'épreuve. Dans l'hypothèse de troubles mentaux justifiant une simple altération du discernement, la loi a également introduit une réduction d'un tiers de la peine d'emprisonnement, possiblement complétée à la libération par une obligation de soin d'une durée maximale de cinq ans pour les délits punis de moins de dix ans et jusqu'à dix ans en matière criminelle et pour les délits punis de dix ans d'emprisonnement (Art. 706-136-1 du Code de procédure pénale).

Un développement apparent des soins pénalement ordonnés

A ce jour, peu d'informations sont disponibles sur la fréquence des soins pénalement ordonnés, encore moins sur le profil des condamnés concernés. Ici et là, quelques évaluations confirment une augmentation tendancielle, à l'exception des injonctions thérapeutiques. 66% des suivis socio-judiciaires (SSJ) prononcés en 2009 incluaient une injonction de soin, ce qui représentait environ un millier de mesures prononcées dans l'année⁵. Selon la loi de programmation relative à l'exécution des peines de mars 2012, 5 400 injonctions de soin étaient alors en cours (contre environ 3800 début 2011, dont 10% concernant d'autres profils que des délinquants sexuels). S'agissant des injonctions thérapeutiques et des obligations de soin, les statistiques sont rares, parcellaires et parfois d'une fiabilité incertaine. Malgré de fréquentes tentatives de relance, et un contexte d'explosion des interpellations pour usage, le nombre d'injonctions thérapeutiques ordonnées par les parquets n'a guère augmenté et tend même à diminuer depuis 2007 (8 630 en 1995, 10 062 en 2007, 9 385 en 2009, 8263 en 2010). Les disparités régionales sont importantes. Seuls 45% des TGI utilisaient ce dispositif en 2009⁶. Seules 5% environ des injonctions thérapeutiques sont prononcées par les juridictions de jugement, qui privilégient vraisemblablement le cadre bien plus souple de l'obligation de soin (art. 132-45 C.P.). En l'absence de statistiques nationales, une recherche quantitative récente, consacrée pour partie à l'étude d'un échantillon de dossiers d'affaires poursuivies dans cinq tribunaux correctionnels du Grand Ouest (N=3537)⁷, dévoile une croissance non négligeable des obligations de soin classiques : 3.6% des affaires jugées en 2000, 5.8% en 2009 et même 9.2% si l'on exclut les ordonnances pénales délictuelles (N=2864), une procédure qui exclut le prononcé de telles mesures et qui s'est considérablement développée depuis 2003, principalement pour sanctionner des infractions routières. Etant donné l'augmentation du nombre global de poursuites, ces évolutions se sont traduites par un triplement du nombre de condamnés contraints à se soigner⁸. Les écarts entre juridictions sont toutefois importants. Sur la période 2000-2009, 2.6% des affaires jugées ont donné lieu au prononcé d'une obligation de soin dans une juridiction que nous nommerons « CARD », 8% dans celle d'« ARNO » (respectivement 3.4% et 8.2% lorsqu'on exclut les OPD, une voie procédurale peu utilisée par la seconde). Du fait de la masse de ce contentieux, 45% des obligations de soin prononcées entre 2000 et 2009 ont visé des condamnés pour conduite en état alcoolique ou sous l'emprise de stupéfiants (CEA). Toutefois, seuls 3.5% des auteurs de CEA ont été condamnés à une obligation de soin. Les violences se situent au deuxième rang. 17.9% des obligations de soin de notre échantillon

⁵ JOSEPH-JEANNENEY, B. et al., *Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soins*, Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale des services judiciaires, 2011.

⁶ CHARBONNIER G. et al., *Rapport de la Mission d'évaluation de la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance*, Mars 2010 (non publié).

⁷ DANET J. (coord.), *La réponse pénale. Dix ans de traitement des délits*, PUR, 2013.

⁸ SAAS C., LORVELLEC S., GAUTRON V., « Les sanctions pénales : une nouvelle distribution », *in Ibid.*, p. 159-210.

concernaient des auteurs de violences. Parmi les auteurs ayant commis ce type d'infraction, 7.4% ont été condamnés à de telles mesures, et plus spécifiquement 25% des auteurs de violences et mauvais traitements à l'encontre d'enfants, 16.7% des auteurs de violences sur personne dépositaire de l'autorité publique et 10.9% des conjoints violents. 16.7% des obligations de soin recensées s'adressaient à des condamnés pour infractions à caractère sexuel (1.3% des agressions sexuelles sur majeur, 6.4% des agressions sexuelles sur mineur, 2.6% des infractions de corruption de mineur ou de pédopornographie, 6.4% des exhibitions sexuelles). 50% des condamnés pour corruption de mineurs ou pédopornographie ont été condamnés à une obligation de soin, 29.4% des auteurs d'exhibition sexuelle, 17.6% des agresseurs sexuels (16.7% lorsque la victime était majeure, 17.9% lorsqu'elle était mineure). Enfin, 3.8% des obligations de soin de l'échantillon ont concerné des personnes condamnées pour usage de stupéfiants (8.1% d'entre elles). Dans l'ensemble, le public contraint à engager des soins est plus âgé que la moyenne (24.2% ayant moins de 30 ans, contre 42.5% de ceux n'ayant pas fait l'objet d'une telle mesure), moins diplômé (83.8% contre 70%) et plus souvent en situation d'inemploi (42.9% au chômage contre 33.6%). Ces statistiques ne sont pas l'exact reflet de la fréquence des obligations de soin, dès lors qu'il conviendrait d'ajouter celles prononcées au stade post-sentenciel par les juges de l'application des peines.

II. Un modèle thérapeutique partiellement virtuel et dénaturé

Des difficultés liées aux pratiques décisionnelles des magistrats

L'accélération du traitement procédural des affaires de petite et moyenne gravité génère en premier lieu des difficultés en termes de repérage des publics. Alors que les injonctions thérapeutiques, comme d'ailleurs les stages de responsabilisation aux dangers des produits stupéfiants ou les orientations sanitaires et sociales, supposent une évaluation préalable du profil des auteurs, les pratiques d'orientation en temps réel privilégient l'immédiateté de la réponse et ne laissent donc pas aux magistrats du parquet le temps de vérifier la situation des personnes qu'ils ont à sanctionner⁹. Toutes les circulaires consacrées aux injonctions thérapeutiques, y compris les plus récentes, exigent une enquête sociale ou *a minima* une audition circonstanciée de l'usager pour déterminer son profil de consommation. Les enquêtes sociales sont pourtant rares et leur apport limité, d'autant que certaines sont quelques fois réalisées postérieurement au choix de la mesure par les parquetiers de permanence. Faute d'éléments de personnalité, ceux-ci mobilisent uniquement des critères judiciaires de « prescription » : la gravité de l'infraction, les antécédents judiciaires et policiers¹⁰. Outil supplémentaire dans la panoplie répressive, l'injonction thérapeutique ne dépend donc pas prioritairement du niveau de dépendance, mais s'adresse aux usagers « méritants », n'ayant pas commis d'infractions connexes et/ou sans antécédents¹¹. En définitive, les toxicomanes ne sont considérés comme « malades » que lorsqu'ils ne sont pas perçus comme de « vrais » délinquants. Certains parquetiers excluent par ailleurs les publics les plus marginalisés, comme les SDF, de crainte que le suivi ne puisse être effectif. Les plus restrictifs considèrent à tort que

⁹ GAUTRON V., « L'impact des préoccupations managériales sur l'administration locale de la justice pénale française », *Champ pénal/ Penal field* [En ligne], Vol. XI | 2014, mis en ligne le 21 janvier 2014. URL : <http://champpenal.revues.org/8715> ; DOI : 10.4000/champpenal.8715

¹⁰ GAUTRON V., « Les politiques pénales face à la récidive. L'organisation actuelle des réponses judiciaires permet-elle d'atteindre l'objectif de prévention de la récidive ? », Contribution écrite avant audition par la Conférence de consensus sur la prévention de la récidive, 14 février 2013. URL : http://conference-consensus.justice.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/01/contrib_gautron.pdf

¹¹ SETBON M., L'injonction thérapeutique. Évaluation du dispositif légal de prise en charge sanitaire des usagers de drogues interpellés, OFDT, Etude n°21, 2000.

les usagers de drogues dures ne peuvent être de simples consommateurs, qu'ils ont besoin de dealer ou de commettre d'autres infractions pour acheter leur dose, de sorte qu'ils réservent ce dispositif aux seuls usagers de drogues douces, quand bien même cela reviendrait à contredire ouvertement l'esprit et les termes de la loi¹². Si les objectifs de l'injonction thérapeutique redeviennent sanitaires au moment de sa mise en œuvre, ses résultats seront à nouveau interprétés dans une perspective judiciaire, ce que confirme la résistance de la majorité des parquets à accorder plusieurs injonctions thérapeutiques à un même usager de drogues¹³: La consommation réitérée est appréhendée comme un délit en récidive, non comme une rechute ou un échec du traitement.

A contrario, cette logique de l'urgence s'accommode d'un « traitement » purement pénal de personnes qui, au regard de pathologies mentales avérées, devraient bénéficier d'une irresponsabilité et d'une prise en charge sanitaire classique. Si les classements sans suite au motif d'une irresponsabilité pénale ont augmenté de 83% de 2000 à 2009 concernant les seuls majeurs, leur part dans les affaires traitées est stable (0.1% des affaires traitées en 2009). En revanche, du fait de pressions managériales focalisées sur le taux de réponse pénale, les classements pour état mental déficient, qui à la différence des précédents entrent dans son calcul, ont diminué de plus de 7% sur la même période, de près de 50% à plus de 70% dans trois des juridictions de notre étude¹⁴. Au stade des poursuites, les comparutions immédiates posent des difficultés conséquentes en termes de repérage des publics. Les autres procédures de jugement ne sont pas pour autant épargnées, à l'exception des procédures d'instruction, dès lors qu'elles sont rarement précédées d'une enquête sociale ou d'une expertise (respectivement 2.7% et 2.4% des affaires poursuivies de notre échantillon). Par ailleurs, lors des audiences de jugement, les obligations de soin sont le plus souvent rattachées à un sursis avec mise à l'épreuve (SME), dont le prononcé est là encore fortement conditionné par la nature des faits commis et/ou les antécédents judiciaires du prévenu. Quand bien même les magistrats constateraient des addictions ou des troubles psychopathologiques, ceux-ci hésitent à prononcer un SME, qui constitue une peine d'emprisonnement, à l'encontre de primo-délinquants responsables d'infractions de petite et moyenne gravité. Pour ce type de faits, l'obligation de soin sera donc plus fréquemment ordonnée à la suite d'une voire plusieurs réitérations¹⁵. A contrario, lorsque l'affaire est grave et/ou le casier conséquent, il n'est plus question de soin, du moins hors les murs, les peines d'emprisonnement ferme étant alors privilégiées.

Ces différents motifs expliquent partiellement la surreprésentation des malades mentaux et des personnes souffrant d'addiction en détention. Selon une étude réalisée en 2003 auprès de 800 détenus, 21% d'entre eux étaient atteints de troubles psychotiques, 7% étaient schizophrènes et plus d'un tiers présentaient des problèmes d'alcool et/ou de drogues¹⁶. En 2010, 2.45% des personnes écrouées l'étaient pour simple usage de stupéfiants¹⁷. Cette surreprésentation en détention est très nette lorsqu'on la compare aux résultats d'études réalisées au stade du placement en garde à vue. Dans une recherche réalisée auprès de 22 000 personnes placées en

¹² Ibid.

¹³ Ibid.

¹⁴ LENOIR A., GAUTRON V., « Les pratiques des parquets face à l'injonction politique de réduire le taux de classement sans suite », *Droit et Société*, n°88, 2014, p. 591-606.

¹⁵ GAUTRON V., RETIERE J.-N., « Des destinées judiciaires pénalement et socialement marquées », in DANET J. (coord.), *La réponse pénale*, *op. cit.*, p. 211-251.

¹⁶ ROUILLON F., DUBURCQ A., FAGNANI F., FALISSARD, B., *Etude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison, Rapport d'expert, Audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale*, 2007.

¹⁷ ONDRP, *Rapport annuel*, 2010, p. 766.

garde à vue en Seine-Saint-Denis¹⁸, des antécédents psychiatriques ont été rapportés dans 5% des cas, parmi lesquels 40% des interrogés déclaraient avoir déjà été hospitalisés en psychiatrie et 53% être actuellement suivis. 14 % de ces gardés à vue consommaient quotidiennement de l'alcool, dont 55 % de consommations problématiques (18% d'usages à risque, 27% d'usages nocifs et 11% de dépendance). 40% ont déclaré consommer des produits stupéfiants, le plus souvent du cannabis (38%), plus rarement de la cocaïne ou du crack (4%) et exceptionnellement de l'héroïne (1%). Les démarches de soins en addictologie concernaient 9 % des personnes. Du fait des interdépendances entre les problématiques sanitaires et sociales, nombre d'entre elles subissent par ailleurs l'inemploi, l'absence de ressources sinon de logement¹⁹.

Le manque de moyens

La virtualité de ce modèle thérapeutique tient aussi, et peut-être surtout, à l'asphyxie des dispositifs de prise en charge. La France manque cruellement de praticiens, qu'ils soient experts, médecins coordonnateurs, relais ou traitants. 465 experts psychiatres étaient inscrits sur les listes des Cours d'appel en 2014 (537 en 2012, 800 en 2007)²⁰. Du fait de l'augmentation parallèle du nombre d'expertises ordonnées (149% entre 2002 et 2009), le ratio annuel est passé de 61 expertises par expert psychiatre en 2002 à 151 en 2009²¹. Dans plus de la moitié des juridictions, les injonctions de soin ne peuvent être mises en place de façon satisfaisante faute de professionnels qualifiés. On dénombrait 237 médecins coordonnateurs au premier septembre 2011, très inégalement répartis sur le territoire²². 17 départements en étaient dépourvus début 2012 (32 fin 2010), de sorte que la loi de programmation de 2012 évaluait à 1 750 le nombre de mesures non exécutées, soit plus de 30% des mesures alors en cours. Certains départements souffrent également d'une pénurie manifeste de médecins addictologues et ne disposent d'aucun médecin-relais, l'équivalent des médecins coordonnateurs introduits en 2007. Déjà, Michel Setbon évaluait à environ un tiers les usagers sanctionnés en 1994 ayant fait l'objet d'une réelle prise en charge²³. Aujourd'hui encore, certains sont perdus de vue une fois la mesure prononcée. Il arrive également que des condamnés à une obligation de soin, au sens large du terme, ne parviennent pas à trouver un médecin traitant, parfois après avoir appelé tous les thérapeutes de leur département. De nombreux centres médico-psychologiques (CMP) et d'accompagnement des personnes souffrant d'addictions (CSAPA, services addictologie des centres hospitaliers, etc.) sont dans l'incapacité d'offrir des prises en charge dans un délai inférieur à six mois. Quelques-uns refusent le public estampillé « justice », d'autres encore exigent une lettre de motivation à des condamnés qui, par définition, ne sont pas demandeurs et pour certains incapables de les écrire. Faute de spécialistes, les suivis réalisés par de simples médecins généralistes ne sont pas rares. Enfin, si les soins étaient une véritable priorité, sans doute les pouvoirs publics chercheraient-ils à développer les soins en détention, d'autant que la France a été condamnée à plusieurs reprises par la Cour européenne des droits de l'homme du fait des conditions déplorables de prise en charge des psychotiques en prison. A titre d'exemple et en raison du manque de psychiatres, d'infirmiers et de psychologues, une étude de 2006 a

¹⁸ GILARD-PIOU S., DANG-HAUTER C., DENIS C., BORAUD C., CHARIO P., « Personnes placées en garde à vue en Seine-Saint-Denis : données médicales et situations à risque, étude descriptive », La Presse Médicale, Vol. 42, n°9, 2013, p. 293-299.

¹⁹ CLEMENT R. et al., « Medical, social, and law characteristics of intoxicant's users medically examined in police custody », Journal of Forensic and Legal Medicine, 2013, n°20, p. 1083-1086.

²⁰ SENON J.L., ZAGURY D., L'expertise psychiatrique pénale en France, un système à la dérive, L'information psychiatrique, Vol. 90, n°8, 2014. DOI : 10.1684/ipe.2014.1246.

²¹ Exposé des motifs de la loi de programmation du 27 mars 2012 relative à l'exécution des peines.

²² BLANC E., Rapport d'information n°4421 sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel, Assemblée nationale, 2012.

²³ SETBON M., *op. cit.*

évalué l'offre de soin en alcoologie à trois minutes par semaine pour chaque personne alcoolodépendante incarcérée²⁴. S'ajoute le problème de la continuité des soins. Dans certains établissements, les personnes sortent de détention en état de manque, sans ordonnance et sans l'assurance d'une prise en charge extérieure²⁵.

Une articulation problématique des pratiques judiciaires et sanitaires

D'autres difficultés résultent des tensions entre acteurs judiciaires, sanitaires et sociaux, qui sont apparues dès les premières formules d'accompagnement médico-social des personnes placées sous main de justice. Ces professionnels ayant des représentations, des analyses, des valeurs et des normes d'action qui diffèrent suivant leur appartenance institutionnelle et/ou professionnelle, leurs relations sont loin d'être évidentes. Alors que les soins pénalement ordonnés supposent, sinon de véritables coopérations, du moins des articulations interprofessionnelles, ceux-ci parviennent difficilement à dépasser leurs divergences sur le sens, la nature et les objectifs de telles mesures. Faute de demande spontanée et authentique, de nombreux professionnels de santé demeurent sceptiques quant à l'efficacité des thérapies fondées sur la contrainte, qui réduisent d'autant les possibilités de suivre les patients réellement demandeurs dans un contexte d'encombrement des services. Ils regrettent une véritable confusion des genres, le magistrat devenant un prescripteur médical et le médecin un auxiliaire de justice chargé d'exécuter une sentence²⁶. Ils craignent d'être instrumentalisés par l'institution judiciaire, qui éloignerait les thérapeutes de leur mission première, soulager le sujet de ses souffrances, au profit d'une fonction détournée de contrôle social. Ils pointent tout autant les risques d'instrumentalisation par des condamnés à la recherche de certificats plus que de soins. L'opposition du corps médical s'est particulièrement cristallisée sur la question du secret professionnel. Les conflits autour de la question du « secret partagé » ne sont pas rares. Les magistrats, les agents de probation et autres agents de l'administration pénitentiaire, qui sont naturellement demandeurs d'informations sur le déroulement, la nature et l'efficacité des suivis, reprochent aux médecins de se retrancher trop facilement derrière le secret médical²⁷, surtout lorsque ces informations sont favorables au patient (bon déroulement des soins). Alors que les soignants ne peuvent au mieux que rendre compte de l'effectivité de la mesure, leur silence est parfois perçu comme un signe de défiance, voire de mépris à l'encontre des autres professionnels. Ces postures ne sont pas systématiques. Des médecins et psychologues pointent les atouts, même modestes, des soins pénalement ordonnés²⁸. Les demandes spontanées étant plus l'exception que la règle, il s'agirait d'une opportunité pour faire advenir progressivement une véritable demande de soin, aussi minime soit-elle. Tout en restant vigilant à ce que la logique pénale n'empiète pas sur la logique du soin, ceux-ci ont choisi d'adapter leurs méthodes thérapeutiques. Dans quelques sites, des magistrats, des soignants et des travailleurs sociaux se réunissent ponctuellement, à l'occasion de réunions de concertation plus ou moins institutionnalisées. Pour construire, sans risque de confusion des places, une juste articulation entre soin et sanction, ils y réfléchissent aux moyens d'agencer leurs interdépendances complexes, d'assurer la complémentarité de leurs interventions, de concilier la loi, la clinique et l'éthique. Si des discussions prudentes émergent ici et là, nous sommes toutefois bien loin de

²⁴ BLANC E., Rapport d'information n°4421 sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel, *op. cit.*

²⁵ COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE DES DROITS DE L'HOMME (CNCDDH), Etude sur l'accès aux soins des personnes détenues, 2006.

²⁶ LE BODIC C., HARDY A.-C., *Prescrire, proscrire. Enjeux non médicaux dans le champ de la santé*, (dir.), Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2012.

²⁷ CORNIER K., « Les soins pénalement ordonnés », *Les tribunes de la santé*, 2007, n°17, p. 87-95.

²⁸ V. notamment CIAVALDINI A., BALIER C., *Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire*, Paris, Masson, 2000 ; CIAVALDINI, A. 2003. *Violences sexuelles : le soin sous contrôle judiciaire*, Paris In Press.

la cohérence, de la convergence, de la cohésion, de la complémentarité et du consensus, ces qualités tant attendues d'une approche partenariale très certainement idéalisée. L'injonction ou l'obligation de soin s'accompagne d'une injonction partenariale, d'une obligation de collaboration prescrite par l'Etat et donc d'un partenariat sous contrainte, subi par de nombreux professionnels²⁹. Le partenariat prend souvent la forme d'une illusion de concertation, d'échanges sporadiques ou qui s'essoufflent rapidement, d'autant que la fréquence des mutations, notamment des magistrats, déstabilise chaque fois les réseaux constitués. Les professionnels adoptent généralement une stratégie d'évitement ou de retrait, refusent d'expérimenter une conflictualité trop souvent perçue comme anormale et pathologique, alors qu'elle pourrait au contraire s'avérer constructive. Même difficiles, même rugueux, ces échanges engendrent en effet de l'interconnaissance, de la reconnaissance et de la confiance entre acteurs. Ils génèrent des logiques de décentrage et d'intercompréhension, les praticiens étant placés en situation de dialoguer sur leurs missions, pratiques et contraintes respectives, sur ce qui peut ou non relever du soin, sur les confidentialités à respecter, sur les moyens d'ajuster leurs modes opératoires. S'il ne faut sous-estimer les difficultés de l'entreprise, une évolution des modes relationnels de ces différents praticiens leur permettrait d'avancer groupés, dans le respect de leurs identités professionnelles, de leurs règles déontologiques et du principe de non-confusion des places. Cet exercice complexe, dont la réussite n'exige pas nécessairement l'échange d'informations nominatives, éviterait par ailleurs des phénomènes de disqualification mutuelle, dont le premier à pâtir est sans aucun doute le justiciable lui-même.

Il est fort peu probable que la situation s'améliore dans un proche avenir. Lors de l'examen du projet de loi relatif à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, les parlementaires ont certes renoncé au projet de transmettre les expertises psychiatriques aux maires et aux préfets. En revanche, ils ont autorisé la transmission d'informations nominatives aux préfets et forces régaliennes sur les sortants de prison « *désignés par l'autorité judiciaire compte tenu de leur personnalité, de leur situation matérielle, familiale et sociale ainsi que des circonstances de la commission des faits* » (art. 36 de la loi n° 2014-896 du 15 août 2014), dans le cadre des états-majors de sécurité et des cellules de coordination opérationnelle des forces de sécurité intérieure des zones de sécurité prioritaire (ZSP). Le législateur a également institué des groupes de travail pouvant échanger des informations sur les condamnés au sein des Conseils locaux de sécurité et de prévention de la délinquance (CLSPD) animés par les maires. Parallèlement, l'actuel projet de loi relatif à la santé entend restreindre le secret médical, ce dont s'est inquiétée l'Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire dans un communiqué du 5 octobre 2014. Au-delà des échanges d'informations possibles entre professionnels de santé, ce projet prévoit la transmission d'informations à d'autres professionnels dont le statut n'est pas précisé, à condition qu'ils participent tous à la prise en charge du patient et que ces informations soient strictement nécessaires au suivi médico-social et social, à la coordination et à la continuité des soins (art. L.1110-4 du code de la santé publique, modifié par l'article 25 du projet de loi n°2302 relatif à la santé déposé le 15 octobre 2014 par la Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes): S'il peut sembler légitime d'encadrer les dispositifs dits de « secret partagé », l'exemple de la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance aurait pourtant dû convaincre les parlementaires qu'un encadrement juridique entrave parfois davantage le partenariat qu'il ne le suscite, en renforçant les résistances et attitudes de retrait³⁰.

²⁹ GAUTRON V., « De la société de surveillance à la rétention de sûreté : étapes, faux-semblants, impasses et fuite en avant », A.J. Pénal, 2009, n°2, p. 54-57.

³⁰ GAUTRON V., « La coproduction locale de la sécurité en France : un partenariat interinstitutionnel déficient », *Champ pénal/ Penal field* [En ligne], Vol. VII|2010, mis en ligne le 23 janvier 2010. URL : <http://champpenal.revues.org/7719> ; DOI : 10.4000/champpenal.7719

Un modèle dévoyé par les préceptes de la nouvelle pénologie

Désormais, le consensus sur la nécessité d'assurer des accompagnements sanitaires ne découle plus seulement de la volonté d'alléger des sujets de leurs souffrances. La réactualisation d'une stratégie de défense sociale n'y est pas étrangère, qui cohabite par ailleurs sans difficulté avec des politiques d'inspiration néo-classique. La coexistence de rationalités pénales concurrentielles interroge quant au risque d'instrumentalisation politique et judiciaire des approches thérapeutiques. Loin d'une approche axée sur l'individu et son traitement, les promoteurs d'une « nouvelle pénologie » privilégient la gestion raisonnée des groupes à risque, leur surveillance et leur contrôle³¹. C'est la protection de la société qui devient la finalité première du système pénal, de sorte que la réinsertion et le traitement ne sont plus des objectifs en soi, mais des moyens placés au service de cette première finalité³². Les réformes pénales qui se sont succédé ces quinze dernières années illustrent particulièrement ce processus, qui n'affecte pas uniformément les différents « profils » de condamnés. Au sujet des délinquants sexuels, celles-ci privilégient l'expertise et non le soin. Protéger la société, c'est d'abord dépister, diagnostiquer pour ensuite contrôler, neutraliser et éventuellement, dans le meilleur des cas, soigner. Le soin ne vise plus tant la guérison d'une pathologie, mais plutôt « l'encadrement sécurisant d'une potentialité de violence »³³. Au-delà des seules infractions à caractère sexuel, l'action thérapeutique apparaît parfois comme un prétexte légitimant un surcroît de surveillance et de répression. Le développement, ou plutôt l'annonce politique de traitements médico-psychologiques, déculpabilise les responsables politiques, la société comme les magistrats dans un contexte de durcissement de la réaction pénale. Les psychiatres procurent bonne conscience et fournissent un alibi parfait avec, pour reprendre les termes de Michel Foucault, un retournement du « vilain métier de punir dans le beau métier de guérir »³⁴. En résulte un phénomène de sur-pénalisation des malades, sous la forme d'une « *judiciarisation croissante de l'expression violente et comportementale de la pathologie mentale* »³⁵.

Paradoxalement, les dispositions qui accompagnent le « bénéfique » d'une altération du discernement dans la loi n° 2014-896 du 15 août 2014 confirment et renforcent ce mouvement. En raison de la sur-pénalisation paradoxale des « demi-fous », qui s'explique par la peur qu'ils suscitent au regard d'une double présomption de dangerosité psychiatrique et criminologique, l'attribution d'une réduction automatique de peine en cas d'altération du discernement est certes

³¹ DUBOURG E., GAUTRON V., « La rationalisation des méthodes d'évaluation des risques de récidive », *Champ pénal/ Penal field* [En ligne], Vol. XI | 2014, mis en ligne le 21 janvier 2014. URL : <http://champpenal.revues.org/8947> ; DOI : 10.4000/champpenal.8947 ; LARMINAT (DE) X., « Un continuum pénal hybride », *Champ pénal/ Penal field* [En ligne], Vol. XI | 2014, mis en ligne le 21 janvier 2014. URL : <http://champpenal.revues.org/8965> ; DOI : 10.4000/champpenal.8965 ; LEMIRE G., DOZOIS J., VACHERET M., « Le système correctionnel canadien et la nouvelle pénologie : la notion de risque », *Déviance et Société*, 1998, vol. 22, n°1, p. 37-50 ; SLINGENEYER T., « La nouvelle pénologie, une grille d'analyse des transformations des discours, des techniques et des objectifs dans la pénalité », *Champ pénal/ Penal field* [En ligne], 2007, Vol. IV. URL : <http://champpenal.revues.org/2853> ; DOI : 10.4000/champpenal.2853 ; DELANNOY-BRABANT L., « *Quelles évolutions des politiques de traitement du crime à l'ère de la « nouvelle pénologie »*. Une perspective internationale », La note de veille, *Centre d'analyse stratégique*, 2008, n°106.

³² GAUTRON V., « De la société de surveillance à la rétention de sûreté : étapes, faux-semblants, impasses et fuite en avant », *op. cit.*

³³ DORON C.-O., « Une volonté infinie de sécurité: vers une rupture générale dans les politiques pénales? », dans CHEVALLIER, P. ; GREACEN, T.(dir.), *Folie et justice: relire Foucault*, Paris, Erès, 2009, p. 179-204.

³⁴ FOUCAULT, M., *Les anormaux. Cours au collège de France, 1974-1975*, Paris, Seuil, 1999.

³⁵ SECHTER D., *Des rapports entre psychiatrie et justice pénale. Ressources et limites du modèle intégratif français*, Thèse de DES de Psychiatrie, Nantes, 2010, p. 78.

réclamée de longue date par des spécialistes, mais aussi par divers responsables politiques³⁶. Désormais, le second alinéa de l'article 122-1 du Code pénal dispose que la peine privative de liberté encourue est réduite du tiers, sauf décision spécialement motivée de la juridiction en matière correctionnelle. En matière criminelle, les peines d'une durée égale ou supérieure aux deux tiers de la peine initialement encourue ne peuvent être prononcées par la Cour d'assises qu'à la majorité qualifiée (art. 361-1 du Code de procédure pénale). Lorsque, après avis médical, la juridiction de jugement considère que la nature du trouble le justifie, elle est censée « *s'assurer que la peine prononcée permette que le condamné fasse l'objet de soins adaptés à son état* », sans que soient précisés les moyens de concrétiser ce contrôle pour le moins théorique (art. 122-1 al. 2 C.P.). En réalité, cet humanisme pénal s'est affiché au prix de nouvelles mesures de sûreté post-sentencielles, qui peuvent être engagées quand bien même le condamné n'aurait pas bénéficié d'une réduction de peine. En l'absence de suivi socio-judiciaire, le juge d'application des peines peut en effet ordonner, à la libération du condamné, si son état le justifie et après avis médical, une obligation de soins pendant une durée pouvant atteindre cinq ans en matière correctionnelle, dix ans en matière criminelle et pour les délits punis de dix ans d'emprisonnement (art. 706-136-1 du C.P.P.). En cas de manquement, le condamné s'expose à une peine de deux ans d'emprisonnement (art. 706-139 C.P.P.). Outre le risque de constituer une filière de soin ségrégative, au détriment des prises en charge sanitaires de droit commun, il ne faut exclure ceux d'un traitement discriminatoire et paradoxalement, d'une sur-pénalisation accrue des malades. Ce potentiel effet pervers résulte d'une lecture politique très approximative de la réalité des peines prononcées par les tribunaux correctionnels. A ce jour, les peines d'emprisonnement excédant les deux tiers du quantum encouru sont minoritaires. La surreprésentation des malades en détention résulte bien plus de la fréquence des courtes peines délictuelles que du nombre d'affaires criminelles dans lesquelles ceux-ci sont impliqués. De sorte qu'il n'est pas improbable que les tribunaux correctionnels prononcent les mêmes quanta que par le passé tout en « accordant », au surplus, une altération du discernement qui aura pour seul effet de légitimer l'ajout d'une obligation de soin.

En définitive, la réforme pénale adoptée durant l'été 2014 devrait vraisemblablement se traduire par une fréquence accrue des soins pénalement ordonnés ou un allongement de leur durée, sans qu'ait été véritablement posée la question de la capacité du champ sanitaire à absorber cette charge supplémentaire, sans qu'ait été posée non plus la question de l'efficacité de tels dispositifs en termes de prévention de la récidive. Il est vrai que peu de chercheurs se sont penchés sur leur impact, a fortiori en France où les financements de la recherche sont dérisoires. Une récente méta-analyse canadienne, fondée sur 129 études, donne à voir des résultats contradictoires, tirés de recherches confrontées à d'importants biais méthodologiques³⁷. Si certaines études évaluent positivement l'impact des soins pénalement ordonnés, la majorité précise qu'ils n'auraient guère d'effet sur la récidive, et un effet moindre que ceux engagés à la suite d'une démarche volontaire.

³⁶ BARBIER G., DEMONTES C., LECERF J.-R., MICHEL J.-P., Rapport d'information n°434 du groupe de travail sur la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions, Sénat, 5 mai 2010.

³⁷ PARHAR K. K., WORMITH J.S., DERKZEN D.M., BEAUREGARD A.M., « Offender Coercion in Treatment: A Meta-Analysis of Effectiveness », *Criminal Justice and Behavior*, 2008 ; vol. 35; n°9, p. 1109-1135.