

(Se) soigner sous la contrainte : une étude du dispositif de l'injonction de soin

*Recherche réalisée avec le soutien de la
Mission de Recherche Droit et Justice
(Convention n°214.10.06.07)*

Note de synthèse

Juin 2017

Etude menée sous la direction scientifique de **Virginie Gautron**, Maître de conférences, Laboratoire *Droit et changement social* (UMR-CNRS 6297), Université de Nantes, auteure du rapport de recherche

Avec la collaboration de :

Sylvie Grunvald, Maître de conférences HDR, Laboratoire *Droit et changement social* (UMR-CNRS 6297), Université de Nantes,

Jean-Noël Retière, Professeur de sociologie, Laboratoire *Centre Nantais de Sociologie* (UMR-CNRS 6025), Université de Nantes

Emilie Dubourg, Post-doctorante, Laboratoire *Droit et changement social* (UMR-CNRS 6297), Université de Nantes

Camille Tremeau, Doctorante, Laboratoire *Centre Nantais de Sociologie* (UMR-CNRS 6025), Université de Nantes

La rencontre de la peine et du soin a une longue histoire qui oscille entre un mouvement affirmant la distinction entre le fou et le criminel, et une tendance à intégrer la prise en charge thérapeutique du condamné, marqueur d'une évolution de la pénalité. La délimitation des pratiques professionnelles entre les acteurs du soin et les acteurs judiciaires est alors régulièrement source de débat et de tension. C'est à partir des années 1960 que les soins pénalement ordonnés s'inscrivent dans l'arsenal pénologique français, avec l'obligation de soin. Puis suivra l'injonction thérapeutique en 1970, dont le champ d'application se réduit à un public souffrant d'addictions, le législateur choisissant de « sanitariser » l'usage de stupéfiants par ailleurs pénalisé. Enfin, en réaction à la forte augmentation des poursuites pour infractions à caractère sexuel, dans les années 1990, la loi introduit en 1998, le suivi socio-judiciaire assorti d'une injonction de soin qui, au-delà de la prise en charge sanitaire de l'auteur de l'infraction, affirme clairement son objectif de prévention de la récidive, dans le cadre d'une exécution à la temporalité particulièrement longue en milieu ouvert. « *Sanction pénale totale* »¹, mesure punitive et préventive, l'injonction de soin fait l'objet d'une construction novatrice pour renouveler l'articulation Santé-Justice et limiter les controverses interprofessionnelles. D'abord, la mesure ne peut être mise en œuvre qu'après une expertise psychiatrique, le médecin conserve l'appréciation de la pertinence du soin à prodiguer au condamné. Ensuite, le consentement au soin du condamné doit être recueilli, même si la qualité de ce consentement est discutée. Enfin, une interface entre les soignants et les professionnels judiciaires, est instituée avec le médecin coordonnateur. Ce dernier qui inspirera le médecin-relais du dispositif de l'injonction thérapeutique, tout en étant garant du respect des exigences déontologiques des médecins entretient le dialogue entre le médecin traitant et le juge de l'application des peines notamment. Un fragile équilibre semblait avoir été trouvé pour répondre aux demandes des intervenants des divers champs professionnels, mais les évolutions législatives successives élargissant le champ d'application de l'injonction de soin au-delà des infractions à caractère sexuel, systématisant le prononcé du soin pour traiter la dangerosité du condamné, viennent perturber l'édifice. En outre, des difficultés de fonctionnement liées à l'augmentation des mesures, émergent face à un déficit de recrutement de soignants notamment de médecins coordonnateurs.

Dans ce contexte, et alors que la justice pénale a de plus en plus recours au soin, les interrogations sur l'articulation Santé-Justice se font plus pressantes pour saisir l'économie de la peine associée au soin, la part de la répression et du contrôle social attaché à l'une et à l'autre imposés au condamné, mais aussi pour vérifier l'autonomie des pratiques professionnelles qui doivent conserver leur propre champ d'intervention et éviter tout brouillage des frontières entre les dimensions sécuritaire et sanitaire.

Les débats contemporains sont réels et parfois vifs sur l'association de la peine et du soin, pourtant, la production scientifique n'est guère présente sur ce champ alors que différents rapports (parlementaires ou de services d'inspections générales) ont pointé la nécessité de travaux de recherche afin d'établir des données quantitatives et qualitatives pour appréhender l'évolution des dispositifs.

La recherche ici présentée s'emploie à répondre à ces attentes en étudiant l'injonction de soin dans une démarche pluridisciplinaire et empirique après avoir analysé les évolutions législatives en la matière. L'objectif poursuivi au cours de ces travaux est de saisir les fondements, la nature, les formes et les effets de ce type de réponse pénale. Quatre séries de questionnements ont guidé l'étude. D'abord, il s'est agi de vérifier les finalités assignées à

¹ Lameyre X., « Pour une éthique des soins pénalement obligés », *Revue de Science Criminelle*, 2001, 524.

l'injonction de soin par le législateur, mais également par les praticiens acteurs du système pénal et professionnels de santé pour identifier les tensions entre le cadre légal et les mises en œuvre. Ensuite, il était nécessaire de prendre la mesure de l'injonction de soin à partir de son champ d'application en précisant les infractions donnant lieu à son prononcé et les profils sociodémographique, pénal et psychologique des condamnés. Puis, une fois ces conditions d'application définies, ce sont les pratiques et le déroulement de la mesure qui ont été examinés pour identifier quel professionnel avec quels outils intervient auprès du condamné et le parcours suivi par ce dernier. Enfin, l'articulation Santé-Justice a été scrutée à travers les relations entre magistrats, services de probation et soignants afin d'apprécier les modalités et les effets de ces interactions entre cultures professionnelles différentes.

Cette recherche sur l'injonction de soin a été menée sur un terrain d'enquête local d'une seule juridiction d'une grande ville de l'ouest de la France, pour proposer une « photographie » précise de l'injonction de soin par une approche monographique, qualitative et quantitative. L'étude à ce niveau local doit être prise avec précaution en raison d'une disparité importante des conditions d'application de l'injonction de soin sur le territoire français. Mais, ce travail s'inscrit dans un programme de recherche plus vaste financé par l'Agence Nationale de la Recherche (REPESO, 2016-2019, dir. V. Gautron), qui traite de l'ensemble des soins pénalement ordonnés tels qu'ils sont mis en œuvre sur six juridictions dans l'ouest de la France et en région parisienne. Cette première recherche a donc une vocation exploratoire pour permettre de valider les méthodes d'investigation engagées.

Ont été dépouillés au sein de la juridiction des dossiers du service pénitentiaire d'insertion et de probation, à partir d'une grille construite à l'aide du logiciel Modalisa, retenant environ 1 000 variables pour les dossiers les plus complexes (pluralité d'infractions, de victimes, d'expertises, de rapports de médecins coordonnateurs). Ces variables portent sur la condamnation à l'origine de l'injonction de soin (type d'infractions, procédure de jugement, peines et mesures prononcées), sur les condamnés et les victimes dans l'affaire (données sociodémographiques, données sur le parcours pénal), sur les expertises psychiatriques et psychologiques (pré et post-sentencielles), sur le déroulement du suivi-post carcéral et en particulier sur l'injonction de soin (fréquence et nature du suivi, situation du condamné, rapports du médecin coordonnateur). En raison de difficultés d'accès aux dossiers, l'échantillon ne se compose que de 99 dossiers dans lesquels ont été recensés 229 expertises et 139 rapports de médecins coordonnateurs. Ce corpus inclut les dossiers de condamnation à un suivi socio-judiciaire comprenant ou non une injonction de soin afin de comparer les caractéristiques des affaires et de leurs protagonistes donnant lieu ou non au prononcé d'une injonction de soin. Cet échantillon n'autorise pas un traitement statistique pertinent scientifiquement, mais permet d'objectiver des tendances et de restituer qualitativement des trajectoires judiciaires des condamnés.

L'approche qualitative des dossiers a été complétée par une ethnographie fondée sur une trentaine d'entretiens auprès des professionnels impliqués dans le dispositif (magistrats du parquet, juges de l'application des peines, autres magistrats du siège, conseillers et directeur d'insertion et de probation, psychologues et psychiatres, médecins coordonnateurs) pour appréhender leurs propres pratiques et leurs représentations des pratiques des autres professionnels côtoyés lors de l'exécution de la mesure par le condamné, ainsi que les échanges interprofessionnels mis en place au niveau local.

Pour rendre compte des résultats de cette recherche, la première partie du rapport est consacrée à l'étude du public cible du suivi socio-judiciaire et des condamnés à l'injonction de soin, tandis que la seconde partie porte sur la mise en œuvre et le déroulement de l'injonction de soins.

L'établissement de profils de condamnés au suivi socio-judiciaire est une entreprise délicate en raison de nombreux biais d'analyse qu'il faut prendre en considération dans ce type de recherche, d'abord, eu égard aux spécificités du contentieux des infractions à caractère sexuel (faible taux de reportabilité des infractions, focalisation de la judiciarisation sur certaines catégories sociales), ensuite, eu égard à la part de subjectivité présente dans les matériaux recueillis (déclarations des condamnés, parole de l'expert, rapports des conseillers d'insertion et de probation ou des médecins coordonnateurs), enfin eu égard au contexte socio-politique de la perception de la dangerosité des délinquants et criminels.

Une fois ces précautions prises, les trajectoires pénales des condamnés à un suivi socio-judiciaire montrent que la mesure est prononcée de manière privilégiée à l'encontre des auteurs d'infractions à caractère sexuel malgré l'extension à d'autres infractions du champ de son application. Au sein de ce contentieux, la pluralité de victimes agressées par l'auteur, ou la récidive légale et la réitération apparaissent comme des facteurs conduisant les magistrats à retenir le suivi socio-judiciaire pour une surveillance post-carcérale de ces condamnés. C'est donc bien en tant que peine complémentaire que la mesure est prononcée, elle est rarement une alternative à l'incarcération comme l'avait prévu le législateur en 1998. La temporalité longue du suivi après incarcération qui est la spécificité de la mesure, est bien à l'œuvre, plus de 67% des suivis ont une durée supérieure ou égale à 5 ans.

Concernant les trajectoires socio-biographiques des condamnés, à nouveau en ayant à l'esprit les précautions d'analyse, quelques traits majeurs sont révélés. Les condamnés sont majoritairement issus des catégories socio-professionnelles d'origine populaire. Leur parcours personnel montre fréquemment un environnement familial insécure marqué par des carences affectives et éducatives, voire des violences subies ou vécues en tant que témoins. La scolarité souvent décrite sous le prisme de l'expert qui y détecte des éléments étayant son évaluation, est généralement chaotique tandis que les trajectoires professionnelles sont pour une majorité instable. La lecture des expertises fait en outre émerger des problématiques psychopathologiques au premier rang desquelles se retrouvent les addictions en particulier à l'alcool. A propos des pathologies mentales ou des troubles et traits de personnalité, les analyses soulignent l'absence de superposition entre les catégories cliniques et les catégories pénales, et d'organisation mentale spécifique, les troubles psychiques chez les condamnés étant très divers associés à des difficultés intellectuelles sur le plan de la réflexion et de la compréhension. La présence de pathologies mentales interroge lors de la procédure judiciaire, la reconnaissance de l'altération ou l'abolition du discernement. À la lecture des décisions, l'abolition du discernement est systématiquement écartée, et au cours des entretiens, les professionnels confirment la raréfaction des expertises concluant à cette abolition. Ce constat exprime le glissement depuis quelques décennies, de l'expertise de responsabilité vers l'expertise de dangerosité suivie dans la quasi-totalité des situations par le juge qui peine à argumenter contre la décision de l'expert dans un climat d'attentes sociales de sécurité. En revanche, l'altération du discernement est reconnue plus fréquemment (dans un tiers des dossiers).

Face à ce public, le prononcé de l'injonction de soin modalité de l'exécution du suivi socio-judiciaire par la juridiction de jugement ou par le juge de l'application des peines, est quasi systématique lorsque l'expertise médicale mentionne l'intérêt du soin à l'attention du condamné. À nouveau, le juge apparaît en difficulté pour contrer l'argumentaire médical. L'ensemble des acteurs judiciaires et soignants admettent que le soin pénalement ordonné ici, a une véritable ambition clinique pour faire émerger chez les condamnés une demande et par là même une adhésion au soin pour adapter le cadre à ces patients contraints qui peuvent dès lors s'engager authentiquement dans une démarche thérapeutique. Celle-ci a d'abord une visée d'étayage psychologique plutôt qu'une visée curative pour le condamné qui n'est pas considéré comme un malade *stricto sensu*. Dans ce contexte, les professionnels de la justice notamment et leurs auxiliaires (experts et médecins coordonnateurs) assignent également à l'injonction de soin un objectif de prévention de la récidive par la contribution au mieux-être du condamné qui devrait alors trouver dans ce soin des clés d'adaptation de son comportement pour éviter tout nouveau passage à l'acte. En outre, non sans ambiguïtés, l'injonction de soin est aussi comprise comme un instrument supplémentaire dans la nomenclature des sanctions, de contrôle et de surveillance des condamnés au-delà de l'exécution de la peine privative de liberté, en particulier face aux lacunes de l'obligation de soin trop peu encadrée. Le dispositif confronte ainsi les pratiques professionnelles qui trouvent une nouvelle forme d'articulation Santé-Justice sans pour autant y trouver tous les mêmes intérêts. Les soignants apprécient le rôle du médecin coordonnateur pour mettre les services judiciaires à distance du médecin traitant et préserver leurs règles déontologiques. Les acteurs pénaux quant à eux y voient davantage un moyen d'échange d'informations pour influencer sur le contrôle et crédibiliser l'action judiciaire.

Le déroulement de l'injonction de soin prend appui sur l'incitation aux soins dès la période d'incarcération. L'article 131-36-4 du code pénal dispose que la juridiction qui prononce le suivi socio-judiciaire assorti d'une injonction de soin, doit informer le condamné qu'il pourra entamer un traitement pendant l'exécution de sa peine privative de liberté, que ce traitement ne pourra être entrepris sans son consentement. La même disposition indique également qu'en cas de refus des soins proposés ou d'irrégularité du suivi, le condamné n'est pas considéré comme manifestant des efforts sérieux de réadaptation sociale et ne peut donc bénéficier des mesures de réductions de peines. La qualité du consentement est ici discutée et alors qu'il n'y aurait qu'une illusion de consentement², les acteurs judiciaires et pénitentiaires s'emploient à encourager la démarche thérapeutique dans le cadre du projet d'exécution de peine et de la préparation à la sortie. Au cours de l'incarcération, l'implication du détenu dans la thérapie est un des critères d'évaluation de son comportement dont rendent compte les conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation, et qui est prise en considération par les commissions pluridisciplinaires uniques. Toutefois, derrière le prétexte du soin, des programmes de prévention de la récidive inspirés des approches comportementales et cognitives se mettent en place à l'attention de ces condamnés sous des formes standardisées à la frontière de la thérapie. En parallèle, l'administration pénitentiaire tente de renforcer la prise en charge médicale des délinquants sexuels en orientant ces derniers vers des établissements spécialisés assurant un suivi médical et psychologique adapté (présence d'un service médico-psychologique régional SMPR ou une unité fonctionnelle rattachée à un SMPR) dont fait partie le centre de détention situé sur le terrain d'étude. A l'arrivée du condamné, les membres du SMPR interviennent pour créer un lien de confiance afin de les

² Mistretta P., 2011, « L'illusion du consentement du délinquant à l'acte médical et aux soins en droit pénal », *Revue internationale de droit pénal*, 82, 28

amener à un véritable engagement dans une démarche de soin, sans toujours y parvenir, certains condamnés ayant saisi l'intérêt au regard des conditions de leur détention, de s'inscrire dans ce parcours de soin, le SMPR est aussi sollicité pour des demandes artificielles. Les soignants proposent une offre de soins relativement diversifiée individuelle et/ou collective, afin d'attirer et de fidéliser les condamnés, comme les techniques thérapeutiques de forme psychodynamique, ou cognitive et comportementale. Ces constructions de l'offre de soin et des incitations attirent la grande majorité des condamnés avec des motivations diverses.

À l'issue de l'incarcération, l'injonction de soin s'installe en milieu ouvert. L'une des difficultés réside dans le respect de la continuité des soins entre le dedans et le dehors. Alors que le condamné libéré est invité par le médecin coordonnateur à choisir un médecin traitant, en pratique, les thérapeutes sont très peu nombreux à prendre en charge ce public sous-main de justice. Les centres médico-psychologiques sont saturés faute de moyens et il n'est pas rare que les condamnés essuient un refus de prise en charge. Se tourner vers le secteur libéral n'est pas des plus aisés pour les condamnés en raison de l'impact financier et eu égard aux préventions vis-à-vis des délinquants et criminels. Pour éviter la rupture des soins, se mettent en place des consultations assurées en milieu ouvert par les thérapeutes exerçant ordinairement en détention : certains y voient un palliatif indispensable, d'autres une filière ségrégative pour la population pénale qui resterait en marge des services de droit commun et conserverait le stigmate de la condamnation. Lorsque le suivi médical se met en place, le changement de thérapeute est fréquent sur la durée de la mesure, dû aux changements affectant l'existence du condamné (déménagement,...), ou aux mutations des professionnels ou restructuration des services. Mais l'attitude du condamné peut aussi être à l'origine d'un suivi irrégulier ou d'un manque d'investissement. Le thérapeute est alors confronté à la question du signalement des manquements et à sa place dans le dispositif de contrôle perçue comme peu compatible avec la position de soignant. Enfin, l'étude a pu montrer que la temporalité de ce suivi est interrogée par les acteurs du soin et les conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation qui ensemble évoquent un risque de perte de sens pour les suivis très longs qui en outre mobilisent inutilement des soignants dans un contexte de déficit de moyens.

La fonction de médecin coordonnateur, pierre angulaire de l'injonction de soin, n'est pas particulièrement attractive, depuis 1998, la pénurie de médecins coordonnateurs est pointée par toutes les évaluations du dispositif en même temps que le champ d'application de ce dernier s'étendait significativement. Les conditions du suivi des condamnés s'en trouvent affectées notamment obligeant parfois ces derniers à des déplacements coûteux et compliqués à organiser ne facilitant pas l'implication dans le soin. Cette fonction est exercée principalement par des psychiatres dont les pratiques sont diverses et peu harmonisées. En outre, la place du médecin coordonnateur n'est pas toujours bien comprise des condamnés qui peinent à le distinguer de l'expert ou du thérapeute. La formation des médecins coordonnateurs est une question sensible, elle apparaît indispensable pour que le praticien prenne pleinement la mesure de son rôle d'évaluateur, de conseil et d'appui aux thérapeutes si besoin : la qualité de la prise en charge thérapeutique est donc en jeu, mais aussi l'interface avec le monde judiciaire. Le médecin coordonnateur est l'interlocuteur privilégié des magistrats, il doit être sensibilisé aux problématiques judiciaires pour l'efficacité et la crédibilité du suivi du condamné.

Ce suivi est placé sous le contrôle du juge de l'application des peines, à l'instar des peines de probation. Les services pénitentiaires d'insertion et de probation accordent une attention particulière au suivi socio-judiciaire notamment lors de la phase d'évaluation du profil du condamné et sa propension à respecter les obligations de la mesure. Le dispositif de l'injonction de soin induit un positionnement particulier des services de probation qui en principe, devraient laisser au médecin coordonnateur le contrôle de la mesure thérapeutique. En pratique, leur regard est aussi porté sur la démarche de soin, lorsque des difficultés sont rencontrées par le condamné qui alors ne saisit pas toujours le sens de la mesure lorsqu'il est susceptible de répéter devant ses divers interlocuteurs, les mêmes récits de vie, de passage à l'acte infractionnel sur une longue durée. La prise en charge sanitaire semble supplanter les démarches pour une réinsertion socio-économique ce qui peut démobiliser le condamné. Le non-respect des obligations du suivi socio-judiciaire fait l'objet de signalements plus prompts que pour les autres mesures probatoires. La présence du médecin coordonnateur modifie les modes de réaction, la pluralité d'intervenants autour du condamné induit de nouvelles formes de circulation des informations. Toutefois, lors de la révélation d'incidents, le juge de l'application des peines ne peut sanctionner que les manquements formels à l'injonction de soins (non-respect des rendez-vous, des convocations du médecin coordonnateur) et non le manque d'investissement dans le suivi thérapeutique qui demeure une information couverte par le secret médical.

Ainsi, comme pour toute forme de soins pénalement ordonnés, l'injonction de soin n'échappe pas aux tensions interprofessionnelles, chaque acteur ayant des exigences vis-à-vis de l'autre pour protéger son mode d'exercice. L'échange d'informations entre les différents acteurs du suivi du condamné est un point de crispation, les soignants déplorant les sollicitations trop pressantes des acteurs judiciaires pour connaître le comportement du condamné au cours du soin, tandis que les magistrats ou agents de probation regrettent une opposition trop large du secret médical de la part des thérapeutes même s'ils comprennent le sens du secret nécessaire à la confiance indispensable à l'exercice médical. Le secret médical n'est pas défini de la même façon du côté des soignants et du côté des magistrats ou agents de probation dans l'intérêt du condamné-patient. Les incitations législatives dans les champs du travail social, de la santé, de la justice ou de la sécurité, à partager les informations, ne convainquent pas, notamment dans la rencontre santé-justice où persistent des suspicions d'instrumentalisation de l'activité des uns par les autres. Cependant, hors ces injonctions institutionnelles de « partager le secret », les professionnels ayant construit des relations de confiance sont parfois en mesure d'échanger des informations qualitatives tant pour préserver le condamné que pour prévenir des risques graves de passage à l'acte.

Face à ces résistances, l'articulation santé-justice mériterait de s'édifier aussi dans des espaces collectifs trop peu investis par les professionnels. Sur le terrain de l'étude, des initiatives sont prises en particulier par le CRIAVS (centre de ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles) pour susciter les rencontres entre praticiens lors de journées théorico-cliniques et développer un esprit de partenariat certes complexe à faire vivre dans un contexte économique difficile et dans un cadre de nouveau management public davantage préoccupé par l'action quantitative que qualitative. Toutefois, l'injonction de soin est un dispositif qui a fait progresser l'articulation santé-justice et de nouvelles impulsions sont à concevoir pour concilier la loi, la clinique et l'éthique.