



# **(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*

## **Rapport final**

Juin 2017

**Virginie GAUTRON**

Responsable scientifique de la recherche

Maître de conférences, Laboratoire Droit et Changement social (UMR CNRS 6297),

Université de Nantes

### **Recherche réalisée avec la collaboration de :**

- **Sylvie Grunvald**, Maître de conférences, Laboratoire Droit et Changement social (UMR CNRS 6297), Université de Nantes
- **Jean-Noël Retière**, Professeur de sociologie, Centre Nantais de Sociologie (UMR CNRS 6025), Université de Nantes
- **Émilie Dubourg**, Docteure en droit, Laboratoire Droit et Changement social (UMR CNRS 6297), Université de Nantes
- **Camille Trémeau**, Docteure en sociologie, Centre Nantais de Sociologie (UMR CNRS 6025), Université de Nantes

*Le présent document constitue le rapport scientifique d'une recherche collective réalisée entre octobre 2014 et juin 2017 avec le soutien de la Mission de Recherche Droit et Justice (convention n°214.10.06.07).*

*Le rapport a été rédigé par Virginie Gautron, sur la base des réflexions communes engagées au fil de l'étude.*

*Son contenu n'engage que la responsabilité de son auteur. Toute reproduction, même partielle, est subordonnée à l'accord de la Mission de Recherche Droit et Justice.*

## ***Remerciements***

*À la Mission de Recherche Droit et Justice pour le soutien apporté à cette recherche.*

*À la Direction de l'Administration Pénitentiaire, à la direction du SPIP du département de la recherche, au Président et au Procureur de la République près le TGI de l'étude pour les autorisations d'accès au terrain d'enquête.*

*À l'ensemble des professionnels (magistrats du siège et du parquet, CPIP, psychiatres, psychologues, médecins coordonnateurs, experts) qui ont eu la gentillesse et la patience de nous accorder de leur temps et de répondre à nos questions.*

*À Bessie Leconte pour le temps consacré à la relecture de ce rapport.*

# Sommaire

<b>Introduction .....</b>	<b>5</b>
<b>Première partie : Le public-cible du suivi socio-judiciaire et de l'injonction de soin .....</b>	<b>33</b>
<b>Chapitre 1- Les caractéristiques des condamnés de l'échantillon .....</b>	<b>36</b>
Section 1- Les trajectoires pénales des condamnés à un suivi socio-judiciaire .....	36
Section 2- Les trajectoires socio-biographiques des condamnés à un suivi socio-judiciaire.....	47
Section 3- Les problématiques psychopathologiques des condamnés à un suivi socio-judiciaire	63
<b>Chapitre 2- Le prononcé de l'injonction de soin .....</b>	<b>89</b>
Section 1- Le sens de l'injonction de soin : des conceptions professionnelles plurielles.....	89
Section 2- Un prononcé théoriquement subordonné aux conclusions des expertises.....	110
Section 3 – Une quasi-systématisation du prononcé de l'injonction de soin.....	205
<b>Deuxième partie : Le déroulement de l'injonction de soin.....</b>	<b>231</b>
<b>Chapitre 1 - La force des incitations judiciaires : un démarrage des soins dès l'incarcération .....</b>	<b>232</b>
Section 1 – Le dispositif de l'incitation aux soins .....	233
Section 2- Une contrainte parfaitement intégrée, sinon anticipée .....	262
<b>Chapitre 2 – Le suivi en milieu ouvert .....</b>	<b>273</b>
Section 1- La prise en charge thérapeutique.....	273
Section 2- Les pratiques des médecins coordonnateurs : des passeurs de frontières ?.....	311
Section 3 – Le contrôle judiciaire de l'injonction de soin .....	355
<b>Chapitre 3- Entre confrontation et articulation des pratiques : des tensions inévitables ? ...</b>	<b>409</b>
Section 1- Des tensions sur le plan de l'échange d'informations .....	410
Section 2- Des tensions majorées par l'absence d'investissement dans des espaces collectifs de discussion.....	438
<b>Conclusion.....</b>	<b>452</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>456</b>

# Introduction

De multiples publications scientifiques, rapports institutionnels et écrits professionnels retracent l'histoire des interrelations entre peine et soin, entre acteurs judiciaires et professionnels de santé. La plupart interrogent les liens entre folie et criminalité, entre enfermement des malades et internement des délinquants, mais aussi les pratiques expertales, le régime de l'irresponsabilité pénale, ou encore la définition et l'évaluation de la dangerosité<sup>1</sup>. En revanche, les soins pénalement ordonnés en milieu ouvert constituent rarement le cœur du propos et leur histoire reste encore largement à écrire. Leur acte de naissance est généralement rattaché à deux lois de 1953 et 1954 sur les toxicomanes et alcooliques dangereux pour autrui, sans que l'adoption de ces deux textes soit toujours contextualisée. Cette tentative d'alliance entre peine et soin résulte en réalité d'un lent processus, dont les premiers signes sont perceptibles dès la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, aussitôt passée la Révolution française<sup>2</sup>. Instrument de punition et de neutralisation, la peine privative de liberté se voit alors placée au service de la transformation morale des condamnés. La pénitence, la discipline et le travail caractérisent cette nouvelle philosophie de l'amendement, avec en filigrane un espoir de « guérison ». Dès 1790, Cabanis envisageait ainsi 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 »<sup>3</sup>. Pour autant, au XIX<sup>e</sup> siècle, la question de l'articulation des pratiques entre les institutions pénales et la psychiatrie naissante ne se posa guère, tant les débats étaient dominés, déjà, par le mythe d'une stricte sectorisation des tâches. Les professionnels n'ont plus cessé de réfléchir, sinon de s'opposer, sur les moyens légaux et institutionnels propres à garantir un partage médico-légal rationnel entre crime et folie, entre peine et soin. Philippe Pinel, figure de l'aliénisme, martelait que les fous n'étaient ni débauchés ni pécheurs, qu'ils ne pouvaient être confondus avec les criminels, que leur « traitement moral » exigeait de leur ôter les fers, de les éloigner des hôpitaux généraux et des dépôts de mendicité. La délimitation des frontières entre champs professionnels étant subordonnée aux critères de « tri » entre délinquants et malades, les discussions n'iront pas sans révéler des rapports de pouvoirs entre médecins et acteurs judiciaires<sup>4</sup>. Malgré le nouvel article 64 du code pénal de 1810 et son antinomie théorique entre folie et culpabilité, 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. Durant la première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, de multiples débats vont confronter juristes et médecins au sujet de la « folie partielle ». Dans une perspective philanthropique, Pinel, Esquirol, Georget et d'autres chercheront à « étendre l'aire de la déraison criminelle » à de nouvelles catégories médico-légales (« manies sans délire », « folie raisonnante » « monomanie homicide »)<sup>5</sup>. Si les pathologies mentales les plus graves concentrent l'attention, la prise en charge des alcooliques apparaît de façon incidente. Dès 1810, Esquirol réclama en effet la création d'établissements de cure et de désintoxication.

Paradoxalement, ces philanthropes ont pourtant contribué à brouiller la distinction entre aliénés et criminels, une même approche 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 guérison, de production d'hommes nouveaux, sains et honnêtes »<sup>6</sup>. Le duc de La Rochefoucauld-Liancourt affirmait que rien ne doit choquer dans la

---

<sup>1</sup> Foucault M., *Les anormaux*, Cours au Collège de France, 1974-1975, Paris, Gallimard, 1999 ; Castel R., *L'ordre psychiatrique*, Paris, Éditions de Minuit, 1977 ; Castel R., *La gestion des risques*, Paris, Éditions de Minuit, 1981 ; Kaluszynski M., « Identités professionnelles, identités politiques : médecins et juristes face au crime en France à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle », in Blanckaert C., Mucchielli L., *Histoire de la criminologie française*, Paris, L'Harmattan, 1995, 215-235 ; Renneville M., *Crime et folie : deux siècles d'enquêtes médicales et judiciaires*, Fayard, 2003 ; Guignard L., *Juger la Folie. La folie criminelle devant les Assises au XIX<sup>e</sup> siècle*, Paris, PUF, 2010.

<sup>2</sup> Renneville M., *op. cit.*

<sup>3</sup> Cité in *Ibid.*, 48-49.

<sup>4</sup> *Ibid.*

<sup>5</sup> *Ibid.*, 104.

<sup>6</sup> *Ibid.*, 88-89.

*comparaison d'un fou avec un criminel* », qui doivent tous deux être « surveillés contre eux-mêmes » et faire l'objet d'une prise en charge à vocation thérapeutique<sup>7</sup> : « *Lecture médicale de la criminalité et sensibilité philanthropique font front commun, si l'on peut dire, sans que l'une soit subordonnée à l'autre. La collusion des deux mouvements est alors si profonde qu'elle passe pour certains comme une seule et même vision. [...] Sous la monarchie de Juillet, médecins et « amis de l'humanité » sont fiers d'agir de concert pour le progrès social. Victor Hugo témoigne, en 1832, de cette généreuse conjonction : « À quoi donc allez-vous assister ? À la transformation de la pénalité. La douce loi du Christ pénétrera enfin le code et rayonnera à travers. On regardera le crime comme une maladie, et cette maladie aura ses médecins qui remplaceront vos juges, ses hôpitaux qui remplaceront vos bagnes... »* »<sup>8</sup>. Ce mouvement de pathologisation du passage à l'acte ira croissant avec le développement de la phrénologie de Gall, des théories de la dégénérescence et de la criminologie naissante. Malgré les divergences entre aliénistes et partisans de l'approche phrénologique, tous constatent l'existence de « penchants » innés, contribuant ainsi à faire « peser le soupçon de la déraison » sur chaque acte délinquant<sup>9</sup>. Avant même les propositions des positivistes italiens, tous privilégient la défense de la société, ce dont témoignent les débats parlementaires à l'occasion du vote de la loi de 1838 sur l'internement des aliénés. Sous la Restauration, l'approche philanthropique périclité au fil de l'accroissement des peurs sociales et de la stigmatisation des insensés. Dans une circulaire du 29 juin 1835, le ministre de l'Intérieur, Adolphe Thiers, déplore que « *la sûreté publique est souvent compromise par des insensés en état de liberté. Des meurtres et des incendies ont été commis par eux, et tout semble annoncer que les désordres et les accidents graves dont ils sont la cause deviennent chaque jour plus fréquents* »<sup>10</sup>.

Dans la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, nombre d'aliénistes vont refuser toute assimilation aux « *avocats des pauvres et des criminels* »<sup>11</sup>. Leur lecture médicale de la criminalité sert moins le développement de l'assistance sanitaire que le contrôle de la périculosité sociale. Face à la « *solidarité des causes régénératrices* »<sup>12</sup>, criminalité et folie ne seraient pas si dissociables. Selon Morel, il fallait « *bien reconnaître que d'une part beaucoup d'individus sont mis en jugement pour des méfaits qui leur sont imputés et qu'ils ont commis dans la période d'incubation de la folie ; et de l'autre que l'immoralité, la misère, la contagion de l'exemple et de l'ivrognerie, sont des causes très actives dans la génération des troubles intellectuels* »<sup>13</sup>. Les positivistes italiens, comme l'école du milieu social en France, donneront d'autant plus de force à cette approche qu'ils produiront de nombreux savoirs à prétention scientifique. Ils chercheront, comme l'indiquait Michel Foucault dans *Surveiller et punir*, à « *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. [...] Depuis 150 ou 200 ans que l'Europe a mis en place ses nouveaux systèmes de pénalité, 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. [...] Une autre vérité a pénétré celle qui était requise par la mécanique judiciaire, une vérité qui, enchevêtrée à la première, fait de l'affirmation de culpabilité un étrange complexe scientifico-juridique* »<sup>14</sup>. Critique vis-à-vis de certaines positions des positivistes italiens, l'école du milieu social de Lacassagne n'en confirme pas moins l'hérédité du crime, l'existence de malformations anatomiques et d'anomalies physiologiques, la présence chez les criminels de troubles de la sensibilité morale (impulsivité, absence de remords, etc.) et/ou de l'intelligence.

À la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, les pouvoirs publics, les professionnels comme les intellectuels constateront l'impossibilité de garantir l'étanchéité des frontières entre crime et folie, le cloisonnement entre asiles et prisons. Sur un plan textuel, ce constat aboutira à la création d'une catégorie normative intermédiaire, l'altération du discernement, consacrant la catégorie des délinquants anormaux mentaux. Dès 1885, un

<sup>7</sup> Cité in *Ibid.*, op. cit., 89.

<sup>8</sup> *Ibid.*, 92.

<sup>9</sup> *Ibid.*, 76.

<sup>10</sup> Cité in *Ibid.*, 64.

<sup>11</sup> *Ibid.*, 92.

<sup>12</sup> Bénédicte-Augustin Morel, cité in *Ibid.*, 158.

<sup>13</sup> Cité in *Ibid.*, 159.

<sup>14</sup> Foucault M., *Surveiller et Punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975, 24.

arrêt de la Cour de cassation pose explicitement le principe de l'atténuation de la peine en cas d'altération du discernement. La cour considère « qu'il n'y a pas violation de l'article 64 du Code pénal dans un arrêt qui condamne un prévenu, tout en constatant, pour justifier la modération de la peine, qu'il ne jouit pas de la somme ordinaire de jugement que caractérise un complet discernement des choses, et qu'il y a en lui un certain défaut d'équilibre qui, sans annuler sa responsabilité, permet cependant de la considérer comme limitée ». Cette tendance se poursuivra grâce à la circulaire Chaumié diffusée en 1905, qui indiquait qu'« à côté des aliénés proprement dits, on rencontre des dégénérés, des individus sujets à des impulsions morbides momentanées, ou atteints d'anomalies mentales assez marquées pour justifier à leur égard une certaine modération dans l'application des peines édictées par la loi ». Au-delà du champ de la pathologie psychiatrique aliénante, les psychiatres seront de plus en plus mobilisés pour mesurer ce degré de responsabilité pénale<sup>15</sup>.

Malgré la loi de 1838 sur l'internement, les incarcérations de malades mentaux perdurent, sans compter les décompensations générées par l'incarcération elle-même. Qu'il soit sanitaire ou moral, le traitement ne présente pas de résultats probants, de sorte que la prison comme l'asile affrontent un constat d'échec<sup>16</sup>. Les insensés perturbent l'ordre carcéral et l'absence de services psychiatriques en prison se fait douloureusement sentir. Parallèlement, certains aliénistes pointent les limites de la prise en charge des aliénés criminels dans les asiles, dont la population s'accroît tout autant. Brière de Boismont, en 1846, indique ainsi au sujet des fous criminels internés dans les asiles ordinaires qu'ils « sont dangereux et troublent la tranquillité des autres malades dont la liberté se trouve restreinte à cause des mesures de précaution qu'exigent les aliénés criminels : aussi l'asile dans ce cas, ressemble-t-il à une prison plutôt qu'à un hôpital ». Majoritaire chez les psychiatres<sup>17</sup>, la philosophie asilaire continuera toutefois à dominer les débats, comme la recherche d'un strict partage des tâches, cette fois sous la forme d'une plus grande spécialisation des lieux d'enfermement. Cette spécialisation sera réfléchie à partir d'un vaste mouvement de circulation internationale des idées et des pratiques. L'intérêt d'asiles spéciaux pour aliénés criminels sera en effet discuté à de nombreuses occasions, en France comme à l'étranger<sup>18</sup>. Dès 1846, Brière de Boismont avait proposé une maison spéciale pour les fous criminels, sur le modèle de celles de Broadmoor près Londres, de Dendrum en Irlande, de Perth en Écosse et de Bruges (asile Saint-Dominique) en Belgique. En 1863, Legrand du Saulle renouvela cette proposition devant la Société médico-psychologique, sous la forme d'un asile central pour les aliénés criminels et de sections du même genre dans quatre des principaux asiles du pays. À la suite d'une étude générale sur la législation relative aux aliénés, réalisée par la Société de législation comparée entre 1870 et 1872, l'idée se concrétisa en 1876 avec la création du quartier spécial pour aliénés criminels et épileptiques de la maison centrale de Gaillon dans l'Eure, fermée en 1906, puis en 1910 avec le quartier de sûreté de Villejuif, ancêtre des maisons centrales sanitaires et des Unités pour Malades Difficiles (UMD). Tous les aliénistes n'étaient toutefois pas favorables à cette spécialisation, comme le firent savoir en 1871 les Dr Blanche, Voisin et Falret devant la Commission de la Société de législation comparée. Ce dernier ne partageait pas « une opinion souvent émise, d'après laquelle on devrait créer des asiles spéciaux pour cette classe d'aliénés (criminels). Il n'est pas bon que l'aliéné soit noté comme criminel et séparé de tous les autres, ainsi que cela existe à la sûreté de Bicêtre »<sup>19</sup>. Ce quartier dit de sûreté « fondé à Bicêtre dans le but de réaliser en partie la proposition dont nous nous occupons, permet de juger pratiquement les inconvénients de cette mesure anti-administrative et anti-médicale »<sup>20</sup>. Pour autant, le gouvernement

---

<sup>15</sup> Renneville M., *op. cit.*

<sup>16</sup> Bellanger H., « Politiques et pratiques de la psychiatrie en prison 1945-1986 », *Criminocorpus* (En ligne), Savoirs, politiques et pratiques de l'exécution des peines en France au XX<sup>e</sup> siècle, Communications, mis en ligne le 01 décembre 2014. URL [<http://criminocorpus.revues.org/2730>].

<sup>17</sup> *Ibid.*

<sup>18</sup> En 1869 par la Société médico-psychologique de Paris ; en 1870, par la Société de législation comparée ; en 1875 par le Congrès des sciences médicales réuni à Bruxelles ; en 1877 par la Société de médecine légale de France ; en 1878 par le Congrès de médecine mentale tenu à Paris ; en 1881 par la Société générale des Prisons ; en 1892 lors du troisième Congrès international d'anthropologie criminelle à Bruxelles ; en 1895 par le Congrès international pénitentiaire ; en 1897 par la Société Générale des prisons et par le Congrès international de médecine légale à Bruxelles.

<sup>19</sup> Société de législation comparée : séances du 26 décembre 1871 et du 20 janvier 1872 ; v. également les observations présentées par le Dr Charpentier, médecin en chef de Bicêtre, à la Société Générale des Prisons (*Revue pénitentiaire*, 1022-1023).

<sup>20</sup> Falret J.-P. (Dr), *De la responsabilité morale et légale des aliénés*, 1863, 21.

institutua en mars 1881 une commission extra-parlementaire pour étudier les modifications à apporter à la loi de 1838. La Société médico-psychologique se prononça pour la création de tels établissements en juillet 1882. Il faudra toutefois attendre 1887 pour que le Sénat vote un texte qui prévoyait que les condamnés à plus d'un an d'emprisonnement, reconnus épileptiques ou aliénés pendant l'exécution de leur peine, soient enfermés dans des quartiers spéciaux d'aliénés annexés à des établissements pénitentiaires, jusqu'à leur guérison ou l'expiration de leur peine. Le texte prévoyait également la construction d'asiles spéciaux pour les aliénés criminels, qui auraient également pu accueillir les condamnés reconnus dangereux à l'expiration de leur peine. La Chambre des députés s'y opposa. Le Dr Bourneville, dans son rapport du 12 juillet 1889, considérait qu'il n'y avait « *pas de raison sérieuse pour séparer les aliénés dits criminels des aliénés ordinaires. Ce sont des malades qui, sous l'impulsion du délire, ont commis des actes dont ils sont responsables. Ils doivent, par conséquent, être traités comme les autres malades, c'est-à-dire, internés dans l'asile de leur département. Les placer dans des asiles nationaux serait les éloigner de leur famille et aggraver leur situation* ». La proposition fut reprise le 19 mai 1897 dans les conclusions présentées à la Société générale des prisons par son rapporteur. M. Constans<sup>21</sup> : « *Tout condamné devenu aliéné pendant qu'il subit sa peine doit être retenu jusqu'à sa guérison, ou jusqu'à l'expiration de sa peine, dans un des quartiers spéciaux d'aliénés, dits asiles-prisons, dépendant d'un établissement pénitentiaire. S'il n'est pas guéri à l'expiration de sa peine, son internement doit alors s'effectuer dans un asile de quartier spécial d'aliénés criminels* ». Au Congrès de médecine mentale tenu à Nancy en 1896, fut adopté le vœu de compléter la loi de 1838 par la création « *d'asiles de sûreté* » pour « *mieux prémunir la Société contre les aliénés dangereux et certains délinquants jugés comme des types intermédiaires entre la raison et la folie, ainsi que les délirants alcooliques qui ne sont à leur place ni dans les asiles ordinaires ni dans les prisons* ». Ceux-ci « *n'en sortiraient qu'en vertu d'un jugement éclairé par les conclusions d'une commission générale* ».

La diversification des modes d'enfermement qu'ils envisageaient supposait d'étroites relations entre les médecins et les acteurs du système pénal, notamment par l'entrée des premiers en détention. Ils purent s'appuyer sur une minorité d'aliénistes souhaitant rompre avec ce qu'ils appelaient « *l'abstentionnisme thérapeutique de leurs aînés* »<sup>22</sup>. Il fallut toutefois attendre 1927 et l'ouverture de la première annexe psychiatrique à Lille par les Dr Raviart et Vullien pour constater un premier rapprochement des communautés pénitentiaires et psychiatriques<sup>23</sup>. Faute de moyens, ces interventions psychiatriques demeureront marginales durant l'entre-deux-guerres. Il était peu question d'ailleurs de prise en charge thérapeutique, tant les missions des psychiatres se limitaient au dépistage des détenus aliénés, de façon à les exfiltrer du milieu pénitentiaire pour les confier aux asiles<sup>24</sup>. Ces réformateurs vont néanmoins obtenir, en 1936, la publication d'un décret autorisant la création de services d'examen psychiatriques dans trois prisons parisiennes (La Santé, La Petite Roquette et Fresnes). La guerre interrompit toutefois ce processus. Le rôle de ces annexes sera finalement défini en 1946 par Paul Amor, directeur général de l'administration pénitentiaire, pour qui elles avaient « *pour but d'éclairer la justice par le dépistage et le traitement des délinquants mentalement anormaux qui se trouvaient dans des établissements pénitentiaires* ». Elles se multiplieront après la Seconde Guerre mondiale, malgré un manque criant de moyens et de personnels.

Cette hybridation des régulations va ensuite s'étendre à la prise en charge des criminels alcooliques. Pour tous les scientifiques de la fin du XIX<sup>e</sup> et du début du XX<sup>e</sup> siècle, la presse, l'alcoolisme, la désorganisation familiale en général et des familles ouvrières en particulier, le manque d'instruction et la misère économique sont en effet les principaux moteurs du passage à l'acte délinquant<sup>25</sup>. L'alcoolisme est un sujet de préoccupation majeur, comme en témoigne la multiplication des études statistiques réalisées auprès des détenus. Pour Prins, Garofalo ou Cesare Lombroso, comme pour bien des médecins, les enfants d'alcooliques sont dégénérés, prédestinés à devenir eux-mêmes alcooliques et/ou délinquants. Magnan et Filassier écrivaient ainsi en 1912 que « *sur 1 000 enfants d'alcooliques, un tiers*

<sup>21</sup> *Revue pénitentiaire*, 1897, 856-857.

<sup>22</sup> Bellanger H., « Politiques et pratiques de la psychiatrie en prison 1945-1986 », *op. cit.*

<sup>23</sup> *Ibid.*

<sup>24</sup> *Ibid.*

<sup>25</sup> Kaluszynski M., *La République à l'épreuve du crime : la construction du crime comme objet politique : 1880-1920*, Paris, LGDJ, 2002.

environ disparaissent à la naissance ou dans les deux ou trois premières années, et parmi les survivants on compte de nombreux idiots, épileptiques, et beaucoup de dégénérés dénués de sens moral, instinctivement pervers, impulsifs, anormaux, victimes douloureuses de l'alcoolisme des parents » et « qu'il suffisait de porter son regard sur le grand groupe des dégénérescences mentales — tristes descendances des alcoolisés — pour s'assurer que l'alcoolisme fournit aux quartiers d'hommes des asiles de la Seine les trois quarts de leur population »<sup>26</sup>. Outre les multiples publications démontrant les liens entre alcool et criminalité, quelques rares écrits sur la consommation d'opium et de cocaïne apparaissent. Du fait du contexte socio-politique de l'époque, dans une société qui craint par-dessus tout la dépopulation nationale, l'altération de la race et la multiplication des désordres sociaux, les responsables politiques, institutionnels et les médecins considèrent que ces dégénérescences mettent la société en « danger de mort »<sup>27</sup>. La récidive alimente également de multiples débats durant la Troisième République, sur fond de constat d'échec des prisons et de leur mode de fonctionnement. « *Sciences sur le social* », les sciences de l'homme vont alors être appelées à devenir sciences « dans le social »<sup>28</sup>. À la manière des « *evidence-based policies* » contemporaines, la criminologie prit la forme d'un nouveau savoir politique, une « science de gouvernement » chargée d'asseoir des mesures et des actions politiques. « *Le pouvoir entend réagir en médecin dans ses analyses sur la société (parlant de pathologie, de sélection, de corps, de prophylaxie) et en juriste dans ses actions. Dans cette dernière moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, l'idéologie de la science est à son apogée. Il existe cette espérance folle que le progrès, les nouvelles techniques ou nouveaux savoirs vont faire reculer tous les fléaux* »<sup>29</sup>.

L'incorrigible récidiviste et le malade incurable ne sont plus des figures exclusives. Ces mutations des cadres interprétatifs de la déviance vont accélérer le mouvement de pathologisation du passage à l'acte et générer une assimilation croissante entre punition et traitement. Les médecins considéraient que leur action ne devait pas porter sur les seuls aliénés, mais 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 »<sup>30</sup>. Outre la création d'asiles spéciaux pour les aliénés criminels, les sociétés savantes vont donc préconiser la création d'établissements sanitaires spécifiques pour les alcooliques, à l'image de ceux qui se sont développés plus précocement en Allemagne, en Grande-Bretagne, aux USA ou encore au Danemark. En France, seule existe alors l'expérience de l'asile spécial de la Seine, réservé toutefois aux alcooliques délirants. Or, les préoccupations se portent non plus sur les alcooliques devenus aliénés, et donc irresponsables, mais sur ceux dont la criminalité s'explique par un excès de boissons alcooliques. L'incarcération, comme l'internement dans les asiles classiques, sont perçus comme contre-productifs. Au regard du régime légal applicable, les alcooliques étaient soit déclarés irresponsables, et donc internés, soit bénéficiaient d'une atténuation de la responsabilité et dès lors incarcérés pour une courte période. Selon les spécialistes, ces alcooliques revenaient dans la société bien trop rapidement, n'étaient pas suffisamment maintenus isolés du milieu social et donc sortaient aussi dangereux que lors de leur arrestation. On leur reprochait de récidiver dès leur libération, sinon, du fait des règles de l'irresponsabilité pénale, une immunité ou un « brevet d'irresponsabilité »<sup>31</sup>. L'emprisonnement, le plus souvent de courte durée et sans traitement, est jugé inefficace. On se contente d'agir sur les symptômes et non sur les causes, la prison étant par ailleurs perçue comme une école du crime. Si l'alcoolisme est présenté comme une maladie, l'hospitalisation dans les asiles n'est guère plus positive. Leur irritabilité, leurs violences chroniques, compliquent leur prise en charge et leur internement apparaît préjudiciable au traitement des autres malades. Tous considèrent qu'il convient de les contraindre à se soigner par le biais d'un sevrage. N'ayant leur place ni à l'asile, ni en prison, il fallait établir des régimes d'internement différenciés, sous la forme d'asiles de buveurs susceptibles de les maintenir plus longtemps internés, sur décision judiciaire autant qu'administrative, c'est-à-dire avant toute infraction en cas d'ivresse répétée. En 1895, les intervenants au congrès pénitentiaire évoquent les résultats positifs des établissements

<sup>26</sup> Archives d'Anthropologie Criminelle, 1913, Tome 28, n°219, 160.

<sup>27</sup> Kaluszynski M., *La République à l'épreuve du crime*, op. cit.

<sup>28</sup> *Ibid.*, 107.

<sup>29</sup> *Ibid.*, 190.

<sup>30</sup> Renneville M., op. cit., 148.

<sup>31</sup> Alombert-Goget J.-G. (Dr), *La question de l'internement, des aliénés criminels*, Lyon, 1902, 33.

institués à l'étranger, qui pour certains commençaient à s'ouvrir aux morphiniques. Selon Magnan, « *toutes ces institutions, nous en sommes convaincus, finiront par provoquer des mesures législatives permettant non plus d'attendre le bon vouloir, d'ailleurs très rare, du buveur d'habitude, mais de l'obliger même malgré lui à un traitement suffisamment prolongé, dès que des habitudes invétérées d'intempérance auront été notoirement constatées, ou que l'individu sous l'influence des abus de boissons, se sera rendu coupable de délits entraînant l'emprisonnement* ». Un projet de loi fut même discuté par la Chambre des députés en 1907, qui prévoyait la création par les départements, dans un délai de dix ans, d'établissements spéciaux ou de sections spéciales destinées au traitement des buveurs. Un peu plus tard, en 1934, la commission interministérielle de législation pénale présidée par Paul Matter, juriste proche des médecins, rédigea un avant-projet de code pénal. Celui-ci proposait une réforme audacieuse : l'internement des alcooliques et toxicomanes à la sortie de prison. Selon son article 73, « *toute personne alcoolique, toxicomane ou atteinte d'une maladie mentale grave, qui a commis un crime ou un délit passible d'une peine pouvant s'élever à deux ans d'emprisonnement, sera internée à l'expiration de sa peine dans une maison spéciale de santé, pour y recevoir les soins que nécessite son état, lorsque le tribunal aura reconnu qu'elle constitue un danger sérieux pour la paix publique. La durée de cet internement est de cinq ans au maximum, mais elle sera réduite si l'interné peut être mis en liberté sans danger pour la paix publique, ainsi qu'il sera prescrit au code d'instruction criminelle* ». Cette réforme n'aboutira pas.

Au-delà des asiles et des prisons, les hommes de la Troisième République adoptèrent une approche extensive, hygiéniste, faisant de la prophylaxie sociale un instrument de défense sociale. Tous vont proposer, à la manière de Morel, des mesures de prophylaxie ou d'« *hygiène mentale* ». À la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, les positivistes italiens, l'école du milieu social et les médecins français ont fait de cette hygiène publique et privée une sorte de « *médecine politique* », avec pour objectif l'assainissement physique et moral de la société<sup>32</sup>. Pour ce qui concerne l'alcool, l'Assemblée nationale va réprimer l'ivresse publique en 1873, engager une véritable croisade contre les débits de boisson, introduire un enseignement antialcoolique à l'école. Les pouvoirs publics vont également inciter au développement des sociétés de tempérance, sur le modèle d'expériences étrangères mises en place dans la première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, notamment américaines. Malgré l'unanimité au sein des sociétés savantes sur la nécessité de créer des asiles spéciaux, le système asilaire fait l'objet de critiques au début du XX<sup>e</sup> siècle, notamment en raison du nombre croissant d'internements, pourtant sans évolution notable des malades. Alors que la population asilaire comptait environ 40 000 patients en 1874, elle s'élève à 77 700 en 1926<sup>33</sup>. Certains médecins considèrent en effet que les anormaux arrivent trop tard à l'asile, qu'on les traite à un stade de la maladie trop avancé. Il faut donc 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* »<sup>34</sup>. Cette stratégie thérapeutique de dépistage explique la création de services ouverts chargés de suivre les malades mentaux pour lesquels un internement ne se justifie pas. Ces services seront initiés à partir de 1900 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<sup>35</sup>.

À partir de ces premières expériences, nombre de psychiatres vont préconiser, comme le Dr Édouard Toulouse, une diversification des prises en charge et le développement de techniques alternatives (dispensaires, soins ambulatoires, suivi post-sortie) pour les aliénés comme pour les criminels. « *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.* »<sup>36</sup>. S'agissant de l'alcoolisme, les médecins, les professionnels de la justice et les hommes politiques insistent alors sur la nécessité d'assurer le contrôle et l'assistance des buveurs à la sortie de

---

<sup>32</sup> Kaluszynski M., *La République à l'épreuve du crime, op. cit.*, 52.

<sup>33</sup> Renneville M., *op. cit.*, 359.

<sup>34</sup> *Ibid.*, 360.

<sup>35</sup> *Ibid.*

<sup>36</sup> *Ibid.*, 362.

l'asile et de la prison. Magnan, dès 1878, insistait sur les risques de rechute et l'obligation d'abstinence. Au sujet des asiles de buveurs en 1895, il indiquait que leur action ne pouvait être efficace que si les alcooliques trouvaient à la sortie l'appui « *d'institutions protectrices qui sont les compléments indispensables des asiles* » (société d'abstinence, de patronage). Il s'agissait dans son esprit d'offrir un accompagnement et un refuge de quelques jours pour que les sortants ne succombent pas aux tentations. Outre le recours aux sociétés de tempérance, les médecins vont donc prôner le développement du patronage, pendant le séjour à l'asile ou en prison et à la sortie. Évoquées par le ministre de l'Intérieur dès 1842 dans une instruction sur l'assistance à accorder aux détenus libérés, ces sociétés sont apparues vers les années 1870 à l'initiative de quelques congrégations religieuses, sur la base d'exemples américains, anglais, danois et suisses, afin de fournir refuge et travail aux libérés.

Ces réflexions entrent alors en résonance avec les fermes critiques sur l'effet nocif des courtes peines et la volonté de recourir à des peines alternatives. La loi Béranger de 1891 avait bien introduit le sursis et la loi de 1885 la libération conditionnelle, mais nombreux sont ceux qui pointent l'importance 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 également pour ne pas laisser les personnes bénéficiant d'une libération conditionnelle sans secours durant le temps d'épreuve. Certes, la loi de 1885 prévoyait bien une remise aux sociétés de patronage, mais celles-ci étaient encore embryonnaires. Elles n'existaient que dans 30 départements en 1878, mais essentiellement pour accompagner les mineurs et les femmes. En 1937, trois patronages seulement existaient pour les hommes adultes. Les spécialistes s'accordent alors sur la nécessité de développer ces prises en charge en milieu ouvert. Ils s'appuient sur l'exemple de la probation américaine, d'abord expérimentée dans l'État du Massachusetts en 1841 au sujet d'inculpés pour « *ivrognerie* ». Les résultats semblent prometteurs, cette mesure permettant d'interdire au condamné de boire ou de se rendre dans des débits de boisson, mais aussi de l'accompagner par des mesures d'assistance et des secours médicaux. L'idée d'une tutelle temporaire à la libération émerge également dans les années 1930, par des assistantes sociales qui, sous le contrôle du neuro-psychiatre de la prison, seraient notamment chargées de contrôler l'abstinence. Ce dispositif fut d'ailleurs expérimenté à la petite Roquette. Tous ces projets seront néanmoins stoppés par la Seconde Guerre mondiale, et c'est après 1945, sous l'influence notable du mouvement de la défense sociale nouvelle, que les premiers soins pénalement ordonnés vont apparaître.

### ***1. L'émergence des soins pénalement ordonnés en milieu ouvert***

Les conditions d'incarcération durant la Seconde Guerre mondiale, ainsi que la mort de famine de plus de quarante mille malades internés, vont donner un plus large écho aux critiques portées à l'encontre du système pénitentiaire et de l'institution psychiatrique, justifiant des deux côtés un processus de réforme. Nous ne détaillerons pas ici l'évolution des soins en détention depuis la création des premières annexes psychiatriques<sup>37</sup>, ni le processus de désinstitutionnalisation dans le secteur hospitalier, fort bien documentés par ailleurs, pour nous concentrer sur l'apparition des soins pénalement ordonnés en milieu ouvert. Après la libération, le mouvement de la défense sociale nouvelle va notamment recommander de substituer des mesures de défense sociale à la peine privative de liberté pour certaines catégories de délinquants. Lors du Congrès pénitentiaire de 1950, nombreux sont les médecins et pénalistes insistant sur la nécessité de développer les soins en milieu libre. Pour limiter le recours à l'emprisonnement, J. Pinatel, M. Ancel et bien d'autres vont promouvoir la probation en France, sous la forme d'un sursis avec mise à l'épreuve, ainsi que des mesures de « *surveillance psychothérapique et sociale* »<sup>38</sup>. Parallèlement, des médecins considèrent que la psychiatrie ne peut plus s'occuper que des malades mentaux, qu'il faut développer une « *psychiatrie sociale* », notamment pour le traitement des alcooliques, des personnes ayant des troubles de la personnalité, des délinquants sexuels, et plus globalement des « *inadaptés sociaux* ».

---

<sup>37</sup> Bellanger H., « Politiques et pratiques de la psychiatrie en prison 1945-1986 », *op. cit.*

<sup>38</sup> Danet J., « Les politiques sécuritaires à la lumière de la doctrine de la défense sociale nouvelle », *Journée d'études « Les politiques sécuritaires à la lumière de la doctrine pénale du XIX<sup>e</sup> au XX<sup>e</sup> siècle »*, Collège de France, 2009.

En 1948, une proposition de loi instituant des asiles de buveurs fut à nouveau débattue à l'Assemblée nationale. De nombreux commentateurs s'alarmèrent encore de la prévalence de l'alcoolisme en France, dont les liens avec la délinquance ne semblaient plus à démontrer. Selon son rapporteur, Denis Cordonnier, plus de 60% des auteurs de violences identifiés étaient alcooliques. Ce projet fut cependant systématiquement reporté, et ce jusqu'en 1953. Cette année-là, le rapporteur du texte emprunta largement aux registres discursifs qui dominaient durant la Troisième République, en martelant les dégénérescences induites par la forte proportion d'alcooliques, estimée à 20% de la population, l'impact délétère sur les familles, etc. La loi du 15 avril 1954 sur le traitement des alcooliques dangereux pour autrui a donc instauré une mise sous surveillance sanitaire après signalement par les autorités judiciaires ou administratives<sup>39</sup>. Elle s'inspirait d'une expérimentation initiée dans le département de la Seine en 1953, avec la création d'un dispensaire d'hygiène mentale proposant des consultations alcooliques, dont les résultats étaient jugés positifs pour près de la moitié des prises en charge. Cette surveillance fut d'abord pensée en milieu libre, « *l'autorité sanitaire [essayant] par la persuasion de l'amener à s'amender* »<sup>40</sup>. Face à un alcoolique estimé non amendable, sur requête d'une commission médicale, le procureur de la République pouvait le faire citer devant le tribunal civil siégeant en chambre du conseil. La juridiction civile avait compétence pour décider d'un placement dans un centre de rééducation pour alcooliques, constitué auprès d'un hôpital. La durée du placement était de six mois prorogables pour des durées inférieures ou égales à six mois, jusqu'à l'obtention de la guérison<sup>41</sup>. À sa sortie de l'établissement de cure, il était prévu que l'intéressé puisse demeurer, pendant un an, sous la surveillance d'un dispensaire d'hygiène mentale ou sociale, éventuellement secondé par des sociétés antialcooliques regroupant d'anciens buveurs et des abstinents, comme le mouvement « la vie libre » créé en 1952. La contrainte alors instituée répond avant tout à un objectif thérapeutique et rééducatif, en dehors du cadre punitif : l'obligation à se soigner intervient *ante-delictum*<sup>42</sup>, sur la base d'une présomption de dangerosité<sup>43</sup> pour autrui, de la perception d'un risque signalé par les autorités judiciaires, administratives, ou encore par un rapport d'une assistante sociale. Toutefois, l'article 8 de la loi prévoyait des sanctions pénales, amende ou emprisonnement, en cas de non-respect des mesures de surveillance ou de placement<sup>44</sup>. Le juge pénal était dès lors saisi de l'inexécution de la contrainte sanitaire. Faute de moyens, ce texte ne fut pas réellement appliqué, un seul centre de rééducation ayant vu le jour. La loi sera abrogée par l'ordonnance du 15 juin 2000 relative à la partie législative du code de la santé publique<sup>45</sup>. À l'identique, une loi du 24 décembre 1953 avait bien prévu des « *cures de désintoxication dans des établissements spécialisés* » pour toxicomanes, cette fois potentiellement prononcées par les juridictions pénales, mais comme au XIX<sup>e</sup> siècle, le problème de la drogue inquiète relativement peu. Les toxicomanes sont rares et la croissance de l'usage de cocaïne à Paris au début du siècle semble enrayée. De sorte que les décrets d'application ne seront jamais publiés.

En définitive, ce sont les dispositions relatives au sursis avec mise à l'épreuve qui prendront le relais en 1959, sur la base d'un projet discuté à l'Assemblée nationale dès 1952, et qui permettront au juge de prononcer des obligations de soin. Ce n'est donc qu'à compter des années 1960 que nous avons basculé dans l'ère des soins pénalement ordonnés, l'ordonnance du 23 décembre 1958 et le décret du 23 février 1959 ayant donné au juge la possibilité 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 du code pénal). L'ordonnance du 23 décembre 1958 organisa par ailleurs un dispositif opérationnel de contrôle et de surveillance des condamnés avec la création du juge d'application des peines et des comités de probation et d'assistance aux libérés. Depuis lors, l'obligation de soin est

---

<sup>39</sup> Brousse G., Boussiron D., Liorca P.-M., « Retour sur la loi du 15 avril 1954 qui vient d'être abrogée », *Alcoolologie et addictologie*, 2003, vol. 25, n° 1, 17.

<sup>40</sup> Art. 3 de la loi.

<sup>41</sup> Art. 6 de la loi.

<sup>42</sup> L'intoxication alcoolique peut être constatée à l'occasion de poursuites (art. 2 de la loi) ou lors de l'incarcération de l'individu (art. 6 de la loi).

<sup>43</sup> L'article 2 de la loi vise expressément « tout alcoolique présumé dangereux ».

<sup>44</sup> Art. 8 de la loi : « *Le malade qui se soustrait à l'examen médical visé à l'article 3 est passible d'une amende de 200 à 1 000 F ; en cas de récidive il pourra être condamné à huit jours d'emprisonnement au plus. Le malade qui quitte sans autorisation l'établissement où il a été placé par le tribunal est passible de 200 à 1 000 F d'amende et de huit jours d'emprisonnement au plus ou de l'une de ces deux peines seulement* ».

<sup>45</sup> Ordonnance n°2000-548.

également devenue l'une des modalités du contrôle judiciaire au cours de la phase d'instruction (art. 138 du CPP) et des différents aménagements de peine (art. 731 CPP). Elle peut encore accompagner une mesure de suspension de peine pour raison médicale (art. 720-1-1, D. 138 du CPP) et intervenir après l'exécution d'une peine prononcée à l'encontre d'un condamné dont le discernement ou le contrôle de ses actes a été altéré par un trouble psychique ou neuropsychique (art. 122-2 al. 2 du CP et 706-136-1 du CPP). Ainsi, l'obligation de soin constitue désormais une mesure de contrainte applicable à tout stade du procès pénal, à laquelle il peut être recouru à l'occasion de tout type de transgression à la loi pénale. Elle n'est plus, comme en 1954, associée à la lutte contre un problème de santé publique, mais s'est recentrée sur la personne du prévenu ou du condamné. Le soin est bien articulé ici à la sanction. Sur le plan procédural, le cadre juridique de l'obligation de soin est demeuré très mince. Une expertise préalable n'est pas obligatoire et aucun cadre formel ne préside aux relations entre les mondes judiciaire et sanitaire.

Dans les années 1960, une nouvelle figure de dangerosité va apparaître, celle du « *junkie* », justifiant l'adoption d'un nouveau type de soin pénalement ordonné : l'injonction thérapeutique. Auparavant, l'usage de drogues n'était pas envisagé comme un problème de santé publique, mais plutôt sous l'angle du trafic international<sup>46</sup>. En 1961, une circulaire du ministère de la Justice évoquait le faible nombre « *d'intoxiqués* » en France, mais regrettait que le pays soit « *trop souvent représenté à l'étranger comme un centre de transformation clandestine et de transit vers l'Amérique du Nord des dérivés de l'opium en provenance du Moyen-Orient* ». Le ministre recommandait une « *répression impitoyable* », même si les toxicomanes devaient selon lui être traités avec « *humanité et discernement* » grâce à des cures de désintoxication. Le sujet va néanmoins investir l'agenda public en 1969, pour des raisons bien plus politiques que liées à l'acuité du problème. Les interpellations d'usagers ou de trafiquants de drogues sont encore rares : 1 200 en 1969 dont 836 pour trafic de cannabis. Un fait divers va toutefois 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 de Bandol. Cet événement médiatique s'inscrit par ailleurs dans un climat politique particulier, sans compter les pressions américaines en faveur d'une répression accrue. Suite aux événements de Mai 1968, le pouvoir entend reprendre en main sa jeunesse, dont la consommation de drogues est interprétée comme une pratique séditionnelle<sup>47</sup>. Comme l'alcool en son temps, les pouvoirs publics insisteront sur les liens entre drogues et criminalité et tendront même à dramatiser le phénomène. Il est question dans plusieurs circulaires d'épidémie, voire d'endémie, même si les responsables politiques de l'époque reconnaissent que la situation était plus problématique à l'étranger, notamment aux États-Unis et en Grande-Bretagne. Les policiers recensaient de 3 000 à 6 000 toxicomanes à la fin des années 1960. Le Dr Olivenstein estimait quant à lui à 20 000 le nombre de consommateurs de drogues. La stratégie adoptée fut celle d'une véritable « *guerre à la drogue* », à l'aide d'un renforcement de l'arsenal répressif aux fins de dissuasion, mais aussi, selon les termes d'une circulaire du 15 décembre 1969, de l'« *armement sanitaire* ». Afin de préparer les débats parlementaires, le ministre de la Justice procéda à une enquête auprès des juridictions pour connaître le traitement pénal réservé aux usagers de stupéfiants. Ceux-ci faisaient alors systématiquement l'objet de poursuites sous les qualifications de détention. Mais le gouvernement s'appuya sur l'avis des « *autorités médicales [qui], face au développement de la toxicomanie, en particulier chez les jeunes, ont manifesté le souhait qu'une tentative soit faite en vue de donner le pas à la prophylaxie sur la répression, insuffisante en elle-même pour assurer la guérison et la réinsertion sociale des usagers de drogues* »<sup>48</sup>. À titre expérimental, le gouvernement initia un dispositif destiné au traitement et à la surveillance des personnes signalées à l'autorité sanitaire par le parquet. Cette expérimentation préfigura le système mis en place en 1970. Tout en interdisant l'usage de stupéfiants dans la sphère privée, la loi de 1970 a fait le choix de « *sanitariser* » l'usage de drogues<sup>49</sup>, ou du moins d'articuler un double volet répressif et sanitaire. Selon le code de la santé publique, et non le code pénal, l'usage peut donner lieu à une peine privative de liberté d'un an

<sup>46</sup> V. notamment Bergeron E., *L'État et la toxicomanie : histoire d'une singularité française*, Paris, PUF, 1999 ; Simmat-Durand L., *La lutte contre la toxicomanie, de la législation à la réglementation*, Paris, L'Harmattan, 2001.

<sup>47</sup> *Ibid.*

<sup>48</sup> Circulaire du 15 décembre 1969.

<sup>49</sup> Setbon M., *L'injonction thérapeutique. Évaluation du dispositif légal de prise en charge sanitaire des usagers de drogues interpellés*, OFDT, Étude n°21, 2000 ; Simmat-Durand L., *La lutte contre la toxicomanie, de la législation à la réglementation*, *op. cit.*

(L628 du CSP). Perçu comme un malade qu'il faut accompagner vers l'abstinence, par l'intermédiaire d'une cure de sevrage, la loi a inclus un versant curatif, qui prendra le nom d'injonction thérapeutique au milieu des années 1980<sup>50</sup>. Cette mesure se présente sous une forme bien différente de l'obligation de soin classique, dès lors qu'elle peut intervenir en amont des poursuites et, en cas de réussite, aboutir à un classement de l'affaire. Il s'agit dès lors de la première forme d'alternative aux poursuites, donnant lieu à une cure de désintoxication ou à une surveillance médicale. L'article L. 628-1 du code de la santé publique disposait à l'époque que « *le procureur de la République pourra enjoindre aux personnes ayant fait un usage illicite de stupéfiants de subir une cure de désintoxication ou de se placer sous surveillance médicale. L'action publique ne sera pas exercée à l'égard des personnes qui se seront conformées au traitement médical qui leur aura été prescrit et l'auront suivi jusqu'à son terme. De même, l'action publique ne sera pas exercée à l'égard des personnes ayant fait un usage illicite de stupéfiants, lorsqu'il sera établi qu'elles se sont soumises, depuis les faits qui leur sont reprochés, à une cure de désintoxication ou à une surveillance médicale* ».

La mise en œuvre de cette nouvelle mesure fut cependant très lente, puisqu'il faudra attendre plus de cinq ans pour que le nombre de mesures dépasse le millier sur le territoire national (1 317 en 1977)<sup>51</sup>. Malgré quelques expériences locales réussies, c'est un constat d'échec qui s'impose au milieu des années 1980. La progression des hépatites et du virus du sida parmi les toxicomanes va néanmoins relancer un temps cette alternative sanitaire. « *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* »<sup>52</sup>. La mesure se replie sur un public éloigné des circuits sanitaires pour devenir « *l'occasion d'un premier recours aux soins* »<sup>53</sup> puis d'un contact avec les structures de prise en charge sociale. L'injonction thérapeutique « *devient un instrument de lutte contre le sida, contre l'exclusion sociale et contre la récurrence* »<sup>54</sup>. En février 1993, le ministre de la Justice diffusa une circulaire auprès des parquets pour relancer le prononcé de cette alternative, ce qui s'est effectivement traduit par une augmentation du nombre de mesures. Toutefois, la part des usagers concernés n'a fait que stagner, du fait d'interpellations devenues massives : 62 000 usagers interpellés en 1995, 8 630 injonctions prononcées<sup>55</sup>, la région parisienne concentrant alors l'essentiel des mesures. En 1994, 38% des TGI n'en prononçaient aucune<sup>56</sup>. En 1995, puis 1999, de nouvelles circulaires ont tenté de promouvoir de nouveau le dispositif, mais sans véritable impact sur la politique pénale, le nombre d'injonctions thérapeutiques ayant même diminué entre 1995 et 2006. Cet échec fut attribué au manque de moyens et de professionnels pour les prendre en charge, notamment du fait d'une pénurie de médecins spécialisés dans le champ des addictions, mais aussi à l'opposition féroce d'une bonne part du corps médical. Comme au sujet des obligations de soin, les intervenants ont contesté ces mesures au nom du secret médical et de l'intentionnalité des soins<sup>57</sup>. Si la circulaire du 25 août 1971 insistait sur la nécessité de « *susciter l'adhésion de l'intéressé* », l'ambivalence des pouvoirs publics était manifeste, le texte ajoutant qu'il était indispensable qu'il « *ait clairement conscience des suites que pourrait comporter sur le plan pénal son refus de se soumettre à la cure prescrite* ». Selon une circulaire du 19 septembre 1984 du Garde des Sceaux, « *sans doute l'injonction thérapeutique a-t-elle montré ses limites qui tiennent à son principe même ; en effet, de l'avis de la plupart des médecins appelés à intervenir, il ne faut attendre que des résultats modestes d'une thérapie fondée sur la contrainte et associant le médecin et le magistrat, dans des conditions souvent difficiles à comprendre pour l'usager* ».

---

<sup>50</sup> Setbon M., *op. cit.*

<sup>51</sup> Simmat-Durand L., Martineau H., « Vingt-cinq années de répression de l'usage illicite de stupéfiants », *Population*, 1999, n° 4/5, 777-791.

<sup>52</sup> Simmat-Durand L., « Les obligations de soins : une pratique ambiguë » *Déviance et Société*, 1999, vol. 23, n° 4, 424.

<sup>53</sup> *Ibid.*

<sup>54</sup> *Ibid.*

<sup>55</sup> *Ibid.*

<sup>56</sup> Simmat-Durand L., « Injonctions thérapeutiques aux usagers de stupéfiants : disparités régionales », *Santé publique*, 2000, n° 3, 405-418.

<sup>57</sup> Bergeron E., *L'État et la toxicomanie : histoire d'une singularité française, op. cit.*

Pour le relancer à nouveau, une loi a réformé le dispositif en 2007. Le législateur a généralisé l'injonction thérapeutique à toutes les phases 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 stupéfiants 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* ». Pour faciliter les relations entre magistrats et soignants, le législateur s'est inspiré du dispositif des médecins coordonnateurs, dont nous reparlerons au sujet de l'injonction de soin, en créant un médecin-relais. Ce médecin est chargé d'assurer l'interface entre le patient, la structure de soin et l'autorité judiciaire. Après un examen de la personne, il doit donner à l'institution judiciaire son avis motivé sur l'opportunité médicale de la mesure d'injonction thérapeutique. Il lui appartient ensuite de contrôler son déroulement par le biais d'examens réguliers. Lui seul, et non le médecin traitant, est chargé d'informer l'autorité judiciaire de l'évolution de la situation médicale de l'intéressé. Malgré ces fréquentes tentatives de relance et l'explosion des interpellations pour usage, le nombre d'injonctions thérapeutiques ordonnées par les parquets a pourtant diminué depuis 2007 (8 630 en 1995, 10 062 en 2007, 9 385 en 2009, 8 263 en 2010)<sup>58</sup>. Les disparités régionales sont encore importantes. Seuls 45% des TGI utilisaient ce dispositif en 2009. 5% des injonctions thérapeutiques seraient prononcées par les juridictions de jugement, qui privilégient vraisemblablement le cadre bien plus souple de l'obligation de soin (art. 132-45 C.P.). La plupart des départements souffrent en effet d'une telle pénurie de médecins addictologues qu'ils ne disposent d'aucun médecin-relais. Alors que les injonctions thérapeutiques représentaient 12% des alternatives aux poursuites pour usage de stupéfiants en 2007, ce pourcentage est passé à 6% en 2014<sup>59</sup>.

Malgré l'ensemble des réformes engagées pour limiter le recours à l'incarcération en présence de pathologies mentales et/ou d'addiction, aucun gouvernement n'est parvenu à endiguer la nette surreprésentation de ces publics en détention, comme d'ailleurs partout dans le monde. Les données françaises sont toutefois parcellaires et pour certaines bien trop anciennes. Selon une étude épidémiologique réalisée en 2003-2004 auprès de 800 détenus, la proportion de détenus atteints de psychose était comprise, selon les différents modes d'évaluation retenus, entre 14% et 21%<sup>60</sup>. Entre 3,8 et 11,9% ont été diagnostiqués schizophrènes, entre 8,7% et 12,9% dépendants à l'alcool et entre 8,9% et 16,2% à une autre drogue illicite. Selon une étude réalisée en 2011 auprès de 381 détenus du Centre pénitentiaire de Liancourt, 60% consommaient au moins une drogue illicite avant l'incarcération, 43,6% en consommaient en détention, essentiellement du cannabis (38,2%), mais parfois de l'héroïne (8,1%) et de la cocaïne (7,1%)<sup>61</sup>. 10,8% déclaraient recevoir un traitement de substitution aux opiacés, en majorité de la méthadone. Dans une étude réalisée en 2014 auprès de 1 767 entrants en détention dans les prisons de Picardie, 20,8 % des hommes nouvellement détenus avaient eu un suivi psychiatrique antérieur et 16,6 % suivaient un traitement psychiatrique<sup>62</sup>. 5,1% avaient antérieurement connu une hospitalisation en psychiatrie, 9,4 % déclaraient avoir fait une tentative de suicide au cours des douze derniers mois. 10% avaient consommé de l'héroïne au cours des 12 mois précédant l'enquête, 7,1% de la cocaïne ou du crack. 15% déclaraient prendre un traitement de substitution aux opiacés.

---

<sup>58</sup> Charbonnier G. *et al.*, *Rapport de la Mission d'évaluation de la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance*, 2010.

<sup>59</sup> Obradovic I, *Trente ans de réponse pénale à l'usage de stupéfiants*, Tendances n°103, OFDT, 2015.

<sup>60</sup> Falissard B. *et al.*, « Prevalence of mental disorders in French prisons for men », *BMC Psychiatry*, 2006, n° 6, 33, doi:10.1186/1471-244X-6-33.

<sup>61</sup> Sannier O, Verfaillie F., Lavielle D, « Réduction des risques et usages de drogues en détention : une stratégie sanitaire déficitaire et inefficace », *Presse Méd.*, 2012.

<sup>62</sup> Observatoire régional de santé, *État de santé des personnes entrant en établissement pénitentiaire en Picardie*, 2015. URL [[http://www.or2s.fr/images/Prison/2015\\_CaracteristiquesSanitaireEtSociale\\_NouveauxDetenusEn2014\\_Picardie.pdf](http://www.or2s.fr/images/Prison/2015_CaracteristiquesSanitaireEtSociale_NouveauxDetenusEn2014_Picardie.pdf)].

## 2. La genèse de l'injonction de soin

À partir des années 1990, les paniques morales, sans abandonner les figures de dangerosité que constituent le « fou » et le « junkie », vont se porter sur les délinquants sexuels, plus particulièrement les pédophiles, diabolisés à la suite de plusieurs faits divers défrayant la chronique<sup>63</sup>. Assimilés à des « prédateurs », ceux-ci sont perçus comme particulièrement dangereux, inévitablement récidivistes, mais aussi comme des « malades » qu'il faudrait surveiller sans discontinuer<sup>64</sup>. « *Le pédophile est un « démon familier » de l'imaginaire démocratique et de ses paniques morales. Il est représentatif de nos sociétés où l'atteinte sexuelle aux personnes (et à la plus vulnérable d'entre elles, l'enfant) est devenue la transgression majeure. Les paniques antipédophiles qui en résultent provoquent une émotion collective sans commune mesure avec la réalité. La répétition et l'affirmation de ce danger relancé à chaque fait divers provoquent les effets de croyance et de contagion décrits par Le Bon. Orchestrées par les médias de masse, nourries d'un flot de mots et d'images, les réactions sociales portent ce mécanisme à l'incandescence. Toutes les attentes se dirigent alors vers une justice présumée capable de nous délivrer enfin du mal* »<sup>65</sup>. Les statistiques criminelles dévoilent alors une progression importante des violences sexuelles, même si chercheurs et praticiens s'accordent à penser qu'elles ne reflètent pas une augmentation du phénomène, mais plutôt la plus forte propension des victimes à dénoncer les faits, bien que le taux de plainte soit encore particulièrement faible<sup>66</sup>. En vingt ans, les statistiques de police ont doublé. 7 142 infractions sexuelles ont été constatées en 1974, 19 187 en 1994. Sur la même période, les viols ont quadruplé (1 538 en 1974, 6 256 en 1994). Ceux commis sur mineur ont quasiment doublé (1 292 en 1991, 2 237 en 1996 dont 466 cas d'inceste). Les condamnations et les incarcérations n'ont donc cessé de croître. Les délinquants sexuels représentaient ainsi 5% de la population écrouée en 1980, presque 10% en 1990, 14% en 1996, 25% en 2001<sup>67</sup>.

Les psychiatres et psychologues ont dès lors vu cette population affluer en détention, ainsi que dans les centres médico-psychologiques (CMP) en raison du développement des obligations de soin en milieu ouvert. Au-delà de questionnements d'ordre clinique sur les formes de prise en charge d'un tel public, ils se sont trouvés de plus en plus souvent confrontés à des interlocuteurs judiciaires (SPIP, JAP), dont les attentes excédaient ou risquaient de dénaturer leurs missions. Les pouvoirs publics, ainsi qu'un certain nombre de praticiens fortement investis dans la prise en charge de cette « patientèle pénale », vont dès lors réfléchir à l'élaboration d'un processus spécifique de soin, encadrant au mieux l'articulation Santé-Justice. Plusieurs commissions et groupes de travail ont été chargés de formuler des propositions. En 1993, Pierre Méhaignerie, alors Garde des Sceaux, confie à Marie-Élisabeth Cartier, professeure de droit pénal, la présidence d'une commission d'étude pour la prévention de la récidive des criminels, dont le rapport émettra l'idée d'un « *suivi post-pénal* »<sup>68</sup>. En 1994, une commission d'étude sur l'évaluation et l'expertise psychiatrique des condamnés, présidée par le Dr Thérèse Lemperière, professeure de psychiatrie et présidente de la Société médico-psychologique, associant notamment les Dr Roland Coutanceau et Bernard Cordier, alla dans le même sens, préconisant par ailleurs une évaluation psychiatrique périodique, tous les deux ans ou à mi-peine, ainsi que l'élaboration d'un projet thérapeutique spécifique<sup>69</sup>. Enfin, un groupe de travail sur le traitement et le suivi médical des auteurs de délits et crimes sexuels, dont les rapporteurs étaient Claude Balier, psychiatre des hôpitaux, Claudine Parayre, médecin inspecteur de la santé publique et Colette Parpillon, directrice de l'administration pénitentiaire, préconisa en 1995 une intervention sanitaire précoce dès l'incarcération ainsi que la

<sup>63</sup> Bousaguet L., *La pédophilie, problème public. France, Belgique, Angleterre*, Paris, Dalloz, coll. « Nouvelle bibliothèque de thèses sciences politique », 2008 ; Verdrager P., *L'enfant interdit. Comment la pédophilie est devenue scandaleuse*, Paris, Armand Colin, 2013.

<sup>64</sup> Alvarez J., Gourmelon N., *La prise en charge pénitentiaire des auteurs d'agressions sexuelles*, Paris, La Documentation française, 2006, 97.

<sup>65</sup> Garapon A., Salas D., *Les nouvelles sorcières de Salem. Leçons d'Outreau*, Paris, éd. du Seuil, 2006, 32.

<sup>66</sup> Selon les enquêtes de l'INSEE réalisées sur la période 2006-2011, il n'excéderait pas 8% pour l'ensemble des violences sexuelles hors ménage (10% pour les femmes, 2,3% pour les hommes).

<sup>67</sup> Si leur nombre a continué de progresser jusqu'en 2008 (7 895 en 2001, 8 311 en 2008), la tendance est depuis lors à la baisse (7 641 au 1<sup>er</sup> janvier 2014). Ils ne représentaient plus que 12,5% de la population incarcérée au 1<sup>er</sup> janvier 2014.

<sup>68</sup> Cartier M.-E., *Rapport de la Commission d'étude pour la prévention de la récidive des criminels au ministre de la Justice*, 1994.

<sup>69</sup> Lemperière T., *Évaluation et expertise psychiatrique des condamnés*, Rapport au ministre de la Justice, 1994.

poursuite du suivi thérapeutique à la sortie<sup>70</sup>. Quelques mois plus tard, en 1996, Claude Balier, André Ciavaldini et Martine Girard-Khayat publiaient les résultats d'une recherche-action sur les agresseurs sexuels<sup>71</sup>. Les délinquants sexuels leur semblaient globalement peu désireux d'engager une thérapie, de sorte qu'il ne fallait plus selon eux attendre une demande de soin. Ils préconisaient donc un processus actif pendant le temps carcéral, en offrant des opportunités de rencontre avec les équipes de soins psychiques, pour tenter de faire advenir progressivement une véritable demande de la part du condamné. Pour autant, même en cas de réussite, beaucoup estimaient que « *la volonté de changement* » de nombreux délinquants sexuels n'était « *active que le temps de la judiciarisation et de la pénalisation de leur affaire* »<sup>72</sup>. Une fois la peine purgée, cette détermination s'affaiblirait. Ils envisageaient donc un « *suivi post-pénal* » tant que « *le sujet ne manifesterait pas de changement psychique* »<sup>73</sup>. « *Pour un certain nombre d'entre eux, plus qu'un espoir de changement, le fait d'un tel suivi, perçu par le sujet au travers des consultations et contrôles réguliers, peut avoir un effet conteneur et donc antidépresseur suffisant pour éviter les récidives (malheureusement peut-être pas toutes)* »<sup>74</sup>. S'ils défendaient « *la nécessité d'une pression de la réalité judiciaire afin que se poursuive un processus de soin* », il leur semblait important « *de libérer le thérapeute d'une liaison avec la justice* ». Pour ce faire, ils proposèrent l'intervention d'un « *tiers, un médiateur qui pourrait prendre la décision, si nécessaire d'un recours à la justice en cas de non présentation du sujet à ses séances de soins ou de danger avéré* »<sup>75</sup>.

Le 29 janvier 1997, Jacques Toubon proposa sur cette base un premier projet de loi qui introduisait une nouvelle « *peine de suivi médico-social* ». Dans un objectif de prévention de la récidive, ce suivi médical obligatoire était prévu pour une durée de 5 ans en matière délictuelle et de 10 ans en matière criminelle. En cas de manquement, le condamné encourait une peine d'emprisonnement de 2 ou 5 ans selon la nature de l'infraction. Le texte prévoyait également la désignation d'un médecin coordonnateur, chargé de conseiller le médecin traitant et d'alerter le JAP d'éventuelles difficultés. Si l'exposé des motifs l'évoquait, le projet n'a toutefois pas repris la possibilité d'administrer des produits anti-androgènes. Le Comité consultatif national d'éthique, dans un avis daté du 20 décembre 1996, avait en effet pointé « *l'absence de recul sur les effets d'un tel traitement* », dont la finalité n'était pas curative mais symptomatique<sup>76</sup>. Il demeura prudent sur la question des troubles psychiatriques des délinquants sexuels, indiquant qu'il n'était pas question « *de trancher par une affirmation simplificatrice le débat de savoir si les délinquants sexuels sont malades ou non car, en réalité, tout existe* ». De « *nombreux arguments* » plaidaient selon lui pour que les auteurs d'infractions sexuelles se voient proposer une aide psychologique, notamment sous la forme de thérapies individuelles ou de groupe, mais aussi de techniques comportementalistes. Il évoqua néanmoins les résultats mitigés et temporaires des pratiques thérapeutiques existantes, notamment canadiennes. Il insista également sur le fait que « *ces traitements n'ont de sens que s'ils font l'objet d'une motivation et d'un investissement très clairement positifs de la part de celui qui y sera soumis* ». Il semblait donc « *illusoire* » d'y recourir « *si le consentement n'était pas très sincèrement acquis* ». Sa plus forte critique portait sur la qualification du soin comme peine, car « *cette dualité ne permet pas l'instauration d'une relation médecin-malade traditionnelle* ». Ce traitement imposé posait des contradictions d'ordre éthique avec les principes fondamentaux gouvernant les soins. Sous ses réserves, il s'est déclaré favorable au projet, considérant que la « *cessation automatique du traitement à la fin de la peine risque de rendre illusoire l'objectif de prévention recherchée* ». Le recours à un médecin coordonnateur lui semblait propre à garantir le respect du secret médical.

---

<sup>70</sup> Balier C., Parayre C., Parpillon C., *Traitement et suivi médical des auteurs de délits et crimes sexuels*, Rapport au ministère du Travail et des Affaires sociales et au ministère de la Justice, 1995.

<sup>71</sup> Balier C., Ciavaldini A., Girard-Khayat M., *Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels*, Paris, La Documentation française, 1996.

<sup>72</sup> *Ibid.*, 271.

<sup>73</sup> *Ibid.*, 268.

<sup>74</sup> *Ibid.*

<sup>75</sup> *Ibid.*, 273.

<sup>76</sup> CCNE, *Recommandations sur un projet de loi "renforçant la prévention et la répression des atteintes sexuelles contre les mineurs"*, n°51, 20 décembre 1996.

Le projet de Jacques Toubon suscita en revanche 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. Ils se disaient consternés par l'insistance politique sur les traitements médicamenteux, par l'illusion d'un traitement miracle. Une autre série de critiques portait sur l'association entre délinquance sexuelle et maladie mentale, sur les dangers d'une psychiatrisation excessive, d'une idéologie qui ferait de la médecine une sanction contre les déviants de toutes sortes. Ainsi, Marc Grassin indiquait que « *cet enthousiasme débordant, confus et non critique, voit dans le thérapeutique la possibilité de guérir une société malade. La médecine, - mais s'agit-il encore d'une médecine ? - deviendrait l'organe d'un contrôle comportemental total ou partiel sur l'individu déviant* »<sup>77</sup>. 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. Elle pointait, 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* »<sup>78</sup>. Beaucoup se référeront aux réflexions de Michel Foucault, de Robert Castel et de Paul Ricoeur. Ce dernier dénonça d'ailleurs, lors d'une conférence en 1997, le fait de « *traiter la maladie (nous pourrions dire le mal) non plus pour la souffrance qu'elle engendre, mais pour le risque qu'elle représente* ». Les soignants ont unanimement contesté la transformation des soins en peine. La notion de sanction et l'absence de consentement apparaissaient incompatibles avec une mesure thérapeutique. Plus que jamais, les médecins et psychologues craignaient de se transformer en auxiliaires de justice chargés de prévenir la récidive dans une dynamique de contrôle. Cette nouvelle mission aurait forcé le médecin à contrevenir à l'une de ses obligations, selon laquelle « *le médecin doit ne désirer guérir le patient que pour ce patient, pour le compte de ce patient* ». D'autres critiques portaient encore sur l'atteinte au secret médical, sur la formation inadéquate des médecins et le rôle mal défini du médecin coordonnateur.

Pour autant, toutes ces critiques n'étaient pas unanimement partagées, certains psychiatres et psychologues pointant le caractère quelque peu « théorique » des enjeux éthiques soulevés<sup>79</sup>. S'appuyant sur les travaux de Claude Balier et d'André Ciavaldini, il leur semblait que si les délinquants sexuels n'étaient pas des malades mentaux, ils souffraient d'un état pathologique qui nécessitait des soins. Ces médecins insistaient également sur des comorbidités favorisant leurs passages à l'acte, notamment l'alcoolisme. Tout en pointant les risques de médicalisation excessive, ces praticiens ne remettaient donc pas en cause la nécessité des soins prodigués aux agresseurs sexuels. Ils estimaient par ailleurs que l'obligation de soin n'était pas nouvelle, qu'elle ne plaçait pas le médecin dans une logique de sanction et qu'ils ne le vivaient pas comme tel dans leurs pratiques. Ils considéraient qu'il leur appartenait d'accompagner ceux que peu de confrères souhaitaient en réalité prendre en charge. Ils déploraient à ce titre une légère instrumentalisation de l'éthique, du secret médical et de la notion de consentement, comme un paravent masquant la stigmatisation et la peur de ces publics. Ils admettaient l'absence de réel consentement des personnes, mais croyaient en la possibilité de travailler sur l'expression d'une véritable demande de soin. Quant au secret médical, le mécanisme du médecin coordonnateur leur semblait suffisamment protecteur et même une profonde avancée au regard des dispositifs existants. À la différence des obligations de soin classiques, les relations entre soignants et acteurs pénaux se trouvaient enfin encadrées.

La dissolution de l'Assemblée nationale rendit le texte de Jacques Toubon caduc. Le 30 septembre 1997, un nouveau projet de loi fut toutefois présenté à l'Assemblée nationale par Élisabeth Guigou, reprenant pour l'essentiel le précédent. Le texte fut promulgué le 17 Juin 1998. Il introduisait cette fois non plus une peine de soin, mais une injonction de soin. Ce projet s'inscrivait dans une optique assumée de défense sociale, afin d'augmenter « *l'ombrelle pénale sur les auteurs* », pour reprendre les termes du sénateur Jolibois, rapporteur au Sénat. Celui-ci évoquait alors « *l'absolue nécessité de soigner une*

---

<sup>77</sup> Grassin M. *et al.*, « Pour une réflexion éthique multidisciplinaire dans les propositions médicales renforçant la prévention et la répression des atteintes sexuelles contre les mineurs », in Hervé C., *L'Éthique en mouvement*, Paris, L'Harmattan, 67-73 ; Hudon M.-C. *et al.*, « L'obligation de soins. Quelle légitimité pour la prévention des actes de pédophilie ? », *Études*, 1998, n° 3886, 751 et s.

<sup>78</sup> Marange V., « Bêtes de promesses, bêtes de mensonges ? Punition et prévention », *La Revue Agora. Éthique, Médecine, Société*, 1994, n° 30, 57.

<sup>79</sup> Hudon M.-C. *et al.*, *op. cit.*

*personne, d'abord, dans un souci de protection de la société et, ensuite, pour elle-même* ». À l'identique, Elisabeth Guigou indiqua que « *c'est dans cette optique de surveillance judiciaire que le condamné pourra faire l'objet de soins* ». Elle ne manifesta aucune opposition, tant s'en faut, à la demande parlementaire d'allongement du suivi : dix ans en cas de condamnation pour délit et vingt ans pour crime. Une possibilité de relèvement avant terme fut toutefois introduite, pour permettre « *à l'ensemble des acteurs chargés de l'exécution de cette peine [...] de concentrer davantage leur attention sur les cas pour lesquels un suivi intensif demeure nécessaire* »<sup>80</sup>.

Le législateur s'efforça de lever les réticences et critiques des professionnels de santé, relayées au parlement par J.-F. Mattei. De façon à ne pas transformer l'injonction en peine de soin, le traitement est devenu l'une des obligations possibles, facultative, du suivi socio-judiciaire. Pour préserver le secret médical, le principe d'un médecin coordonnateur chargé de l'interface entre le JAP et le médecin traitant a été maintenu. Il fut chargé d'inviter le condamné à choisir un médecin traitant, de conseiller ce dernier à sa demande et de transmettre à la justice les éléments nécessaires au contrôle de l'injonction. S'agissant du secret médical, l'article L. 355-35 du Code de la santé publique habilite, sans l'obliger, le médecin traitant à informer directement le JAP de l'interruption du traitement. Il l'autorisa à informer le médecin coordonnateur de « *toutes difficultés survenues dans l'exécution du traitement* », lui-même habilité à prévenir le JAP. L'adhésion de la communauté médicale fut dès lors plus conséquente. Selon Gérard Dubret, la loi de 1998 concevait les soins aux délinquants sexuels « *selon une philosophie radicalement différente* »<sup>81</sup>. Les mesures de surveillance et de contrôle social relevaient uniquement des SPIP et non des psychiatres. « *Ainsi, de 1996 à 1998, on est passé d'un projet plutôt coercitif à un dispositif plus dynamique dans lequel les soins spécialisés ne sont plus confondus avec les mesures pénales, mais tentent de s'articuler avec elles* »<sup>82</sup>. En outre, la loi confiait indirectement aux experts, et donc aux seuls médecins, de prescrire ces soins. L'injonction ne peut en effet être prononcée en l'absence d'expertise précisant qu'un traitement est possible. L'exposé des motifs insistait encore sur l'importance du 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* ». Pour autant, cela ressemblait déjà fortement à un contrat d'adhésion. Le refus des soins faisait alors encourir une peine de deux ans d'emprisonnement en matière délictuelle, cinq ans en matière criminelle. En l'absence de démarches dès la détention, le condamné n'était pas considéré comme « *manifestant des efforts sérieux de réadaptation sociale* », au risque de se voir privé de réductions supplémentaires de peines. Pour de nombreux psychiatres et psychologues, cette « incitation » aux soins semblait néanmoins nécessaire. Selon Gérard Dubret, « *sans réflexion sur un système d'incitation aux soins et sans un puissant développement de la psychiatrie en milieu pénitentiaire, le risque est donc grand de voir perdurer ces longues périodes d'incarcération muettes où s'engloutit la vie de ces délinquants, comme le longs tunnels de silence refermés sur les faits pour lesquels ils ont été condamnés, dans un vide carcéral propice à la régression et au prolongement sans fin des fantasmes déviants qui font le lit de leur dangerosité* »<sup>83</sup>.

Dans un avis du 29 septembre 1997, le Bureau du Conseil national de l'Ordre des médecins s'est quant à lui « *réjoui de voir le Gouvernement se saisir enfin d'une douloureuse question sur laquelle les médecins ont depuis longtemps attiré l'attention* ». Il approuva « *l'esprit de cette loi* », satisfait de l'abandon de la qualification comme peine, de la mention explicite du consentement du condamné, du principe du libre choix du médecin traitant, de la liberté du médecin traitant dans le choix du traitement et de l'écran formé par le médecin coordonnateur entre le thérapeute et le JAP. Il souligna toutefois quelques points qui demeuraient « obscurs », au sujet notamment des critères de choix du médecin traitant, du contenu des attestations remises par les thérapeutes et de l'étendue des relations entre médecin coordonnateur et médecin traitant. Il indiquait que « *si on peut admettre un certain partage du secret des informations concernant la personne condamnée, son traitement et l'évolution de son état*

---

<sup>80</sup> Garraud J.-P., *Rapport n°2007 déposé le 4 novembre 2009*, Assemblée nationale.

<sup>81</sup> Dubret G., « *Loi du 17 juin 1998 et dangerosités* », in Beaurepaire (de) C., Bénézech M., Kottler C. (dir.), *Les dangerosités : de la criminologie à la psychopathologie, entre justice et psychiatrie*, John Libbey Eurotext, 2004, 274.

<sup>82</sup> *Ibid.*

<sup>83</sup> *Ibid.*

entre le médecin traitant et le médecin coordonnateur, il est indispensable d'avoir la garantie que ce dernier ne sera tenu de transmettre au juge d'application des peines que des conclusions " administratives " sans indiquer les raisons d'ordre médical qui les motivent. En outre, il faut confirmer que le médecin coordonnateur n'est pas, ..., dans la situation d'un médecin contrôleur vis-à-vis du médecin traitant. ». Il alerta également sur « l'ampleur des difficultés que rencontrera l'application d'une telle loi et qui impose de prévoir des moyens à la mesure des ambitions affichées ».

Au-delà, les médecins ont martelé la nécessité de respecter « un certain nombre de conditions intangibles propres à respecter l'éthique et la déontologie au sein d'un cadre de soin pour lequel ces sujets seront rarement demandeurs<sup>84</sup>. Plusieurs recommandations furent émises en ce sens par le jury d'une conférence de consensus organisée en 2001 sur les « psychopathologies et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle »<sup>85</sup>. Parmi ces recommandations figurait comme « contre-indication absolue » la négation des faits lors de l'expertise pré-sentencielle . « L'opportunité d'une injonction de soin devra être appréciée en fonction du degré d'adhésion du sujet à un éventuel processus de soin et sa capacité à se reconnaître inscrit dans un mode de réalisation sexuelle déviante. Sans ces conditions il est recommandé de différer cette indication ». Le jury insista également sur l'importance du consentement du condamné, distinguant le consentement juridique, qui impliquait une part de contrainte, le « consentement éclairé au soin », exigeant un partage d'information entre patient et thérapeute, et enfin l'adhésion au soin, qui « suppose la construction progressive d'une volonté de changement du patient, soutenue par l'engagement des deux parties dans une relation thérapeutique ». Les recommandations insistaient encore sur l'importance du secret médical pour une personne ne devant jamais « être réduite ni à ses actes, ni à ses symptômes. Secret médical et professionnel constituent une condition indispensable au cadre thérapeutique. Dans la prise en charge médicale, la personne est un patient et non un délinquant. ». De sorte que le jury précisa qu'il n'appartenait qu'au médecin coordonnateur ou à l'expert en cas d'obligation de soin de fournir au juge une évaluation de « l'effectivité » des soins et de « l'évolution » de la personne. Dans sa forme initiale, le suivi socio-judiciaire pouvait être prononcé à titre de peine principale en matière délictuelle (art. 131-36-7 du CP), ou de peine complémentaire à une peine privative de liberté (art. 131-36-5 et 131-36-7 du CP). La durée de cette sanction était l'une de ses particularités : elle pouvait atteindre 10 ans en matière délictuelle et 20 ans en matière criminelle. L'injonction de soin, en tant que modalité du suivi socio-judiciaire, s'inscrivait donc dans cette temporalité. Dans l'esprit du législateur de l'époque, la longueur de la mesure visait à inciter les magistrats à ne plus prononcer des peines privatives de liberté excessivement lourdes. « Les durées de dix ans en cas de délit et de vingt ans en cas de crime, proposées par le Sénat, étaient favorables à la protection de la société et ne pénalisaient pas la personne condamnée »<sup>86</sup>.

La structure du suivi socio-judiciaire en fait une sanction innovante où se côtoient les caractères de la peine et ceux de la mesure de sûreté. « Sanction pénale totale », le suivi socio-judiciaire présente en effet « une polymorphie pénologique jusqu'alors inconnue »<sup>87</sup>, autant punitive que préventive. Alors que l'obligation de soin et l'injonction thérapeutique ont été conçues comme des mesures plaçant la sanction pénale à bonne distance, pour privilégier un traitement sanitaire de personnes avant tout perçues comme alcooliques ou toxicomanes, le suivi socio-judiciaire éventuellement assorti d'une injonction de soin fait l'objet d'une sous-section dans le titre III du livre premier du code pénal intitulé « Des peines ». Cette place dans le corpus juridique ne laisse pas de doute sur le caractère punitif du dispositif. C'est d'ailleurs la juridiction de jugement qui prononce le SSJ et qui fixe la peine d'emprisonnement encourue en cas de manquement, initialement de deux ou cinq ans d'emprisonnement selon la nature de l'infraction (art. 131-36-1 al. 3 du CP). Le président de la juridiction de jugement procède à un avertissement auprès du condamné, en l'informant des obligations résultant du suivi socio-judiciaire et des conséquences qu'entraînerait leur inobservation. Le condamné doit également être averti du recueil

<sup>84</sup> Dubret G., « Loi du 17 juin 1998 et dangers », *op. cit.*

<sup>85</sup> Conférence de consensus, *Psychopathologie et traitements des auteurs d'agression sexuelle*, 2001, texte des experts, Fédération française de psychiatrie et John Libbey Eurotext, 2001.

<sup>86</sup> Rapport 435 (97-98) fait au nom de la commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion du projet de loi relatif à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, par Mme Frédérique Bredin, par M. Charles Jolibois.

<sup>87</sup> Lameyre X., « Pour une éthique des soins pénalement obligés », *Revue de Science Criminelle*, 2001, 524.

nécessaire de son consentement, des conséquences en cas de refus et de la possibilité qui lui sera offerte de commencer un traitement en détention (art. 131-36-4 du CP). La qualité de peine a été affirmée par la chambre criminelle de la Cour de cassation, écartant ainsi toute application rétroactive<sup>88</sup>, ce qui se traduira quelques années plus tard par l'introduction de la surveillance judiciaire, destinée à rétrécir les mailles du filet grâce à sa qualité de mesure de sûreté. Pour autant, le suivi socio-judiciaire, au regard des conditions exigées pour son prononcé, revêt un caractère préventif dont l'objectif est de limiter le risque de réitération de l'acte infractionnel. La justification première de l'injonction est bien de préserver la société face à la dangerosité potentielle du condamné<sup>89</sup>. Cette construction duale vise une articulation entre la punition et la défense sociale au moment de la décision de condamnation du prévenu ou de l'accusé<sup>90</sup>. La possibilité de prononcer une injonction de soin a également été donnée au juge de l'application des peines, sous réserve d'une expertise médicale postérieure à la décision de condamnation validant la possibilité d'un traitement.

### 3. Une extension continue du dispositif

L'article 131-36-1 du code pénal dispose que le suivi socio-judiciaire peut être ordonné « dans les cas prévus par la loi ». Il s'applique donc aux seules infractions pour lesquelles le législateur a prévu expressément cette sanction<sup>91</sup>. Initialement, le suivi socio-judiciaire a été pensé pour répondre aux seules infractions à caractère sexuel<sup>92</sup>. L'injonction de soin visait à agir sur les troubles de la personnalité ou les psychopathologies affectant leurs auteurs, même si « tout délinquant sexuel ne souffre pas forcément d'anomalies psychosexuelles »<sup>93</sup>. Depuis lors, au moins huit lois<sup>94</sup> ont procédé à une extension du champ d'application du dispositif, de sa durée, ainsi qu'à un durcissement du régime de l'incitation aux soins en détention, dans une logique plus sécuritaire que sanitaire. Dans une logique de communication politique, teintée de populisme pénal, elles ont suivi chronologiquement chaque fait divers médiatisé : le meurtre de Nelly Cremel en 2005, l'enlèvement et le viol du petit Enis en 2007, l'affaire Évrard en 2008 ou encore l'assassinat de Marie-Christine Hodeau en 2009. Malgré la succession de rapports institutionnels ou parlementaires alertant inlassablement sur la pénurie de médecins coordonnateurs, d'experts, et partant sur de profondes difficultés de mise en œuvre<sup>95</sup>, le législateur a multiplié les infractions ciblées par le dispositif, bien au-delà des violences sexuelles. Sans aller jusqu'à reprendre la proposition du rapport Burgelin, qui souhaitait atteindre « tous les auteurs présentant un état de dangerosité criminologique », le législateur a progressivement permis le prononcé d'un suivi socio-judiciaire pour une vingtaine de crimes ou délits d'atteintes aux personnes ou d'atteintes aux biens dangereuses pour les personnes : atteintes volontaires à la vie des personnes (art. 221-1 à 221-5-1 du CP), disparitions forcées (art. 221-12 du CP), tortures et actes de barbarie (art. 222-1 à 222-5 du CP), coups mortels aggravés (art. 222-8 du CP), violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente aggravées (art. 222-10 du CP), violences habituelles sur mineur de quinze ans ou sur

<sup>88</sup> Cass. Crim. 18 février 2004, *Bull. crim.* n°47, *Revue de Science Criminelle*, 2004, p. 868, obs. G. Vermelle, Cass. Crim. 2 septembre 2004, *Bull. crim.* n° 198. ; Cass. Crim. 2 septembre 2004, *Bull. crim.* n°197.

<sup>89</sup> V. l'avis du Sénat n°51 présenté par M. Jacques Bimbenet, Session ordinaire de 1997-1998, Annexe au procès-verbal de la séance du 23 octobre 1997.

<sup>90</sup> Pradel J., Senon J.-L., « Entre répression, prévention et soins : la loi du 17 juin 1998 et ses applications », in Balier C., Ciavaldini A., *Agressions sexuelles, pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire*, Paris, Masson 2000.

<sup>91</sup> Cass.Crim. 18 février 2004, *Bull. crim.* n° 47, *Actualité Juridique pénal* 2004, p. 201, obs. S. Enderlin, , *Revue de Science Criminelle*, 2004, 868, obs. G. Vermelle, Cass. Crim. 2 septembre 2004, *Bull. crim.* n° 198, *Actualité Juridique pénal* 2004, 405, obs. J. Leblois-Happe.

<sup>92</sup> En précisant que le harcèlement sexuel était exclu dès l'origine du domaine d'application et l'est toujours après les réformes successives.

<sup>93</sup> Cordier B., « La prise en charge des délinquants sexuels. Commentaire de la loi du 17 juin 1998 », *Médecine & Droit*, 1998, vol. 32, 17.

<sup>94</sup> Notamment les lois du 9 mars 2004, du 2 décembre 2005, du 5 mars 2007, du 10 août 2007, 25 février 2008, du 10 mars 2010, du 15 août 2014, du 3 juin 2016.

<sup>95</sup> Burgelin J.-F., *Rapport de la Commission santé-justice*, ministère de la Justice, ministère de la Santé, 2005 ; Garraud J.-P., *Réponses à la dangerosité*, Rapport de la mission parlementaire confiée par le Premier ministre sur la dangerosité et la prise en charge des individus dangereux, 2006 ; Lamanda V., *Amoindrir les risques de récidive des condamnés dangereux*, Rapport au président de la République, 2008 ; Blanc E., *Rapport d'information sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel*, Assemblée nationale, n° 4421, 2012 ; Inspection générale des Affaires sociales et Inspection générale des services judiciaires, *Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soin*, 2011.

personne vulnérable (art. 222-14 du CP), réductions en esclavage et exploitations de personnes (art. 224-1 A à 224-1 C du CP), arrestations, enlèvements, détentions et séquestrations arbitraires (art. 224-1 al. 1<sup>er</sup>, 224-2 al. 1<sup>er</sup>, 224-3 al. 1<sup>er</sup>, 224-4 al.1<sup>er</sup>, 224-5 al. 1<sup>er</sup>, 224-5-2 du CP), délits de violences aggravées ayant entraîné une ITT supérieure à huit jours (art. 222-12 du CP), menaces à l'encontre du conjoint, du partenaire pacsé, du concubin (art. 222-18-3 du CP), trafics d'armes tenté ou commis (art. 222-52 à 222-60 du CP), incendies de végétaux exposant les personnes à un danger corporel ou exposant l'environnement à un dommage irréversible (art. 322-6 al. 2, 322-7, 322-8, 322-9 et 322-10 du CP), destructions ou dégradations commises ou tentées de biens appartenant à autrui par explosif ou incendie de nature à créer un danger pour les personnes (art. 322-6 et 322-11 du CP), diffusions de procédés permettant la fabrication d'engins de destruction (art. 322-6-1 du CP) ou encore toutes les infractions en matière de terrorisme, criminelles ou délictuelles (421-8 du CP)<sup>96</sup>. Depuis 2007, le suivi socio-judiciaire, qui est en principe facultatif et laissé à l'appréciation du juge lors de la décision sur la détermination de la peine, est obligatoire pour les infractions de violences aggravées commises de manière habituelle sur mineurs de quinze ans par un ascendant ou par personne ayant autorité sur la victime. Ce caractère obligatoire disparaît si la peine prononcée est assortie d'un sursis avec mise à l'épreuve ou si le juge motive spécialement qu'il n'y a pas lieu de prononcer cette mesure (art. 222-48-1 al. 3 du CP).

La loi du 9 mars 2004 a également allongé la durée du suivi socio-judiciaire. Si les durées de droit commun demeurent de 10 et 20 ans, elles peuvent atteindre, sous réserve d'une décision spécialement motivée de la juridiction, 20 ans en matière délictuelle, 30 ans pour les crimes punis de 30 ans de réclusion. Le suivi peut même 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<sup>97</sup>. La loi du 10 août 2007 a quant à elle restreint le caractère facultatif de l'injonction de soin, alors même qu'il s'agissait par ce biais d'individualiser la sanction en vertu des principes attachés au prononcé de la peine, mais surtout de respecter le champ d'intervention du soin auprès d'un sujet reconnu comme étant atteint de troubles psychopathologiques après une expertise médicale. Cette faculté fut d'ailleurs l'un des arguments pour lever, au moins partiellement, les résistances des soignants face à la mesure. Si « *la loi s'est gardée d'imposer aux juges l'obligation d'enjoindre des soins aux intéressés* »<sup>98</sup>, le législateur a revisité l'agencement initial en soumettant la personne condamnée à l'injonction « *sauf décision contraire de la juridiction* », de sorte que les juges se trouvent contraints d'explicitier et de justifier toute exclusion, *a fortiori* lorsque les experts s'y sont déclarés favorables. La combinaison de cette obligation et de l'extension du champ d'application du suivi socio-judiciaire semble faire resurgir l'idée d'une « peine thérapeutique », ainsi que la superposition des champs pénal et psychopathologique<sup>99</sup>, tant dénoncées par les soignants lors des débats relatifs à la loi du 17 juin 1998.

La loi du 5 mars 2007 a quant à elle autorisé le prononcé d'une injonction de soin dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve, alors même que cette possibilité avait été exclue initialement pour ne pas concurrencer l'obligation de soin et ne pas étendre inconsidérément le nouveau dispositif<sup>100</sup>. Pour éviter tout imbroglio juridique et pratique, la loi du 10 mars 2010 a toutefois abrogé cet article<sup>101</sup>. En revanche,

---

<sup>96</sup> Ce champ d'application comme celui relatif au trafic d'armes a été introduit par la loi du 3 juin 2016 (n° 2016-731) relative au renforcement de la lutte contre le crime organisé, le terrorisme et leur financement, et amélioration de l'efficacité et des garanties de la procédure pénale.

<sup>97</sup> Les taux de ces emprisonnements sont impératifs, les juridictions qui prononcent le suivi socio-judiciaire ne peuvent aller au-delà (voir par ex. Cass. Crim. 27 janvier 2016, n° 14-85490, qui casse et annule sans renvoi une décision ayant fixé la durée de l'emprisonnement à 5 ans pour non-respect des obligations du suivi socio judiciaire prononcé pour la commission d'un délit, et qui fixe à 3 ans cette durée).

<sup>98</sup> Robert J.-H., « Le plancher et la thérapeute. Commentaire de la loi 2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs », *Dr. Pén.* 2017, études n° 20, §25.

<sup>99</sup> Salvage P., « La grande délinquance est-elle une maladie ? », *Dr. Pén.* 2010, études n°3.

<sup>100</sup> Roets D., Le suivi socio-judiciaire, Fasc 20, *JurisClasseur Pénal*, Code art. 131-36-1 à 131-36-8, §17.

<sup>101</sup> Circulaire de la DACG n°CRIM 210-10/E8 du 19 mai 2010, 4.1. Toutefois, il est à noter que selon l'article R.61-6 du code de procédure pénale, une personne peut être soumise en même temps aux obligations d'un suivi socio-judiciaire et à celles d'un sursis avec mise à l'épreuve (mais aussi d'une libération conditionnelle), en particulier lorsqu'elle aura été condamnée successivement à ces différentes peines.

la nouvelle peine de contrainte pénale, issue de la loi du 15 août 2014, peut inclure une telle mesure (art. 131-4-1 du CP). Le législateur a également autorisé le prononcé d'une injonction de soin dans le cadre d'une surveillance judiciaire, d'une libération conditionnelle puis d'une surveillance de sûreté (art. 732-1 al. 2 du CPP). Ainsi, l'injonction de soin accompagne tout dispositif de contrôle bien au-delà de la durée de la pénalité définie par la juridiction de jugement, prenant parfois la forme d'une mesure de sûreté indéterminée. Désormais, « *l'administration de soins peut être qualifiée de systémique* »<sup>102</sup> au sein de la justice pénale. Ces évolutions législatives démontrent le changement d'objectif de l'injonction de soin, qui passe d'une mesure thérapeutique à une mesure de surveillance. En outre, la loi du 10 août 2007 a généralisé le dispositif de l'incitation en détention à tous les auteurs d'infractions relevant du champ d'application du suivi socio-judiciaire, au-delà des seuls condamnés à cette peine complémentaire. Le législateur a parallèlement prévu la privation du bénéfice d'une libération conditionnelle (art. 729 du CPP). Le dispositif de l'incitation fut de nouveau durci par la loi du 25 février 2008. En cas de suivi irrégulier ou de refus du traitement, le JAP peut désormais ordonner le retrait du crédit de réduction de peine des condamnés pour un crime ou délit, commis sur un mineur, de meurtre ou assassinat, torture ou actes de barbarie, viol, agression sexuelle ou atteinte sexuelle (art. 721 CPP). Enfin, sur le plan du traitement, le législateur a permis aux psychiatres de prescrire des anti-androgènes, avant même l'obtention d'autorisations de mise sur le marché pour cette indication.

Du fait de l'extension inconsidérée du champ d'application de la mesure, un rapport parlementaire évoquait dès 2009 un dispositif « *saturé ou en voie de l'être* »<sup>103</sup>. Une première évaluation du dispositif de l'injonction de soin a été publiée par les inspections des affaires sociales et des services judiciaires en 2011. Leur rapport faisait état de 1 342 SJJ prononcés en 2009, 9 541 depuis 1998. Il estimait à 66% le nombre de SJJ comprenant une injonction de soins, soit environ un millier en 2009<sup>104</sup>. 3 800 injonctions de soin étaient alors en cours d'exécution, dont 10% relatives à des infractions autres que sexuelles. Un an plus tard, la loi de programmation relative à l'exécution des peines de mars 2012 recensait quant à elle 5 400 injonctions de soin en cours.

#### 4. Questions et enjeux de la recherche

Les controverses générées par l'articulation Santé-Justice existent depuis la naissance de la clinique psychiatrique<sup>105</sup>. Comme le démontrait déjà la loi de 1838 sur l'internement des aliénés, les soignants n'ont jamais pu totalement s'extraire d'une logique de préservation de l'ordre<sup>106</sup>. Le développement des soins pénalement ordonnés en milieu ouvert a multiplié les risques de confusion entre psychiatrie et justice pénale, entre soin et sanction. Si « *l'on ne soigne pas en punissant et l'on ne punit pas en soignant... peut-être peut-on punir et soigner en même temps* »<sup>107</sup>, telle a toujours été l'ambition<sup>108</sup>. Cette articulation d'institutions hétérogènes, tant par leurs statuts, leurs fonctions, leurs missions que leurs acteurs et leurs stratégies, constitue ce que l'on peut appeler un dispositif<sup>109</sup>. Les professionnels impliqués (magistrats, services pénitentiaires d'insertion et de probation, psychiatres) ayant des analyses, des valeurs et des normes d'action qui diffèrent suivant leur appartenance institutionnelle et/ou

<sup>102</sup> Salvage P., *op. cit.*, §10.

<sup>103</sup> Blanc E., *Rapport d'information n° 1811 sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes majeures placées sous main de justice*, Assemblée nationale, 2009.

<sup>104</sup> Inspection générale des Affaires sociales et Inspection générale des services judiciaires, *Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soin*, 2011.

<sup>105</sup> V. notamment Foucault M., « L'angoisse de juger, Entretien avec R. Badinter, J. Laplanche », *Dits et Écrits*, 11, 1976-1998, Paris, Gallimard, 2001, 282-297 ; Foucault M., *Les anormaux, op. cit.* ; Castel R., *L'ordre psychiatrique, op. cit.* ; Castel R., *La gestion des risques, op. cit.* ; Kaluszynski M., *La République à l'épreuve du crime, op. cit.*

<sup>106</sup> Landron G., « Du fou social au fou médical. Genèse parlementaire de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés », *Déviance et société*, 1995, vol. 19, n° 1, 3-21.

<sup>107</sup> Larrieu P., « Regards éthiques sur les applications juridiques des neurosciences. Entre blouses blanches et robes noires », *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, 2012, vol. 68, n° 1, 162.

<sup>108</sup> Senon J-L. et Manzanera C., « Psychiatrie et justice pénale ; à la difficile recherche d'un équilibre entre soigner et punir », *Actualité Juridique pénal* 2005, 353 ; Baron-Laforêt S., « Dans le cadre de l'injonction de soin ou de l'obligation de soin comment articuler l'expertise psychiatrique de la personne sous main de justice, les soins apportés et le rôle de l'instance judiciaire ? », *Audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale*, 2007.

<sup>109</sup> Foucault M., « Le Jeu de Michel Foucault », *Dits et Écrits*, 11, 1976-1998, Paris, Gallimard, 2001, 298-328.

professionnelle, ceux-ci parviennent difficilement à dégager une position commune donnant sens à leurs interactions. Leurs relations ne vont dès lors pas sans générer des tensions interprofessionnelles.

Leurs prises de position, comme la littérature scientifique consacrée au sujet, dévoilent plusieurs thèmes de controverses<sup>110</sup>. Outre l'association qu'ils jugent excessive entre crime et maladie mentale, l'inquiétude de voir les autorités judiciaires « prescrire » des soins, leur durée, voire leurs modalités, les professionnels de santé ont fréquemment contesté l'efficacité des soins pénalement ordonnés, qu'ils concernent les toxicomanes, les alcooliques ou les délinquants sexuels. Si les clivages intra-professionnels sont loin d'être anodins, nombre d'entre eux évoquent l'impossibilité d'établir une relation thérapeutique sous la contrainte, la nécessité d'une demande spontanée, authentique. Les condamnés, à la recherche de certificats plus que de soins, encombreraient les consultations thérapeutiques pour confier à leurs « *pseudo-thérapeute des messages rassurants à l'intention d'un juge de l'application des peines* »<sup>111</sup>. Dans un contexte de pénurie de moyens, cet encombrement réduirait les possibilités de suivre les patients réellement demandeurs et dont l'état le nécessite. S'agissant plus spécifiquement des délinquants sexuels, certains psychiatres estiment qu'ils ne sont pas susceptibles d'un traitement psychiatrique, car ils les considèrent comme des « pervers » au sens clinique du terme, réputés incurables. La plupart des thérapeutes expriment des craintes face au risque d'instrumentalisation du soin et des soignants par l'appareil pénal. Beaucoup considèrent que la multiplication des expertises et des soins pénalement ordonnés tend à les éloigner de leurs missions traditionnelles. Le développement des expertises de dangerosité contribuerait à transformer les psychiatres et les psychologues en gestionnaires, évaluateurs des comportements à risque, de la dangerosité des personnes, tel un outil de détection des menaces potentielles. Ces craintes s'exacerbent sous l'effet de la contestation de la clinique expertale au profit des méthodes actuarielles d'évaluation des risques<sup>112</sup>. Au-delà de l'évaluation diagnostique, les soignants craignent que ces prescriptions de soins masquent une stratégie insidieuse de contrôle, générée par le retour en force des théories positivistes de défense sociale. La protection de la société devenant la finalité cardinale du système pénal, la réinsertion et le traitement ne seraient plus des objectifs en soi, mais des moyens placés au service de cette première finalité<sup>113</sup>. Les réformes pénales privilégieraient l'expertise et non le soin. Protéger la société, ce serait d'abord dépister, diagnostiquer pour ensuite contrôler, neutraliser et éventuellement, dans le meilleur des cas, soigner. L'action thérapeutique apparaît alors comme un prétexte légitimant un surcroît de surveillance et de répression. Le développement, ou plutôt l'annonce politique de soins, légitimerait parallèlement une sévérité accrue des peines et le recours croissant à des mesures de sûreté. La possibilité d'un traitement psychiatrique atténuerait la rigueur pénale, déculpabiliserait la société, dédouanerait les magistrats au moment de prononcer la peine. Les psychiatres fourniraient un alibi parfait, donnant un gage de bonne conscience grâce au retournement du « *vilain métier de punir dans le beau métier de guérir* »<sup>114</sup>. En milieu ouvert, le soin ne viserait plus tant la guérison d'une pathologie, mais plutôt un encadrement sécurisant. Les médecins et psychologues craignent dès lors d'être associés au contrôle social des populations dites dangereuses, de se transformer en auxiliaires de justice chargés non plus d'alléger les souffrances de leurs patients, mais de prévenir la récidive dans une dynamique de contrôle. L'opposition du corps médical s'est particulièrement cristallisée sur la question du secret, en détention comme en milieu ouvert. Le fonctionnement des établissements pénitentiaires peine à garantir le secret médical et les agents de l'administration pénitentiaire sont en demande d'informations pour prévenir des passages à l'acte suicidaire, des violences à leur rencontre ou sur des codétenus. En milieu ouvert, les juges de l'application des peines et les CPIP souhaiteraient également bénéficier d'informations sur le déroulement, la nature et

---

<sup>110</sup> Gautron V., « Les mesures de sûreté et la question de la dangerosité : la place des soins pénalement ordonnés », *Criminocorpus* (En ligne), La prévention des récidives : Évaluation, suivis, partenariats, Les suivis, 2016. URL [<http://criminocorpus.revues.org/3195>].

<sup>111</sup> Archer E. cité in Lameyre X., « Les soins pénalement ordonnés, une pratique limite », *Annales médico-psychologiques*, 2004, n° 162, 657-661.

<sup>112</sup> Dubourg É., 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 18 novembre 2014. URL [<http://champpenal.revues.org/8947>].

<sup>113</sup> Gautron V., « De la société de surveillance à la rétention de sûreté : étapes, faux-semblants, impasses et fuite en avant », *Actualité Juridique pénal*, 2009, n° 2, 54-57.

<sup>114</sup> Foucault M., *Les anormaux*, op. cit.

l'efficacité des suivis. Bon nombre reprochent aux médecins de se retrancher trop facilement derrière le secret médical. 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.

En 1998, la construction novatrice de l'injonction proposait de renouveler les modalités de l'articulation Santé-Justice, en insérant une nouvelle interface entre les magistrats et les médecins, le médecin coordonnateur. À la frontière des activités judiciaires et thérapeutiques, celui-ci devait permettre une juste délimitation des champs d'intervention des uns et des autres<sup>115</sup>. Si le dispositif de l'injonction de soins refusait l'« *irréductible opposition entre la logique du soin et celle de la peine* »<sup>116</sup>, l'objectif de ses promoteurs consistait à faciliter le dialogue entre magistrats et psychiatres, à faire reconnaître la sanction comme le point de départ d'une prise en charge thérapeutique. Pour autant, cette mesure a relancé les débats sur les risques de confusion entre peine et soins, ces derniers apparaissant comme un instrument de re-légitimation de la réponse pénale, comme des « *outils séduisants pour le juge confronté aux limites de l'action judiciaire à l'égard des personnes condamnées* » pour des infractions soumises à une forte réprobation sociale<sup>117</sup>. L'injonction de soin se distingue des autres formes de soins obligés, soulignant les hésitations du législateur à justifier le recours au soin par le juge pénal. S'agit-il seulement d'une « *médicalisation de la réponse pénale* »<sup>118</sup>, d'un « *glissement du juge vers le médecin* »<sup>119</sup> ou plutôt d'une nouvelle forme de contrôle social au prétexte de la prévention de la récidive « *rédui[sant] la psychiatrie à un outil d'identification du potentiel criminel ou récidiviste* »<sup>120</sup> ?

Ces débats, ainsi que les tensions interprofessionnelles, n'ont cessé de prendre de l'ampleur au fil des réformes du suivi socio-judiciaire, de l'extension continue du champ d'application de l'injonction de soin, de sa durée et des informations devant être transmises par l'autorité sanitaire aux acteurs judiciaires. Ces réformes ont perturbé le fragile équilibre construit en 1998 en concertation entre magistrats et psychiatres pour déplacer la mesure pénale « *de l'acte vers la personne* »<sup>121</sup>, qui permettait d'admettre que la rencontre du soin et de la peine « *malgré la tutelle écrasante de la peine, cont[enai]t un fondamental respect de l'être et non sa réduction actuelle au fait infractionnel* »<sup>122</sup>. Le suivi socio-judiciaire et l'injonction de soin présentent aujourd'hui une nouvelle structure qui fait ressurgir de manière plus aiguë les controverses qui n'avaient pas vraiment disparu, mais qui avaient été atténuées par le dispositif initial, notamment sur deux points cruciaux, la perception du condamné et son contrôle. L'extension de l'injonction de soin risque en effet de conduire à une superposition du champ pénal et du champ psychopathologique<sup>123</sup>, qui laisserait entendre que le condamné est nécessairement un malade, suggérant aussi en filigrane, que le malade pourrait être un criminel ou délinquant. Ces confusions brouillent alors la compréhension de la peine et du soin et exacerbent les tensions entre les professionnels qui craignent d'être instrumentalisés et de voir leurs pratiques corrompues. La prévention de la récidive est devenue le fondement prioritaire au suivi socio-judiciaire donc à l'injonction de soin qui lui est associée, dès lors, « *maladie mentale, soins psychiatriques, et risque de récidive s'intriquent pour justifier l'application du « principe de précaution » en ce domaine où l'objectif devient la neutralisation préventive des sujets dangereux* »<sup>124</sup>. Si l'accompagnement thérapeutique et social du condamné doit certainement s'inscrire dans une temporalité suffisante pour prétendre à une réinsertion efficiente du sujet, l'allongement de la durée du suivi socio-judiciaire révèle également cette recherche de contrôle social. L'éloignement du temps de la sanction du temps du soin, distend aussi la relation justice-santé qui peut ne plus être vécue comme un partenariat mais comme un transfert du juge vers le médecin de la protection de l'ordre public. Les soins pénalement obligés sont-ils dès lors condamnés à

<sup>115</sup> Bellon L., Guéry C., « Juges et psy : la confusion des langues, » *Revue de Science Criminelle*, 1999, 783 et s.

<sup>116</sup> Lameyre X., *op. cit.*, 528.

<sup>117</sup> Eglin M., « Quand la justice impose des soins », *Enfances & Psy*, 2006, vol. 1, n° 30, 132.

<sup>118</sup> Faget J., *Sociologie de la délinquance et de la justice pénale*, Toulouse, Érès, 2013, 177.

<sup>119</sup> Orsat M., Auffret E., Brunetière C. *et al.*, « Les soins pénalement ordonnés : analyse d'une pratique complexe à travers une revue de la littérature », *L'Encéphale*, 2015, n° 41, 422.

<sup>120</sup> *Idem*, 426.

<sup>121</sup> Eglin M., *op. cit.*, 121.

<sup>122</sup> Lameyre X., « Pour une éthique des soins pénalement obligés », *op. cit.*, 528.

<sup>123</sup> Cordier B., *op. cit.*, 17.

<sup>124</sup> Orsat M., Auffret E., Brunetière C. *et al.*, *op. cit.*, 426.

demeurer une utopie<sup>125</sup>, alors qu'ils sont une antonymie<sup>126</sup> dont la construction est en permanence à la recherche d'un équilibre pour assurer le respect de la personne condamnée-patiente, l'autonomie des pratiques professionnelles des acteurs concernés, et la préservation des objectifs assignés à la peine et au soin ?

L'intensité des débats contemporains est pourtant inversement proportionnelle à la production scientifique sur le sujet. Si la littérature grise est abondante (rapports parlementaires, d'inspections générales, etc.), peu de recherches empiriques, essentiellement qualitatives et mono-disciplinaires, portent sur la nature, les formes et les effets de cette articulation quotidienne. Les chercheurs sont par ailleurs confrontés à la pauvreté des statistiques administratives sur le sujet, les données actuellement produites par les ministères de la Justice et de la Santé n'étant pas en mesure de renseigner précisément sur la fréquence des expertises, des injonctions prononcées par les juridictions de jugement et de l'application des peines, sur les types d'infractions donnant lieu à de tels suivis, et encore moins sur le profil pénal et social des condamnés concernés, l'effectivité des interventions sanitaires et leur impact en termes de réinsertion et de prévention de la récidive. Confrontée à la pauvreté des statistiques relatives au fonctionnement du dispositif et à la population suivie, la mission d'évaluation a souligné dans son rapport de 2011 la nécessité de financer des recherches pour appréhender l'évolution du dispositif sous ses divers aspects<sup>127</sup>.

Notre recherche, pluridisciplinaire, entend justement analyser le dispositif des injonctions de soin, saisi au plus près des pratiques et non pas seulement sur le seul registre législatif. À partir d'investigations intégrant l'analyse des évolutions textuelles, des registres de justification des conduites et des pratiques effectives, nous souhaitons comprendre les fondements, la nature, les formes et les effets de ce nouveau type de réponse pénale. Notre effort de compréhension s'articulait autour de plusieurs questionnements.

**Quelles finalités sont assignées à l'injonction de soin du point de vue du législateur et des professionnels impliqués dans le dispositif des injonctions de soin ?** Du point de vue des rationalités pénales, nous nous sommes intéressés aux objectifs, aux résultats poursuivis par le législateur lors de son introduction puis des réformes textuelles successives, aux « cibles » visées par les pouvoirs publics, tant du point de vue de la nature des infractions que des problématiques sanitaires des personnes. Parce qu'il va de soi que plusieurs registres de justification peuvent apparaître au fil des réformes législatives et au cours des débats parlementaires, notre intention visait en quelque sorte à « prendre au mot » le législateur dans le but de décrypter les rhétoriques de légitimation des objectifs poursuivis et, le cas échéant, d'en exhumer les « contradictions ». Bien au-delà d'une analyse cantonnée au registre législatif, nous souhaitons étudier la réception, la réappropriation de ces finalités par les acteurs du système pénal et les professionnels de la santé. Comment appréhendent-ils le dispositif ? Quelle légitimité lui confèrent-ils ? Il convenait en effet d'analyser les « tensions » entre le dispositif légal et les valeurs, les principes, les raisons d'agir et les sens pratiques défendus par les divers opérateurs, professionnels d'une part, et au sein de chaque profession d'autre part. La recherche s'est notamment attachée à confronter les évolutions textuelles et les normes qui structurent spécifiquement le champ professionnel des soignants, de façon à vérifier si les premières respectent ou au contraire dénaturent les secondes (notamment secret partagé vs secret professionnel), voire, au-delà, les missions des acteurs du champ médico-social (contrôle vs soin et accompagnement social).

**Quelles sont les caractéristiques des affaires donnant lieu au prononcé d'une injonction de soin et les profils des condamnés ?** Afin d'objectiver le recours aux injonctions de soin, nous souhaitons déterminer, au-delà du champ d'application légal, les types d'infractions effectivement concernés par le prononcé de telles mesures, les caractéristiques des faits du point de vue du passage à l'acte et des victimes, le profil sociodémographique, pénal et psychologique des condamnés. Il s'agissait également de mieux cerner la critériologie *a priori* (examinée du point de vue des représentations) et la critériologie pratique (examinée du point de vue des choix effectifs), en étudiant les systèmes de représentation à

---

<sup>125</sup> *Les soins obligés ou l'utopie de la triple entente*, coll. Thèmes et commentaires Dalloz, 2002.

<sup>126</sup> Lameyre X., « Pour une éthique des soins pénalement obligés », préc., 529.

<sup>127</sup> Joseph-Jeanneney B., Lecoq Q., Beau P., Gallier P., *op. cit.*, 110.

l'œuvre chez les magistrats et les professionnels de santé, ainsi que les paramètres qu'ils prennent en compte pour déterminer l'intérêt ou non d'une injonction de soin dans telle ou telle affaire.

**Quelles sont les pratiques des différents professionnels impliqués dans le déroulement des injonctions de soin ?** Notre interrogation portait sur l'ensemble du processus, du prononcé de l'injonction à la phase d'exécution comprise. Nous souhaitions déterminer la périodicité des rencontres avec le médecin coordonnateur, le SPIP et le médecin traitant, les types de thérapeutes (psychiatre, psychologue, etc.) et de thérapies mobilisés, la nature, la fréquence et l'impact des expertises, des rapports des médecins coordonnateurs et des attestations des thérapeutes. Nous voulions analyser la manière dont les différents acteurs investissent leurs missions respectives, leurs contraintes (en termes de moyens, de personnels, de temps) et leurs difficultés. Face à ces pratiques, notre objectif était également d'analyser le « parcours » social et pénal des condamnés durant le déroulement de la mesure (manquements, commission d'infractions pénales, réinsertion professionnelle, sociale, etc.) et ses effets sur les prises en charge (modification du contenu du suivi, réincarcérations, etc.).

**Quelles sont les relations entre magistrats, services de probation et professionnels de santé dans le cadre de la mise en œuvre des injonctions de soin ?** Nous souhaitions objectiver les interactions multiples générées par le dispositif, qu'elles soient formelles ou informelles. Comment les opérateurs conçoivent-ils leur coopération, leurs places respectives ? Comment appréhendent-ils les fonctions investies et les modes d'agir assignés aux autres ? Quels sont les modes relationnels des magistrats, agents de probation et professionnels de santé ? Quelles sont les attentes et exigences des uns et des autres dans leurs rapports mutuels ? Quelles informations échangent-ils et sous quelles formes ? Ces interactions permettent-elles d'établir des rapports de complémentarité, ou génèrent-elles au contraire des stratégies d'évitement, voire des relations de type conflictuel ?

## **5. Méthodes et terrain d'enquête**

Cette étude se présente comme une recherche autonome, centrée sur les injonctions de soins, mais aussi comme une recherche exploratoire, préalable à la réalisation d'une recherche de plus grande envergure, portant cette fois sur l'ensemble des soins pénalement ordonnés. Il s'agissait en effet de profiter de cette recherche pour construire et tester une grille de saisie statistique capable de rendre compte de la complexité des trajectoires judiciaires entre le prononcé d'une mesure de soin et sa mise en œuvre. Cette seconde recherche, financée par l'Agence Nationale de la recherche, mobilise actuellement une quinzaine de chercheurs dans six juridictions françaises, situées dans le Grand ouest et la région parisienne (ANR REPESO, 2016-2019, dir. V. Gautron<sup>128</sup>). Mieux valait, de notre point de vue, prendre le temps d'une recherche ciblée sur un site avant de répliquer notre méthodologie, si besoin amendée à l'aide des enseignements tirés de nos premières analyses statistiques. Nous avons donc fait le choix de retenir pour terrain d'étude le ressort d'une seule juridiction, située dans une agglomération de plus de 500 000 habitants, dans l'ouest de la France, et traitant plus de 60 000 affaires par an. Par le biais d'une approche monographique, qualitative et quantitative, nous souhaitions offrir une « photographie » très précise de l'injonction de soin telle qu'elle est pratiquée au niveau local. Cette focale régionale suppose cependant d'analyser notre matériau avec précaution, dès lors que les disparités semblent importantes sur le territoire.

Après l'obtention des autorisations nécessaires, nous avons dans un premier temps consulté une trentaine de dossiers de condamnation et des juges de l'application des peines au sein du tribunal, puis une quinzaine de dossiers au sein du service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), de façon à construire une grille de saisie statistique permettant de suivre le parcours pénal des condamnés à une injonction de soin, de la condamnation au suivi en milieu libre, en incluant un éventuel parcours en détention. Notre démarche exploratoire supposait d'inclure dans notre grille de saisie statistique de multiples variables, y compris textuelles, de façon à saisir la complexité des trajectoires judiciaires des condamnés et des processus à l'œuvre. Il s'agissait également, dans la perspective d'étendre

---

<sup>128</sup> Pour une présentation de cette recherche [<https://repeso.hypotheses.org>].

ultérieurement cette recherche à l'ensemble des soins pénalement ordonnés, de vérifier la faisabilité et la pertinence d'un enregistrement dans une base de données, particulièrement sous une forme pré-codée.

De façon à suivre ces trajectoires judiciaires, notre base statistique, construite à l'aide du logiciel Modalisa, comporte de très nombreuses variables fermées, numériques et/ou textuelles :

- **Des variables sur la condamnation à l'origine de l'injonction de soin :**

- **Sur les infractions commises** : nombre, date et nature de(s) infraction(s), circonstances aggravantes, circonstances de l'infraction (usage d'une arme, consommation d'alcool, de drogue, etc.). Pour chaque dossier, notre base permettait, si la situation se présentait, d'enregistrer des informations détaillées sur les cinq premières infractions à l'origine de la condamnation.
- **Sur la procédure et la juridiction de jugement** (condamnation criminelle ou délictuelle, placement en détention provisoire ou sous contrôle judiciaire, situation à l'audience, date du jugement, etc.).
- **Sur les peines et mesures de sûreté prononcées** : peines principales, complémentaires, période de sûreté éventuelle ; durée de la peine privative de liberté prononcée ; durée du suivi socio-judiciaire et de l'emprisonnement en cas de manquement, etc.

- **Des données relatives aux condamnés et à leurs victimes :**

- **Des données sociodémographiques recueillies à différents stades du processus pénal** : sexe, âge, nationalité et lieu de naissance, niveau scolaire, profession, situation au regard de l'emploi, revenus déclarés, domiciliation (adresse personnelle, SDF, etc.), situation personnelle et familiale (situation maritale, nombre d'enfants, etc.). Ces diverses informations ont été enregistrées à plusieurs stades du processus pénal, de façon à saisir d'éventuelles évolutions dans le temps : au moment des faits, au moment de la saisine de l'autorité judiciaire, à la libération, à la fin du suivi par le SPIP.
- **Des données relatives au passé pénal du condamné** : nombre de condamnations antérieures au prononcé de l'injonction de soin, nature des infractions commises, peines prononcées, incarcérations et aménagements de peine éventuels, etc.
- **Des données sur le parcours en détention en cas d'emprisonnement ferme** : durée effective d'incarcération, aménagements de la peine, suivi thérapeutique en détention, participation à des groupes de parole, indemnisation des victimes, travail en détention, incidents disciplinaires, etc.
- **Des données sur les victimes** : nombre de victimes, sexe, âge au moment des faits, liens avec l'auteur (membre de la famille, ami, inconnu, etc.), situation socioprofessionnelle, familiale, constitution de partie civile, etc. Notre base permettait, si la situation se présentait, d'enregistrer des informations détaillées sur les quatre premières victimes apparaissant dans le dossier.
- **Des données sur les expertises psychiatriques et psychologiques** : Notre base permet d'enregistrer des données contenues dans trois expertises pré-sentencielles, trois expertises de pré-libération et deux expertises réalisées une fois le condamné libéré ou en milieu libre en absence d'incarcération. Chaque expertise donnait lieu à l'enregistrement d'environ 70 variables, avec une forte proportion de variables textuelles, de façon à enregistrer les formulations exactes des experts. Outre la possibilité de cerner par ce biais les parcours biographiques des condamnés (histoire familiale, parcours scolaire, violences physiques ou

sexuelles subies, etc.) et d'éventuels troubles psychopathologiques (pathologies psychiatriques, troubles de la personnalité, addictions), ces informations permettent d'analyser les discours des experts, les informations qu'ils mobilisent pour construire leur argumentation, qu'elles portent sur les faits, les victimes et/ou le condamné (histoire familiale, addiction, personnalité, etc.), la manière dont ils mobilisent les concepts de dangerosité, de risque de récidive, d'abolition ou d'altération du discernement, leur positionnement concernant l'intérêt ou non d'une injonction de soin, etc. Isoler le contenu de chaque rapport d'expert permet également des comparaisons entre expertises (pré et post-sentencielles, psychologiques et psychiatriques, de façon générale ou concernant un même dossier).

- **Des données sur le déroulement du suivi post-carcéral en général et de l'injonction de soin en particulier.**

- **Sur la fréquence et la nature du suivi** : périodicité des rencontres avec le médecin coordonnateur, le SPIP et le médecin traitant ; type de thérapeute (psychiatre, psychologue, etc.) ; autres obligations particulières accompagnant la mesure (interdictions, etc.) ; autres formes de prise en charge (accompagnement social, etc.) ; changement éventuel au cours du suivi de médecin coordonnateur ou de médecin traitant.
- **Sur « l'évolution » du condamné au fil de la prise en charge** par une analyse détaillée des rapports et notes manuscrites des agents de probation (données sur la situation familiale, professionnelle et sociale du condamné ; troubles psychopathologiques évoqués au fil du suivi ; observations sur l'efficacité et l'efficacéité du suivi, sur la dangerosité ou les risques de récidive, incidents ou manquements durant le suivi, etc.). Concernant ce suivi post-carcéral, certaines variables ont été collectées en prenant en compte l'ensemble du suivi (par exemple, le nombre de manquements en matière de respect des obligations, d'absences aux convocations du SPIP ou du médecin coordonnateur, de rapports d'incidents adressés au JAP). Les données précisées ci-dessus (par exemple la périodicité des rencontres avec le médecin traitant, l'agent de probation ou le médecin coordonnateur, la nature des suivis, la situation socioprofessionnelle du condamné) ont ensuite été enregistrées à plusieurs stades du suivi. Pour permettre une étude des évolutions du suivi au fil du temps, nous avons enregistré ces informations telles qu'elles apparaissaient durant les six premiers mois après la libération ou la condamnation en l'absence d'incarcération, puis durant les six derniers mois du suivi (fin du suivi pour les dossiers archivés, six derniers mois du suivi figurant dans les dossiers en cours).
- **Des variables relatives aux rapports annuels des médecins coordonnateurs**. Pour chaque dossier, nous avons enregistré le contenu du premier et du dernier rapport annuel, à partir de variables en partie similaires à celles retenues pour l'analyse des expertises psychiatriques. Là encore, notre objectif était d'analyser les informations relatives aux condamnés concernés, mais également les discours des médecins coordonnateurs, les éléments qu'ils mobilisent pour rendre compte du déroulement de l'injonction de soin aux juges de l'application des peines.

Nous souhaitions initialement intégrer des données sur d'éventuelles condamnations ultérieures figurant au B1 du casier judiciaire. Nous avons obtenu l'accord initial du Directeur du Casier judiciaire, mais notre demande d'autorisation auprès de la Direction des Affaires Criminelles et des Grâces a été suivie d'un refus. Au total, notre base de données contient plus de 1 000 variables, qui toutefois ne compilent pas toujours des informations différentes et qui n'avaient pas systématiquement vocation à être renseignées. En effet, un dossier peut faire apparaître, pour un seul condamné, une ou plusieurs infractions, une ou plusieurs victimes, une ou plusieurs expertises et rapports de médecins coordonnateurs.

Lors de la soumission de notre projet, nous espérons pouvoir constituer un échantillon de plusieurs centaines d'affaires, eu égard aux indications générales fournies par les JAP et le SPIP qui, toutefois, ne disposaient pas de statistiques précises sur le nombre de mesures prononcées. Or, la peine complémentaire de SSJ s'est développée très progressivement sur l'ensemble du territoire, pour atteindre 1 433 mesures en 2011, auxquelles il faudrait toutefois ajouter, si l'information était disponible, celles prononcées par les juges de l'application des peines au stade post-sentenciel. En outre, la mesure ciblant particulièrement les condamnés à de longues peines privatives de liberté, une part conséquente de ceux condamnés à partir de 2010 se trouvent toujours en détention, de sorte que leurs dossiers ne sont pas encore pris en charge en milieu ouvert. Enfin, nous n'avons découvert qu'au démarrage de la recherche les modes d'archivage des dossiers au sein du SPIP. La plupart des dossiers ne sont pas conservés au-delà d'un délai de cinq ans, à l'exception de quelques dossiers échantillonnés à partir de consignes des archives départementales<sup>129</sup>.

Notre échantillon ne regroupe donc que 99 affaires, ce qui est bien insuffisant pour réaliser des analyses statistiquement significatives. Il permet seulement d'objectiver des tendances et surtout, eu égard aux multiples variables mobilisées, de restituer qualitativement les trajectoires judiciaires des condamnés. Nous avons enregistré l'ensemble des dossiers des agents de probation incluant un SSJ, de façon à comparer, du point de vue des caractéristiques des affaires et de leurs protagonistes, les cas dans lesquels la juridiction de jugement ou le juge d'application des peines a et n'a pas prononcé d'injonction de soin. Si nous n'avons jamais eu à renseigner la totalité des variables prévues, il n'en demeure pas moins que la saisie fut particulièrement chronophage. En effet, un minimum d'une journée était nécessaire pour enregistrer chaque dossier, deux en moyenne, soit plus de 1 000 heures d'encodage. Passer des mois à enregistrer le contenu de dossiers pénaux est sans doute le plus sûr moyen de rester prudent et modeste face au déploiement d'une nouvelle obsession de la quantification, qui n'est pas sans rappeler celle des positivistes de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. Bien des données classiques et pourtant sommaires sont très difficiles à coder et doivent donc être maniées avec une infinie précaution. Mais notre ambition n'était pas, ou pas seulement, de rendre compte de faits parfaitement objectivables (âge, diplôme, casier, situation familiale, revenus, etc.). Un dossier n'est jamais que la retranscription de ce qu'en pensent les acteurs, des informations qu'ils jugent utiles de recenser, mais aussi de ce qu'ils acceptent d'écrire formellement. Nous nous intéressions donc prioritairement aux mécanismes de construction de la réalité judiciaire. Quels sont les discours des professionnels qui se succèdent au fil du temps, leurs registres argumentatifs pour décrire ces condamnés, évaluer leur dangerosité et la nécessité de soins ? Comment ces différents discours s'entrecroisent-ils et pèsent-ils sur les décisions judiciaires ? D'où l'importance de nos très nombreuses variables textuelles, destinées à noter *in extenso* et mot pour mot les appréciations des intervenants. Ceci nous a permis de ne pas perdre la nuance de leurs observations, de ne pas forcer l'interprétation en catégorisant leurs propos selon des items prédéfinis. Les variables prédéterminées qui précédaient généralement la saisie du texte visaient essentiellement à nous permettre ultérieurement de trier plus facilement les informations disponibles. Toutefois, les consignes d'enregistrement étaient claires : ne pas coder l'information si cela revenait à tordre la pensée du rédacteur, ni substituer notre propre interprétation en cas de doute. Entre autres exemples, nous nous sommes refusés à cocher l'item « alcoolisme » lorsque l'expert mentionnait un simple « abus d'alcool », tout en évoquant dans le même temps une consommation journalière de plusieurs litres... Le taux de non-réponse, ou de réponses aux items « autres », apparaît dès lors aussi intéressant en termes d'interprétation que les autres modalités. Il nous renseigne sur l'importance que les professionnels accordent à tel ou tel élément d'information, sur leurs indécisions ou précautions, sur leurs contradictions également.

Notre matériau doit être interprété avec d'autant plus d'humilité que la plupart des informations dites de « personnalité » sont généralement obtenues auprès de l'intéressé, sur un mode déclaratif, ce qui suppose là encore une exploitation prudente. Dans 15% des dossiers figuraient un interrogatoire de personnalité du juge d'instruction, une enquête sociale dans 11% des cas. Seuls trois dossiers ne contenaient aucune expertise. Des expertises psychiatriques étaient présentes dans 75% des dossiers, psychologiques dans

---

<sup>129</sup> Deux lettres de l'alphabet sont retenues pour sélectionner les dossiers en question, à partir des noms de famille des condamnés.

32% des dossiers. Il convient toutefois de préciser que les SPIP ne sont pas nécessairement destinataires de l'ensemble des rapports d'expertise. Dans 31 dossiers ne figuraient que des expertises pré-sentencielles et dans 18 dossiers uniquement des expertises de pré-libération. Au total, nous avons enregistré des données détaillées concernant 229 expertises (127 pré-sentencielles, 91 de pré-libération, 11 réalisées en milieu ouvert). Celles-ci ont principalement été rédigées par un petit noyau d'experts psychiatres locaux, même si certains condamnés l'ont été et ont exécuté leurs peines dans d'autres régions que le site retenu pour l'étude. Lorsqu'on prend en compte l'ensemble des expertises (pré-sentencielles, pré-libération et en milieu ouvert) et les seuls dossiers en contenant (96 dossiers), on constate que deux psychiatres apparaissent chacun dans une affaire sur quatre (25% et 24% des affaires), un troisième une fois sur cinq. Dans quelques cas, un même expert peut être amené à réaliser au fil du temps plusieurs expertises au sujet d'un même condamné. Quelques-uns sont par ailleurs médecins coordonnateurs. Dans les affaires comprenant des expertises pré-sentencielles (78), un expert psychiatre apparaît dans la quasi-totalité des cas (97,4% des affaires) et un psychologue dans 40% des cas. Dans 28 affaires sur 78 (36%), le dossier comprend une expertise réalisée par un expert psychologue seul. Un collègue d'experts apparaît dans environ une affaire sur six (15,7%). Nous retrouvons la présence d'un même expert psychiatre plus d'une fois sur quatre (28% des affaires). Un autre expert psychiatre apparaît dans une affaire sur six. L'un et/ou l'autre apparaissent dans plus de quatre affaires sur 10 (41%), étant précisé que ces pourcentages seraient encore plus élevés si nous isolions les seuls condamnés par la juridiction retenue pour l'étude. Une fois sur sept apparaît le même psychologue (14% des affaires). Ces trois experts apparaissent dans 45% des affaires (35 sur 78). Cinq experts apparaissent dans plus de la moitié des dossiers (53%, 42 affaires sur 78 incluant de telles expertises). Des expertises de pré-libération, rédigées presque systématiquement par des psychiatres, apparaissent quant à elles dans 65 dossiers de l'échantillon (pour 86 condamnés à un emprisonnement ferme). Le praticien le plus mobilisé n'est plus le même qu'au stade pré-sentenciel. On observe toutefois une concentration encore plus importante des demandes d'expertises auprès d'un petit noyau d'experts. Un même praticien apparaît dans près d'un quart des affaires incluant une ou plusieurs expertises de ce type (24%), alors qu'il est peu présent au stade pré-sentenciel (6% des affaires). Huit experts apparaissent dans 80% des affaires incluant des expertises de pré-libération (52 sur 65). Six experts dans 73,8% des affaires. Deux experts apparaissent dans près de quatre affaires sur dix (38%).

Si l'on prend en compte les seules affaires incluant le prononcé d'une injonction de soin par une juridiction de jugement ou par un JAP (84), nous n'avons pas trouvé de rapport de médecins coordonnateurs dans 8 dossiers. Cette absence s'explique essentiellement par la présence de SSJ ayant débuté moins d'un an avant l'étude du dossier (4 dossiers), les rapports en question étant le plus souvent annuels, ou par un changement du SPIP compétent du fait d'un déménagement, sans que les rapports antérieurs aient été transmis (2 dossiers). Si nous avons évidemment consulté l'ensemble des rapports des coordonnateurs, nous avons enregistré dans notre base statistique les informations tirées du premier et du dernier rapport disponibles. Au total, nous disposons donc de 139 rapports de ce type, qui se présentent sous des formes variées, en taille comme en contenu.

Si notre objectivation des trajectoires judiciaires, constatées et non plus seulement légales ou virtuelles, repose sur la saisie statistique des dossiers pénaux, nous souhaitons armer cette approche quantitative par une ethnographie fondée sur des entretiens auprès de l'ensemble des professionnels impliqués dans le dispositif des injonctions de soin : magistrats du parquet, des juridictions de jugement, juges de l'application des peines, agents du service pénitentiaire d'insertion et de probation, psychiatres et psychologues intervenant au sein du SMPR, des CMP ou libéraux, exerçant comme médecins coordonnateurs et/ou experts. Nous avons réalisé une trentaine d'entretiens au total :

- sept magistrats (trois JAP, deux autres magistrats du siège, deux magistrats du parquet).
- onze conseillers et un directeur pénitentiaire d'insertion et de probation.
- six psychologues et six psychiatres. Parmi ceux-ci, deux psychiatres exerçaient comme médecin coordonnateur, trois comme experts. Deux psychologues assuraient également des missions d'expertise, en parallèle d'une activité libérale. Cinq de ces praticiens exerçaient en détention au sein du service médico-psychologique régional (SMPR), pour certains partiellement au sein de centres médico-psychologiques (CMP), trois dans le secteur libéral.

Nous les avons interrogés sur le public de l'injonction de soin, sur leur propres pratiques (décisionnelles, expertales, thérapeutiques, de coordination), mais aussi sur leurs représentations des pratiques des autres intervenants qu'ils sont amenés à croiser dans le cadre de la mise en œuvre de ces mesures. Pour comprendre les pratiques des experts et des magistrats, nos entretiens visaient notamment à mieux saisir les systèmes de représentations à l'œuvre et leur influence sur leurs évaluations ou décisions. Les conclusions des experts et les décisions des magistrats reposent en effet sur une évaluation tribunaire d'un certain nombre de paramètres qu'il importait d'inventorier. Nous avons également interrogé les experts et les CPIP sur leurs méthodes d'évaluation, sur leur positionnement vis-à-vis des approches prédictives développées outre-Atlantique. Ces entretiens, ainsi que ceux réalisés auprès de magistrats, visaient à identifier les finalités qu'ils assignent aux soins dans le champ pénal, à questionner leurs perceptions des évolutions légales et pratiques en la matière. Parallèlement, nous avons questionné les professionnels de santé sur leurs perceptions des pratiques expertales et judiciaires, sur les modalités concrètes de mise en œuvre des soins et incitations aux soins en détention et en milieu ouvert, sur leurs difficultés éventuelles au regard de l'offre locale de soins, de leurs contraintes en termes de moyens, de personnels et de temps. Auprès de l'ensemble de nos interlocuteurs, nos questions ont également porté sur les échanges interprofessionnels engagés au plan local, et plus précisément sur l'articulation des secrets professionnel et médical en milieu fermé comme en milieu ouvert.

Pour illustrer notre propos, nous avons fait le choix d'inclure dans ce rapport de nombreux extraits d'entretiens (*en italiques*) et des différentes pièces des dossiers (*encadrées*). Le lecteur pourra toutefois suivre le fil de l'analyse sans nécessairement les consulter.

## **6. Trame générale du rapport**

Le présent rapport vise à restituer les principaux résultats de nos investigations. Nous avons pris le parti de suivre, à la manière de notre grille de saisie statistique, la trajectoire pénale et sanitaire des condamnés de notre échantillon, en confrontant les informations extraites des dossiers des agents de probation aux propos plus généraux recueillis en entretien auprès des différents intervenants. Pour illustrer au mieux nos analyses, nous avons fait le choix d'inclure de nombreux extraits d'entretiens, d'expertises, des rapports et notes manuscrites d'agents de probation, qui parfois retranscrivent la parole même des condamnés sur leur passage à l'acte, leur parcours pénal, leurs rapports aux différents intervenants et aux soins. La première partie vise à identifier les caractéristiques du public-cible du suivi socio-judiciaire et, en son sein, des condamnés soumis à une injonction de soin, sur le plan de leur carrière pénale, de leurs trajectoires socio-biographiques et de leurs problématiques psychopathologiques. Un premier chapitre se consacre à l'étude du « profil », ou plutôt des « profils », des condamnés de notre échantillon. Un second chapitre porte sur le prononcé de l'injonction. Nous y précisons les finalités plurielles assignées à l'injonction par les différents acteurs, finalités qui sont complémentaires autant que concurrentielles. Nous analysons également l'influence du contenu des expertises, dès lors que le prononcé de l'injonction de soin est théoriquement subordonné à un avis expertal confirmant la possibilité d'un traitement, puis le processus décisionnel, dévoilant une quasi-systématisation du prononcé de l'injonction en cas de suivi socio-judiciaire. Si l'on constate un processus sélectif au stade du jugement, les juges de l'application des peines ont en effet tendance à ajouter cette mesure lorsque celle-ci n'a pas été prononcée par le tribunal correctionnel ou la cour d'assises. La seconde partie porte sur la mise en œuvre et le déroulement de l'injonction de soin. Après un premier chapitre consacré au dispositif de l'incitation au soin en détention, l'analyse se concentre sur le suivi en milieu ouvert, distinguant les pratiques des thérapeutes, des médecins coordonnateurs, des CPIP et des JAP. Un troisième et dernier chapitre se consacre enfin à la question de l'articulation des pratiques. Malgré le cadre novateur de la loi de 1998, nous verrons que diverses tensions interprofessionnelles perdurent, les acteurs sanitaires et judiciaires parvenant difficilement à dépasser leurs divergences sur le sens, les objectifs et les modalités de mise en œuvre de ces mesures.

## Première partie : Le public-cible du suivi socio-judiciaire et de l'injonction de soin

Nous allons tenter de dresser, dans le cadre de cette première partie, un « portrait » des condamnés de notre échantillon sur le plan des infractions commises, de leurs parcours pénal, de leurs « profils » sur un plan sociologique et psychopathologique, avant d'analyser plus précisément les facteurs conduisant au prononcé d'une injonction de soin. Analyser les trajectoires socio-biographiques et pénales de ces condamnés suppose d'immenses précautions d'analyse, dont le lecteur doit préalablement prendre connaissance pour apprécier l'exacte portée des informations dont nous disposons. En premier lieu, il convient de rappeler que le public du suivi socio-judiciaire n'est en rien représentatif des délinquants sexuels en général ni même, nous y reviendrons, de ceux pris dans les mailles du filet pénal. Selon l'enquête Cadre de Vie et Sécurité (CVS) réalisée par l'INSEE et l'ONDRP, chaque année entre 2011 et 2015, 0,3 % des personnes âgées de 18 à 75 ans (soit environ 147 000 personnes) ont déclaré avoir été victimes de violences sexuelles (viols, tentatives de viol ou attouchements sexuels) commises par une (ou des) personne(s) ne vivant pas avec elles au moment de l'enquête<sup>130</sup>. 25 % des victimes ont déclaré avoir été vues par un médecin en cas de viol ou tentative de viol, 3 % dans l'hypothèse d'autres agressions sexuelles. 11 % ont déposé plainte en présence d'un viol (ou tentative), 2% pour les autres agressions sexuelles. Il faut ajouter les violences sexuelles commises au sein du ménage, sans doute sous-estimées en raison du tabou qui entoure encore la question. L'enquête CVS a recensé 56 000 victimes déclarées entre 2011 et 2015. Une inconnue concerne cependant les faits commis en amont de la période étudiée et pendant l'enfance, les mineurs n'étant pas interrogés dans le cadre de ces enquêtes. Toutefois, selon les premiers résultats de l'enquête « Virage »<sup>131</sup>, à laquelle participe un membre de notre équipe de recherche (S. Grunvald), une femme sur sept (14,5 %) et un homme sur vingt-cinq (3,9 %) déclarent avoir vécu des violences sexuelles au cours de leur vie (hors harcèlement et exhibitionnisme). 3,7% des femmes et 0,6% des hommes ont vécu au moins un viol ou une tentative de viol. *« Globalement, c'est au sein de l'espace privé, c'est-à-dire dans les relations avec la famille, les proches, les conjoints et ex-conjoints, y compris les petits amis, que se produisent l'essentiel des viols et des tentatives de viols. Trois femmes sur quatre, parmi celles qui en ont subis, les ont vécus dans ce cadre. La famille et l'entourage proche constituent un espace majeur de victimation : 5 % des femmes y ont subi au moins une agression depuis leur enfance et 1,6 % au moins un viol ou une tentative de viol. Ces violences se produisent principalement aux jeunes âges : 82 % des viols et des tentatives de viol subis dans la famille débutent ainsi avant les 15 ans de la victime. C'est également l'espace où les hommes déclarent le plus de viols et de tentatives de viol, qui débutent avant 15 ans dans près de 9 cas sur 10. Les relations de couple, y compris celles d'au moins quatre mois avec un petit ami, et les relations avec un ex-conjoint, sont le deuxième espace de vie dans lequel les femmes subissent le plus de viols et de tentatives de viol, dont 10 % avant 18 ans. Ces faits représentent la majorité des violences sexuelles dans ce cadre, les autres agressions y étant moins souvent déclarées que dans la famille »*<sup>132</sup>. Comparativement, du fait de la faiblesse du taux de plainte, 35 000 victimes de violences sexuelles ont été enregistrées par les forces de police en 2015<sup>133</sup>. Parmi elles, 13 730 ont été victimes de viols. Une victime enregistrée sur deux était âgée de moins de 15 ans. 78% étaient des filles, 30% ont été agressées dans le cercle familial. 92% des victimes âgées de plus de 15 ans étaient des femmes, 44% ont été victimes d'un viol dont, dans un cas sur quatre, l'auteur présumé était le conjoint ou l'ex-conjoint de la victime. La même année, 5 646 hommes et 70 femmes ont été condamnés pour viols et autres agressions sexuelles. Parmi les femmes qui ont subi des viols et tentatives de viol, 40 % ont été victimes dans l'enfance (avant 15 ans), 16 % pendant l'adolescence et 44 % après 18 ans. Les violences subies dans le cadre familial ou conjugal sont fréquemment répétées et peuvent se poursuivre pendant de longues

<sup>130</sup> Source : Rapport d'enquête « cadre de vie et sécurité », Interstats, Ministère de l'intérieur, 2016.

<sup>131</sup> Hamel C. et al., « viols et agressions sexuelles en France : premiers résultats de l'enquête Virage », *Population & Sociétés*, n°538, 2016.

<sup>132</sup> Hamel C. et al., *op. cit.*, 3.

<sup>133</sup> « Les viols, tentatives de viols et agressions sexuelles en France, La lettre de l'observatoire des violences faites aux femmes, n°10, 2016, 5.

périodes. En revanche, pour les hommes, les trois quarts des viols et tentatives de viol subis l'ont été avant 18 ans.

Si tous les chercheurs et praticiens s'accordent à penser que ces violences sexuelles, comme les violences intrafamiliales, touchent des femmes et des hommes de tous milieux sociaux<sup>134</sup>, il n'en demeure pas moins que les études réalisées au sujet de publics judiciairisés donnent à penser qu'elles sont massivement le fait d'auteurs de classes populaires<sup>135</sup>. Pour autant, ceux-ci ne sont pas nécessairement représentatifs de l'ensemble des délinquants sexuels, dès lors que la situation sociale des victimes et des auteurs n'est pas sans incidence sur les taux de plainte et d'éventuels signalements d'institutions extérieures lorsque la victime est mineure, du moins dans l'hypothèse de faits commis au sein de la cellule familiale. Les familles populaires sont en effet plus étroitement surveillées par les travailleurs sociaux, et partant plus souvent signalées à l'autorité judiciaire<sup>136</sup>, pour des raisons qui tiennent aussi à l'« *imaginaire du pauvre incestueux* » dévoilé par les historiens<sup>137</sup>. Au sujet d'une recherche qui ne portait toutefois pas spécifiquement sur les violences sexuelles intrafamiliales, Delphine Serre note que « *les signalements révèlent une forte homogénéité sociale : la grande majorité des parents des enfants signalés à la justice appartient aux classes populaires, quelques-uns seulement sont de classe moyenne et aucun de classe supérieure. [...] Le resserrement de l'encadrement sur les familles modestes reflète le public habituel des services sociaux mais il est également dû à des critères de perception et d'intervention propres aux assistantes sociales. Le mandat de contrôle s'exerce différemment selon les familles rencontrées* »<sup>138</sup>.

En outre, notre matériau n'est pas « *le reflet d'un savoir objectif* »<sup>139</sup>. La façon dont les experts, puis les agents de probation et les médecins coordonnateurs, décrivent et analysent l'histoire des condamnés, leurs traits et troubles de la personnalité, donne aussi à voir une « *construction morale* »<sup>140</sup> ou discursive<sup>141</sup> plus ou moins teintée de jugements de valeurs. Au sujet des expertises, Laurence Dumoulin évoque une « *parole instituant* », car « *les faits qui ne sont pas retenus par l'expert sont écartés, gommés, oubliés. Ce qu'il n'a pas vu n'existe pas ; ce qu'il n'a pas jugé pertinent de prendre en compte perd toute consistance et toute existence. Sa perception préside à la construction du réel lui-même* »<sup>142</sup>. Ceci n'est évidemment pas sans effet sur les résultats tirés de notre base de données, dès lors soumis à de nombreux biais d'interprétation. Entre autres exemples, il n'est pas improbable que l'expert mentionne plus fréquemment dans son rapport des incidents disciplinaires lorsqu'il cherche à confirmer des troubles psychopathiques, du fait des critères diagnostics habituellement reconnus, comme une scolarisation en IME ou ITEP pourra renforcer la thèse d'une dysharmonie évolutive de l'enfance. Il insistera alors sur la « donnée » étayant son raisonnement, tandis qu'il la passera éventuellement sous silence si elle ne lui semble pas révélatrice d'un trouble ou de la personnalité de l'auteur. Sur un plan statistique, diverses corrélations en sortiront artificiellement renforcées. S'agissant de l'évaluation des troubles de la personnalité, des risques de récidive ou encore de la pertinence des soins, nous verrons par ailleurs que leurs conclusions ne peuvent être interprétées sans tenir compte des conditions de réalisation des expertises, mais aussi d'un contexte socio-politique qui accentue le phénomène d'ouverture de parapluie. Dans d'autres situations, des experts, des agents de probation et des médecins coordonnateurs conscients du poids de leurs conclusions sur la suite du processus judiciaire, nuancent

<sup>134</sup> Debauche et al., Présentation de l'enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles, Document de travail n°229, INED, 2017.

<sup>135</sup> V. notamment Le Goaziou V., *Le viol, aspects sociologiques d'un crime*, Paris, La documentation française, 2011.

<sup>136</sup> Serre D., *Les coulisses de l'Etat social. Enquête sur les signalements d'enfant en danger*, Paris, éd. Raisons d'agir, 2009.

<sup>137</sup> Bajos N., Bozon M., « Les agressions sexuelles en France : résignation, réprobation, révolte », in Bajos N., Bozon M. (dir.), *La Sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, La Découverte, 2008, p. 398.

<sup>138</sup> Serre, D., « Les assistantes sociales face à leur mandat de surveillance des familles: Des professionnelles divisées », *Déviance et Société*, 2010, vol. 34,(2), 149-162

<sup>139</sup> Cartuyvels Y., Champetier B., Wyvekens A., *Soigner ou punir ? Un regard critique sur la défense sociale en Belgique*, Presses des facultés universitaires de Saint-Louis, 2010, 62.

<sup>140</sup> Bensa A. (dir.), *Politiques de l'expertise psychiatrique. Trajectoires professionnelles des experts psychiatres et styles de pratiques*, Rapport de recherche pour la Mission Droit et Justice, 2010.

<sup>141</sup> Saetta S., « La construction langagière de la " vérité " judiciaire par les experts psychiatres et les magistrats », *Langage et société*, 2011, vol. 136, n°2, 109-128.

<sup>142</sup> Dumoulin L., *L'expert dans la justice. De la genèse d'une figure à ses usages*, Economica, 2007, p.107.

au contraire leurs interprétations, pèsent leurs mots, ce dont aucune base statistique n'est capable de rendre compte. Enfin, si la grande majorité des dossiers contient de multiples éléments sur l'histoire familiale, le parcours scolaire du condamné, ses éventuelles addictions, psychopathologies, etc., ces informations proviennent de sources différentes (psychiatres, magistrats, policiers, déclarations du condamné, etc.) quelques fois contradictoires. Nous l'avons précisé en introduction, la plupart des informations dites de « personnalité » sont généralement obtenues auprès de l'intéressé sur un mode déclaratif. Or, pour ne prendre qu'un seul exemple, certains délinquants sexuels pourraient estimer judicieux, à tort ou à raison, de prétexter un abus sexuel dans l'enfance pour obtenir la clémence de la juridiction de jugement. D'autres ont pu être dans l'incapacité de dénoncer publiquement de réels abus, pour diverses raisons et parfois malgré les conseils de leurs avocats. Ce genre de données ne peut dès lors être interprété autrement que comme une simple estimation. En définitive, nous ne pouvons que rejoindre Michel van de Kerchove qui, au sujet des expertises, notait qu'« à partir du moment, en effet, où l'on admet, comme le font la plupart des auteurs, à la fois les incertitudes, la subjectivité, la dépendance partielle des appréciations formulées par l'expert-psychiatre par rapport à ses « mandants » et l'attraction permanente qu'exercent les conséquences judiciaires prévisibles de l'expertise sur ses conclusions, il devient impossible d'en faire abstraction et d'organiser l'expertise comme si l'on avait affaire à l'expression d'un savoir purement objectif, exempt de tout jugement de valeur et indépendant d'un ensemble d'intérêts qui se profilent en amont et en aval du rapport »<sup>143</sup>. S'il ne faut pas se priver d'exploiter les données tirées de notre échantillon, il convient donc de les appréhender comme une « construction sociale de l'altérité déviante »<sup>144</sup>.

Sous ces réserves, nous présenterons dans un premier temps les principales caractéristiques des condamnés de notre échantillon (Chapitre 1). Sur cette base, nous chercherons ensuite à identifier ceux qui, parmi eux, ont plus précisément été visés par une injonction de soin, de façon à déterminer les critères pris en compte pour le prononcé de telles mesures. Nous observerons à ce titre l'existence d'un processus sélectif au stade du jugement, sur la base de critères essentiellement pénaux. Toutefois, cette sélection ne résiste pas à un processus de quasi-systématisation du dispositif au stade post-sentenciel (Chapitre 2).

---

<sup>143</sup> van de Kerchove M., « Le juge et le psychiatre. Evolution de leurs pouvoirs respectifs », in Gérard P., Ost F., van de Kerchove M., *Fonction de juger et pouvoir judiciaire. Transformations et déplacements*, Bruxelles, Presses des facultés universitaires de Saint-Louis, 1983, 389.

<sup>144</sup> Bensa A. (dir.), *op. cit.*, 87.

# Chapitre 1- Les caractéristiques des condamnés de l'échantillon

En gardant continuellement à l'esprit les multiples pièges à surinterprétation que nous venons d'évoquer brièvement, nous aborderons dans un premier temps le parcours pénal des auteurs condamnés à un suivi socio-judiciaire, en tenant compte des infractions commises, de leurs antécédents, des peines prononcées et de leur durée. Les magistrats ayant relativement résisté aux évolutions législatives de la dernière décennie, le suivi socio-judiciaire s'adresse toujours majoritairement à des délinquants sexuels, plus souvent réitérants, condamnés à de longues peines privatives de liberté, même si son champ d'application pratique tend à s'étendre à des infractions de moindre gravité (Section 1). Nous évoquerons ensuite les trajectoires socio-biographiques des condamnés, qui sont majoritairement d'origine populaire et dont le parcours fut fréquemment jalonné d'épreuves et de ruptures, suite à des maltraitements parentaux et/ou des placements institutionnels, des échecs scolaires, etc. (Section 2). La lecture des expertises dévoile également une forte prévalence des addictions, ainsi que divers troubles psychiques, qui confirment toutefois l'absence de « profil » unique de personnalité (Section 3).

## Section 1- Les trajectoires pénales des condamnés à un suivi socio-judiciaire

À l'instar de diverses recherches<sup>145</sup> et des résultats de l'étude de R. Josnin fondée sur des statistiques issues du casier judiciaire<sup>146</sup>, notre échantillon révèle que le suivi socio-judiciaire (SSJ) demeure essentiellement dédié à la surveillance et à l'accompagnement des délinquants sexuels, *a fortiori* lorsque les victimes sont mineures, même si l'on constate une extension de son champ d'application à des infractions de moindre gravité (§1). Le suivi socio-judiciaire constitue dès lors rarement une alternative à l'incarcération, mais plutôt le complément de longues peines d'emprisonnement ou de réclusion (§2). La durée des SSJ qui les accompagnent apparaît elle-même relativement conséquente (§3).

### §1- Une extension relative du champ d'application du suivi socio-judiciaire

Malgré les multiples réformes adoptées depuis la loi de 1998, la peine de suivi socio-judiciaire concerne toujours majoritairement les auteurs d'infractions à caractère sexuel (A). Ceux-ci ne sont toutefois pas nécessairement représentatifs des délinquants sexuels en général, du fait de la faiblesse du taux de plainte en la matière, ni même des délinquants sexuels judiciairisés, le suivi socio-judiciaire étant plus souvent prononcé à l'encontre de multi-réitérants (B).

#### A- Un cœur de cible : les délinquants sexuels

92 dossiers sur 99 incluent des violences sexuelles. L'extension progressive de son champ d'application n'a modifié qu'à la marge les pratiques judiciaires, même si l'on observe une diminution non négligeable de ce type d'infractions parmi l'ensemble (83% entre 2010 et 2015, contre 100% entre 2000 et 2005). S'il est fait état de violences conjugales dans cinq dossiers, celles-ci s'ajoutent dans trois cas à des violences sexuelles à l'encontre du conjoint. Sept condamnés l'ont été pour des violences autres que conjugales, une minorité pour tentatives de meurtre (3) ou destructions par incendie (3), mais sept dossiers seulement n'impliquent aucun fait à caractère sexuel.

---

<sup>145</sup> Pour une synthèse des études réalisées, v. notamment Orsat M., Auffret E., Brunetière C. *et al.*, « Les soins pénalement ordonnés : une analyse d'une pratique complexe à travers une revue de la littérature », *L'encéphale*, 2015, n° 41, 420-428 ; Alvarez J., Gourmelon N., *La prise en charge pénitentiaire des auteurs d'agressions sexuelles*, Paris, La Documentation française, 2006.

<sup>146</sup> Josnin R., *Le recours au suivi socio-judiciaire*, *Infostat Justice*, 2013, n° 121.

## Types d'infractions

	Effectifs	Fréquence
Infractions à caractère sexuel	92	92,9%
Tentatives de meurtre	3	3,0%
Violences conjugales	5	5,1%
Autres violences	7	7,1%
Destructions ou détériorations d'un bien par moyen dangereux	3	3,0%
Autres infractions	8	8,1%
Total / interrogés	99	

\* Du fait de la mention de plusieurs infractions dans le jugement, le total excède 100%.

Les dossiers de notre échantillon résultent autant de condamnations pour crime (47) que pour délit (52). Plus d'une affaire sur 10 (12) a été jugée par une juridiction pour mineur, un tribunal pour enfants (2) ou une Cour d'assises des mineurs (10).

## Juridiction de jugement

	Effectifs	Fréquence
Cour d'assises majeurs	37	37,4 %
Cour d'assises mineurs	10	10,1 %
Tribunal correctionnel	50	50,5 %
Tribunal pour enfant	2	2,0 %
Total	99	100,0 %

Selon l'étude réalisée au niveau national par Rémi Josnin, les viols seraient toutefois plus fréquemment suivis d'un SSJ (39% des cas en 2010) que les autres infractions à caractère sexuel<sup>147</sup>. Si les magistrats usent peu du suivi socio-judiciaire au sujet des nouvelles incriminations prévues par les textes, son champ d'application pratique semble néanmoins s'étendre, au sein même des infractions à caractère sexuel, à des faits de moindre gravité (exhibition, images pédopornographiques). On constate en effet une progression de la part des affaires de nature délictuelle : 75% des affaires sur la période 2010-2015, contre 46,8% entre 2005 et 2010 et 23,1% entre 2000 et 2005.

	De 2000 à 2005	De 2005 à 2010	2010 à 2015	Total
Cour d'assises majeurs	61,5	40,3	16,7	37,4
Cour d'assises mineurs	15,4	11,3	4,2	10,1
Tribunal correctionnel	23,1	46,8	75,0	50,5
Tribunal pour enfant		1,6	4,2	2,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Étant précisé que plusieurs qualifications peuvent se cumuler dans un même dossier, particulièrement lorsque des victimes mineures sont touchées, des viols apparaissent dans 46,5% des affaires, des agressions sexuelles dans 55,6% des cas. Ces informations renseignent toutefois sur les qualifications pénales retenues par la juridiction de jugement, qui ne correspondent pas systématiquement à la réalité des faits commis. La proportion de viols est vraisemblablement sous-estimée en raison des pratiques de correctionnalisation. Si nous ne disposons pas toujours de cette information (16% de non-réponses), une correctionnalisation est apparue dans 8% des affaires.

<sup>147</sup> *Op. cit.*, 2.

Le suivi socio-judiciaire s'adresse plus particulièrement aux auteurs de violences sexuelles à l'encontre de mineurs (56,6% des affaires de notre échantillon, 31,3% à l'encontre de majeurs). Plus d'une affaire sur quatre inclut un viol sur mineur (28,3%), près d'une sur deux (46,5%) des agressions sexuelles sur mineurs, environ une sur dix des atteintes sexuelles ou corruptions de mineurs. Il s'agit le plus souvent de mineurs de moins de 15 ans, les viols et les agressions sexuelles à leur encontre représentant respectivement 24% et 41% de l'échantillon. Un tiers des condamnés était par ailleurs en position d'ascendant ou d'autorité sur ces mineurs. 18% des dossiers comprennent un viol et 14% une agression sexuelle sur majeur. Outre quelques diffusions ou détentions d'images pédopornographiques (8%) et des exhibitions sexuelles (6%), des violences figurent dans environ une condamnation sur dix.

Si l'élargissement du champ d'application de la mesure n'a eu que peu d'effet sur les pratiques des magistrats, il n'en demeure pas moins qu'en raison de la durée des injonctions prononcées, les médecins coordonnateurs suivent de plus en plus de condamnés pour des infractions n'ayant pas un caractère sexuel, comme en témoigne le psychiatre suivant.

*« Il faudrait que je regarde dans mes listings mais j'ai beaucoup de sujets, en tant que médecin coordonnateur, condamnés pour des faits de violence, certes importantes mais sur le conjoint par exemple. Et j'ai plusieurs cas, assez importants aussi, d'homicide, mais pas du tout sur des violences de caractère sexuel. Du coup, j'ai facilement un gros tiers là, en file active, en tant que médecin coordonnateur, qui n'ont rien à voir avec des infractions de caractère sexuel. Donc ça a monté »* (Psychiatre, expert, médecin coordonnateur).

## **B- Une attention soutenue envers les multi-réitérants**

Notre échantillon d'affaires confirme une concentration du suivi socio-judiciaire sur les condamnés ayant commis des violences sexuelles sur une pluralité de victimes (1) et/ou dont les antécédents judiciaires ont été perçus comme un facteur de dangerosité justifiant des mesures complémentaires de surveillance (2).

### **1- Une forte proportion d'affaires impliquant une pluralité de victimes**

Au niveau national, l'étude de Rémi Josnin démontre que le taux de recours au SSJ augmente selon le nombre d'infractions sanctionnées<sup>148</sup>. Dans notre échantillon, si la moitié des condamnés ne s'en sont pris qu'à une seule victime (52,2%), une forte proportion de dossiers en mentionne plusieurs (42,4%). Plus d'une fois sur cinq (22,2%), le condamné avait agressé trois personnes ou davantage, plus d'une fois sur dix, cinq victimes au minimum (11,2%). Comparativement aux dossiers de délinquants sexuels étudiés dans d'autres recherches, la proportion d'affaires impliquant une seule victime paraît plus faible. Dans l'esprit des magistrats, le nombre de victimes constitue vraisemblablement un indice de dangerosité justifiant la mise en œuvre d'un suivi-post-carcéral plus soutenu.

Nombre de victimes identifiées dans l'affaire

	Effectifs	Fréquence
Aucune victime	5	5,1 %
Une victime	52	52,5 %
Deux victimes	20	20,2 %
Trois victimes	6	6,1 %
Quatre victimes	5	5,1 %
Entre cinq et moins de dix victimes	6	6,1 %
Dix victimes ou plus	5	5,1 %
Total	99	100,0 %

<sup>148</sup> *Op. cit.*

Le nombre de victimes identifiées est plus conséquent en présence d'infractions sexuelles sur mineurs. 51,8% des dossiers recensent alors plusieurs victimes, contre 29,6% en présence de victimes majeures. Un quart de ceux qui ont agressé des enfants s'en sont pris à quatre victimes ou plus (3,7% en présence de victimes majeures), surtout lorsque les faits se sont déroulés hors d'un cadre familial<sup>149</sup>. Au total, des mineurs figurent dans près de 60% des affaires étudiées, plusieurs dans plus d'un quart d'entre elles (28,3%), de moins de 15 ans une fois sur deux (49,5% des dossiers).

Nombre de victimes mineures identifiées dans l'affaire

	Effectifs	Fréquence
Non-réponse	1	1,0 %
Aucune victime	39	39,4 %
Une victime	31	31,3 %
Deux victimes	14	14,1 %
Trois victimes	1	1,0 %
Quatre victimes ou plus	13	13,1 %
Total	99	100,0 %

Ce type d'informations faisant largement défaut dans les dossiers des agents de probation, il nous est difficile d'analyser plus finement les caractéristiques sociodémographiques des victimes. Les CPIP n'ont bien souvent à leur disposition que le jugement de condamnation, peu prolixe sur les caractéristiques des faits, les circonstances du passage à l'acte et les victimes. Ils disposent quelques fois, mais plus rarement, du réquisitoire du parquet, des ordonnances de renvoi ou de mise en accusation des juges d'instruction, qui ont l'avantage de décrire plus précisément le déroulement et le contexte des faits. Au-delà du nombre total de victimes et, parmi elles, de mineurs, nous avons enregistré des informations plus détaillées sur les quatre premières victimes apparaissant dans chaque dossier. Identifier leur âge n'a pas toujours été possible, sauf pour les victimes de moins de quinze ans, du fait de la mention de leur date de naissance dans le jugement. En matière de violences sexuelles sur mineurs, l'information nous fait défaut malgré tout dans 11 affaires. Une ou plusieurs victimes de moins de 5 ans apparaissent dans 17,9% des cas, de 5 à moins de 10 ans dans 46,4% des cas, de 10 à moins de 15 ans dans 39,3% des cas. La proportion de victimes de moins de 5 ans est similaire selon que les faits aient été commis ou non par un ascendant ou une personne en position d'autorité. L'agression de très jeunes enfants est plus fréquente en présence de victimes de sexe masculin, qui figurent dans 37,5% des affaires impliquant des violences sexuelles sur mineurs (27,3% de l'échantillon). Dans cette hypothèse, des enfants de moins de cinq ans apparaissent dans un tiers des cas (33,3%), des mineurs de 5 à 10 ans plus de six fois sur dix (66,7%), contre respectivement 8,6% et 34,3% en l'absence de victimes de sexe masculin. Celles-ci sont également plus nombreuses : une seule victime apparaît dans 23,8% des affaires (68,6% lorsque les victimes étaient uniquement de sexe féminin), au moins quatre victimes dans 42,9% des affaires (contre 11,4%).

Sur le plan des liens entre les protagonistes de l'affaire, nous n'avons pas d'information pour 18 des 174 victimes enregistrées dans notre base statistique. Une fois sur quatre, le condamné était inconnu de sa victime (27,6%). Pour plus d'un tiers d'entre elles (36,8%), il s'agissait d'un membre de l'entourage familial : un conjoint, concubin (5,7%) ou ex (2,9%), un père (8%), un beau-père (5,7%), un grand-père (3,4%), un oncle (6,9%), un frère ou demi-frère (1,2%), ou encore un autre membre de la famille (2,9%). Environ une fois sur dix (13,2%), l'auteur était une autre connaissance (voisin, ami de la victime ou de la famille, etc.) et, dans 4% des cas, une relation de travail ou d'une relation de service.

<sup>149</sup> Lorsque l'auteur était en position d'ascendant ou d'autorité, au moins quatre victimes apparaissent dans 16,7% des affaires, contre 30,6% en l'absence de cette circonstance aggravante.

### Liens entre les condamnés et les victimes (majeures et mineures)

	Effectifs	Fréquence
Non-réponse	18	10,3
Aucun lien	48	27,6
Conjoint ou concubin de la victime	10	5,7
Ancien conjoint ou concubin de la victime	5	2,9
Père	14	8,0
Beau-père	10	5,7
Grand-père	6	3,4
Oncle	12	6,9
Frère	1	0,6
Demi-frère	1	0,6
Autre membre de la famille	5	2,9
Ami proche des parents de la victime	8	4,6
Simple connaissance	3	1,7
Voisin	10	5,7
Un partenaire sexuel occasionnel de la victime	1	0,6
Ami proche de la victime	1	0,6
Supérieur hiérarchique de la victime	5	2,9
Relations de service (client, patient, etc.)	2	1,1
Autres	14	8,0
Total	174	100,0

\*Échantillon : Quatre premières victimes apparaissant dans chaque dossier.

S'agissant des 89 victimes de moins de 18 ans, la proportion d'auteurs inconnus est moindre (16,9%). Dans près de la moitié des cas (47,2%), le condamné était un membre de la famille, notamment le père (12,4%), le beau-père (9%), un oncle (12,4%), un grand-père (6,7%), un frère ou demi-frère (2,2%). Une fois sur dix, il s'agissait d'un ami proche des parents ou de la famille, dans 6,7% des cas d'un voisin.

### Liens entre les condamnés et les victimes (mineures)

	Effectifs	Fréquence
Non-réponse	8	9,0
Auteur inconnu	15	16,9
Père	11	12,4
Beau-père	8	9,0
Frère ou demi-frère	2	2,2
Oncle	11	12,4
Grand-père	6	6,7
Autres membres de la famille	4	4,5
Ami proche de la victime	1	1,1
Ami proche des parents de la victime	8	9,0
Simple connaissance	2	2,2
Voisin	6	6,7
Autres	7	7,9
Total	89	100,0

\*Échantillon : Quatre premières victimes de moins de 18 ans apparaissant dans chaque dossier.

## 2- Une forte proportion de récidivistes

Sur la base des condamnations inscrites au casier judiciaire en 2010, Rémi Josnin note que « *la récidive apparaît aussi comme un facteur déterminant au prononcé d'un suivi socio-judiciaire, et ce quelle que soit l'infraction* »<sup>150</sup>. Ainsi, en matière criminelle, le taux de suivi socio-judiciaire passe de 39% pour les non récidivistes à 70% pour les condamnés pour viol en état de récidive. En matière délictuelle, 37% des condamnés pour agression ou atteinte sexuelle en récidive l'ont été à un suivi socio-judiciaire contre seulement 9% en l'absence de récidive. Il en va de même en matière d'exhibition sexuelle (14% des récidivistes contre 4% pour les non récidivistes) ou l'utilisation d'images pédopornographiques (21% contre 6%).

Dans notre échantillon, 22 condamnés l'ont été en situation de récidive légale, avec une progression non négligeable au fil du temps (15% entre 2000 et 2005, 21% entre 2005 et 2010, 29% entre 2010 et 2015). Si ces statistiques ne sont pas strictement comparables, la proportion de criminels sexuels en récidive (6,5%) n'est pas sensiblement différente du taux de récidive évalué par le ministère de la Justice (4,9% en 2014)<sup>151</sup>. En revanche, 23,9% des auteurs de délits sexuels ont été condamnés en récidive, alors que le taux calculé au niveau national était de 5,3% en 2014.

Infractions commises en situation de récidive légale

	2000 à 2005	2005 à 2010	2010 à 2015	Total
Récidive	15,4%	21%	29,2%	22,2%
Absence de récidive	84,6%	79%	70,8%	77,8%
Total	100%	100%	100%	100%

Les auteurs de violences sexuelles sur mineurs et majeurs se distinguent à nouveau, les seconds étant plus souvent en situation de récidive légale. Celle-ci est légèrement plus rare dans l'hypothèse d'un viol sur mineur (3,6%, contre 11,1% en présence d'une victime majeure) et bien moindre en cas d'agression sexuelle (8,7% contre 78,6%). La récidive légale a également été plus souvent retenue en cas de violences (71,4%, 60% des conjoints violents), de destructions par un moyen dangereux (100%) et d'exhibitionnisme (50%).

Infractions commises en situation de récidive légale

	Récidive
Viols sur mineurs	3,6%
Viols sur majeurs	11,1%
Agressions sexuelles sur mineurs	8,7%
Agressions sexuelles sur majeurs	78,6%
Atteintes sexuelles et corruptions de mineurs	20%
Exhibitions sexuelles	50%
Infractions relatives à la détention d'images pédopornographiques	12,5%
Tentatives de meurtre	0%
Violences conjugales	60%
Autres violences	71,4%
Destructions ou détériorations d'un bien par moyen dangereux	100%
Autres infractions	25%

<sup>150</sup> *Op. cit.*, 2.

<sup>151</sup> *Les chiffres clés de la Justice*, 2015, 19.

Sur la base d'un critère de gravité des faits, l'existence d'un viol, comme la présence d'une victime mineure, semblent dès lors suffire pour légitimer auprès des juridictions de jugement le prononcé du SSJ, tandis que s'ajouterait un critère supplémentaire en cas d'agressions sexuelles commises à l'encontre de majeurs, celui du passé pénal. En présence de victimes majeures, c'est alors la répétition des faits qui conforterait dans l'esprit des magistrats la nécessité d'un suivi post-carcéral. La « pédophilie », bien souvent soulignée ou marquée au surligneur dans les expertises consultées, révélerait en revanche en elle-même une potentielle dangerosité, exigeant un suivi dès les premiers actes posés. Le fait que les condamnés pour détention d'images pédopornographiques soient rarement récidivistes (12,5%) tend à soutenir cette hypothèse.

Enfin, si la position d'ascendance ou d'autorité n'est pas discriminante, les condamnés qui ne connaissaient pas leur victime mineure (9,1%), qui n'étaient pour eux qu'une simple connaissance (50%) ou le nouveau conjoint de leur mère (12,5%) ont plus souvent agi en situation de récidive que les pères, grands-pères ou d'autres membres de la famille (0). De nombreuses recherches tendent d'ailleurs à distinguer la pédophilie extra-familiale et l'inceste, notamment en termes de risque de réitération, lequel serait moindre en cas de passage à l'acte incestueux<sup>152</sup>.

La récidive légale ne révèle toutefois que partiellement la « carrière » pénale des condamnés de notre échantillon. Nous avons donc complété cette donnée à l'aide des informations figurant au bulletin n°1 du casier judiciaire, du moins lorsque celui-ci figurait dans le dossier des agents de probation. Son absence dans près d'un dossier sur dix (9) dévoile les difficultés qu'ils rencontrent parfois pour récupérer l'ensemble des pièces nécessaires à l'examen de la situation des personnes<sup>153</sup>.

« Entretien réalisé alors que nous n'avons toujours pas reçu le jugement... Signalé à [DSPIP] Premier entretien un peu sportif... À convoquer dans un mois en espérant recevoir le jugement. Discours trop lisse par rapport à la vie familiale. Ne veut pas trop que l'on creuse » (Notes manuscrites du CPIP). Malgré la demande du SPIP, le JAP refusa en évoquant une circulaire de la DACG prévoyant un accès à ces pièces par l'intermédiaire du greffe pénitentiaire. Le CPIP chargé du dossier nous expliqua que s'ils peuvent aller consulter le dossier au greffe, ils ne peuvent en faire une copie. Après plusieurs mois sans réception du jugement, le DSPIP a adressé le message suivant au JAP : « Lors de notre rapport du..., je signalais que le SPIP regrette également de ne pas disposer des pièces du jugement, le dossier SPIP milieu fermé ne comporte pas ces pièces. Le dossier pénal est archivé. Je ne doute pas des difficultés liées à la copie et à la transmission de tels documents, ni n'ignore la circulaire de la DACG mais je me permets d'insister pour obtenir de façon exceptionnelle ces documents pour que nous puissions travailler dans de bonnes conditions » (D94).

« La seule pièce judiciaire en notre possession est le jugement correctionnel qui n'apporte aucune précision concernant les faits. Pourriez-vous nous faire parvenir d'éventuelles pièces complémentaires (compte rendu d'enquête ?) qui nous permettrait de mieux cerner le contexte et la nature exacte des faits commis » (Rapport ponctuel du CPIP au JAP, D86).

Si l'étude des condamnations figurant au casier permet d'appréhender de façon plus précise leur parcours judiciaire antérieur, certaines mentions ont pu être effacées au fil du temps, notamment pour les infractions commises lorsqu'ils étaient mineurs. Le bulletin n°1 ne recense pas non plus d'éventuelles alternatives aux poursuites, à l'exception des compositions pénales<sup>154</sup>. Sous ces réserves, l'étude du casier judiciaire conforte l'hypothèse d'un ciblage des multi-réitérants. Moins d'un tiers (32,3%) n'avait aucun antécédent judiciaire. En tenant compte des non-réponses, des antécédents figuraient au casier de six condamnés sur dix (61%)<sup>155</sup>, plusieurs dans plus d'un tiers des cas (37,4%), trois ou davantage une fois sur quatre (25%), cinq ou davantage une fois sur dix.

<sup>152</sup> V. notamment Hanson R. K., Bussière M. T., *Les prédictors de la récidive chez les délinquants sexuels : une méta-analyse*, Travaux publics et Services gouvernementaux, Canada, 1996 ; Harris A. J. R., Hanson R. K., *La récidive sexuelle : d'une simplicité trompeuse*, Sécurité publique et Protection civile Canada, 2004.

<sup>153</sup> Depuis lors, la loi du 3 juin 2016 a introduit un accès direct des directeurs des SPIP au BI pour faciliter la constitution des dossiers. L'article 774 du CPP dispose que cet accès doit « leur permettre d'individualiser les modalités de prise en charge des personnes condamnées, notamment de proposer, pour les personnes incarcérées, un aménagement de peine ou une libération sous contrainte ».

<sup>154</sup> Lorsque le casier ne figurait pas dans le dossier, et lorsque d'autres antécédents étaient mentionnés dans d'autres documents (réquisitoire du parquet, OMA et ORTC, etc.), nous avons toutefois noté ces informations, mais sans les inclure dans nos variables quantitatives.

<sup>155</sup> 57,6% des délinquants sexuels, 45,7% des violeurs, 58,2% en cas de délits sexuels, 85,7% des condamnés ayant parallèlement commis des violences.

Nombre de condamnations antérieures figurant au bulletin n°1 du casier judiciaire

	Effectifs	Fréquence
Non-réponse	9	9,1 %
Aucune	32	32,3 %
1	21	21,2 %
2	12	12,1 %
3	7	7,1 %
4	8	8,1 %
Entre 5 et moins de 10	8	8,1 %
10 ou plus	2	2 %
Total	99	100 %

Nous avons relevé des antécédents à caractère sexuel dans plus d'un tiers des dossiers (34,3%), plusieurs dans 15% d'entre eux. Il en allait ainsi pour 15,2% des violeurs et 46,3% des auteurs de délits sexuels. S'agissant des délits sexuels, nous sommes bien loin du taux de réitération global estimé dans les statistiques nationales (23%)<sup>156</sup>, mais ces deux calculs ne s'appuient pas exactement sur les mêmes bases.

Nombre de condamnations antérieures pour infractions à caractère sexuel

	Effectifs	Fréquence
Non-réponse	10	10,1%
Aucune	55	55,6%
1	19	19,2%
2	10	10,1%
3 ou plus	5	5,1%
Total	99	100%

Toutefois, la délinquance de ces condamnés ne se résume pas à des infractions de nature sexuelle, tant leurs antécédents prennent de multiples formes. Des atteintes aux biens sans violence apparaissent dans près d'un dossier sur cinq (19,2%) ou avec violences dans 12% des cas, des conduites en état alcoolique une fois sur six (16,2%) et d'autres infractions routières dans 12% des cas, des infractions à la législation sur les stupéfiants dans 6% des affaires et d'autres types d'infractions dans 17,2% des dossiers. Les agresseurs sexuels d'enfants étaient plus souvent des délinquants primaires (46,4% d'entre eux sans mention au B1 du casier judiciaire, contre 19,4% en présence de victimes majeures), surtout dans l'hypothèse de faits commis au sein de la cellule familiale<sup>157</sup>. À l'inverse, trois mentions ou davantage figuraient sur le casier de 38,7% des condamnés ayant agressé des majeurs (12,5% en présence de victimes mineures).

Antécédents judiciaires selon l'âge des victimes

	Infractions sexuelles sur mineurs	Infractions sexuelles sur majeurs
Non-réponse	8,9	9,7
Aucun	46,4	19,4
1	23,2	19,4
2	8,9	12,9
3 ou plus	12,5	38,7
Total (%)	100	100

Si l'on retrouve la même proportion d'auteurs n'ayant pas d'antécédents de nature sexuelle (57,1% en présence de victimes mineures, 54,8% en présence de victimes majeures), ceux qui ont agressé des majeurs étaient deux fois plus souvent multi-réitérants. 19,4% d'entre eux présentaient plusieurs antécédents de cette nature (contre 8,9% en présence de victimes mineures). Ils avaient également bien

<sup>156</sup> Les chiffres clés de la Justice, Ministère de la Justice, 2015, 19.

<sup>157</sup> Parmi les délinquants sexuels sur mineurs, les auteurs qui étaient en position d'ascendant ou d'autorité présentaient un casier plus fourni : 19,4% avaient au moins trois condamnations antérieures (contre 6,7% en l'absence d'une telle circonstance aggravante), 36,1% présentaient un casier vierge (contre 46,7%).

plus fréquemment d'autres types de condamnations à leur passif, qu'il s'agisse de conduites en état alcoolique (22,6% contre 8,9%), de violences (19,4% contre 3,6%), d'atteintes aux biens sans (29% contre 7,1%) ou avec violences (12,9% contre 3,6%), d'infractions à la législation sur les stupéfiants (22,6% contre 10,7%) ou d'autres types d'infractions (22,6% contre 10,7%). Au total, un quart des délinquants sexuels avaient commis par le passé des infractions de toute nature impliquant des violences (25,8% contre 7,1%). Sur les 52 condamnés pour lesquels nous disposons de la date de la première condamnation, un sur dix avait été condamné avant 18 ans. Un tiers avait entre 18 et 25 ans, 60% moins de 30 ans. Les délinquants sexuels sur majeurs ont plus souvent été condamnés mineurs (15% contre 4,8%) et 70% d'entre eux avant l'âge de 25 ans (contre 33,3%).

Il s'agissait donc pour une bonne part d'habitues des juridictions pénales et de l'Administration pénitentiaire, que ce soit en milieu fermé ou en milieu ouvert. Une condamnation antérieure à une peine privative de liberté apparaît dans un tiers des dossiers (32). Parmi ces 32 condamnés à un emprisonnement ferme, la moitié l'avait été à plusieurs reprises (53%), un tiers trois fois ou plus (34,4%). Dans l'ensemble de l'échantillon, plus d'un condamné sur six a été condamné plusieurs fois à ce type de peine (17), environ un sur dix à au moins trois reprises (11). On trouve également trace d'une révocation de sursis dans environ une affaire sur six (15). Sans surprise, eu égard à leurs plus fréquents antécédents, les délinquants sexuels sur majeurs ont bien plus souvent fait l'objet de condamnations à un emprisonnement ferme. 29% l'ont été plusieurs fois (contre 3,6% en présence de victimes mineures). 5% des condamnés avaient déjà été condamnés à un suivi socio-judiciaire (8,6% de ceux ayant des antécédents). Un seul faisait déjà l'objet d'une injonction de soin.

## ***§2- Le suivi socio-judiciaire : une peine complémentaire qui se substitue rarement à l'emprisonnement***

Le suivi socio-judiciaire n'est que rarement prononcé comme alternative à l'incarcération. Près de 9 condamnés sur 10 (86) l'ont été à une peine de réclusion ou d'emprisonnement ferme (B). L'enfermement apparaît même précoce, puisque que la grande majorité a connu une période de détention provisoire (A).

### **A- Des délinquants majoritairement placés en détention provisoire en amont du jugement**

Les trois quarts des condamnés de l'échantillon (74) ont préalablement été placés en détention provisoire. Plus de six sur dix étaient incarcérés au moment de l'audience de jugement (66), quatre pour une autre cause. Seuls 14% ont comparu libres, 13% sous contrôle judiciaire. On note toutefois une diminution significative de la fréquence des détentions provisoires entre 2000 et 2015 (92,3% des condamnés entre 2000 et 2005, 83,9% entre 2005 et 2010, 41,7% entre 2010 et 2015). Ceci s'explique sans doute par la réduction de la proportion de violences sexuelles sur mineurs, qui ont plus fréquemment donné lieu à un placement en détention provisoire, et par l'augmentation des affaires délictuelles, notamment des exhibitions et détentions d'images pédopornographiques, pour lesquelles les prévenus ont plus souvent comparu libres. Si le recours à la détention provisoire touche autant les auteurs de viols sur mineur que sur majeur, il est légèrement plus fréquent en cas d'agression sexuelle sur mineur (76% contre 64% en présence d'une victime majeure). Une détention apparaît également un plus souvent lorsque l'auteur était un ascendant ou une personne ayant autorité sur la victime (86,7% contre 77,8%), sans doute pour garantir l'éloignement vis-à-vis de la victime. Ainsi, tous les pères incestueux ont été placés en détention provisoire en amont du jugement. Environ un tiers des détentions provisoires a duré moins d'un an (29,7%), 38% entre un et deux ans, 27% entre deux et trois ans. Les placements d'une durée supérieure à trois ans sont rares (4%) et la durée d'incarcération a globalement diminué au fil du temps, là encore en raison de SSJ prononcés pour des faits de moindre gravité.

S'agissant des délais de jugement, environ une affaire sur six fut jugée moins d'un an après la première infraction commise, environ deux sur cinq moins de deux ans après les faits, plus de la moitié (56%) moins de trois ans après les faits. Environ une fois sur cinq, le jugement est intervenu au moins cinq ans après les faits, une fois sur dix au moins dix ans après. Les délais de jugement les plus longs concernent

les faits de nature sexuelle commis à l'encontre des mineurs. Ceci s'explique par des révélations plus tardives<sup>158</sup>, particulièrement lorsque l'auteur était un ascendant ou une personne ayant autorité sur la victime<sup>159</sup>. Plusieurs enquêtes de victimation soulignent en effet une moindre propension à dénoncer les faits lorsque l'auteur est un membre de la famille<sup>160</sup>.

#### Délais entre la première infraction et le jugement

	Effectifs	Fréquence
Non-réponse	4	4,0 %
Moins de 1 an	16	16,2 %
De 1 an à moins de 2 ans	22	22,2 %
De 2 ans à moins de 3 ans	17	17,2 %
De 3 ans à moins de 5 ans	21	21,2 %
De 5 ans à moins de 10 ans	9	9,1 %
10 ans et plus	10	10,1 %
Total	99	100,0 %

### B- Des délinquants généralement condamnés à une peine privative de liberté

Au total, 86 condamnés de notre échantillon l'ont été à une peine privative de liberté, pour près d'un quart (24) à une peine de réclusion criminelle à temps, six fois sur dix (62) à une peine d'emprisonnement. Les sursis avec mise à l'épreuve sont inexistantes, les textes excluant un tel cumul à l'exception d'une courte période (2007-2010). Un peu moins d'un condamné sur 10 a été condamné à un sursis simple. La moitié des auteurs de viols a été condamnée à une peine de réclusion à temps (47,8%), 52,2% à un emprisonnement de moins de dix ans, bien plus souvent en présence de victimes mineures. 60,7% des auteurs ont alors été condamnés à une peine de réclusion criminelle (contre 27,8% en présence de victimes majeures). En revanche, les auteurs d'agression sexuelle sur mineur n'ont pas plus souvent été condamnés à une peine privative de liberté (84,8% contre 92,9%).

Le quantum est généralement relativement long. Parmi les condamnés concernés, 67% l'ont été à 5 ans ou plus, 36% à une peine comprise entre 5 et moins de 10 ans, un quart entre 10 et moins de 15 ans, 7% à 15 ans ou plus. En revanche, une période de sûreté fut rarement prononcée (4% des affaires).

#### Durée des peines privatives de liberté sans sursis prononcées

	Effectifs	Fréquence
Non- réponse	1	1,2%
Moins de 1 an	8	9,3%
De 1 an à moins de 2 ans	6	7,0%
De 2 ans à moins de 3 ans	4	4,7%
De 3 ans à moins de 5 ans	9	10,5%
De 5 ans à moins de 10 ans	31	36,0%
De 10 ans à moins de 15 ans	21	24,4%
15 ans et plus	6	7,0%
Total	86	100,0%

Les peines supérieures ou égales à 15 ans concernent exclusivement des infractions sexuelles commises à l'encontre de mineurs. Pour ce type d'infractions, un condamné sur dix l'a été pour au minimum 15 ans, un quart entre 10 et 15 ans. Un tiers d'entre eux ont donc purgé de longues peines, de dix ans ou plus, contre 17% de ceux condamnés pour les mêmes faits à l'encontre de majeurs. Ceux qui étaient en position d'ascendant ou d'autorité sur leur victime mineure ont été condamnés à des peines globalement

<sup>158</sup> Ainsi, 50% des affaires comprenant des viols sur mineurs ont été jugées au moins cinq ans après les faits, 25% au moins dix ans après. *A contrario*, seules 5,6% des affaires de viols sur majeurs ont été jugées au moins dix ans après les faits. Il en va de même en matière d'agressions sexuelles sur mineur. 34,8% d'entre elles ont été jugées au moins cinq ans après les faits, 15% au moins dix ans après. Lorsque la victime est majeure, ces pourcentages sont respectivement de 7,1% et de 14,3%.

<sup>159</sup> 23,3% de ces affaires ont été jugées au moins dix ans après les faits, 40% au moins 5 ans après, alors que ces pourcentages tombent à respectivement à 11% et 25% lorsque cette circonstance aggravante n'apparaît pas.

<sup>160</sup> Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF), 2000 ; Enquête « Contexte de la sexualité en France », 2006.

plus longues<sup>161</sup>. Ce fut également le cas en présence de violences associées. Les peines les plus lourdes ont été prononcées en cas de viol sur mineur, dès lors que 75% des auteurs de ce type de faits ont été condamnés à au moins dix années d'emprisonnement (contre 27,8% des auteurs de viols sur majeurs)<sup>162</sup>.

### ***§3- Un contrôle post-carcéral prononcé pour de longues périodes***

6% seulement des SSJ ont été prononcés pour une durée inférieure à trois ans. S'ils sont rarement d'une durée supérieure ou égale à 15 ans (3), sept condamnés sur dix (71) ont fait l'objet d'un suivi supérieur ou égal à cinq ans, 15 pour une période minimale de dix ans. Près de la moitié des suivis socio-judiciaires ont une durée de 5 ans (45,5%), les magistrats privilégiant ensuite les durées de 3 ans (17%) et de dix ans (12%). Une inscription au fichier judiciaire automatisé des auteurs d'infractions sexuelles (FIJ AIS)<sup>163</sup> a par ailleurs été prononcée pour 44,4% des condamnés de l'échantillon.

Durée du suivi socio-judiciaire

	Effectifs	Fréquence
Non-réponse	1	1,0%
Moins de 3 ans	6	6,1%
De 3 ans à moins de 5 ans	21	21,2%
De 5 ans à moins de 10 ans	56	56,6%
De 10 ans à moins de 15 ans	12	12,1%
15 ans ou plus	3	3,0%
Total	99	100,0%

Les suivis les plus longs ont visé les auteurs de viols, plus particulièrement ceux commis à l'encontre de mineurs. 27,5% des viols sur mineurs ont donné lieu à un suivi d'au minimum 10 ans, 7% de 15 ans ou plus (contre respectivement 16,7% et 5,6% en cas de viols sur majeurs). En présence de victimes majeures, 50% des SSJ ont été fixés pour une durée inférieure à 5 ans (14% lorsque la victime était mineure). La durée du SSJ ne varie pas qu'il y ait ou non une récidive ou selon le nombre de condamnations antérieures. Il n'y a pas davantage de différences selon que l'auteur était ou non en position d'ascendant ou d'autorité sur sa victime. En revanche, plus le nombre de victimes s'accroît, plus la durée du suivi est longue. En présence d'au moins quatre victimes, la durée du SSJ était supérieure ou égale à 15 ans dans 18% des cas, à 10 ans dans 40% des cas (contre au plus 25% lorsque les victimes étaient moins nombreuses).

Concernant le quantum de la peine encourue en cas de manquement, il fut le plus souvent fixé à 2 ans (35%) ou 3 ans (27%). Les peines les plus longues ont été fixées à 5 ans (dans 8% des affaires). Au total, 56,6% des peines encourues en cas de manquement étaient inférieures à 3 ans.

Peines privatives de liberté encourues en cas de manquement au SSJ

	Effectifs	Fréquence
Non-réponse	6	6,1%
Moins d'un an	4	4,0%
1 an à moins de 2 ans	16	16,2%
2 ans à moins de 3 ans	36	36,4%
3 ans	27	27,3%
4 ans	2	2,0%
5 ans	8	8,1%
Total	99	100,0%

<sup>161</sup> Si la proportion des peines de 10 ans ou plus est similaire (40,7% et 40,6% en l'absence de cette circonstance aggravante, 37% ont été condamnés entre 5 et dix ans (contre 25%), 7,4% ont été condamnés à moins de trois ans d'emprisonnement (contre 28%), 22,2% à moins de cinq ans (contre 34,4%).

<sup>162</sup> Plus d'un auteur sur cinq de viols sur mineurs a été condamné à 15 ans ou plus (un quart lorsque la victime avait moins de 15 ans), 53,6% entre 10 et 15 ans.

<sup>163</sup> Gautron V., « Les fichiers de police », *Répertoire de droit pénal et de procédure pénale*, Paris, Dalloz, juin 2015.

## Section 2- Les trajectoires socio-biographiques des condamnés à un suivi socio-judiciaire

Les épreuves qui attendent le condamné au moment d'entamer son suivi socio-judiciaire sont jalonnées de défis d'autant plus difficiles à relever et à surmonter que les supports de « *la propriété de soi* », pour reprendre les mots de Castel<sup>164</sup>, lui ont, le plus souvent, fait largement défaut. Nous reviendrons dans la deuxième partie de ce rapport sur les destinées post-carcérales et sur les façons de satisfaire ou non aux attentes des différents acteurs en charge du suivi. Mais, auparavant, il convient de retracer, à partir bien souvent d'indices<sup>165</sup> exhumés des sources disparates composant le dossier pénal, des bribes de parcours et des fragments d'expériences qui portent témoignage des socialisations antérieures. À l'instar des ratés du suivi socio-judiciaire que l'on imputerait, à tort, aux seules conséquences de l'incarcération et/ou à la détention d'un casier judiciaire, les déviances commises justifiant la condamnation s'inscrivent dans une histoire personnelle, porte-greffe en quelque sorte de la carrière pénale. Une histoire qui s'est dépliée dans des configurations familiales, locales, scolaires, relationnelles, professionnelles particulières, encadrées dans un contexte français de « *montée des incertitudes* »<sup>166</sup>. Irréductibles, les histoires individuelles n'en découvrent pas moins des parentés d'expériences et des similitudes d'épreuves qui, loin d'appartenir en propre à chaque condamné, conduisent à interroger ce que Weber appelait des chances de vie, au demeurant largement partagées. Les dossiers de notre échantillon concernent ainsi des condamnés majoritairement d'origine populaire (§1), ayant affronté une enfance insécurisée (§2), dans des familles où dominaient le déclassement et la désaffiliation (§3). Outre leurs parcours scolaires souvent chaotiques et précocement interrompus (§4), nous étudierons les relations entre leurs trajectoires biographiques et leur entrée en délinquance (§5), avant d'analyser enfin leurs caractéristiques sur le plan de l'insertion professionnelle (§6).

### §1- Des condamnés d'origine populaire

Les familles dont sont originaires les condamnés résistent à une objectivation satisfaisante en raison du déficit d'informations utiles à la saisie de leur morphologie : les trajectoires professionnelles des parents, les compositions et, surtout, les recompositions conjugales ainsi que les conditions d'existence et moyens de subsistance souffrent souvent d'être insuffisamment renseignées quand elles ne sont pas totalement ignorées. Deux raisons, essentiellement, expliquent le caractère lacunaire, à cet égard, des dossiers. Cela résulte, en premier lieu, de la considération mitigée que l'institution réserve à ce type de données comme en atteste, s'il en était besoin, le fait de ne disposer que rarement d'une enquête sociale (11/99). Mais l'imprécision, voire la méconnaissance, tiennent aussi à l'attention distante que les divers agents de la chaîne judiciaire (policiers, magistrats, experts, conseillers de probation) accordent, inégalement il est vrai, à l'enregistrement minutieux de ce type de données pourtant indispensables à l'appréhension rigoureuse de la situation sociale proprement dite. « *Sa mère aurait été employée dans une usine...* » lit-on ainsi dans une expertise. Cette formulation au conditionnel peut se lire comme une incitation à se défier d'une déclaration incertaine livrée par le condamné, mais elle peut tout autant refléter l'inclination de son auteur, en l'occurrence l'expert, à s'accommoder de la conjecture en question. En second lieu, l'instabilité qui caractérise souvent, dans les univers sociaux concernés, les conditions d'existence ne favorise guère, Halbwachs l'aura montré<sup>167</sup>, l'aptitude mnésique pas plus que la détérioration et l'usure des liens ne sont propices à rendre fiables les renseignements donnés par les condamnés eux-mêmes sur leurs propres parents. Incertain du prénom de son propre père (« *Pour moi, il s'appelle Jean, mais mon entourage dit qu'il s'appelle Jean-François* ») et ignorant du nombre d'enfants nés d'une seconde union de sa mère, comment s'étonner qu'un condamné, placé depuis son plus jeune âge dans des familles d'accueil, méconnaisse également jusqu'à l'adresse de cette dernière dont le dernier contact avec elle remonte à la veille de son mariage, deux ans auparavant. De même, la

<sup>164</sup> Castel R., Haroche C., *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi. Entretiens sur la construction de l'individu moderne*, Paris, Fayard, 2001.

<sup>165</sup> Pour une présentation de la méthode inductive en sciences sociales, voir Ginzburg C., *Mythes, emblèmes, traces. Morphologie et histoire*, Paris, Flammarion, 1989.

<sup>166</sup> Castel R., *La montée des incertitudes. Travail, protections, statut de l'individu*, Paris, Seuil, coll. La couleur des idées, 2009.

<sup>167</sup> Halbwachs M., *Les cadres sociaux de la mémoire*, Paris, Librairie Félix Alcan, 1925.

trajectoire de travail d'un parent, clairsemée et erratique, se prête difficilement au souvenir ou à la déclaration précise d'un état professionnel. Il importe, en outre, de ne pas présumer trop vite la signification d'une telle déclaration : celle-ci peut parfois désigner un emploi éphémère et masquer les aspérités d'une trajectoire chaotique. Quoiqu'il en soit, l'enquête sociale d'une part, et la première expertise psychiatrique d'autre part nous ont permis d'éclairer, respectivement, les alliances et les positions socioprofessionnelles de 28 et 45 couples parentaux. Ces derniers affichent incontestablement une surreprésentation de familles populaires, au surplus majoritairement homogames (v. *tableau, page suivante*). Fortement genrée, la division du travail classique que découvrent ces ménages populaires réserve souvent aux mères qui ne sont pas « *au foyer* » (8) des emplois, fréquemment précaires, de service à la personne (5 assistantes maternelles) ou d'agents d'entretien (10) tandis que les pères, quand ils ne sont pas d'anciens ouvriers en invalidité (2), exercent majoritairement des métiers artisanaux du bâtiment ou encore non ou peu qualifiés (manutentionnaire, intérimaire, cariste, chauffeur, etc.) et faiblement rémunérateurs (27).

La petite minorité des ménages qui, socialement, échappe à ces strates inférieures du salariat populaire se signale également par une forte tendance homogame. Quatre couples formés d'un cadre supérieur et d'une employée administrative d'entreprise ou du public et six autres couples constitués d'un indépendant, artisan, chef d'entreprise ou commerçant convolant également avec des employées administratives, secrétaires et comptables, dérogent au ménage populaire dominant. Pour 42 dossiers demeurent, en revanche, ignorées les caractéristiques socioprofessionnelles des parents. Faut-il l'imputer à la maturité des condamnés susceptible, à tort, de rendre caduque toute précision en la matière, comme si les stigmates de la socialisation primaire étaient censés s'effacer avec le temps ? Aux placements précoces en institution ? Aux décès et à la rupture des liens ? Aux désaffiliations professionnelles quand l'état d'inemploi (invalidité, maladie, etc.) ou de chômage chronique rend saugrenue, voire incongrue toute annonce de profession ? Toutes ces raisons peuvent effectivement, peu ou prou, se combiner pour rendre compte de l'absence de précisions concernant l'origine sociale de près d'un condamné sur deux.

Profession de la mère X profession du père - effectif en absolu - (numéro des dossiers concernés)

	Non-réponse	Agriculteur/ Pêcheur	Ouvrier	Ouvrier retraité	Ouvrier en invalidité	Chefs d'entreprise	Cadres supérieurs	Profession intermédiaire**	Employé de préfecture*	Commerçant /artisan/ galeriste	huissier (retraité)	Total
Non-réponse		1 (95)										1
Ouvrière /intérimaire			3 (33/56 /84)	2 (7/79)	2 (11/13)							7
Agent de service /entretien			7 (12/37/ 52/65/ <u>83/85/91</u> )					1 (71)	1 (58)	1 (75)		10
Assistante maternelle			3 (14/38/ 80)	2 (36/57)								5
Au foyer/femme de ménage			1 (26)								1 (24)	2
Mère au foyer			8 (9/19/27/ 28/39/43 /93/99)					3 (16/21/ 34/)	1 (49)			12
Retraitée			1 (76)									1
Aide familiale (agricole)		2 (17/43 )										2
Profession intermédiaire/ Comptable secrétaire direction			1 (97)	1 (53)			2 (31/88)			1 (5)		5
Employée administrative (privé/public)			2 (50/77)	1 (60)		2 (74/81)	1 (68/98)			1 (18)		7
Employée de commerce			1 (35)							2 (4/23)		3
Coiffeuse (Sans emploi)								1 (96)				1
Total	1	3	27	6	2	2	3	5	2	5	1	56/ 99

\*chauffeur \*\*: dont informaticien, infirmier.

Sources : enquêtes sociales et expertises

Non-réponses	1/2/3/10/15/20/22/25/29/30/32/40/41/42/44/45/46/47/48/51/54/55/59/61/62/63/64/66/67/69/70/72/73/78/82/86/87/89/90/92/94/
--------------	--

## §2- Des enfances insécurisées

Les expertises portent très rarement la mention d'une enfance heureuse, enveloppée de la prévenance tutélaire de parents aimant et/ou s'aimant. À défaut de relation harmonieuse, il arrive que soit évoquée la figure d'une mère surprotectrice ou bien encore, comme si cela constituait en soi une surprise, que « rien de particulier » ne mérite d'être signalé. En revanche, nombreux sont les cas affectés, précisément, de ces signalements laissant présumer des perturbations des cadres de la prime enfance et de l'adolescence potentiellement génératrices d'anxiété et d'afflictions.

Pris isolément, chacun des indices d'infortune précoce pourrait laisser soupçonner un tourment mais pas nécessairement une souffrance sapant l'intégrité morale. Les affres de l'alcoolisme d'un des parents, de la violence d'un père, du rejet d'un beau-père ou de la carence affective d'une mère pourraient effectivement trouver leur compensation dans le sentiment de sécurité prodiguée par un autrui proche, chaleureux et protecteur. Or, le constat massif qui se dégage des histoires personnelles est très fréquemment l'inexistence de contrefeux robuste au processus de fragilisation sociale et psychique dont la famille est vectrice.

### Histoire familiale

	Effectifs	Fréquence
Pas d'information	5	5,1%
Pas de problème familial	24	24,2%
Violences d'un parent	32	32,3%
Violences conjugales au sein de la famille	11	11,1%
Alcoolisme d'un parent	34	34,3%
Placement en foyer ou famille d'accueil	24	24,2%
Placement ou résidence chez un membre de la famille ou proche	9	9,1%
Carences éducatives	35	35,4%
Un parent inconnu	8	8,1%
Un parent décédé	13	13,1%
Cessation de tout lien avec un parent	11	11,1%
Antécédents judiciaires parents	12	12,1%
Périodes de vie dans la rue ou fugues	6	6,1%
Adoption	3	3,0%
Abus sexuels	31	31,3%
Total / interrogés	99	

Distribution des dossiers en fonction de la présence d'indices de fragilisation

	Alcoolisme	Violence Maltraitance	Carence éducative	Mésentente Parents	Antécédents judiciaires	Abandon partiel	Abandon total Parent inconnu	Placement foyer Ou famille d'accueil
Père	1/ 2/6/8/15/ 19/22/26/33/ 35/39/42/43/ 51/52/54/56 / 59 /61/67/73/ 75/83/84/91/ 92/	1/2/8/15/16/ 19/39/42/43/ 46/52/54/55/ 59/61/66/67/ 71/75/79/83/ 88/91/92/ 93/	35/41/46/ 52/59/59/ 83/93	4/12/15/20/ 66/83/92/98 /20	15/30/4 2/54/56 /67/72/ 83/85/9 1/92/93	32/43/59/ 65/67/92/	2/5/13/30/ 31/32/35/ 41/44/45/ 52/55/ 59/ 61/62/64/ 70/72/76/ 82/94/95/ 98	2/13/30/ 31/41/44/ 46/47/52/ 55/59/61/ 62/64/65/ 71/72/76/ 82/93/94/ 95/98**/
Mère	2/3/41/42/44/ 54/56/69/91/ 93/95/99/	2/33/35/41/ 46/48/55/65/ 67/81/94	4/13*/20/ 30/31/33/ 35/41/45/ 46/51/52/ 59/61/63/ 83/92/93 /94/95/98/			43/		

\* mère adoptive ; \*\* placement PJJ

Absence d'indice de fragilisation éducative	7/9/14/17/18/21/24/25/27/28/34/36/37/49/50/53/57/60/77/87/96/97/98 (mais placement PJJ)/
Absence d'information	10 (carences éducatives)/11/12/29/38/40/47/78/79/86/89/90/
Famille unie	7/14/16/21/23/28/31/32/37/49/96/97

Exposer exclusivement sous la forme d'une distribution statistique les catégories de condamnés selon certains attributs socio-familiaux a le mérite d'éclairer les tendances lourdes mais présente l'inconvénient de diluer dans des taux les profils singuliers des individus concernés. Pour éviter ce travers, nous avons fait le choix d'identifier chacun des condamnés possédant les attributs en question par un numéro de dossier garantissant, bien évidemment, son anonymat. Le but de ce mode de présentation est de favoriser la familiarisation du lecteur avec la population dans son ensemble et avec certains individus en particulier. Le repérage de cas assimilables à un idéal-type tel, par exemple, le dossier 2 échouant dans un foyer et dans une famille d'accueil après avoir connu alcoolisme et violence de la part de ses deux parents s'en trouve ainsi facilité.

Dans une recension récente de travaux consacrés, depuis plus vingt ans, aux dispositions à la violence, Éric Debarbieux et Benjamin Moignard soulignaient la corrélation maintes fois relevée par les chercheurs entre des punitions corporelles sévères infligées par les parents et la maltraitance en général et les infractions violentes commises par les adolescents<sup>168</sup>. Une enquête<sup>169</sup> reposant sur « le suivi de presque 900 enfants de l'État de New York avait ainsi prouvé que les punitions excessives infligées par les parents à leurs enfants impliquaient significativement plus d'arrestations pour actes violents jusqu'à l'âge de 30 ans, plus de mauvais traitements sur leurs propres enfants et une violence conjugale bien plus élevée ». Une autre étude longitudinale célèbre<sup>170</sup> portant sur « un suivi de 250 garçons de Boston avait établi que les corrélations les plus fortes avec les comportements violents à l'âge de 10 ans, donnant lieu à des inculpations ultérieures (jusqu'à 45 ans), sont la médiocrité de l'éducation donnée par les parents, leur dureté (s'exprimant par une discipline rude et punitive) et leur mésentente ».

Que nous enseigne, à cet égard, notre population ? Le spectrogramme présenté ci-dessous montre bien la fréquence des occurrences, par ailleurs souvent cumulées, de l'alcoolisme d'un ou des deux parents mais de la maltraitance subie de la part de ceux-ci. Loin d'infirmer les résultats des recherches évoquées

<sup>168</sup> Debarbieux É. (dir.), *L'École face à la violence. Décrire, expliquer, agir*, Paris, Armand Colin, 2016 ; v. également Mucchielli L., *Familles et délinquances. Un bilan pluridisciplinaire des recherches francophones et anglophones*, Guyancourt, CESDIP, 2000.

<sup>169</sup> Eron L. D., Huesmann L.R., Zelli A., The rôle of parental variables in the learning of aggression, in D.J. Pepler D. J., Rubin K. J. (eds), *The development and treatment of childhood aggression*, 1991 169-188.

<sup>170</sup> Mc Cord J., *Crime and Family. Selected essays of Joan Mc Cord*, Geoffrey Sayre-McCord Editor, Temple University Press, 2007.

précédemment, nos données révèlent qu'un condamné sur trois (32/99) déclare avoir enduré la brutalité d'un père, parfois les excès de dureté d'une mère, avoir connu des conflits entre ses deux parents pouvant même déboucher sur de la violence conjugale. Une sorte de « *loi de conservation de la violence* », pour reprendre l'expression de Bourdieu se vérifie ici pleinement : avoir commis sur les autres, et souvent sur des proches vulnérables, des actes accompagnés de violence et sur soi-même, on l'a vu, avec l'addiction à l'alcool et à la drogue, est bien significativement lié, rappelle Bourdieu, au fait d'avoir été soumis à des mauvais traitements dans l'enfance<sup>171</sup>. Souvent associée, on le voit, à l'alcoolisme et aux carences éducatives, le climat de violence a pu d'ailleurs mais pas toujours, appeler une réponse institutionnelle sous forme d'un placement intervenu dans seulement la moitié des cas (17/33). Corrélé à des carences éducatives et à l'alcoolisme d'un parent, une décision de placement aura concerné un tiers des condamnés.

Au bout du compte, si l'on exclut les dossiers pour lesquels aucune information sur l'enfance n'est connue, on peut estimer à seulement une petite vingtaine, soit un quart, la part de condamnés ayant grandi dans une famille censément exempte des affres de la violence, de l'alcoolisme et de la discorde parentale. Il n'est d'ailleurs point anodin de constater qu'en pareil cas, les liens avec la famille sont maintenus et que, parmi ces 23 ménages, les professions des membres de 21 d'entre eux nous sont connues : difficile de ne pas y voir un indice de la moindre désaffiliation sociale et professionnelle des parents concernés, comparativement à ceux dont nous ignorons tout de la situation sociale.

Mais bien d'autres indices de fragilisation que l'alcoolisme des parents et la maltraitance subie figurent également dans les expertises. Détectés sous forme d'événements survenus dans la prime enfance ou l'adolescence, il arrive que l'expert les évoque comme étant susceptibles également d'apporter leur propre lot d'entraves à un épanouissement serein de la personnalité, en conformité avec la doxa. Parmi les occurrences relevées, on retrouve des problèmes de dépression, voire de pathologies d'ordre psychiatrique, de violence conjugale, de père ou de mère inconnu(e), décédé(e) précocement, le cas échéant suite à un suicide, voire victime d'un assassinat, de beau-père ou de belle-mère violent(e) ou alcoolique, d'antécédents judiciaires s'étant soldés par une incarcération, notamment pour vols et atteinte sexuelle. Dans près d'un tiers des affaires (31/99) apparaissent également des abus sexuels déclarés, sinon avérés, essentiellement commis par un auteur n'appartenant pas à la sphère familiale. Sur 25 dossiers réputés n'avoir rencontré aucun problème familial particulier, de type violence intrafamiliale, alcoolisme ou mésentente, cinq portent la trace d'abus sexuels allégués ou avérés.

---

<sup>171</sup> Bourdieu P., *Méditations pascaliennes*, Paris, Seuil, 1997, 274.

Numéro du dossier	Pas d'information	Pas de problème familial	Violence d'un parent	Violence conjugale	Conflits parentaux	Alcoolisme d'un parent	Placement foyer/ famille accueil	Placement/vie autre membre famille	Carences éducatives	Parent inconnu	Parent décédé	Liens rompus	Antécédents judiciaires parents	Expériences fugue/rue	Adoption	Abus sexuels
38																
40																
74																
78																
86																
7																
12																
14																
17																
18																
21																
25																
27																
28																
29																
34																
35																
37																
48																
50																
53																
57																
57																
62																
63																
63																
65																
65																
67																
67																
71																
71																
72																
79																
81																
81																
83																
83																
88																
88																
91																
91																
92																
94																
94																
4																
5																
6																
10																
11																
11																
20																
22																
22																
23																
26																
30																
32																
32																
33																
33																
39																
44																
45																
51																
51																
56																
56																
60																
61																
61																
64																
64																
68																
70																
72																
72																
80																
80																
88																
88																
90																
90																
92																
92																
99																
99																
TOTAL	5	24	32	11	8	34	24	9	35	8	13	11	12	6	3	31

Sources : expertises et enquêtes sociales

### §3- Déclassement et désaffiliation

Définir le monde social d'origine des condamnés par la seule appartenance de leurs familles aux classes populaires n'aurait, en raison précisément de la très forte hétérogénéité de celles-ci, pas grand sens. Des clivages cruciaux nés de disparités résultant de dispositions à l'égard de l'emploi, du travail, du civisme, de l'éducation morale, du contrôle social (police, justice,) comme de ce que N. Elias désigne sous l'expression d'autocontrôle des pulsions<sup>172</sup>, empêchent de subsumer sous un même ensemble des catégories qu'aussi bien leur situation proprement dite (position professionnelle ; ressources économique, scolaire, sociale ; conditions résidentielle, familiale) que leur ethos discriminent. Outre l'alcoolisme, facteur majeur de déclassement social, l'évocation de conduites qui trahissent une distance aux normes légitimes, sinon légales, revient avec une relative fréquence dans les dossiers. Ainsi s'entend que la marginalisation puisse parfois l'emporter sur la respectabilité et l'honorabilité au sens de Hoggart<sup>173</sup>, comme l'attestent certains dossiers particulièrement emblématiques du contexte éducatif caractérisant le monde sous-prolétaire. On relève, de fait, que les dossiers où apparaissent des antécédents judiciaires<sup>174</sup> sont également ceux qui se trouvent affectés par la maltraitance et la violence de la part d'un des parents<sup>175</sup>, la violence conjugale<sup>176</sup>, l'alcoolisme d'un parent<sup>177</sup> et des carences éducatives<sup>178</sup>. L'absence de mentions d'antécédents judiciaires ne constitue, toutefois, nullement une preuve d'adhésion aux normes régulant les conduites en matière de conjugalité et d'éducation, comme le montre, entre autres, le dossier 95 :

Né d'une première union de sa mère, qui a eu six enfants avec son premier mari, le condamné était le quatrième d'une fratrie, entièrement confiée à la DDASS avant même le divorce des parents. Des notes manuscrites du conseiller de probation signalent que l'intéressé apprend pendant son procès que son père, mort par noyade en 1980, avait été poussé volontairement dans l'eau par un de ses demi-frères. Six autres enfants naîtront du remariage de la mère avec un oncle paternel du condamné. Ces enfants issus de la seconde union feront également l'objet d'un placement par la DDASS. Divorcée une seconde fois, la mère aura, à nouveau, deux autres enfants. Avec tous ses frères et sœurs, le condamné ne conserve de liens qu'avec une minorité. De l'un d'entre eux, il devait d'ailleurs déclarer que celui-ci « buvait, l'avait fait mal tourner notamment par rapport à l'alcool. En plus, il était violent avec moi depuis que je le connais. Quand il a su que j'étais en garde à vue, je sais même qu'il a essayé de profiter de ma femme. C'est elle qui me l'a dit » (D95).

Cet exemple, typique de la plupart des cas de condamnés ayant été placés par la DDASS, illustre ce que le magnétisme souvent précocement éprouvé de l'alcool et de la drogue doit, en même temps que l'abandon aux pulsions d'une part (violence, notamment sexuelle) et le poids des nécessités d'autre part (vols,) à ces contextes d'acculturation. Mais croire que les condamnés ayant été placés ont l'apanage de ces ambiances délétères ferait oublier l'existence de toutes les zones d'ombre soustraites au contrôle social. Bien des dossiers de condamnés non retirés de leur famille laissent, en effet, transparaître quelques similitudes avec ceux qui furent repérés par les services de justice ou de l'aide à l'enfance. Comment s'étonner, en effet, d'un diagnostic de l'expert selon lequel le condamné (D15), victime à 8 ans d'abus sexuels de la part d'un oncle et auteur de délits dès son adolescence, aurait souffert de « carences éducatives et affectives » à la lecture du récit de « son histoire s'étant déroulée dans un milieu marqué par l'alcoolisme, la violence, l'alternance répétée entre séparation et vie commune des parents et les relations incestueuses entre lui-même mais aussi son père avec sa propre sœur » ?

<sup>172</sup> Elias N., *La société des individus*, Paris, Fayard, 1991.

<sup>173</sup> Hoggart R., *La culture du pauvre. Étude sur le style de vie des classes populaires anglaises*, Paris, Seuil, 1957.

<sup>174</sup> D42/54/93/15/67/83/92/91/30/56/72/85.

<sup>175</sup> D42/54/93/15/67/83/92/91.

<sup>176</sup> D83/92/91.

<sup>177</sup> D42/54/93/15/67/83/92/91/30/56.

<sup>178</sup> D42/54/93/15/67/83/92/30/56.

#### §4- Des destins scolaires forcés

Parler de destins forcés, c'est nommer un passage par l'école vécu sur le mode de la contrainte, subi plus souvent qu'enchanté. Le désajustement aux attentes de l'institution est patent. Des aptitudes intellectuelles estimées limitées ainsi qu'un seuil relativement bas de tolérance aux disciplines vont se traduire par une propension forte au redoublement, au décrochage et à la relégation dans les filières adaptées, autrement dit les moins reconnues de l'espace scolaire. Il en résulte qu'en matière de certification, comparativement à l'ensemble de la population de classes d'âge identiques, les condamnés étudiés sont nettement moins diplômés, titulaires de niveaux plus faibles et détenteurs ou, sans doute serait-il plus juste de dire surreprésentés dans les filières débouchant sur des certifications professionnelles. Mais il n'est pas rare que les trajectoires témoignent également, quand les dossiers en conservent la trace, de ces formations postsecondaires abandonnées en cours de route, apparemment choisies par défaut ou résultant de bifurcations mal contrôlées. À cet égard, les frustrations suscitées par une réforme au service militaire ou un refus de reconduction d'engagement quand l'armée, manifestement, fait figure de famille de substitution, cessent d'être anecdotiques quand on prend la mesure de ce que peut représenter la possibilité contrariée de pallier le déficit de cette ressource par excellence aujourd'hui que constitue le capital scolaire.

Répartition des dossiers selon le diplôme détenu (ou visé par la formation)

Nature du diplôme	Effectifs	Numéro de dossier
Non-réponse	4	8/52/69/99
Aucun diplôme (scolarisé primaire/collège)	26	2/6/7/10/37/41/42/44/47/54/58/59/61/62/64/65/67/70/71/72/83/84/87/91/95/98
Aucun diplôme (au-delà du collège)	13	13/16/17/21/24/27/28/29/33/36/40/86/96
CEP/BEPC	13	1/4/5/39/43/45/55/78/79/81/82/92/93
CAP/BEP	30	3/9/11/14/15/19/20/22/25/26/30/31/32/34/46/49/50/51/53/56/57/63/66/73/74/75/76/85/88/94
Bac ou plus	13	12/18/23/35/38/48/60/68/77/80/89/90/97

Les récits des condamnés, fruits d'un recueil plus ou moins intrusif mais toujours retraduits par les experts et autres protagonistes du suivi socio-judiciaire, négligent rarement d'évoquer la scolarisation. Approché tant en termes de comportement et de conduites face à l'autorité qu'à partir des aptitudes dites intellectuelles, souvent appréciées à l'aune des contreperformances scolaires, le passé scolaire fournit sans aucun doute la matière indicielle des ressources cognitives et du rapport aux normes. Preuve de l'enjeu de connaissance que ce passé représente : le thème n'est dédaigné que dans douze dossiers (sur 99) et ne se retrouve abordé à partir du seul diplôme détenu que dans neuf autres.

Trajectoires scolaires

	Effectifs	Fréquence
Pas d'information	12	12,1%
Bonne aptitude scolaire	2	2,0%
Pas de difficultés scolaires	4	4,0%
Difficultés d'apprentissage	39	39,4%
Illettrisme, analphabétisme	2	2,0%
Problèmes disciplinaires (renvois, sanctions)	15	15,2%
Absentéisme important	11	11,1%
Redoublements	56	56,6%
Difficultés relationnelles avec d'autres élèves/personnel scolaire	23	23,2%
Scolarisation dans des filières adaptées (CPPN, SEGPA, ITEP, IME)	23	23,2%
Déscolarisation avant 16 ans	18	18,2%
Total / interrogés	99	

Comme pour les autres sujets abordés, la vigilance est de mise : les indicateurs de parcours scolaire que nous exposons dans le spectrogramme ci-dessous procèdent, certes, de notre propre encodage mais demeurent en partie soumis aux catégorisations retenues comme pertinentes par les experts. Quand la mise en exergue de problèmes disciplinaires vient conforter le diagnostic d'une psychopathie, ou quand l'insistance sur une scolarisation en IME ou ITEP renforce la thèse d'une dysharmonie évolutive de l'enfance, il y a tout lieu de soupçonner une faveur accordée, par l'expert, à la « donnée » étayant son raisonnement. Mais ces biais de surinterprétation ne sauraient pour autant nous empêcher de renseigner les destins scolaires à partir des informations contenues dans les rapports.

Que l'absence de difficultés scolaires, voire de bonnes capacités scolaires ne soient évoquées respectivement que dans cinq et deux dossiers n'est nullement anodin. Dans la grande majorité des cas, la trajectoire est émaillée de déconvenues qui se traduisent, nous l'avons indiqué, soit par des confrontations heurtées à l'ordre scolaire, soit par une relégation dans les filières de marginalisation. Des difficultés d'apprentissage sont signalées, on le voit, chez quatre condamnés sur dix (39). Deux condamnés seront même qualifiés d'illettrés ou analphabètes. Plus de la moitié ont redoublé une ou plusieurs fois (56). Un sur six (15) aurait rencontré des problèmes disciplinaires, le plus souvent donnant lieu à des renvois de leur établissement. Pour près d'un quart (23), les experts mentionnent des difficultés relationnelles avec d'autres élèves ou la communauté éducative. Près d'un condamné sur quatre (23) répertorié comme tel a accompli son court cursus en sections spécialisées - classes préprofessionnelles de niveau (CPPN jusqu'en 1991), sections d'enseignement spécialisé (SES) devenues d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA créées en 1996) qui accueillent des élèves jugés rencontrer, à l'issue du cycle primaire, des difficultés lourdes et durables - ou en IME ou IMPro dédiés aux élèves dits en situation de handicap.

Conduites scolaires et contextes de socialisation familiale

	Numéro du dossier	Pas d'information sur famille	Pas de problème familial notoire	Difficultés familiales	Conflits parentaux	Autre trait particulier	Pas d'information sur scolarité	Bonne aptitude scolaire	Pas de difficultés scolaires	Difficultés apprentissage	Problèmes disciplinaires	Absentéisme important	Redoublements	Difficultés relationnelles	Scolarisation Filières adaptées	Déscolarisation avant 16 ans
38																
40																
74																
76																
86																
88																
7																
9																
14																
17																
18																
21																
24																
24																
25																
27																
29																
34																
34																
37																
37																
49																
49																
50																
53																
97																
97																
97																
96																
96																
97																
98																
12																
48																
20																
66																
15																
99																
99																
54																
2																
3																
2																
5																
6																
8																
8																
13																
16																
19																
22																
23																
26																
26																
31																
31																
32																
33																
35																
39																
42																
42																
43																
43																
44																
44																
45																
45																
46																
46																
51																
51																
52																
55																
56																
59																
59																
62																
64																
64																
65																
67																
68																
68																
70																
71																
72																
73																
75																
76																
76																
80																
81																
82																
83																
84																
84																
86																
86																
91																
92																
93																
94																
94																
11																
60																
89																
90																

Dans trois<sup>179</sup> des cinq dossiers<sup>180</sup> où il est explicitement fait mention d'une scolarité non problématique, des difficultés au sein de la famille avaient été consignées : un désordre familial, au regard des critères d'anormalité que sont essentiellement la violence et l'alcoolisme, n'implique donc pas fatalement une scolarité perturbée. Mais cela ne signifie pas pour autant, loin s'en faut, une absence de corrélation entre les deux ordres de phénomène. De même qu'une trajectoire scolaire heurtée n'implique pas fatalement un itinéraire professionnel sinueux et chaotique.

Deux condamnés, nous les avons évoqués, furent étiquetés comme analphabète ou illettré. Le premier (D82) qui interrompt sa scolarité en Afrique à l'âge de 8 ans en raison de l'impécuniosité de la famille, la reprend en France à 12 ans à un niveau CM1 sans maîtriser l'usage du français. Ayant rompu les liens avec sa mère pour retrouver un père relativement fuyant, hébergé chez sa grand-mère, il peine à suivre un cursus normal et triple ainsi sa 4<sup>e</sup>. « *Comme j'arrivais pas à suivre, je foutais le bordel, je les perturbais pour que personne ne travaille...* » dit-il pour expliquer les écarts de conduite plus ou moins graves, le plus souvent violents, qui l'amèneront à plusieurs reprises devant le Conseil de discipline et, pour finir, dans des foyers de placement. Après moult exclusions, il interrompt sa scolarité au milieu de la 3<sup>e</sup> pour s'orienter vers un cycle d'insertion professionnelle par alternance en restauration d'une durée d'un an. Le second condamné (D84), orienté en CPPN, élève tranquille mais adepte de l'école buissonnière, s'abonne au redoublement avant de quitter l'école en 6<sup>e</sup>, à l'âge de 16 ans, sans savoir ni lire, ni écrire et compter. La comparaison de ces deux cas montre que de piètres performances scolaires n'obèrent pas nécessairement toute chance de s'intégrer, au moins, professionnellement. Tandis que le premier, déraciné de son Afrique natale, et bien incapable, en dépit de ses efforts (« *j'essayais de faire de mon mieux, mais j'étais vraiment pas très fort, il y a beaucoup de choses que je ne savais pas, à l'intérieur ça faisait mal, j'aurais voulu faire mieux* »), de satisfaire les aspirations paternelles, finit, comme il le dit lui-même par se laisser glisser, s'adonner à la consommation d'alcool et de cannabis, alterner à l'issue de sa formation petits boulots au noir et longue pause pendant près de deux ans jusqu'à commettre un viol en réunion, le second avouant détester l'école commence à travailler à l'âge de 16 ans et s'emploie sans discontinuer comme pépiniériste en se dispensant d'apprentissage. Auteur également d'un viol mais cette fois sur mineur de 15 ans par ascendant, ce dernier ne devait point souffrir de la faiblesse supposée de ses capacités intellectuelles pour s'assurer une stabilité professionnelle. Le ménage de ses parents formé d'une ouvrière saisonnière et d'un ouvrier au service des eaux, hormis l'alcoolisme de ce dernier, était réputé sans histoire. Si la confrontation de ces deux parcours invite à saisir les trajectoires comme des processus, elle incline aussi à résister à une approche déterministe univoque aux accents soit psychologisant, soit sociologistes.

À l'échelle du corpus, c'est bien l'enchevêtrement des caractéristiques biographiques des condamnés qui rend compte de l'entrecroisement de leurs destinées sociales scolaire et, bien évidemment, pénale. En l'état de l'inventaire des indicateurs de fragilisation sociale et à l'aune de ces derniers, les condamnés scolarisés en sections spécialisées se distinguent toujours des autres par des contextes éducatifs encore plus défavorables à l'acquisition des apprentissages élémentaires. Sur les 23 condamnés accueillis en sections spécialisées, un tiers prétend avoir vécu une enfance sans complication particulière d'ordre familial (contre 1/5 pour ceux n'ayant pas été scolarisés dans ce type de classes). Quatre sur dix auront, au contraire, subi des violences parentales (3/10 chez les autres), quatre également sur dix été confrontés à un parent alcoolique (contre 3/10), plus de quatre sur dix se seront retrouvés placés en foyer ou en famille d'accueil (contre moins de 2/10). Des carences éducatives apparaissent pour près de la moitié d'entre eux contre moins d'un tiers chez les autres. On retrouve parmi eux une proportion plus importante de condamnés dont l'un des parents est décédé (1/5 contre 1/10) ou avait des antécédents judiciaires (2/10 contre moins d'1/10). Ces condamnés scolarisés dans des classes spécialisées ont non seulement été exposés plus souvent aux affections nées, au sein de leur propre famille, de la dysharmonie des relations mais aussi confrontés, quand l'information est disponible, à l'insécurité matérielle. En revanche, on ne constate pas davantage, chez eux, d'abus sexuels subis dans l'enfance. Malgré le mutisme des dossiers concernant le capital scolaire des parents, tout nous incline à penser que, chez ces condamnés orientés vers les filières de relégation, une loi de la conservation de l'inculture

---

<sup>179</sup> D35/45/48.

<sup>180</sup> D35/45/48/97/98.

scolaire et du confinement culturel vient redoubler plus inexorablement encore que chez les autres condamnés, la loi de la conservation de la violence à laquelle concluait Bourdieu.

### §5 - Socialisations et dispositions déviantes

La description des configurations familiales et des destinées scolaires reste bien évidemment tributaire à la fois des récits des condamnés et des grilles d'interprétation utilisées par les enquêteurs et les experts pour caractériser un parcours ou un comportement. L'évocation ou l'enregistrement, par exemple, d'un placement en foyer, de l'âge du décrochage scolaire ou bien encore de la filière de scolarisation peuvent très bien avoir été omis par les uns ou les autres. Mais à la différence de ce type de données « objectives », les mentions d'alcoolisme et de toxicomanie, d'addiction et d'abus, de maltraitance, de conflits parentaux et de mésentente, de problèmes disciplinaires ou encore relationnels procèdent d'appréciations du fait lui-même largement redevable, de la part du condamné comme de l'enquêteur social ou de l'expert, de schèmes sociaux et culturels de jugement.

Si, dans ces conditions, le recours à l'archive judiciaire ne manque pas de pertinence pour analyser le processus institutionnel d'instruction pénale, en l'occurrence la contribution de l'expertise au traitement socio-judiciaire, il en va tout autrement si l'on prétend expliquer ce qu'il est coutume d'appeler le passage à l'acte. La seule exploitation des sources composant le dossier pénal peut contribuer mais en aucun cas suffire à dégager les dispositions susceptibles d'éclairer les logiques d'entrée dans une carrière déviante. Il convient d'admettre que rigueur doit ici rimer avec modestie. D'où les réserves que nous inspire notre tentative d'indexation des comportements déviants aux éléments par trop lacunaires et précédemment décrits de personnalité. Malaisé, en effet, d'expliquer, faute d'une ethnographie digne de ce nom, la destinée de nombre de condamnés tel ce fils (D98) d'un ingénieur et d'une comptable divorcés quand il avait 12 ans (« *mon père avait plein de copines* » confiera-t-il à l'expert), sauf à soupçonner un enchaînement d'options qui allaient le diriger, bien plus qu'il n'aura vraiment choisi en parfaite connaissance de cause, sur une pente glissante : il quitte l'école en 5<sup>e</sup>, s'inscrit en vue d'acquérir un CAP menuiserie qu'il interrompt au bout d'un an, avant d'entamer la préparation d'un CAP pâtisserie stoppé après quelques mois. « *À l'époque, je commençais à sortir alors j'étais trop fatigué pour aller travailler* » expliquera-t-il à l'expert. Il a alors 15-16 ans. Un placement à la PJJ est ordonné après des fugues répétées et une première arrestation suite à des délits. Il quitte alors le foyer maternel pour vivre une année en foyer éducatif. À 17 ans, il revient chez sa mère avec qui il a des désaccords profonds. Des délits conduiront à son incarcération.

La fiabilité incertaine des données concernant le passé judiciaire ne facilite pas toujours, on l'a déjà relevé, l'opération de reconstitution de la carrière pénale à partir des dossiers archivés au service de probation : l'absence du bulletin n°1 dans 9 dossiers, l'actualisation défailante, l'effacement éventuel de condamnations antérieures à la majorité pénale sont autant d'obstacles à la restitution rigoureuse de ce genre d'épreuves, pourtant cruciales dans les histoires individuelles. Quoiqu'il en soit, c'est bien le bulletin n°1 du casier judiciaire, présent dans 90 dossiers, qui aura servi de support à l'objectivation et permis de scinder la population entre primo-condamnés et réitérants, sinon récidivistes.

Casier judiciaire

Bulletin n°1 vierge	32	2/7/9/10/11/15/16/17/18/20/22/26/36/37/39/41/43/53/55/56/62/65/68/73/75/ 78/80/89/91/92/94/99
Condamnations	58	1/3/4/5/6/8/12/13/14/19/21/23/24/25/27/30/31/32/33/34/35/38/40/42/44/47/48/49/50/51/57/58/59/60/61/63/64/ 67/70/71/72/74/76/77/79/81/82/83/84/86/87/88/90/93/95/96/97/98
Absence de bulletin n°1	9	28/29/45/46/52/54/66/69/85

Dossiers de condamnés sans antécédents pénaux connus (32) et avec condamnations antérieures (58) selon la nature de l'infraction et l'âge respectivement au moment de leur condamnation et à celui des premiers faits

Âge des condamnés	Primo condamnés	Âge au moment des premiers faits des condamnés avec passé pénal					
		Infractions à caractère sexuel	Violences conjugales	Infractions non sexuelles violentes	Infractions non sexuelles non violentes	ILS	Autres infractions
Non-Réponse	22/	3/21					
Moins de 18 ans	2/10/37/65/78/	67/		8/14/	67/	67/	14/
18 ans - 25 ans	11/20/39/53/80/92/	59/95/98/	31/	49/70/82/	70/82/98/	31/98/	31/38/49/82/93/
26 ans - 30 ans	15/26/56/75/	12/13/50/58/		13/30/	30/96/	81/	13/30/33/40/58/83/
31 ans - 35 ans	43/62/89/	64/74/76/87/		1/32/64/	34/76/	1/32/	1/32/34/74/
36 ans - 40 ans	7/17/18/68/94	35/42/51/86/88/	42/	79/88/			42/51/61/86/27/
41 ans - 45 ans	16/36/91	6/19/24/60/84/	4/	57/71/	71/	71/	4/57/71/
46 ans - 50 ans	9/99	23/25/47/48/77/90/		63/			23/25/48/63/
51 ans - 60 ans	73/	44/72/5/97/			72/		44/5/
Plus de 60 ans	41/55/						
	32	34	3	15	10	7	30

La plupart des condamnés commettent leurs premières infractions à un âge relativement précoce. Un tiers des primo-condamnés (11/32) avaient moins de 25 ans au moment de leur condamnation, dont cinq moins de 18 ans. Ils ne sont qu'un quart (8/32) à avoir plus de 40 ans, dont deux plus de 60 ans. Un cinquième des réitérants (12/56), récidivistes ou non, avaient quant à eux moins de 25 ans, dont trois moins de 18 ans. Un tiers (19/56) avaient plus de 40 ans, dont quatre plus de 60 ans. Les primo-condamnés sont, très logiquement, plus jeunes que ceux détenant un casier judiciaire. Ce qui, en revanche, cesse d'être logique, est le faible étalement dans le temps des carrières pénales comme nous pouvons le constater dans le tableau suivant. Rendu perceptible au premier coup d'œil grâce à la diagonale du tableau, on constate que les premières infractions ayant donné lieu à une condamnation antérieure se situent bien souvent dans la décennie précédant le moment de la dernière condamnation, celle justifiant le suivi.

Dossiers des condamnés selon l'âge au moment de leur condamnation (affaire étudiée) et l'âge au moment d'une condamnation antérieure

		Âge lors de la première condamnation						
		Moins de 18 ans	18 ans - 25 ans	26 ans - 30 ans	31 ans - 35 ans	36 ans - 40 ans	Plus de 40 ans	Non réponse
Âge lors de la condamnation (affaire étudiée)	Moins de 18 ans	67/						
	18 ans - 25 ans	8/14/49/	38/70/82/98/					
	26 ans - 30 ans		13/31/40/50/58/95/96/	81/				
	31 ans - 35 ans		1/12/34/74/	32/33/76/	59/			
	36 ans - 40 ans	64/	30/	87/		35/88/		(3 dossiers)
	41 ans - 45 ans			84/86/	42/51/57/	4/		
	46 ans - 50 ans		71/	25/	47/48/	23/	19/60/79/	(2 dossiers)
	51 ans - 60 ans			63/	97/	44/	21/61/72/77/90/95/	
	Plus de 60 ans							(1 dossier)
	Total	5	17	9	7	5	9	6

Bien que la minorité étiquetée comme n'ayant pas rencontré de difficultés au cours de sa scolarité ou ayant manifesté de bonnes aptitudes scolaires n'autorise qu'avec prudence un raisonnement statistique de type probabiliste, en raison du faible effectif, il n'est pas interdit de relever une tendance à avoir commis leur première infraction à un âge plus avancé que les autres condamnés. Pour ces derniers, le déficit en capital scolaire constitue un marqueur n'épargnant pas plus les primo-condamnés âgés que leurs homologues plus jeunes : le capital culturel figure bien, à tout âge, une ressource de contrôle des pulsions sexuelles et, vraisemblablement, d'un accès facilité à la sexualité dont ne disposaient pas la plupart de nos condamnés.

Indicateurs de parcours scolaires et âge à la première condamnation

	Moins de 18ans	18-24 ans	25-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	Plus de 50 ans	Sans réponse
Bonne aptitude scolaire (2/99)	78/			89/			
Absence de difficultés scolaires (5/99)		98/		35/	48/	45/97/	
Difficultés d'apprentissage (39/99)	2/14/37/	38/49/53/59/82/85/92/95/98/	13/30/33/46/50/56/83/	1/7/17/18/27/32/42/51/52/54/62/79/87/	4/6/24/84/91/	72/	3/
Illettrisme, analphabétisme (2/99)		82/			84/		
Problèmes disciplinaires (15/99)	2/8/14/37/67/	31/49/82/98/	13/58/81/	54/	36/84/		
Absentéisme important (11/99)	37/	49/70/82/92/	15/81/	27/88/	84/	5/	
Redoublements (56/99)	8/14/28/37/67/	11/20/38/39/49/53/59/70/82/85/92/93/98/	12/13/30/40/46/50/56/58/75/83/96/	1/7/27/43/51/68/74/87/	4/9/16/19/23/24/25/36/48/57/63/84/90/	5/44/73/	3/21/22/
Difficultés relationnelles avec d'autres élèves/personnel scolaire (23/99)	8/14/28/37/65/67/78/	20/70/92/98/	13/30/33/50/	42/52/62/64/89/	16/19/91/		
Scolarisation dans des classes spécialisées (23/99)	2/14/29/65/	53/59/85/95/	13/30/46/50/83/	7/27/42/51/52/54/87/	25/71/84/		
Déscolarisation avant 16 ans (18/99)	2/37/	59/82/95/98/	81/83/	1/42/61/64/	71/84/91/99/	44/55/	
Pas d'information	10/	80/		34/69/76/86/94/	47/60/77/	41/	66

### §6- Quelques stables, beaucoup d'instables (professionnellement)

Un condamné sur cinq (16/99) seulement affiche une trajectoire professionnelle linéaire. Auprès de quelques employés et ouvriers, cette fraction des stabilisés dans un seul emploi n'ayant point connu le chômage regroupe également tous les salariés du corpus appartenant aux catégories moyennes et supérieures. À l'inverse, la précarité est doublement de mise pour les non ou mal qualifiés qui, soit composent l'armée de réserve des « *inutiles au monde* » selon l'expression de Castel empruntée à Geremek, qui perçoivent RMI, RSA et autre minimas sociaux, soit travaillent comme intérimaires ou ouvriers, cumulent à la fois des compétences à faire valoir faiblement rémunératrices et de faible prestige sur le marché du travail et des statuts d'emploi on ne peut plus instables : ces catégories les plus socialement dominées ayant éprouvé des périodes de chômage en alternance avec des moments d'emploi représentent près de la moitié (42/99) de la population.

## Situation professionnelle et nombre d'emplois occupés au cours du dernier semestre avant la détention

Situation socio-professionnelle	Nombre d'emplois							Total	
	Aucun	NR	1 + chômage	1 sans	1-4 + chômage	1-4 sans	+ 5 + chômage		
Pas d'information		4						4	
Chômage/sans emploi	4		3		3		7	17	
RMI/RSA/alloc. retour emploi							3	3	
Contrats qualif. Prof. Divers (Afp, Cifa, Cifam, Cifor)					1		1	2	
Stage					1			1	
Scolaire, apprentissage	2	1						3	
Travailleur handicapé			1	1		1		3	
Maladie/handicap/invalidité	1	1				1	3	6	
Contrat aidé, insertion, accompagnement		1					3	4	
Intérimaire (divers secteurs)		2			1		4	9	
Intérimaire (transport)							1	1	
Intérimaire (agroalimentaire)		1					1	2	
Intérimaire (métallurgie)		1					1	2	
Employé (vente)						1		1	
Employé (restauration)							1	1	
Employé municipal				1				1	
Employé de service (entretien, ménage, auxiliaire vie)			1				1	2	
Employé sécurité (gardiennage)				1			2	3	
Employé pompes funèbres				1				1	
Ouvrier (divers dont manutentionnaire)			1				2	3	
Ouvrier agricole et assimilé				2			1	3	
Ouvrier bâtiment et assimilé				1		1	3	5	
Ouvrier (chauffeur, livreur, cariste)						2	2	4	
Ouvrier (coiffure)				1				1	
Ouvrier (métallurgie), mécanicien, agent maîtrise				1		1	1	3	
Commerçant							1	1	
Responsable vente, cadre commercial, conseil juridique				2				2	
Chef de chantier, chef de fabrication, cadre production				2		1		3	
Artisan (service nettoyage)				1				1	
Employé administratif du public						2		2	
Informaticien				1			1	2	
Généalogiste						1		1	
Retraité				1		1		2	
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>16</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>36</b>	<b>5</b>	<b>99</b>

### Section 3- Les problématiques psychopathologiques des condamnés à un suivi socio-judiciaire

S'il faut tenir compte de toutes les réserves brièvement énoncées dès l'introduction de ce premier chapitre, nos résultats révèlent de lourdes problématiques sur le plan psychopathologique (§1). Malgré la présence de quelques condamnés présentant d'importants antécédents psychiatriques, essentiellement psychotiques, les experts ont systématiquement exclu une abolition du discernement, privilégiant le registre de l'altération (§2).

#### §1- Les différentes problématiques psychopathologiques

La lecture des expertises dévoile une forte prévalence des addictions, plus particulièrement à l'alcool (A). Sur le plan psychopathologique, les registres nosographiques mobilisés par les experts confirment l'absence de « profil » unique de personnalité (B). Ceux-ci évoquent également, pour une proportion non négligeable des condamnés, un faible niveau d'intelligence, sinon parfois de véritables déficiences intellectuelles (C).

#### A- Les addictions

De nombreuses études ont révélé la forte prévalence des dépendances parmi la clientèle pénale<sup>181</sup>. Notre échantillon ne déroge pas à la règle. Il est fait état d'une addiction ou d'un abus d'alcool et/ou de produits stupéfiants dans près de six dossiers sur dix (57). Une toxicomanie ou un abus de produits stupéfiants apparaît au sujet d'un condamné sur sept (14), le produit impliqué étant néanmoins le plus souvent du cannabis. Quatre condamnés consommaient d'autres types de stupéfiants (cocaïne et amphétamine, héroïne pour deux d'entre eux). Dans un tiers des cas (35,7%), il s'agissait d'une poly-dépendance, l'alcool étant à la source de la plus grande masse des addictions évoquées dans les dossiers. Un alcoolisme a en effet été identifié au sujet de 40 condamnés, un simple abus apparaissant dans un peu plus de 10% des cas (11). Rappelons toutefois que le seuil de consommation qui sépare l'abus de l'alcoolisme varie selon les experts. Dans les rares cas où nous aurions pu être tentés de retenir nous-mêmes un alcoolisme, du fait du niveau de consommation évoqué, nous avons respecté la consigne d'enregistrement et codé un simple abus lorsque l'expert n'allait pas au-delà.

« Mr ... rapporte avoir été consommateur excessif d'alcool. Il a commencé à consommer de l'alcool vers 11-12 ans dans les caves avec les copains. Les familles d'accueil ne s'apercevaient pas de cette consommation. Il avait une consommation régulière mais pouvait se passer plusieurs jours de boire. Il consommait environ un litre de vin par jour et une bouteille de whisky lui faisait 3 jours. Cette consommation n'a jamais eu de conséquences sociales : "je n'ai jamais eu l'alcool violent...je ne buvais que chez moi...je n'ai pas eu de problème à la médecine du travail...je n'ai pas eu de problème judiciaire à cause de l'alcool" » (Expert, D62).

Il s'agit bien souvent d'une problématique familiale. Près de la moitié de ceux qualifiés d'alcooliques avaient au moins un parent affecté par la même pathologie (45%, contre 29,4% de ceux ne souffrant d'aucune addiction), sans compter la famille élargie. Dans bon nombre de dossiers, la consommation débute dès l'adolescence sinon la préadolescence du condamné.

#### Addictions

	Effectifs	Fréquence
Pas d'information	7	7,1%
Aucune addiction ou abus	34	34,3%
Alcoolisme	40	40,4%
Abus d'alcool	11	11,1%
Toxicomanie ou abus de drogues	14	14,1%
Total / interrogés	99	

<sup>181</sup> Bègue L., *Drogues, alcool et agression : l'équation chimique et sociale de la violence*, Paris, Dunod, 2014 ; Pérez-Díaz C., Huré M.-S., *Violences, alcool et santé mentale. Alcoologie et addictologie*, Paris, CESDIP, 2006 ; Tesson J., Cordier B., Thibaut F., « Loi du 17 juin 1998 : bilan de l'expérience des médecins coordonnateurs en Haute Normandie », *L'Encéphale*, 2012, vol. 38, n° 2, 133-140 ; Auger G., El Hage W., Bouyssy M. *et al.*, « Évaluation du dispositif de l'injonction de soin pour les auteurs de violences sexuelles en Indre-et-Loire », *Annales Médico-Psychologiques*, 2010, n° 168, 462-465.

Les experts appuient généralement l'hypothèse, validée par diverses recherches même si les liens entre addiction et délinquance sont plus complexes<sup>182</sup>, de toxiques qui viendraient démultiplier les risques de passage à l'acte. Ils évoquent les effets désinhibants de l'alcool, qui diminuerait le « *contrôle affective-pulsionnel* (D74) et la « *censure morale* » (D54), libérerait les « *pulsions agressives* », susciterait colère ou jalousie. Facilitateur du passage à l'acte, l'alcoolisme aggraverait plus globalement les troubles du comportement et produirait à terme « *une altération globale du fonctionnement* » (D57). Certains experts nuancent parfois leur propos, indiquant par exemple que « *L'alcool a des qualités désinhibitrices, mais ce n'est pas l'alcool qui provoque directement la violence ; il permet juste l'expression, la libération ou l'amplification d'une pulsionnalité interne, habituellement contenue* » (D61). Si la figure de « *l'alcoolique criminel* » domine, de rares experts n'en oublient pas moins celle du « *criminel alcoolique* », qui lui s'enivrerait délibérément pour « *se donner du courage* »<sup>183</sup>, pour se déresponsabiliser ou se déculpabiliser en se retranchant derrière l'alcool. Pour certains condamnés, ces addictions résulteraient de difficultés à établir des liens avec des tiers, la consommation visant alors à dépasser une timidité ou une inhibition.

« Le début des troubles psychologiques ont débuté à l'adolescence, avec l'installation progressive d'une timidité morbide, d'un manque de confiance en soi et d'assurance. Cet état psychique a fragilisé ses relations avec la gente féminine, et compliqué ses ambivalences affectives et sexuelles. Il trouvait refuge et solution auprès de l'alcool (en tant que désinhibiteur) et du cannabis (herbe et résine pour apaiser ses angoisses), recherchant l'effet "miracle" entre désinhibition et anxiolyse pour pouvoir surmonter sa timidité et créer des liens » (expert, D96).

Il n'est pas rare non plus que les experts ajoutent une visée anxiolytique, une consommation destinée à « *lutter contre des sentiments dysphoriques de vide et d'ennui* » (D48). Un condamné alcoolique sur cinq avait en effet connu un ou plusieurs épisodes dépressifs en amont de la commission de l'infraction (20%), les experts évoquant même une tentative de suicide pour près d'un tiers d'entre eux (32,5%)<sup>184</sup>, comme d'ailleurs pour les autres d'addictions (28,6% en présence d'un abus ou d'une dépendance à d'autres drogues). On constate des corrélations étroites entre l'alcoolisme, la toxicomanie et la mention de troubles thymiques. La moitié de ceux pour lesquels a été identifié ce type de troubles souffrait d'une addiction à l'alcool, 29,2% ayant par ailleurs consommé au moment des faits, sans compter un abus d'alcool pour 16,7% d'entre eux. Une toxicomanie ou un abus de drogues apparaît dans 25% des cas. Au total, les experts ont mentionné une dépendance ou un abus de drogues ou d'alcool au sujet de 79,2% de ceux présentant des troubles thymiques. Dépression et addiction s'alimenteraient mutuellement, engendrant progressivement des ruptures familiales et une désaffiliation sociale, qui elles-mêmes ne feraient qu'aggraver par la suite leur état pathologique.

« Il détenait la gérance d'un magasin de fleuriste avec sa compagne, jusqu'au moment où il s'est séparé d'elle. Son état psychique et ses difficultés avec l'alcool l'ont amené à perdre la gérance du magasin. Par la suite, le sujet semble avoir plongé dans des consommations extrêmement importantes d'alcool, une forme de désinsertion sociale, d'isolement et de dénuement psychique, dans un profond abandon de lui-même » (D34).

À plusieurs reprises, les experts ont noté une perception inadéquate du niveau de consommation, sinon un refus du condamné de se reconnaître comme alcoolique, ce qui n'est pas sans lien avec l'omniprésence de l'alcool dans leur environnement précoce.

« Il est difficile d'arriver à se faire préciser depuis quand [il] consommait de la drogue ni quelle quantité d'alcool il consommait auparavant. Il semble que la drogue ait fait partie de son environnement depuis l'adolescence [...]. Il est toujours difficile de se faire préciser par quelqu'un qui s'est trouvé sous l'emprise de la drogue ou de l'alcool quelle quantité de ces toxiques il consommait habituellement. La notion de normalité : "comme tout le monde" est éminemment subjective et [il] se trouve dans un univers mental tel que consommer des produits ou de l'alcool est d'une grande banalité » (D1).

« En ce qui concerne l'alcool, il m'a précisé être "un bon buveur, festif, mais je ne suis pas un alcoolique", bien qu'il m'ait précisé boire "disons en moyenne 4 ou 5 pastis par jour et quatre ou cinq verres de vin par jour également" ; ce qui constitue une consommation au-delà de la normale » (D21).

<sup>182</sup> Bègue L., *op. cit.* ; Inserm, *Alcool, dommages sociaux, abus et dépendance. Expertise collective*, Inserm, 2003.

<sup>183</sup> Permanen K., Cousineau M.-M., Brochu S., Sun F., *Proportions des crimes associés à l'alcool et aux autres drogues au Canada*. Canadian Centre on Substance Abuse, 2002.

<sup>184</sup> Deux autres condamnés avaient par ailleurs tenté de mettre fin à leurs jours à la suite d'une précédente condamnation.

Une minorité d'alcooliques (25%, 17,5% en milieu hospitalier) et d'usagers de stupéfiants (14,3%) avait engagé des démarches de soin en amont du passage à l'acte. Quelques-uns ont toutefois multiplié les cures de désintoxication, sans succès, au point qu'un condamné percevait sa détention comme l'unique moyen de cesser sa consommation.

« [Il] nous dira avoir toujours consommé beaucoup d'alcool. Il commencera sa consommation à l'âge de 12-13 ans [...]. Il présentera alors une maladie alcoolique patente remarquant que suite à la séparation en 1990 : "c'était la chute complète dans l'alcool". Il entreprendra alors suite au départ de sa femme avec ses deux filles, des cures de désintoxication [...]. Il nous dira alors avoir bénéficié depuis cette époque d'une quinzaine de cures de sevrages suivies à 4 ou 5 reprises d'une post-cure. [...] "Il ne faut plus que je picole. La prison ça m'a fait du bien, j'aurais pas fait toutes ces conneries, toutes ces horreurs si j'avais été en prison plus jeune à 20 ans. Je peux vous dire que pour moi ça a été mieux qu'une cure de désintoxication » (D61).

Cette perception de la prison comme une opportunité de sevrage semble implicitement partagée par certains experts, alors même que l'alcool n'y est pas pour autant absent, comme en témoignent plusieurs dossiers.

« Il indique avec une certaine fierté avoir fabriqué à la maison d'arrêt : "Un seau d'alcool pour Noël...". Il est consommateur de cannabis même selon lui en détention : "Je ne l'ai jamais nié, je fume plus ici que dehors..." » (D32).

« Il dit qu'il pourrait prendre de l'alcool en détention. "On trouve cela aussi, ce n'est pas forcément la prison qui me protège..." » (D66).

Ceux qui abusent ou sont dépendants aux stupéfiants se distinguent sur le plan de leur « carrière pénale », tant au niveau des faits commis que des antécédents. Leurs victimes étaient moins souvent mineures<sup>185</sup>, plus fréquemment uniques<sup>186</sup>. Leur casier judiciaire était également plus fourni<sup>187</sup>, mais moins souvent en raison de violences sexuelles antérieures<sup>188</sup>. Il se composait plutôt d'atteintes aux biens sans violence<sup>189</sup>, de violences<sup>190</sup> et sans surprise d'infractions à la législation sur les stupéfiants<sup>191</sup>. En revanche, ceux qualifiés d'alcooliques ne se différencient guère, sur le plan des infractions commises, de ceux qui ne présentaient aucune addiction. Comme en cas de toxicomanie, ils ont néanmoins plus souvent été jugés en situation de récidive légale<sup>192</sup>, avaient plus d'antécédents inscrits au B1 du casier judiciaire<sup>193</sup>, notamment des antécédents de violences sexuelles<sup>194</sup>. Y figurent naturellement davantage de conduites en état alcoolique<sup>195</sup> et, dans une moindre mesure que les toxicomanes, des antécédents de violences<sup>196</sup>. Un écart générationnel important sépare également les usagers de stupéfiants des autres condamnés, les premiers étant nettement plus jeunes<sup>197</sup>. Bien que régulièrement séparés, divorcés (30%) et vivant seuls (65%), les seconds avaient dès lors plus souvent des enfants, et même une descendance importante<sup>198</sup>.

Ces deux groupes ne présentent pas de spécificités saillantes sur le plan de l'histoire familiale, à l'exception d'un alcoolisme parental plus fréquent chez ceux présentant la même pathologie. En revanche, une plus forte proportion d'usagers de stupéfiants a traversé une scolarité chaotique, émaillée

<sup>185</sup> Dans 28,6% des cas, contre 57,5% en présence d'un alcoolisme, 55,9% en l'absence d'addiction.

<sup>186</sup> 78,6% d'entre eux contre 52,5% en cas d'alcoolisme, 44,1% en l'absence d'addiction.

<sup>187</sup> 7% d'entre eux n'avaient aucun antécédent, contre 30% en cas d'alcoolisme et 41,2% en l'absence d'addiction. Plus d'un tiers (35,7%) avait trois mentions ou davantage inscrites au B1 (contre respectivement 30% et 20,6%).

<sup>188</sup> 21,4% d'entre eux, contre respectivement 32,5% et 32,4%.

<sup>189</sup> 57,1% d'entre eux, contre respectivement 17,5% et 14,7%.

<sup>190</sup> 35,7% d'entre eux, contre respectivement 15% et 5,9%.

<sup>191</sup> 21,4% d'entre eux, contre respectivement 7,5% et 5,9%.

<sup>192</sup> 27,5% d'entre eux, contre 11,8% en l'absence d'addiction.

<sup>193</sup> 40% d'entre eux, contre 26,5% en l'absence d'addiction, 57,1% en cas de toxicomanie.

<sup>194</sup> 40% d'entre eux, contre 32,4% en l'absence d'addiction, 21,4% des toxicomanes.

<sup>195</sup> 27,5%, contre 2,9% en l'absence d'addiction 7,1% en cas de toxicomanie.

<sup>196</sup> 15% d'entre eux, contre 5,9% en l'absence d'addiction

<sup>197</sup> 23% avaient moins de 25 ans au moment de la condamnation, contre moins de 10% en cas d'alcoolisme (7,5%) ou de simples abus (9,1%). Ceux qualifiés d'alcooliques figurent parmi les plus âgés, puisque 67,5% avaient 40 ans ou plus (contre 7% en cas de toxicomanie ou d'abus de drogues, 38,2% en l'absence d'addiction). 70% avaient 30 ans ou plus au moment des premiers faits (contre 47% en l'absence d'addiction, 35,7% en cas de toxicomanie).

<sup>198</sup> Un sur cinq avait au moins quatre enfants au moment des faits, contre 8,8% en l'absence d'addiction, 0% en cas de toxicomanie ou d'abus de drogues.

de problèmes disciplinaires<sup>199</sup>. Après un absentéisme parfois chronique<sup>200</sup>, près d'un sur deux a quitté l'école avant 16 ans<sup>201</sup>. 42,9% n'avaient aucun diplôme et n'étaient pas allés au-delà du collège<sup>202</sup>, 7,1% avaient au minimum un niveau CAP<sup>203</sup>. Ils étaient bien plus souvent chômeurs ou inactifs au moment des faits<sup>204</sup>. Si ces pourcentages sont vraisemblablement sous-évalués, l'information n'étant pas toujours présente dans les dossiers, au moins 17,6% d'entre eux percevaient le RSA<sup>205</sup>. Près d'un sur quatre (23,5%) percevait des allocations pour personnes handicapées<sup>206</sup>, ce qui s'explique notamment par le fait que ce petit groupe réunit davantage de psychotiques<sup>207</sup>. Si des cures de désintoxication apparaissent moins fréquemment, il n'est dès lors pas étonnant de retrouver à leur sujet davantage d'hospitalisations en psychiatrie (35,7%) pour des dépressions ou de lourdes pathologies mentales. Moins souvent qualifiés de « pédophiles » par les experts<sup>208</sup> et surtout de « pervers »<sup>209</sup>, le diagnostic emprunte généralement au registre de la psychopathie<sup>210</sup>. Ils sont décrits comme plus instables<sup>211</sup>, intolérants à la frustration<sup>212</sup>, éprouvant davantage de difficultés à maîtriser leurs pulsions ou leurs affects<sup>213</sup>, à respecter un cadre ou des contraintes<sup>214</sup>. Ils seraient plus égocentriques<sup>215</sup> et colériques<sup>216</sup>. La mention de troubles de la conduite ou du caractère est deux fois plus fréquente<sup>217</sup>. Parallèlement, les experts constatent régulièrement des troubles de l'humeur (42,9%), à l'instar des alcooliques (32,5%, 11,8% en l'absence d'addiction).

Ceux qui ne souffraient d'aucune addiction présentaient quant à eux plus souvent un casier vierge<sup>218</sup>. S'ils ne sont pas davantage impliqués que les alcooliques dans des violences sexuelles sur mineurs, le nombre de victimes identifiées est souvent plus important<sup>219</sup> et celles-ci de sexe masculin<sup>220</sup>. Ces condamnés sont souvent passés à l'acte plus jeunes<sup>221</sup>. Du fait d'une plus forte proportion d'étudiants<sup>222</sup>, leur taux de chômage était plus faible<sup>223</sup>. Pour autant, ils n'étaient pas plus souvent en situation d'emploi que les alcooliques (41,2% contre 52,5%). Il s'agit par ailleurs des condamnés les plus diplômés de notre échantillon : 29,4% avaient au minimum un baccalauréat (contre 5% des alcooliques, 0% des toxicomanes). Ils vivaient plus souvent en couple au moment des faits<sup>224</sup>. En revanche, leur biographie familiale ressemble à celle que retracent bon nombre de condamnés souffrant d'addiction. Près de la moitié ont subi des violences de leurs parents (47,1%), davantage qu'en présence d'un alcoolisme (30%) ou d'une toxicomanie (35,7%). Un quart seulement n'a rencontré aucune difficulté familiale majeure (23,5%). Un sur cinq (21,4%) a subi des violences sexuelles dans l'enfance. Ils ont néanmoins rencontré

<sup>199</sup> 42,9% d'entre eux contre 11,8% en l'absence d'addiction, 17,5% en cas d'alcoolisme.

<sup>200</sup> 21,4% contre respectivement 11,8% et 7,5%.

<sup>201</sup> 42,9% contre respectivement 5,9% et 30%.

<sup>202</sup> 37,5% des alcooliques, 14,7% en l'absence d'addiction.

<sup>203</sup> 37,5% des alcooliques, 61,8% en l'absence d'addiction.

<sup>204</sup> 78,6% contre 35% en présence d'un alcoolisme et 23,5% en l'absence d'addiction.

<sup>205</sup> Contre respectivement 2,9% et 9,3%.

<sup>206</sup> Contre 2,9% en l'absence d'addiction, 9,3% en cas d'alcoolisme.

<sup>207</sup> 21,4% d'entre eux contre respectivement 5% et 8,8%.

<sup>208</sup> 21,4% d'entre eux, contre 35% en présence d'un alcoolisme, et 32,4% en l'absence d'addiction.

<sup>209</sup> 14,3% d'entre eux, contre respectivement 40% et 52,9%.

<sup>210</sup> 42,9% d'entre eux, contre respectivement 22,5% et 29,4%.

<sup>211</sup> 42,9% d'entre eux, contre respectivement 30% et 20,6%.

<sup>212</sup> 42,9% d'entre eux, contre respectivement 25% et 17,6%.

<sup>213</sup> 50% d'entre eux, contre respectivement 35% et 32,4%.

<sup>214</sup> 21,4% d'entre eux, contre respectivement 12,5% et 5,9%.

<sup>215</sup> 28,6% d'entre eux, contre respectivement 17,5% et 20,6%.

<sup>216</sup> 21,4% d'entre eux, contre respectivement 10% et 11,8%.

<sup>217</sup> 50% d'entre eux, contre respectivement 17,5% et 17,6%.

<sup>218</sup> 41,2% d'entre eux contre 30% des alcooliques, 7,1% des toxicomanes.

<sup>219</sup> 20,6% d'entre eux ont agressé au moins trois victimes mineurs, contre 10% des alcooliques, 0% des toxicomanes.

<sup>220</sup> 32,4% d'entre eux, contre 20% en cas d'alcoolisme, 0% en cas de toxicomanie.

<sup>221</sup> 17,6% d'entre eux avaient moins de 18 ans (contre 2,5% des alcooliques, 7,1% des toxicomanes), 38,2% avaient moins de 25 ans (contre 15% des alcooliques et 28,5% des toxicomanes).

<sup>222</sup> 23,5% d'entre eux, contre 0% dans les deux autres groupes.

<sup>223</sup> 23,5% d'entre eux, contre 35% des alcooliques et 78,6% des toxicomanes.

<sup>224</sup> 50% d'entre eux, contre 35% de ceux qualifiés d'alcooliques, 28,6% des toxicomanes.

beaucoup moins de difficultés sur le plan scolaire, même si un quart d'entre eux a connu des difficultés d'apprentissage (26,5%) et des scolarisations en établissements spécialisés (23,5%). Les incidents disciplinaires sont plus rares (11,8%), ainsi que l'absentéisme (11,8%) et les déscolarisations avant 16 ans (5,9%). Sur le plan psychopathologique (52,9%), c'est à leur sujet que les experts empruntent le plus le registre de la perversion. Alternativement ou cumulativement, les experts mobilisent un registre névrotique pour un cinquième d'entre eux. Ils énoncent plus souvent des difficultés relationnelles avec autrui<sup>225</sup>, notamment en raison d'une inhibition ou timidité, des troubles de l'identité<sup>226</sup> ou des difficultés à assumer une homosexualité<sup>227</sup>. Les diagnostics de psychose et d'état-limites sont plus rares. Sur le plan de leurs antécédents psychiatriques, les tentatives de suicide antérieures aux faits sont bien moins fréquentes (5,9%), ainsi que les hospitalisations en psychiatrie (8,8%).

## B- Les pathologies mentales, troubles et traits de personnalité

L'objectif de notre recherche n'était pas de nous transformer abusivement en psychiatres ou psychologues pour dresser le « profil » psychopathologique des condamnés de notre échantillon, mais plutôt d'analyser les registres argumentatifs<sup>228</sup> mobilisés par les experts. Nous ne voulions pas davantage nous faire juge de la crédibilité des expertises, en départageant les conclusions contradictoires qui sont apparues dans un dossier sur dix (11%). Notre démarche interdisait donc d'enregistrer ces informations dans des variables pré-codées. Pour ne pas perdre la nuance de leurs propos et ne pas forcer l'interprétation, nous avons privilégié une transcription littérale et *in extenso*. Ce n'est que dans un second temps, et uniquement pour faciliter le traitement de l'information, que nous avons procédé à des recodages, en distinguant les catégories nosographiques les plus fréquentes à la lecture des expertises, qui renvoyaient essentiellement aux notions de « perversion » ou de « paraphilie », de « pédophilie », de « psychopathie » ou « personnalité antisociale »<sup>229</sup>, de « psychose », de « névrose » ou encore d'« états-limites » ou « borderline ». Chacun de ces items agglomère toutefois, pour reprendre les principales formulations des experts, de simples « traits » ou des « aménagements » pervers, psychopathiques, etc. Qu'ils soient psychologues ou psychiatres, les experts français s'inscrivent majoritairement dans une approche psychodynamique. Si les cadres conceptuels varient<sup>230</sup>, les références aux classifications internationales des maladies sont relativement rares. Lorsque c'est le cas, les experts se réfèrent à la Classification Internationale des Maladies (CIM) publiée par l'OMS, plutôt qu'au DSM, le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux élaboré par la Société américaine de psychiatrie<sup>231</sup>.

Notre vigilance sur le plan de l'encodage s'est avérée d'autant plus essentielle que l'analyse des expertises, ainsi que le matériau recueilli en entretien, révèlent autant de fermes assertions que de précautions rédactionnelles des experts. Certains formulent leurs diagnostics prudemment, particulièrement lorsqu'ils mobilisent le registre de la perversion et, dans une moindre mesure, de la psychopathie. Connotées dans le langage courant, ces deux étiquettes sont systématiquement associées à une potentielle dangerosité, au point d'être très régulièrement surlignées par les CPIP ou les JAP, ou assorties de points d'exclamation annotés dans les marges des rapports d'expertise.

*« Moi je sais que je suis vigilant parce que je sais qu'il y a des termes qui fâchent. Y a des termes qui font peur. J'essaie d'éviter d'utiliser le terme pervers, clairement. Après, je peux parler de perversion, je peux*

---

<sup>225</sup> 20,6% d'entre eux, contre 10% en cas d'alcoolisme, 7,1% en cas de toxicomanie.

<sup>226</sup> 14,7% d'entre eux, contre respectivement 5% et 0%.

<sup>227</sup> 14,7% d'entre eux, contre. 0% dans les deux autres groupes.

<sup>228</sup> V. également Saetta S., *L'intervention de l'expert psychiatre dans les affaires criminelles : de la production d'un discours à sa participation au jugement : Grand-Duché de Luxembourg et France*, Thèse, Université de Toulouse, 2012.

<sup>229</sup> Pour une définition et une critique féconde de cette catégorie nosographique, v. notamment Englebert J., Adam C., « La " personnalité antisociale " , antithèse de la psychopathologie », *Déviance et Société*, 2017, vol. 41, n° 1, 3-28.

<sup>230</sup> Spriet H., Abondo M., Naudet F. *et al.*, « L'indication d'injonction de soin repose-t-elle sur un diagnostic médical ? », *L'Encéphale*, 40(4), 2014, 295-300 ; Adam C., « Les classifications psychologiques d'auteurs d'infractions à caractère sexuel : une approche critique de la littérature », *Déviance et Société*, 2006, vol. 30, n° 2, 233-261.

<sup>231</sup> Adam C., « Jalons pour une théorie critique du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) », *Déviance et Société*, 2012, vol. 36, n° 2, 137-169 ; Minard M., *Le DSM-Roi. La psychiatrie américaine et la fabrique des diagnostics*, Toulouse, Erès, 2013.

*parler de fonctionnement, mais en tout cas, si j'utilise ce vocabulaire, je vais le décrypter et je vais l'expliquer. On va vraiment rentrer... Je vais essayer de rentrer dans le vif de qu'est-ce qui fait le fonctionnement pervers ou la pensée perverse ou des agirs pervers. Je vais pas faire non plus une leçon de mots, mais je vais essayer de montrer pourquoi j'utilise ce vocable-là. Mais par contre, sauf me sortir une expertise, on fait tous des conneries, mais j'essaie vraiment par contre, d'éviter de lâcher juste le mot 'pervers' seul. C'est-à-dire sans explication derrière, et sans texte, parce que je sais que ça, ça met toujours de la sidération et il suffit d'avoir les expertises des collègues, en tant que médecin coordonnateur, à chaque fois que c'est fait comme ça, souvent c'est des photocopies des expertises des magistrats. Le mot est toujours entouré avec un point d'exclamation... Par contre, je sais très bien qu'avec les connotations et les mauvaises compréhensions... alors, ça dépend du magistrat, ça dépend de ses connaissances bien sûr, et de son positionnement mais je sais que certains magistrats, quand ils vont voir 'pervers', ils vont faire tilt, attention... Voilà, c'est qu'est-ce qu'on met derrière pervers. [...] Je sais très bien que ça déclenche un truc. » (Psychiatre, expert, médecin coordonnateur).*

*« Dans mes rapports, j'utilise très peu ces mots qui sont conflictuels et finalement, quand on parle de psychopathes, l'expertise c'est long hein, j'utilise pas mal de synonymes. À certains moments je vais dire 'psychopathe', mais à d'autres moments, je vais dire 'personnalité asociale', ou à un autre moment je vais dire 'comportement antisocial', etc., ce qui ne laisse aucune ambiguïté sur le sens que je veux donner au mot 'psychopathe'. Et ça m'évite de devoir l'expliquer, puisque j'utilise indifféremment ces termes-là. Après, 'pervers', 'perversion', 'perversité', ce sont des termes que j'utilise finalement assez peu puisque ça... si vous voulez c'est sur... tout a trait à une erreur de destination de l'objet libidinal. Que ça, c'est beaucoup plus facile, de dire directement qu'il avait reporté sa libido sur telle pratique, plutôt que de dire que c'est un pervers (rire). Je vois que je décris plus les choses que je ne les appelle finalement, ce qui évite d'être mal compris. » (Psychiatre, expert).*

*« Je ne pense pas que certains perçoivent effectivement l'impact que ça peut avoir. Chez les magistrats oui, mais au-delà même, c'est... effectivement, ce sont des termes qui ont été tellement vidés de leur sens clinique et repris dans le langage commun que ça amène toujours la question de la peur et l'angoisse autour quoi. Nous on utilise ce terme de champ pervers par exemple mais parfois, on hésite à les employer parce que, même entre nous, parce que... [Même entre vous ?] Oui, je dirais ça parce que j'ai le sentiment parfois de dire 'pervers', effectivement tout de suite, ça met quelque chose du côté qui est inatteignable, alors que c'était pas le sens clinique qui était donné à ces termes-là. » (Psychiatre, SMPR).*

Certains experts insistent sur le fait que la délinquance sexuelle n'est pas toujours la conséquence de perversions ou d'une pédophilie lorsque la victime est pré-pubère. Déjà, Claude Balier parlait dans les années 1990 d'une « simplification réductrice »<sup>232</sup>. « C'est d'ailleurs l'un des paradoxes que nous donnons à voir les auteurs de violences sexuelles : leur sexualité n'est engagée qu'en termes de co-excitation ou d'annexion par une violence plus fondamentale. De plaisir, il est bien peu question dans le viol qui concerne, dans la majorité des cas, dans un moment de déstabilisation, le mouvement brutal de la menace d'effondrement à l'emprise sur l'objet-victime, de la passivité à l'activité, de la sidération face à l'effroi d'une imago féminine terrifiante au triomphe provisoire de sa déroute »<sup>233</sup>. À l'identique, Denise Bouchet-Kervella note que « malgré le polymorphisme clinique des conduites pédophiliques et l'infinie diversité des configurations psychopathologiques au sein desquelles elles peuvent apparaître, un point commun me semble pouvoir être dégagé : le constat paradoxal que ces troubles du comportement sexuel correspondent bien moins à des troubles de la sexualité proprement dits qu'à des tentatives de « solution défensive » par rapport à des angoisses majeures concernant le sentiment identitaire, elles-mêmes consécutives à des carences fondamentales de l'environnement primaire au cours de la petite enfance »<sup>234</sup>.

*« Je vois pas que des auteurs de violences sexuelles, et quand j'en vois, ils sont quand même majoritairement dans une structure psy, qui n'a rien à voir avec la perversion. Et ça, je pense qu'on le dit pas assez, c'est-à-dire que quand on voit « agression-viol », c'est forcément un pervers et puis si c'est vers un enfant, c'est forcément un pédophile. Alors que non, c'est beaucoup plus compliqué que ça au point de*

<sup>232</sup> Balier C., *Psychanalyse des comportements sexuels violents : une pathologie de l'inachèvement*, Paris, PUF, 1996.

<sup>233</sup> Zagury D., « Perversion-Perversité : une recomposition à partir de la clinique médico-légale », in Coutanceau R., Smith J., *Troubles de la personnalité. Ni psychotiques, ni névrotiques, ni pervers, ni normaux...*, Paris, Dunod, 2013, 53.

<sup>234</sup> Bouchet-Kervella D., « Existe-t-il des caractéristiques cliniques et psychopathologiques des pédophiles extra-familiaux adultes ? », in *Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle*, John Libbey Eurotext, 2001, 109.

*vue clinique. Donc oui, y a quand même pas mal de gens dans cette population qui ont besoin de soins, mais pas parce qu'ils sont pervers ou parce qu'ils sont pédophiles mais pour d'autres raisons » (Psychologue, expert).*

À l'instar de Claude Balier<sup>235</sup>, quelques-uns se refusent à résumer la personnalité du prévenu ou condamné à une « structure » perverse, tant pour des raisons cliniques que pour anticiper l'effet de sidération qu'induirait un tel diagnostic parmi les acteurs pénaux. Il est alors moins souvent question d'une véritable « structure perverse », que d'« aménagements » ou de « traits » pervers, d'une « dimension », « tonalité » ou « problématique » perverse, de « comportements » ou « conduites » référant à des « processus pervers ». Aussi, « les théories psychodynamiques proposent implicitement une classification sans réellement tenir compte des conduites des sujets. Ainsi, on ne parlera plus de structure perverse mais de champ pervers désignant ainsi une échappée de la notion de structure, au profit de celle de configuration. Il est dès lors possible d'appréhender que le terme de « pervers » peut regrouper des sujets appartenant à des organisations dites « états-limites », « border line », ou encore psychotiques. Une telle conception permet de comprendre que certains sujets pourront être complètement organisés de manière perverse, alors que d'autres pourront ne présenter que des conduites ponctuelles de ce type »<sup>236</sup>. À l'identique, Daniel Zagury souligne que les experts rencontrent « des défenses perverses, des moments pervers, des mouvements pervers, des stations perverses à évolution aléatoire, bien plus fréquemment que des organisations stables »<sup>237</sup>.

Pour présenter nos analyses, les catégories « pervers », « psychopathe » ou « pédophile », seront donc utilisées par simple commodité d'écriture, mais devront être interprétées à l'aune de ces précisions. Ceci étant, ces précautions langagières ne sont pas systématiques. Dans certaines expertises, les termes « perversion », « pervers », « structure perverse » ou personnalité perverse peuvent apparaître plus d'une dizaine de fois. Sans que l'expert ait à s'engager formellement sur un pronostic de dangerosité<sup>238</sup>, sans avoir à en prendre le risque, le diagnostic sur d'éventuels troubles psychopathologiques apparaît parfois comme le plus sûr moyen de faire passer un message sur les risques de récurrence, un message qualifié de « subliminal » par une psychologue exerçant en détention. Pour reprendre les termes de Caroline Protais, un « sentiment de répulsion » transparait même de quelques rapports d'expertise, de la part d'experts « n'hésitant pas à adopter une attitude de "construction morale du criminel" tant décriée par Michel Foucault dans Les anormaux. Cette pratique, teintée de jugements de valeurs du professionnel, consiste en une dépréciation radicale de l'expertisé, comme si le psychiatre souhaitait mobiliser la dureté du jugement des juges et de la société »<sup>239</sup>.

*« Y a de tout dans les expertises. Y en a certaines, y a même pas besoin de la lire, il suffit de regarder qui est l'expert, pour savoir ce qu'il y aura dedans, ce qui est assez navrant. C'est-à-dire qu'on sait qu'il y a des experts, de toute façon, à partir du moment où c'est de la violence sexuelle, ils vont être pervers, alors que tous les auteurs de violences sexuelles ne relèvent pas du champ de la perversion » (Psychologue, SMPR).*

*« Ben déjà, faut en voir des grands pervers hein. Des structures perverses, vraiment perverses, je veux dire de la clinique de Freud, moi j'en ai vu une fois où vraiment, il y avait de la jouissance à tous les étages, enfin une exposition de cette jouissance... Je sais pas... Là, franchement, je pourrais pas répondre à votre question est-ce que ils sont... Oui, ils sont structurés comme ça. Ils sont tellement bien dans ce fonctionnement-là que c'est sûr qu'ils vont pas aller se questionner. Ça fait partie je pense, du 1% de la population du CD, qu'on ne réussira jamais à avoir en suivi, par faute de les avoir vus de temps en temps en entretiens, mais voir que effectivement là, c'est bloqué. Ils sont dans une telle jouissance qu'ils se... enfin, ils s'auto-satisfont dans ce fonctionnement-là et qui font que c'est totalement hermétique et qu'on ne peut rien faire (Psychologue, SMPR).*

<sup>235</sup> Balier C., *op. cit.*.

<sup>236</sup> Balier C., Ciavaldini A., Girard-Khayat M., *Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels*, Paris, La Documentation française, 1996, 14.

<sup>237</sup> Zagury D., *op. cit.*, 51.

<sup>238</sup> V. *infra*.

<sup>239</sup> Protais C., *Sous l'emprise de la folie ? L'expertise judiciaire face à la maladie mentale (1950-2007)*, Paris, éd. EHESS, 2016, 55.

Des thérapeutes dénoncent également une tendance à surévaluer la fréquence des psychopathies, déduites d'une simple désaffiliation sociale lorsqu'elle est associée à des comportements déviants ou délinquants.

*« Je veux dire, le terme 'pervers' et le terme 'psychopathe', pffff, je dirais là aussi, les études montrent qu'on a quand même une facilité nous en France, à diagnostiquer la psychopathie, là y en n'a pas quand même hein, et pour avoir aussi l'échelle de psychopathie. Moi de la psychopathie des fois, j'en entends, pffff alors qu'en fait... C'est rare la psychopathie, là aussi, y en n'a pas beaucoup, mais alors, c'est balancé à tout-va. Alors, pour peu qu'il y ait 'pervers' et 'psychopathe' dans la même expertise, je pense qu'il y a tous les voyants rouges qui s'allument hein » (Psychologue).*

*« En tout cas, moi j'en vois pas beaucoup qui sont dans des troubles massifs, qu'on appelle de manière un peu rapide psychopathiques. Je me souviens d'avoir vu un gars [...], c'est vrai qu'il faisait peur quoi, vraiment. Le type qui avait vraiment aucun rapport à l'autre, aucun rapport à la loi, qui était vraiment dans une radicalité, dans une violence absolument affirmée, assumée, et qui d'ailleurs, était plutôt dans un effondrement dépressif [en prison] parce qu'il avait plus de moyens d'exercer en gros. Mais c'est le seul cas patent vraiment que j'ai vu. Moi je suis surprise quand je vais voir des types en prison. Je peux pas dire que c'est des gentils mais c'est pas ça. C'est pas massif. C'est vrai qu'ils ont un rapport à la loi qui est pas simple. Le rapport à l'autre il est pas toujours clean, la morale interne, elle est pas trop là aussi. C'est évident, sinon ils feraient pas ce qu'ils font. Mais c'est pas ça. On voit bien que c'est des gars qui vont de rupture en rupture, de galère en galère et qui se laissent prendre parce que ben, tu vends un peu de shit et t'auras un peu de thunes et puis tu t'achètes de belles baskets. Et puis y a un plan. Y a un copain qui t'as parlé d'un plan parce que le RSA, c'est quand même pas terrible de vivre au RSA quoi. Un peu happé par l'argent facile. L'argent facile et c'est vrai qu'il y a toute une culture d'identification à des valeurs, une apparence. Après y aussi celles qui peuvent jouer pour certains, y a la petite délinquance. Un peu la culture de rue... La culture de rue, etc. Mais y a quand même massivement un problème social et d'éducation, enfin... » (Psychologue, expert).*

Nous retrouvons ici les débats sur la pertinence et la scientificité des différentes catégories nosographiques, qui confrontent psychiatres et psychologues entre eux mais qui impliquent tout autant les sociologues<sup>240</sup>. Dans une perspective foucauldienne, cette « *relation tautologique* » entre « *personnalité antisociale* » et individu délinquant conduirait à une « *psychiatriation* » de la délinquance<sup>241</sup> comme à « *une pathologisation abusive des problèmes sociaux* »<sup>242</sup>. Comme le montre Laurent Mucchielli, la liste des composants de la personnalité antisociale (impulsivité, égocentrisme, intolérance à la frustration, etc.) « *peuvent recevoir une extension sociale tellement importante qu'elle en devient problématique* »<sup>243</sup>. Illustrant leur propos par une citation de Sartre, Christophe Adam et Jérôme Englebert pointent les dérives et les dangers de cette tendance à considérer les actes posés comme des éléments centraux du fonctionnement psychologique du sujet délinquant : « *Ils sont criminels, oui : cela veut dire, en bonne logique, qu'ils ont commis un ou plusieurs crimes et qu'ils sont passibles de sanctions définies par le code. Mais à la faveur de l'ambiguïté du terme, on les persuade et ils se laissent persuader que cette définition objective s'applique en réalité à leur être subjectif et caché : le criminel qu'ils étaient pour les autres, le voilà tapi au fond d'eux comme un monstre ; (...) leurs fautes et leurs erreurs se transforment en disposition permanente, c'est-à-dire en destin* (Sartre, 1952, 45-46) »<sup>244</sup>.

---

<sup>240</sup> Adam C., « Jalons pour une théorie critique du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) », *op. cit.* ; Minard M., *op. cit.* ; Cartuyvels Y., « Transformations de la santé mentale : entre la science et le sujet », *Criminologie*, 2015, 48, 1, 15-35.

<sup>241</sup> Englebert J., Adam C., *op. cit.* ; Debuyst C., *Essais de criminologie clinique. Entre psychologie et justice pénale (Textes choisis et présentés par Christophe Adam et Françoise Digneffe)*, Bruxelles, Larcier, 2009.

<sup>242</sup> Mucchielli L., « Quelques réflexions critiques sur la « psychopathologie des banlieues » », *VEI Enjeux*, 2001, 126, 102-114.

<sup>243</sup> *Ibid.*

<sup>244</sup> Englebert J., Adam C., *op. cit.*

Par ailleurs, nos analyses confirment qu'il n'y a pas de superposition entre telle ou telle catégorie clinique et les catégories pénales, dès lors que les experts n'ont pas identifié parmi notre public une organisation mentale spécifique, mais bien au contraire des troubles psychiques très divers. Dans 15 des 96 dossiers comportant des expertises, aucune pathologie mentale ou trouble de la personnalité<sup>245</sup> n'est mentionné. Les experts ont le plus souvent identifié une grande variété de troubles, parfois sous une forme cumulative. Pour près de la moitié des condamnés (47,9%), au moins un expert a évoqué des « traits » ou des « aménagements » pervers, plus rarement une « structure » perverse<sup>246</sup>. Une pédophilie est avancée au sujet d'un tiers (35,4%) et des traits psychopathiques pour un quart d'entre eux (25%). Un sur huit (12,5%) aurait par ailleurs présenté dès l'enfance des troubles du développement ou une évolution dysharmonique. Un registre névrotique, qui peut fort bien s'associer à d'autres troubles, apparaît dans environ un dossier sur six (17,7%). Des troubles de l'humeur sont également évoqués au sujet d'un quart des condamnés (25%). On trouve enfin une proportion non négligeable de condamnés considérés comme psychotiques (8,3%), « états-limites » ou « *borderline* » (11,5%). Ces registres ne sont pas exclusifs les uns des autres, sans compter les désaccords diagnostiques. Ainsi, des traits psychopathiques ont été relevés pour près de 20% de ceux qualifiés de « pervers », une pédophilie est évoquée au sujet de 20,8% des « psychopathes », ainsi que des traits pervers (37,5%). Des traits psychopathiques sont également fréquemment associés à la psychose, souvent en référence à une catégorie nosographie ancienne, l'héboïdophrénie, « *dans laquelle le sujet conserve une certaine appréciation de la réalité mais peut présenter des phénomènes délirants à bas bruit qui le poussent à commettre des actes anti-sociaux parfois graves* » (D13).

Troubles psychiques caractérisés par les experts

	Effectifs	Fréquence
Aucune pathologie ou troubles identifiés	15	15,6%
Registre de la perversion	46	47,9%
Registre de la pédophilie	34	35,4%
Registre de la psychopathie	24	25,0%
Registre des troubles de l'humeur	24	25,0%
Registre de la névrose	17	17,7%
Registre <i>borderline</i> /état-limite	11	11,5%
Dysharmonie évolutive de l'enfance	12	12,5%
Registre de la Psychose	8	8,3%
Total / interrogés	96	

\* Les conclusions des experts étant parfois contradictoires, et plusieurs troubles pouvant par ailleurs se cumuler, le total excède 100%.

Au-delà des troubles identifiés au moment de l'examen, les experts dévoilent régulièrement des antécédents psychiatriques. Des tentatives de suicide antérieures aux faits reprochés ont été relevées au sujet de plus d'un condamné sur cinq (22,2%), une dépression dans les mêmes proportions (18,2%), des hospitalisations en psychiatrie, hors addictologie, environ une fois sur six (15,2%). Sans surprise, les psychotiques ont plus souvent connu des hospitalisations antérieures en psychiatrie (62,5%). On retrouve nettement plus souvent des tentatives de suicide lorsque les condamnés ont été placés dans l'enfance en foyer ou famille d'accueil (37,5%), ont vécu chez un tiers sans être placés (33,3%), ont subi le décès (46,2%) ou ont cessé tout lien avec un parent dans l'enfance (45,5%). Ces tentatives de suicide sont régulièrement intervenues à la suite d'une séparation avec la conjointe.

Quelles que soient les pathologies ou troubles identifiés, les experts évoquent des traits de personnalité qui les rassemblent bien souvent. La caractéristique la plus communément partagée serait l'immaturation (52,1% des condamnés), suivie par l'impulsivité (39,6%). Les experts soulignent fréquemment leurs difficultés à contrôler leurs pulsions (38,5%) ou leurs affects (27,1%), quand ces derniers ne sont pas

<sup>245</sup> Coutanceau R., Smith J., *Troubles de la personnalité. Ni psychotiques, ni névrotiques, ni pervers, ni normaux...*, Paris, Dunod, 2013.

<sup>246</sup> Zagury D., *op. cit.*

qualifiés de « pauvres » (21,9%). Ils sont régulièrement perçus comme instables (24%), agressifs, colériques ou irritables (32,3%), intolérants à la frustration ou réfractaires aux contraintes et interdits (21,9%). Certains évoquent plus globalement des « troubles des conduites ou du caractère » (20,8%). D'autres ou les mêmes sont encore présentés comme égocentriques (18,8%), narcissiques (10,4%), avec un « sens moral fragile » (16,7%) ou une faible reconnaissance de l'altérité (17,7%). Quelques-uns se caractériseraient par une mégalomanie ou un sentiment de toute puissance (10,4%), auraient des tendances à la manipulation (9,4%), au contrôle ou à la domination (10,4%).

Si chacun des troubles retenus par les experts peut inclure l'un ou l'autre de ces traits de personnalité, deux groupes distincts se dégagent à la lecture de leurs rapports. L'un réunit ceux qualifiés de « psychopathes », « états-limites ou borderline » et « psychotiques », l'autre les « pervers » et/ou « pédophiles ». Les premiers sont globalement jugés plus impulsifs<sup>247</sup>, instables<sup>248</sup>, intolérants à la frustration<sup>249</sup>, éprouveraient davantage de difficultés relationnelles avec autrui<sup>250</sup>. En cas de violences sexuelles, ils ont plus souvent agressé des femmes majeures<sup>251</sup>. Ils sont également davantage impliqués dans d'autres formes de violences, des incendies volontaires, etc. Malgré un passage à l'acte souvent plus précoce<sup>252</sup>, leur casier était déjà plus fourni<sup>253</sup>, mais il s'agissait plus fréquemment d'antécédents de nature non sexuelle<sup>254</sup>. On retrouve ici la « *relation tautologique* »<sup>255</sup> évoquée plus haut, la succession des condamnations constituant pour les experts un indicateur fiable pour caractériser une éventuelle « psychopathie ».

*« C'est vrai que sur les trucs de la personnalité, psychopathique, dyssociale, antisociale, bon clairement quand même, il y a une catégorie qui est hyper bien listée là et une personnalité qui est quand même assez bien connue. [...] Souvent, la plupart des sujets ayant un trouble de la personnalité type dyssocial, c'est quand même, entre guillemets, des petites histoires, maison d'arrêt, des loulous qu'on voit à la pelle, qui en sont à leur 20<sup>e</sup> séjour (rire) pour actes de violence, pour trafic de stupéfiants et compagnie, qu'on reverra probablement dans quelques mois. [...] De toute façon, c'est marqué dessus, comme le Port-salut, c'est-à-dire que y a un background qui est là et connu de tout le monde. Ce n'est pas un scoop [...]. De toute façon, rien que de lire déjà même les réquisitoires définitifs, avec les antécédents, on peut déjà poser le diagnostic. Je veux dire c'est clairement... [...] Y a des dossiers, entre guillemets, assez simples. On était sur les petites, ce que j'appelle... c'est pas très gentil mais les petites frappes psychopathes qu'on voit des fois en maison d'arrêt. Là, l'évaluation de la dangerosité, elle est pas très difficile. Si on applique les calculs statistiques, on sait qu'il est grand. Donc vous voyez, ça n'engage à rien. » (Psychiatre, expert, médecin coordonnateur).*

Si peu de condamnés ont traversé une enfance sans embûche, ceux qualifiés de « psychopathes » ont plus fréquemment subi des violences parentales (54,2%) et un placement en foyer ou famille d'accueil (37,5%). Ces placements concernent encore davantage ceux diagnostiqués psychotiques (62,5%). L'ensemble de ce premier groupe se caractérise également par de plus amples difficultés sur le plan scolaire. Plus d'un tiers a fait l'objet de sanctions disciplinaires<sup>256</sup>, sans compter un absentéisme deux à

<sup>247</sup> Respectivement 62,5%, 63,6% et 50%, contre 30,4% en cas de perversion, 22,9% en cas de pédophilie.

<sup>248</sup> Respectivement 41,7%, 45,5% et 62,5%, contre 19,6% en cas de perversion, 11,4% en cas de pédophilie.

<sup>249</sup> Respectivement 41,7%, 27,3% et 62,5%, contre 8,7% en cas de perversion, 2,9% en cas de pédophilie.

<sup>250</sup> Respectivement 25%, 18,2% et 50%, contre 4,3% en cas de perversion, 5,7% en cas de pédophilie.

<sup>251</sup> 50% des « psychopathes », 50% des « psychotiques », contre 21,7% des « pervers ».

<sup>252</sup> Un tiers des « psychopathes » (33,3%), un quart des « psychotiques » (25%) et 18,2% des « états limites ou borderline » ont été condamnés par une juridiction pour mineurs, contre moins de 10% en cas de perversion (8,7%) et/ou pédophilie (2,9%).

<sup>253</sup> 20,8% des « psychopathes », 27,3% des « états limites » et 25% des psychotiques seulement avaient un casier vierge, contre environ 40% des « pervers » (41,3%) et/ou « pédophiles » (40%). Trois condamnations ou plus figuraient sur le casier de 45,8% des « psychopathes » et 37,5% des « psychotiques » (contre 21,7% des « pervers » et 17,1% des « pédophiles »).

<sup>254</sup> Ceux pour lesquels ont été identifiés des traits psychopathiques, une personnalité borderline ou une psychose ont plus particulièrement commis des atteintes aux biens sans violence (respectivement 37,5%, 45,5% et 62,5% contre 10,9% en cas de perversion et 11,4% en cas de pédophilie) ou avec violence (respectivement 12,5%, 18,2%, 37,5% contre 4,3% en cas de perversion, 2,9% en cas de pédophilie), des violences (respectivement 20,8% en cas de psychopathie, 25% en cas de psychose, contre 6,5% en cas de perversion et 2,9% en cas de pédophilie) et des infractions à la législation sur les stupéfiants (16,7% en cas de psychopathie, 12,5% en cas de psychose, contre 0% en cas de perversion et/ou pédophilie).

<sup>255</sup> Englebert J., Adam C., *op. cit.*

<sup>256</sup> 37,5% des « psychopathes », 36,4% des « états limites », 37,5% des « psychotiques », contre 8,7% des pervers et 11,4% des pédophiles.

trois fois plus fréquent. Ils ont plus souvent été scolarisés dans des classes ou établissements spécialisés (45,8% des « psychopathes », 50% des psychotiques, contre 28,3% des « pervers » et 22,9% des pédophiles), avec des déscolarisations un peu plus précoces. Outre la recherche d'antécédents judiciaires, c'est d'ailleurs au travers d'une exploration souvent plus détaillée de leur parcours scolaire que les experts cherchent à identifier les premiers signes des troubles du comportement associés à la psychopathie (manquements à la discipline, renvois, etc.). Ce groupe recrute dès lors parmi les moins diplômés. Plus de six « psychopathes » et « états limites » sur dix, comme presque la totalité des psychotiques, n'avaient aucun diplôme ou au maximum un BEPC. Ces différents types de troubles sont également associés à une dépendance aux produits stupéfiants. Si les « psychotiques » souffrent moins souvent d'alcoolisme (25%), une toxicomanie ou un abus de drogues a plus souvent été identifié à leur sujet (37,5%), comme pour les « psychopathes » (25%) et les « états-limites » (27,3%). On retrouve à leur sujet l'hypothèse d'un débordement des affects à la moindre frustration ou situation bouleversante, avec des passages à l'acte potentiellement illogiques et imprévisibles. Instables et impulsifs, la consommation de toxiques exacerberait leurs troubles et démultiplierait les risques de passage à l'acte agressif ou violent. Pour ceux qualifiés d'états-limites ou psychotiques, certains experts évoquent également la perception d'autrui comme un danger et partant « une grande difficulté à se situer dans le contexte social ordinaire » (D4).

« Il exprimait et exprime toujours au fil des entretiens un mal-être fluctuant avec une grande difficulté à se situer dans le contexte social ordinaire : les inconnus rencontrés dans le bus ou sur les trottoirs sont parfois mystérieux, étranges, voire dangereux pour lui » (D4).

S'agissant des psychotiques, souvent schizophrènes, le « *revolving door effect* » est flagrant, avec des allers-retours réguliers entre l'hôpital psychiatrique et la prison<sup>257</sup>. Bon nombre d'entre eux étaient en effet des habitués de la justice pénale, sept sur huit ayant des antécédents judiciaires. Deux d'entre eux se sont même très régulièrement confrontés au système pénal (9 et 14 mentions au B1). La plupart ont été condamnés à du ferme et/ou ont été incarcérés (6 sur 8), l'un d'entre eux dès l'adolescence. Cumulées, les peines privatives de liberté antérieures excédaient cinq ans pour trois condamnés (8, 11, et 20 ans). Des révoications de sursis apparaissent pour deux d'entre eux, dont plusieurs dans un cas. Le diagnostic de psychose, et pour six d'entre eux de schizophrénie, n'était pas exclusif d'autres pathologies ou troubles de la personnalité. L'un fut qualifié de pervers, un autre de pédophile, cinq (62,5%) de psychopathes, avec un diagnostic spécifique d'héboïdophrénie pour deux d'entre eux. Fréquemment présentés comme immatures (5), impulsifs (4), instables (5), agressifs (3) et intolérants aux frustrations, ils se caractériseraient par ailleurs par la pauvreté de leurs affects, leur froideur (4) et/ou détachement (4). Si trois d'entre eux ne présentaient aucune addiction, la majorité était par ailleurs confrontée à un alcoolisme, une toxicomanie ou abusait de toxiques, parfois dans un contexte de marginalisation sociale, ce qui décuplerait les risques de passage à l'acte<sup>258</sup>.

Le second groupe réunit quant à lui un public qualifié de « pervers », « pédophile », mais aussi « névrotique ». Ces condamnés étaient plus diplômés<sup>259</sup> et mieux insérés professionnellement au moment des faits<sup>260</sup>. Les « pervers » et/ou « pédophiles » avaient plus souvent agressé plusieurs victimes (76,1% et 71,4%), mais leur casier judiciaire était moins chargé. Les experts évoquent une véritable « structure » perverse dans onze dossiers.

« De manière très claire, ce qui caractérise avant tout la personnalité de... est d'une part son orientation sexuelle vers une pédophilie affirmée et surtout vers le choix de partenaires bien plus vécus comme des objets que des sujets, et de l'autre son détachement, sa neutralité, son caractère séducteur, son parasitisme, qui constituent autant d'arguments assez forts en faveur d'une structure perverse. En effet, le sujet a clivé en lui les aspects relatifs au plaisir sexuel et ceux qui ont trait à la relation et à

<sup>257</sup> Prins S.J., « The Prevalence of Mental Illnesses in U.S. State Prisons: A Systematic Review », *Psychiatric Services*, 2014, vol. 65, n° 7, 862-872 ; Fazel S., Seewald K. « Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis », *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science*, 2012, n° 200, 364-373.

<sup>258</sup> Draine J., Salzer M.S., Culhane D.P., Hadley T.R., « Role of social disadvantage in crime, joblessness, and homelessness among persons with serious mental illness », *Psychiatric Services*, 2002, n° 53, 565-573.

<sup>259</sup> 25,7% des « pédophiles », 29,4% des « névrotiques » et 15,2% des « pervers » disposaient *a minima* d'un baccalauréat (contre 4,2% des psychopathes, 9,1% des « états limites » et aucun « psychotique »).

<sup>260</sup> 62,9% des « pédophiles », 54,3% des « pervers » et 58,8% des « névrotiques » disposaient d'un emploi (contre 29,2% en cas de psychopathie, 9% d'état-limite, 12,5% de psychose).

l'affectivité. Il donne l'impression d'utiliser ses partenaires, aussi bien dans la vie courante que dans la vie sexuelle. [...] Tout en reconnaissant la réalité des agressions sexuelles, le sujet fait savoir que le plus souvent les enfants étaient consentants, et qu'ils auraient même commis des actes de ce type entre eux. Loin de constituer des facteurs atténuant sa responsabilité, il s'agit là d'arguments permettant de soupçonner dès le premier abord une structure perverse chez lui. C'est en effet une des caractéristiques de cette structure, que d'être capable de manipuler les partenaires, mais aussi de les choisir en fonction de leurs failles, ce qui aboutit très souvent à ce que les victimes acceptent ce mode de sexualité et en soient ensuite malheureusement imprégnés pour une grande part de leur existence » (D26).

« Abandonnisme, immaturité affective et noyau pervers [soulignés dans le texte] caractérisent essentiellement sa personnalité, laquelle a pu néanmoins être infléchie par la procédure le concernant et la sanction qui lui fut finalement infligée. Toutes choses qui sont venues réifier ce qu'il avait perpétré et qui aurait pu sinon demeurer enkysté dans sa psyché sans jamais nourrir une authentique culpabilité. En ajoutant à cela sa rencontre avec sa seconde épouse, et la complicité perverse qui s'ensuivit, dans un remake à minima de ce que d'autres couples criminels, beaucoup plus pervers, ont pu commettre. Même s'il ne peut être véritablement comparé à un "Fourmiret", il n'en possède pas moins ce noyau pervers qui empêche de lever à son sujet toute hypothèque concernant l'existence d'une dangerosité persistante et, partant, l'éventualité d'une récidive. Ceci étant, son actuelle contrition possède des accents de sincérité; à moins bien sûr que ses capacités de comédien soient telles qu'il puisse encore faire illusion. Personnellement, nous ne le pensons pas » ( D94).

S'agissant plus particulièrement, mais pas uniquement, des pédophiles passés à l'acte et des condamnés pour consultation d'images pédopornographiques, il est régulièrement fait mention d'une « *lutte compulsive contre des émergences pulsionnelles* » (D11), de « *pulsions sexuelles irrésistibles* » (D12) ou obsessionnelles (D48) au point que certains d'entre eux ont manifesté auprès des experts des craintes pour l'avenir et un intérêt pour des traitements inhibiteurs de libido.

« Pour l'heure actuelle, il précise : "là je n'y pense pas, je suis en dehors de ça." (...) Il affirme ne plus vivre de sexualité. [...] Il dit toutefois vouloir un traitement pour éviter des pulsions, tout en signalant qu'il n'a pas ressenti de pulsions depuis sa détention. Il fait état d'un trouble de la libido dans la relation sexuelle adulte et le dit de cette façon : "Comme si il y avait un blocage". Ce manque d'envie pour une relation avec une femme adulte coïncidait avec la période de relations avec son fils. M. ... ne dissimule pas son trouble de l'orientation sexuelle. Il exprime un manque de libido dans une relation hétérosexuelle adulte et des pulsions avérées vers des enfants, garçon ou fille, qui ont été plutôt les siens : sa belle-fille puis son fils. Il craint un état de récidive bien qu'il explique que sa sexualité se soit éteinte durant sa détention. Il craint de nouvelles pulsions sexuelles et pour se prémunir d'une récidive, il est prêt à entreprendre un traitement de libido » (D6).

« En ce qui concerne son attirance pour les pré-adolescents, il indique : "cela a commencé à partir de 16 ans. J'avais envie de les caresser et de les prendre dans mes bras. Quand j'ai ce fantasme, pour lutter contre, souvent je pars en voiture faire un tour ou je vais faire des courses". Il lui est également arrivé de boire de l'alcool ou de fumer du shit pour essayer de mettre à distance ses fantasmes » (D58).

D'autres ont vécu leur arrestation comme un soulagement, comme le seul moyen de mettre un terme à des comportements qu'ils ne maîtrisaient plus, même s'ils évoquent parfois des stratégies d'évitement.

*« Parfois certains, notamment chez les AVS, ils attendaient ça depuis un moment. C'est le soulagement d'être arrêté [...]. Des fois certains me disent « mais j'attendais ça, vous pouvez pas savoir comment ». Ils veulent pas aller se dénoncer, y a toujours une espèce d'espoir ou la honte, qui prend le dessus. Et puis à un moment donné, enfin les flics » (Psychologue, SMPR).*

Dans une affaire, l'expert n'exclut pas que la consultation compulsive d'images pédopornographiques ait été un moyen pour le condamné de ne pas céder à de telles pulsions pédophiles.

« Quand... est seul, il est absolument envahi par ses pulsions voyeuristes pédophiles sans capacité de s'opposer à elles. On peut parler d'une dépendance à la fréquentation de sites pédopornographiques puisqu'il doit voir et télécharger sans cesse de nouvelles images pour tenter de calmer son désir impérieux. [...] Le sujet ne présente pas un état dangereux contre les personnes réelles, car nous n'avons pas trouvé de signes de passages à l'acte pédophiles dans la réalité (mais il est possible que la virtualité des images le protège de ce risque) » (Expert 1, D35). « De notre point de vue, il est en effet possible que le fantasme de l'image soit une compensation qui évite le passage à l'acte. L'excitation, les fantasmes et les phases masturbatoires suscités par les images ou les films semblent suffire à l'accomplissement de son plaisir. Cette idée est renforcée par l'idée que M.... est suffisamment structuré psychologiquement pour éviter de passer à l'acte (assise morale et éthique) » (Expert 2, D35). « Par contre, il décrit d'une manière appuyée ce mécanisme qui le fait souffrir : la quête compulsive des images interdites parce qu'elles soulagent "sa tête en feu" jusqu'au moment où les images trouvées, la masturbation qu'elles déclenchent, accomplies, il retrouve sa tranquillité mais aussi sa culpabilité, selon le schéma des obsessions. Il décrit ainsi un mécanisme addictif qu'il explique avoir eu du mal à comprendre » (Expert 3, D35).

Parmi ce groupe, on retrouve également des condamnés au sujet desquels le passage à l'acte est principalement mis en lien avec une timidité morbide, une inhibition, une faible estime de soi, qui s'accompagnent d'un vécu dépressif ou anxieux, d'un isolement social et affectif, sinon d'une véritable phobie sociale. Certains éprouveraient des difficultés à s'inscrire dans une sexualité adulte, manifesteraient notamment une peur incontrôlable de la gente féminine, avec le sentiment d'une plus

grande proximité relationnelle ou d'une complicité avec des enfants, jusqu'à imaginer dans un cas l'existence d'une véritable relation amoureuse.

« Petit homme, plutôt timoré et timide. [Il] se décrit comme un homme timide qui a peur de ne pas être sûr de lui. Il se dit trop gentil, ne sachant pas dire non et surtout ayant du mal à parler. [...] Il aime être solitaire et fermé. Il évite les contacts parce qu'il a du mal à parler spontanément ; C'est une personne très complexée. [...] Il ne se décrit pas comme quelqu'un de caractériel, mais comme quelqu'un ayant une personnalité repliée et gentille. Il a l'impression de ne pas comprendre les autres tout à fait. [...] Ce qui nous fait dire que Mr... a une personnalité très inhibée, introvertie, ayant des difficultés de communication. [...] Monsieur... manque d'autonomie, il est replié sur lui-même et a des doutes qui le tenaillent. Il a une grande immaturité affective et a une peur de s'engager dans la relation à l'autre. C'est un homme très renfermé et solitaire. Il ne semble pas prendre beaucoup d'initiatives se contentant de ce qu'il a. C'est une personnalité introvertie, timide, réservée ayant du mal à s'affirmer et qui ne prend pas non plus d'initiative avec les femmes puisqu'il dit n'avoir pas eu beaucoup de relations sexuelles jusqu'alors » (D17).

Il note « trente ans après les premiers émois à caractère homosexuel de l'adolescence, M. a été rattrapé par ses pulsions en commettant des actes d'agression sexuelle sur ses neveux : bénéficiant de la "totale confiance" des parents des enfants, il s'est livré à des actes de nature pédophilique avec ses neveux avec lesquels il se pensait "en totale complicité". [...] Je n'avais pas l'impression d'agresser... je ne voyais pas mes actes comme un abus [...] Il savait qu'il ne pouvait pas assumer ses pulsions avec des hommes de son âge. Se tourner vers les enfants a été la voie qu'il a choisie "je me rends compte que j'ai fait quelque chose de plus facile". 30 ans après, il est rentré "dans ses jeux de l'enfance" dit-il "comme un enfant". Il connaissait cependant l'interdit "l'interdit c'est par rapport aux parents et à la société". Il s'éprouvait "comme un enfant qui fait des bêtises en cachette". L'intéressé dit qu'il avait "l'impression de vivre une sorte de rêve... d'être en dehors de la réalité... à la place des enfants." "J'avais l'impression qu'on partageait quelque chose". Il dit encore "je savais que ça devait rester dans le domaine du secret... que ce n'était pas bien... mais je n'avais pas l'impression de faire le moindre mal. Je sais que c'est contradictoire" » (D60).

« Il n'avait pas la sensation de commettre un viol. Lorsqu'on lui fait la remarque qu'il s'agissait d'une enfant, il répond qu'il agissait en toute tranquillité comme si elle avait été une adulte, qu'il n'a pas de pensée sexuelle concernant les enfants. Il avait un sentiment amoureux pour elle, il la trouvait belle. Il n'avait jamais imaginé qu'elle puisse se plaindre des faits". [...] "Il évoque son attachement pour la victime comme un lien amoureux semblable à celui qui peut exister en deux adultes, sans prendre en compte le statut d'enfance de la victime » (D62).

« Il se décrit comme plutôt timide vis-à-vis des femmes. Cette timidité masque peut-être un trouble identitaire sexuel qu'il ne peut ou ne sait s'avouer. Le prévenu ne sort jamais, ne va pas chez des amis ou copains, préférant bricoler pour sa mère. Il reste chez sa mère, même quand il ne travaille pas. Sinon il se rend à la pêche et aime faire du jardinage. Il n'a jamais pratiqué de sport, regarde un peu la télévision, ne lit jamais (ne sachant d'ailleurs pas très bien lire) écoute de temps en temps de la musique, fait des maquettes en plastique de bateaux ou d'avions. Il est économe, au contraire de sa femme qu'il juge dépensière. Il ne se voit pas de défauts, reconnaît n'avoir pas beaucoup d'amis et estime même que, en raison des présents faits, il n'en a plus du tout. [...] Il est peu causant, mais semble spontané et sincère [...], sa personnalité est introvertie. [...] Il apparaît comme quelqu'un qui se met généralement en retrait, se montre sensible et modeste quant à ses capacités, ne cherchant pas à se mettre en avant ou à se faire valoir. Il évite les désagréments, ne s'affirme pas ou très peu devant des personnes ayant de l'ascendant, ne cherche pas non plus à exprimer ses valeurs et ses opinions aux autres. Il n'aime pas diriger et n'en ressent nul besoin, préfère se positionner en subordonné [...]. Il affectionne la solitude et se montre totalement indifférent à la vie sociale, recherchant avant tout sa tranquillité. Il manifeste une forte timidité inconsciente et non dépassée à l'égard des femmes, reposant sur un sentiment général d'infériorité et en particulier une soumission en face de l'image maternelle. Cette timidité engendre des relations superficielles avec les autres, ainsi qu'une tendance à exercer sur l'autre, par moments, une domination subite, par renversement de la soumission en son contraire. [...] Sa tendance générale au sentiment d'infériorité avec les femmes est très ancienne et se repère dans la rencontre tardive (à 30 ans) de sa femme (et de la femme), rencontre effectuée dans un cadre quelque peu "endogamique" ("la famille à mon oncle"). De même, ayant été quitté par sa femme qui ne le supporte plus (à part l'alcoolisme, il ne donne guère de raison explicites), il retourne chez sa mère, où il se retrouve dans un état de dépendance infantile » (D84).

*« Souvent, on voit des gens très... qui ont beaucoup de difficultés à avoir des contacts avec les autres, etc., et c'est une des explications pour lesquelles ils s'attaquent plutôt à des personnes, alors soit vulnérables, mineures, ou personnes vraiment vulnérables, personnes sous tutelle, sous curatelle. C'est plutôt un facteur d'explication du passage à l'acte : pourquoi ils s'en sont pris à tel type de victime plutôt qu'à tel autre. Je ne sais pas s'ils en tirent systématiquement un facteur de dangerosité supplémentaire. Évidemment, le risque c'est un passage à l'acte, mais ce serait vis-à-vis de personnes aussi vulnérables, parce qu'ils savent très bien que c'est des personnes qui euh... enfin, c'est ce qui ressort des dossiers, qui ont beaucoup de mal, à rentrer en contact avec des femmes. Je parle de clichés, mais d'auteurs plutôt masculins, avec des femmes adultes, etc., qui ont un niveau de... de... de compréhension de la relation normal, alors que quelqu'un qui est beaucoup plus démuni, voilà, est une proie beaucoup plus facile » (Magistrat du siècle).*

Dans cinq affaires de violences sexuelles sur mineurs, les experts évoquent encore des troubles de l'identité, une homosexualité refoulée ou refusée, qui selon eux expliqueraient au moins partiellement le passage à l'acte.

En résumé, on peut dire du sujet qu'il possède une structure perverse de la personnalité, qu'il est véritablement homosexuel et que ses comportements pédophiles ont été pour lui une forme d'exutoire au fait qu'il ne s'autorisait pas alors à assumer normalement son homosexualité. [...] Je ne pense pas que le sujet soit un pédophile prédateur et qui le restera toute sa vie. Je pense au contraire que le sujet est franchement homophile (à preuve qu'il peut dire à propos des relations sexuelles furtives qu'il a pu avoir dans divers milieux gays, sauna ou autres, et qui ne l'ont jamais satisfait) et qu'il n'aspire qu'à une chose : s'épanouir dans une relation aussi bien affective que sexuelle avec un autre homme, du même âge ou plus jeune que lui, certes, mais en

tout cas certainement pas mineur. Sa pédophilie fut davantage conjoncturelle, à savoir qu'elle a pu un temps lui permettre de libérer un trop plein de libido homosexuelle que sa vie conjugale réprimait. S'il finit par assumer en tant qu'homosexuel, on peut penser que son problème de pédophilie et d'agression sexuelle répétée sera résolu d'autant » (D12).

### C- Les déficiences intellectuelles

Si l'information nous manque dans un peu plus d'une affaire sur dix, le niveau intellectuel des condamnés est généralement investigué par les experts. À l'exception de quelques psychologues, ils ne réalisent que rarement des tests spécifiques pour l'évaluer, mais explorent la scolarité des auteurs, leur capacité à effectuer des opérations basiques de calculs (soustraction, addition, multiplication), de lecture et d'écriture, leur capacité à percevoir le sens des questions posées et à se faire comprendre. Dans quelques dossiers, ils testent leur connaissance de l'actualité ou leur culture générale. Certains pondèrent cette évaluation en indiquant tenir compte de leur niveau de formation, de leur âge et du « *contexte socio-culturel dans lequel ils ont vécu* » (D50). Les interprétations sont là encore très variables, comme le montrent les différentes analyses des experts dans le premier dossier cité (D30).

« A noter une certaine instabilité qui chez ce garçon intelligent n'altérerait pas trop la réussite scolaire. [...] Mr ... est un homme d'intelligence normale, même si l'efficience intellectuelle a été contrariée par les graves carences affectives de l'enfance. Une certaine instabilité, une tendance à vivre dans le présent, à vivre l'instant, amènent également à altérer les capacités opératoires intellectuelles » (expertise n°1). « La lecture est moyenne, sans ponctuation, et l'écriture est laborieuse. L'intéressé est gaucher. Les opérations sont correctement exécutées, "En math, j'ai aucun problème", dit-il. Quand nous lui demandons qui est Victor HUGO, M.... répond avec assurance : "Celui qui fait des récitations, j'en ai eu quand j'étais petit... Non, c'est celui qui a fait vingt-mille lieues sous les mers". L'ouverture sur le monde extérieur et l'actualité n'est pas très précise ni très à jour, contrairement à ce qu'il croit. M.... lit *Ouest France* et dit connaître les hommes politiques. Il cite : "Arlette LAGUILLER, truc ouvrière, il y a Alain FABIUS, une blonde, un truc de la Justice et de la Santé en même temps... Autrement, il y a Raymond BARRE, et tout ça, que je connais aussi... Il y a François MITTERRAND que je connais, mais il est décédé". L'expression verbale et le maniement du langage sont défectueux dans leur construction. Le raisonnement logique s'exerce de façon souvent infantile, avec des repères pris dans des souvenirs plus ou moins fiables. On note un abandon scolaire ancien qui a conduit à des lacunes globales. Mais le sujet affirme des choses fausses avec beaucoup d'assurance dans un souci de paraître (ainsi il identifie un accordéon à la place d'un violon, sans hésitation). [...] Il existe des défauts dans le maniement du langage, mais ils n'entravent pas l'échange » (expertise n°2). « Intelligence de niveau moyen », sans plus de précisions (expertise n°3, D30).

« Il comprend les différentes questions mais les réponses sont souvent partielles, incomplètes, floues mais cependant exprimées dans un langage globalement correctement structuré sans anomalie syntaxique ou sémantique. Il présente parfois un discret bégaiement. On ne retrouve pas chez lui de trouble de la pensée qui est globalement cohérente et logique. [...] Il maîtrise la lecture bien qu'avec difficulté du fait de problème de vue, il écrit avec des fautes d'orthographe, il ne peut réaliser des opérations simples ni indiquer le nom du Premier ministre. Il ne peut commenter avec pertinence un proverbe » (D51).

Étant précisé que des avis divergents figurent dans 7% des dossiers, une intelligence située « *dans les limites de la normalité* » a été relevée par au moins un expert dans la moitié des affaires (52,5%). Un faible niveau intellectuel a été pointé dans près d'un tiers des cas (37,4%), de véritables déficiences intellectuelles dans 8 dossiers. Outre les condamnés perçus comme « frustrés » (8), les experts font souvent état de faibles capacités d'introspection (22), d'élaboration (26), d'abstraction (15) ou de mentalisation (12), d'autocritique (26), de troubles du raisonnement ou du jugement (9). Au total, plus de la moitié des condamnés (54) présenteraient des difficultés sur le plan de la réflexion vis-à-vis d'eux-mêmes, des faits commis ou de leurs rapports aux autres. Dans environ un tiers des dossiers, les experts soulignent la pauvreté de l'expression verbale, du fait d'un « *lexique peu étendu* », de « *capacités d'expression peu élaborées* » (D17), de « *difficultés de verbalisation* » (D91). Leurs réponses aux questions des experts sont qualifiées de « *partielles, incomplètes, floues* » (D51). Leur intelligence serait « *avant tout immédiate, utilitaire et pratique* » (D8), avec un « *aspect très terre à terre ou fonctionnel des raisonnements* » (D91), avec un « *mode de pensée opératoire* » (D91). Ces condamnés ne seraient pas en mesure de faire appel à des notions conceptuelles. Quelques-uns éprouvent d'importantes difficultés de compréhension, à « *analyser correctement les situations* » (D1), témoignant parfois d'une « *grande pauvreté intellectuelle* » (D6). Plus globalement, les experts décrivent des condamnés peu habitués à réfléchir sur eux-mêmes, accédant péniblement à leur vécu intrapsychique et émotionnel. Peu capables d'abstraction et d'imagination, ils auraient des difficultés à accéder aux « *contenus fantasmatiques* » (D39), à « *intégrer leur vie pulsionnelle* », notamment sexuelle, faute de « *l'intelligence nécessaire pour exprimer ses affects* » (D47).

Quelques-uns éprouvent même des difficultés à se repérer dans les dates (D87) « *tant concernant les faits que la trajectoire personnelle et l'histoire familiale* » (D85), à « *donner des explications consistantes sur des moments charnières de [leur] existence* » (D61). Incapables de retracer leur histoire, de structurer leurs souvenirs, ils ne semblent pas en mesure de construire une pensée et un discours sur leur parcours, de « *se référer à des expériences antérieures et se projeter dans l'avenir quant aux conséquences de [leurs] actes au moment où [ils] les réalise[nt]* » (D22). Dans les cas les plus sévères, les « capacités cognitives » du condamné ne seraient « *pas suffisamment efficaces pour lui permettre de saisir le monde environnant et de s'adapter aux exigences des situations rencontrées* » (D52). Ces « déficits » contribueraient « *à une défaillance du contrôle émotionnel et comportemental* » (D52), avec un recours à l'acte en lieu et place de la pensée.

« Il affirme n'avoir aucun goût pour les rapports imposés ou violents. Il ne semble pas avoir réellement saisi ce qu'était un viol. [...] Et s'il semble également distinguer le bien du mal, lorsqu'il évoque les faits et la gravité de ce qu'il a commis, il semble comme à côté. Il paraît répéter ce qu'on lui a dit et n'en être pas réellement convaincu » (D2).

« Interrogé sur son poids et sa taille, il dit les ignorer. Il se rappelle pourtant avoir été mesuré et pesé à la maison d'arrêt mais ne garde aucun souvenir des résultats, ce qu'il commente par ces mots "je ne retiens rien du tout". [Il ne se souvient pas de] la date de son mariage, de naissance des enfants, d'hospitalisation, etc. [Il] semble avoir beaucoup de mal à structurer ses souvenirs et à élaborer des explications. [...] Les difficultés d'élaboration et de repérage dans le temps apparaissent d'emblée très invalidantes, notamment pour établir une chronologie et signent l'importance de la désorganisation et de la déstructuration consécutives à une enfance chaotique et carencée. L'absence de repères a généré une incapacité précoce à effectuer des apprentissages qui se traduit à l'âge adulte par des secteurs cognitifs très déficitaires. L'entretien a révélé l'importance des difficultés d'élaboration d'une pensée et d'un discours construit, ainsi que l'incapacité à établir des relations de cause à effet et d'analyser les situations » (Expert n°1, D95). « Il est étonné que l'on puisse s'intéresser à sa vie. Son plus grand problème, à ce moment-là, c'est qu'il aimerait bien répondre, avoir des choses à dire, mais il ne sait pratiquement rien, son passé ne semble pas mémorisé. Tout se passe comme si il avait tout occulté : il ne sait pas !. D'emblée, cette désorganisation de la pensée et des souvenirs apparaissent invalidantes. Il explique, en avoir appris plus, sur lui-même, en quelques minutes avec le juge d'instruction que dans toute sa vie. En déclarant cela, il y met tout son cœur" [...] Toute forme de chronologie se perd dans le temps, il n'a aucun repère, le fil conducteur est souvent perdu, les idées se chevauchent et tombent pêle-mêle. Cependant, cela n'évoque pas de délire, il y a manque d'intégration des apprentissages de base, par manque de cadrage, il parle comme il pense" [...] On constate que toute question qui fait appel à une réflexion personnelle, avec nécessité de jugement et d'analyse de situation le laisse dans l'impasse » (Expert n°2, D95).

« On retrouve des passages à l'acte qui pourraient entrer dans le registre des agir psychopathiques. Le passage à l'acte interdit devient ici le seul moyen de "détensionner" un psychisme surchargé par la pulsion, la décharge motrice, sans réelles possibilités d'élaborations mentales. Ce type de passage à l'acte assimilé au registre psychopathique reste caractérisé par un processus d'impuissance à métaboliser les tensions par la voie psychique. Il constitue un mécanisme primaire archaïque de décharge de la tension interne, uniquement sous couvert d'activité motrice. Or, nous constatons chez M. une incapacité d'élaboration mentale, même dans l'après-coup. Ce qui ne peut que le maintenir dans le registre du passage à l'acte. [Il] décrit ses pulsions avec une survenue rapide et incontrôlable. "Elles viennent sans prévenir... ce sont des envies de faire l'amour, de baiser". [...] Compte tenu de sa trajectoire scolaire, mais également de ses capacités (très faibles) d'élaboration ainsi que ses capacités de production de langage (là encore très limitées), il reste possible d'apprécier les contours grossiers de son niveau d'intelligence. Nous estimons que M.... évolue entre la limite inférieure de la normalité faible et la limite supérieure du retard mental léger » (D65).

« *On ne leur a pas appris [à parler]. Eux, ils ont plus recours à l'agir qu'à la parole. Nous, on pique une gueulante quand on est énervé, mais on fracasse pas quelqu'un, mais parce qu'on nous a appris tous petits, on a le logiciel de l'émotion, de l'expression. On a les pensées pour identifier les émotions et les mots pour les nommer et ensuite pour verbaliser, pour faire savoir ce qu'on a à dire. Tout ça, plus ou moins, ça fait défaut chez les auteurs de violences, y compris ceux à caractère sexuel, évidemment. C'est l'agir qui est le mode d'expression du mal-être éprouvé. Y a pas les clés, moi je dis, y a pas le logiciel* » (Psychologue, SMPR).

## §2- La question de l'altération et de l'abolition du discernement

Malgré la présence de condamnés psychotiques, les experts ont systématiquement exclu l'abolition du discernement (A). En revanche, une altération ou une entrave au contrôle des actes apparaît plus fréquemment (B).

### A- Une abolition du discernement systématiquement exclue

Si une pathologie mentale ne suffit à elle seule à justifier une irresponsabilité pénale, la quasi-totalité des professionnels interrogés ont souligné sinon la disparition, du moins l'extrême raréfaction des expertises concluant à l'abolition du discernement.

*« C'est un gars qui avait tenté de s'enfuir à l'audience, tout ça, bon bref. Et moi, ce que j'avais vu à l'audience, c'était que ce gars, il était en plein délire en fait. Et il est examiné par les experts dans les geôles, qui vient en urgence, et puis qui refait une expertise dans la foulée. Enfin, on réordonne une expertise avant dire droit, on renvoie le dossier et là, elle nous conclut que non, pas du tout, y a aucun élément de distorsion de la réalité, etc. Enfin, elle nous conclut, qu'il n'y a pas d'éléments... Total, le type à la maison d'arrêt il... bon, il a des manifestations vraiment inquiétantes et y a une contre-expertise qui est ordonnée et là effectivement, la contre-expertise nous dit « mais non, pas du tout. Il est vraiment psychotique et y a un problème », etc. Et moi en fait, quand j'avais vu la première expertise, que j'ai suivie ça après à la maison d'arrêt en fait, je me suis dit « mais c'est pas du tout ce que j'ai vu à l'audience » et la manière dont il avait agi, avec une espèce de raptus là, parce qu'on commence à avoir l'habitude de voir quand même des gens qui souffrent de troubles, et du coup effectivement, pour moi, la première expertise correspondait pas à l'individu. [...] On parlait de l'ouverture du parapluie. Moi, autant sur l'injonction de soin, j'ai pas ce sentiment-là, autant sur le sentiment de l'abolition, de l'altération, j'ai ce sentiment-là, qui n'est pas rare, notamment sur des malades, sur des personnes clairement malades. [...] Alors à plusieurs reprises effectivement, en correctionnelle, on s'est vraiment posé la question en délibéré, de l'altération, de l'abolition, en se disant « mais là, l'expert, il a carrément ouvert le parapluie ». Et notamment quand les actes commis par la personne dénotaient à l'évidence, qu'il n'y avait pas de cohérence. Je trouve que... enfin... deux trois fois, ça m'est arrivé vraiment, où l'expert a un peu distordu la chose, en prenant pour fonctionnement logique, dans le déroulement des faits, ce qui n'était pas nécessairement logique. Donc il y avait en plus un décalage entre l'analyse que l'expert faisait des faits et la réalité. Et là je pense, mais alors là, je pense que c'est effectivement les experts qui pourraient répondre, parce que là aussi, en psychiatrie, il y a divers courants. C'est-à-dire qu'il y en a qui considèrent que la loi pénale doit passer, y compris pour des personnes qui n'ont pas un rapport à la réalité ». (JAP).*

*« Quelquefois, je dois dire qu'on a des surprises, parce que quand on voit les gens, quelquefois on se dit on a beau ne pas être psychiatre (rires), à force d'en voir... on se dit, « ce monsieur-là, pas besoin d'être grand clerc pour dire qu'il a un discernement un peu altéré » et on voit les conclusions, où on a l'impression qu'on va avoir affaire à quelqu'un de parfaitement normal, comme vous et moi, etc. Et quand on voit la personne à l'audience, et l'impression qu'on avait pu s'en faire au cours du dossier, on se dit « quand même là, je trouve que l'expert... » (rire). Alors, il y a eu aussi, je pense, toute cette, toute cette mouvance chez les psychiatres, qui étaient très, très, très réticents à déclarer quelqu'un irresponsable. Donc je pense que ça participe aussi du mouvement. Mais, entre l'irresponsabilité totale et puis, venir nous dire que y a des facteurs d'altération, je pense que quelquefois... Moi ça m'est... Notamment en comparation immédiate, moi ça m'est arrivé de me retrouver à plusieurs reprises, avec des gens pour lequel il était... enfin, moi je n'étais pas capable de rentrer en contact avec les gens, parce que c'était... c'était voilà, limite délirant, etc. On ordonnait une expertise et je me disais « bon ben là, on va avoir... ». Retour de l'expertise (rires) : « ah ben non, tout à fait normal ». Y avait pas d'altération, rien du tout. Et là je me dis, on n'a pas vu la même personne ou alors, il était très très délirant au moment où je l'ai vu, et puis euh... complètement rétabli à x +... euh, 30 jours mais... » (Magistrat du siège).*

Selon des psychologues, plutôt critiques quant à l'évolution des pratiques expertales, l'examen d'une éventuelle abolition du discernement par les psychiatres et à l'audience tendrait à devenir une pure formalité, un passage obligé et vite évacué. Ceci ne tend qu'à renforcer le glissement de l'expertise de responsabilité vers l'expertise de dangerosité et à normaliser la judiciarisation des formes les plus graves de maladie mentale.

« *Moi j'ai pas la connaissance statistique du truc mais empiriquement, moi j'ai l'impression que c'est la question [de l'abolition] qui se pose de façon mécanique à partir d'une ordonnance mais qu'elle se pose pas intellectuellement. Franchement, je pense pas. Moi c'est le sentiment que j'ai à la lecture des expertises* » (Expert, psychologue).

« *Quand il y a des crimes maintenant, et qu'il y a des expertises, pour voir si les gens sont responsables, ou pas, ils sont toujours responsables. [...] Tout le monde est responsable. On a des bébés congelés, on est responsable, tout le monde est tout le temps responsable. Moi je me demande pourquoi on continue à faire les hypocrites. C'était dans un mouvement de développement de la démocratie quand même, qu'on s'était dit, on va se poser la question de savoir si les gens ont l'abolition un peu de leur jugement au moment des faits ou pas, en fait maintenant, non, y a jamais de rémission du jugement, tout le monde est responsable tout le temps. Donc en effet, pour moi, c'est une totale hypocrisie ça.* » (Psychologue, thérapeute).

Le sort réservé à au moins trois des huit condamnés psychotiques de notre échantillon illustre, s'il en est encore besoin<sup>261</sup>, ce phénomène de responsabilisation des malades.

#### Dossier n°13

Antoine<sup>262</sup> a été qualifié par l'ensemble des experts qui ont eu à se prononcer de schizophrène, sans compter des troubles psychopathiques, mais aussi pédophiliques. L'un des experts évoquait une forme particulière de schizophrénie, l'héboïdophrénie, « *dans laquelle le sujet conserve une certaine appréciation de la réalité mais peut présenter des phénomènes délirants à bas bruit qui le poussent à commettre des actes anti sociaux parfois graves* » (Expert n°4). D'autres ont souligné des hallucinations plus « bruyantes, qui seraient apparues dès la grande adolescence, avec depuis lors des « *distorsions du jugement et du raisonnement avec une absence de réelle critique de ses comportements transgressifs, de son instabilité, une adaptation fragile à la réalité avec une ébauche de thématique délirante à tonalité persécutive.* [...] Cette symptomatologie hallucinatoire est dominée par des hallucinations auditives : "J'entends des voix à l'arrière de ma tête, dans mes oreilles, des voix d'hommes ou de femmes, le plus souvent d'hommes que je ne connais pas. Des voix de violences, c'est pour cela que je me bats souvent, des voix méchantes derrière moi qui me mettent mal à l'aise, cela me saoule..." » (Expert n°2). Il indique avoir eu des hallucinations visuelles de violences, mais également tactiles et cénesthésiques, avec des sensations de transformations corporelles. « *Ces hallucinations psychiques seraient à l'origine d'une ébauche de syndrome d'influence : "Dans le subconscient, des voix qui me disent de faire des choses, je pense tout le temps, cela me prend la tête, je pense et je ne sais pas à quoi je pense, cela me force un peu, cela me donne des ordres..."* » (Expert n°2). « *Sa bouffée délirante aiguë s'accompagne également de rêves nocturnes violents avec des couteaux et les voix sembleraient aussi le conduire à la violence, lui dire qu'il faut tuer des gens* » (Expert n°3). Il décrit les faits de la façon suivante : « *La première fois [...], il se baignait dans une piscine. Il a alors entendu des voix qui lui étaient familières mais qu'il ne pouvait pas identifier comme celles d'une personne précise. Ces voix lui disaient de prendre une petite fille sur ses genoux. Il a obéi, a pris une petite fille sur ses genoux et l'a touchée par-dessus son maillot. Elle l'a dit à sa mère. Il ne garde pas de souvenir précis de la petite fille et ne la décrit pas comme une enfant particulièrement belle ou ayant suscité en lui une excitation sexuelle ou un sentiment amoureux. Il obéissait simplement, dit-il, aux voix qu'il entendait dans sa tête* » (Expert n°4). Une composante psychopathique fut déduite de ses traits de caractère et de ses conduites hétéro-agressives : « *Je suis instable, tout m'énervé, quand cela pète, cela pète..."* » (Expert n°2). Ses hallucinations se manifesteront tout autant en détention. « *Il a du mal à vivre l'enfermement en prison. Il dit avoir du mal à dormir, entendre ses voix la nuit, et faire ses cauchemars, ce qui l'oblige à dormir avec l'oreiller sur la tête. Il aurait des troubles de l'appétit et se décrit stressé et morcelé. Il me dit d'ailleurs qu'il a l'impression que son corps parfois, se décroche de lui, c'est comme s'il était hors de son corps* » (Expert n°3). Outre de lourds antécédents psychiatriques (plusieurs hospitalisations sans consentement, une dizaine de tentatives de suicide depuis ses 17 ans), les experts ont souligné une aggravation des phénomènes hallucinatoires du fait de la consommation régulière de cannabis, d'alcool, ainsi qu'une expérimentation de l'héroïne. « *Un joint tous les soirs, quand j'arrive pas à dormir... on m'a dit que c'était pas bon pour les voix..."* » (Expert n°2). Malgré des liens évidents entre la thématique délirante et les caractéristiques du passage à l'acte, les deux premiers experts ont écarté toute abolition du discernement, considérant que « *les hallucinations acoustico-verbales et les injonctions ont rarement une coloration hétéro-érotique et ses divergences par rapport à la description d'une des jeunes victimes va dans le sens d'une conscience de l'acte interdit et d'une tendance à la dissimulation* » (Expert n°1). Le second abondera dans le même sens, en raison de « *sa conscience préservée du caractère transgressif de ses actes* », évoquant même « *l'absence de vécu délirant* » (Expert n°2). Plus que la maladie, ses troubles de la personnalité auraient néanmoins « *très sensiblement altéré son discernement et entravé le contrôle de ses actes* », les deux experts utilisant exactement la même formulation. Sans toutefois mentionner précisément une abolition ou altération, seul le troisième expert psychiatre trouvait « *plausible qu'il soit donc sous le syndrome d'influence, sous l'emprise de ses hallucinations acoustico-verbales, en conséquence de quoi, il y a bien un fait psychique qui atteint son discernement et ne lui permet pas de pouvoir lutter et de pouvoir mettre à distance l'acte répréhensible* ».

#### Dossier n°71

Éric présente quant à lui d'importants antécédents psychiatriques, avec de nombreuses hospitalisations sans consentement depuis l'âge de seize ans, des séjours au SMPR en détention, mais également en Unité pour Malades Difficiles (UMD). En amont du jugement, le premier expert évoquait une pathologie psychotique couplée à des traits psychopathiques. « *Au moment de l'examen, il existe une authentique angoisse par rapport à la perspective d'éventuellement sombrer dans une pathologie mentale. Cette angoisse n'est repérable que chez les personnes qui effectivement sombrent dans une pathologie mentale avérée [...]. Il fait également état de syndrome d'influence (des voix le téléguide et lui disent de faire des choses). Au moment de l'examen, l'angoisse est paroxystique* » (Expert n°1). Pour décrire le prévenu, il ajoutait que « *lorsque M. nous est présenté, [...] il est penché sur le côté. Il est replié sur lui. Les mains enfouies dans son pullover. Il a l'attitude de quelqu'un qui porterait une camisole (ce qui n'est pourtant absolument pas le cas). Une fois assis, l'attitude est identique. Il n'est pas en face de l'interlocuteur. Il se tient de*

<sup>261</sup> V. notamment Protais C., *op. cit.*

<sup>262</sup> Tous les prénoms des condamnés ont été modifiés.

manière latérale [...]. Fréquemment, il sursaute, projette sa tête en arrière. Il ne s'agit pas d'une attitude de simulation. Lors de la réalisation de l'expertise, il existe un important et très sévère déséquilibre psychique. Quelquefois il pousse des cris ». Il précisait qu'« il ressent l'univers environnant dans son ensemble comme agressant, ou malveillant ». Sans même évoquer la question d'une éventuelle abolition ou altération du discernement, il constatait une dangerosité « au sens ordinaire du terme ». Ce premier diagnostic fut confirmé par la seconde expertise. Selon ces experts, il présentait « une psychose schizophrénique de forme héboïdophrénique (cela signifie qu'à certains moments son contact avec la réalité peut être extrêmement mauvais, voire inexistant au profit de ses pulsions les plus immédiates apparemment avant tout violentes. Il présente alors des phénomènes hallucinatoires manifestes d'après les éléments qui nous ont été rapportés). Ces formes de schizophrénie héboïdophrénique débutent tout à fait classiquement dans l'adolescence et se manifestent dans un premier temps avant tout par des troubles du comportement majeur pouvant exister directement à la place d'éléments délirants (on parle de "délire en acte", l'acte ayant valeur de délire) mais pouvant aussi organiser à certains moments un réel mode de vie » (Expert n°2). Éric se disait « envahi, on me harcèle ». Ayant consulté son dossier à l'hôpital psychiatrique, ils citaient un certificat du chef de service du SMPR réclamant un transfert en UMD : « il s'agit d'un patient aux antécédents déjà anciens et lourds, notamment psychiatriques avec multiples hospitalisations en SMPR et en hôpital psychiatrique. Dans le passé, ont été décrites des hallucinations auditives et des éléments persécutifs. Il s'agit d'une personnalité manifestement psychotique avec un vécu intrusif et de toute puissance. Il présente depuis plusieurs semaines (...) des troubles du comportement à type d'agitation logorrhée dont l'intensité va crescendo. Ces troubles surviennent essentiellement par accès avec une thématique interprétative très importante exprimée sur un mode verbal extrêmement violent avec menaces hétéro-agressives de mort et passages à l'acte physiques sur les objets. Même s'il convient de la nature psychiatrique de ses troubles, il apparaît tout à fait inaccessible dans ses accès et refuse les traitements appropriés. Le contact est par ailleurs impossible. Ces états ne font qu'empirer et rendent le patient dangereux pour autrui, ce qui justifie une surveillance constante en milieu spécialisé, le patient refusant au bout du compte tout soin ». Ils notaient par ailleurs lors de leur propre examen « des mouvements très brusques s'associant à des réponses extrêmement vagues faisant poser la question de mouvements factices, ou au contraire de mouvements d'angoisse assez fortes. [...] Mr... présentera des mouvements de plus en plus forts en particulier de la tête et des membres supérieurs et sortira brusquement du bureau, ira s'asseoir dans le couloir (la disposition des lieux et les mesures de sécurité ne lui permettant pas d'aller plus loin) ». Pour autant, ils insisteront essentiellement sur le contexte de « relations sexuelles dans un cadre particulier entre malades mentaux [...]. La manière dont il décrit la victime montre qu'il a conscience d'un certain nombre de ses difficultés, mais sans analyse à ce moment-là de sa capacité ou non à accepter une relation sexuelle avec lui pleinement consentie ». Ils ont alors considéré qu'« En tout état de cause, l'état psychique de Mr... au moment des faits n'était pas de nature à abolir son discernement ou le contrôle de ses actes ». Ils ne retiendront qu'une « altération de son discernement et une entrave du contrôle de ses actes constantes du fait de sa pathologie schizophrénique héboïdophrénique chronique. [...] Nous n'avons trouvé aucun élément clinique de nature à faire dire qu'il a agi sous l'empire d'une force ou d'une contrainte à laquelle il n'a pu résister au sens de l'article 122-2 du Code Pénal ».

Dans une troisième affaire, un expert n'a retenu qu'une « très discrète altération du discernement » malgré une « schizophrénie paranoïde ponctuée dans les phases aiguës d'épisodes délirants et hallucinatoires » ayant justifié plusieurs hospitalisations d'office (Expert n°1, D64). « C'est parce que je pétais les plombs. Je me tapais la tête contre le tramway. Si je faisais ça, c'est aussi parce que je buvais beaucoup d'alcool et ça me montait à la tête » (Expertise n°2). L'alternance de séjours en prison et à l'hôpital s'expliquait par « des arrêts intempestifs de traitement révélant sa grande instabilité et son incapacité à accepter un cadre », générant de nouveaux épisodes délirants aigus (Expert n°1). Ces exemples sont typiques de l'association relevée entre schizophrénie et traits psychopathiques, qui dévoile un public instable, difficile à fixer et à prendre en charge, tant en milieu hospitalier que dans un cadre pénal. Ces malades alternent entre l'hôpital psychiatrique et la prison<sup>263</sup>. À l'image des jeunes « incasables », ils perturbent ces institutions du fait de comportements impulsifs sinon agressifs, de leur difficulté à maîtriser leurs affects et à supporter des contraintes. L'une étant plus sécurisée que l'autre, l'expert précédemment cité en viendra, face aux difficultés des psychiatres à stabiliser ce malade, à attribuer une visée thérapeutique à l'incarcération. « Ce cadre contraignant qu'il ne peut pas contester est en réalité rassurant pour lui et contribue plutôt à le stabiliser » (Expert n°1, D64). Quelques lignes plus loin, il pointait pourtant des comportements suicidaires en détention... Des magistrats, agents de probation et thérapeutes s'inquiètent de cette pénalisation des formes les plus graves de pathologie, de ces malades qui ne seraient pas de « bons malades » mais au contraire des « profils hyper lourds » (CPIP) « ingérables » (CPIP) qui « prennent leur distance avec le soin, et qui du coup passent à l'acte parce qu'ils ne prennent plus leur traitement » (CPIP).

« Le jour où ils arrêtent leur traitement, ils commettent des faits. Et dès qu'on remet les traitements, ils commettent plus les faits. [...] On a un nombre quand même significatif, si on prend le cas de la maison d'arrêt, mais dans n'importe quel établissement pénitentiaire, un nombre significatif de personnes, qui sont des schizophrènes, c'est-à-dire qui ne relèveraient pas d'un traitement pénal, qui sont là parce que... parce que quand ils sont là, on est sûr que... enfin, on est à peu près sûr qu'ils prennent leur traitement et surtout, on est sûr que quand ils prennent pas leur traitement, ils agressent personne, hormis du personnel ou leurs codétenus. Mais on a un certain nombre de personnes... on a même, très récemment, on a un héboïdophrène qui est rentré en détention. Quel intérêt de mettre cette personne-là ? » (CPIP).

<sup>263</sup> Prins S.J., *op. cit.* ; Fazel S., Seewald K., *op. cit.*

Beaucoup expliquent ce phénomène par le manque de moyens de la psychiatrie publique, par le processus de désinstitutionnalisation, avec des prises en charge en milieu ouvert insuffisantes ou inadaptées pour ces malades récalcitrants. Cette tendance résulterait également des délais de réalisation des expertises, ce qui ne permettrait pas d'apprécier l'état psychique au plus près de la commission des faits, mais bien souvent après plusieurs mois de traitement médicamenteux en détention provisoire.

*« En plus, le problème de la responsabilité c'est que c'est la responsabilité au moment des faits. Et y a des gens, clairement, au moment des faits... Enfin, quand l'expert se prononce deux ans après les faits, que le mec il est stabilisé et qu'il a son traitement, moi je veux bien mais oui, du coup oui, il a une conscience. Il a conscience que c'est pas bien et tout ça. Après, quand on revoit le moment des faits y a des fois où on peut quand même... ça interroge. Ça interroge, parce que franchement sur ce qui est décrit... J'en ai un autre, c'est pas un SSJ mais c'est une libération judiciaire mais ouais, le mec honnêtement, là il est... il prend son traitement, il est très très bien. Quand on parle du moment des faits, ça ressemble quand même beaucoup à de la psychose hallucinatoire. Je suis pas psychiatre, je suis pas... mais il a tué quelqu'un lors d'un contexte, alors que quand on le voit soigné, ffffff, ça paraît à des années-lumière de qui il est en tout cas aujourd'hui » (CPIP).*

Un expert évoqua par ailleurs l'évolution des courants de pensée dominants dans le champ de la psychiatrie, avec des médecins qui privilégieraient désormais une plus grande responsabilisation des malades.

*« Il y a une évolution, au niveau de la clinique et de la nosographie psychiatrique, qui fait que les psychiatres et surtout de plus en plus les jeunes d'ailleurs, sont dans une lecture DSM de la clinique où il n'y a plus de structure psychique. Comme il n'y a plus de structure psychique, il n'y a que des troubles de la personnalité. Et comme il n'y a que des troubles de la personnalité, eh bien, on s'interroge pas sur les décompensations comme telles, et les moments vraiment d'effondrement subjectif qui peuvent conduire à des abolitions du discernement... enfin à une altération du discernement. Et je pense vraiment que tout lire en termes de personnalité, de traits, de troubles, troubles qui, dans le DSM, sont établis quand il y a une répétition du comportement, donc en fait, c'est des problèmes de comportement, c'est pas des problèmes de structure psychique. Je pense que ça empêche de problématiser cette question-là. C'est-à-dire que je pense que le DSM, ça conduit à une lecture comportementaliste du psychisme humain mais du coup, on n'est plus dans le psychisme, on est dans le comportement » (Expert, psychologue).*

Surtout, des acteurs judiciaires comme sanitaires considèrent que certains experts, par ailleurs praticiens hospitaliers, ne souhaiteraient plus « récupérer » pour de longues années cette patientèle réputée difficile, d'autant que ces malades suscitent de la peur au sein même des établissements de santé.

*« Ils savent qu'au niveau médical, y'a pas de quoi assurer une prise en charge, donc on va quand même mettre une peine et puis comme ça, y a quand même... voilà. Ce n'est pas un reproche, mais y a une telle situation critique au niveau psychiatrie, y a des manques de lits, y a des manques de places, y a des manques de machins que des fois, on se demande si ce n'est quand même pas une manière de euh... Parce que s'ils les déclarent responsables, c'est eux qui doivent les gérer quoi. Et c'est pas si simple que ça à gérer des profils hyper lourds » (CPIP).*

*« Ce sont des praticiens hospitaliers et ils savent que derrière, ils vont en faire quelque chose, ça veut dire des hospitalisations sous contrainte, UMD, etc., mais qu'après, ils finissent en hôpital psychiatrique mais ils ne vont pas y passer leur vie. C'est « nous aussi, on va se ramasser des types qui... », voilà. Mais ce n'est pas forcément conscient, parce que je ne suis pas sûre qu'ils se le disent comme ça » (Expert, psychologue).*

Or, s'ils s'accordent sur la possibilité juridique de passer outre les expertises, les magistrats énoncent des difficultés pratiques pour argumenter, motiver des jugements contredisant ces experts, seuls spécialistes des pathologies mentales. Plusieurs recherches notent en effet que si le droit affirme l'indépendance du juge à l'égard de l'expert, la plupart ne s'opposent pas frontalement à leurs

conclusions du fait de l'« *aura de scientificité* » conférée par son savoir, de sorte qu'il bénéficierait d'une « *autorité décisionnelle de fait* »<sup>264</sup>.

*« Il me semble que c'est possible de passer outre, parce que c'est une appréciation de fait. Moi je l'ai jamais fait. Je suis pas sûre que les collègues...[...] Moi ça me gênerait pas, je peux m'imaginer me détacher et aller outre entre guillemets, la conclusion d'un expert. C'est simplement qu'à côté, il faut avoir les éléments pour, c'est-à-dire recueillir... enfin voilà, dans le cadre de l'enquête pénale, y a eu suffisamment d'éléments pour pouvoir dire « moi, je suis pas médecin mais au vu de ces éléments-là, très clairement, il était pas maître de ce qu'il faisait ». C'est-à-dire qu'il faut avoir des éléments suffisants, pour contrer l'expertise. Le fait que ce soit un expert, pour autant, si on était unanime et je pense notamment quand on est en délibéré en correctionnelle, voilà, je pense qu'on pourrait s'autoriser à avoir une version différente » (JAP).*

Toutefois, l'impression qui se dégage au terme de notre série d'entretiens est celle d'une sorte de résignation collective face à un processus sur lequel les professionnels estiment n'avoir guère de prise, un processus accentué par de nouvelles attentes sociales de sécurité face à un public particulièrement stigmatisé. Pourtant, nombre de CPIP se disent démunis faute des connaissances, des compétences et des moyens nécessaires à l'accompagnement de ces malades, en détention comme en milieu ouvert.

*« S'il est schizophrène, ça on peut pas... ça nous sert d'avoir une idée qu'il y a un problème au-delà juste du comportement, mais après, ce n'est pas... [La partie vraiment psychiatrique sur les troubles, etc., ce n'est pas forcément quelque chose que vous allez mobiliser après ?] Que je vais mobiliser, ben, fff, moi je ne suis pas soignante quoi, donc... non, ça me sert à savoir qu'il y a des choses qu'il ne faut pas trop aller chercher par-là, parce que ça ne relève pas de moi, voilà. Ça me sert à ça, et c'est important aussi hein. C'est pas directement utile, c'est plutôt le côté « ne pas ». [Ça met des barrières ?] Voilà. J'y vais pas. Après, il faut pas que les gens me disent en face... J'en ai un là, chaque fois il me dit « je suis schizophrène ». S'il me dit ça chaque fois qu'on va sur son comportement, ça peut pas le faire non plus. Donc « ok, je sais que vous êtes schizophrène, et qu'il y a des choses difficiles pour vous mais... » (CPIP)*

*« Si je vois abolition [dans l'expertise] déjà, je me dis que ça va être compliqué pour travailler (rire). Et puis c'est vrai que dans ce cas, en tant que conseillère de probation, euh, ben voilà, c'est plus compliqué de travailler là-dessus donc là, ça va être, enfin, ça va plutôt être le médical qui va travailler sur ça. Et l'altération, ça, ça va être ma vision, mais je me dis que la personne elle est un peu... ben limitée quoi, donc je pourrais pas, je sais pas, lui parler de désistance (rire). Il va falloir s'adapter à son environnement, son discours et puis avoir des mots un peu plus simples quoi. » (CPIP).*

*« Si on prend le cas de l'accompagnement, le SPIP, qu'est-ce qu'il peut faire avec un type... Soit il prend son traitement, mais comme c'est un traitement qui l'abrutit, de toute façon, l'insertion professionnelle, on s'assoit dessus, etc., etc. Soit il ne le prend pas et qu'est-ce que le SPIP peut faire sur quelqu'un qui ne prend pas son traitement ? Et ça, on a quand même un nombre très significatif dans les détentions, de personnes qui ont une problématique de l'ordre de la psychose. Mais ça, c'est important » (CPIP).*

*« J'en ai un là [...] c'est quelqu'un qui a été très violent dans le service déjà, qui a été signalé dans tous les services pour violences. Il est responsable ; il est incarcéré d'ailleurs en ce moment et moi je pense qu'il relève complètement de psychiatrie. Et moi je pense que je peux strictement rien faire avec lui, strictement rien. Il vient, il vient pas. [...]. Le juge se rend bien compte que... mais par contre, comme ça se multiplie, y a des incarcérations. Y a eu des expertises où on l'estimait responsable mais... Il va à l'hôpital de jour quand il est dehors. Ils sont atterrés à chaque fois, parce que ça sert à rien de l'incarcérer quoi. » (CPIP).*

*« Là, justement, toujours le jeune... il a 23 ans mais un âge mental de 5. Apparemment, l'altération a été retenue dans les deux cas. Je comprends pas trop pourquoi c'est pas de l'abolition honnêtement quoi. Parce que il a 5 ans mentalement, il est envahi par des trucs... et là, ce que mettait l'expert, c'est qu'il est capable de comprendre que agresser une femme pour satisfaire ses besoins, c'est mal. Oui mais, il le comprend comme un enfant de 5 ans. Il écrit des lettres au père Noël. Moi je suis vraiment interrogative sur ce qu'il peut entendre... Enfin, est-ce que ça relève vraiment de la responsabilité ? Je suis pas sûre quoi. Il faut qu'il soit soigné. Clairement, il faut qu'il ait un traitement adapté et tout mais... en plus, on lui met du*

<sup>264</sup> Protais C., *op. cit.*, 15.

*sursis. Il est pas accessible à cette notion-là en fait. Intellectuellement, un sursis ça lui parle pas. Je suis interrogative et là, typiquement, où je vous dis on met une altération mais pas une abolition. Lui, c'est la mère qui fait la demande d'hospitalisation. Il est hospitalisé. On le laisse sortir avec un traitement, mais on ne met pas en place le suivi médical. Typiquement là, je trouve que le médical ne se saisit pas de ce dont il devrait se saisir. Et que nous, on se retrouve là, avec un suivi... Je vais essayer hein, mais c'est galère » (CPIP).*

À rebours de ces discours et à quelques rares exceptions, les experts ont quant à eux légitimé une conception étroite des causes justifiant l'abolition du discernement, qui ne se limiterait qu'aux phases aiguës de la maladie, en présence d'une activité délirante importante.

*« Il faut savoir que les troubles psychiques sont inconstants, contrairement aux troubles mentaux. [...] La difficulté c'est effectivement, puisque quelqu'un qui présente un trouble psychique aura une irresponsabilité inconstante, à savoir, à quel moment il était responsable et à quel moment il ne l'était pas. Bien évidemment à ce moment-là, entre les souvenirs, la manière dont la personne raconte les circonstances des événements, savoir s'il était dans une période de stabilité clinique ou pas, s'il était dans une période où il avait une adhésion thérapeutique ou pas. Et ça, il y a énormément d'éléments qui peuvent nous le dire. Est-ce qu'on était en période de nombreuses hospitalisations, de nombreux changements thérapeutiques ?, les différents témoignages qui attestent finalement, que la personne était dans une période de routine ou de grande instabilité comportementale. Donc ça, ça nous donne pas mal d'éléments pour savoir réinscrire ces événements-là, dans l'histoire clinique du sujet et savoir si c'était dans une période de troubles ou dans une période de stabilité. On peut, par ces éléments-là, pouvoir dire, avec une grande probabilité de pas se tromper, qu'on était dans une période où la personne était responsable de ses actes ou pas. [...] Après, d'autres circonstances l'irresponsabilité, effectivement, la psychose, quand on est pris par ses hallucinations, ses délires, et si on est en pleine phase aiguë, on n'est pas en phase chronique de la maladie, mais on est bien en phase aiguë de la maladie. Là, il y a une période d'irresponsabilité » (Expert psychiatre).*

Leur point de vue confirme les analyses de Caroline Protais, qui démontre le passage d'une acception étendue de l'irresponsabilité pour troubles psychiatriques dans les années 1950, qui pouvait même inclure parfois des troubles du comportement n'altérant pas le champ de la conscience<sup>265</sup>, à une conception beaucoup plus étroite à partir des années 2000, centrée sur le « noyau dur » de la psychose<sup>266</sup>. Pour de nombreux psychiatres, « il faut que l'individu soit non seulement atteint d'une psychose, mais qu'elle apparaisse dans une étape aiguë au moment du crime. En d'autres termes, ce n'est qu'à partir du moment où cette pathologie est décompensée, c'est-à-dire qu'elle conduit à une abolition de l'expérience vécue (en reprenant le modèle eyien), que les experts l'appréhendent comme une pathologie aliénante, un tout en mesure de désorganiser (voire de réorganiser de manière différente) profondément la personne pour la rendre étrangère à elle-même »<sup>267</sup>. Certains adopteraient une approche encore plus restrictive, considérant qu'à la présence d'une décompensation doit s'ajouter un « rapport de détermination strict » entre le délire et le passage à l'acte délinquant, notamment sous la forme de « délires impératifs se manifestant par des hallucinations ou des voix injonctives »<sup>268</sup>.

## **B- Des altérations du discernement plus fréquentes**

Si aucun expert n'a retenu une abolition du discernement, une altération ou une entrave au contrôle des actes apparaît dans un tiers des dossiers (34,3%), plus de quatre fois sur dix (43,6%) si l'on tient compte des seuls dossiers pour lesquels nous disposons d'expertises pré-sentencielles (78), le sujet n'étant généralement plus abordé une fois la condamnation prononcée<sup>269</sup>. La plupart de ces altérations ont cependant le plus souvent été jugées « discrètes », « légères » ou « modérées », sinon « très » légères (dans 20 dossiers sur 34). Les psychotiques sont les premiers visés, une altération apparaissant systématiquement sous la plume d'au moins un expert. Elles sont plus globalement associées aux

<sup>265</sup> Protais C., *op. cit.*, 38 et s.

<sup>266</sup> *Ibid.*, 64.

<sup>267</sup> *Ibid.*, 69.

<sup>268</sup> *Ibid.*, 73-74.

<sup>269</sup> Manzanera C., Teillard-Dirat M., Senon J.-L., « Troubles de la personnalité, expertise pénale psychiatrique et altération du discernement », in Coutanceau R., Smith J., *op. cit.*, 204-216.

pathologies psychiatriques les plus lourdes, puisque plus de 75% de ceux ayant des antécédents d'hospitalisation (hors addictologie) se sont vus reconnaître une altération du discernement (76,9%), ainsi que 60% des « états-limites ». On retrouve également parmi ce groupe le public des déficients intellectuels (66,7% d'entre eux), victimes de troubles du développement ou d'une dysharmonie évolutive de l'enfance (63,6%). S'agissant des troubles de la personnalité, les « psychopathes » (55%) ont plus souvent bénéficié de cette cause d'atténuation que les pervers (36,1%) et les pédophiles (38,5%).

Selon les experts, suivis en cela par la quasi-totalité des thérapeutes et des acteurs judiciaires, même les perversions les plus graves ne sauraient justifier une abolition, tout au plus une altération, quand bien même les plus atteints d'entre eux ne pourraient agir autrement. Faute d'altération profonde du champ de la conscience, ces individus seraient en mesure de prendre en compte la réalité, mais aussi en capacité de solliciter des soins. Ils devraient dès lors porter la responsabilité de l'absence de telles démarches, sauf à irresponsabiliser la grande majorité de la clientèle pénale, ce qui contribuerait au mouvement de pathologisation du passage à l'acte, serait intenable au regard de l'infrastructure médicale et contraire aux nécessités de la répression.

*« On est sur le champ des troubles de la personnalité, donc si on commence à rentrer là-dedans, va falloir faire construire des hôpitaux hein. Parce que du coup, il faut tous les irresponsabiliser. Pour moi, n'y a pas de graduation. On est dans le champ pervers. Je dis bien du champ et donc à des degrés divers. Voilà, mais si on met le doigt dans l'engrenage, faut tous les irresponsabiliser. Moi, j'ai des souvenirs, ben notamment d'un colloque à [ville] il y a quelques années, c'est un congrès du SPH, sur la perversion. Y avait eu, en plénière, une grande empoignade entre deux pontes psychiatres là-dessus. Un était là-dessus en disant il faut les irresponsabiliser, ce en quoi je pense il faisait erreur, et l'autre de défendre, effectivement de dire, c'est pas une pathologie, on est dans le champ des troubles de la personnalité [...] Parce que si on commence à sortir de ce cadre-là, c'est d'intérêt dangereux pour tout le monde. Et je suis pas persuadé que ça soit... enfin, je suis même convaincu de l'inverse, que ça soit une bonne chose qu'ils soient irresponsabilisés. Ils restent responsables » (Expert, psychiatre).*

*« Après, vous abordez un autre sujet, c'est est-ce que certains troubles de la personnalité peuvent aussi amener à une certaine irresponsabilité. Là, j'aurais tendance à dire que plaider l'irresponsabilité pour les gens qui ont un trouble de la personnalité, dans ce monde moderne où fleurissent partout les livres de psychologie, les professionnels psychothérapeutes de tout poil, qui sont tout à fait prêts et aptes à permettre à tout un chacun de vivre confortablement avec leurs particularités dues à leur personnalité, quelqu'un qui a à plusieurs reprises, prêté le flanc à la justice à cause de leur personnalité, et n'a jamais tenté de corriger le tir, je dirais que là également, on est encore dans une situation où la personne, elle est suffisamment intelligente pour prendre conscience qu'elle a une personnalité particulière qui l'indispose et ne fait rien contre » (Expert, psychiatre).*

*« Mais il n'y a pas d'altération vraiment de la conscience. Je veux dire que le pervers quand même agit en fonction d'un scénario établi, même si ce scénario est très répétitif. Donc on peut à la rigueur, le léguer d'une altération partielle, très partielle du discernement et d'une altération très partielle du contrôle des actes. « L'exhibitionniste qui s'exhibe, le fait parce qu'il ne peut pas faire autrement. Une fois que c'est terminé il se dit « mon dieu, qu'est-ce que j'ai encore fait ? », mais il est poussé par quelque chose qu'il ne contrôle pas bien. Alors que les grands pervers sadiques savent quand même ce qu'ils font. Effectivement, ils ne peuvent pas faire autrement. C'est compliqué. Peut-être qu'ils peuvent pas faire autrement, vous le savez bien. Je ne vais pas vous faire un cours sur la perversion mais le pervers a besoin d'avoir une emprise sur l'autre, parce que c'est cette emprise-là qui le rassure sur lui-même. S'il n'a pas cette emprise sur l'autre narcissique, c'est un mot maintenant qui fait florès, s'il a pas cette emprise-là, à ce moment-là, ça le renvoie à une fragilité insupportable et il déprime gravement. Donc le pervers narcissique, il sauve sa peau comme il peut, ce qui est pas une raison pour faire ce qu'il fait. Mais il le fait. Mais voilà, je dirais que la psychopathologie, explique un certain nombre de choses, mais n'est pas forcément une circonstance atténuante, ni une excuse ». (Expert, psychiatre).*

*« C'est-à-dire que... c'est quoi un grand pervers, au sens psychiatrique du terme hein ? On peut se sortir du sens commun. C'est des gens qui sont extrêmement immatures sur le plan psycho-affectif, qui sont en très grandes difficultés dans leurs relations avec les autres. Dans l'absolu, on pourrait se dire qu'au fond... quand je disais tout à l'heure qu'ils ont pas le logiciel, eh ben, que le fait de pas avoir le logiciel relationnel, c'est vrai qu'au fond c'est peut-être un handicapé social, enfin, si on pousse ça très loin. Mais à ce moment-là, y aurait plus jamais personne... Enfin, tous ceux qui commettent des délits ou des crimes, ils sont pas*

*concernés par le champ pervers mais ils sont concernés par des dysfonctionnements psychiques. »*  
(Psychologue SMPR).

Nous sommes loin dès lors de l'époque où, comme dans les années 1950, des troubles du comportement justifiaient selon certains experts, certes minoritaires, une abolition du discernement. Comme le note Caroline Protais, ces psychiatres pouvaient alors déresponsabiliser des individus pourtant conscients de leurs troubles, notamment les individus qui présentaient selon eux un « déséquilibre », tel qu'identifié par Ernest Dupré, manifesté par des difficultés d'adaptation aux normes sociales, une impulsivité, la succession d'actes antisociaux et des difficultés relationnelles<sup>270</sup>. Dans ce modèle de pensée, les troubles du comportement pouvaient générer une incapacité du délinquant à se contrôler « *malgré une appréhension « intellectuelle » juste de la situation criminelle* »<sup>271</sup>.

Témoignant d'une analyse plus normative que médicale de l'influence de la consommation d'alcool sur la responsabilité pénale, la présence d'un alcoolisme et/ou d'un abus d'alcool au moment des faits ne joue pas en faveur de la reconnaissance d'une altération du discernement. On retrouve un peu moins souvent ce type de conclusion dans les expertises des condamnés concernés (35,5% en cas d'alcoolisme, 33,3% en cas de consommation au moment des faits) et, lorsque c'est le cas, pour des raisons qui ne tiennent généralement pas à leur addiction. En revanche, les experts ont retenu une altération au sujet de 58,3% de ceux considérés comme toxicomanes, mais en raison de la forte proportion de psychotiques dans ce groupe. Ce ne fut le cas que pour 14,3% de ceux qui avaient consommé des stupéfiants au moment des faits. Seuls quelques rares experts incluent l'alcoolisation ou la consommation de drogues parmi les causes possibles d'altération, parfois en association avec d'autres troubles ou pathologies. Trois dossiers seulement contenaient une expertise de ce genre.

« On ne peut faire état que d'une entrave moyenne du contrôle de ses actes, eu égard aux aspects de la personnalité ci-dessus décrits et, en ce qui concerne les faits de février dernier, en prenant en compte l'effet pharmacologique désinhibiteur de l'alcool » (D7.)

« Au moment des faits, l'alcoolisation du sujet associée à une éventuelle prise de toxique a contribué à altérer, de façon relativement sensible, son discernement et le contrôle de ses actes (D83).

« Oui, la levée de l'inhibition favorisée par l'alcool, le petit automatisme mental avec ses hallucinations psychiques, le syndrome dissociatif avec l'ambivalence affective et volitionnelle ont pu contribuer à altérer son discernement ou entraver le contrôle de ses actes, mais en aucun cas l'abolir » (D40).

Dans les expertises consultées, l'altération pour ce motif est au contraire majoritairement exclue.

« Monsieur... n'était pas atteint, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant soit aboli son discernement ou le contrôle de ses actes, soit altéré son discernement ou le contrôle de ses actes au sens de l'article 122-1 du Code Pénal. Monsieur... prétend qu'il était, au moment des faits, sous l'emprise de l'alcool et des drogues mais qu'il avait absorbés de façon volontaire. Monsieur .. savait quels effets ce type de substances avait sur lui » (D31).

« L'absorption de grandes quantités d'alcool provoque chez lui comme chez toute personne une exacerbation des pulsions déjà vives chez lui et un abaissement de la censure morale déjà relativement organisée chez lui. Le passage à l'acte était donc logique mais l'alcool n'ayant pas été absorbé ni à son insu ni contre sa volonté, ne peut pas être invoqué comme un élément entrant dans le cadre du 2<sup>e</sup> alinéa de l'article 122-1 CP » (D96).

Ces formulations médico-légales ne sont pas sans rappeler les interprétations jurisprudentielles en la matière, les experts n'étant pas strictement concentrés sur l'état psychique lors des faits. Une intoxication volontaire en amont des faits constituerait une faute en elle-même et nul ne pourrait se prévaloir de sa « propre turpitude ». Si, par un arrêt du 5 février 1957, la Chambre criminelle a précisé qu'il s'agissait d'une question de fait, susceptible de varier selon les cas d'espèce<sup>272</sup>, « *La jurisprudence dominante se refuse à voir dans l'ivresse une cause légale d'exemption de peine, solution satisfaisante sur le plan logique : il y aurait en effet une contradiction évidente, alors que l'ivresse est de plus en plus souvent réprimée en tant que telle par la législation récente, de la retenir comme une cause d'atténuation ou d'exemption de responsabilité dans les hypothèses non visées par le législateur. Ainsi,*

<sup>270</sup> Protais C., *op. cit.*, 39.

<sup>271</sup> *Ibid.*, 50.

<sup>272</sup> Cass. crim. 5 févr. 1957, Bull. crim. n° 112.

lorsque le sujet connaît bien les propriétés enivrantes des multiples boissons par lui consommées, ce qui est significatif de son intention de parvenir à une excitation particulièrement dangereuse pour un buveur d'habitude, rendant inévitable l'absence de contrôle de lui-même et considère la responsabilité du prévenu comme entière dans la mesure où il a été volontairement l'auteur de la seule pathologie révélée par l'expertise psychiatrique, soit l'ivresse excitomotrice »<sup>273</sup>. La plupart des experts se plient à cette lecture judiciaire, parfois à la demande expresse de magistrats ayant contesté une ou plusieurs interprétations contraires.

*« L'alcool n'est pas une circonstance retenue. C'est une circonstance aggravante. Tout au début, j'avais mis ça. Le magistrat m'avait appelé (rire) « ce que vous avez raconté là, ça ne va pas ». Mais ça c'est au tout début. Qui n'a jamais fait de maladresse tout au début ? Quand il s'agit d'histoires d'alcool, avant de s'alcooliser, la personne sait que, en gros, si il prend un toxique quelconque, ça va altérer un certain nombre de ses conduites. Donc y a une part de conscience au début, toujours » (Expert, psychiatre).*

*« Je pense qu'il faut distinguer la question clinique et après, j'allais dire plus médico-pénale ou pénale. C'est-à-dire que le type, son discernement il est altéré. Son discernement était altéré. Après, on ne s'en fiche pas mais évidemment, ce n'est pas la même chose que d'être dans une structure psychotique et de perdre le sens par rapport à la réalité et de l'avoir perdu, parce que certains ont dit « alcoolisé... ». Évidemment, mais au niveau des effets j'allais dire, nous, ce qui va nous intéresser, ça va être les effets de l'acte. L'acte et la manière dont le sujet se rapporte à son acte. Donc cliniquement en soi, enfin pourquoi pas ? Pourquoi pas ? [...] Considérer que la cause étant non pas un trouble psychique ou psychologique, ou une psychose ou je sais pas quoi, il est du devoir de la personne, de se contrôler et pas de s'alcooliser au point de... gnagna. Il me semble là que dans cet exemple, y a le faux-fuyant entre la dimension clinique et la dimension, j'allais dire légale ou pénale ou j'en sais rien. [Est-ce que ça peut être lié à une propension de certains experts à se plier trop facilement aux attentes de la justice ?] Non, je trouve que là, c'est plutôt le juge qui demande au clinicien, de glisser sur un terrain qui n'est pas le sien. Il a toujours le loisir de résister » (Expert, psychologue).*

L'approche se fait au fond plus morale que diagnostique et scientifique, les experts se fondant sur l'entrée volontaire dans le processus addictogène, puis par la suite sur l'absence de volonté ou de démarches pour engager des soins. Il s'agirait d'un choix, d'une faute volontaire engageant la responsabilité de son auteur, constat que la lecture des dossiers amène pourtant à relativiser, notamment lorsque la consommation débute dès l'enfance, dans un environnement où le père, la mère, parfois les frères ou encore les oncles souffraient eux-mêmes de cette pathologie, pathologie qui compte en outre parmi les plus difficiles à traiter.

*« J'ai jamais demandé, en tant qu'expert d'altération d'abolition sur ce simple critère-là quoi. C'est du fait de la responsabilité de la personne. [...] Clairement, je ne le retiens pas en tant que facteur d'altération. On peut, dans sa rédaction, faire toute une prose... Bien sûr, ça peut être réellement l'état dans lequel le sujet était. Après, oui, c'est quand même de leur fait et de leur responsabilité quoi » (Expert, psychiatre).*

*« Il faut dire quand même que dans le monde de la médecine moderne, on a quand même la possibilité d'accéder aux choix... euh, aux soins pour des troubles addictologiques par exemple et donc, on parle beaucoup de l'irresponsabilité sous l'effet de drogues, d'alcool, etc., mais moi je dis souvent, que la personne était toxicomane chronique, alcoolique chronique, donc connaissait très bien les effets des toxiques sur son comportement. Donc à partir du moment où il connaît les effets des toxiques sur son comportement, ça veut dire qu'avant d'être pris par l'irresponsabilité, il a fait le choix responsable, de s'exposer à ce risque-là de trouble du comportement. Donc l'irresponsabilité en quelque sorte, est partiellement gommée. En outre, il a la possibilité aussi d'accéder à des soins addictologiques, c'est-à-dire que pour éviter ces troubles du comportement répréhensibles, il peut aussi faire le choix de se soigner. Donc ça, c'est de sa responsabilité, je me soigne/je me soigne pas. Quelqu'un qui est véritablement, à sa troisième cure de désintoxication éthylique, là on voit qu'il a pris ses responsabilités, qu'il a essayé, il a fait sa cure sérieusement, etc., ça a échoué, et malheureusement, en rechutant, il a eu un trouble du comportement. Là, effectivement, ça peut expliquer, mais quelqu'un qui s'en fiche carrément de se soigner de son trouble, et qui connaît les aboutissants de son intoxication chronique, il le fait de façon responsable et donc, il a toute sa responsabilité. [...] C'est-à-dire que l'irresponsabilité du temps t de l'événement, je la reporte sur le temps t-1, au moment où il a décidé d'abuser de son toxique et il sait qu'il ne sera plus*

<sup>273</sup> Bonis-Garçon E., *Troubles psychiques, maladies mentales*, Répertoire de droit pénal et de procédure pénale, 2014.

*dans la maîtrise comportementale. C'est-à-dire qu'au temps t-1, alors qu'il avait encore le choix, soit de recourir aux soins, soit d'avoir une stratégie d'évitement, etc., parce qu'il était dans une situation qui pouvait l'amener... » (Expert, psychiatre).*

À la manière des acteurs judiciaires, ils ne mesurent pas l'altération à l'aune de l'état de l'auteur lors du passage à l'acte, mais font de celle-ci l'équivalent d'une « excuse atténuante » qu'il faudrait en quelque sorte « mériter ». Cette confusion entre altération du discernement et excuse est d'ailleurs fréquemment revenue dans les propos de nos interlocuteurs lorsque nous les interrogeons à ce sujet.

*« Donc altération, ben, même si on se dit que tout ce qui est stups, alcool, c'est circonstances aggravantes on se dit... enfin, pour moi, je me dis que il était lui-même, sans être réellement lui-même, parce que ce sont des substances psychotropes qui agissent sur le cerveau, et le cerveau c'est lui qui décide un petit peu. C'est lui, sans être lui mais tout en étant nous-mêmes » (CPIP).*

*« Altération, c'est souvent pour des personnes qui ont des pathologies, des schizophrénies ou des choses comme ça souvent. Ou alors des gens qui avaient beaucoup bu au moment des faits mais en même temps, l'altération, voilà, c'est... ils l'ont voulue entre guillemets. Ce n'est pas une excuse entre guillemets. Donc souvent oui, c'est par rapport à une pathologie. » (CPIP).*

Cette propension à voir dans l'altération une excuse atténuante n'est pas étrangère au fait que les experts puissent l'écarter en cas de consommation d'alcool au moment des faits, mais la motiver par un contexte familial « *carentiel* », pourtant bien plus éloigné temporellement de l'infraction.

« L'examen du sujet montre qu'il ne présente pas de trouble psychique ou neuropsychique qui aurait aboli son discernement ou le contrôle de ses actes (au sens de l'article 122-1) au moment de l'acte qui lui est reproché, mais on peut dire que son histoire de vie et son état psychique du moment ont altéré son discernement au sens de l'article 122-1 du code pénal » (D2).

« Le sujet n'était pas atteint, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes au sens de l'article 122-1CP. En effet, l'évolution dysharmonique ne s'est pas faite dans le sens d'une décompensation psychotique susceptible d'entraîner un trouble majeur du jugement. En revanche, une altération du discernement ou du contrôle des actes peut être imputée au contexte *carentiel* évoqué » (D95).

Parfois, les experts devanceraient même les attentes des magistrats. Si certains ne comprennent guère le maintien d'une interprétation strictement médicale, d'autres considèrent que ces experts sont dans leur rôle, et qu'il leur appartient ensuite d'écarter juridiquement ce motif. Sans mentionner expressément l'existence d'une altération, ces magistrats ne seraient d'ailleurs pas indifférents aux effets de l'addiction au moment de requérir ou de prononcer la peine, parfois sous la forme d'une modération du quantum.

*« Un expert qui avait considéré... après c'était sur un raisonnement un peu foireux, l'expert avait considéré que le type étant alcoolisé, l'expert maintenant envers et contre tout que l'alcoolisation, même volontaire est une cause d'altération, voire d'abolition du discernement. J'avais évidemment retenu le contraire mais ouais, ouais, moi ça ne me pose pas de problème, parce que je trouve que ça fait partie de la mission du juge quoi d'évaluer. L'expert il donne un avis quoi. Un avis qui n'oblige jamais le juge. Après, il faut être prudent, il faut aussi rester prudent, dans son rôle et dans son domaine de compétences. On n'est pas médecins non plus donc... C'est vraiment marginal mais euh... ça arrive et ça doit continuer à arriver » (JAP).*

*« Y a des experts qui disent qu'il faut tenir compte d'une certaine forme d'atténuation parce qu'il était ivre. Chez nous, ce n'est pas vraiment une circonstance atténuante l'ivresse. Alors, c'est son positionnement d'expert. [...] Moi, dans mes réquisitions, je le dis « je ne suis pas d'accord avec les conclusions de l'expert ». Je signale qu'on ne peut pas admettre que monsieur untel ait une atténuation de sa responsabilité, en raison de son alcoolisation. C'est quelqu'un qui connaît les méfaits de l'alcool, c'est quelqu'un qui vous dit qu'il a été en cure, qu'il a été suivi, qu'il a été averti par son entourage, par ci, par ça, par l'autorité judiciaire. Il peut pas dire que... [...] Mais les expertises sont pas faites non plus pour coller à notre état d'esprit. Heureusement ! C'est pour ça que c'est intéressant » (Magistrat du parquet).*

*« Souvent les gens disent « j'étais sous l'effet des stups ou de l'alcool, donc je ne me rendais pas compte et donc ce n'est pas moi qui ai fait ça ». Mais les experts sont toujours un cran avant, mais là, parce qu'ils doivent soigner comme ça aussi, en disant « il s'est mis dans la situation de... il a bu, il a consommé des stups donc là, il était responsable ». C'est assez factice. [En reprenant un peu finalement, les analyses de*

*la jurisprudence ?] Oui, là voilà, il s'est mis dans un état, qui l'a amené à et de fait, même la loi désormais depuis un certain temps, mais pas si longtemps, fait bien de l'ivresse, de la consommation d'alcool, une circonstance aggravante. Alors que les gens, enfin le citoyen, y voit plutôt une circonstance atténuante « j'avais picolé... », les jeunes ou les moins jeunes « bien sûr, si j'avais été dans mon état normal, je l'aurais pas fait ». Mais ça, c'est une réalité mais d'un point de vue juridique, on peut pas... en même temps, on en tiendra compte dans le quantum de la peine ou autre mais sur la responsabilité pénale... [Vous pouvez quand même en tenir compte, par exemple pour des alcooliques chroniques ?] Oui, paradoxalement. C'est un peu le discours qui vient de l'alcoolique, qui est malade, donc néanmoins en général, il est malade. C'est le paradoxe du fait qu'à un moment il s'en plaint et on doit l'en plaindre, parce que on le considère comme malade de l'alcool. Il peut plus s'en passer, machin, truc mais s'il est là, alors, c'est peut-être les conditions sociales qui l'ont amené à boire, le chômage et tout ça, mais de fait, le processus qui l'a amené là néanmoins, en gros, disons dans la philosophie démocratique, on considère que c'est lui tout seul qui est arrivé là, même si des conditions sociales objectives font que plus facilement, quelqu'un qui n'a pas de formation, qui est ceci, qui est cela, suivra plus facilement ce chemin que un fils de bonne famille. Bon. On traite des cas individuels mais on le dit pas explicitement, mais tout le monde l'intègre. On voit un pauvre type, entre guillemets, bon, il est dans sa campagne, sur sa mobylette. Il a plus de permis, il a rebu encore et il s'est cassé la figure dans le fossé... bon, c'est pas le même comportement de fait. » (Magistrat du parquet).*

## Chapitre 2- Le prononcé de l'injonction de soin

Dans ce second chapitre, nous allons nous intéresser au processus conduisant au prononcé de l'injonction de soin, lors de l'audience de jugement ou éventuellement à la libération, par le juge de l'application des peines, lorsque la mesure n'a pas été initialement retenue. Au-delà des magistrats, plusieurs intervenants concourent à ce processus, principalement les experts mais aussi les CPIP, via leurs évaluations, lorsque l'injonction est prononcée en aval du jugement. Pour comprendre les facteurs qui influencent le prononcé de la mesure, il convient au préalable de confronter les intentions du législateur aux objectifs que ces différents professionnels assignent en pratique au dispositif de l'injonction (Section 1). Si les évaluations des CPIP ne sont pas sans effet sur la décision des magistrats, notamment en ce qui concerne l'investissement dans les soins en détention (*v. infra*), l'influence des experts est toutefois beaucoup plus formelle, puisqu'une injonction de soin ne peut être prononcée en l'absence d'expertise validant la possibilité d'un traitement, de sorte que leurs conclusions lient théoriquement les magistrats. En réalité, ce filtre fonctionne peu, dès lors qu'il se trouve presque toujours un expert pour recommander des soins (Section 2). Si la dangerosité ne constitue pas, textuellement, un critère du prononcé de cette mesure, il s'agit d'une indication majeure pour les acteurs judiciaires. Or, les experts tendent à valider l'existence de risques de récidive aussi souvent qu'ils recommandent des soins. En conséquence, on observe une quasi-systématisation de l'injonction parmi les condamnés à un SSJ. Si l'on constate un processus sélectif au stade du jugement, les juges de l'application des peines ont tendance à ajouter cette mesure lorsqu'elle n'a pas été prononcée par le tribunal correctionnel ou la cour d'Assises (Section 3).

### Section 1- Le sens de l'injonction de soin : des conceptions professionnelles plurielles

À l'instar des registres discursifs mobilisés lors des débats parlementaires sur le sujet, en 1998 comme au fil des réformes successives, les finalités assignées à l'injonction de soin sont plurielles, complémentaires mais aussi concurrentielles, ce dont témoignent tant nos entretiens que les pièces figurant dans les dossiers, notamment les expertises. Parmi ces objectifs, l'idée de susciter par ce biais une véritable demande et adhésion au soin est partagée par l'ensemble des intervenants (§1). Plusieurs lignes de clivage séparent toutefois les acteurs judiciaires des soignants, les experts et médecins coordonnateurs se situant quant à eux dans une position intermédiaire. Tous valorisent la recherche d'une meilleure articulation des pratiques, mais tandis que les professionnels du système pénal en attendent de plus amples informations sur la prise en charge médicale, les thérapeutes perçoivent plutôt le dispositif comme un moyen de protéger l'espace du soin des incursions judiciaires (§3). Les premiers et leurs auxiliaires ajoutent par ailleurs à cette visée purement thérapeutique un objectif de contrôle, sous la forme d'une plus ample surveillance médicale autant que répressive (§2).

#### §1 – Une ambition clinique

Même si les thérapeutes insistent naturellement davantage sur ce point, l'ensemble des praticiens légitime l'injonction de soin par sa vocation clinique. Ils espèrent faire émerger par ce biais une véritable adhésion aux soins proposés (A), la contrainte ne constituant qu'un préalable obligé, du moins pour certains condamnés (B). En revanche, tous les professionnels n'assignent pas les mêmes objectifs à la thérapie, qui oscillent entre étayage psychologique et prévention de la récidive (C).

#### A- Un « pari » pour favoriser l'accès et l'adhésion aux soins

Dans la lignée des interprétations de Claude Balier et des conclusions des rapports auxquels il a contribué dans les années 1990<sup>274</sup>, ce dispositif permettrait d'adapter le cadre thérapeutique aux spécificités psychopathologiques des auteurs de violences sexuelles ou du moins d'une partie d'entre eux. Confrontés aux incarcérations croissantes de délinquants sexuels, des psychologues et des

---

<sup>274</sup> Balier C., Parayre C., Parpillon C., *Traitement et suivi médical des auteurs de délits et crimes sexuels*, Rapport au ministère du Travail et des Affaires sociales, 1995 ; Balier C., Ciavaldini A., Girard-Khayat M., *op. cit.*

psychiatres exerçant en détention ont à l'époque commencé à s'interroger sur les particularités du fonctionnement psychique de cette « patientèle ».

*« Du coup, des moyens médicaux, sanitaires, psychiatriques qu'on met au sein de la détention. Y avait des préalables à la création des CMPR bien sûr et du coup, on a eu quand même beaucoup d'acteurs du champ psy, que ce soit des psychiatres ou des psychologues, qui se sont mis à rencontrer des détenus, en particulier parce que – les pourcentages ont monté mais pas tant que ça - un bon tiers on va dire, d'infracteurs sexuels et qu'on commençait à se poser des questions, à se dire « qu'est-ce que c'est que ces sujets-là ? Est-ce qu'ils ont une particularité ou pas ? Qu'est-ce qu'on observe ? » (Psychiatre, médecin coordonnateur, expert).*

*« Au niveau du dispositif, je situerais ça du côté de la clinique. Pour moi, je pense que c'est peut-être ça le côté novateur du dispositif de l'injonction de soin. Donc ça fait remonter à l'époque, tous les débats, en 98 et même un petit peu avant, parce que c'était sous une autre forme, avant la loi Guigou. Et les choses ont été situées, je pense par rapport à ce qui s'est trouvé repéré, dans le fonctionnement psychique des auteurs de violences sexuelles. Et je pense que l'articulation s'est voulue directement en rapport, avec ce qui s'est trouvé repéré cliniquement et aussi dans ce qui a pu être travaillé dans la pratique thérapeutique aussi, auprès de ces sujets-là. [Quand vous dites « c'est pour des raisons cliniques », c'est que c'est un public qui présenterait des problématiques particulières ?] C'est délicat, parce qu'on est toujours sur le... le curseur, est-ce qu'on est directement dans une spécificité d'un fonctionnement d'un auteur de violences sexuelles, sachant qu'on est sur une dénomination judiciaire et non clinique en tant que telle et donc parfois, y a des problématiques qui sont tout autres, même si on a affaire à un auteur de violences sexuelles. Je pense que ce qui a été cherché, c'est davantage en fait, le rapport à la loi et comme on dit dans le jargon, un peu trianguler les choses, mais dans un cadre qui s'est voulu externe, pour que notamment ce genre de patient s'approprie aussi les choses, sur un peu plus du concret. Et puis aussi sans doute pour les thérapeutes, de pouvoir s'appuyer sur ces cadres un peu plus palpables qui dérogent aux règles orthodoxes de certaines pratiques thérapeutiques. (Psychologue, SMPR).*

Leurs propositions ne pouvaient apparaître qu'hétérodoxes dès lors qu'il ne leur semblait plus possible d'attendre une demande de soin face à des condamnés qui ne manifestaient aucun désir en ce sens. Ils considéraient donc, avec pour certains une approche mêlant nécessité thérapeutique et défense sociale, que *« sans réflexion sur un système d'incitation aux soins et sans un puissant développement de la psychiatrie en milieu pénitentiaire, le risque est donc grand de voir perdurer ces longues périodes d'incarcération muettes où s'engloutit la vie de ces délinquants, comme de longs tunnels de silence refermés sur les faits pour lesquels ils ont été condamnés, dans un vide carcéral propice à la régression et au prolongement sans fin des fantasmes déviants qui font le lit de leur dangerosité »*<sup>275</sup>. Cette absence d'adaptation des prises en charge thérapeutiques conduisait selon eux à délaisser ces publics, tant en milieu fermé qu'en milieu ouvert. Condamnés pour la plupart à de longues peines privatives de liberté, ils n'étaient que rarement soumis à des obligations de soin classiques, à l'exception de courtes périodes dans l'hypothèse d'un aménagement de peine.

*« C'était peu pratiqué [l'obligation de soin]. En plus, on travaillait en prison. On avait quelques antennes... quelques antennes euh... quelques antennes à l'extérieur, dont nous. On est les premiers à avoir des antennes. C'était bricolé, on faisait trois heures à l'extérieur, on voyait les détenus. Et puis on allait voir des patients qui avaient été condamnés, des détenus-patients qui avaient été condamnés et donc, il était pas question d'obligation de soins du coup. Voyez, c'était pas... c'était du lourd qu'on avait. Y avait des gens qui avaient 10 ans, 15 ans... de prison » (Psychiatre, SMPR).*

*« Dans le même registre que la substitution. [...] Exactement pareil, contrairement... parce qu'on en avait marre de voir les toxicos revenir et s'auto-mourir. C'est pas possible et les autres les voyaient pas. Exactement le même registre, voilà. » (Psychiatre, SMPR).*

Ils entendaient donc initier un processus actif pendant le temps carcéral, en offrant des opportunités de rencontre avec les équipes de soins psychiques, pour tenter de faire advenir progressivement une demande de soin, une volonté de changement de la part du condamné. Pour autant, même en cas de

---

<sup>275</sup> Dubret G., Cousin F.R., La peine et le soin. Nécessaire coordination de deux logiques pour une prise en charge des délinquants sexuels, *L'Évolution Psychiatrique*, 1998, vol. 63, n° 1-2, 157-174.

réussite, beaucoup estimaient que « *la volonté de changement* » de ces délinquants sexuels n'était « *active que le temps de la judiciarisation et de la pénalisation de leur affaire* »<sup>276</sup>. Une fois la peine purgée, cette détermination s'affaiblirait. « *"j'ai payé, j'ai changé". Une fois que ce qui est considéré comme le prix, sera payé, le sujet ne sera plus du tout dans la même demande de changement puisqu'il jugera être soldé de tout compte. Certes, chacun reconnaîtra ici une confusion des sphères entre le judiciaire et le psychique. Cependant il faudrait se garder d'un raisonnement trop simple qui dirait que cette confusion indique combien peu ces sujets ont envie de changer et que payer leur dette suffit. Cette confusion appartient à leur mode de fonctionnement. Pris dans le percept de la justice par son "bras", le jugement et l'emprisonnement, les agresseurs percevront un désir de changement certainement "induit" par cette perception et en effet il convient de rappeler que ce qui est efficace pour provoquer la demande de changement et de soin c'est à chaque fois la condamnation actuelle, c'est-à-dire la référence à un indice perceptif obligeant le sujet à entreprendre une démarche* »<sup>277</sup>. Il leur semblait donc nécessaire de « *trouver le moyen de maintenir un percept favorable à l'établissement des conditions d'un traitement ou d'un suivi : soit sous forme d'une "obligation de soins", soit sous celle d'une judiciarisation du suivi* »<sup>278</sup>. Ils envisageaient ce « *suivi post-pénal* » tant que « *le sujet ne manifestera pas de changement psychique* »<sup>279</sup>. « *Pour un certain nombre d'entre eux, plus qu'un espoir de changement, le fait d'un tel suivi, perçu par le sujet au travers des consultations et contrôles réguliers, peut avoir un effet conteneur et donc antidépresseur suffisant pour éviter les récidives (malheureusement peut-être pas toutes)* »<sup>280</sup>.

Beaucoup s'engagèrent dans des réflexions collectives visant à construire, dans le cadre d'échanges avec des acteurs institutionnels et judiciaires, un dispositif de soin spécifiquement pensé pour ce public.

*« Dans l'historique de la loi de 98, j'ai connaissance que c'est le fruit d'un travail assez novateur. On peut le qualifier comme ça, entre des cliniciens pour le coup, et des juristes, sur la pertinence d'une loi, qui correspondrait vraiment au fonctionnement psychique à ce moment-là, des auteurs de violences sexuelles, donc de différents espaces, qui viendraient se compléter mais aussi se protéger dans leurs fonctions et dans leurs missions, et qui seraient vraiment efficaces, à certains mécanismes que l'on peut retrouver chez des auteurs de violences sexuelles tels que la confusion, l'indifférenciation, le phénomène d'emprise ou de clivage. [...] C'est pas une loi qui nous a été imposée, comme ce qu'on a pu connaître après, ou peut-être avant, mais j'ai pas assez de recul, mais une loi, qui a été pensée de façon collégiale et qui répond peut-être à des attentes, mais aussi à des connaissances communes qui ont été partagées » (Psychologue, SMPR).*

*« On voulait [...] poursuivre notamment via Balier, les prises en charge qui étaient initiées en prison. Et on avait conscience, qu'elles ne pouvaient se poursuivre que dans un cadre très précis et qu'il n'y avait pas de cadre. Et qu'il y avait une disjonction manifeste entre le temps judiciaire et le temps de soin » (Psychiatre, SMPR).*

*« C'est l'essence même de la loi de 98. Que je défends. Je fais un vrai prosélytisme là-dedans, sur le territoire. C'est une bonne loi, initialement quoi. C'est vraiment un plaidoyer pour les soins pour les auteurs dits d'agressions sexuelles. En tout cas, les infracteurs de commissions de délits ou crimes à caractère sexuel. Cette loi a été pensée exclusivement là-dessus ». (Psychiatre, expert, médecin coordonnateur).*

Les débats, interprétations et analyses des professionnels de la santé n'ont sur ce point guère changé. S'ils insistent sur l'absence de profil unique de personnalité, du fait de qualifications qui renvoient plus au champ juridique que psychopathologique, les condamnés pour violences sexuelles sont présentés comme un public peu demandeur<sup>281</sup>, peu motivé pour engager des soins, peu disposé à l'introspection et

---

<sup>276</sup> Ibid., 271.

<sup>277</sup> Ibid., 267.

<sup>278</sup> Ibid., 268.

<sup>279</sup> Ibid., 268.

<sup>280</sup> Ibid.

<sup>281</sup> Couhet G., De Rocquigny H., Verdoux H., « Soins pénalement ordonnés : étude des pratiques des psychiatres de la Gironde », *Annales Médico-Psychologiques*, 2012, vol. 170, n° 8, 569-572.

à la parole, parfois en lien avec leur bagage socioculturel ou éducatif, de sorte que leur rapport à la psychiatrie serait particulièrement compliqué. Par méconnaissance, beaucoup percevraient la recommandation de soin comme un jugement, comme l'apposition d'un stigmate qui les assimilerait à des « fous ».

*« Y a celui qui arrive effectivement, qui dit « je ne suis pas un malade, je ne suis pas un fou. J'irai pas, je veux pas de médicaments, je veux rien ». Là, on n'est même pas dans une reconnaissance de c'est quoi un psychologue, c'est quoi un psy ? Qui peut prescrire ? C'est quoi le rôle de chacun ? Là, on est déjà... et ils sont plus nombreux qu'on pense déjà à dire « c'est quoi un psychologue ? C'est quoi un psychiatre ? ». On a ce positionnement-là. [...] Donc y a celui qui dit « moi je suis pas un fou », qui a pas une très très grosse connaissance de qu'est-ce qui va être évoqué là-dedans. « J'ai pas envie d'en parler, je suis pas fou, je veux pas de médicaments ». Ils nous donnent souvent l'exemple « j'ai vu le mec là, il est bourré de cachetons. Il se promène comme une momie, je veux pas être ça » (CPIP).*

*« [Les prédispositions à l'introspection, au travail sur soi...] Ça ne va pas de soi. Ben non, et puis culturellement, la plupart des clients, ils ne sont pas là-dedans. Non, ils sont pas là-dedans. Moi je suis sur l'idée que y a des gens qui sont pas là-dedans, mais parce qu'ils ont jamais rencontré quelqu'un qui pourrait... [...] Je pense qu'il y a des gens qui d'eux-mêmes n'iront jamais, parce que c'est tellement connoté « je vais voir un psy, c'est que je suis fou ». Et puis, il y a à l'inverse, des gens qui, compte tenu de leur parcours effectivement, ben, ça correspond pas. Ça correspond pas, parce que ce qu'on est en train de leur demander, c'est pas de la mauvaise volonté, c'est qu'ils sont matériellement incapables de le faire. [...] Donc je pense que l'injonction de soin ou le suivi socio-judiciaire, c'est une bonne chose. C'est une bonne chose parce que c'est un a priori qui est faux de la liberté de chacun, de faire ce qu'il a envie de faire et de sa capacité à le faire. Et c'est faux quoi, c'est faux » (CPIP).*

*« Beaucoup nous font part, d'une réticence à avoir consulté des psy, pas seulement du côté du registre défensif de se confier à un inconnu... et en fait, n'ayant pas connaissance de ce que c'est qu'un CMP et que le CMP s'adresse à tout citoyen et que c'est complètement pris en charge. Et beaucoup réalisent, en début de prise en charge qu'ils auraient pu bénéficier en fait, de ce service-là avant. Donc c'est souvent un constat. C'est dans l'après-coup, mais il est quand même là. C'est vrai que pour le sens commun, le psychologue, vraisemblablement, c'est profession libérale quoi. Tout à fait, exactement. Et puis le CMP, on sait pas ce que c'est que ces trois lettres-là. Donc, comme c'est relié à une institution, ça parle pas et puis quand on dit la psychiatrie, bon ben, c'est les fous, c'est les pathologies psychiatriques, je suis pas concerné, je suis pas là-dedans » (Psychologue, SMPR, CMP).*

Cette demande de soin serait d'autant moins exprimée que ces condamnés n'éprouveraient pas nécessairement une véritable souffrance, faute d'une réelle conscience de leurs troubles. Pour ces soignants, « l'absence de demande occulterait une souffrance cachée et une demande potentielle qui ne peut s'exprimer du fait que la « pathologie » de ces sujets les empêcherait de la formuler »<sup>282</sup>. Ce sont les résistances à cette prise de conscience qui seraient à la source de « nombreuses violences envers soi-même ou envers autrui »<sup>283</sup>.

*« Le rôle c'est de reconnaître qu'un auteur de violence sexuelle, il a un problème psychologique, à mon avis plus souvent que psychiatrique et il a un problème de rapport à la loi et aux autres. C'est plus globalement un rapport aux autres, qui se traite du côté d'une punition, d'une sanction ju...pénale, et de l'autre côté, d'une offre de soins pour traiter ce... cette difficulté dont lui-même n'a pas conscience. [...] On sait que dans la psycho-patho des auteurs de violences sexuelles qui avait émergé ou qui avait confirmé la recherche, on sait qu'ils n'ont pas conscience de leur souffrance, qu'ils n'ont pas accès à l'empathie et que donc, quand on ne souffre pas, on ne demande pas de soins. On va pas chez le médecin quand on se sent en forme. Et que donc, il fallait les inciter, les obliger, les enjoindre en l'occurrence, c'est-à-dire leur économiser d'avoir à faire une demande qu'ils ne faisaient pas. Moi je le vois comme ça, comme une économie, une offre de soins. Moi je dis à mes patients « On vous propose de vous soigner et de prendre soin de vous. C'est pas donné à tout le monde ». C'est un peu biaisé, j'en conviens mais c'était ça l'idée. Il fallait pas attendre qu'ils demandent, puisque ils demandaient pas (Psychologue, SMPR).*

<sup>282</sup> Doron C.-O., « La volonté de soigner. D'un singulier désir de soin dans les politiques pénales », *La philosophie du soin*, Paris, PUF, 2010, 283-300.

<sup>283</sup> Chami J., « La contrainte aux soins, enjeux et difficultés », *Connexions*, 2013, vol. 1, n° 99, 73.

L'injonction et, en amont, l'incitation au soin en détention, viseraient donc à « leur économiser une demande » qu'ils ne seraient pas en mesure de formuler eux-mêmes. Le dispositif est perçu comme un « pari » destiné à produire un « déclic » chez ces condamnés, deux termes qui sont régulièrement revenus dans les propos de nos interlocuteurs. Parfois qualifié de « pré-thérapeutique », l'aménagement d'un premier espace de rencontre cherche à dépasser la contrainte pour progressivement « créer le besoin » et les faire accéder aux soins<sup>284</sup>. En amont d'une réelle thérapie, il s'agirait de constituer « le sujet comme sujet souffrant, prenant conscience de sa souffrance et du caractère pathologique de son acte »<sup>285</sup>.

« Les entretiens faits en incarcération sont là pour l'amener à réfléchir uniquement, ce qui est un préliminaire à la question pour envisager dans un second temps et éventuellement de se soigner ensuite et de poursuivre alors une thérapie au sens strict du terme. Ce temps-là, des préliminaires aux soins n'est pas terminé, loin de là, le sujet n'est absolument pas dans cette démarche de réflexion et d'élaboration de son vécu » (expert, D98).

« Parfois, c'est en mangeant qu'on a de l'appétit, et c'est en venant aux soins un peu contraint, qu'on se rend compte qu'on n'a rien à craindre de la psychiatrie et au contraire, on peut en tirer d'énormes bénéfices et que ces injonctions de soins, ça permet de mettre le pied à l'étrier à un certain nombre de personnes et qui leur donnent une occasion de s'améliorer en tant que citoyen » (Psychiatre, expert).

« C'est tout le pari de la loi. C'est le gros pari de la loi, c'est pour ça que je la défends fermement et que je continue à le faire. C'est poser en... préambule, le fait que la contrainte puisse que le sujet, dans le temps, aille vers le soin, rentre vers le soin et qu'on puisse... Le but c'est de l'approcher quoi [...]. Mais le postulat de base de la loi, de ce que j'en ai compris, c'est ça hein, c'est juste permettre la rencontre. Au quitte de la forcer. Ça peut paraître particulier parce que c'est une atteinte aux libertés. C'est une atteinte à la liberté individuelle du sujet, j'en ai bien conscience euh... mais c'est un pari. C'est-à-dire que si on ne le contraint pas, on ne le rencontre pas. Mais il faut y aller. [...] C'est ce que dit Balier. Si on n'y va pas, personne n'ira, et c'est pas le sujet qui va venir » (Psychiatre, médecin coordonnateur).

« Donc c'est l'histoire d'une rencontre si je puis dire, c'est-à-dire qu'on revient aux soins contraints, c'est-à-dire qu'on ne peut pas obliger quelqu'un à se soigner s'il ne veut pas se soigner. Par contre, on peut l'obliger à rencontrer un soignant, ce qu'il n'a jamais fait et ce qu'il n'aurait jamais fait de lui-même. Ça c'est important. Je cite souvent cet exemple parce qu'il me plaît bien. Un psychiatre qui dit que quand il reçoit quelqu'un qui est obligé de venir, et qui lui dit « je viens là parce que je suis obligé » et il commence en lui disant « quelle chance que nous avons que vous ayez été condamné, nous pouvons nous rencontrer ». [...] L'obligation c'est aussi de mettre en relation, deux personnes qui de toute façon, ne l'auraient pas été. Qui pour des raisons x ou y, ne l'aurait pas fait ; ce n'est pas dans la culture, ce n'est pas dans la possibilité [...] C'est comme le reste, il faut une capacité de maturation. Tous autant qu'on en ait, on n'est pas apte, et je me mets dans... on n'est pas apte d'entamer un travail sur soi-même, pour gérer ses petits travers. [...] Il faut qu'à un moment donné, il y ait le lien thérapeutique qui se crée. Et ça, ça ne se crée pas du jour au lendemain. Si on laisse la personne, c'est trop difficile et elle va pas y aller. Après, il faut faire un constat à un moment donné. À un moment donné, il faut faire le constat, c'est-à-dire c'est pas le soin contraint pendant 25 ans, ça a pas de sens si ça reste contraint. Mais je pense qu'il faut pas non plus faire l'inverse, c'est le fameux 'démarche volontaire'. Qu'est-ce que c'est qu'une démarche volontaire ? C'est qu'on est en capacité de le faire parce que parfois, la personne qui ne fait pas de démarche vis-à-vis du soin, c'est parce qu'elle ne veut pas. Parfois, c'est parce qu'elle sait bien ce qu'elle va trouver si elle... et donc elle ne veut surtout pas y aller. [...] On voit ça avec des personnes qui vont avec un psy pendant 3 mois, 4 mois, 5 mois. Tout se passe bien et puis tout à coup « ah non, je change de psy ». Ben oui, parce que c'est là où on arrivait au nœud du problème quoi. Et puis, vous avez d'autres personnes qui effectivement, ne sont pas formées à, ne sont pas éduquées, élevées et donc, il leur faut du temps pour assimiler ça. C'est comme si on disait, on met quelqu'un dans une voiture, soit il sait conduire tout de suite, soit c'est pas la peine, il prendra son vélo. Je pense qu'il y a ça » (CPIP).

« Ben après, c'est des questions de rencontres. C'est-à-dire qu'on peut la contraindre à des soins, c'est la question de la relation avec le thérapeute quoi. Si la rencontre fonctionne, ça se tente, toujours. Après, est-ce réellement, la personne qui est pas du tout adhérente aux soins, en tire un bénéfice, si on l'oblige à aller voir un médecin une fois par mois ? Ça, j'en sais rien. Ça, j'en sais rien mais après, je dis qu'il ne faut pas priver de la possibilité non plus, que ça puisse éventuellement marcher quoi » (JAP).

<sup>284</sup> V. également Ciavaldini A., *Prise en charge des délinquants sexuels*, Paris, éd. Fabert, 2012, 27 et s.

<sup>285</sup> Doron C.-O., « Soigner par la souffrance », *Les Cahiers du Centre Canguilhem*, n° 4, Paris, PUF, 2010.

## B- La contrainte : un préalable obligé

À défaut de demande spontanée et « authentique », les professionnels de santé se sont longtemps et majoritairement dits sceptiques quant à l'efficacité des thérapies fondées sur la contrainte. Cet impératif opère souvent dans le champ du soin comme un « repoussoir. *Les résistances à son endroit sont rationalisées, justifiées, autour d'un principe de liberté de choix, présenté comme condition sine qua non d'une relation thérapeutique authentique* »<sup>286</sup>. Si les soins pénalement ordonnés sont encore loin de générer un consensus au sein de la communauté médicale, plus particulièrement du côté de ceux qui n'ont guère l'habitude ou l'envie de travailler auprès de la clientèle pénale, les thérapeutes interrogés ne considèrent pas la contrainte comme une entrave, comme un obstacle à l'émergence d'un véritable engagement dans le soin.

Comme les professionnels de la justice et leurs auxiliaires, ils s'en justifient par comparaison avec la situation de ceux qui ne se trouvent pas sous contrôle judiciaire. Même en dehors du système pénal, peu de patients engageraient volontairement des soins, au-delà même des malades hospitalisés sous contrainte. Les opposants aux soins pénalement ordonnés évacueraient donc « *la plupart des situations concrètes où la liberté de choix (qu'il s'agisse du soin lui-même ou du thérapeute choisi) est souvent fictive* »<sup>287</sup>.

*« Je pensais aux prises en charge avec les sujets psychotiques. Parce qu'on a un peu le même combat hein. Souvent, on se retrouve à l'hôpital, avec des sujets qui ont rien demandé, clairement. Enfin, ils nous disent, je parle des sujets psychotiques, qui se retrouvent à l'hôpital sous contrainte, SDT, SDRE. On va prendre le SDRE. Et souvent les gens me disent « y a rien à faire là. C'est une méprise. Et puis de toute façon, j'ai rien à vous dire. Qu'est-ce que c'est que ce bazar ? Je veux partir ». Mais c'est la même configuration. Des fois, j'essaie de faire entendre raison à mes collègues avec... mais on n'est pas très loin. Et puis quand on connaît la psychopathologie sous-jacente, on n'est pas si loin que ça. Alors, en termes de défense et de mécanismes, on est très, très, très proche quand même de, de la psychose, même si on n'est pas dedans. Et du coup, pour moi, apporter des soins et aller à la rencontre de tels sujets, ça procède du même mouvement. C'est-à-dire que je vois, mes collègues psychiatres, ça va pas leur traverser la tête de leur dire « mais que font ces psychotiques à l'hôpital ? ». Bon ben, il faut qu'ils arrêtent la psychiatrie urgemment quoi. Ça coule de source. Alors, ça coule moins de source avec les sujets effectivement enjoins dans le cadre des injonctions de soins, mais dans mon esprit, ça chemine vraiment pareil. C'est-à-dire qu'il y a un dispositif qui est contraignant, qui contraint, juste pour permettre la rencontre pour traiter des choses, dont le sujet n'a pas conscience, clairement, et des problématiques extrêmement profondes (archaïques ??), qui amènent les passages à l'acte, la violence. La loi, elle est clairement pensée comme ça, et pour ça » (Psychiatre, expert, médecin coordonnateur).*

*« Enfin, mon expérience en tant que psychologue, c'est que y a quand même extrêmement peu de gens qui d'eux-mêmes un beau matin, se disent « tiens, je devrais aller voir un psy » et que la plupart des demandes de soins, pour des choses graves ou moins graves, elles émanent d'un tiers. Moi, quand je travaillais en psychiatrie générale, on voyait arriver des gens alcooliques qui disaient « je viens vous voir, parce qu'il faut que j'arrête de boire, sinon ma femme va me quitter », ce qui n'est pas une demande spontanée, qui est aussi un peu à côté de la plaque. Les grands psychotiques délirants, ils demandent pas grand-chose, c'est quelqu'un qui les amène à l'hôpital. Voilà, des gens qui ont une initiative pure d'eux-mêmes pour aller vers les soins, ça n'existe pas. À partir de là, je me dis que ces patients-là, le tiers c'est la justice et puis après, de créer du lien, de s'engager dans du soin, ça c'est euh, ben moi je trouve que c'est notre boulot à nous les soignants. Pour moi, chaque nouveau patient est un défi, injonction de soin ou pas injonction de soin, peu importe, la rencontre elle est jamais gagnée. L'établissement d'une relation de confiance, c'est jamais gagné, donc l'injonction ben voilà, le tiers c'est la loi qui les envoie, et puis après, ben c'est notre boulot d'arriver à créer une confiance... voilà » (Psychologue, SMPR).*

*« Mais comme mon travail consiste à rencontrer des gens qui de toute façon, ne savent jamais pourquoi ils sont là et moi non plus, je ne vois pas pourquoi je n'entamerais pas un travail sous cette forme-là. Y en a qui sont envoyés par leur père, leur mère, leur frère, leur sœur, leur femme, leur mari. Ce n'est pas mieux,*

---

<sup>286</sup> Chami J., *op. cit.*, 72.

<sup>287</sup> *Ibid.*

*c'est une sorte d'injonction de soin, donc de toute façon, ça peut se travailler de la même manière. Et là, on voit tout de suite le travail démarrer » (Psychologue, CMP).*

Ces soignants sont d'autant plus convaincus de la démarche qu'elle aboutirait régulièrement à l'émergence d'une véritable adhésion à la psychothérapie. La notion apparaît certes « douteuse »<sup>288</sup>, a fortiori sur un plan juridique, mais Marcel Colin évoque dès lors une « anticipation de consentement », le traitement imposé étant selon lui « ratifié par le sujet dans l'après-coup (ce qui est vérifié dans la quasi-totalité des cas). En fait, l'intervention de la loi s'avère un puissant adjuvant thérapeutique »<sup>289</sup>.

*« [Le consentement], c'est nécessaire pour les poursuivre, pas pour les commencer (rire), en gros c'est ça. Et on s'appuyait sur l'expérience de la prison, en disant les gens sont quasiment obligés, ils se sentent obligés de, ils viennent comme ça. J'avais toujours une image... On les poussait dans le bureau, mais après, on voyait bien qu'il y en avait certains qui, dans ce cadre-là, finissaient par adhérer. L'image que je gardais toujours, c'est que je préférerais souvent ceux qui étaient poussés comme ça, qu'on les poussait, que ceux qui arrivaient en disant « Docteur, j'ai tout compris ». Ils venaient d'être arrêtés ou ils venaient de prendre quelques années. Ceux-là, moi je... j'ai beaucoup... voilà. C'est un peu ça et du coup, on était un peu crédible. On avait vu qu'ils arrivaient comme ça, contraints et puis, au fil du temps, on a vu qu'il y avait une possibilité » (Psychiatre, SMPR).*

*« Je dis pas que c'est un traitement miracle, loin de là mais il arrive même non rarement, qu'il y ait des personnes justiciables, en fin d'injonction de soin qui demandent à continuer, qui décident eux, de continuer en partie, même si nous obligatoirement, on n'y voyait pas une nécessité, eux ça les a aidés pour pouvoir trouver leurs marques et puis se stabiliser (Psychiatre, MC).*

Si tous les thérapeutes sont loin d'être aussi ouverts à de telles modalités d'intervention, comme en témoignent les difficultés de prise en charge dans certains CMP (v. *infra*), la plupart des professionnels interrogés évoquent néanmoins une acculturation progressive, notamment sous l'effet des formations réalisées dans les facultés de médecine ou encore les centres de ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (CRIA VS), souvent d'ailleurs à l'initiative de soignants du SMPR, d'experts et/ou de médecins coordonnateurs.

*« Je pense que ça doit évoluer un petit peu, dans le milieu psychiatrique, où peut-être, y a plus la même opposition que pendant une certaine période » (CPIP).*

*« Est-ce que on a été persuasif? Oui, en tout cas, y en a qui ont adhéré, ont commencé à travailler là-dessus, mais j'étais surpris par le... Là récemment j'ai fait un truc, un petit topo que j'avais fait régulièrement. J'ai des jeunes psychiatres, et certains avaient quand même une culture... au bout de quelques années, je terminais ce truc-là sur les... tous les deux ans et je suis frappé par le fait qu'on commence à voir des gens qui ont une saine culture, une connaissance des choses, que avant, c'était impossible. [...] J'ai le sentiment qu'il y a une formation, qu'il y a un travail qui s'est fait, etc. Et puis que y a... l'ambiance générale concerne la question de la dangerosité qui apparaît. Donc ils sont pas imperméables à tout ça. Donc, je pense que certains ont réagi en disant... ça aiguisait les tendances. C'est-à-dire ceux qui ont eu peur, se sont dégagés de ça et d'autres ont mis le nez dedans un peu plus sérieusement. Voilà, moi il me semble... Mais, y a quand même... on voit bien, qu'il y a quand même quelques effets, avec des jeunes qui ont un certain intérêt... C'est très subjectif, parce que j'en vois comme ça à des cours. Il y a quelques semaines, j'ai fait un truc, y avait deux jeunes... quand je dis jeunes... 30-35 ans (rire) bon, mais ils savaient des choses et c'était pas du copié-collé. Ils avaient un truc, une culture, qui tenait. Jamais j'ai envisagé ça il y a 15 ans » (Psychiatre, SMPR).*

*« Alors, moi au début, j'étais radicalement opposée à ça. Quand j'ai commencé à exercer, je me disais, pas de demande, pas de soins. [...] J'en suis un peu revenue, parce que je trouve qu'il y a des populations qui n'accèdent jamais, je parle même pas de soins mais en tout cas de verbalisation, si on va pas les chercher. Donc, je trouve que c'est pas mal dans certains cas de dire « tu vas aller faire un tour chez un psy, et déjà tu vas être un peu contraint à parler, à t'expliquer, à un peu te raconter » et après, je pense que c'est à nous d'aller chercher quoi, de dire « t'es un peu contraint, moi j'aime pas travailler sous la contrainte. On*

<sup>288</sup> Doron C.-O., « Soigner par la souffrance », *op. cit.*, 21.

<sup>289</sup> Colin M., « Nul n'est tenu de se soigner », in Ciavaldini A. (dir.), *Violences sexuelles, le soin sous contrôle judiciaire*, In Press, 2003, 20-21.

*va essayer de trouver un espace de parole pour que, on se rencontre quand même, en dépit de la contrainte ou de la demande qui t'es un peu imposée, d'aller rencontrer quelqu'un [...]. C'est faire émerger une occasion de parole, parce que y a des gens qui auront jamais de demande, qui demanderont rien. Ils auront pas de désir à faire émerger, mais y a de la verbalisation qui pourrait être là. Je pense qu'il faut pas qu'on s'enferme dans cette idéologie de la demande, qui est quand même une idéologie pour une certaine psychanalyse, plutôt lacanienne, dont je suis, mais avec laquelle je suis assez critique quand même. Et je pense qu'on peut faire du travail quand même, sans qu'il y ait de demande en fait » (Psychologue, expert).*

### **C- Les objectifs de la thérapie : entre étayage psychologique et prévention de la récidive**

Les professionnels de santé assignent à la prise en charge un objectif clinique, mais plus souvent dans une logique de « *care* », prendre soin, que de « *cure* ». En l'absence de véritables « maladies » qu'il conviendrait de « guérir » ou de traiter, il s'agit plutôt, par le biais d'un étayage psychologique, d'accompagner le condamné pour qu'il développe des capacités d'introspection et de réflexion quant aux troubles qui l'affectent, mais aussi pour qu'il puisse exprimer ses « *blessures personnelles* » (CPIP), notamment dans l'hypothèse (fréquente) de traumatismes subis dans l'enfance.

« Le terme de soins pour une personne qui par ailleurs n'est pas reconnue comme malade mental se justifie ici dans la mesure où un psychiatre peut apporter une aide à la réflexion et un étayage psychologique à certaines personnes présentant de tels troubles du comportement sans que ces personnes soient reconnues comme porteurs d'une maladie mentale authentique » (expert, D48).

« Son état ne pourra connaître une évolution positive que dans un contexte élaboratif secondaris, permettant le développement de capacités conceptuelles, d'introspection et d'autocritique tel que l'offre le cadre d'une psychothérapie [...]. Un traitement psychotrope ne peut être considéré qu'avec une valeur d'étayage » (expert, D57).

Dans cette perspective clinique, partagée d'ailleurs par les professionnels de la justice, comme le montre l'extrait d'entretien suivant, la prise en charge thérapeutique doit contribuer à un « *mieux-être* » (CPIP), permettre une « *maturation du sujet sur le plan psychologique* », ou encore « *une entrée dans l'intersubjectivité* » (expert, D95). Les praticiens valorisent aussi cet accompagnement psychologique en ce qu'il permettrait d'abord d'affronter les souffrances induites par la détention elle-même, puis la fréquente phase de déstabilisation qui suivrait la libération.

*« [Est-ce que pour vous cette dimension sanitaire de la peine de SSJ est justifiée par rapport au profil des personnes ?] Oh oui quand même. [...] Souvent... Peut-être pas pendant toute la durée du SSJ mais... Parce que là j'ai un exemple. Il avait pas besoin mais il en avait besoin au début quoi. D'abord, c'est un sacré choc hein, hormis les faits, même le choc carcéral. La condamnation tout ça, l'image dans la société, tout ça, l'estime de soi. Non, c'est important. Non, non, je pense que c'est nécessaire. [...] Après la personne... de ce que j'ai vu évidemment, mais une fois qu'elle a été condamnée, qu'elle a fait sa détention et puis qu'elle sort en suivi socio-judiciaire, parfois pour 10 ans, voire plus, ou 5 ans même, ben je pense qu'au sortir de la détention, c'est important aussi. Peut-être pas pour toute la période mais au sortir oui. [...] Quand on sort de son... comment je dirais ça... quand on sort de son contexte de vie et qu'il y a un tel changement, c'est un moment de fragili... enfin, un moment où on peut être fragilisé. Il faut vraiment sécuriser les choses, et puis avoir des temps pour soi, de parole, pour verbaliser tout ça plutôt que de le contenir et puis que ça ressorte et comment » (CPIP).*

Dans l'esprit de certains professionnels de santé, cette philosophie thérapeutique participe de la prévention de la récidive. Cette dimension ne transparaît pas toujours dans ces termes, mais transpire des expertises une perception du soin comme un instrument destiné à mettre le condamné en capacité d'adopter un comportement en conformité avec les exigences de la loi, à lui donner « *des armes pour éviter de retourner en prison* ». Dans cette perspective, la prise en charge médicale induit une réflexion sur les faits, sur les « *motivations inconscientes sinon conscientes* » (expert, D84) de leurs comportements, afin de « *donner un sens à l'origine de ses actes délictueux* » (expert, D25). Elle s'apparente alors à une « *rééducation psycho-criminologique dont le but est d'apprendre au sujet à éviter le passage à l'acte et de le réadapter à la vie sociale en lui enseignant à contrôler ses dysfonctionnements relationnels, en corrigeant certains de ses comportements* »<sup>290</sup>.

<sup>290</sup> Doron C.-O., « Soigner par la souffrance », *op. cit.*, 13.

*« Que ces soins ont été bénéfiques, et m'ont donné des capacités, des armes et des compétences, pour une meilleure maîtrise de mon comportement, et ne plus jamais m'exposer au coup de la loi ». Parce que l'objectif c'est ça : ne plus s'exposer au coup de la loi. C'est pas changer la personne. On ne change pas une personnalité. Heureusement que la psychiatrie n'a pas le pouvoir de changer les personnalités, mais donner au sujet, la capacité de pouvoir vivre en... en sympathie avec sa personnalité, c'est-à-dire de pouvoir se faire confiance à nouveau, en se connaissant mieux, et en sachant par où il risque de se mettre en difficulté avec la société. Et cette connaissance de soi, cette connaissance du bon comportement à adopter, pour ne plus tomber sous le coup de la loi, ce qui ne veut pas dire que la personne va renoncer au plaisir, au bonheur, etc. (Psychiatre, expert).*

Si certains experts mentionnent explicitement la prévention de la récidive parmi les finalités qu'ils assignent à l'injonction, la plupart se contentent de préciser que la thérapie doit être une occasion de questionner le passage à l'acte, mais aussi le rapport à la victime et aux autres, pour plus globalement « mieux appréhender l'altérité » (experte, D93), « se forger des repères moraux » (D93), développer « quelques sentiments de culpabilité » (D83) ou encore « continuer à tenir compte de la gravité de ce qui lui est reproché » (D83). La visée de la thérapie puise dès lors dans la philosophie classique de l'amendement moral. La prise en charge thérapeutique doit contribuer au rachat moral du condamné, lui permettre de purger sa faute, de transformer son rapport à lui-même et au monde. Il s'agit alors de « produire une révolution intérieure, une mutation complète de l'individu qui fasse devenir honnête et choisir la vertu plutôt que fuir le vice »<sup>291</sup>. Au risque de l'inclure dans le châtement comme instrument de culpabilisation, ce châtement ayant, pour reprendre l'analyse de Nietzsche, « pour valeur d'éveiller dans le coupable le sentiment de la faute, on cherche en lui le véritable instrument de la réaction psychique qu'on appelle « mauvaise conscience », « remords » »<sup>292</sup>. Les soins participent d'une stratégie « régénératrice », en produisant dans l'histoire de l'individu « une césure », une mutation qui le rende comme étranger à lui-même [...]. La punition ne vise plus alors la conformité extérieure à la loi, mais l'inclination intérieure. C'est l'utopie de l'homme neuf : la punition devrait permettre une rédemption salvatrice et l'abandon du vieil homme. Si l'on ne partage pas la mystique de ce vocabulaire religieux, il convient de parler alors d'un conditionnement produit par la peine, tel que les normes sociales deviennent pour l'individu puni ses propres normes de comportement »<sup>293</sup>. F. Gros établit naturellement un lien avec la pensée platonicienne, d'une justice comme « santé de l'âme », comme éducation ou redressement de l'âme et « psychagogie active »<sup>294</sup>. « La santé est au corps ce que la justice est à l'âme : un principe d'ordre, d'équilibre et d'harmonie : « la juste peine est de rendre harmonieux celui qui est discordant » (Platon, *Critias*, 106b trad. J.-F. Pradeau, Paris, Les belles lettres, 1997, 37) »<sup>295</sup>. « Punir, c'est amender, réformer, mais sur la base d'une compréhension psychologique du sujet pris en lui-même, dans l'irréductibilité de son histoire et de sa complexion propres. Le voilà enfin reconnu, dans sa singularité psychologique, le sujet de la peine, et c'est autour de lui désormais qu'elle prend sens »<sup>296</sup>. F. Gros y voit une « utopie de la compréhension salvatrice de soi. Étrange dialectique au fond : c'est seulement quand je comprends pourquoi j'ai été ce que j'ai été que je deviens un autre. Je ne peux plus être comme j'ai été, dès que je comprends ce qui me déterminait à être ainsi »<sup>297</sup>. Le soin s'affirme en définitive comme une « technique de redoublement des mécanismes légaux »<sup>298</sup>. « La loi agit à la surface de l'individu : elle peut l'amener à faire certains actes formels mais ne peut le contraindre dans son intériorité à éprouver certains affects, à modifier son rapport intime à tel ou tel acte. Ainsi, le système pénal peut certes condamner un sujet et le reconnaître coupable d'un acte, mais elle ne peut exiger du sujet qu'il se pense comme coupable, qu'il se subjectivise comme tel, intériorise sa faute et accepte sa peine. De même, la loi ne peut exiger que le sujet reconnaisse pleinement les victimes. Elle peut exiger au mieux qu'il les indemnise mais elle ne peut ni exiger de lui ni le contraindre à la compassion envers elles et aux regrets sincères. [...] C'est ici que le soin va d'abord venir se loger. Il

<sup>291</sup> Gros F., « Punir, c'est éduquer un individu », in Garapon A., Gros F., Pech T., *Et ce sera justice. Punir en démocratie*, Paris, Odile Jacob, 2002, 93-94.

<sup>292</sup> Cité in *Ibid.*, 94.

<sup>293</sup> *Ibid.*

<sup>294</sup> *Ibid.*, 96.

<sup>295</sup> *Ibid.*, 100.

<sup>296</sup> *Ibid.*, 105.

<sup>297</sup> *Ibid.*, 107.

<sup>298</sup> Doron C.O., « La volonté de soigner. D'un singulier désir de soin dans les politiques pénales », *op. cit.*, 287.

va venir redoubler les mécanismes légaux impuissants et appuyer des mécanismes carcéraux tout aussi impuissants. Le soin va apporter des techniques censées transformer réellement, et en profondeur, le rapport du sujet à son acte, à sa culpabilité, à la victime et à sa peine »<sup>299</sup>.

Cette dimension est toutefois bien plus souvent mise en avant par les professionnels de la justice et leurs auxiliaires, experts et médecins coordonnateurs, que par les thérapeutes.

*« Et en fait, la formation avec le CRIAVS, c'était intéressant, parce que du coup, y avait des psys. Et eux nous disaient « mais nous, notre but, ce n'est pas la non-récidive. Nous, notre but, c'est que la personne aille mieux ». Alors que la justice envoie en masse... On n'est pas sur le même plan en fait. On n'est pas sur les mêmes attentes. Nous c'est par récidive, etc. Le psy, au final, non. C'est pas ça. On n'est pas sur les mêmes plans » (CPIP).*

À des degrés divers, et sans pour autant y être insensibles, ces derniers se refusent à en faire une priorité de leur intervention, avec pour justification le souci de ne pas dénaturer le sens du soin. Dans un avis publié en 2006, le Conseil Consultatif National d'Éthique (CCNE) citait ainsi Catherine Paulet, alors psychiatre au SMPR du centre pénitentiaire de Marseille : *« Le traitement n'a pas (et ne peut pas avoir) pour objectif la prévention d'une récidive délinquante mais la mise en œuvre d'un travail (difficile et incertain) d'élaboration psychique qui permet au sujet souffrant engagé dans le travail, de repérer son fonctionnement mental, son mode relationnel et leurs conséquences, et le cas échéant d'y remédier. Dire cela ne constitue pas un désengagement coupable mais une nécessité thérapeutique, particulièrement en psychiatrie. Le soin peut, peut être et de surcroît, contribuer ainsi à la prévention »*<sup>300</sup>. Selon C. O. Doron, *« La psychologie, dépêchée là pour faire ce travail de redressement, ne supporte pas d'être ainsi réduite à une entreprise de normalisation et entend faire valoir ses compétences propres. Car on n'attend pas d'elle qu'elle comprenne l'individu, mais seulement qu'elle le connaisse assez pour pouvoir le réinsérer, le réadapter. C'est comme si la justice ne voulait faire entendre au psychologue attaché à la peine que la question : « Pouvez-vous faire de cet individu un sujet soumis aux normes ? » Alors que le psychologue, lui, vient avec une tout autre question : « Qui est-il pour avoir commis ce crime et ce délit ? »*<sup>301</sup>.

*« Je trouve qu'on a chacun nos missions. C'est aussi l'intérêt du montage suivi socio-judiciaire, injonction de soin. Ça clarifie très clairement les missions de chacun. Donc, les soignants soignent et les acteurs de la justice, préviennent la récidive. Enfin, punissent et préviennent la récidive. Et y a pas de confusion possible. En tant que citoyenne, et même avec ma petite conscience de soignante, je suis embêtée quand un patient récidive. Quand je les vois revenir à la maison d'arrêt je me dis « ben merde quoi ». Évidemment, il y a une forme de, de déception, d'incompréhension, etc., mais c'est pas mon boulot l'appréhension de la récidive, très très clairement. Ça, alors là, moi je... je veux pas me sentir coupable par exemple. Je me dis qu'il y a encore du boulot. Chez les soignants, on parle de répétition, pas de récidive. La répétition, c'est un mécanisme psychique, qui fait que on tourne en boucle sur la même chose. La récidive, c'est autre chose, puisqu'il y a une mise en acte d'un comportement euh, d'une infraction, d'une... voilà, y a un rapport à la loi. Alors que la répétition, on répète tous des tas de choses. On se remet inmanquablement dans les mêmes situations, donc il peut y avoir de la répétition sans récidive par exemple. C'est-à-dire que quelqu'un qui se remet dans les mêmes fonctionnements, en choisissant le même genre de situation bancaire, il a pas forcément récidivé [...] moi je considère que [la prévention de la récidive] c'est pas de ma responsabilité. Donc on en tiendra compte évidemment. Quelqu'un qui réitère des actes, on va en parler, mais c'est pas... en tout cas, c'est pas l'objectif du soin. Clairement, prendre soin de quelqu'un, se préoccuper de sa souffrance ne peut que concourir à la prévention de la récidive mais c'est pas l'objectif premier. Ce qui est pas forcément très facile à faire entendre... aux collègues, parce qu'on peut se sentir responsable au-delà de... et puis qu'on a des patients qui ont un peu tendance à nous réfiler... le bébé avec l'eau du bain sur la durée de l'injonction de soin par exemple ou de l'obligation » (Psychologue, SMPR).*

*« [L'objectif de l'injonction de soin] Il est double. Ce qu'en dit la loi, y a la prévention de la récidive. Elle est on ne peut plus explicite la loi hein. Et apporter des soins. Mais y a cette ambiguïté... non, je corrige, c'est pas le bon mot je crois, mais la loi porte les deux en même temps et c'est peut-être aussi pour ça je*

<sup>299</sup> Ibid., 287-288.

<sup>300</sup> La santé et la médecine en prison, Avis n°94, 2006, 33.

<sup>301</sup> Ibid., 106.

*crois que ça explique beaucoup les... certains collègues sont peut-être pas à l'aise avec la loi, parce que au sein de la loi, il y a les deux volets quand même. Y a prévention et lutte contre la récidive et en même temps, amener du soin quoi. Sous la forme de l'injonction. C'est vrai que c'est... Ceci dit, la psychiatrie, les psychiatres devraient être à l'aise dans cet inconfort permanent, parce que la psychiatrie est née aussi, avec la même contradiction. Elle nous poursuit. Moi ça me gêne pas. Alors, y en a que ça gêne, même des gens du fond de leur... qui disent « je veux pas entendre parler de la prévention de la récidive ». Attends, c'est pas des conneries quand même. Rien qu'en tant que simple citoyen, t'es concerné comme tout le monde. [...] Je nuancerais un peu effectivement. La prévention de la lutte de la récidive, n'est pas forcément mon premier objet, mais ça me dérange pas de participer, en tant qu'acteur de soins, du soin, à aussi, aller là-dedans. C'est-à-dire on sait très bien que si le sujet va mieux, sur un certain nombre de coordonnées, on peut naïvement penser, qu'il y aura peut-être moins de récidive » (Psychiatre, expert, médecin coordonnateur).*

Nous verrons à l'occasion de l'analyse de leurs pratiques que les thérapeutes ne font pas nécessairement l'impasse sur l'évocation des faits, mais ils entendent appréhender ceux-ci sous le seul angle du vécu subjectif des condamnés<sup>302</sup>. Ils ne travaillent pas sur les faits eux-mêmes, mais « *autour des faits et autour du sens qu'ont les faits pour la personne* » (Psychiatre, SMPR).

*« Alors, la reconnaissance des faits. Moi je considère que la prévention de la récidive, ce n'est pas mon boulot. Moi je travaille avec la souffrance de la personne. Celui qui est... Alors, c'est assez étonnant. Il faut être très attentif quand on est psy, parce que ils disent qu'ils l'ont pas fait, mais ils disent pas qu'ils sont innocents, par exemple, ce qui est pas tout à fait pareil. Mais le fait qu'ils avouent ou pas, moi c'est pas mon problème. Là, on est dans une approche psychodynamique hein, on n'est pas dans les thérapies comportementales qui elles, accordent beaucoup d'importance à tout ça. Mais, du côté de la souffrance, celui qui se retrouve condamné, alors qu'il pense qu'il a rien fait de mal. C'est pas forcément rien fait, mais c'est rien fait de mal, il est forcément en souffrance. Et c'est sur cette souffrance-là qu'on va pouvoir travailler » (Psychologue, SMPR).*

*« On dit toujours dans notre travail... parfois je sais que c'est difficile à accepter à certains de nos interlocuteurs mais nous, c'est la parole de la personne qui nous rencontre. On travaille sur cette parole et avec cette parole-là. La question de la réalité, des faits, ça n'est pas notre souci premier » (Psychiatre, SMPR).*

*« En fait, je me rends compte que je ne questionne quasiment jamais sur les faits, comment dire, au sens de l'enquête, quand ça a eu lieu, comment, avec qui, à quelle heure, etc. Bien sûr, y a un moment où la question des faits arrive. Je dis toujours aux gens « moi, je ne suis pas magistrat, je ne suis pas policière, je suis vraiment psychologue. Ce qui va m'intéresser, c'est ce que vous pensez de ce que vous avez fait, de comment ça s'est passé pour vous. Mais pas forcément comment vous allez le dire à des policiers ». J'essaie vraiment de les questionner là-dessus. Donc je leur dis « je veux pas de détails ». C'est vraiment le vécu subjectif. [...] Après, c'est pas la reconnaissance des faits que je trouve informative sur la structure de la personnalité, moi c'est l'organisation du discours. C'est-à-dire que ce qui m'intéresse, c'est pas le fait qu'il me dise « oui, j'ai fait ça » ou « ben non, j'ai pas fait ça », ou bien « je l'ai fait.. C'est vrai que c'est pas bien », etc., c'est vraiment comment le discours se structure [...] parce que une structure psychique, c'est d'abord une structure de discours. Et ça, c'est une position thérapeutique. Donc la manière dont le discours se déploie, ça m'indique un mode d'organisation et un mode de fonctionnement. Donc, la manière dont la personne va déployer son rapport au fait, ça va être pour moi, indicatif de la structure de sa personnalité. Enfin, j'aime pas le mot de personnalité d'ailleurs mais de son organisation psychique. C'est plus ça » (Psychologue, expert).*

Cette mise à distance des infractions et du cadre judiciaire n'est pas nécessairement comprise par les acteurs judiciaires, pour lesquels cette dimension apparaît absolument essentielle, d'autant plus que certains d'entre eux légitiment l'injonction de soin non pas en référence aux troubles psychopathologiques des condamnés mais à l'acte posé. Celui-ci, par sa nature et sa gravité, serait en lui-même révélateur, non pas toujours d'une pathologie, mais *a minima* d'une nécessité thérapeutique. La réflexion sur le passage à l'acte serait alors incontournable et à ce titre insuffisamment prise en compte par les soignants.

<sup>302</sup> V. également Ventéjoux A., Hirschelmann A., « Soins pénalement ordonnés et positionnements professionnels : des pratiques au carrefour de la santé et de la justice », *Pratiques Psychologiques*, 2014, n°20, 95-110.

« C'est vrai que, autant par rapport aux obligations de soins, je suis critique, parce que je pense que c'est vraiment balancé aussi facilement que l'obligation de travailler d'ailleurs, qui veut rien dire et que l'obligation de soins... auxquelles il faut trouver un sens, qui n'en a pas forcément d'ailleurs. Autant je me pose moins la question sur les injonctions de soins où je me dis que quand même... je la remets moins en question, parce qu'il y a quand même des faits graves et... des faits très graves... ouais, J'ai moins tendance à la remettre en question effectivement » (CPIP).

« Moi j'ai quand même tendance à penser que pour les affaires de mœurs, il se joue quelque chose de plus compliqué dans le fonctionnement psychologique, il se joue quand même quelque chose de plus compliqué que les affaires de vols, les affaires de dégradations, etc. Ça veut pas dire que dans ces affaires-là y a pas besoin. Le nombre de gens qu'on voit... ça peut être des violences conjugales mais même, des gens qui sont sur des extorsions, etc., sur des faits bien particuliers où à un moment..., je pense qu'il y a nécessité d'aller creuser à un moment. Mais les affaires de mœurs, moi je pense que le problème c'est la longueur du suivi. Y a un moment où on pense que ça serait bon de s'arrêter. Mais par contre, moi je pense quand même que c'est... que ça a quand même quelque chose de particulier qui à mon avis nécessite qu'à un moment ou à un autre, y a un minimum de travail là-dessus » (CPIP).

« Ah ben oui, oui, oui, parce que forcément, si on est passé à l'acte, c'est que y a déjà un travail. Mais même, on ne parle pas forcément des injonctions de soins, mais à partir du moment où on passe à l'acte, je pense qu'il y a... on peut se poser des questions, pourquoi je suis passé à l'acte ? Moi je suis pour la mise en place, pas systématique hein, des obligations de soins mais essayer de faire comprendre aux gens que c'est notre boulot aussi, mais pourquoi vous êtes passé à l'acte ? Que vous avez travaillé sur le pourquoi du comment, repérage des situations. Pour moi, c'est important de proposer des soins » (CPIP).

« Ils voient plus le patient que le condamné je pense. Mais je pense peut-être un peu trop... après c'est mon point de vue mais forcément, peut-être que d'une manière aussi légitime que notre point de vue, mais ils sont très centrés sur le patient et sur le soin du patient, sans forcément peut-être l'inscrire sur la réinsertion de manière plus générale, en disant on fait partie de la réinsertion et la réinsertion c'est aussi la prévention de la récidive. Alors, je pense qu'ils l'ont en tête la prévention de la récidive » (JAP).

## §2- Un instrument supplémentaire de contrôle et de surveillance

Soulignant les ambiguïtés de l'injonction de soin, F. Gros écrivait en 1998 qu'« on ne sait plus si l'on soigne un sujet de droit, ou si l'on punit un malade »<sup>303</sup>. Derrière l'humanisme des finalités cliniques et le caractère positivement connoté du soin surgissent effectivement en filigrane des orientations plus répressives, ou « sécuritaires », pour reprendre les termes d'un expert psychiatre et médecin coordonnateur.

« Pour moi, c'est le bon côté de la chose et la partie probablement très idéalisée parce qu'il y avait les deux courants, qui préexistaient déjà à l'époque, on va dire porteurs de volonté de changement pour les contrevenants sexuels et le courant un peu sécuritaire qui était partisan d'un dispositif contenant et rassurant, dont fait partie aussi l'injonction de soin. L'idée de quelque chose qui soit durable, qui ne laisse pas entre guillemets, le contrevenant sexuel dans la liberté pure en sortant de prison par exemple, pour ceux qui étaient condamnés à de la prison » (Psychiatre, expert, médecin coordonnateur).

En entretien, l'exigence d'un surplus de contrôle et de surveillance (B) est, sans surprise, nettement plus souvent portée par les acteurs du système pénal, les experts et les médecins coordonnateurs. Elle apparaît en revanche relativement peu dans le discours des soignants, si ce n'est pour critiquer cette dimension lorsqu'elle leur semble primer sur la perspective thérapeutique. Les espoirs que les acteurs directement impliqués dans le processus pénal placent dans l'injonction de soin ne peuvent cependant être compris qu'en référence aux critiques qu'ils émettent au sujet des obligations de soin de l'article 132-45 du code pénal (A).

<sup>303</sup> Gros F., « Le nouveau punissable », in Louzon C., Salas D. (dir.), *Justice et psychiatrie. Normes, responsabilité et éthique*, Toulouse, Erès, 1997, 300.

## A- Une réponse aux faiblesses de l'obligation de soin

Tous les professionnels, judiciaires autant que sanitaires, s'accordent sur les limites des obligations de soin, qui seraient prononcées à tout-va, sans toujours tenir compte de considérations cliniques et dont la systématisation saturerait tellement les structures de soin qu'elles en deviendraient virtuelles ou purement formelles<sup>304</sup>. À l'occasion d'une recherche précédente, nous avons effectivement identifié dans plusieurs tribunaux correctionnels un triplement du nombre de mesures prononcées durant la décennie 2000, sans compter un éventuel ajout au stade post-sentenciel. De telles obligations ont été prononcées dans 3,6% des affaires délictuelles jugées en 2000, 5,8% en 2009 et même 9,2% si l'on exclut les ordonnances pénales délictuelles<sup>305</sup>.

*« Je dis pas que ça marche pas, parce que ça peut procéder de la même intention, du côté du législateur. Quand c'est bien conduit et bien perçu, ça peut mener aux mêmes effets, aux mêmes résultats en tout cas. Enfin, y a des obligations mises, dont les résultats sont intéressants. Le problème, c'est que c'est trop démultiplié. L'obligation, y en a à la pelle. Elle est systématisée totalement et pas du tout individualisée, donc...Après, ça a envahi et saturé complètement le dispositif » (Psychiatre, MC).*

Faute de subordonner leur prononcé à la réalisation d'une expertise psychiatrique<sup>306</sup>, seule à même de prescrire judicieusement des soins, ces obligations seraient bien souvent dépourvues de sens, sinon parfois contre-productives, notamment celles prononcées à la suite de conduites en état alcoolique. Du fait de la masse de ce contentieux, 45% des obligations de soin prononcées entre 2000 et 2009 dans notre précédente étude visaient effectivement des condamnés pour ce type d'infractions. Déjà submergés par la file active de patients véritablement demandeurs, les centres médico-psychologiques (CMP) sont effectivement dans l'incapacité d'absorber l'ensemble, complexifiant les démarches des condamnés pour trouver un thérapeute (v. *infra*). Ces complications finiraient alors de décrédibiliser l'approche thérapeutique à leurs yeux.

*« Dans le cadre de l'obligation de soins, quasiment tous, enfin, les trois quarts ont une obligation de soins, alors que, bien la moitié n'en ont pas forcément besoin ». (CPIP).*

*« Parfois aussi, l'obligation de soins ça a pas de sens. C'est que y en a qui sont mises, mais alors, pléthore, et qui sont pas forcément non plus... elles n'ont pas lieu d'être parfois. Y a quelqu'un qui a... qui retenait de fait, qui a conduit au-delà des limites acceptables, on lui met une obligation de soins, alors que c'est pas quelqu'un d'alcoolique en tant que tel, c'est une fois. [...] On n'est pas obligé de condamner la personne à un sursis avec mise à l'épreuve, avec une obligation de soins, parce qu'il a conduit en état alcoolique. Y a d'autres façons de travailler, y a d'autres mesures qui existent, qui sont plus rapides, qui ont plus de sens, qui sont moins lourdes et qui sont plus réactives aussi » (CPIP).*

*« C'est vrai que, autant par rapport aux obligations de soins, je suis critique, parce que je pense que c'est vraiment balancé aussi facilement que l'obligation de travailler d'ailleurs, qui veut rien dire et que l'obligation de soins... auxquelles il faut trouver un sens, qui n'en a pas forcément d'ailleurs. [...] S'agissant des mises à l'épreuve, en correctionnelle, y a quasiment pas d'expertise. Ça ne les empêche pas de balancer des obligations de soins à tire-larigot, de façon inconsidérée » (CPIP).*

*« Mais par contre, dans notre gamme de suivis lambda, y en a plein qui ne sont absolument pas prêts, au moment où on leur met une obligation à aller vers les soins et du coup, ça devient contre-productif. Parce qu'ils ont une mauvaise image de ce qu'est un psy, parce qu'en plus, ça engorge les CMP et tout ça, et ça parasite le système. Pour pas grand-chose » (CPIP).*

<sup>304</sup> Odier B., « On m'a dit de venir. L'obligation judiciaire de soin », *L'information Psychiatrique*, 2007, vol. 83, n° 1, 9-12.

<sup>305</sup> Gautron V., « Les mesures de sûreté et la question de la dangerosité : la place des soins pénalement ordonnés », *Criminocorpus* [En ligne], La prévention des récidives : Évaluation, suivis, partenariats, Les suivis, mis en ligne le 10 mars 2016, consulté le 22 mars 2017. URL [<http://criminocorpus.revues.org/3195>].

<sup>306</sup> Dans notre échantillon d'affaires correctionnelles traitées dans la décennie 2000, moins de 15% des obligations de soins prononcées avaient été précédées d'une expertise. V. également Orsat M., Auffret E., Brunetière C. *et al.*, *op. cit.* ; Gaillard-Janin N., « Enquête sur les sujets ayant été suivis en obligation de soins durant l'année 2005 au Centre Philippe-Paumelle », *L'information Psychiatrique*, 2007, vol. 83, 29-34 ; Ventéjoux A., Hirschelmann A., *op. cit.*

« Déjà l'obligation de soins j'allais dire, c'est un petit peu la tarte à la crème de la justice hein. C'est-à-dire que dès que quelqu'un a bu ou a fumé un peu, ou un petit jeune qui a tapé, on lui met une obligation de soins. On cherche pas à savoir, et c'est ça aussi le problème, l'obligation de soins elle est un peu utilisée à tort et à travers, comme si les psys étaient des magiciens et que parce que la personne va voir le psy, il va lui taper sur la tête avec une baguette magique et il va changer la personne. Donc, du coup, y a énormément de gens qui ont des obligations de soins avec des structures qui sont pas capables de les accueillir, parce qu'elles ont pas, ni les moyens... et en fait, dans le flot de personnes les gens pour qui ça aurait du sens et qui sont un minimum volontaires, ben ils sont noyés dans la masse du reste » (CPIP).

Sans que cela soit systématique, les juges d'application des peines doutent parfois eux-mêmes du sens des obligations de soin prononcées. Ils ne parviennent pas toujours à en comprendre les motivations en l'absence de précisions dans le jugement ou d'autres pièces du dossier susceptibles de leur donner de maigres indications.

« Je trouve que très vite, quelle que soit la matière, l'obligation de soin elle est... enfin, le nombre de SME avec une obligation de soin, c'est... c'est... je trouve que c'est hallucinant quoi. Quasiment à chaque SME, y a une obligation de soin et franchement, parfois moi je rame pour savoir quel soin et pourquoi. C'est un peu la tarte à la crème quoi. C'est un peu... Je sais pas, soit vraiment le tribunal a une idée en tête mais ça serait bien de l'indiquer, soit c'est un peu parfois, prrt, on sait pas quoi mettre, ça fait jamais de mal hein. Et puis nous derrière on rame [...] Non parce que... [...] Je dirais que 90% des... 95% des SME avec obligations de soin qui sont prononcés, on n'a aucun élément, même sur la nature des soins, que le tribunal avait en tête. Parce que le jugement n'a pas à être motivé sur ce point-là. [...] Si c'est après sur la nature d'infraction, les CEA, les gens en état d'ivresse, on arrive à voir un peu quand même, à deviner (rire) quand même à peu près la nature du soin, mais y a tout un tas de... de... de dossiers dans lesquels, franchement, moi je pppprt..., je suis pas en mesure d'indiquer. [...] En fait, y a plein, plein de... une grande majorité euh... une grande majorité des dossiers, où j'arrive même pas à deviner. Une condamnation pour violences... prrt. Point. Jugement pas motivé du tout sur ce point et du coup, je ne sais pas pourquoi il y a une obligation de soins. » (JAP).

La rareté des expertises préalables entraverait une sélection raisonnée du public-cible, même si certains magistrats considèrent qu'ils ont généralement suffisamment d'informations et d'expérience pour se prononcer utilement. Il s'agit au contraire d'une critique récurrente et partagée du côté des soignants, qui contestent la confusion des genres lorsque les magistrats se transforment en prescripteur de soin<sup>307</sup>.

« La particularité d'une injonction de soin, c'est qu'il faut toujours une expertise médicale préalable, tandis que pour le sursis avec mise à l'épreuve, on s'affranchit de ça, et on est... on s'estime suffisamment compétent, pour dire « il faut des soins ». Cette compétence, elle n'est pas toujours basée sur une expertise médicale, mais sur la jurisprudence, le savoir, l'expérience, les éléments tirés du dossier, les déclarations des personnes, etc., etc. Mais je pense que la plupart des SME, des sursis avec mise à l'épreuve, avec obligation de soins, le sont sans expertise » (Magistrat du parquet).

« L'obligation de soins est très floue. Je veux dire, je parle pour moi. J'ai souvent l'impression que... plus encore que pour l'injonction, parce que c'est uniquement le magistrat qui en décide. C'est pas une critique, les magistrats ont leur sensibilité et je pense que souvent, il n'y a pas de raisons qu'ils ne perçoivent pas qu'il y ait des problèmes chez quelqu'un, mais en même temps, ben voilà, ils n'ont pas non plus de discriminants cliniques pour en décider » (Psychiatre, SMPR).

En raison de la masse des mesures prononcées, et dans un contexte de raréfaction des moyens de la psychiatrie, certaines ne seraient pas véritablement exécutées. Elles prendraient des formes tellement mineures, avec des rendez-vous irréguliers ou très espacés, parfois auprès d'un généraliste, qu'elles n'auraient aucune influence sur le parcours ultérieur des condamnés. Magistrats et agents de probation soulignent encore l'ineffectivité du contrôle judiciaire, faute d'échanges d'informations avec les soignants sur le déroulement du suivi médical. De l'ineffectivité du contrôle découlerait une absence de conséquences judiciaires en cas de manquement, au risque d'affaiblir la force de la réponse pénale.

<sup>307</sup> Gautron V., *op. cit.* : Le Bodic C., Michelot M., Robin D., « Les soins pénalement ordonnés. Cadre légal et revue de la littérature », *Annales Médico-Psychologiques*, 2015, n° 173, 197-202.

« Je trouve qu'il y a beaucoup d'obligations de soins. Et nous on rame derrière, avec des mecs qui n'en voient pas l'intérêt. [...] On est un peu coincé du coup, à obliger des mecs à... engager au moins, à faire deux-trois démarches pour... pour faire un suivi parce que même nous, on voit pas forcément toujours le... l'intérêt et le type il le voit pas du tout » (JAP).

« L'obligation, c'est du pipeau, l'injonction thérapeutique, c'est du pipeau. [...] L'obligation de soins, c'est euh... il vient s'il veut, il n'est pas contrôlé dans sa venue. Généralement, l'expérience qu'on en a, la personne qui vient en obligation de soins c'est « je veux un papier par lequel je suis bien venu vous voir ». Rien ne se passe, il est contraint à rien et il suffit qu'il vienne une ou deux fois en obligation... Enfin, c'est du pipeau, ça sert à rien (rire). Ça nous fait perdre du temps et c'est extrêmement, rarement que ça débouche sur une réelle demande de soins » (Psychiatre, médecin coordonnateur).

« L'obligation, souvent, j'ai bien peur, souvent, qu'elle se résume à un papier posé sur le bureau, point barre. Il n'y a aucun contrôle derrière. Le juge a aucun retour et le SPIP non plus » (Psychiatre, médecin coordonnateur).

« Non, c'est-à-dire que dans le cadre du sursis avec mise à l'épreuve, quand on ordonne une obligation de soins, l'intéressé va être convoqué par le service pénitentiaire d'insertion et de probation. Il va lui dire « voilà, vous avez une obligation de soins. Il va falloir nous justifier, pour le prochain rendez-vous, que vous êtes allé voir un médecin ». Alors, médecin spécialisé, médecin généraliste, association spécialisée dans l'addiction de tel ou tel produit. Bref. Si l'intéressé ramène simplement un papier attestant qu'il est allé au rendez-vous à telle date, nous... enfin, le SPIP et nous derrière, on va considérer que l'obligation est remplie. Par contre, il n'y a aucun contrôle, ni aucun regard possible, sur le contenu. Si ça se trouve, on ne sait pas du tout de quoi l'intéressé parle avec le médecin en question, parce que on vous oppose le secret médical » (Magistrat du siège).

[L'obligation de soin], c'est une coquille vide. Elle peut être vide. Je dirais que... je vais reprendre mon expression, c'est plutôt une coquille à remplir. C'est le carcan, enfin voilà, l'enveloppe juridique, elle peut être remplie par le condamné, et d'ailleurs le condamné peut être amené à en parler assez librement, en disant « j'ai évoqué telle question avec mon psychologue... on en est venu à la conclusion que... » ou « avec mon addictologue, on en est venu à la conclusion, qu'il fallait que je change mes fréquentations, etc... ». Il peut l'avoir remplie et puis partager ce qu'il a pu dire, lors des entretiens, mais inversement, elle peut rester complètement vide. C'est-à-dire qu'on a un certain nombre de condamnés qui vont dire « j'y vais. J'ai mon attestation. Je vous la présente. Qu'est-ce que vous me demandez de plus ? » (JAP).

Pour les agents du système judiciaire, ce défaut de transmission d'informations ne compromettrait d'ailleurs pas uniquement l'efficacité de l'action répressive, mais aussi celle de la thérapie. Sans connaître les pièces du dossier, les faits reprochés et les antécédents du condamné, les soignants seraient dépendants des seuls éléments fournis par ce dernier, prisonniers d'une parole qu'il faudrait selon eux prendre avec précaution.

« Mais je suis souvent un peu terrorisé lorsqu'on voit la personne qui arrive à l'audience, qui a déjà un suivi médical et je lui demande « mais, est-ce que vous avez parlé de ces faits avec le médecin ? ». Ben non. Ou lorsque l'on découvre, alors qu'il est suivi dans le cadre d'un SME pour certains faits et qu'il en a commis d'autres alors qu'il y a le secret médical, qu'il n'a pas parlé des autres. C'est-à-dire finalement que... je ne veux pas dire qu'il n'y a pas de travail médical. Je ne suis pas psychiatre et nécessairement, un travail est fait mais je pense bien que ce travail doit être moins efficace si l'expert-psychiatre n'a pas tous les éléments. Et je me posais aussi la question de la communication du jugement ou des expertises préalables, à celui qui est désigné pour faire les soins. Dans le cadre d'une injonction de soin, c'est fait. Dans le cadre d'un SME, c'est totalement étanche ; On regarde les médecins comme nous opposant un secret, mais le premier secret, c'est qu'ils n'ont pas la réalité des faits, telle que cette réalité a été dite par l'institution judiciaire. Ils n'ont pas non plus, les éléments médicaux qui ont contribué à la définition de la sanction. Ça pose problème » (Magistrat du siège).

Ces appréciations sont partagées par de rares spécialistes dans le champ médical. Ainsi, selon G. Dubret, le praticien « ignore tout de l'affaire pénale et des motifs de la condamnation ou, plutôt, il en connaît ce que le délinquant veut bien lui en dire. On rencontre alors souvent un patient au contact fuyant, minimisant ou banalisant devant le médecin les faits pour lesquels il a été condamné, réécrivant son histoire avec sa subjectivité marquée par le déni et la productivité caractéristique de ces sujets. [...]

*Dans cet environnement clivé, le potentiel manipulateur des auteurs d'agressions sexuelles trouve à s'épanouir. Pour certains d'entre eux (les pères incestueux par exemple), l'application jusqu'à l'absurde de ce cloisonnement peut apparaître comme une incitation au clivage et, en tout cas, comme un prolongement inattendu des secrets de famille qui ont si longtemps protégé leurs transgressions »<sup>308</sup>.*

La plupart des soignants interrogés indiquent au contraire ne pas souhaiter prendre connaissance de ces informations, pour justement s'extraire autant que possible du contexte pénal et se concentrer sur le vécu subjectif des personnes. Une fois ces différents éléments d'appréciation énoncés, ces professionnels tendent à envisager l'injonction comme ce que devrait être, idéalement, l'obligation de soin classique.

*« Mais finalement, la contrainte pénale, elle vient pallier ce que devrait être le SME, de la même manière que l'injonction de soin devrait pallier ce que devrait être l'obligation de soin » (Magistrat du siège).*

## **B- Une surveillance médicale plus soutenue**

Du côté des acteurs judiciaires et des professionnels de santé agissant ponctuellement pour leur compte, l'injonction de soin ne poursuit pas qu'une vocation thérapeutique, y compris lorsqu'elle intègre une réflexion sur le passage à l'acte. La lecture des expertises comme des retranscriptions d'entretiens dévoile une ambition plus souterraine, moins exposée. Beaucoup envisagent ce dispositif comme un instrument de surveillance médicale superposable au contrôle des institutions pénales.

*« Je pense qu'il y avait un côté contrôle... Je vous le dis comme ça hein... un côté contrôle social. Que c'était quand même une manière aussi... comment dire ? Je pense que d'emblée, il y avait une réflexion... enfin, qui se disait pas mais autour de la question de la récidive et de la dangerosité et que c'était une manière d'accompagner une peine, voilà dans le but aussi de contrôler, comment dire, le comportement de quelqu'un jugé déviant, etc. [...] Moi je pense que... je pense que ça a jamais... enfin, peut-être que philosophiquement, à l'origine, ça fait partie de, une forme d'humanisation, de l'individualisation de la peine, etc., mais je suis pas sûre, ça c'est sûrement l'arrière-fond implicite, mais je ne suis pas sûre que quand c'était demandé ou quand c'est demandé par des magistrats, ça soit fondamentalement ça qui prévale. Alors après, peut-être à titre individuel. Je pense qu'il y a des gens qui sont en réflexion sur leurs pratiques et qui... mais pour voir un peu dans certains jugements comment ça peut se passer, j'ai l'impression que c'est très mécanique quoi et pas franchement questionné, par rapport à un profil particulier. (Psychologue, expert).*

*« Mais je pense qu'il y a des magistrats vraisemblablement, pour lesquels c'est euh... on se donne le maximum de garanties, donc on prolonge quelque chose de la peine euh... et je pense, que pour ceux qui ont peut-être un peu plus élaboré leur pratique et qui ont peut-être une vision plus clinique, plus pénaliste aussi, on n'en sait rien, c'est, comment dire, une espèce d'articulation entre la peine et le soin, ou la peine peut faire accéder un peu à du soin. En même temps, le soin peut donner le sens de la peine » (Psychologue, expert).*

La nomination de médecins coordonnateurs autoriserait d'abord un double regard médical, et donc un suivi plus soutenu et plus régulier, ne serait-ce qu'en raison du cumul de rendez-vous. La fréquence des interventions sanitaires serait d'autant plus justifiée pour les condamnés concernés par de lourds traitements médicamenteux, qu'il s'agisse de neuroleptiques ou de traitements inhibiteurs de libido.

*« On sait qu'il y a en tout cas, un professionnel spécifique santé, qui va regarder, qui va être vigilant notamment sur toutes les questions de prises de traitement et tout ça. Quand il y a des traitements inhibiteurs de libido, tout ça, des injonctions de retard, on sait que ça c'est vérifié par le psychiatre, auprès du psychiatre référent » (CPIP).*

*« L'injonction de soin c'est un suivi un peu plus soutenu, je veux dire au niveau... enfin, oui, c'est un peu plus soutenu au niveau... parce qu'il y a un médecin coordonnateur. Donc y a un suivi par le médecin coordonnateur et puis le médecin traitant » (CPIP).*

---

<sup>308</sup> Dubret G., « L'injonction thérapeutique de la loi du 17 juin 1998 : une tentative pour articuler la peine et le soin », *Annales Médico-Psychologiques*, 2006, n° 164, 852-853.

« Ça met malgré tout, à force de répétitions, l'individu, à changer de position progressivement. Faut pas oublier quand même que l'injonction de soin, surtout là, on en a quand même sur plusieurs années, même si on prend une moyenne de 4-5 ans, ce qui est très long, que tous les mois ou tous les deux mois, mais généralement c'est tous les mois, il voit quelqu'un. Même si au début j'ai parlé tout le temps, mais je dois voir. Je dois expliquer comment j'évolue. Qu'ensuite, je vais voir un médecin coordonnateur qui va me demander comment ça se passe : ça l'amène à s'interroger sur son fonctionnement » (Psychiatre, médecin coordonnateur).

Grâce à son statut, ses compétences et son réseau, ce psychiatre coordonnateur serait en mesure d'orienter les soins, ainsi placés sous contrôle. De par son influence sur le choix du thérapeute, il garantirait une adéquation des prises en charge aux problématiques rencontrées et partant une plus grande efficacité. Face aux difficultés de prise en charge par certains CMP (v. *infra*), il serait capable de débloquer des situations, de faciliter la nomination d'un thérapeute et d'accélérer par ce biais le démarrage des soins.

« C'est vrai que le médecin coordonnateur, il va diagnostiquer le besoin, beaucoup plus facilement qu'un JAP ou un CPIP quoi et donc, il va pouvoir orienter, pouvoir contraindre à des soins plus adaptés » (JAP).

« L'autre plus-value là par exemple, j'ai... alors c'est pas un SSJ, c'est une mesure de contrainte pénale, mais y a juste une obligation de soins qui a été prononcée. L'âge mental du... est à peu près de 5 ans. C'est des agressions sexuelles. Il faut vraiment un traitement inhi... il faudrait un traitement inhibiteur quoi mis en place. Le problème c'est que du coup – c'est un dossier très récent – mais on s'est retrouvé baladé. Il a une domiciliation à un endroit et puis il habite géographiquement ailleurs. Donc les CMP, compétence géographique, ils se balancent le truc. Et du coup, on perd un temps, sur un dossier qui est quand même un peu chaud. On perd un temps précieux, avant que ça se mette en place comme il faut. Le médecin coordonnateur, il est sensibilisé aux questions, à ces questions-là, et il est capable de... Il connaît le réseau, il est capable de désigner un médecin adapté, en fonction de la personne. Ça pour moi, c'est un vrai plus. En cas de blocage, ça peut vraiment déverrouiller des petits... Et puis y a un regard quoi. Oui, y a un regard médical. On est là-dessus et de toute façon, la parole d'un psychiatre, elle sera beaucoup plus pesante » (CPIP).

« La seule différence, c'est que dans l'obligation de soins on a un rôle quand même d'orientation, parce qu'on peut donner les coordonnées et tout ça alors que l'orientation, le médecin coordonnateur peut, si la personne a des difficultés pour décrocher un rendez-vous avec un psychiatre, le CMP, là c'est le rôle du médecin coordonnateur de faire le relais et d'aider la personne, parce que ça arrive concrètement hein, des gens qui ont vraiment des gros problèmes pour décrocher un rendez-vous avec un psy. Là par contre, le médecin coordonnateur est très utile, alors que dans l'obligation de soins, c'est un parcours du combattant » (CPIP).

Si la plupart des praticiens interrogés, tant du côté des soignants que des acteurs judiciaires, contestent les durées parfois excessives des injonctions (v. *infra*), il n'en demeure pas moins que le dispositif présenterait l'avantage d'inscrire le suivi médical sur une plus longue durée qu'en cas de simple obligation.

« L'autre différence [par rapport à l'obligation de soin] c'est que ça s'inscrit dans une durée véritablement importante et que donc quelque part, il y a une garantie d'un suivi médical, du fait de l'obligation du médecin traitant, de rendre des comptes au médecin coordonnateur, etc. Ce qui ne renseigne pas du tout, sur la qualité du suivi et de son intérêt. Mais y a la durée et c'est structuré de telle façon que c'est difficile d'y échapper complètement » (CPIP).

En raison du contrôle régulier du médecin coordonnateur, le dispositif décuplerait également la force de la contrainte dans l'esprit du condamné. Celui-ci serait d'autant plus enclin à respecter la mesure que pèse sur lui une véritable épée de Damoclès, à savoir une possible réincarcération sur le seul motif d'un manquement à l'injonction de soin. Ce cadre permettrait ainsi de « lui rappeler la sévérité mais également la vigilance de la justice » (expert, D6), « qu'il sente derrière lui le regard de la Loi » (expert, D16).

« C'est que ça a encore plus de poids. Par rapport aux probationnaires, une injonction de soin, c'est très, très fort, le fait de voir et le thérapeute et le médecin coordonnateur, même si certains disent « c'est juste 5 minutes, pour que je rende les papiers des visites que j'ai eues chez mon thérapeute », mais ça... ça a un sens hyper fort. Injonction de soin, ils comprennent pas pourquoi injonction de soin, parce que « je vais voir un thérapeute ». Oui, mais on veut s'assurer. Et aussi normalement, comme le médecin coordonnateur il rend un rapport, va un petit peu plus loin aussi. Il vérifie. Il fait pas que récupérer les papiers, donc c'est bien aussi pour... pour avoir et la vision du thérapeute, qui lui, ne peut pas faire de rapport » (CPIP).

« Ils ont compris que l'injonction de soin c'était important, surtout quand ils ont déjà connu l'obligation de soins pour certains, ils ont compris qu'on était un cran au-dessus, en termes de surveillance, entre guillemets, que quand même, il y a un risque encouru, en cas de non-observation, etc. C'est pareil pour les mises à l'épreuve quelque part, mais en général, ils ont compris quand même qu'il y avait une graduation et que bon, les SSJ, ils étaient plus vite convoqués par le juge quand même et y en a qui sont inquiets quand même (CPIP).

« L'obligation, si la personne ne se soigne pas, elle n'encourt pas une révocation, donc c'était une contrainte supplémentaire, et qui oblige la personne à se soigner « si vous ne vous soignez pas, vous allez en prison. Donc on ne vous laisse pas le choix. Vous êtes obligé ». Plus qu'obligé, vous êtes contraint. » (CPIP).

### **§3- Une meilleure articulation des pratiques : des attentes différenciées**

Parmi les qualités perçues de l'injonction de soin, les acteurs de la santé comme de la justice placent au premier rang une meilleure articulation de leurs pratiques respectives. Le médecin coordonnateur, qui occupe une place centrale, se trouve investi de multiples attentes. Comme l'indiquait l'un d'entre eux, il est « au centre », il doit faire « vivre la mesure » et « créer du lien » pour « dépasser les barrières, barrages, résistances ». Si nous explorerons plus précisément son opérationnalisation pratique dans la seconde partie du rapport, il s'agit ici d'aborder la façon dont cette articulation est pensée par les professionnels, d'analyser leurs attentes en la matière et le sens qu'ils attribuent à ce dialogue. Si tous vantent les mérites d'une telle triangulation, les professionnels de la justice et les soignants ne lui confèrent pas nécessairement les mêmes objectifs. Tandis que les thérapeutes perçoivent essentiellement le dispositif comme un moyen de protéger le cadre du soin des incursions judiciaires (A), les magistrats et les agents de probation en attendent au contraire de plus amples informations sur le déroulement du suivi médical (B).

#### **A- Les finalités de l'articulation des pratiques selon les soignants : « libérer le thérapeute d'une liaison avec la justice »<sup>309</sup>**

Les soignants ne contestent pas l'intérêt de plus amples discussions avec les représentants de l'institution judiciaire, bien au contraire. Si les personnels de santé sont le plus souvent perçus comme réfractaires à l'échange d'informations, paradoxalement, ils sont à la source de bon nombre d'initiatives de rencontres au niveau local (v. *infra*).

« Le judiciaire ne pouvait pas tout, tout seul. Le sanitaire pouvait pas tout, tout seul. Y avait besoin des deux, plus du social, pour prévenir la récidive et surtout [...] qu'il fallait accompagner les gens sur différentes facettes » (Psychologue, SMPR).

Pour autant, ouverts au dialogue sur des questions d'ordre plus général qu'individuel, ces praticiens envisagent prioritairement le dispositif de l'injonction comme un moyen de protéger et d'autonomiser l'espace de soin des incursions judiciaires. Sans exclure toute communication institutionnelle, ils saluent l'introduction d'un médecin coordonnateur en ce qu'il leur permettrait de s'extraire des attentes du système pénal, notamment de se dégager des interrogations des agents de probation, ceux-ci ayant

<sup>309</sup> Balier C. *et al.*, *op. cit.*, 272.

désormais pour seul interlocuteur le coordonnateur. Comme en milieu carcéral<sup>310</sup>, les tensions interprofessionnelles se cristallisent en effet sur la question du secret médical (v. *infra*). Magistrats et agents de probation estiment qu'ils ne peuvent réaliser pleinement leurs missions de réinsertion, de prévention de la récidive et de contrôle du respect de l'obligation de soin sans accéder à des informations plus qualitatives sur le déroulement du suivi médical. Persuadés que les éléments qu'ils aimeraient connaître ne relèvent pas du secret, pour des raisons qui seront analysées plus loin, certains CPIP tentent quelques fois leur chance en contactant directement le thérapeute. Celui-ci répond généralement par une fin de non-recevoir, déplorant en retour des initiatives qualifiées d'illégitimes.

Or, l'engagement d'une fraction du milieu médical en faveur de ce nouveau dispositif s'explique au contraire par leur intention de mettre un terme à ces sollicitations judiciaires, le médecin coordonnateur étant désormais le seul intervenant médical en droit de transmettre des informations. Dès le milieu des années 1990, l'équipe de Claude Balier écrivait ainsi : « *Quoique nous ayons défendu la nécessité d'une pression de la réalité judiciaire afin que se poursuive un processus de soin, il semble important de libérer le thérapeute d'une liaison avec la justice. Pour ce faire, nous proposons que la prise en charge des agresseurs, à leur sortie de prison ou/et dans le cadre d'une judiciarisation du soin, soit assurée certes par un thérapeute reconnu pouvant suivre ce type de sujet, mais relié indirectement à la sphère judiciaire par un tiers, un médiateur (psychologue ou médecin, expert en ce type de patients) qui pourrait prendre la décision, si nécessaire, d'un recours à la justice en cas de non présentation du sujet à ses séances de soins ou de danger avéré* »<sup>311</sup>. Pour les soignants, ce dispositif devait permettre de circonscrire la place de chacun, sans confusion des rôles. Ils saluent d'ailleurs son encadrement juridique, qu'ils comparent aux imprécisions du régime juridique de l'obligation de l'article 132-45 du code pénal. En dessinant avec précision les frontières de leurs missions respectives, en spécifiant les limites de leurs interactions, ce cadre législatif et réglementaire sécuriserait l'intervention du thérapeute<sup>312</sup>. Outre une meilleure compréhension des procédures à suivre, chaque soignant disposerait en cas de difficultés d'un interlocuteur dans le seul champ sanitaire. Il n'aurait plus à se tourner vers les acteurs pénaux, dans un contexte d'incertitudes quant aux conséquences judiciaires des informations transmises, tant pour lui que pour son patient. Selon quelques-uns de nos interlocuteurs, cet effet protecteur faciliterait l'engagement des praticiens dans ce type de prise en charge.

*« On a un interlocuteur si besoin et qui a le même code, le même langage. Alors qu'avec les acteurs de la justice, eh ben, on parle pas de la même chose, on n'a pas le même référentiel. Ce qui est dit peut être euh... enfin, le danger de ne pas être compris dans ce qu'on dit est intense. Donc là, on est protégé de ça. Ça protège... voilà, la relation de soin et puis ça décharge d'une certaine inquiétude, parce que quand quelqu'un ne vient pas, ou plus, euh... on transmet... je l'ai fait il y a quelques jours. Je lui ai dit « ben voilà, tel monsieur, je l'ai pas vu depuis le mois d'octobre ». Point, après c'est lui qui se dépatouille de ça. Alors que dans l'obligation de soins, on n'a pas d'interlocuteur. Si on appelle un acteur du judiciaire en disant « monsieur ne vient plus », on sent bien que le truc va... on sait pas quelle conséquence il va y avoir. Je trouve que c'est hyper balisé l'injonction de soin, c'est très clair. Même la punition encourue si c'est pas respecté, est prévue. Je trouve que c'est d'une absolue transparence » (Psychologue, SMPR).*

*« Et je trouve que l'injonction, par rapport à l'obligation, est très aidante puisqu'on sait qu'on n'aura aucun compte à rendre à la justice et que si on est en difficulté, en interrogation, je sais pas quoi, eh bien, il y aura un tiers qui lui-même est formé à une approche sanitaire, donc c'est extrêmement confortable » (Psychologue, SMPR).*

*« Pour moi, c'est la clarté quand même. La clarté du dispositif et de la place de chacun [...] Le dispositif est clair, et s'il marche bien dans la réalité, c'est extrêmement aidant. Si effectivement chacun, dans ce dispositif sait où il se situe et comment travailler ça. L'obligation de soins, ce qui fait défaut, c'est l'absence de tiers entre le soignant et la justice, les magistrats. On est toujours un peu empêtré pour se départir de ça. C'est quelque chose de très péremptoire et absolu qui est que l'on sera dans la confidentialité médicale et on ne dit rien. Et puis, il y a les attestations mais les attestations, elles se suffisent jamais ou enfin, il y a*

<sup>310</sup> Milly B., *Soigner en prison*, Paris, PUF, 2001 ; Lancelevée C., *Quand la prison prend soin : enquête sur les pratiques professionnelles de santé mentale en milieu carcéral en France et en Allemagne*, Thèse, EHESS, 2016.

<sup>311</sup> Balier C. et al., *op. cit.*, 272-273.

<sup>312</sup> V. également, Alvarez J., Gourmelon N., *op. cit.*, 108.

*toujours des achoppements. Les conséquences aussi du non-respect de l'obligation, du côté du patient condamné sont pas très claires, ce qui fait que du côté du soignant, y a toujours aussi cette espèce d'hésitation, de doute, à avoir une posture éclairante par rapport à ça. C'est-à-dire que nous, prenons le cas, quand on considère que quelqu'un n'est pas dans le cadre prévu et que du côté du soin, ça pose problème, vers qui se tourner pour en parler ? À qui le dire ? Et par rapport au patient condamné, quoi lui dire de ce que ça va lui poser comme problèmes également, à ne pas tenir le cadre posé. C'est pas à nous forcément de le dire, par rapport à la loi et à la justice mais dans le cadre de l'injonction de soin, comme les choses sont connues théoriquement, de la part du thérapeute, au moins, il y a cette assurance à imaginer qu'en tout cas, quelque chose adviendra si le dispositif ne marche pas. Du côté de l'obligation également, ben du coup, ce qui est complexe c'est... c'est ce que je disais auparavant, c'est que très souvent, c'est la place du SPIP dans ces questions-là, qui va légitimement faire son travail et s'inquiéter du respect de la mesure et qui souvent, va se tourner vers le thérapeute. Là encore évidemment, il faut aussi respecter les limites que l'on a ; ça entraîne souvent beaucoup de difficultés, de tensions. En tout cas, on est obligé de répéter fréquemment aussi les choses et c'est parfois un peu usant. [...] Le médecin coordonnateur, pour jouer ce rôle d'interface, d'intermédiaire, ben quand il occupe bien cette tâche, je trouve que ça fonctionne bien et vraiment, dans tous les sens du terme. Je veux dire à la fois quand il y a des problèmes, quand quelque chose doit être dit de quelque chose qui dysfonctionne et dans tous les cas que ce soit d'ailleurs, du côté d'un soin qui serait pas pertinent ou je sais pas quoi, qu'un patient qui ne respecte pas sa mesure et inversement, quand les choses avancent, je sais que le médecin coordonnateur rend compte de ça aussi avec une idée ou le souhait que ça porte ses fruits. Ce qui n'est pas toujours non plus toujours évident. Il y a cela, l'idée d'un dispositif qui peut donner un contenu et du sens à une mesure, quand il est habité, quand il fonctionne » (Psychiatre, SMPR).*

Enfin, les textes régissant l'injonction attribueraient de nouveau aux médecins le pouvoir de prescrire des soins, dès lors qu'ils exigent qu'un expert établisse en amont de son prononcé la possibilité d'un traitement (Art. 131-36-4 du code pénal). Pour la première fois en droit français, les juges se trouvent en effet liés par la conclusion de l'expert. Outre le rétablissement d'une juste répartition des compétences sanitaires et judiciaires, ce préalable serait le gage d'une meilleure sélection du public-cible, sur la base de critères principalement cliniques<sup>313</sup>. L'expertise permettrait « de recueillir des éléments médicaux indispensables aux autorités judiciaires dans leur prise de décision puisque, outre l'évaluation de la responsabilité pénale du sujet au moment de l'infraction, elle donne au magistrat des informations d'ordre diagnostique et permet de poser l'indication à des soins psychiatriques. Ainsi, la systématisation des expertises permettrait à la justice de mieux orienter les patients, et notamment de limiter le nombre de patients pour lesquels les soins ne sont pas indiqués »<sup>314</sup>.

*« Ce qui était visé déjà c'est que l'injonction de soin n'était pas une obligation de soins, donc elle ne pouvait être prononcée que sur l'avis d'un expert et donc on sait que les experts sont par ailleurs soignants. Donc c'était pas un magistrat, en tout cas, pas un acteur du système judiciaire. On considère que chacun son boulot et que je vois pas comment un juge peut considérer que quelqu'un a besoin de soins ou pas. Donc l'injonction de soin permettait que ce soit un spécialiste sanitaire, qui dise « cette personne est accessible à des soins, ou pas ». Ça, c'était déjà une énorme nouveauté. Chacun, euh... chacun ses oignons (rire) dans cette mission, voilà. Ce qui pose bien le décor de la loi de l'injonction de soin ; de la loi de 98, où chacun fait son boulot et s'articule avec les autres » (Psychologue, SMPR).*

*« C'est pas une critique, les magistrats ont leur sensibilité et je pense que souvent, il n'y a pas de raisons qu'ils ne perçoivent pas qu'il y ait des problèmes chez quelqu'un, mais en même temps, ben voilà, ils n'ont pas non plus de discriminants cliniques pour en décider. [...] Du côté de l'injonction, là au moins les choses sont, a priori claires, puisqu'il y a eu cette fameuse expertise qui a dit qu'il était souhaitable et intéressant qu'il y ait ce dispositif mis en place » (Psychiatre, SMPR).*

<sup>313</sup> V. également Couhet G., De Rocquigny H., Verdoux H., *op. cit.*

<sup>314</sup> *Ibid.*, 571.

## **B- Les finalités de l'articulation des pratiques selon les acteurs pénaux : développer les échanges d'informations pour crédibiliser le contrôle judiciaire**

Les agents de probation et les magistrats y voient au contraire un moyen d'accéder au dispositif de soin, de dépasser le secret médical grâce aux informations transmises par les médecins coordonnateurs. Une fois en capacité de suivre l'évolution de la mesure, d'objectiver l'investissement du condamné et de réagir dans le cas contraire, ils espèrent donner du « sens » et un véritable « contenu » à cette obligation, la crédibiliser aussi aux yeux du condamné. Outre le déploiement d'une surveillance médicale renforcée, le dispositif poursuit donc un contrôle judiciaire plus affiné.

*« Là, on a un contrôle de la réalité du contenu de l'adhésion au suivi médical, des progrès qui sont faits ou non, on se retrouve d'une manière indirecte, qu'on le veuille ou non, à sauter l'obstacle du secret médical. C'est quand même ça qui nous bloque, c'est le secret médical » (Magistrat du siège).*

*« Donc l'idée, c'est quand même de renforcer une idée de contrôle et aussi, de briser un peu entre guillemets, le secret médical, pour permettre au juge d'avoir un regard sur l'évolution médicale du... du condamné » (JAP).*

*« Le fait de créer le... l'interface, l'interface du médecin coordonnateur, à mon sens c'est une nouveauté. Je pense pas que ça existait avant. C'était euh... c'était... je pense que c'était rassurant pour tout le monde, parce que ça permet un partage, un accès à l'information, donc à une information partagée, dans le respect à la fois du secret médical, de la nécessité de la justice d'avoir des... des euh... enfin oui, en termes de contrôle. Et non seulement c'est rassurant, mais c'était la seule façon de pouvoir faire avancer les choses. Parce que sinon, on avait une coquille vide quelque part. Parce que l'obligation de soins, c'est le... c'est le... c'est l'enveloppe juridique. Mais nous, l'obligation de soins, on est amenés à dire à nos condamnés « vous avez l'obligation de voir un thérapeute, un médecin de votre choix, qui se dit ce qu'il se dit, qu'il relève du secret médical, on n'y aura pas accès ». L'injonction de soin justement, elle permettait de s'assurer un peu plus, de l'efficacité de cette enveloppe qui se mettait en place, en demandant à ce que derrière, y ait vraiment un vrai contenu et qu'un médecin puisse nous dire si le condamné, enfin, la personne qui a été suivie, mettait dans sa relation avec le médecin était vraiment adaptée. Sinon, on a aucune information. Pour moi c'était... y avait quand même une exigence aussi peut-être de contrôle mais surtout d'efficacité, faire en sorte que ces soins qui sont pénalement ordonnés, eh ben enfin, puissent avoir une vraie oui... enfin soient efficaces ou soient pertinents » (JAP).*

*« [qu'est-ce qui fait qu'à un moment donné, selon vous, on a considéré qu'il fallait introduire un nouveau dispositif?] Moi je pense pas à l'efficacité, je crois surtout que c'est le secret médical, parce qu'on n'a aucune information des thérapeutes sur l'évolution, sur même... à la limite si on en a sur le, le, le, la réalité de consultation, de rendez-vous, c'est déjà bien. À mon avis, je pense que c'est le seul... c'est le seul, non. Y a un suivi soutenu, un suivi thérapeutique soutenu avec le médecin coordonnateur mais euh... un des intérêts principaux que j'y vois, plutôt que de renforcer simplement l'obligation de soins, d'avoir créé le médecin coordonnateur, parce que c'est ça à mon avis, la spécificité de l'injonction de soin. C'est plus pour la remontée d'informations quoi. Enfin, une vérification, un suivi. Donc c'est pas nécessairement le type de soins qui joue, mais vraiment ce nouveau professionnel qui vient jouer un rôle d'interface » (JAP).*

Le médecin coordonnateur ne se voit pas uniquement confier la charge de leur transmettre des informations qualitatives sur le déroulement des soins. Il est également appréhendé comme un courroie de transmission en direction des thérapeutes. Par son intermédiaire, les acteurs pénaux escomptent diffuser des informations qu'ils jugent essentielles à prendre en compte dans le cadre du suivi médical.

*« Moi, la personne dont je vous parlais, qui n'a pas d'injonction mais qui a une obligation, je me suis typiquement retrouvée dans une situation qui n'était pas simple, parce que dès le 2 ou 3<sup>ème</sup> entretien, j'ai eu un gros entretien avec ce monsieur-là et en fait il m'a dit... Bon, il m'a parlé de son passé, de plein plein de choses très douloureuses dont il n'avait jamais parlé et puis il m'a dit qu'il entendait des voix. Donc super... [...] Il avait déjà eu des années de soins psy et il n'en avait jamais parlé à un de ses interlocuteurs. Il voulait pas parler de cette question-là au psychiatre, par crainte d'être identifié comme un fou. Donc c'est génial, on est avec cette information et on est bloqué dans le fameux truc que il voulait pas que je le dise. Donc on est là-dedans, et moi, je suis pas en mesure de traiter quelqu'un qui entend des voix. J'aurais eu un médecin coordonnateur, ça aurait été beaucoup plus simple pour moi. Si je l'avais, je lui explique les choses à son niveau, sans que ce soit le soignant et qu'on interfère dans le soin directement » (CPIP).*

## Section 2- Un prononcé théoriquement subordonné aux conclusions des expertises

Contrairement à l'obligation de soin classique, le prononcé de l'injonction exige une expertise médicale préalable<sup>315</sup> indiquant que la personne est susceptible de faire l'objet d'un traitement (article 131-36-4 du Code pénal)<sup>316</sup>, de sorte que les conclusions de l'expert lient théoriquement le magistrat. Le juge ne se substitue pas au médecin au moment de sa décision sur la sanction, il ne se fait pas « *prescripteur de soins* »<sup>317</sup>. Pour prononcer l'injonction de soin, la décision judiciaire est subordonnée à l'expertise concluant à l'intérêt du soin pour le condamné. La chambre criminelle de la cour de cassation exerce un contrôle sur le recours à l'expertise avant la décision au fond<sup>318</sup>. Cette obligation du recours à l'expertise médicale est également mentionnée à l'article 706-47-1 al. 3 du code de procédure pénale pour les personnes poursuivies<sup>319</sup> pour l'une des infractions à caractère sexuel visées à l'article 706-47 du même code. En revanche, le magistrat qui ne souhaite pas prononcer l'injonction de soin, n'est pas contraint par l'expertise qui conclut à l'indication du traitement. L'autorité judiciaire en principe, conserve toute latitude pour fixer la peine, même si la pression se fait de plus en plus forte puisque, depuis la loi du 10 août 2007, le juge qui renonce à l'injonction de soin, doit motiver cette mise à l'écart de l'accompagnement thérapeutique. L'incitation législative au prononcé de l'injonction de soin, a pu être perçue comme une défiance à l'endroit du juge<sup>320</sup>, mais aussi au regard de la peine : soumettre au soin c'est engager « *un processus médical susceptible de durer aussi longtemps qu'ils (les délinquants) ne sont pas guéris* »<sup>321</sup>, risquant de justifier sous couvert d'une mission thérapeutique, l'application d'une mesure de sûreté indéterminée, laissant le champ à un contrôle social sans borne. Le délinquant-malade est « *chronicisé* »<sup>322</sup> pour rester sous surveillance sans que la guérison ne soit le but du soin qui a davantage vocation à éviter la récidive, à neutraliser l'individu. En pratique, si les thérapeutes y ont vu une véritable avancée, le juge n'étant plus le prescripteur de soin, ce filtre fonctionne peu en réalité, dès lors qu'il se trouve presque toujours un expert pour recommander des soins (§1). S'il ne s'agit pas d'un critère formellement exigé par la loi, le prononcé d'une injonction de soin n'est pas sans lien avec la dangerosité perçue du condamné (§2). Or, nos dossiers comprennent un pronostic défavorable aussi fréquemment qu'une recommandation de soin, ce qui interroge quant à la fiabilité des pratiques expertales (§3)

### §1- La recommandation quasi-systématique de soins

En pratique, l'exigence d'une expertise préalable attestant la possibilité de soins n'est guère contraignante pour les magistrats, dès lors que la plupart des experts valident la possibilité d'un traitement (A). S'ils ne motivent pas systématiquement leurs conclusions en ce sens, leurs arguments reflètent les finalités plurielles assignées à l'injonction (B). S'agissant des cas dans lesquels l'expert écarte au contraire la mesure, la lecture croisée de leurs rapports et des retranscriptions d'entretiens dévoile des divergences d'interprétation sur les critères d'exclusion à privilégier (C).

<sup>315</sup> Si le texte du code pénal vise « l'expertise médicale » il faut entendre expertise psychiatrique selon la circulaire du 1<sup>er</sup> octobre 1998 relative à la présentation générale des dispositions de la loi n°98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et la répression des infractions sexuelles et à la protection des mineurs, CRIM 98-09 F1/01-10-1998, p.3.

<sup>316</sup> L'expertise médicale est également obligatoire pour le placement sous surveillance électronique dans le cadre du suivi socio-judiciaire, cette expertise constate quant à elle la dangerosité de la personne. La dualité de l'expertise médicale, évaluation de l'opportunité du traitement et de la dangerosité, dans le cadre du suivi socio-judiciaire peut être source de confusion pour les praticiens du soin.

<sup>317</sup> C. Le Bodic, M. Michelot, D. Robin, « Les soins pénalement ordonnés », *Annales Médico-psychologiques*, 2014, p. 4.

<sup>318</sup> Ex. Cass. Crim. 29 avril 2009, n°08-87459, même si le contrôle peut se limiter au visa de la décision « *Attendu que le visa, dans l'arrêt de condamnation, des articles 131-36-1 à 131-36-8 du code pénal suffit à établir que, conformément aux prescriptions de ces textes, l'obligation de soins a été imposée au vu d'une expertise médicale* ».

<sup>319</sup> Ici, l'expertise peut être diligentée dès l'enquête de flagrance ou de l'enquête préliminaire et l'expert « *devra être expressément interrogé sur l'opportunité d'une injonction de soin dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire* », Circulaire du 1<sup>er</sup> octobre 1998 précitée, p. 3.

<sup>320</sup> Garçon E., « Entre confiance et défiance à l'égard du juge pénal », *JCP éd. G.* 2007, I, 196.

<sup>321</sup> Salvage P., « La grande délinquance est-elle une maladie ? », *op. cit.*, §15.

<sup>322</sup> Danet J., *La justice pénale, entre rituel et management*, P.U.R., 2010, p. 91.

## A- La fréquence des recommandations de soins

La quasi-totalité des dossiers de notre échantillon contient au moins une expertise posant une indication de soin au sens large (90,9%). Une injonction de soin a été nommément préconisée dans 81,8% des dossiers (dans 71,8% des cas en amont du jugement), étant précisé que l'information fait défaut dans sept d'entre eux.

*« On n'aura jamais une expertise psychiatrique qui dira... les meilleurs, entre guillemets, les meilleurs pronostics disent toujours « excellente évolution. Il a tout compris. Beaucoup de facteurs de protection. Beaucoup de ci, beaucoup de ça. Néanmoins, injonction de soin ». La recommandation, c'est systématique. Ça, ils sont très rares, extrêmement rares, les psychiatres, à aller au bout, à aller au bout, c'est-à-dire de dire « superbe évolution. Il se trouve plus dans cette phase-là, pour telle raison, telle raison. L'injonction de soin elle est pas opportune ». Je crois que sur le ressort du TGI de [ville] moi j'en ai qu'un en tête, capable de dire ça » (CPIP).*

Pour autant, tous les experts ne préconisent pas systématiquement une injonction, ni même d'autres types de soins pénalement ordonnés. Lorsque l'on prend en compte l'ensemble de notre échantillon d'expertises (229), 13,1% d'entre elles n'abordent pas le sujet. L'intérêt d'une injonction de soin est formulé dans 56,3% des expertises, dans la moitié d'entre elles au stade pré-sentenciel (47,2%, 58,2% de celles réalisées par des psychiatres) et dans 67,6% de celles réalisées en phase post-sentencielle. Dans près d'un quart des cas en amont du jugement (24,4% des expertises pré-sentencielles) et une fois sur cinq en aval (20,6%), les conclusions se font plus imprécises, avec une recommandation de soins mais sans précision du cadre (obligation, injonction). Dans l'ensemble, un suivi thérapeutique est conseillé dans 79,9% des expertises. La mention d'une totale adhésion aux soins antérieurement engagés, souvent dès le placement en détention provisoire, n'exclut pas la recommandation d'une injonction, comme l'illustre une dizaine d'expertises dans notre échantillon.

En détention provisoire, « il consulte parfois le psychiatre et plus régulièrement le psychologue et le psychomotricien, prises en charges dont il dit être demandeur et auxquelles il semble participer activement. En effet, Mr... ne fait pas l'impasse sur un éventuel risque de récurrence pédophile motivé par l'existence d'antécédents. Il est davantage demandeur d'un soutien psychothérapeutique que d'un traitement médicamenteux et affirme qu'il s'y conformera même après son incarcération. [...] Une injonction de soin dans le cadre d'un SSJ apparaît opportune et envisageable, d'autant qu'elle irait dans le sens du désir affiché du sujet de bénéficier de soins psychothérapeutiques pour tenter de comprendre ses passages à l'acte et limiter le risque de récurrence » (expertise n°1) ; « Il souhaite l'intervention des équipes de thérapeutes et fait preuve d'un début d'introspection. Dubitatif, il commence à s'interroger sur lui-même, l'installation de l'*insight* (prise de conscience de l'acte, par rapport à l'autre) est le but à obtenir. Après un certain temps de travail, l'objectif pourrait être atteint car le sujet ne nie pas l'idée d'une récurrence. Un travail individuel semble indispensable pour tenter d'amener le sujet à se pencher sur lui-même, mais un travail en groupe pourrait recadrer sa place sociale et rompre avec son isolement de construction" [...] Le sujet est volontaire, ne se renferme pas, et demande de l'aide » [...] Cette prise de conscience assure une capacité d'accès à la thérapie. Le suivi de ce sujet est indispensable, d'autant plus qu'il n'évite pas l'éventualité d'une récurrence » (expertise n°2). « Mr... évoque beaucoup, au cours de cet entretien, les soins psychiques dont il bénéficie. Il dit avoir commencé les soins dès sa détention à la maison d'arrêt de ... puis au centre de détention en 2006 avec une psychologue, qui a été remplacée par la suite par le Dr..., qu'il voyait au rythme d'une fois par mois et de façon plus récente par rapport aux idées suicidaires, une fois par semaine. Au sujet de ce suivi, il peut dire "je peux dire ce qu'il ne va pas, dire mes soucis, mes appréhensions, parler des faits. C'est pour moi un espace de parole, je peux trouver des solutions en moi avec une aide précieuse. Avant j'avais des blocages, je parlais peu. J'ai eu du mal à parler à Mr... car c'est un homme, avant j'ai toujours été suivi par des femmes : ma mère, une éducatrice en famille d'accueil, des éducatrices, des psychologues. Je pensais que je ne pourrais jamais me confier à un homme, maintenant je sais que c'est possible, j'attends mes rdv, je sais que je vais aller mieux". Le sujet témoigne donc d'un fort investissement de cet espace de soins qui lui apporte sans aucun doute un cadre et un étayage constructif, rassurant, lui offrant probablement des outils pour améliorer ses capacités de mentalisation et d'introspection. [...] Dans le cadre de son projet, Mr... évoque aussi spontanément la poursuite des soins qui lui apparaissent visiblement importants [...] Mr est susceptible de faire l'objet d'un traitement auquel il consent par ailleurs de lui-même. La nature des faits pour lesquels il a été condamné et les séquelles psychologiques qu'il présente plaide pour l'instauration d'une mesure d'injonction de soin (expertise n°3) (D95).

Alors que le jury d'une conférence de consensus organisée en 2001 considérait que l'expert ne devait pas être « le prescripteur des modalités du soin (hormono-thérapie, psychothérapie, ...) » lorsqu'il recommandait l'injonction, une douzaine d'experts se prononce sur le sujet, à la demande des magistrats, sans qu'ils soient toutefois particulièrement directifs. Certains ont préconisé des prises en charge en groupe ou cognitivo-comportementalistes. D'autres ne recommandaient pas tant un type de soin que la nécessité de faire intervenir un psychiatre relevant du secteur hospitalier, spécialisé dans ce type de prise en charge et disposant d'une « équipe soignante ».

« Les recommandations précises mises en exergue dans les conclusions de la précédente expertise ont été prises en compte de façon désinvolte puisqu'il était indiqué que seul un praticien hospitalier de secteur public ou du service addictologie dont peuvent ressortir les conduites perverses répétitives pouvait mener le traitement de façon efficace, eu égard à son expérience thérapeutique en ce qui concerne notamment les troubles psychopathologiques complexes, selon les diverses modalités, en consultation ou en institutionnel, une injonction de soin dans le cadre d'un SSJ étant impérative. La participation à un groupe thérapeutique était aussi recommandée en association, eu égard à la prégnance de pulsion. On lui aurait laissé le libre choix d'un thérapeute, non spécialisé dans l'approche de troubles de la personnalité de ce registre, alors que l'indication était formelle » (expert, D72).

« On ne peut que conseiller que la prise en charge psychothérapique dont il bénéficie aujourd'hui au sein d'un CMP soit poursuivie *ad libitum*, certes dans le cadre d'entretiens individuels, mais peut-être aussi dans le cadre de prises en charge en groupe, la confrontation avec d'autres sujets pédophiles pouvant arriver à le mettre face à ses contradictions, entamer *in fine* ses mécanismes de défense, et enfin, infléchir un tant soit peu son profil pervers (ce dernier point demeurant cependant une gageure) » (expert, D77).

Dans une minorité de dossiers, le discours de l'expert psychiatre n'est pas sans comporter quelques insinuations sur les vertus comparatives des approches psychiatriques et psychologiques, ou encore sur la réalité de la prise en charge thérapeutique quand, par exemple, l'intervention d'« *infirmiers psychologues* » ou « *psychiatriques* » se trouve appuyée par des guillemets, dans une phrase conclue par des points de suspension...

*« Parce qu'il y a aussi des échelles de valeur dans la tête de certains experts psychiatres qui considèrent que le soin, ça peut être que par un psychiatre. La psycho à la limite, c'est en solde et alors, quand c'est du suivi infirmier, c'est de la fin de série, une personne qui ne vaut rien » (Psychologue, SMPR).*

« Le seul point sur lequel son incarcération semble accrocher est le suivi "psychologique" ; suivi qui a eu semble-t-il du mal à se mettre en place et se limite actuellement à un entretien mensuel avec une infirmière psychiatrique... ce qui est effectivement plus "un suivi" (au sens de suivre l'évolution de quelqu'un) qu'une prise en charge psychothérapique en tant que telle » (D56).

Un traitement inhibiteur de libido a également été proposé par un expert psychiatre dans un peu plus d'un dossier sur dix (11,1%), dans un objectif de contrôle pulsionnel, certains précisant néanmoins les limites de ce type de médication. La Haute Autorité de santé note en effet que ce type de prescription ne concerne qu'une population restreinte, environ 10 à 15 % des délinquants sexuels, « *particulièrement des pédophilies « sévères » c'est-à-dire ayant un risque important de passage à l'acte de violence, des violeurs récidivistes « avec un comportement prédateur »* ». Elle souligne un certain nombre de contre-indications et des effets secondaires importants, notamment des dépressions et des déminéralisations osseuses<sup>323</sup>.

« La question de la reprise d'un traitement par antihormones mâles est ouverte. Cette forme de traitement, qui requiert l'acceptation du sujet (ici très facilement donnée), ne peut prétendre à elle seule résoudre le problème. L'Androcur a des inconvénients biologiques et surtout ce type de traitement ne remodèle pas la personnalité du sujet. Les pulsions pédophiles restent présentes et seront seulement moins facilement exprimées par un passage à l'acte » (D55).

« Suite à sa première incarcération, Mr ... avait bénéficié d'un traitement anti-hormonal par Androcur, qui avait d'ailleurs été instauré dans le cadre de sa première détention [...]. Ce traitement a été arrêté, il est difficile d'établir un lien simple de causalité entre l'arrêt du traitement antihormonal et la récidive des actes délictueux car Mr ... évoque le fait que même sous traitement, il continuait à ressentir d'importantes pulsions sexuelles, pouvant dire qu'il n'avait pas osé à l'époque parler à son médecin de ces pulsions qui restaient extrêmement présentes et surtout envahissantes [...] La reprise ou la poursuite d'un traitement anti-androgène n'a pas été retenue lors de la deuxième période d'incarcération notamment par les soignants. Par ailleurs, le sujet a clairement refusé de reprendre un tel traitement vis-à-vis des effets secondaires dont il avait été victime. Il faut noter que malgré la prise régulière, ce traitement n'avait visiblement que contrôlé que très partiellement les pulsions sexuelles envahissantes. Dans ce sens, il n'apparaît pas indispensable à ce jour d'avoir recours ou d'insister auprès du sujet pour reprendre un tel traitement » (Rapport du médecin coordonnateur, D50).

<sup>323</sup> Avis sur la prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans, 2009.

## **B- Les justifications du traitement**

Tous les experts sont loin de motiver les raisons justifiant l'engagement de soins, de sorte qu'il nous a été impossible d'identifier les arguments appuyant leurs conclusions dans près d'un dossier sur quatre<sup>324</sup>. Lorsqu'ils s'en expliquent, leurs observations reflètent les finalités plurielles assignées à l'injonction (v. *supra*) et leur positionnement intermédiaire en tant que soignant et auxiliaire de justice. Dans des proportions similaires, leurs arguments se répartissent entre des motivations cliniques (présentes dans 55,2% des dossiers de l'échantillon comprenant des expertises) et des justifications inscrites dans une rationalité pénale, autour de la nécessité d'un contrôle, d'une surveillance et de l'engagement d'un processus réflexif tourné vers l'amendement moral (présentes dans 50% des dossiers).

Les principaux arguments recensés portent sur l'importance d'une surveillance médicale et/ou d'un cadre contraignant garanti par la réaction judiciaire en cas de rupture du suivi (25% des dossiers). Dans les mêmes proportions, les experts encouragent une véritable réflexion sur le passage à l'acte, afin que le condamné prenne conscience de la gravité des faits, éprouve un authentique sentiment de culpabilité et une véritable empathie pour les victimes (24%). Plus globalement, la prise en charge thérapeutique doit leur permettre de développer des capacités d'introspection, d'élaboration et d'autocritique vis-à-vis de leur fonctionnement psychique, de leurs comportements (27%) et/ou troubles sexuels (6,3%). Étant donné la prévalence des problématiques addictives, les soins sont perçus plus d'une fois sur cinq (22%) comme un moyen d'inscrire le condamné dans une abstinence durable. Un peu plus d'une fois sur dix (13,5%), les experts motivent les soins par les risques de récidive et/ou pour prévenir le renouvellement de l'infraction. Dans quelques affaires, c'est la nature des faits, leur gravité (5 affaires, 5,2%) et/ou les antécédents du condamné (2 affaires) qui viennent appuyer la conclusion des experts. Les autres registres argumentatifs portent sur l'existence de pathologies ou de troubles de la personnalité nécessitant une prise en charge médicale (9,4%) et sur la nécessité d'un accompagnement psychologique (14,6%). Le suivi est également valorisé en ce qu'il permettrait de développer les aptitudes relationnelles des condamnés (7,3%), de les faire réfléchir sur et de dépasser des traumatismes subis dans l'enfance (abus sexuels, violences, placements, etc. ; 6,3%). La façon dont le condamné envisage et perçoit la démarche de soin vient soutenir la conclusion de l'expert dans seulement une affaire sur sept (14,6%). Une fois sur dix, la recommandation de soin s'appuie sur l'existence d'une demande ou sur une adhésion au suivi antérieurement engagé (9,4%). Dans cinq affaires (5,2%), c'est au contraire leur absence de demande ou leurs réticences qui motivent l'injonction.

## **C- La rareté des avis défavorables au prononcé de l'injonction**

Les experts émettent rarement un avis défavorable au prononcé de l'injonction. On en trouve trace dans 12% des dossiers. Dans huit de ces douze dossiers, l'absence de demande ou d'accessibilité au soin justifie l'exclusion de l'injonction. S'agissant des autres éléments d'appréciation, nos entretiens et la lecture croisée des expertises révèlent des divergences d'interprétation sur les critères d'exclusion à privilégier (1). Plutôt que d'en écarter explicitement la pertinence, les experts se contentent le plus souvent d'émettre des réserves sur la possibilité d'un traitement (2).

*« Quand on lit les dossiers des expertises, d'une part, il n'est pas rare de trouver des expertises contradictoires. Y en a qui disent qu'il faut, d'autres qu'il faut pas, d'autres qu'il faut peut-être, d'autres ça n'aurait aucun intérêt. Vraiment, on a quelquefois des dossiers, c'est pif, pouf, on n'est pas d'accord » (Psychiatre, médecin coordonnateur).*

### **1- Des divergences d'interprétation sur les critères d'exclusion de l'injonction de soin**

Ces divergences portent sur l'adéquation du dispositif de l'injonction en l'absence de maladie mentale ou de déviance sexuelle (a), en présence d'une négation des faits (b), d'une structure perverse (c), de déficiences mentales (d) ou de troubles psychotiques (e).

---

<sup>324</sup> 24% des dossiers comprenant des expertises.

### a- L'absence de maladie mentale ou de déviance sexuelle

Dans deux affaires, c'est l'absence de pathologie mentale *stricto sensu* qui amène l'expert à écarter l'injonction, ce qui témoigne de la volonté de maintenir une nette distinction avec de simples troubles de la personnalité, de concentrer aussi la psychiatrie sur ses missions prioritaires : les maladies mentales graves, notamment psychotiques.

« La curabilité ne se pose pas dans le sens où aucun signe clinique de maladie mentale franche et avérée n'a été observé durant l'entretien. Une injonction de soin dans le cadre d'un SSJ ne serait pas opportune même si le sujet reconnaît les faits, dans le sens où aucun élément clinique n'apparaît prégnant que ce soit en termes de maladie mentale ou d'anomalie psychique » (expert, D70).

Ces positions illustrent le vaste débat sur les rapports entre troubles de la personnalité et maladies mentales, entre une approche dimensionnelle et catégorielle. Certains considèrent qu'il est « naïf de penser que la psychiatrie est allée trop loin dans l'extensivité de son champ : de nouvelles missions nous ont été confiées par la société ; les patients présentant des troubles de la personnalité sont nombreux dans nos files actives ; nous avons eu raison de mettre en place des centres de ressources, des consultations spécialisées, des articulations Santé-Justice »<sup>325</sup>. Daniel Zagury souligne néanmoins une préoccupation partagée dans le champ sanitaire. « Le véritable danger ce n'est pas l'extensivité de notre champ et de nos missions, c'est la confusion, la dédifférenciation des maladies mentales et des troubles de la personnalité, des soins aux malades mentaux psychotiques et des soins pénalement obligés »<sup>326</sup>. En lien avec la logique de « care » évoquée au sujet des finalités de l'injonction, il recommande pour éviter toute confusion de substituer au terme de soin ceux d'« accompagnement thérapeutique », d'« étayage », d'« aide thérapeutique » ou d'aide « au réaménagement des défenses ».

Dans une troisième affaire, l'expert a cantonné l'injonction de soin au champ des déviances sexuelles, et donc à son champ d'application initial, écartant cette mesure malgré la présence d'une problématique addictive.

« Une injonction de soin n'est pas indiquée dans la mesure où il ne s'agit pas là d'une déviance sexuelle même s'il s'agit d'une délinquance sexuelle. [...] Le sujet apparaît accessible en priorité à une prise en charge alcoolique plus que psychothérapeutique » (expert, D61).

### b- La négation des faits

Dans cinq des douze expertises défavorables au prononcé d'une injonction de soin, les experts se fondent sur l'absence de reconnaissance des faits, qui s'accompagne généralement d'une absence de demande ou d'adhésion aux soins.

« Une injonction de soin dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire ne nous paraît pas particulièrement pertinente. Monsieur... ne reconnaît absolument pas les faits qui lui sont reprochés. Il dit n'avoir de plainte ni dans le domaine de la sexualité, ni plus généralement dans le champ de la psychiatrie. Il bénéficierait jusqu'à son incarcération d'un suivi socio-judiciaire dont il soulignait l'inutilité » (expert, D19).

« Depuis plusieurs mois, au [centre de détention], il ne bénéficie d'aucun entretien psychologique ou psychiatrique. [Il] n'en reconnaît d'ailleurs aucune utilité, il ne voit pas pourquoi il serait obligé d'avouer quelque chose qu'il n'a pas commis. [...] Dans ce contexte, il n'est pas étonnant qu'il ne ressent aucun besoin particulier en ce qui concerne la question des soins psychologiques et/ou psychiatriques qui d'ailleurs après une tentative d'approche du sujet ont été interrompus, le condamné n'ayant aucune demande, ne ressentant aucune souffrance particulière, surtout restant dans cette position de dire qu'il n'a commis aucun acte particulier, qu'il est victime d'une erreur judiciaire. Devant un tel déni, l'absence de changement dans le discours du sujet et dans sa position par rapport aux faits et à sa condamnation, [...] le sujet n'est pas susceptible de faire l'objet d'un soin, tout particulièrement dans le cadre d'une injonction de soin » (D46).

« La réalisation de soins apparaît difficile à envisager tant que le sujet maintiendra une telle position, ne reconnaissant pas les faits qui lui sont reprochés et les accusations portées contre lui. Une telle attitude rend illusoire toute tentative de travail thérapeutique centrée sur des troubles et des difficultés qui ne sont pas reconnus. [...] Étant donné sa position actuelle, l'absence de reconnaissance des accusations portées contre lui, il paraît illusoire d'envisager des soins d'ordre thérapeutique y compris s'ils sont réalisés dans le cadre d'une injonction de se soigner, d'un suivi socio-judiciaire. [...] Le mis en examen n'exprime pas

<sup>325</sup> Zagury D., *op. cit.*

<sup>326</sup> *Ibid.*

de véritable envie quant à un suivi psychologique. Suivi pourtant nécessaire au vu de l'histoire personnelle, des traits de personnalités d'un sujet chez qui le risque d'un passage à l'acte reste de l'ordre du possible » (expert, D59).

« Compte tenu de la négation ferme et stable des faits, comme de toute difficulté ou déviance et de l'absence de trouble révélé par l'examen, une injonction de soin n'est en principe pas indiquée. En effet, la condition de l'éventuelle accessibilité à des soins enjoins ou obligatoires chez un sujet fut-il condamné est une reconnaissance au moins partielle ou indirecte des faits » (expert, D70).

Ces conclusions correspondent aux recommandations du jury de la conférence de consensus des 22 et 23 novembre 2001 sur les « psychopathologies et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle », selon lequel la négation des faits devait être considérée comme « *une contre-indication absolue à toute injonction ou obligation de soins. Pour conseiller l'opportunité d'une injonction de soin, l'expert devra évaluer chez le sujet : son degré d'adhésion à un éventuel processus de soin, sa capacité à se reconnaître inscrit dans un mode de réalisation sexuelle déviante. Lorsque ces conditions ne sont pas réunies, il y a lieu de différer cette injonction de soin puisque la décision pourra être prise après le jugement, durant la peine d'emprisonnement ou dans la période qui précède la sortie de prison, en fonction de l'évolution du condamné* »<sup>327</sup>.

*« Alors que c'est extrêmement pertinent pour d'autres patients, pas pour des patients qui sont mais vraiment, dans un déni total des faits, pour lesquels, il y a une hostilité, une agressivité, où on est en difficulté, on met tout le monde à mal. Ça c'est sûr : on met le patient à mal, on met les soignants à mal aussi, les SPIP, voilà et en plus, je pense que pour le coup, on crée des difficultés supplémentaires. Ce sont des patients qui vont se mettre en difficulté, pour ne pas venir à l'injonction de soin ou louper les rendez-vous et avec les conséquences qui vont derrière. C'est-à-dire la réincarcération possible et où de toute façon, la question du déni ne sera pas forcément levée. En plus, on sait très pertinemment que le déni, c'est pas du tout un bon prédicteur de risque de récidive, donc je trouve que du coup, c'est pas forcément un effet très intéressant » (Psychologue, SMPR).*

Cette exclusion est souvent mal comprise par les acteurs judiciaires, qui voient au contraire dans la négation des faits une justification d'autant plus forte de l'injonction, puisque celle-ci doit justement favoriser une réflexion sur le passage à l'acte. Si certains acceptent cette position de principe, d'autres considèrent que le déni n'empêche pas de « travailler » sur d'autres problématiques psychopathologiques.

*« Et alors, ce qui peut être un peu plus gênant, c'est que euh... j'ai remarqué aussi que l'injonction de soin est souvent proposée, quand les personnes reconnaissent les faits. Si ce n'est complètement, en tout cas qu'il y ait un début de quelque chose, voire une reconnaissance complète. Et quand les gens sont dans le déni complet, la conclusion elle est souvent « l'injonction de soin n'a pas trop d'intérêt puisque de toute façon, Monsieur machin est dans le déni ». Et pour avoir suivi un stage, il y a quelque temps là-dessus, euh... alors, j'étais moi-même un petit peu dans cette optique-là de se dire, même pour l'obligation de soins, « est-ce que ça vaut le coup, d'ordonner une obligation de soins dans le cadre d'un SME, pour quelqu'un qui est complètement dans le déni et pour lequel le travail ne va pas pouvoir s'effectuer ? Et il se trouve qu'il y a eu divers intervenants à ce... ce séminaire euh... dont certains très convaincants, des gens vraiment très spécialisés, qui travaillaient au sein de SPIP et qui disaient que euh... c'était pas du tout euh... une barrière et que si effectivement, au départ euh... l'intéressé, même encore à l'audience, après le processus de l'instruction, etc., était encore dans le déni, ça n'empêchait pas l'intéressé, à force de rendez-vous, d'évoluer et de pouvoir travailler quand même cette problématique. [...] Et donc je me suis dit « c'est pas une raison pour l'écarter systématiquement si l'intéressé est dans le déni au moment de l'expertise ». Et on sait très bien que il peut y avoir une évolution. Les experts souvent, ils voient les intéressés au début des dossiers d'instruction. Après il s'écoule du temps, jusqu'au renvoi devant le tribunal, la cour d'Assises. Après, y a le temps de l'audience, qui est encore une phase différente, et puis il y a après l'audience » (Magistrat du siège).*

*« On a les experts qui vont systématiquement conclure à la nécessité de l'injonction de soin et on a des experts qui ont des positions... alors ça après, c'est un débat de médecins entre eux, qui consiste à dire que si la personne est opposée aux soins, il n'est pas utile de lui enjoindre des soins, puisque de toute façon,*

<sup>327</sup> V. également Dubret G., « L'injonction thérapeutique de la loi du 17 juin 1998 : une tentative pour articuler la peine et le soin », *op. cit.*

*elle adhèrera pas. Donc on a ces deux écoles, entre guillemets en fonction des expertises. On peut avoir des expertises, mais je les trouve pas très fréquentes nous... enfin moi, ce que j'ai à voir, qui concluent que c'est pas nécessaire de lui imposer, dès lors qu'il veut pas. C'est vrai que nous par exemple, on va un peu raisonner différemment des fois, par rapport à ça, en disant justement, ben justement nous, la justice, dès lors que les gens veulent pas, c'est le sens justement de l'injonction. C'est justement de contraindre quelqu'un qui ne veut pas à faire des soins. Ce qui est compliqué après pour les soignants, puisque les soignants nous disant « nous, on ne peut travailler qu'avec des gens qui veulent se soigner ». Donc il y a parfois un dialogue de sourds, entre le médecin, enfin le psychiatre et le juge qui est... voilà, ça ne correspond pas à une logique thérapeutique en fait, d'enjoindre des soins » (JAP).*

*« Sachant que les erreurs judiciaires existent, mais enfin, sans doute pas aussi souvent qu'on retrouve des personnes dans le déni, souvent, ils disent que l'obligation de soins, c'est même pas la peine quoi. C'est pas que ça servirait à rien, la personne est dans le déni. Ça, ça m'interroge par contre. [...] Parce qu'en fait, il y a un double travail à faire quoi. Moi j'ai une situation où l'intéressé a quand même été condamné une première fois en cour d'Assises, a fait appel, a fait cassation, toujours coupable et toujours innocent. Ça paraît pas si simple quoi. Y a un problème et du coup, pas de soins, ça servirait à rien. Pas de prise » (CPIP).*

*« Là, j'ai un dossier, pas SSJ mais où le mec était clairement dans le déni. Il était clairement dit qu'il n'y avait pas de problème dans la structure psychique, et que du coup, les soins étaient absolument pas adaptés, vu où il en était et l'obligation de soins n'a pas été prononcée. Et c'est une bonne chose je pense. C'est une bonne chose. Moi je travaille à ce qu'il adhère aux soins, mais pour d'autres... sur un autre volet en fait : sur le volet dépressif de sa personnalité. Mais du coup, ça me permet de travailler la question d'aller vers les soins, en étant sortie de la question de l'obligation et de la reconnaissance des faits, où il bougera pas » (CPIP).*

Toutefois, il n'y a pas de consensus parmi les experts concernant l'exclusion de l'injonction en cas de négation des faits, surtout lorsque des pathologies psychiatriques ou des addictions sont manifestes. En effet, si un avis défavorable apparaît dans un tiers des cas de négation, la totalité des dossiers concernés comprennent au moins une expertise contraire. Dans l'hypothèse d'une reconnaissance partielle, les expertises sont plus souvent défavorables (22,2% des cas contre 7,1% en cas de reconnaissance totale), mais une injonction a néanmoins été proposée par un autre expert dans 85,7% des dossiers concernés.

« Il dit bénéficier actuellement d'un suivi psychiatrique par le Dr... mais cela ne correspond aucunement à une remise en cause ou à un authentique engagement thérapeutique : "ils m'ont obligé, sinon vous n'avez rien, avant j'avais le Dr..., on rigolait, j'avais fait sa caricature". [...] La non-reconnaissance des faits contre indique classiquement la mise en place d'une injonction de soin. Cependant, dans ce cas précis, au regard des conduites addictives du sujet qui sont un facteur péjoratif de pronostic, il paraît opportun qu'il bénéficie d'un suivi visant à le soutenir dans un projet d'abstinence durable qui limitera peut-être les risques de récurrence transgressive. Cette démarche peut s'inscrire dans le cadre d'une injonction de soin. Elle sera particulièrement difficile à mener » (expert, D63).

### *c- La figure du « pervers incurable »*

Dans un dossier apparaît encore la figure du « pervers incurable », longtemps dominante dans le champ de la psychiatrie. En entretien, un expert a tenu le même genre de discours, mais au sujet de « psychopathes » présentant des traits pervers.

« Les perversions sexuelles cliniquement constituées ne répondent pas non plus à un traitement conforme aux données acquises de la science. Par conséquent une injonction de soin n'est pas opportune. Le pronostic, y compris pénal, apparaît très réservé. La récurrence est à craindre. Aucun traitement n'est envisageable » (expert, D92).

*« Si on simplifie en disant il y a deux catégories de gens : soit des gens très immatures, soit des gens avec des perversions très structurées, et les gens très immatures, pourraient quand même profiter d'une injonction de soin, pour prendre un petit peu plus de distance par rapport à leur fonctionnement. Pour les autres, je disais qu'effectivement, une injonction de soin pouvait être prononcée, mais qu'il fallait pas attendre des résultats merveilleux. En gros. Je tournais les choses d'une manière plus urbaine bien sûr, mais en gros c'était ça. [Il vous est arrivé en revanche, de dire parfois, d'écrire plutôt, « telle personne ne relève pas du tout des soins » ?] Oui. Oui, oui, ça m'est arrivé, dans des choses tellement fixées que je pensais que c'était la sanction pénale, point barre et que ça ne bougerait pas. Il y a des structures qui sont*

tellement fixées, avec une telle répétition des choses, quel que soit le discours des gens... » (Psychiatre, expert).

« Après, il y a quand même la situation qui est difficile à traiter, qui demande beaucoup plus de réflexion de débats, etc., c'est les personnalités asociales. Parce que les personnalités asociales, ce qu'on appelle les psychopathes, là, c'est beaucoup plus compliqué, puisqu'il y a aucun médicament qui peut agir, si ce n'est décérébrer la personne chimiquement, ce n'est pas... pas vraiment souhaitable et qui ont un mécanisme suffisamment pervers pour avoir une contre-indication aux différentes thérapies puisque les psychothérapies qui donnent des outils au patient pour se défendre contre leur propre personnalité, ça va donner des outils aux psychopathes pour agresser encore plus et être encore plus agressifs et nocifs. Vous donnez des outils à un pervers, il va d'abord les utiliser pour faire souffrir l'autre, avant de se soigner avec. Donc c'est une lame à double tranchant la psychothérapie et c'est pour ça que c'est très difficile d'utiliser la psychothérapie chez le psychopathe. Donc, on peut dire que le psychopathe lui, il relève pas... il relève pas de la psychiatrie, puisque c'est pas un trouble évolutif. Il relève pas de la psychothérapie, parce que il pourrait utiliser ces armes-là pour être encore plus nocif pour la société. Et malheureusement les psychopathes, il n'y a que la prévention qui peut marcher, c'est-à-dire les mesures éducatives, pour éviter que ça se reproduise. Chez les jeunes, il faut tout axer sur la prévention parce qu'on peut prévenir la psychopathie et puis malheureusement, quand la personne est psychopathe, y a qu'une seule chose qui arrive à l'améliorer c'est le cadre, c'est-à-dire la privation de liberté, c'est la prison. La prison, en tant qu'outil thérapeutique. La prison est thérapeutique chez les psychopathes. Après, pour les crimes sexuels, bien évidemment il y a les méthodes hormonales, les médicaments qui réduisent la libido ou qui abrasent la libido, pour les rendre moins dangereux, avec le problème de l'observance thérapeutique (rire). Ça, c'est pas évident à faire respecter. (Psychiatre, expert).

Daniel Zagury confirme que « la seule vraie contre-indication au suivi thérapeutique des délinquants sexuels est la perversion quand elle occupe tout le champ de la personnalité et qu'elle régule et organise toutes les relations », car « la mise en échec des tentatives de traitement ne ferait qu'apporter un surcroît de jouissance »<sup>328</sup>. Les expertises étudiées, les experts interrogés comme certains acteurs judiciaires évoquent le caractère potentiellement contre-productif du suivi médical, lorsque les condamnés l'investissent non pas pour engager une véritable thérapie, mais pour y trouver des justifications, des rationalisations à visée dé-responsabilisante. Certains profiteraient du cadre thérapeutique pour tenter de manipuler, dominer sinon sidérer les soignants, déversant dans cet espace leurs violences en paroles.

« Par exemple, c'est pas spécifique à eux, mais quand même, les AVS sont assez friands d'explications, de rationalisation de leurs actes, donc ils vont chercher à intellectualiser. Donc ils vont mobiliser. Certains vont chercher à savoir et puis en fait, ils le sous-tendent aussi avec une réflexion. Certains ont beaucoup lu. Y en a même qui me ramènent les lectures de Balier (rire). Oui, certains ont... ils sont pas tous démunis non plus hein. Certains sont démunis sur d'autres choses d'ailleurs mais toujours est-il qu'ils vont chercher, à faire de leur histoire en fait, un cas clinique. Donc c'est bien connu ça, dans les registres un peu pervers. [...] Qui aime au fond parler de tout ça... Et puis surtout, il parle de ça mais en fait, il s'extériorise, il n'est pas concerné. « Regardez, je suis là plutôt ». C'est pas leur histoire » (psychologue, SMPR).

« Et ça peut être effectivement compliqué de répéter 15 fois son histoire, sauf pour le pervers hein, qui va adorer répéter son histoire à tire larigot, donc plus il a d'interlocuteurs, mieux c'est » (JAP).

« Parce que ce qui surprend lorsque les personnes reconnaissent les faits, lorsque ce sont des faits d'agression sexuelle pas forcément pédophiles mais d'agression sexuelle de manière générale – pédophilie c'est encore pire – c'est qu'ils se complaisent dans raconter les faits, ils se complaisent dans raconter également, tous leurs problèmes personnels, etc. et on se demande si finalement, ils ne l'auto-entretiennent pas ou si, en tous les cas, c'est tellement co-substantiel à ce qu'ils sont, qu'ils n'en ont plus aucun regard critique » (Magistrat du siège).

« M... évoquait sans grande réticence, voire même avec une certaine complaisance les faits qui lui sont reprochés [...] on retrouve une certaine jubilation dans ses propos comme s'il cherchait à susciter la peur et l'effroi chez l'interlocuteur » (expert, D11).

« Une injonction de soin n'est pas opportune en l'absence de pathologie mentale constituée et de demande d'un éventuel travail de remise en cause en profondeur de ses traits de personnalité. En effet, les entretiens psychologiques semblent actuellement

<sup>328</sup> Zagury D., op. cit., 51.

surtout destinés à fournir au sujet les explications sur les déterminismes de ses comportements susceptibles, selon lui, d'atténuer sa responsabilité » (expert, D31).

« Il est condescendant vis-à-vis du thérapeute qui le suit dans le temps de l'incarcération. [...] Avec le recul que nous avons pour ce sujet que nous voyons pour la seconde fois, nous savons que l'injonction de soin qui avait été proposée dans le cadre du SSJ lors d'une des premières affaires a été à notre avis inappropriée. Ceci, dans le sens où actuellement il reste le meneur dans cette décision en n'y allant pas et il avance facilement qu'il n'en est pas là. Il répète qu'un jour il rentrera peut-être dans la thérapie, ce qui pour nous ne vas pas de soi. Face à ce type de sujet, une injonction de soin qui laisse le sujet dans l'illusion d'une toute puissance et lui permet de se sentir libre et maître de ce qui se passe n'atteint pas le projet visé de soutien pour une évolution de la personnalité. Actuellement le sujet n'est donc pas accessible aux soins » (expert, D98).

Pour autant, de tels profils se rencontreraient rarement, de sorte que nombre de spécialistes dénoncent des interprétations à l'emporte-pièce, infondées scientifiquement, qui reposeraient sur des jugements moraux et non sur une réelle observation clinique. « *En caricaturant à peine, le préjugé s'articule autour d'une logique implacable [...] et qui était la représentation dominante jusqu'aux années quatre-vingt : ces actes relèvent de la perversion sexuelle ; celle-ci répond à une structure définitive ; toute ambition thérapeutique est un leurre dangereux. La psychanalyse freudienne est alors invoquée pour justifier l'abstention, forme théorisée du rejet* »<sup>329</sup>. Selon Daniel Zagury, « *la vulgate psychiatrique s'est trop longtemps facilement emparée de l'alibi freudien pour court-circuiter le trajet qui va de l'acte à la personne, en invoquant une « structure perverse », dont Lantéri-Laura (1992) a bien montré qu'elle assurait exactement le même office que la constitution perverse de Dupré, « qui incarnait laïquement le mal ». Certes, on semble plus savant en faisant appel à la structure plutôt qu'à la constitution, mais cela revient au même : la condamnation sans appel de tout espoir de changement, en contradiction avec les statistiques de récidive et avec l'observation clinique* »<sup>330</sup>.

Ces pronostics définitifs excluant toute forme de prise en charge sanitaire sont d'ailleurs fermement critiqués par les soignants, particulièrement par ceux exerçant en milieu pénitentiaire. Ceux-ci considèrent que les perversions n'excluent pas toute approche thérapeutique, qui certes supposerait quelques aménagements par rapport aux démarches cliniques classiques. Ce genre de conclusions serait d'ailleurs loin de leur faciliter la tâche lorsqu'elles tendent à disqualifier les soins initiés en détention.

*[Quand vous lisez ces expertises qui disent finalement « les pervers, ils ne sont pas susceptibles de traitement »... ?] Ça me fait hurler moi. Moi je, je, je... enfin, l'expérience m'a montré que c'était pas simple, qu'il faut mouiller la chemise, qu'il va falloir s'accrocher, que eux, les patients dits pervers. Y a des degrés en plus dans le... des degrés d'intensité. La perversion, c'est un mécanisme de défense. Donc, plus on cogne sur ces gens-là, plus on les agresse, plus on veut leur faire avouer des trucs, plus on veut leur faire dire des trucs, qu'ils n'arrivent pas à dire, parce que c'est trop terrible pour eux, ou parce qu'ils en ont... ils n'ont pas les mots ou je ne sais pas quoi, plus on va provoquer, renforcer le mécanisme défensif, et moins on y arrivera. Une fois qu'on a compris ça, on fait autrement. Et moi je trouve que c'est ça qui est hyper passionnant dans mon boulot. Donc moi je considère pas qu'il y a des gens incurables. Je considère qu'il y a des gens qui vont demander vachement de boulot et de créativité et de patience. Et puis d'autres, un peu moins, mais ça peut avoir l'air très clair, et ça l'est pas tant que ça et qu'il faut accepter, de faire des détours. Moi j'entends parler d'agriculture, j'entends parler de foot, j'entends parler de tunning, mais alors, tout ça ne m'intéressant absolument pas, et j'y connais que dalle, mais c'est ce qui fait vibrer le patient, c'est ce dans quoi il est à l'aise. Donc, si on peut entrer en lien, en parlant de tunning, eh ben on parlera de tunning, voilà. On en est à aller où en est le patient et non pas à dire « moi j'ai un programme de soins... », et je fais avec ce qu'ils peuvent donner et petit à petit » (Psychologue, SMPR).*

*« Quand après, le mec qu'on suit depuis 18 mois, un jour il emmène les conclusions de l'expertise... moi c'est les conclusions que je lis et qu'il y a écrit « n'est pas apte à la psychothérapie ». Là, y a comme un froid. C'est-à-dire que... ou pas accessible à un traitement. On peut voir d'ailleurs les deux et le patient il me regarde et il me dit « mais alors, ça sert à rien que je vienne vous voir » ou « on fait rien en fait ». Et j'avoue que moi, je me sens un peu... un peu disqualifiée » (Psychologue, SMPR).*

<sup>329</sup> *Ibid.*, 52.

<sup>330</sup> *Ibid.*, 51.

#### d- La présence de déficiences mentales

Une expertise de l'échantillon exclut l'injonction de soin en raison de déficiences mentales, plusieurs énonçant par ailleurs des réserves quant à son intérêt. Certains psychiatres et psychologues émettent en effet des réserves sur l'adéquation du dispositif concernant les plus démunis sur un plan intellectuel. Du fait de leurs difficultés de compréhension et de verbalisation, de leurs faibles capacités d'introspection et d'élaboration, ces condamnés seraient difficilement accessibles à une psychothérapie. Ils évoquent en substitut les bienfaits d'une approche socio-éducative. De leur côté, les professionnels de la justice se réfèrent systématiquement à ce public lorsqu'ils contestent la prédominance des pratiques d'orientation psychanalytique, au détriment d'approches comportementales et cognitives (TCC) qu'ils jugent plus adaptées et insuffisamment développées en France. Face à de lourdes déficiences, un psychiatre et médecin coordonnateur n'y voit pourtant pas de plus-value.

*« Y a des déficients mentaux, mais on les déstabilise même. C'est trop compliqué. Alors là, ceux-là, il faudrait un suivi social et puis voilà, mais pas... L'injonction de soin ça n'a pas de sens, les déficients mentaux et y en a quand même beaucoup hein. Y en a quand même beaucoup. Je fais le lien avec ce que je vois dans les dossiers, notamment avec leurs faibles capacités d'élaboration. C'est-à-dire que finalement, même pour parler, c'est compliqué... Et ça les angoisse énormément. Ah oui, oui, ça les déstabilise. Souvent je vois, j'ai quelques déficients mentaux, mais les pauvres, ils galèrent. « Qu'est-ce qu'il faut que je fasse ? mais je comprends rien ». C'est des gens qui ont besoin d'une mesure sociale, souvent de protection de la personne. Y en a quand même un certain nombre et d'être mis dans un environnement sécurisé, mais l'injonction de soin n'apporte strictement rien pour eux. Strictement rien. [...] Éducatives, même pas comportementales, dans l'éducatif. Parce que le comportemental, n'oublions pas, quand on travaille, qu'on fait des TCC, ce qu'on appelle les thérapies cognitivo-comportementales, on amène le patient à faire des liens entre cognition, comportement et émotion. Waouhh, c'est pas donné à tout le monde. C'est compliqué à dire « à quoi vous pensez ? Qu'est-ce que vous ressentez ? Quelle pensée intervient ? Quelle pensée soutient cette émotion et qu'est-ce qu'elle vous amène à faire ? ». Et comment on peut gérer son émotion sur la cognition ? Non, ça c'est pas pour les déficients mentaux. Pour les déficients mentaux, c'est de l'éducatif. C'est de l'éducatif. C'est du cadrage éducatif, c'est de l'accompagnement éducatif, c'est éventuellement, une mise dans une institution éducative » (Psychiatre, médecin coordonnateur).*

*« Sachant que pour les soins, les personnes... alors, y en a qui en parlent très librement, qui disent « mon psychiatre, ça se passe ; j'apprécie bien le thérapeute » et y a des gens qui ont pas des capacités d'élaboration pour entrer dans une psychothérapie. Alors ces gens-là, on va pas non plus travailler des choses. Ils sont limités en fait, dans leur réflexion. Ah, j'en ai cinq maintenant, parce que j'en ai eu un nouveau, et c'est quelqu'un, pareil, très limité intellectuellement, qui a jamais été scolarisé, qui a 40 ans, jamais scolarisé. C'est difficile aussi pour le thérapeute, parce que quand on lui demande combien de temps il reste chez le thérapeute, il me dit 10-15 minutes. Donc je pense pas qu'il y a grand-chose qui se travaille en 10-15 minutes » (CPIP).*

« Il ne fera pas spontanément allusion à une prise en charge par le SMPR. L'expert doit poser la question. Il mentionne alors qu'il ne voit pas de psychologue. Il sait pourtant que "c'est bon pour la conditionnelle" (sic) [...]. L'expert se doit de préciser que peu de condamnés sont capables de se remettre en cause profondément et sincèrement, même avec l'aide du SMPR. Les passages à l'acte qui leur ont été reprochés comportent souvent des racines psychologiques profondément inscrites dans leur personnalité. Lorsque nous nous trouvons devant une personne assez frustrée tant intellectuellement que culturellement comme Mr, l'acte de se remettre en question psychologiquement personnellement est souvent au-delà de leurs possibilités. Dans le cas présent, l'abstention de toute prise en charge psychologique pendant la détention ne doit pas être forcément retenue comme un fait très négatif à l'égard de cet homme qui n'a pas de conscience de ce que peut lui apporter une éventuelle réflexion psychologique et qui se situe, face à la justice, comme un enfant fautif qui reçoit une punition. Il est prêt à s'acquitter du mieux qu'il peut de sa punition, n'ose rien demander, sortira un jour de prison et gardera à l'esprit le fait qu'il ne faut pas récidiver car cela risquerait de le ramener en prison. [...] Le sujet n'a pas été véritablement pris en charge par le SMPR pendant sa détention. Il ne présente aucune demande de soins. Il ne présente pas non plus de pathologie psychiatrique au sens strict. Dans ces conditions, il ne me paraît pas réaliste de lui imposer des soins par injonction judiciaire. L'aspect éducatif et social devrait être dans son cas l'élément le plus important pour concourir à sa réinsertion sociale ». (expert, D99).

« Ses capacités d'élaboration, d'introspection nous paraissent extrêmement limitées et nous ne sommes pas sûrs qu'il puisse être en mesure de réfléchir sur ses actes et de tirer bénéfice d'un suivi socio-judiciaire. Un suivi socio-éducatif paraîtrait plus intéressant. Il a conscience d'ailleurs qu'il doit à la fin de sa peine avoir un suivi socio-judiciaire, "j'ai un suivi de 6 ans après, si je ne le fais pas c'est trois ans de plus dans la tronche". [...] Mr ne présente pas de pathologie psychiatrique avérée pouvant répondre à un traitement chimiothérapique. Un accompagnement éducatif dans le cadre de son suivi socio-judiciaire semble important (expert, D52).

## e- Le cas particulier des psychotiques

En présence d'une psychose et d'une schizophrénie, tous les experts ont recommandé cette mesure, alors même qu'ils ont le plus souvent alerté sur de potentielles difficultés de mise en œuvre. Ces psychiatres, comme les professionnels de la justice, considèrent que l'injonction de soin est particulièrement pertinente pour ce type de public, pour des raisons qui ne tiennent pas tant à des considérations cliniques, mais pour maintenir ces condamnés sous contrôle et ainsi éviter une rupture de traitement.

*« Moi je la considère comme une aide. À tel point... (rire) Une fois, c'était le... On m'avait demandé d'intervenir, c'était un truc qui était fait par le CRIAVS sur le traitement sous contrainte et moi j'avais dit... Je me rappelle, il y avait le juge de l'application des peines, j'avais dit « si vous pouviez faire ça pour certains patients, atteints de maladie mentale, particulièrement dangereux, extrêmement inquiétants, ça les aiderait ». Alors, il m'avait regardé avec des grands yeux en disant « mais n'importe quoi, on ne peut pas faire ça à vie, ce n'est pas possible ». Je lui ai dit comment on voit que ça fonctionne. Pour certains, atteints de maladie... y en n'a pas beaucoup hein mais très violents, on sait qu'ils vont récidiver, ils ont tous les facteurs de risque, qui sont dehors. C'est dommage que ça, ça n'existe pas pour eux. [Quand vous parlez de ce type de malades, vous incluez aussi des psychotiques par exemple ?] Surtout. C'est-à-dire que les quelques... vous savez, ça fait partie de ces quelques rares cas... on est bien d'accord que la grande majorité des délits sont faits par des non malades mentaux, on le sait bien, mais il faut quand même être honnête, un certain nombre de patients psychotiques sont dangereux et parmi certains patients qui sont dangereux, certains ont beaucoup de facteurs de dangerosité, notamment les passages à l'acte, les troubles de la personnalité associés, la non-compliance aux soins, la prise de toxiques. On sait que tout ça, ça intervient. On n'en a pas beaucoup mais quelques-uns, qui sont particulièrement dangereux. Et moi qui voit l'intérêt de l'injonction de soin, je me dis, pour ces cas-là, très exceptionnels, mais on en a tous, sur tous les centres hospitaliers, on en a un ou deux, eh bien, ce serait vraiment une super mesure. (Psychiatre, médecin coordonnateur).*

*« Par exemple, y a celui qu'on suit, ben depuis 10 ans, vu tous les mois, simplement parce que ce type est un schizophrène. La seule façon qu'il ne réitère pas, c'est qu'il prenne son traitement. Or, il a toujours dit qu'à partir du moment où il n'y aurait plus de justice, il n'y aurait plus de traitement. Il n'attend que ça pour arrêter. Donc nous, on est juste là pour lui rappeler le cadre. Donc on sert à ça. Je dirais on sert qu'à ça mais en même temps, le « qu'à ça », il est énorme, parce que tant qu'il prend sa piqûre, on n'a pas eu de récurrence énorme » (CPIP).*

*Si les experts me disant que non seulement y a ça, mais qu'en plus, il est devenu psychotique en détention, parce que l'accumulation de produits pendant tant d'années a fait que, et que les experts disent « de toute façon, maintenant ça sera toujours un problème. C'est des maladies non évolutives, non curables. Il faudra toujours du soin », qu'est-ce que vous voulez que je dise ? Je vais pas pouvoir discuter là-dessus. Je vais requérir évidemment l'injonction de soin » (Magistrat du parquet).*

« S'il accepte de bénéficier durablement d'un traitement neuroleptique, il peut parvenir à se stabiliser quelque peu. Mais il est schizophrène et en ce sens, le pronostic évolutif reste très réservé. [...] Même traité, persisteront les traits d'une personnalité schizophrénique. Les risques de désinsertion et d'une évolution ponctuée entre l'hôpital psychiatrique et la prison sont majeurs. [...] Lorsqu'il est à l'extérieur, livré à lui-même, il interrompt tout traitement et il doit être hospitalisé en milieu psychiatrique pour éviter des épisodes délirants et hallucinatoires qu'il peut présenter. [...] La grosse difficulté dans ce type de pathologie est de parvenir à suivre le patient au long cours, ce qui est bien difficile dans la mesure où une fois traité il n'accepte plus aucune contrainte et s'évade de nouveau dans des errances sans grandes limites. [...] Il peut s'inscrire et se complaire dans l'oisiveté et la facilité et finalement parvenir à échapper aux soins qui lui sont proposés. [...] Toute la difficulté est de pouvoir l'inciter très fermement à bénéficier de soins durables. [...] Une prise en charge au long cours associant certainement la poursuite d'un traitement neuroleptique, sous forme injectable (permettant une seule prise par mois sous contrôle de l'infirmière effectuant l'injection) et une prise en charge psychothérapique soutenue (au moins une séance par quinzaine et si possible une séance hebdomadaire) peut minimiser le risque de récurrence. [...] Nous répondons que l'adhésion du sujet à une psychothérapie nous paraît quasiment nulle en l'état actuel de son évolution et de son discours. [...] Il est cependant important de rappeler que le traitement neuroleptique n'est pas une garantie à nos yeux suffisante face aux débordements de pareilles problématiques » (expert n°1). « Il peut paraître surprenant de voir un tel sujet souffrant d'un trouble caractérisé de psychose schizophrénique, dans le cadre d'une injonction de soin ; cependant le cadre du dispositif permet peut-être de donner les garanties d'un suivi régulier, Mr... pourrait effectivement comme dans le passé décrocher du suivi, arrêter son traitement et présenter des périodes de décompensation où réapparaissaient les troubles du comportement » (Médecin coordonnateur, D49).

« Si le projet de liberté conditionnelle concernant... ne tient pas compte de sa dangerosité psychiatrique potentielle et n'intègre pas la nécessité d'une coordination avec le service public hospitalier relevant de la loi de 1900, il me paraît comporter une faille qui augmente inutilement la dangerosité du sujet. Il me paraît plus utile de préparer une telle sortie en posture de rappeler que la nécessité de la continuité des soins, par exemple en imposant une période préliminaire d'hospitalisation à l'hôpital de... dans la perspective de préparer cette tentative de sortie en liberté conditionnelle. [...] Le prononcé d'une mesure de surveillance judiciaire

est ici particulièrement nécessaire et il est utile que cette surveillance se fasse en coordination avec le service public de psychiatrie adulte basé à l'hôpital. Une injonction de soin est nécessaire. Le traitement actuellement reçu devra être prolongé de manière durable » (expert n°1). « Le risque de récurrence est avéré surtout en cas de poussée processuelle, de rupture de traitement, de reprise de conduites addictives, justifiant ainsi le prononcé d'une mesure de surveillance judiciaire. La psychose schizophrénique n'est dans l'état actuel des connaissances pas réellement curable. Elle peut être améliorée et stabilisée avec des thérapeutiques adaptées associant notamment une chimiothérapie antipsychotique, une approche psychothérapique, un accompagnement social. Les formes pseudo-psychopathiques de schizophrénie ne sont pas les plus accessibles au traitement notamment du fait de la fragilité de l'adhésion aux soins et des risques de passage à l'acte. L'évolution du sujet peut nécessiter que les soins soient menés de façon directive, voire sans le consentement du sujet avec des périodes d'hospitalisation en cas de dangerosité pour lui-même et/ou pour les autres. Une injonction de soin est indispensable. Ce sujet doit impérativement bénéficier à sa sortie de détention soit d'une admission en postcure psychiatrique soit d'un suivi psychiatrique de secteur étroit » (expert n°2, D13).

« Il semble difficile d'envisager une remise en liberté hors de tout contexte de contrôle. Le maintien des soins reste impératif tant sur le plan moléculaire que psychique. Cela dit son manque d'élaboration et de maturité risquent d'être des freins à la mise en place d'un travail psychothérapique. [...] Le suivi psychiatrique s'impose donc à ce jeune pour qui une mauvaise observance de son traitement constituerait de nouveau un danger pour la société » (expertise n°1). « Une mesure de SSJ et une injonction de soin s'imposent. Ce sujet au moins dans un premier temps doit bénéficier à sa libération d'un accompagnement psychiatrique contraignant (dans lequel l'opportunité de la prescription d'un traitement retard doit être envisagée), d'un accompagnement social, éducatif et plus spécifiquement dans le cadre d'une formation professionnelle qu'il projette de poursuivre et d'un accueil en hébergement structuré et surveillé pour évaluer ses réelles possibilités d'autonomie au quotidien » (expertise n°2, D65).

En revanche, les soignants exerçant en détention considèrent qu'il s'agit d'une véritable contre-indication, car le dispositif de l'injonction contribuerait à criminaliser la pathologie mentale. Il tendrait à supplanter une prise en charge hospitalière qui devrait être de règle. Du fait des difficultés pour ces malades à respecter ce cadre pénal, il alimenterait le « *revolving door effect* », sous la forme de plus fréquents allers-retours en détention.

*« D'une manière plus théorique par contre, très clairement, dans les préconisations autour de l'injonction de soin, au moment où ça se travaillait, où ça se mettait en place, la maladie mentale – on va dire la psychose – est une contre-indication à l'injonction de soin, très clairement Je sais plus où c'est écrit. Est-ce que c'est dans les conférences de consensus ou je sais pas quoi mais c'est pas un cadre, un maillage, un étayage qui était opérant avec la maladie mentale » (psychologue SMPR).*

*« Je dirais ceux qui pour moi, seraient à exclure, c'est ceux qui sont dans des registres de maladie mentale, c'est notifié comme tel dans l'injonction de soin, donc les psychotiques ne sont pas en capacité de répondre à ces contraintes-là » (psychologue, SMPR).*

*« Pour moi, l'injonction de soin, la psychose, contre-indication de l'injonction de soin. Pour moi, alors là, c'est clair. Alors, je le dis tout le temps, je le redis et je le redirai. [...] L'injonction de soin sur une psychose, mais c'est n'importe quoi pour moi ! Pour mettre les psychotiques en prison, l'injonction c'est... ça court-circuite l'HP. Voilà et ça les fait retourner automatiquement en prison. Quand ils sont en production active, leurs symptômes, totalement..., donc l'injonction ils peuvent rien entendre. Il faut qu'il y ait une partie saine pour ça. Ça, pour moi, quand on a un psychotique, y a pas d'injonction. Ça, alors là, c'est une erreur. [...] Ils vont pas suivre le truc... Attention, ça rigole pas, quand c'est vraiment appliqué, on retourne en prison. Je commençais à voir ça, des psychotiques. L'injonction, et hop, ils retournaient régulièrement en prison. À moins qu'on décide que ce soit le système de prise en charge. C'est étroitement élaboré, le fin du fin pour laisser le psychotique en prison. On a toujours dit que c'était pas pour ça. Et on avait commencé à voir ça, des gens qui arrêtaient pas de... jusqu'à présent, n'allaient pas en prison, de manière répétitive comme celui qui fait des petits actes, vous savez, hop, jugement immédiat. On connaissait bien mais là, on voyait apparaître des... Ça c'est un des grands regrets, de pas avoir appuyé dessus. Et puis il y avait des experts qui étaient pas... qui étaient pas clairs parce que du coup, l'expert se permettait de retomber sur ses pattes. C'était un truc intermédiaire hop... je pense que c'est une erreur monstrueuse. [...] La fois où il vient pas, terminé, retour prison. Y a les flics qui vont le chercher. C'est bien plus facile que... bien plus facile... donc voilà, la solution de facilité, ça va être ça, j'en suis sûr. [...] Si c'est un schizophrène, si c'est un psychotique chronique, c'est NON, NON et NON, quoiqu'il ait fait. Là c'est une contre-indication me semble-t-il. Mais c'est pas entendu comme ça hein. Y a des gens qui ignorent ce que c'est la prison et tout... et qui même le valident, en disant « comme ça il va pouvoir... », je ne sais pas quoi. C'est de la folie ! » (Psychiatre, SMPR).*

## 2- La formulation de simples réserves

Plutôt que d'en écarter explicitement la pertinence, les experts se contentent le plus souvent d'émettre des réserves sur la possibilité d'un traitement. Ce scepticisme émerge dans plus d'un quart des affaires (26%), sans pour autant conduire à des avis défavorables<sup>331</sup>. Leurs réserves se fondent le plus souvent sur l'absence d'une réelle demande de soin, voire de véritables réticences, sur le non-engagement de soins en détention ou d'adhésion au traitement. Ces experts doutent régulièrement des possibilités d'évolution en raison de la nature des troubles de la personnalité, de l'existence de pathologies psychotiques, de déficiences ou de faibles capacités intellectuelles.

« Il est réticent quant à un accompagnement psychologique qu'il vit comme une surveillance et une remise en question, mais qui s'impose compte tenu de son fonctionnement de personnalité. Dans ce sens, il paraît nécessaire qu'il fasse l'objet d'un traitement dans le cadre d'une injonction de soin. Le pronostic évolutif reste très réservé [...]. Un accompagnement psychologique [...] reste toujours très difficile à maintenir dans la durée chez des sujets aussi défensifs » (expert, D63).

« Il serait suivi régulièrement par la psychiatre à la maison d'arrêt disant qu'elle l'aidait beaucoup notamment en ce qui concerne ses conduites et ses pulsions, participant régulièrement à un groupe de parole [...] Il a, après une première condamnation, suivi des entretiens à caractère psychothérapeutique dans la double perspective de faire évoluer son impulsivité et ses conduites sexuelles. Ces soins n'ont absolument pas modifié ses conduites. Pris en charge en maison d'arrêt, il dit adhérer aux soins présentés. Il se montre conforme à ce que l'on attend de lui mais paraît peu véritablement impliqué dans le processus de soins du fait de ses faibles capacités à mentaliser et du peu d'impact que ces soins paraissent avoir sur son affectivité [...]. Le sujet, au regard de ses antécédents, apparaît peu accessible à des mesures de soins même s'il dit adhérer au dispositif en cours qu'il convient de consolider et qu'il conviendra de poursuivre au terme de sa peine » (expert, D87).

« Il n'est pas sûr que ces entretiens puissent remodeler profondément son fonctionnement mental. L'éventuel prononcé d'une injonction de soin lorsque le sujet sera amené à quitter la détention, pourrait avoir comme intérêt de le sortir de son isolement, de lui rappeler la sévérité mais également la vigilance de la justice, de lui donner un lieu de parole et d'écoute. Il est par contre, possible que ceci ne modifie pas profondément son fonctionnement psychique » (expert, D6).

Lorsqu'un traitement leur semble impossible et le « *pronostic évolutif* » plus que mesuré, les experts mobilisent alors davantage les registres du contrôle et de la surveillance pour conclure malgré tout à l'intérêt de l'injonction. Certains, en entretien, ont également évoqué la nécessité de « *laisser une porte ouverte* » et de ne pas exclure, sauf à de rares exceptions, toute possibilité d'évolution ultérieure.

*« S'il y a un déni des faits par exemple, qui n'a pas été levé, bon ben là, le travail n'est pas possible. Le travail n'est pas possible. [Dans les expertises, quand il y a un déni de la personne, ou sans même parler de déni, au sens psychologique, mais de négation des faits, en tant qu'expert vous...] On précise que ce sera difficile. Que la première chose à obtenir, c'est la reconnaissance des faits, ou la responsabilité du moins. [Dans la recommandation de soins, même s'il y a une négation des faits, potentiellement, vous n'excluez pas toujours des soins ?] Non, parce qu'il faut toujours laisser une porte ouverte, sauf si on a affaire à quelqu'un, si on a affaire à une structure euh, perverse. Dans ce cas-là, c'est même pas la peine. Donc là, on signifie clairement, que vu la structure de la personnalité, l'injonction de soin ne donnera rien. Absolument rien. » (Expert, psychologue).*

### D- Une absence de filtre critiquée

De nombreux thérapeutes, agents de probation et magistrats déplorent la systématisation des recommandations de soin par les experts, ce qui entraverait une sélection raisonnée du public.

*« Et c'est assez amusant de voir qu'à l'audience, très souvent, les experts-psychiatres dans énormément de cas disent qu'il faudrait [une injonction de soin]. C'est bien gentil mais enfin, qui trop embrasse mal étreint et nous vraiment, le parquet, on requiert plus souvent qu'on ne prononce. [...] J'ai l'impression que eux-mêmes n'ont pas bien connaissance de ce en quoi consiste l'injonction de soin, qu'ils le mettent assez systématiquement, avec une restriction lorsque la personne ne consent pas vraiment et qu'à ce moment-là, on va travailler dans le vide. [...] Et le même expert qui est tout content, parce qu'il a un risque de récidive à se mettre sous la dent, lorsqu'il n'y a pas de risque de récidive, il préconisera quand même l'injonction de soin. Mais là, il a une petite motivation qui est un plus, là il est content » (Magistrat du siège).*

<sup>331</sup> 92,9% des premiers experts saisis en amont du jugement ont recommandé des soins malgré la formulation de réserves, 100% dans les premières expertises de pré-libération.

« Je trouve pour ma part, que les expertises concluent assez facilement, à l'opportunité d'une injonction de soin, qui nous après, ne nous permet pas de faire le tri. C'est un petit peu trop systématique. Je trouve » (Magistrat du siège).

« Et j'ai tendance à être dans la même chose et de dire, c'est la raison pour laquelle, il faut pas mettre tout le monde en suivi socio-judiciaire, parce qu'à un moment donné, on va perdre cette pertinence. Parce qu'on sait bien qu'on n'a pas beaucoup d'experts et qu'on n'a pas beaucoup de médecins coordonnateurs. Donc, si on met tout le monde, en disant le bon Dieu retrouvera les siens, effectivement, on est en train de noyer, de discréditer la mesure, qui est une bonne mesure quand même » (CPIP).

Comme les acteurs judiciaires, les soignants et quelques experts insistent sur la nécessité de concentrer, faute de moyens, l'injonction sur ceux pour lesquels ce cadre plus contraignant s'impose, d'autant que cette mesure serait inutile sinon contre-productive en cas de véritable adhésion aux soins antérieurement engagés.

« Pour des personnes qui sont déjà très engagées depuis des années au centre de détention, et qui, d'eux-mêmes font une demande, ça vient en fait, se juxtaposer là où eux-mêmes ont travaillé pendant longtemps, une demande authentique, et là, du coup, c'est remettre par-dessus, quelque chose qui est déjà là. Et en plus, en y donnant une contrainte. Là nous, on a travaillé, déjà au centre de détention, depuis longtemps, ça me semble pas forcément pertinent que ça se poursuive après, en plus sur un critère d'années où du coup, on a un temps judiciaire qui nous est imposé, alors que nous, on était vraiment pris dans une temporalité psychique, et que c'était déjà pensé à l'extérieur, et qu'on n'en avait pas défini la fin. Mais du coup, y a quelque chose qui vient s'imposer à nous, dans notre cadre thérapeutique [...] Je pense que c'est inutile pour le coup. [...] Je pense que ça crée des contraintes supplémentaires, parce que l'injonction de soin avec les rendez-vous SPIP et le médecin coordonnateur, pour le coup, pour des patients qui sont très engagés, ça crée une multitude de professionnels et ça diffracte je pense des fois l'espace. Je pense que c'est difficile après, de se recentrer sur le travail. [...] Je trouve pour ces patients-là, où c'est travaillé [en détention], où c'est acté depuis longtemps que le travail se poursuivra dehors. Du coup, l'arrivée de nouveaux professionnels qui vont avoir un regard sur le soin, même s'il est bienveillant pour le médecin coordonnateur qui se... voilà, ben finalement, ça fait un peu flop. Ça arrive un peu maladroitement, alors que ce sont des choses qui sont travaillées. Alors que c'est extrêmement pertinent pour d'autres patients, pas pour des patients qui sont mais vraiment, dans un déni total des faits [...]. Je pense que c'est pertinent pour des entre-deux, des personnes qui ont du mal à accrocher à des suivis, mais qui ont pu... des personnes qui n'ont pas eu accès aux soins ; ça reste une chance quand même, qu'ils aient accès aux soins même avec cette contrainte. Après, c'est à nous de le travailler à l'intérieur. Donc voilà, c'est plus dans cet entre-deux. Là ça me semble vraiment pour le coup pertinent » (Psychologue, SMPR).

« Dans la pratique et aussi dans la réalité [...] on ne pourra pas mettre tout le monde sur l'injonction. Il me semble que pour un certain nombre de personnes, on devrait renoncer à l'injonction et le dire, clairement. [...] Dans une frange de la population où finalement, peut-être que l'obligation reste suffisante. Y a quand même des gens qui sont en rapport avec la loi, qui est quand même à peu près construit et... voilà et qui sont pas envahis par les fantasmes et tout ça. On leur dit « vous sortez, vous avez une obligation », voilà. Ça permettrait de concentrer les moyens, parce que c'est quand même lourd comme truc" (Psychiatre, SMPR).

[Il vous est arrivé d'exclure – exclure entre guillemets – une injonction de soin, en disant « une injonction de soin ne serait pas un bon dispositif pour une personne » ?] Si je me souviens bien, la plupart du temps où j'ai répondu non à la question c'est parce que la personne était bien inscrite dans le soin déjà. C'est-à-dire que grâce au SMPR et c'est une occasion qui m'est donnée de tirer mon chapeau à tous mes collègues du SMPR, qui font un boulot formidable, c'est qu'en tout cas, ils travaillent le thérapeutique. Y en a beaucoup qui disent qu'ils vont continuer les soins, parce qu'ils reconnaissent que les soins donnés par le SMPR sont bénéfiques et ils vont poursuivre les soins à leur libération. [...] Quelqu'un qui est dans le soin, qui a besoin du soin, qui le sait et qui le réclame, qui est motivé à aller dans le soin, à quoi ça sert une injonction de soin ? Quelqu'un qui est dans l'alliance thérapeutique, ça sert à rien » (Psychiatre, expert).

Ils déplorent également la dénaturation du dispositif sous l'effet de l'extension de son champ d'application au-delà des infractions à caractère sexuel, ce qui aurait par ailleurs pour effet de durcir ou de réactiver les réserves des services de santé peu enclins à intervenir dans le cadre de ces mesures.

« Moi j'en reste naïvement, à l'origine de la loi, appliquée dans les tous premiers temps, clairement faite pour les infracteurs à caractère sexuel. Après, elle a été étendue en deux temps, toutes les infractions qu'on connaît après, qui sont plus que largement discutables. [...] Le dispositif est écrit pour les auteurs d'agressions sexuelles. Enfin, tout a été pensé, à partir d'une recherche basée sur ce plan-là, et sur rien d'autre. Après, à mon avis, c'est une très, très mauvaise chose de l'avoir étendue à d'autres délits, parce qu'elle a pas été prévue du tout pour les autres types de délits et crimes. [...] Je dis pas que ça marche pas, parce que ça peut procéder de la même intention, du côté du législateur. Quand c'est bien conduit et bien perçu, ça peut mener aux mêmes effets, aux mêmes résultats en tout cas. [...] Après, ça a envahi et saturé complètement le dispositif. C'est le risque aussi qu'on risque de vivre avec l'injonction. Tendre à la systématiser, ça va la dénaturer je pense, et ça va avoir des effets très contre-productifs auprès des collègues et des psys en général » (Psychiatre, expert, médecin coordonnateur).

« Je crois que ce qui a péché quand même, c'est la déspécification du dispositif, qui fait que y a eu un effet massif de mesures d'injonctions de soins pour tout ce qui est question de violences. Je pense que les collègues qui commençaient à s'intéresser à la question à travers cela, ont été vite submergés aussi par des demandes de patients contraints. Du coup, je pense qu'ils ont fait un pas de côté et que du coup, certains commencent à se désinvestir de ces questions très sérieusement, c'est-à-dire qu'il y a certainement des effets très circonstanciels aussi qui font que, de façon générale, les équipes de CMP [...] se disent submergées par les demandes de soins en général, et que du coup, dans ces moments-là, y a un problème très général peut-être dans la société. On se replie sur la question identitaire ou les fondamentaux, donc les psychiatres disent « non, nous, notre travail, c'est la maladie mentale, point ». [...] Du coup, ça réactive les défenses. C'est un peu ça, c'est-à-dire que dire objectivement, « c'est pas le même soin ou c'est pas la nécessité d'un même soin, c'est très différent », ça veut bien dire que voilà, que les choses se pensent différemment. Je crois vraiment que c'est le manque de moyens, au regard d'une demande exponentielle et du coup, le fait que soit noyée la question clinique au milieu de tout ça. C'est-à-dire que autant pour la question de la violence sexuelle, mais au-delà de la violence sexuelle, je pense que ce dispositif d'injonction de soin, pourquoi pas pouvait se penser dans certains cas. Je récuise pas ça. Mais bon, je pense que c'est la part sécuritaire qui a pris le devant et que du coup, ça a amené un afflux considérable de non-demandes auprès des collègues qui sont confrontés à tout ce qui les gênait auparavant mais qu'ils se coltinaient petit à petit, c'est-à-dire une clinique inhabituelle, quelque chose qui n'est pas la maladie mentale proprement dite, avec un contexte judiciaire qu'ils commencent un peu à appréhender. [...] Y avait du lien qui se créait autour de tout ça. Je pense que ça aurait été plutôt favorable, mais cet afflux considérable a fait que le sens d'un soin possible s'est perdu en tout cas du côté des collègues et qui du coup, se trouvent dans les confusions initiales par exemple des obligations d'injonction. Je pense que beaucoup se retrouvent un peu au b-a-ba, à plus vouloir même s'interroger sur ces différents cas et puis à poser les choses comme ça » (Psychiatre, SMPR).

Pour autant, du côté des acteurs judiciaires, la critique de la démultiplication des injonctions est ambivalente. Certains considèrent en effet que ce public nécessite des soins, allant jusqu'à contester parfois les rares expertises dans lesquelles les experts se sont prononcés défavorablement. En toute hypothèse, ces prises en charge thérapeutiques ne pourraient leur faire du mal, à défaut de leur faire du bien, argument qui vaudrait d'ailleurs pour l'ensemble de la population. Toutefois, pour éviter une extension inconsidérée du dispositif de l'injonction, certains magistrats souhaiteraient que les experts motivent davantage leurs conclusions sur le sujet, de façon à ce qu'ils soient ensuite en mesure de justifier le prononcé de simples obligations de soin.

« Parce que je pense qu'en fait, y a toujours, et c'est peut-être là où il faudrait faire une distinction, y a toujours un intérêt aux soins. Je dirais même que pour chacun de nous, y a toujours un intérêt aux soins. Qu'un expert à un moment donné dise, ben voilà, il a sa vie, peut-être plus d'incidents que d'autres dans son parcours personnel, il aurait un intérêt à suivre des soins, y a quand même assez peu de personnes dont je pense qu'on pourrait dire « non, y a aucun intérêt à ce qu'une fois dans sa vie, il voie un psychologue », je pense pas. [...] Souvent, les arguments qui sont évoqués pour dire « y aurait quand même un intérêt aux soins », je les rejoins » (JAP).

« Ben souvent, mais après c'est aussi lié à la population qu'on leur met dans les pattes quoi. Souvent. Ça, pour les psychiatres... Non, souvent le psychiatre, s'il a pas lui, diagnostiqué de pathologie, pourra et recommandera, parce que c'est quand lié au type qu'il a en face de lui et ça je pense que c'est sincère et c'est fondé en tout cas, au moins une prise en charge psychothérapeutique. Souvent le psychiatre conclut à une nécessité de soins mais souvent quand même, de soins... de soins psychologiques, plus que

psychiatriques. L'expert psychologue lui, souvent, même quasiment tout le temps... enfin, je pense que tout le monde peut tirer profit d'un suivi psychologique. Donc le psychologue, il va pas dire le contraire quoi » (JAP).

« Pour les profils que je vois au centre de détention, euh... ce sont des profils lourds, donc avec des faits graves, des parcours pénaux qui sont parfois compliqués, des parcours de vie qui sont aussi parfois compliqués et du coup...[...] vu les profils, moi je ne trouve pas ça exagéré. Vu les natures des faits, vu les profils, franchement c'est... c'est... Ça se justifie au regard des problématiques » (JAP).

« Après, là où on n'a pas la différence dans les conclusions de l'expertise c'est, y aurait un intérêt aux soins et il faut des soins euh... pénalement ordonnés, sauf dans le cas de ce qu'on disait tout à l'heure, à savoir oui, ce serait intéressant mais pas d'injonction de soin, parce qu'il est pas dans l'adhésion, donc ça ne sert à rien » (JAP).

## §2- Le poids supplémentaire de l'évaluation de la dangerosité

L'évaluation expertale des risques de récidive n'est pas sans effet sur la recommandation de soins, et plus encore d'une injonction. Lorsque les experts psychiatres excluent un risque de récidive ou une dangerosité autre que psychiatrique, la proportion d'avis favorables à une injonction de soin est moindre (35,7% des dossiers contre 81,3% au minimum en cas de risques relevés). Dans cette hypothèse, les experts recommandent néanmoins des soins sans en préciser le type dans 64,3% des cas. Plus les risques sont jugés importants, plus la recommandation d'une injonction est fréquente (55,6% en cas de dangerosité ou de risque faible, 81,3% en cas de risque sans précision de degré, 100% en cas de risque élevé ou très élevé). En cas de dangerosité psychiatrique, cette recommandation fut systématique. Au-delà, le critère de la dangerosité constitue pour les acteurs judiciaires la principale indication justifiant le prononcé d'une injonction (v. infra). Or, à la manière des recommandations de soin, de tels risques sont le plus souvent relevés par les experts (A), sur la base de multiples facteurs (B).

### A- Des risques le plus souvent relevés

En prenant dans un premier temps comme référence l'ensemble de notre échantillon d'expertises (225), il apparaît que quelques-uns résistent visiblement à l'exigence judiciaire et politique d'évaluation des risques<sup>332</sup>, du moins au stade pré-sentenciel. En amont du jugement, un tiers des expertises (33,1%) ne contient aucune référence à la notion de dangerosité, qu'elle soit criminologique ou psychiatrique, 58,3% pour ce qui concerne le concept de risque de récidive. Ces chiffres sont en partie trompeurs, dès lors qu'ils incluent les expertises réalisées par des psychologues, auxquels cette question n'est généralement pas posée, a fortiori au sujet de la dangerosité psychiatrique. Quelques-uns prennent cependant l'initiative d'y répondre, ne serait-ce que de façon implicite ou détournée. La question leur serait d'ailleurs de plus en plus souvent posée. Sous l'influence croissante de la psycho-criminologie, certaines instances représentatives de la profession les inciteraient d'ailleurs à investir ce champ.

« [C'est une question qui vous est posée en tant que psychologue ?] La dangerosité, elle commence à être posée. [...] Moi je trouve qu'à l'audience, eh ben ça met mal à l'aise, parce que c'est un peu compliqué de dire que ce n'est pas ma mission, alors que... ben voilà quoi. C'est de plus en plus compliqué... Alors, posée dans les ordonnances euh... avec des questions qui sont bidouillées en plus de Cassiopée, qui sont rajoutées, d'une manière complètement euh... fantaisiste. [...]. Je trouvais des trucs du genre « pouvez-vous vous prononcer sur la dangerosité dans la société... », enfin des trucs hallucinants. C'est de plus en plus... [qu'est-ce que vous répondez ?] Que je n'ai pas les compétences. Comme ça je me dis que je ne peux pas juger. Je n'ai pas les compétences. Et j'ai même eu une fois, une réponse peut-être un peu ironique, qui me sera peut-être reprochée parce que ça passe aux Assises. J'ai dit que je n'avais pas les compétences et qu'il me semblait un peu saugrenu d'avoir à juger ce que pourra produire dans le lien social, quelqu'un qui n'a pas encore été jugé. Je l'ai carrément dit comme ça, mais je trouve que quand même, c'est... On voit effectivement que les psychologues n'ont pas à se prononcer sur ces questions-là de toute façon en

<sup>332</sup> Moulin V., Palaric R., Gravier B., Quelle position professionnelle adopter face à la diversité des problèmes posés par l'évaluation des dangerosités ?, *L'information Psychiatrique*, 2012, vol. 88, n° 8, 617-629 ; Saetta S., *L'intervention de l'expert psychiatre dans les affaires criminelles*, op. cit., 152 et s.

général, et donc on voit quand même cette recherche petit à petit. On a l'avis du psychiatre, mais si on pouvait en avoir un autre... Comme si en plus c'était cumulatif! C'est-à-dire que je crois qu'il y a aussi cette demande-là, c'est que si le psychiatre dit A et que le psychologue dit A en plus, ben A + A ça fait vraiment... là ça donne une valeur de vérité à la position, alors que c'est une erreur épistémologique, parce que si le psychologue dit B, alors que le psychiatre dit A, c'est pas qu'ils sont pas d'accord, c'est qu'ils ont un autre prisme, voilà, d'approche et il ne faut pas s'empêcher de ne pas dire la même chose, enfin... C'est important même... [...] La compagnie des experts psychologues nationale. Donc c'est à Paris. Moi j'y vais de temps en temps. J'y vais un peu par principe, parce que j'essaie de me tenir au courant, d'avoir un peu de contacts, de liens avec les autres collègues et le ffff... comment dire, l'orientation... Je crois qu'ils sont dans une recherche... En gros, l'idée qu'ils défendent aujourd'hui c'est « il va falloir que les experts psychologues, fassent des expertises psycho-criminologiques ». L'idée, c'est de s'orienter vers ça, vers de la criminologie. Moi je me sens assez décalée par rapport à ça » (Psychologue expert).

Au stade pré-sentenciel, près d'un expert psychiatre sur cinq (18,4%, contre 85,7% des psychologues) ne se réfère pas au concept de dangerosité. Plus de la moitié n'évoque pas davantage la question des risques de récidive (55,1%, contre 71,4% des psychologues). En revanche, la notion de dangerosité est absente dans moins de 10% des expertises post-sentencielles, celle de risques de récidive dans 32,4% d'entre elles. La distinction conceptuelle entre dangerosité psychiatrique et criminologique, régulièrement rappelée dans les publications scientifiques ou professionnelles, comme d'ailleurs à l'occasion de nos entretiens, opère en réalité relativement peu dans les pratiques rédactionnelles que nous avons pu observer. Il est bien plus souvent question de dangerosité en général, sans précision du type, que de dangerosité criminologique. Cette dernière n'apparaît formellement que dans cinq expertises au stade pré-sentenciel (moins de 4% d'entre elles), davantage au niveau post-sentenciel (19,6%). On lui préfère quelques fois la notion de « *dangerosité sociale* ». Celle de dangerosité psychiatrique figure quant à elle dans un peu plus d'un tiers des expertises (34,7% au stade pré-sentenciel, 36,3% en aval), dans la grande majorité des cas pour être écartée.

Dans quelques rares dossiers, l'expert mentionne qu'il n'est pas en capacité d'établir un pronostic (« *Nous ne savons pas dire si l'intéressé apparaît dangereux pour la sécurité publique* » ; expert psychiatre, D30) ou qu'une telle évaluation supposerait d'« *intégrer toutes les observations du sujet, en particulier celles qui émane de l'administration pénitentiaire, des travailleurs sociaux* » (expert psychiatre, D46).

« *Du coup, la dangerosité... personnellement je la découpe... je la laisse comme ça. Au début, ces questions m'ont beaucoup embêté. J'ai failli d'ailleurs renoncer à l'expertise. Au début, j'ai commencé à être que médecin coordonnateur, et comme du coup la justice m'a connu comme médecin coordonnateur, elle m'a nourri d'expertises. Mais moi, j'étais pas du tout parti sur le champ de l'expertise hein. Et quand j'ai vu les questions auxquelles on était confronté, je me suis dit « mon dieu ! ». Mon dieu ? Ben, je suis pas devin... je suis pas devin et j'ai pas de boule de cristal. Au début, je me suis pas trop saisi de ça. J'ai fait des réponses de normand, voire... ce qui m'arrive encore. C'est-à-dire... Moi j'essaie de faire du cas par cas, c'est-à-dire clairement, des fois je sais pas. Je n'en ai fichtrement aucune idée, je le dis. Ça m'arrive, Bon, ça a pas toujours été le cas mais ça m'arrive des fois d'écrire que je suis pas le plus à même de répondre à cette question-là, que ça mérite d'être questionné de façon beaucoup plus large. En fonction des intervenants, je me défausse totalement mais j'assume. Avec l'Administration pénitentiaire, le JAP. Seul, l'expert ne peut pas donner de réponse là-dessus quoi. Parce que des fois, ça m'apparaît juste pas possible. Y a des dossiers, entre guillemets, assez simples. On était sur les petites, ce que j'appelle... c'est pas très gentil mais les petites frappes psychopathes qu'on voit des fois en maison d'arrêt. Là, l'évaluation de la dangerosité, elle est pas très difficile. Si on applique les calculs statistiques, on sait qu'il est grand. Donc, ça n'engage à rien. Quand tu écarter les dossiers, franchement, il vaut mieux rester prudent parce que tu n'en sais rien, ta position d'expert et de psychiatre surtout. Ceux où il n'y a pas trop de doutes, parce que c'est simple de répondre » (Psychiatre, expert, médecin coordonnateur).*

« *Moi je répondais, en différenciant toujours dangerosité criminologique et dangerosité psychiatrique. Je suis pas criminologue donc je disais que je ne pouvais pas me prononcer en termes de dangerosité criminologique. Sur le plan psychiatrique, les éléments de dangerosité, c'était en termes essentiellement de récidive d'un état par exemple. Si je reprends l'exemple de mon maniaque, s'il prend pas bien son traitement, y a des risques de récidive, donc on peut dire à ce moment-là qu'il y a une dangerosité psychiatrique, parce que y a un risque de réitération du même état, et donc, éventuellement, des mêmes*

*conséquences pénalement répréhensibles.(...).[Par contre, sur le versant criminologique, là vous aviez plutôt tendance, pardonnez-moi l'expression, mais à botter en touche ?] Oui, parce que je me sentais pas compétent pour répondre à ça. Donc, être expert, ça veut pas dire tout savoir. Donc je répondais aux questions auxquelles je pouvais répondre ; si j'estimais que je n'avais pas les éléments pour répondre, je ne répondais pas » (Psychiatre, expert).*

Il n'en demeure pas moins que du fait de la pluralité d'expertises, les dossiers en contiennent généralement au moins une validant l'existence de risques et/ou d'une dangerosité criminologique ou sociale. La mention d'une dangerosité psychiatrique n'apparaît en revanche que dans 3% des expertises, au sujet de 5,1% des condamnés de l'échantillon.

*« La dangerosité est toujours avérée avec un risque de récurrence. Plus ou moins fort. [...] maintenant, ils mettent toujours « y a un risque de récurrence » » (CPIP).*

*« Après, j'ai pas vu beaucoup d'expertises où ils disent qu'il n'y a pas de risque (rire), où il y a pas de dangerosité » (CPIP).*

*« Ce qui revient quand même souvent dans la conclusion des expertises, c'est sur le risque de... le risque de récurrence qui est assez facilement caractérisé. Et même, et même, assez rarement, on peut voir qu'aujourd'hui il n'y a pas de risque de récurrence. C'est rare qu'ils prennent position dans ce sens-là mais on peut le voir » (JAP).*

*« Pour tout ce qui est sexuel, on a toujours un risque avéré de récurrence, ou... y a toujours quelque chose, qui laisse penser que peut-être il faut quand même faire gaffe [...] bien sûr, y a des nuances mais au final du final, même si... parce qu'il y a des gens qui ont des expertises très très mauvaises et y a des gens qui ont des expertises plutôt favorables. On remarque par exemple, une évolution positive. Voilà, c'est noté tout ça, le fait que monsieur reconnaît les faits, qu'il y a des soins, qu'il est... la culpabilité, tout ça on le voit. Mais à la fin du fin, dans les conclusions... » (CPIP).*

Dans les dossiers comprenant des expertises (96), une dangerosité autre que psychiatrique et/ou des risques de récurrence ont été relevés près de neuf fois sur dix par au moins un expert<sup>333</sup>. Ces pronostics défavorables apparaissent dans les mêmes proportions, environ sept fois sur dix, en amont et en aval du jugement<sup>334</sup>. Si ces pourcentages sont très élevés et dès lors peu discriminants, au point qu'ils interrogent sur une potentielle sur-évaluation des risques (v. *infra*), ceux-ci doivent néanmoins être rapportés au premier filtre que constitue la condamnation à un suivi socio-judiciaire, dont le public n'est pas forcément représentatif de tous les délinquants sexuels.

*« C'est vrai qu'ils en diagnostiquent quand même beaucoup, chez les gens qu'on leur envoie (rire). Soit qu'effectivement on leur envoie les gens qui sont soupçonnés d'avoir commis les actes les plus graves. Sur les passages à l'acte graves, forcément, c'est révélateur d'un truc qui fonctionne pas très bien et là, l'expert arrive à le nommer. Soit que les experts décèlent chez tout le monde des risques de passage à l'acte. [...] Parce que je pense que c'est... c'est lié aussi à la population à laquelle ils sont confrontés. C'est-à-dire que l'expertise, quand elle est ordonnée, c'est soit matière obligatoire, enfin si on est en pré-sentenciel et là c'est en matière criminelle ou sexuelle, pour résumer. Du coup, c'est des passages à l'acte qui sont révélateurs aussi d'un dysfonctionnement, soit des gens très très ancrés dans le... dans la délinquance. C'est pas des profils lambda quoi. C'est pas des profils lambda, donc forcément, l'expert va trouver matière à... [...] Donc moi je pense que c'est lié au public » (JAP).*

Les expertises invalidant explicitement ce pronostic négatif ne sont pas pour autant absentes. On en trouve trace dans un dossier sur cinq (20,8% des dossiers comprenant des expertises), mais bien plus souvent en aval du jugement<sup>335</sup>. Rapporté à l'ensemble des expertises réalisées pour les condamnés de notre échantillon, ce type d'exclusion figurait dans 3% de celles réalisées en amont du jugement, 16%

<sup>333</sup> 90,5% si l'on inclut les risques qualifiés de « faibles », 88,5% lorsqu'on les exclut (85,9% de l'ensemble des condamnés de l'échantillon).

<sup>334</sup> Respectivement 71,8% des dossiers comprenant des expertises pré-sentencielles, 72,3% des dossiers comprenant des expertises post-sentencielles.

<sup>335</sup> 24,6% des dossiers comprenant des expertises de pré-libération, contre 5% des condamnés pour lesquels nous disposions d'expertises pré-sentencielles.

entre la condamnation et la libération. Dans 16,7% des dossiers, au moins un expert prend par ailleurs le risque de les qualifier de « faibles ».

Se contenter de variables prédéterminées et fermées reviendrait toutefois à occulter la prudence lexicale qui transparaît de nouveau à la lecture de leurs observations. La retranscription exacte et complète des formulations empruntées révèle des précautions pour ne pas s'engager, du moins formellement, sur un avenir incertain. Ceux qui excluent clairement tout risque sont d'autant plus prudents, multipliant les adverbes comme « *actuellement* », « *aujourd'hui* », « *au jour de l'examen* ». Le langage de la certitude ne pourrait être celui de l'expert, de sorte qu'ils privilégieraient l'indication de risques faibles plutôt qu'inexistants.

*« Jamais dans une expertise, on va dire « le risque est de 0% ». Ce n'est pas possible. Ça m'est déjà arrivé, le risque est minime hein mais je veux dire, vous ou moi, demain, on peut faire un crime. Ça dépend des circonstances » (Psychiatre, expert).*

« Nous répondons qu'en fonction des particularités révélées par l'examen psychiatrique, que le sujet ne présente pas de dangerosité de type psychiatrique. Par contre, il existe une dangerosité certaine de type criminologique puisque nous ne pouvons pas écarter le risque de récidive » (expert, D16).

« Il n'y a pas de dangerosité immédiate sur le plan psychiatrique lors de l'examen, cependant on ne peut être assuré en aucune manière de l'absence de récidive » (expert, D87).

La prudence est également de mise lorsqu'il s'agit au contraire d'appuyer l'existence de risques. Il est alors plutôt question de « *risques potentiels* », « *qui ne peuvent être écartés* » ou qu'on « *ne saurait exclure* ». Dans quatre dossiers sur dix (38,5%), le pronostic est présenté au conditionnel, subordonné aux événements ou conditions de vie auxquels seront potentiellement confrontés les condamnés (reprise d'une consommation d'alcool, oisiveté, rupture de traitement, isolement, etc.). Si ces imprécisions peuvent découler d'une « *ouverture de parapluie* », expression fréquente, partagée et associée d'ailleurs à l'ensemble des acteurs (v. *infra*), certains experts tiennent compte du fait que la récidive résulte de processus complexes et dynamiques, de facteurs multiples incontrôlables au moment de l'examen. Ils évoquent notamment l'incidence d'éléments contextuels et des situations d'interactions (familiales, sociales).

*« Ben souvent c'est conditionné quoi, c'est-à-dire si... si monsieur untel... si l'environnement s'est amélioré, genre, il a trouvé une compagne. Il conditionne en disant « si cette personne était amenée à perdre sa stabilité affect... enfin, au niveau du couple, ça pourrait... ». C'est conditionné en fait » (CPIP).*

Au-delà, les expertises regorgent d'appréciations floues, énigmatiques (« *des réponses de normand* » selon un expert psychiatre), quelques fois incompréhensibles, voire contradictoires, au point que nous avons été incapables d'en coder certaines dans notre base statistique. Confronté aux mêmes difficultés, A. Bensa notait que « *cela peut cacher soit un jeu de nuances, soit une esquive aux règles du jeu scientifiques, celles-ci exigeant des propositions suffisamment claires et précises pour être discutables et contestables éventuellement* »<sup>336</sup>.

*« Alors parfois, il y a une contradiction entre ce qu'ils disent dans le corps de l'expertise, et ce qu'ils disent dans la conclusion. Donc après, c'est à nous de nous en dépatouiller » (JAP).*

*« Moi ça m'est arrivé que des... moi-même, ou que des collègues viennent, en disant « il dit quoi en fin de compte l'expert ? ». Il dit que c'est au magistrat de décider quoi. Et là, c'est l'expertise à la normande quoi. Il peut peut-être récidiver mais il peut peut-être ne pas récidiver quoi » (CPIP).*

Il est *a fortiori* rare que l'expert se prononce sur l'ampleur des risques, à l'aide d'adjectifs comme « faibles », « élevés » ou « importants », bien que certains commencent à se référer à des scores tirés d'instruments actuariels (v. *infra*).

<sup>336</sup> Bensa A. (dir.), *op. cit.*, 46.

« La dangerosité criminologique, avec le peu de connaissances que j'ai... bon, j'ai des petites formations, ça vaut ce que ça vaut, je m'y aventure avec modestie [...] Alors, j'essaie de... J'en avais discuté avec des magistrats et des procureurs et ça avait l'air de leur plaire. C'était pas tellement pour leur plaire, mais c'était pour voir si ma façon de faire pouvait être intéressante, c'est-à-dire soit c'est minime, moyen ou élevé. Alors, j'essaie de répondre là-dessus, et sur la dangerosité et le risque de récidive, en intégrant effectivement mais du coup c'est de l'analyse quasi crimino, tous ces facteurs-là » (Psychiatre, expert, médecin coordonnateur).

Dans 76% des dossiers comprenant des expertises, au moins l'un des experts évoque une dangerosité ou des risques de récidive sans en préciser le degré. Ils sont présentés comme « élevés » ou « importants » par au moins un expert dans 14,6% des dossiers, « très élevés » dans 4,2% des cas. Sans toujours se prononcer eux-mêmes directement, il n'est pas rare qu'ils prennent appui sur les avis de leurs prédécesseurs, voire sur les propos du condamné lui-même, lorsqu'il évoque sa propre perception des risques. Sous la plume de quelques-uns, la dangerosité devient parfois un véritable « état », un attribut intrinsèque de la personne.

« Chez ce type de personnalité, le risque de récidive reste malheureusement extrêmement important. Il convient donc d'envisager dès que possible une prise en charge, tout en sachant que dans un premier temps, elle sera bien plus utilisée par le sujet pour tenter de limiter sa responsabilité que pour réduire le risque de récidive. [...] Il (l'expert précédent) évoque « son détachement, sa neutralité, son caractère séducteur, son parasitisme, qui constituent autant d'arguments assez forts en faveur d'une structure perverse ». Chez ce type de personnalité, le risque de récidive reste malheureusement extrêmement important. [...] Le sujet présente un état dangereux par risque de récidive, voire d'aggravation de ses actes. [...] En conclusion, l'expert indique : "L'orientation obsessionnelle de sa pédophilie, en associant avec le déni d'altérité susmentionnée, font craindre un important risque de récidive. Toute orientation professionnelle ultérieure vers des métiers d'encadrement de la jeunesse est à proscrire radicalement" » (Expert, D26).

"L'examen ne révèle chez lui aucune maladie mentale ou psychique, notamment de nature à avoir aboli ou altéré son discernement au moment des faits, à le rendre psychiatriquement dangereux ou à nécessiter une thérapeutique médicale. En revanche, et c'est très différent, l'examen révèle chez lui une perversion sexuelle cliniquement constituée [...] Les perversions sexuelles cliniquement constituées ne répondent pas non plus à un traitement conforme aux données acquises de la science. Par conséquent une injonction de soin n'est pas opportune. Le pronostic, y compris pénal, apparaît très réservé. La récidive est à craindre" (expert, D92).

« Peut-on extrapoler d'une récidive aussi rapide l'idée que Mr... pourrait un jour passer à l'acte et commettre une véritable agression sexuelle physique sur une jeune fille ? Cela ne paraît pas certain car les pervers récidivent la plupart du temps sur un mode unique correspondant à leur perversion. Il faut cependant remarquer que la nature perverse et apparemment inamendable des actions de Mr... donne lieu à des récidives très rapides sur le même mode et que son caractère intimidable, renforcé par son alcoolisation chronique fait de lui un récidiviste impulsif qui ne s'arrêtera pas dans ses récidives tant qu'un coup d'arrêt à son comportement ne sera pas clairement signifié ». [...] Le risque d'une nouvelle récidive est important » (expert, D76).

« Tout dans sa présentation (impassibilité, froideur), sa manière de s'exprimer (ton monocorde, réponses qui semblent parfois improvisées, insinuations tendant à charger autrui, négation encore maintenant d'une partie des faits) ou encore la totale absence d'impact sur lui du suivi psychologique, laisse penser qu'on a affaire à un authentique pervers narcissique, profil dont on se demande d'ailleurs s'il pourra un jour se modifier tant on perçoit d'inflexibilité chez lui sur le plan psychologique. On est en droit de penser que ses tendances pédophiles n'ont pas disparu, et qu'il y a peu de chances qu'elles disparaissent un jour totalement. Dès lors, on peut avancer qu'il présente encore à ce jour une indéniable dangerosité, justifiant le prononcé d'une mesure de surveillance judiciaire. [...] Même s'il y a un risque à le remettre en liberté, en termes de récidive, il semble difficile à ce jour de proposer un transfert en milieu psychiatrique fermé. Rien *a priori*, sur le strict plan psychiatrique, ne le justifie. On est donc confronté à une situation où les considérations humanitaires se disputent au principe de précaution ; situation que ne peuvent trancher de simples psychiatres. [...] Tout laisse penser qu'il peut continuer de présenter une dangerosité en milieu libre et que donc, il existe un risque de récidive justifiant le prononcé d'une mesure de surveillance judiciaire prévue par l'article 723-29 du CPP » (expert, D93).

Quelques-uns quittent parfois le registre de l'évaluation pour s'appuyer sur le seul principe de précaution.

« Il n'est pas interdit de penser que sa dangerosité est aujourd'hui bien moindre que par le passé et qu'il est sur la bonne voie sur le plan de la resocialisation. Pour autant, et sa fragilité émotionnelle n'ayant pas totalement disparu, le principe de précaution imposerait qu'on prononce à son endroit une mesure de surveillance judiciaire. [...] Même si son comportement s'est nettement amélioré, on ne peut affirmer catégoriquement que sa dangerosité a totalement disparu. Il conviendrait donc de prévoir pour lui une mesure de surveillance judiciaire après sa libération » (expertise, D39).

« Les experts estiment : on ne peut écarter le fait qu'il persiste encore chez lui une dangerosité potentielle qui pourrait très bien l'amener à récidiver une fois sa liberté recouvrée ; tout du moins le principe de précaution incite-t-il à le dire » (expertise, D56).

« On peut dire que, même s'il a pu un temps présenter un profil psychopathique (Moi fragilisé par un « abandonnisme » et des blessures narcissiques successives ; Sur-Moi rigide et paradoxalement destructeur pour ce Moi trop fragile) cela semble être désormais du passé et que sa personnalité s'est « structurée » normalement, au fil de son incarcération, des possibilités qui lui ont été offertes de se former sur le plan professionnel, et aussi des entretiens psychologiques dont il a pu bénéficier au Centre

de détention et qui, sans paraître thérapeutique *a priori*, l'ont finalement été. Je prendrai donc le risque de dire qu'il ne me paraît plus, à ce jour, dangereux. [...] S'il devait bénéficier d'une mesure de surveillance judiciaire après sa sortie définitive du milieu carcéral, ce devrait être dans un seul esprit de « précaution » (expert, D82).

Si l'on retrouve globalement les mêmes proportions de condamnés jugés dangereux en amont et en aval du jugement, les écarts se creusent lorsque l'on distingue selon les degrés de risque retenus. En effet, les experts saisis en phase post-sentencielle ont bien plus souvent exclu formellement tout risque (24,6% contre 5,1%) ou bien considéré qu'ils étaient faibles (18,5% contre 5,1%).

## B- Les principaux critères d'évaluation des risques

Identifier les critères d'évaluation que les experts mobilisent est une opération plus que complexe. En entretien, ils sont généralement restés évasifs sur le sujet, même lorsque nous les relançons après une question très ouverte, en suggérant des critères qu'ils n'avaient pas spontanément cités. Quant à l'interprétation des rapports d'expertise, leurs conclusions n'intègrent pas toujours les éléments d'appréciation spécifiquement pris en compte pour évaluer la dangerosité, *a minima* ceux qu'ils jugent utiles de formuler. Nombre d'entre eux se contentent de renvoyer à « *l'ensemble des éléments cliniques* », voire à l'ensemble des éléments évoqués dans l'expertise, aux « *traits de personnalité* » ou au « *profil psychologique* » décrits dans l'ensemble du rapport. De sorte que malgré la pluralité d'expertises dans la grande majorité des dossiers, nous avons été incapables d'identifier le moindre critère d'évaluation dans 7,3% de ceux qui en comprenaient au moins une. En outre, il n'est pas toujours possible de déterminer si des caractéristiques comme, par exemple, le positionnement par rapport aux faits, aux victimes ou encore tel ou tel trait de personnalité, sont invoqués uniquement pour identifier des troubles psychiques, évaluer le risque de récidive ou bien les deux. Les chercheurs se trouvent alors confrontés aux mêmes difficultés d'interprétation que les CPIP, comme d'ailleurs les psychiatres et psychologues traitants, pourtant plus familiers du sujet. Beaucoup nous ont répondu être en difficulté, sinon incapables, de spécifier les critères d'évaluation des experts.

« [Au regard des expertises que vous avez pu être amenée à lire, vous avez l'impression qu'ils se fondent sur quels critères, sur quels éléments pour... ?] Aucune idée » (Psychologue, SMPR).

« Là aussi, c'est difficile de décrypter s'il y a des facteurs qui reviennent régulièrement ou s'il y a vraiment une grande disparité des motivations qui aboutissent aux conclusions. [...] Je ne suis pas à leur place. J'ai l'impression que c'est très variable. C'est le sentiment que j'ai... hein. Je pense que parfois c'est vraiment subjectif mais au sens de la clinique, vraiment du côté d'une expérience, en tout cas portée par l'expert dans son texte » (Psychiatre SMPR).

« [Quels sont selon vous, les critères prédominants pour les experts, pour évaluer le risque ?] Je sais pas trop sur quoi ils s'appuient. J'en sais rien. Je sais pas » (CPIP).

« [Alors selon vous, quels sont les critères qui vous... ?] Je ne peux pas dire ça comme ça. Je sais pas le dire... Je saurais le dire au cas par cas mais... » (CPIP).

« Non, c'est plutôt sur... Parfois la... Il y a des expertises qui sont très approfondies, et très détaillées, mais d'autres qui sont vraiment euh... rapidement faites et pour autant, qui tirent une conclusion... J'ai vu des fois des expertises, c'est très pauvre l'expertise, et à la fin « dangerosité » « risque de dangerosité accrue » à la fin. On a l'impression que c'est un tueur en série à la fin, alors que ça mériterait quand même dans ce cas, d'être extrêmement détaillé quoi. Parce que du coup, tirer une conclusion aussi lourde de conséquences, sans détailler, c'est quand même... alors qu'il y a des professionnels qui vont se pencher sur l'expertise, et qui vont en tirer des conclusions. Ça me paraît quand même essentiel d'argumenter quoi » (CPIP).

Sous ces réserves, notre échantillon d'expertises révèle que la question est majoritairement appréhendée en termes de « facteurs de risque » (dans 84,4% des dossiers). Dans un peu plus d'un quart des affaires (27,1%), au moins un expert résonne alternativement ou cumulativement en termes de « facteurs de protection », pour reprendre des expressions qui commencent à apparaître dans le discours des professionnels de la justice et de leurs auxiliaires, en grande partie du fait de la promotion nationale et

des formations locales inspirées de la criminologie appliquée canadienne. Dans près de six dossiers sur dix (58%), des justifications reliées aux troubles psychopathologiques et aux traits de personnalité du condamné prédominent dans le discours des experts. Étant précisé que plusieurs critères peuvent entrer en ligne de compte, leurs conclusions s'appuient dans près de la moitié des cas (47%) sur des considérations reliées à la condamnation, aux faits et à l'éprouvé du condamné face à ces faits (sentiment de culpabilité, empathie pour la victime, déni, etc.), sans compter plus d'une fois sur quatre une référence aux antécédents judiciaires (27%). Dans quelques cas (4,2% des dossiers), ils pointent encore l'effet dissuasif de la condamnation et la crainte d'une nouvelle intervention judiciaire, particulièrement sous la forme d'une réincarcération. Au regard de la prévalence des addictions parmi ce public, il n'est guère étonnant de voir les risques de récidive conditionnés au maintien d'une abstinence ou au contraire à la reprise de la consommation d'alcool ou de drogues (26%). Une fois sur cinq (20,8%), les experts incluent dans la balance le niveau d'intelligence et/ou les capacités réflexives du condamné. L'investissement dans les soins engagés et la propension à les poursuivre apparaissent dans les mêmes proportions (19,8%). L'évaluation de l'expert prend néanmoins davantage appui sur le passé et le présent, à partir de facteurs qualifiés de « statiques » selon la terminologie criminologique. Peu questionnent l'avenir, dès lors que la situation qui sera celle du condamné une fois la peine purgée semble peu prise en compte, du moins dans leurs conclusions écrites. Une fois sur sept seulement (14,6%), les experts se fondent sur son futur environnement social (emploi, entourage amical, etc.), affectif et familial. Dans 3% des dossiers, un expert conditionne la dangerosité à d'autres facteurs contextuels ou situationnels qui pourraient précipiter un passage à l'acte (contacts avec des enfants, séparation ou échec amoureux, etc.).

Critères d'évaluation des risques mentionnés dans les expertises

	Effectifs	Fréquence
Troubles psychiatriques, psychologiques, et traits de personnalité	56	58,3%
Nature des faits, positionnement par rapport aux faits et au système pénal	45	46,9%
Antécédents judiciaires	26	27,1%
Consommation de drogue/alcool	25	26,0%
Intelligence, capacités de réflexion, d'introspection, d'autocritique sur le fonctionnement psychique	20	20,8%
Investissement dans les soins	19	19,8%
Environnement familial, affectif et social	14	14,6%
Histoire familiale et personnelle	6	6,3%
Éléments contextuels et situationnels	3	3,1%
Total / interrogés (dossiers comprenant des expertises)	96	

Toutefois, ces données ne nous informent que partiellement sur la variété des facteurs qu'ils prennent réellement en considération, certains pouvant être passés sous silence dans leur rapport écrit. Il est par ailleurs impossible de hiérarchiser leur importance, faute de disposer d'effectifs suffisants pour procéder à des analyses multivariées. Sous un angle bien plus qualitatif que quantitatif, nous allons à présent détailler les principaux critères figurant dans les expertises, ainsi que ceux énoncés en entretien : la nature de l'infraction (1), les antécédents judiciaires (2), les addictions (3), les troubles psychiques (4), les caractéristiques sociodémographiques (5), les soins et le comportement en détention (6), la reconnaissance des faits, le sentiment de culpabilité et l'empathie envers la victime (7). Si chacun d'entre eux n'impacte que très modérément l'évaluation finale, dès lors que des risques sont presque systématiquement relevés, la présence de certaines variables amène les experts à se montrer plus affirmatifs, comme si celles-ci les autorisaient à exclure tout risque ou au contraire à les présenter comme élevés ou très élevés. Ceci étant, l'argument vaut essentiellement pour la phase post-sentencielle, durant laquelle les experts semblent apprécier plus finement les caractéristiques de l'affaire et de la personnalité de l'auteur avant de se prononcer sur la dangerosité.

## ***1- La nature de l'infraction***

Lorsque nous avons interrogé les professionnels sur les critères qui leur semblaient prédominer dans le cadre de l'expertise de dangerosité, la plupart ont évoqué la nature et les caractéristiques des faits, leur gravité et les attributs des victimes. Les positions sur ce point ne sont toutefois pas consensuelles, y compris parmi les experts.

*« Donc, y a beaucoup beaucoup d'éléments de biographie. Après, il y a le type aussi de victime. Si un agresseur se confronte à des victimes qui sont faibles, en particulier des femmes, et que c'est toujours des femmes, toujours des êtres faibles, on voit bien que c'est une personne qui profile systématiquement, quand il a repéré la faiblesse chez l'autre, pour pouvoir en tirer un certain profit, bénéfice ou assouvissement pervers. Donc c'est des personnes qui sont plus dangereuses que quelqu'un qui agresse que des flics ou qui se confronte à l'autorité, à plus fort que soi. Une fois qu'il a pris un bon coup sur la tête, il va se calmer, alors que quelqu'un qui est toujours à écraser plus petit que soi, va avoir tendance à reproduire les choses. Donc, le type de victime, c'est très important » (Psychiatre expert).*

*[La qualité de la victime, que ce soit hors famille, intrafamilial, que ce soit des mineurs ou majeurs, ça c'est des choses aussi qui rentrent en ligne de compte, dans votre évaluation des risques ?] Plus dans la... plus dans la... comment dire, dans la compréhension du euh... de l'acte. C'est-à-dire qu'un acte commis au sein de la famille, je sais théoriquement à quoi ça peut correspondre, à la différence d'un acte commis par un voisin par exemple, si on parle d'une agression sur un enfant par exemple. Donc ça va m'intéresser plus pour catégoriser l'acte et non pas le sujet. [Selon vous, y a pas forcément plus ou moins de récurrence, selon que l'on s'en prend à des mineurs ?] Non » (Psychologue expert).*

*Je ne peux pas trop répondre. Moi j'ai l'impression, pour les psychiatres que c'est l'acte passé qui va énoncer le futur quoi. C'est plus ça, c'est-à-dire que ben, comme il y a eu ça, c'est quand même inquiétant et il faut faire attention en gros. Je trouve que le raisonnement est souvent mécanique. C'est-à-dire qu'on part du passé pour projeter, ce qui fait que la singularité et l'évolution n'est peut-être pas assez prise en compte. (Psychologue, expert).*

*Y a certains... qui restent extrêmement fixés sur la nature de l'acte ou sur la façon dont la personne a rapporté ce qu'elle avait fait, ce qui ne me semble pas être un élément important mais pas nécessairement déterminant » (Psychiatre SMPR).*

*« [Et sur le plan de la nature des faits, est-ce que vous pensez que selon que la victime est majeure ou mineure, que ce soit quelqu'un de la famille de l'auteur ou extérieur à la famille, l'âge de la victime, etc., est-ce que ça, c'est des éléments qui rentrent en compte dans leur évaluation de la dangerosité ?] Euh... peut-être moins dans la dangerosité que dans l'explication du passage à l'acte. Souvent, on voit des gens très... qui ont beaucoup de difficultés à avoir des contacts avec les autres, etc., et c'est une des explications pour lesquelles ils s'attaquent plutôt à des personnes, alors soit vulnérables, mineures, ou personnes vraiment vulnérables, personnes sous tutelle, sous curatelle. C'est plutôt un facteur d'explication du passage à l'acte : pourquoi ils s'en sont pris à tel type de victime plutôt que à tel autre. Je ne sais pas s'ils en tirent systématiquement un facteur de dangerosité supplémentaire. [Donc on va rarement retrouver, des formules du type, « les pères incestueux récidivent moins que quelqu'un qui s'en prend à une femme adulte » par exemple. C'est vraiment dans l'explication du passage à l'acte ?] Oui » (Magistrat du siège).*

*« La dangerosité, c'est par rapport aux faits je pense qu'ils se basent. Est-ce qu'y a eu préparation, est-ce qu'y a pas eu préparation ? » (CPIP).*

*« Moi je pense que c'est plus par rapport à la gravité de l'acte hein. C'est plus par rapport à ça » (CPIP).*

*« Mais parce qu'il y a aussi un discours médiatique et politique, qui fait qu'on met sous la bannière d'agresseur sexuel, toutes sortes de personnes. Parce qu'évidemment, entre les incestes et les pédophiles, il y a quand même une petite différence. Si c'est des viols de femmes, ce n'est pas pareil que si c'est des viols d'enfants, enfin voilà, tout ça est mélangé. On vous fait un gros paquet cadeau : agression sexuelle, récurrence et puis terminé. Or, chez les pères incestueux par exemple, il n'y a quasiment pas de récurrence. On va pas aller finasser là-dedans. Il y a les pères incestueux et la pédophilie et de l'autre côté, vous avez ceux qui agressent plutôt des femmes... enfin, pas que des femmes mais plus des femmes adultes. [C'est des publics différents de ce que vous constatez ?] C'est des publics diffé... ben oui. Oui, enfin, c'est pas tout à fait le même moteur. C'est un peu différent oui, effectivement. C'est peut-être parfois très pulsionnel, plus*

*pulsionnel, mais pas toujours. Peut-être on pourra plus se rapprocher des pédophiles en fait, sur ces côtés très pulsionnels. Chez les parents incestueux, c'est vraiment très différent, c'est pas tout à fait la même chose. Il y a des problématiques aussi mais c'est pas pareil. On a beaucoup de... mais ça dépend. [...] On met tout le monde dans le même panier mais il y a des expertises, quasiment systématiquement, en matière... Oui enfin, chez tout ce qui est sexuel, on a toujours un risque avéré de récidive, ou... y a toujours quelque chose, qui laisse penser que peut-être il faut quand même faire gaffe. [...] Oui, bien sûr qu'il y a des nuances dans les expertises, mais au final, y a toujours un risque. Y a toujours un risque quand même » (CPIP).*

Si l'on s'en tient à notre échantillon d'expertises, la nature des faits et les caractéristiques des victimes interviennent pourtant relativement peu dans l'évaluation des risques, et ce malgré la profusion de publications scientifiques et professionnelles distinguant les agresseurs de femmes adultes de ceux ayant pour cible des mineurs et, parmi ces derniers, les pédophiles extra-familiaux des pères incestueux. Des expertises mobilisant explicitement la nature des faits, les caractéristiques du passage à l'acte et celles des victimes figurent dans seulement un dossier sur dix (10,4% des affaires comprenant des expertises).

« Les faits en eux-mêmes impliquent la notion de récidive » (expert, D30).

« Au cours de l'entretien, il nous est apparu plus fermé qu'au cours de la procédure d'instruction, cherchant à éviter de trop se livrer. Il exprime un sentiment de culpabilité vis-à-vis des faits qu'il a commis. Il a accepté sa condamnation et exprime des regrets. Il est donc difficile d'évaluer le risque de réitération de faits semblables à l'avenir. [...] Étant donné le caractère particulièrement transgressif des actes incestueux, la multiplicité des victimes, la longueur de la période durant laquelle les faits ont été commis, le vécu de carence affective dans l'enfance, les agressions sexuelles subies dans l'adolescence, un suivi psychothérapeutique apparaît tout à fait indiqué [...] Au regard des faits et de l'histoire du sujet, il fait partie du groupe des condamnés ayant le plus fort risque de réitération de faits semblables à ceux pour lesquels il a été condamné » (expert, D93).

Si l'on compare ensuite le degré de risque identifié par l'expert aux qualifications pénales ayant justifié la condamnation, il n'y a pas de différences très significatives selon que les violences sexuelles avaient été commises à l'encontre de mineurs ou de majeurs, ou selon qu'il s'agissait de viols, d'agressions, d'attouchements ou d'exhibitions. Au moins un expert a évoqué des risques (à l'exception de ceux qualifiés de faibles) au sujet de 81,8% des auteurs de violences sexuelles sur mineurs, 80,6% lorsque la victime était majeure. Parmi les agresseurs d'enfants, ceux qui ont eu pour victimes des mineurs de moins de 15 ans ont cependant été plus souvent jugés à risque élevé ou très élevé (22,9% contre 6,7% lorsque les mineurs avaient plus de 15 ans ; 83,3% quel que soit le degré de risque contre 66,7%). Ceux qui ont agressé des 15-18 ans ont d'ailleurs moins souvent été considérés comme dangereux que les délinquants sexuels sur majeurs (16,1% à risque élevé ou très élevé). Les exhibitionnistes ont au contraire systématiquement fait l'objet d'un pronostic de risque par au moins un expert, avec en filigrane l'hypothèse d'une potentielle escalade en l'absence de maîtrise pulsionnelle. Ce sont les détenteurs d'images pédopornographiques qui, à l'inverse, ont le moins souvent été jugés à risque (57,1% d'entre eux), si tant est, selon certains experts, qu'ils cantonnent leurs fantasmes à cette dimension virtuelle. Les évaluations ne diffèrent pas selon le sexe de la victime, ou bien encore entre les pères incestueux et les condamnés qui ne connaissaient pas leurs victimes.

En revanche, comme pour la minorité de moins de 15 ans, la pluralité de victimes génère plus fréquemment un pronostic de risque élevé ou très élevé. Au moins un expert a retenu des risques élevés ou très élevés dans 40% des dossiers mentionnant l'existence de trois victimes ou davantage (contre 12% en présence d'une seule victime). *A contrario*, les experts s'aventurent moins souvent à écarter formellement tout risque (13,6% contre 26%). Il n'en demeure pas moins que tous types de risques confondus (à l'exception de ceux présentés comme faibles), 76% de ceux ayant agressé une seule victime ont été jugés à risque (contre 81,8% en présence d'au moins trois victimes). Ces éléments s'avèrent par ailleurs nettement moins discriminants en amont du jugement que dans les expertises de pré-libération, car ce n'est bien souvent qu'une fois la condamnation prononcée que des experts osent écarter l'hypothèse d'une récidive.

## 2- Les antécédents judiciaires

À tous les stades du processus pénal, la présence d'antécédents judiciaires oriente beaucoup plus sensiblement les résultats de l'évaluation expertale, ou du moins génère un discours plus tranché, le degré d'assurance des experts évoluant selon le nombre de condamnations antérieures. Dans 27,1% des dossiers, le passé pénal intervient formellement au titre des facteurs justifiant l'évaluation. Lors de nos entretiens, tous les professionnels ont également évoqué l'incidence des antécédents, le plus souvent spontanément.

« Compte tenu de l'impact potentiel en matière de prédictivité de récidive, il apparaît important de pouvoir préciser s'il a effectivement ou non existé des antécédents de transgressions en matière de sexualité, y compris des comportements relevant de paraphilies type exhibitionnisme ou voyeurisme » (expert, D16).

« Il y a lieu aussi de relever la répétition de condamnations pour les mêmes motifs, ce dont Monsieur... a tout à fait conscience à tel point de nous préciser d'emblée : "moi je savais bien qu'en récidive je risquais 10 ans". Cette répétition de condamnation, d'un point de vue criminologique, est en faveur d'une dangerosité potentielle en milieu libre » (expert, D19).

« Il présente une capacité de dangerosité tout azimut comme en témoignent les condamnations précédentes dont il ne paraît pas avoir réellement tiré de leçons, ainsi que les faits qui nous amènent aujourd'hui à l'examiner » (expert, D27).

« Des antécédents de dangerosité sociale (incluant ici l'existence d'un passé judiciaire récent pour vol) représentent un certain indice social d'incapacité à se soumettre à un frein » (expert, D49).

« La dangerosité potentielle à l'extérieur reste élevée dans la mesure où M répète des comportements qui lui ont pourtant apporté beaucoup d'ennuis (c'est la 3<sup>ème</sup> fois depuis 2001). Il ne semble pas pour le moment en tirer de leçon » (expert, D57).

« Le risque de récidive reste majeur au vu de l'importance des carences affectives, éducatives, du manque d'étayage familial, des antécédents légaux, le sujet ayant déjà été condamné par deux fois pour des faits d'agression sexuelle sur mineur de 15 ans dont l'une en état de récidive légale » (expert, D95).

« La dangerosité du sujet n'est pas à mettre de côté, nous l'avons rencontrée pour des faits semblables dans un cadre expertal en 2001. La répétition sur un même mode de ce qui avait déjà eu lieu signe la potentialité du sujet à reproduire les mêmes situations dans lesquelles il exploite sa violence contenue habituellement. Il utilise ensuite dans son récit cette place qui lui permet alors d'occuper le devant de la scène vécue, il en devient le héros. Il y a donc une potentialité de dangerosité criminologique » (expert, D98).

Pour autant, que les condamnés n'aient pas le moindre antécédent, une ou plusieurs mentions inscrites au B1 du casier, un expert au moins a retenu des risques de récidive (autres que faibles) dans 76 à 78% des cas. En revanche, la multiplication des condamnations conduit plus fréquemment à la conclusion de risques élevés ou très élevés<sup>337</sup>. L'absence de casier donne au contraire plus fréquemment lieu à des exclusions de risque<sup>338</sup> ou se traduit par la mention de risques faibles<sup>339</sup>. Les résultats sont similaires lorsque l'on se concentre sur les antécédents de nature sexuelle. Près d'un tiers de ceux condamnés à plusieurs reprises pour ce type d'infractions a été jugé à risque élevé ou très élevé<sup>340</sup>. Aucun expert ne prend alors le risque d'exclure toute dangerosité (contre 19,4% de ceux n'ayant aucun antécédent de cette nature) ou de la déclarer faible (5,9% contre 12,5%). Cependant, une fois confondus les niveaux de risque (autres que faible), ces écarts disparaissent. 78,6% de ceux ayant plusieurs condamnations de nature sexuelle ont fait l'objet d'un pronostic défavorable (contre 77,8% en l'absence de mention au B1).

## 3- Les addictions

Étant donné la fréquence des addictions parmi le public de notre échantillon, il n'est guère étonnant de voir les risques de récidive conditionnés à la reprise ou non de la consommation d'alcool ou de drogues, cet argument apparaissant dans 26% des dossiers comprenant des expertises. En présence d'une addiction ou d'abus de drogues et/ou d'alcool, la mention d'un risque de récidive (autre que faible) est

<sup>337</sup> Des risques élevés ou très élevés sont mentionnés par l'un d'entre eux au sujet de 27,8% de ceux ayant plusieurs mentions (contre 9,7% de ceux n'ayant aucun antécédent, 14,3% de ceux ayant un antécédent).

<sup>338</sup> 25,8% en l'absence d'antécédents, 23,8% en présence d'une mention, 13,9% en présence de plusieurs condamnations antérieures.

<sup>339</sup> 11,1% d'entre eux (contre respectivement 19,4% et 14,3%).

<sup>340</sup> 29,4%, contre 9,7% de ceux n'ayant jamais commis ce type de faits, 18,2% de ceux ayant une condamnation antérieure de cette nature.

plus fréquente<sup>341</sup>. L'examen se déroulant généralement en détention, le pronostic est plus souvent présenté au conditionnel, subordonné au maintien d'une abstinence durable après la libération.

*« J'évoquerais peut-être la question des addictions, parce que souvent, on a des conclusions d'expertises en disant « pas de risque de récidive, s'il est soigné, s'il est abstinent. En revanche, s'il y a, à la sortie de détention, de nouveau une consommation de stupéfiants ou d'alcool, le risque de récidive peut être important ». Donc, souvent, la question de l'addiction est quand même voilà, un peu centrale et va engendrer une conclusion en deux temps quoi » (JAP).*

Ceux jugés les plus à risque sont les toxicomanes consommant de l'héroïne ou de la cocaïne, au point qu'ils n'ont jamais échappé à un tel pronostic. Parmi ces derniers, 66,7% ont fait l'objet d'un pronostic de risque élevé ou très élevé, comme 30,8% des usagers problématiques de cannabis. En revanche, ce ne fut le cas que pour 20,5% des alcooliques, au même niveau que ceux ne présentant aucune problématique addictive (21,2%). En l'absence d'addiction, un risque de récidive a plus souvent été formellement exclu<sup>342</sup>.

« La dangerosité sociale du sujet et donc le risque de récidive est à corréliser avec la reprise ou pas d'une consommation d'alcool ce dont il semble d'ailleurs avoir bien conscience » (expert, D9).

"Actuellement, en l'absence de crise grave relationnelle avec... , notre sujet ne présente pas de risque de passages à l'acte sur les filles de Madame... ni sur les enfants que celle-ci garde à domicile. Tant que notre sujet restera abstinent, il ne présentera pas de dangerosité sexuelle : à la fois de manière directe dans la mesure où il n'y aura pas de dimension de désinhibition, mais aussi de manière indirecte dans la mesure où notre sujet ayant accepté la confrontation à la réalité sans entrer dans des processus de régression libidinale. Toute reprise de consommation de produit alcoolisé est un signe de retour vers une dangerosité potentielle concernant ses conduites sexuelles. [...] La dangerosité potentielle reste liée en ce qui concerne sa structure de personnalité à la reprise d'une alcoolisation. Pour l'instant, notre sujet est abstinent et a maintenu cette abstinence depuis sa libération jusqu'à sa réincarcération » (expert, D15).

« La dangerosité du sujet est donc liée à son alcoolisation. Il s'agit d'une dangerosité certes modérée, mais existante, puisque le sujet sous l'emprise de l'alcool, passe à l'acte sexuellement. [...] Le sujet peut présenter sous l'emprise de l'alcool un état de dangerosité pour autrui, notamment en termes de répétition des actes » (expert, D38).

« Le sujet ne présente pas de facteur psychiatrique manifeste de dangerosité mais sa dangerosité potentielle est étroitement liée à la reprise ou non des conduites d'alcoolisation, risque qui ne peut être écarté » (expert, D51).

« Le pronostic sur l'évolution ultérieure dépend uniquement du sevrage qui doit être complet et définitif pour éviter tout risque de récidive" (expert n°1). « Mr... ne présente pas de dangerosité au sens psychiatrique en l'absence de pathologie mentale. La dangerosité criminologique semble en l'état limitée et ce d'autant que persistera l'absence d'alcoolisation à savoir l'abstinence, abstinence dont le maintien s'impose » (expert n°2, D61).

« Sur le plan strictement psychiatrique, Mr... ne présente pas d'anomalie ou de pathologie reconnues pouvant présenter et conférer une dangerosité de nature psychiatrique. Reste par contre l'entière question de l'usage et du recours aux toxiques que ce soit l'alcool et ou le cannabis, qui peuvent effectivement participer à une désinhibition et une libération du recours à l'agir chez un sujet inscrit déjà dans cette dimension. Dans ce sens, la dangerosité au sens criminologique est non négligeable et bien difficile à quantifier car aléatoire » (expert, D98).

#### 4- Les troubles psychiques

Dans près de six dossiers sur dix (58%), ce sont des justifications reliées aux troubles psychopathologiques et aux traits de personnalité du condamné qui apparaissent dans l'argumentation des experts.

« Il présente une personnalité "border-line" déterminant des comportements de nature psychopathique. Il existe de ce fait une dangerosité criminologique potentielle avec le risque de récidive d'actes antisociaux justifiant une mesure de surveillance judiciaire » (expert, D2).

« Il ne présente pas de facteurs psychiatriques de dangerosité. Mais les éléments pervers toujours présents de sa personnalité représentent une dangerosité potentielle certaine avec un risque de récidive avéré » (expert, D16).

« Les préoccupations quasi obsédantes de la sexualité chez cet homme qui assoit sa position narcissique sur des arguments principalement sexuels peuvent l'amener à des conduites déviantes ne serait-ce, comme il l'admet, à des atouchements sexuels y compris sur des personnes mineures telles que ses petits-enfants qu'il voit régulièrement. Aussi, on peut considérer Mr comme

<sup>341</sup> 69,7% en l'absence d'addiction ou d'abus, 82,1% en cas d'alcoolisme, 84,6% en cas de toxicomanie ou d'abus de cannabis.

<sup>342</sup> 27,3% contre 12,8% en cas d'alcoolisme, 15,4% en cas d'addiction ou d'abus de cannabis, aucun toxicomane à d'autres produits.

potentiellement dangereux du moins susceptible d'être délétère à l'équilibre psychologique de personnes vulnérables. Mais les troubles dont il s'agit ne relèvent pas d'une hospitalisation en milieu psychiatrique puisqu'il n'existe pas de pathologie psychiatrique aiguë susceptible d'expliquer de tels agissements » (expert, D91).

« À côté de ses pulsions acoustico-guidées d'attouchements sur des enfants qui semblent reproduire le vécu maternel comme je le disais qu'il n'arrive pas à dépasser et qui fut la révélation lors de la rencontre avec sa mère et en même temps, la création de sa bouffée délirante aiguë, s'accompagne également de rêves nocturnes violents avec des couteaux et les voix sembleraient aussi le conduire à la violence, lui dire qu'il faut tuer des gens. On a déjà des antécédents de violence sur ses parents. Il présente donc pour nous un état dangereux » (expert, D13).

« Il ne présente pas d'état dangereux au moment de l'entretien. Il indique qu'"il n'est pas dangereux (...) lorsqu'il est sous traitement neuroleptique. Néanmoins, rien ne permet d'exclure chez lui la survenue d'un état dangereux surtout lorsqu'il présente des épisodes délirants et hallucinatoires aigus [...] Lorsqu'il interrompt son traitement neuroleptique et lorsqu'il développe des épisodes délirants et hallucinatoires, il peut présenter des comportements agressifs au cours desquels il peut être dangereux pour lui-même ou pour les autres" (expert n°1). « Tant que notre sujet prendra son traitement injectable (neuroleptique incisant visant à diminuer les hallucinations) notre sujet ne présente pas de dangerosité pour autrui ou pour lui-même. Toutefois, s'il arrête cette prise de médicaments, nous pouvons parler d'une dangerosité réelle pour autrui ou pour lui-même » (expert n°2). « Actuellement, il ne présente pas de dangerosité en milieu libre. Toutefois, tout arrêt de traitement se traduirait par une dangerosité importante » (expert n°3, D64).

*« Après, quand ils nous argumentent sur la dangerosité, euh... ils prennent en compte le parcours pénal, euh... ben les éléments finalement qui sont, alors à la fois les éléments médicaux que eux ils vont évaluer, c'est-à-dire la personnalité, les troubles éventuels, les pathologies éventuelles. Ils vont évaluer ça, donc ça c'est leur partie » (JAP).*

Sur le plan de l'évaluation de la dangerosité, il n'y a guère d'écarts selon les types de troubles identifiés par les experts, à l'exception des psychotiques, systématiquement jugés à risque, surtout dans l'hypothèse d'une interruption du traitement, et de ceux qualifiés de névrotiques, pour lesquels les experts ont au contraire moins souvent retenu une dangerosité<sup>343</sup>. S'agissant de ces derniers, des risques ont bien plus souvent été exclus<sup>344</sup> ou qualifiés de faibles<sup>345</sup> qu'ils n'ont été présentés comme élevés ou très élevés<sup>346</sup>. En revanche, il n'y a pas de différences significatives entre les autres pathologies ou troubles de la personnalité. Ceux dont le discernement a été considéré comme altéré n'ont pas été présentés comme plus dangereux par les experts psychiatres au stade pré-sentenciel. Comme en ce qui concerne la nature des faits, ces catégories médicales apparaissent cependant nettement plus discriminantes en phase post-sentencielle. Les experts saisis après la condamnation ont en effet plus souvent retenu des risques de récurrence (autre que faibles) au sujet des « pervers » (89,5%) que des « psychopathes » (62,5%), des « pédophiles » (57,1%) et des psychotiques (50%).

*« [Après, il y a aussi des troubles de la personnalité ou des pathologies mentales qui pour vous, sont plus à risque que d'autres ?] Alors, pas en termes de risques de prédiction, mais en termes de compréhension du passage à l'acte. Je pense (silence)... Ben, je pense à rien mais en tout cas, ce qui est certain, les troubles de la personnalité, ça va m'aider à comprendre le passage à l'acte. Ça va pas m'aider à dire si y a un risque de prédiction. [Si vous avez le sentiment d'avoir quelqu'un en face de vous, qui est plutôt dans le registre de la psychopathie ou de la perversion, c'est pas pour autant, que pour vous, y a un risque plus fort de récurrence ?] Psychopathie... non. Perversion, c'est différent, voilà. [...] Là déjà, si vous voulez, je serais plus prudente mais heureusement, il n'y a pas de structure purement perverse ; ça court pas les rues non plus. Y a beaucoup de gens qui ont des traits... mais vraiment, le vrai vrai pervers, qui est emprisonné dans sa structure là, on n'en rencontre pas souvent. Ça m'est arrivé et là, je suis extrêmement prudente, parce que moi-même je vois bien le contre-transfert qui se fait, moi-même, je suis extrêmement perturbée, face à cette personnalité-là. Là oui, non, je ne peux pas écarter le risque » (Psychologue, expert).*

<sup>343</sup> 64,7% contre 87% des « pervers », 79,4% des « pédophiles », 87,5% des « psychopathes », 81,8% des « états-limites ».

<sup>344</sup> 41,2% des « névrotiques » contre au maximum 18% en présence d'autres troubles.

<sup>345</sup> 23,5% contre 12,5% au maximum pour les autres troubles.

<sup>346</sup> 11,8% contre au minimum 20,6% pour les autres troubles.

## 5- Les caractéristiques sociodémographiques

En entretien, quelques experts ont énoncé des critères sociodémographiques parmi les éléments qu'ils prennent en compte dans l'évaluation des risques, mais rarement spontanément, plutôt après une relance de notre part, à la suite d'une question générale dans laquelle nous leur demandions les éléments d'appréciation qu'ils mobilisaient. CPIP et magistrats le confirment, même si l'insertion professionnelle, l'environnement social et affectif leur semblent davantage investigués par les psychologues.

*« Je crois que vous êtes plus informé que moi, pour dire que plus le sujet est inséré, moins il y a de récurrence. Là on le voit aussi, clairement. C'est-à-dire que plus la qualité de l'insertion sociale, professionnelle, familiale tient la route, ben mieux c'est quoi. Enfin, mieux c'est, en tout cas sur la question de la récurrence » (Psychiatre, expert).*

*« [Sur la dangerosité, vous preniez uniquement des rencontres des facteurs d'ordre pathologique, ce que vous m'expliquiez, ou est-ce que vous pouviez aussi, prendre en compte l'environnement social ?] Non, pas tellement l'environnement social » (Psychiatre, expert).*

*« Moi ce qui me paraît... enfin, ce que je vois dans les gens, dans les auteurs que je rencontre, qu'ils soient en récurrence ou pas, c'est quand même l'extrême solitude et l'extrême précarité sociale. Je veux dire, c'est quand même déjà l'essentiel. J'enfonce des portes ouvertes mais voilà, les types, ils sont très souvent sans emploi, ils n'ont pas de formation. Ils ont pas été soutenus sur le plan éducatif. C'est un bordel pas possible au niveau intrafamilial. Rien n'est fait sur le plan social pour accompagner. [...] Moi je pars toujours de cette question de la scolarité et finalement « Ben, je l'ai pas eu mon BEP ou mon CAP » ou « finalement, je me suis arrêté au bac pro, parce que en fait, les matières machin, j'y arrivais pas ». Je pense à un jeune qui me disait ça. Il avait des matières techniques. Il faisait chauffagiste et il me dit « non, j'y arrivais pas. Du coup, j'ai coupé ». Et en fait, c'est dommage parce qu'on se dit, ce gamin... Et lui, c'était quoi son histoire... [Il] avait foiré son bac pro en région parisienne et il me dit « En fait, si j'avais pas foiré mon bac pro, si j'avais eu ces fichues matières, j'aurais trouvé un truc là-bas. Je serais jamais venu en galère à [ville] et je serais pas rentré dans ce machin à zoner, avec des gars dans des cités ». En fait il retraçait... et le point de rupture ça a été ce truc scolaire. [...] Après, analyser en termes psychiques, pourquoi la scolarité était problématique chez lui, etc., mais c'est vrai que souvent, ça tient à des petits trucs quoi. À des petits accompagnements, des petits loupés... [Les facteurs sociaux vous semblent suffisamment pris en compte dans les expertises ?] Non je crois pas. Non, je trouve pas. Surtout des psychiatres d'ailleurs. Ils sont centrés sur le médical, enfin sur la pathologie. Moi je trouve que dans les expertises psychiatriques, il y a très peu de choses, ou pas beaucoup sur l'anamnèse, sur l'histoire de vie, voilà, sur des sujets où on peut être cabossé par la vie. Je trouve qu'il y a peu de choses. Y a peu de choses. Alors, c'est toujours très compliqué cette histoire, parce que c'est pas mécanique. C'est pas mécanique, c'est-à-dire que y a des gens qui ont des histoires de vie hyper compliquées et en fait, ils ont des ressources et puis des actes qui s'expliquent pas toujours par une histoire de vie cabossée, etc., mais c'est pas expliquer, c'est plus éclairer en fait. Je trouve que dans les expertises psychiatriques, cette dimension-là elle est quand même vachement escamotée. Alors, c'est vrai aussi que c'est pas trop dans leur mission hein. C'est pas forcément posé. [...] Mais effectivement, pour moi, c'est quand même une partie essentielle de l'expertise » (Psychologue, expert).*

*« Si quelqu'un est désinséré socialement, c'est-à-dire vit très isolé, n'a pas de travail, etc., euh, là effectivement, ils vont noter que le risque de renouvellement de l'infraction est majoré » (Magistrat du siège).*

*« [Est-ce que les experts tiennent compte de la situation sociale et familiale de la personne ?] Le psychologue sera plus attentif à ça, le psychiatre assez peu. Assez peu, sauf à ce qu'il mette la pathologie, en lien avec la situation sociale mais ils le font pas toujours. Enfin pathologie ou trouble. Le psychologue le fera plus » (JAP).*

*« [Est-ce qu'il y a d'autres critères que vous avez relevés dans les expertises ?] Souvent c'est l'environnement. Quand on voit l'environnement familial, ou alors le fait d'être en errance. Ce qu'on voit souvent aussi, c'est les situations d'insertion, le fait d'être en marge de la société ou des ruptures. Je pense aux expertises où on a souvent vu que certains... On a quelques experts parfois, qui font les liens vraiment entre eux : les faits déjà commis et... on voit bien, ils ont fait une chronologie de la vie de l'intéressé et ils ont dû je pense, poser vraiment les choses à plat. On se rend compte que le casier judiciaire, il est assez calqué sur des ruptures, des points de rupture. Donc y a tous ces éléments-là aussi qu'on voit... Certains*

*s'appuient vraiment sur le parcours de vie et sur les faits, enfin, sur ce qu'ils peuvent connaître. [...] C'est le parcours social, et où est-ce qu'ils sont dans un moment, dans le moment où on écrit la chose qu'on évalue et par rapport... c'est-à-dire quelle est la situation actuelle au moment où on évalue, par rapport à la situation de départ » (CPIP).*

*« Ses fragilités et puis son environnement, si c'est stable ou pas stable. Il détermine tout ça dans le risque. Et puis aussi, qu'est-ce qui est source de tension, qu'est-ce qui est source de tension pour la personne » (CPIP).*

*« Tous les éléments aussi peut-être sur la situation sociale. Dans quel état va sortir la personne, l'étayage familial, soutenant, pas soutenant. Voilà, tout ce genre d'éléments, ça peut aussi entrer en compte dans la récurrence aussi » (CPIP).*

*« Moi j'ai vu des experts qui, effectivement c'était intéressant, qui disaient, voilà, pour revenir à ce que je disais tout à l'heure, il a la famille, le boulot et le logement. Et d'autres qui disent, c'est quelqu'un qui, s'il avait un boulot qui le valorisait, etc., y aurait possibilité à ce moment-là, qu'il ait pas besoin, par exemple près d'une femme, de se la jouer et donc de l'agresser si la femme le repousse. Parce qu'il aurait un renvoi sur l'image de soi qui serait positive. Aujourd'hui, il a rien de positif, donc la construction sociale de l'intéressé peut avoir effectivement cet impact sur ce type de personnalité et dans des expertises, on le voit. C'est des si, c'est des hypothèses, etc., et qui généralement, ne sont pas des injonctions, c'est-à-dire c'est pas, il faut que le type rebosse, etc. » (CPIP).*

*« Je pense que certains évaluent sur des critères qui sont pas uniquement cliniques mais qui vont sur des champs plus criminologiques, d'environnement, d'appréciation, du tissu protecteur ou non autour de la personne, des choses comme ça (Psychiatre SMPR).*

Pour autant, les rapports d'expertise étudiés mobilisent rarement, du moins explicitement, l'environnement social et familial comme critère d'évaluation des risques de récurrence. L'insertion professionnelle, l'isolement social et familial, ou au contraire la présence et le soutien de l'entourage, viennent formellement appuyer cette évaluation dans moins d'un dossier sur sept (14,6%). Divers indicateurs sociodémographiques ne sont toutefois pas sans effet sur les conclusions des experts. Nous traiterons de l'âge du condamné (a), de son niveau scolaire (b), de son insertion professionnelle et de son environnement affectif (c).

#### *a- L'âge du condamné*

Dans de très rares expertises et entretiens, l'âge du condamné apparaît explicitement comme un critère d'évaluation du risque, au motif que le vieillissement produirait une « diminution de sa libido » (D45) ou de « ses tendances impulsives et hétéro-agressives » (D63).

*« J'ai l'impression que... oui, soit l'âge chez les sujets les plus imprévisibles et les plus difficiles à suivre, mais ce n'est pas un fait intrinsèque à eux. C'est le jeune âge, c'est-à-dire là où c'est difficile, mais c'est lié juste à l'âge et on pourrait le séparer des autres variables. C'est le côté totalement imprévisible des très jeunes. Lié aussi à une maturité, à des choses autour de ça quoi » (Expert, psychiatre).*

*« Y en a [des experts] pour qui y a le facteur de l'âge. On en a pour qui le facteur de l'âge est ressorti assez euh...assez couramment » (CPIP).*

Ce constat peut surprendre, dès lors que les recherches ont identifié depuis bien longtemps un phénomène de sortie de délinquance au fil du temps, massif après 40 ans<sup>347</sup>. Les délinquants sexuels sont d'ailleurs plus âgés que la moyenne, près de la moitié dans notre échantillon (43,4%) avait ainsi quarante ans ou plus au jour de la condamnation (v. *supra*). Ils constituent pourtant la classe d'âge qui a été perçue comme la plus à risque<sup>348</sup>. Les mineurs bénéficient au contraire de conclusions plus favorables et plus

<sup>347</sup> Mohammed M. (dir.), *Les sorties de délinquance. Théories, méthodes, enquêtes*, Paris, La Découverte, coll. « Recherches », 2012.

<sup>348</sup> 50% des condamnés mineurs ont été jugés à risque (autres que faibles) par au moins un expert, 73,3% des 18-30 ans au jour de la condamnation, plus de 80% des plus âgés.

tranchées, excluant formellement tout risque<sup>349</sup>. Au fil du vieillissement, les experts pointent certes plus souvent une dangerosité potentielle, mais se gardent de plus en plus d'en mesurer l'importance. La mention de risques élevés ou très élevés est en effet moins fréquente pour les plus âgés, comme pour les plus jeunes<sup>350</sup>.

#### *b- Les diplômés et le parcours scolaire*

Peu nombreux dans notre échantillon, les condamnés disposant d'un baccalauréat ou d'un diplôme de rang supérieur ont moins souvent fait l'objet de pronostic de risque (50% contre 81,5% de ceux ayant un niveau inférieur au baccalauréat), *a fortiori* de risque élevé ou très élevé (0% contre 21%). Ceux pour lesquels les experts ont noté l'absence de difficultés scolaires durant l'enfance ont également fait l'objet d'un pronostic plus favorable, que les risques soient exclus ou jugés faibles. À l'opposé se situent les condamnés scolarisés dans des établissements spécialisés dans l'accueil d'enfants en difficulté (CPPN, SEGPA, ITEP, IME), qui ont bien plus rarement bénéficié d'une exclusion formelle de risques (11,1%) et qui sont au contraire surreprésentés parmi ceux perçus à risque élevé ou très élevé (30,4% d'entre eux). Les pronostics de risques (autres que faibles) sont également un peu plus fréquents, comparativement à ceux dont l'intelligence a été jugée dans les limites de la normale (75%), lorsque l'expert souligne des déficiences intellectuelles (87,5%), de faibles capacités d'élaboration, d'introspection et d'autocritique (87,2%) ou encore un caractère « frustré » (100%).

#### *c- L'insertion professionnelle, l'environnement social et affectif*

En lien avec le critère de l'âge, ceux qui étaient étudiants au moment des faits ont bien moins souvent été évalués à risque (autre que faible) par au moins un expert (44,4%), suivis par ceux qui disposaient alors d'un emploi (73,8%). Ce sont les retraités ou préretraités (100%), ainsi que les chômeurs ou autres inactifs (88,2%), qui ont plus souvent fait l'objet de pronostics négatifs. Ces derniers ont plus souvent été jugés à risque élevé ou très élevé<sup>351</sup>, avec de bien plus rares exclusions formelles<sup>352</sup> ou des risques présentés comme faibles.

« L'évolution dans sa manière d'assumer son orientation sexuelle, la bonne insertion sociale et professionnelle qu'il présente sont des éléments plutôt positifs, diminuant un éventuel risque de récurrence » (expert, D18).

« Le pronostic à long terme de ce type de personnalité va être dépendant de son insertion professionnelle. Ainsi, lorsqu'on étudie les différents passages à l'acte pour lesquels il a été condamné, nous pouvons constater que pour un certain nombre d'entre eux, et même la grande majorité, ceux-ci ont été commis dans des contextes d'inactivité professionnelle. Il est à craindre qu'en l'absence de préparation à la sortie, qui est maintenant proche, et en cas de difficulté d'insertion professionnelle majeure, le risque de récurrence soit encore majoré » (expert, D92).

Au stade pré-sentenciel, les condamnés qui n'étaient pas en couple ont un peu plus souvent fait l'objet d'un pronostic défavorable par au moins un expert psychiatre. 72,7% ont été jugés à risque (autre que faible, contre 62,1%), mais surtout à risque élevé ou très élevé (20,5%, contre 6,9%). La fréquence des exclusions de risque, ou la mention de risques faibles (15,9% contre 3,4%), s'explique par la présence dans ce groupe des condamnés mineurs. En revanche, on ne constate pas ces différences dans les expertises de pré-libération, mais nous ne disposons pas de l'information pour bon nombre de condamnés en détention. Or, d'après les informations disponibles, seuls sept détenus de notre échantillon étaient en couple au terme de leur incarcération.

*« Ben souvent c'est conditionné quoi, c'est-à-dire si... si monsieur untel... si l'environnement s'est amélioré, genre, il a trouvé une compagne. Il conditionne en disant « si cette personne était amenée à perdre sa stabilité affect... enfin, au niveau du couple, ça pourrait... ». C'est conditionné en fait. Là, c'est pas mal parce que quelque part c'est une alerte. On sait. Enfin, il a mis le doigt sur un truc » (CPIP).*

<sup>349</sup> 50%, contre 34,6% des 18-30 ans, 16,7% de 30-40 ans, 15,4% des 40-50 ans, 6,3% des 50 ans ou plus.

<sup>350</sup> Aucun mineur n'a été la cible d'un tel pronostic, mais 23% des 18-30 ans, 29,3% des 30-40 ans, 15,4% des 40-50 ans et 6,3% des 50 ans ou plus.

<sup>351</sup> 26,5% contre 14,3% de ceux qui travaillaient, 0% pour les autres catégories.

<sup>352</sup> 5,9% contre 26,2% en cas d'emploi, 25% des retraités, 55,6% des étudiants.

« L'examen ne met pas en évidence de données en faveur d'un risque de récurrence élevé. Toutefois la situation de fragilité et de rupture sentimentale dans laquelle il se trouve est un facteur qui risque d'être bien déstabilisant pour lui » (expert, D83).

« Quant à la dangerosité criminologique, elle dépendait des émotions térébrantes des sujets souffrant de névrose post-traumatique et confrontés à l'abandon. Elle a retrouvé un noyau familial serein qui lui permet de prévenir ce type d'émotions rageuses. La perspective d'être présente auprès de son fils âgé de 2 ans dans le cadre d'une conditionnelle parentale conforte cette sérénité recouvrée en prison. Son projet de base est de retrouver ses enfants même si elle est satisfaite de la proposition de son ancien employeur de reprendre son ancien poste d'aide-soignante » (expert, D89).

Lorsque le critère de l'environnement affectif et familial intervient, ce n'est qu'en tant que « facteur de protection », jamais en tant que facteur de risque. Bien que plusieurs CPIP soulignent son rôle potentiellement pathogène, comme en témoignent d'ailleurs quelques rares dossiers, les conditions de l'expertise ne peuvent toutefois en rendre compte, faute d'investigations auprès de l'entourage.

*« Il y a aussi le positionnement des... attention, il y a aussi le positionnement des mères. Moi je dis souvent aux stagiaires, j'ai beaucoup plus de difficultés à travailler avec des femmes qu'avec des hommes. Avec les mamans, dans le cas d'inceste, qu'avec les hommes, parce qu'avec les hommes, vous pouvez toujours vous dire qu'il y a une problématique machin, le truc mal digéré, tout ça, mais quand vous avez les mères dans le déni, ou même dans un discours extrêmement violent à l'égard des filles... [C'est fréquent ça ?] Ah oui. Ah oui, et moi, je ne sais pas faire ça et je pense qu'il n'y a pas suffisamment de thérapie familiale. On devrait travailler les thérapies familiales dans le cas de familles incestueuses. Ça, c'est pas travaillé. Parce que souvent, je dis aux gars « vous, vous avez avancé, vous avez progressé dans un chemin », mais pas la conjointe. [...] Moi j'ai incité parfois des mamans à consulter, mais ça se limite là. [En détention], on est souvent en lien avec les épouses, pour des tas d'autres choses et quand vous avez... Moi je me souviens très bien, particulièrement en maison d'arrêt, parce que c'est là où ça se construit le déni, où vous avez le monsieur qui reconnaît les faits et la femme qui dit « c'est pas lui. Ma fille c'est une salope », c'est dans ces termes-là, vous vous dites qu'effectivement, le déni, vous comprenez comment il se construit. C'est-à-dire, quand la famille est autiste et ne veut pas entendre, le monsieur, soit ne reconnaît pas les faits ou soit les reconnaît mais en dessus ne les reconnaît plus, parce qu'il n'y a pas d'espace de parole, puisque la famille vous dit « c'est pas lui ». On peut se dire que pour des faits intrafamiliaux, c'est le système familial dans son ensemble qui... [...] Et à mon avis, y aurait tout un champ de travail. Je sais qu'au SMPR, ils l'ont parfois fait, mais très rarement. J'entends que ce soit compliqué mais, pour autant, moi j'aimerais bien qu'il y ait un travail familial, parce que dans des situations d'inceste c'est pas que le... y a pas un qui est défaillant, c'est toute la famille » (CPIP).*

Ce sont les dangers d'un isolement familial et social et le désœuvrement en l'absence d'emploi qui sont généralement pointés comme facteurs de risque, parfois le fait de réintégrer un environnement social peu favorable à la réinsertion. L'insertion professionnelle et la vie de couple ne sont cependant pas toujours perçus comme la source directe d'une potentielle récurrence, mais plutôt comme des vecteurs indirects en lien avec la reprise des conduites d'alcoolisation. Le rapport à l'entourage, que ce soit dans le milieu social, professionnel et familial, est également interprété dans une perspective non pas sociologique mais psychologique, en ce que qu'il serait révélateur des traits de personnalité du condamné et, en cas de défaillance, d'une instabilité problématique.

*« Dans la biographie, il y a les événements qui sont reprochés et puis aussi en termes d'inscription dans la société, quelqu'un qui est inscrit ou pas dans la société On sait très bien que quelqu'un qui n'a jamais pu s'entendre, ne serait-ce que à l'intérieur d'un couple, aura des difficultés à s'entendre dans la société. Instabilité avec les proches, instabilité dans le couple, instabilité professionnelle. Il s'entend avec personne dans le travail, avec personne dans la famille, il s'entend avec personne en société, bien évidemment, les risques sont beaucoup plus importants. Donc y a le passé, les événements reprochés et puis la situation actuelle » (Expert psychiatre).*

« S'il est certain qu'il ne présente pas de besoin lors de l'incarcération, le profil psychologique du sujet, l'isolement familial et les carences éducatives et affectives sont des facteurs pouvant favoriser une récurrence ou la commission d'une nouvelle infraction. Donc sur le plan légal le risque de récurrence n'est pas à exclure du fait du profil du sujet » (expert, D1).

« En tenant compte de tous ces éléments cliniques et notamment de l'inscription durable du sujet dans un fonctionnement à connotation psychopathique dont l'expression actuellement a *minima* ne va pas manquer de reprendre de l'intensité dès qu'il va être confronté à sa sortie aux frustrations inhérentes à la vie quotidienne, mais aussi être exposé à ses anciennes relations dans son environnement d'habitation dans lequel il ne peut même pas actuellement envisager de ne pas revenir, sa dangerosité ne doit pas être sous-estimée et le risque de récurrence sous la forme de passages à l'acte hétéro agressifs et impulsifs à possible dimension sexuelle paraît avéré, justifiant ainsi le prononcé d'une mesure de surveillance judiciaire » (expert, D8).

« En tenant compte de ces éléments cliniques, on doit considérer qu'il présente une dangerosité et que le risque de récidive paraît avéré s'il se trouve seul à l'extérieur confronté à la solitude, voire au désœuvrement » (expert, D22).

« Le sujet ne présente pas de facteur psychiatrique de dangerosité mais au regard de son positionnement par rapport aux faits, de ses caractéristiques de personnalité, du risque de reprise des conduites addictives, de l'absence de soutien socio-familial, le risque de récidive paraît avéré justifiant le prononcé d'une mesure de surveillance judiciaire » (expert, D63).

« Lorsque nous nous trouvons devant une personne assez frustrée tant intellectuellement que culturellement comme Mr, l'acte de se remettre en question psychologiquement personnellement est souvent au-delà de leurs possibilités. [...] Il est difficile de se prononcer sur la dangerosité éventuelle de Mr... en milieu libre. Il s'agit d'un homme qui sera sans doute très isolé socialement, peut-être capable de travailler mais également vulnérable à la tentation de l'alcool lorsqu'il se retrouvera face aux frustrations inévitables de l'existence. Une prise en charge éducative et sociale pourrait accompagner utilement une mesure de surveillance judiciaire [...] La situation familiale et sociale de Mr... sera par contre relativement délicate lorsqu'il sortira. Assez isolé sur le plan familial, mal considéré par une femme qu'il a sans doute malmenée lorsqu'il était alcoolique, il court le risque d'être de nouveau tenté par l'alcool et de se retrouver dans une situation où le sentiment dépressif, la souffrance devant une vie peu épanouissante et l'isolement affectif peuvent l'amener à commettre à nouveau des actes répréhensibles. Il est important pour cela de concevoir une stratégie éducative et sociale de sortie de détention, l'aspect éducatif étant dans le cas présent plus important que l'aspect sanitaire ou psychologique » (expert, D99).

En définitive, les conditions sociales de la réinsertion occupent une place très relative dans le processus d'évaluation des experts. Certes, tous retracent la biographie sociale, familiale et scolaire des condamnés dans leurs anamnèses, mais celle-ci sert le plus souvent une démonstration purement diagnostique, médicale et psychologique. Les ruptures affectives ou professionnelles, les violences subies dans l'enfance<sup>353</sup> ou encore les déviances scolaires ne sont plus alors que les signes annonciateurs d'un trait ou d'un trouble de personnalité et, dans les cas les plus graves, d'une véritable pathologie. Ce procédé argumentatif est particulièrement net lorsqu'il est question de « psychopathie », de « trouble de la personnalité antisociale » ou « dyssociale », dont il est plus que nécessaire d'interroger la « *sociologie implicite* »<sup>354</sup>. Selon le DSM, ce trouble est en effet « *aussi spécifié par des incapacités dans divers domaines (professionnel, relationnel, familial, sentimental, social, etc.). L'on observera, par l'absurde, que l'individu non affecté du trouble de personnalité antisociale est supposé avoir un emploi stable, s'engager durablement dans les liens du mariage, respecter les normes et les lois, avoir des projets concrets, ne pas avoir fait l'école buissonnière lorsqu'il était adolescent, etc. [...]. On voit très clairement la dé-contextualisation massive que produit et suppose cette somme de critères diagnostiques* »<sup>355</sup>. Le même constat prévaut au sujet des traumatismes subis dans l'enfance au sein de la famille, qui appuient le plus souvent l'analyse diagnostique mais aussi, dans quelques dossiers, le pronostic de risque. S'il « *apparaît clairement que la famille constitue la cause directe de toute une série de dysfonctionnements psychologiques dont certains conduiront les enfants à commettre des délits de différents ordres* » et qu'il existe « *de puissants mécanismes de transmission intergénérationnelle des dysfonctionnements familiaux criminogènes* », les recherches démontrent que ces processus affectent dans une large mesure les milieux défavorisés<sup>356</sup>. Les dysfonctionnements parentaux « *s'accompagnent très souvent de l'alcoolisme et de la dépression, deux éléments que les psychiatres appellent des « pathologies sociales », désignant par là le fait qu'ils sont directement liés aux conditions de vie socio-économiques des individus* »<sup>357</sup>.

<sup>353</sup> Sur les liens établis entre les violences sexuelles et non sexuelles subies dans l'enfance et la commission ultérieure d'infractions à caractère sexuel, v. notamment Glasser M., Kolvin I., Campbell D. et al., « Cycle of child sexual abuse: links between being a victim and becoming a perpetrator », *Br J Psychiatry*, 2001, n°179, 482-494 ; Lee J.K.P., Jackson H.J., Pattison P., Ward T., « Developmental risk factors for sexual offending », *Child Abuse Negl.*, 2002, vol. 26, n°1, 73-92 ; Dudeck M., Spitzer C., Stopsack M., Freyberger H.J., Barnow S., « Forensic inpatient male sexual offenders: the impact of personality disorder and childhood sexual abuse », *J Forensic Psychiatry Psychol*, 2007, 18(4), 494-506 ; Connolly M., Woollons R., « Childhood sexual experience and adult offending: an exploratory comparison of three criminal groups », *Child Abuse Rev.*, 2008, 17(2), 119-132 ; Reckdenwald A., Mancini C., Beauregard E., « The cycle of violence: examining the impact of maltreatment early in life on adult offending », *Violence Vict.*, 2013, 28(3), 466-482.

<sup>354</sup> Englebert J., Adam C., *op. cit.*

<sup>355</sup> *Ibid.*

<sup>356</sup> Mucchielli L., *Familles et délinquances. Un bilan pluridisciplinaire des recherches francophones et anglophones*, Guyancourt, CESDIP, 2000, 55.

<sup>357</sup> *Ibid.*

Rares sont les experts qui, à défaut de pouvoir les anticiper, envisagent ou en tout cas développent par écrit l'influence que pourraient avoir les conditions sociales d'existence des condamnés une fois libérés, indépendamment de toute interprétation médicale. Lorsque c'est le cas, c'est bien souvent pour soulever l'hypothèse d'une aggravation des troubles de la personnalité, des psychopathologies ou des addictions, le social étant de nouveau intégré dans une lecture psychologisante. Si les experts psychiatres et psychologues ne sont certes pas sociologues, cette « *psychiatisation de l'existence* »<sup>358</sup> médicalise des problèmes qui sont aussi politiques et sociaux. « *Psychiatriser revient ici à individualiser le trouble et à en dénier la dimension sociale et collective plus fondamentale* »<sup>359</sup>.

*« Ben, c'est surtout l'histoire du sujet. C'est pour ça que je commence toujours une expertise par la biographie. La biographie est très parlante sur la dangerosité, bien évidemment. On sait bien que les traumatismes de l'enfance préparent l'état psychopathique de l'adulte. Donc le fait que l'enfant avant un certain âge a assisté au conflit parental, à la séparation parentale et a ensuite été élevé dans une famille monoparentale. On sait très bien que cette perte des repères, cette... cette souffrance ressurgit malheureusement, avec une énergie mal dirigée, à l'âge adulte. Donc c'est certain que le manque de cadre aussi, pendant l'enfance, c'est-à-dire les petits délits. On voit bien que l'enfant a évolué dans un niveau de tolérance élevé, et bien évidemment, quand y a pas eu de cadre, eh bien la personne va pousser toujours un petit peu plus loin le bouchon pour essayer de trouver un cadre qui va finir par le rassurer. Et si c'est pas les parents, ce sera les maîtres, les professeurs, l'éducateur, police et ensuite justice. Ils iront jusqu'à se confronter à la justice, pour trouver un cadre, parce qu'ils l'auront pas trouvé avant. Y a ces éléments-là » (Psychiatre, expert).*

*[Est-ce que le fait pour l'auteur, d'avoir été lui-même victime dans l'enfance, de faits à caractère sexuel ou de violences, au-delà de la compréhension de son parcours, mais dans l'évaluation des risques de récidive, c'est un élément que potentiellement vous mobilisez ?] Ça va dépendre... alors oui, ça va dépendre de... des... ses séquelles traumatiques que j'ai trouvées de cette première agression, de lui en tant que victime. Si le trauma persiste, comme pour quelqu'un qui est traumatisé, mais le but ça va être toujours de comprendre quelque chose de ce trauma, donc de se remettre dans des situations, pour en attraper quelque chose. S'il y a encore une grande prégnance du trauma, je vais être prudente, oui. Donc ça peut justifier une évaluation. Bien sûr que ça peut jouer, on peut pas l'écarter... Comme ça peut ne pas jouer » (Psychologue, expert).*

*« C'est-à-dire que si on se centre essentiellement sur l'individu, s'il n'y a pas de patho, on va passer à côté de quelque chose, parce qu'on n'aura pas fait le lien avec la situation. Parce que le crime, c'est quand même la rencontre entre un sujet et une situation. Et cette partie analyse de la situation, je trouve qu'elle est pas assez... pas assez travaillée justement. [...] son environnement social [est] déterminant. Déterminant, absolument oui. Je vais regarder sur quel terreau s'est construite sa personnalité, donc l'environnement. Je vais repérer les événements de vie, pour le faire dévier... enfin, ou influencer sur ce développement. Je vais aussi beaucoup m'intéresser à... au rapport à l'autre de la personne et à son rapport à la loi en général. Essayer de repérer s'il y a des actions de vie précis. Alors avant, en dehors, j'aurais vu s'il y a de la patho ou pas bien sûr, mais ce sont vraiment les grands axes : l'environnement, le rapport à l'autre et le rapport à la loi » (Psychologue, expert).*

« S'il est certain qu'il ne présente pas de besoin lors de l'incarcération, le profil psychologique du sujet, l'isolement familial et les carences éducatives et affectives sont des facteurs pouvant favoriser une récidive ou la commission d'une nouvelle infraction. Donc sur le plan légal le risque de récidive n'est pas à exclure du fait du profil du sujet » (expert, D1).

« Le risque de récidive reste majeur au vu de l'importance des carences affectives, éducatives, du manque d'étayage familial, des antécédents légaux, le sujet ayant déjà été condamné par deux fois pour des faits d'agression sexuelle sur mineur de 15 ans dont l'une en état de récidive légale. Ce risque pourra cependant être atténué tant que le sujet continuera à s'engager dans un processus de soins, qui apporte un étayage nécessaire et important » (expert, D95).

Pour autant, leurs interlocuteurs judiciaires ne semblent pas tous réclamer de plus amples précisions expertales sur l'incidence de ces différents facteurs sociaux et environnementaux. Le psychique et le social se dissocient alors de nouveau, ces professionnels redessinant les frontières entre les deux champs d'investigation. Si certains jugent ces informations toujours utiles, des magistrats et des CPIP estiment disposer ou collecter eux-mêmes suffisamment d'informations sur la « *dimension sociale* » de l'affaire,

<sup>358</sup> Cartuyvels Y., « Transformations de la santé mentale : entre la science et le sujet », *op. cit.*

<sup>359</sup> Englebert J., Adam C., *op. cit.*

au travers des enquêtes de personnalité et de leurs propres évaluations. Les professionnels de la justice n'excluent évidemment pas l'incidence des conditions sociales sur le processus de construction psychique, mais les détails des experts sur le sujet leur paraissent parfois factuels, descriptifs, sinon superflus. Dans une logique d'accumulation plus que de confrontation et d'articulation des éléments de connaissance, l'expert se voit assigné au décryptage de la « dimension psychique », à partir d'un raisonnement qui n'est d'ailleurs pas indifférent à l'optimisation managériale des tâches de chacun.

*[Qu'est-ce que vous cherchez, quand vous lisez une expertise ? Quels sont les éléments vous, qui vous intéressent ?] Lorsque déjà l'expertise, elle reste pas dans le factuel. Lorsqu'il y a une analyse qui est faite et une hypothèse qui est émise. [...] On a quelquefois, des expertises qui sont très factuelles quoi. Très très factuelles. Et puis une analyse, une prise de hauteur sur le truc et puis je vous dis, des hypothèses émises, à la fois sur ce que ça peut être et à la fois sur ce qui pourrait être intéressant de travailler avec l'intéressé. Nous, on est très preneurs d'expertises qui diraient par exemple que la personne, ben euh, elle a un problème relationnel dans l'enfance avec son père et que aujourd'hui, son positionnement de père il le réinterroge au regard de ça. Y a quelque chose qu'on ne changera jamais, c'est si le père il l'a abandonné. Mais nous, on va savoir à la fois le sujet sur lequel il va pas trop falloir appuyer dans un premier temps et puis à la fois, le sujet sur lequel à un moment donné il va falloir qu'on aborde, parce que c'est là que se situe le nœud. C'est-à-dire que si le type on lui trouve... enfin on lui trouve... on co-construit un projet avec du boulot, de l'hébergement, des machins, du truc, c'est bien. Mais on sait bien qu'à un moment donné, y a ça. Et c'est ça qu'on recherche dans l'expertise. Je dirais, qu'on cherche pas des dimensions sociales, parce que les dimensions sociales, on considère, à tort ou à raison, qu'on a la capacité d'avoir cette évaluation, de dire, oui, l'intérêt qu'il y a à travailler. Ce qu'on recherche, c'est souvent de se dire par exemple, très caricatural mais, il avait un boulot, il avait un hébergement, il avait une famille. Il a commis un délit. Quelle est la mécanique, qu'est-ce qui fait qu'à un moment donné, il a commis ce délit ? [...] Moi j'ai vu des experts qui, effectivement c'était intéressant, qui disaient, voilà, pour revenir à ce que je disais tout à l'heure, il a la famille, le boulot et le logement. Et d'autres qui disent, c'est quelqu'un qui, s'il avait un boulot qui le valorisait, etc., y aurait possibilité à ce moment-là, qu'il ait pas besoin, par exemple près d'une femme, de se la jouer et donc de l'agresser si la femme le repousse. Parce qu'il aurait un renvoi sur l'image de soi qui serait positive. Aujourd'hui, il a rien de positif, donc la construction sociale de l'intéressé peut avoir effectivement cet impact sur ce type de personnalité et dans des expertises, on le voit. C'est des si, c'est des hypothèses, etc., et qui généralement, ne sont pas des injonctions, c'est-à-dire c'est pas, il faut que le type rebosse, etc. Et moi j'aime bien c'est si l'intéressé, puisque nous ça nous permet dans le cadre du suivi ensuite, de tester cette hypothèse et de travailler prioritairement sur le job et de se dire « qu'est-ce qui se passe. Là il a trouvé un job qui lui plaît bien, est-ce qu'il y a un changement ? Est-ce qu'il n'y a pas de changement ? ». Mais je pense que obligatoirement il doit y avoir cet élément-là et il faut pas aller plus loin que l'hypothèse » (CPIP).*

## **6- Les soins et le comportement en détention**

Pendant la détention provisoire comme durant l'exécution de la peine d'emprisonnement, les experts posent systématiquement des questions sur les soins engagés par le détenu et retranscrivent à ce sujet diverses observations dans leurs rapports<sup>360</sup>. Dans un dossier sur cinq (19,8%), les risques de récidive ont été précisément reliés (par au moins un expert) à l'existence ou au contraire à l'absence d'une demande, d'un engagement et/ou d'une adhésion aux soins proposés. Dans la moitié des cas (11,1% des dossiers), les experts déduisent de leur présence un amenuisement de la dangerosité. Au positionnement du condamné face à l'offre de soin, les experts ajoutent dans 20,8% des dossiers sa capacité à réfléchir sur ses troubles psychiques, en lien avec son niveau d'intelligence, à faire preuve d'introspection et d'autocritique. Dans 7,1% des dossiers, c'est l'absence de réflexion sur le passage à l'acte qui appuie le pronostic.

« Compte tenu de la nature des faits et d'un état de récidive, d'un trouble de l'orientation sexuelle, il existe un risque de récidive. Toutefois ce risque est amoindri car le sujet ne cherche pas à dissimuler son trouble, ni le minimiser. Il sollicite un traitement en ce sens. Il a aussi pris conscience qu'il ne devait plus consommer d'alcool » (expert, D6).

<sup>360</sup> V. également Saetta S., Sicot F., Renard T., « Les usages des expertises psy au procès d'assises et les définitions pratiques de la responsabilité », *Déviance et Société*, 2010, vol. 34, n° 4, 647-669.

« La dangerosité criminologique relevée lors des premières expertises subsiste, même si elle n'est pas immédiate. [...] Notre examen ne montre pas le sujet réellement engagé dans un travail de réflexion et d'analyse sur ses actes. De ce fait, une dangerosité potentielle subsiste en milieu libre et rend un suivi socio-judiciaire indispensable » (expert, D16).

« Nous n'avons pas réussi à savoir si le sujet a évoqué de près ou de loin les faits commis au cours de ces entretiens. Si ce n'est pas le cas, il y a vraisemblablement volonté relativement consciente de dissimulation. Ce fait participe à la reconnaissance d'une plus grande dangerosité du sujet, mais également d'une démarche dite thérapeutique mais davantage utilitaire qu'à visée curative. [...] Nous répondons qu'une réflexion doit s'engager pour ne pas laisser sortir le sujet de prison sans qu'il ait été mis en route un traitement pouvant concrètement fortement minimiser le risque de récidive dont le caractère de dangerosité nous paraît s'être aggravé courant 2003 » (expert n°1). « Nous nous trouvons là dans une situation de dangerosité certaine : avec une histoire de récidives ; sans analyse de ces récidives ; et des soins ne paraissant pas réellement investis dans l'analyse de ce qui favorise les faits reprochés. [...] Les données cliniques précédentes, le passé de répétitions de conduites délictueuses en matière sexuelle, l'absence de réflexion et d'analyse réelle de ce qui peut l'amener à de tels comportements font que la dangerosité persiste avec un risque de récidive égal à ce qu'il était précédemment » (expert n°2, D25).

« La consultation assez tardive d'un psychologue, l'absence de commentaires de sa part sur ces entretiens fait aussi envisager l'engagement "de surface" dans une telle démarche. En particulier il n'y a pas de reconnaissance de l'aspect pervers et pathologique de ses conduites sexuelles répétées. De ce fait, la dangerosité du sujet est toujours présente, avec risque de récidive » (expert, D30).

« En tenant compte de l'inscription durable de la personnalité de ce sujet dans un fonctionnement essentiellement pervers et de l'absence d'évolution dans une démarche critique et dans une recherche de compréhension de la psychodynamique des faits pour lesquels il a été condamné, on ne peut toujours pas écarter un risque avéré de récidive et une dangerosité s'il se retrouve en présence d'enfants ou d'adolescents de sexe féminin » (expert, D56).

« On peut dire que, même s'il a pu un temps présenter un profil psychopathique (Moi fragilisé par un « abandonnisme » et des blessures narcissiques successives ; Sur-Moi rigide et paradoxalement destructeur pour ce Moi trop fragile) cela semble être désormais du passé et que sa personnalité s'est « structurée » normalement , au fil de son incarcération, des possibilités qui lui ont été offertes de se former sur le plan professionnel, et aussi des entretiens psychologiques dont il a pu bénéficier au Centre de détention et qui, sans paraître thérapeutique *a priori*, l'ont finalement été. Je prendrai donc le risque de dire qu'il ne me paraît plus, à ce jour, dangereux » (expert, D82).

« Dans l'immédiat, le sujet ne présente pas un état dangereux. À moyen terme, l'état de dangerosité peut s'évaluer à travers la capacité d'autocritique. Le sujet exprime nettement une autocritique : il exprime plusieurs fois, et spontanément, ses regrets et son désir de comprendre comment il en est arrivé là. L'autocritique est partielle, car Mr a trouvé une seule explication concernant ses passages à l'acte : il s'agirait d'une cause "génétique", son père ayant eu les mêmes troubles du comportement. Cette analyse atténue la responsabilité du sujet, évoquant une cause extérieure à lui. À moyen terme, pour écarter toute dangerosité, il faudrait renforcer l'autocritique, en continuant la prise en charge psychiatrique. [...] Les arguments en faveur d'un risque de récidive sont : 1-Le sujet était passé à l'acte en 1978 puis entre 1999 et 2006, il avait donc récidivé ; 2-Le sujet, actuellement, n'a pas trouvé de cause expliquant ses passages à l'acte. Les arguments contre un risque de récidive sont : 1-Le sujet exprime clairement sa culpabilité et ses regrets ; 2-Le sujet est demandeur vis-à-vis d'un traitement. Il y aurait donc actuellement un risque de récidive. À moyen terme, pour écarter la récidive, il faudrait renforcer l'autocritique » (expert, D91).

« Le questionnement actuel quant à son équilibre psychique prouve qu'une prise de conscience a eu lieu et qu'un authentique désir de changement se fait jour. Sans vraiment pouvoir affirmer que ce travail psychothérapeutique entraînera une modification durable de son équilibre pulsionnel, le pronostic paraît cependant favorable. Cependant, on connaît le taux de récidive important chez ce type de personnalité et une injonction de soin dans le cadre d'un SSJ est parfaitement justifiée. Les traitements médicamenteux, malheureusement, dans ce cas, se sont montrés le plus souvent décevants » (Expert, D92).

« En effet, Mr ne fait pas l'impasse sur un éventuel risque de récidive pédophile motivé par l'existence d'antécédents. Il est davantage demandeur d'un soutien psychothérapeutique que d'un traitement médicamenteux et affirme qu'il s'y conformera même après son incarcération. Le risque de récidive, nous l'avons vu, n'est pas éliminé. [...] Le sujet n'élimine pas le risque de récidive, laquelle constitue en soi un danger, qui se trouve cependant atténué par la conscience de ce risque et l'intention affichée par le sujet de recourir à des soins appropriés » (expert, D95).

Ces critères d'évaluation, ou plutôt la manière dont les experts apprécient l'investissement dans le soin, ne sont pas toujours bien vécus par les thérapeutes exerçant en détention, non seulement parce que la force de cet engagement serait bien difficile à mesurer, mais aussi parce que les observations des experts seraient loin d'être dépourvues de jugements moraux, de jugements de valeurs.

*« La question du soin revient souvent chez l'expert, la question du soin au SMPR et l'engagement de ce point-là. Et les experts, quand ils nous appelaient comme ça, « Tu vois celui-là ? Il est dedans ? ». En fait, les meilleurs collègues, ils me posent pas cette question-là, parce que c'est très difficile de répondre à ça vraiment. D'être dedans vraiment. On est surpris de ça. Qu'est-ce que vous voulez.. [...] Et puis il y a la question aussi... mais je pense que certains experts... y a des gens qui sont vraiment dans le soin, dans la demande et puis ils se trouvent dans une situation difficile et ils peuvent être dans beaucoup moins de soins et beaucoup dans la potentialité de la récidive et vice versa. Vous avez des gens qui viennent et qui sont quand même... ils sont pas beaucoup dans le soin mais... pouvoir essayer de discerner ça parce que les experts qui sont uniquement sur l'évaluation... la question du soin.... » (Psychiatre SMPR).*

« C'est surtout du côté des formulations. Y en a certaines qui m'apparaissent... enfin, je sais pas quel terme employer, alors du jugement moral, sur des qualificatifs qui me semblent pas du champ lexical de la clinique quoi. C'est tout là-dessus. Je trouve ça... c'est gênant quoi » (Psychologue SMPR).

« C'est péjoratif de dire ça, mais sur des jugements moraux, des jugements de valeurs et sur des sortes d'évaluations du travail psychothérapeutique mais avec un caractère de jugement en fait, et c'est quand même un peu particulier. [...] Par exemple, sur des patients, euh... Les experts vont se prononcer parfois, si ils sentent que le patient est investi dans un travail. Des fois, ils ont des... des curseurs d'évaluation qui sont particuliers... enfin, pas forcément ceux que je vais percevoir et qui vont dire... j'en ai lu une y a pas longtemps, qu'est-ce qu'il a mis ? Il a mis oui « le suivi semble peu investi ». C'était autour du travail, autour des faits, que ça n'avancait pas, ou que ça n'était pas abordé ou pas abordé comme il faut. Enfin, c'était quelque chose comme ça » (Psychologue SMPR).

Au-delà de l'engagement de soins, certains experts s'appuient sur l'ensemble du comportement durant l'exécution de la peine, notamment le respect de la discipline, du personnel et des codétenus en détention, des horaires et des obligations ou interdictions en cas de permissions de sortir ou d'aménagements de peine, sur l'existence de démarches tournées vers la réinsertion sociale à la sortie. Il s'agit plus globalement d'identifier si le condamné a évolué positivement depuis la découverte des faits ou le jugement, plus particulièrement dans son rapport aux normes sociales.

« Je prends plus en compte plutôt les libérations sur parole. C'est-à-dire, comment les permissions se sont passées. Donc, il a su ou il a pas su tenir parole, c'est-à-dire revenir dans les temps, se comporter correctement lorsqu'il a été libéré à l'essai quoi. Donc ça, c'est beaucoup plus instructif déjà, la capacité de savoir reconstruire un projet de vie, alors qu'il est en incarcération c'est-à-dire avec le SMPR parce que le projet de soins, ça fait partie du projet de vie hein. Le projet social, avec l'assistante sociale, les personnes qui l'entourent avec son avocat, la justice, etc. Est-ce qu'il sort avec un projet de travail, un projet de vie ? Et quand il a une libération conditionnelle, est-ce que ça roule, c'est-à-dire que tout ce qui est attendu il le fait. Il dit ce qu'il fait, il fait ce qu'il dit. Il est fiable. Cette fiabilité, lors de l'incarcération, avec cette capacité de se projeter dans quelque chose de réalisable, de pragmatique, pas quelque chose de fumeux ou trop ambitieux pour lui, et quelque chose qui tient la route, ça, c'est des éléments qui rassurent » (Psychiatre, expert).

« Je pense que oui, c'est en fonction aussi des personnalités où ils [les experts] mettent ces risques de dangerosité. Risque de récidive, je pense aussi par rapport à la situation générale de l'individu. C'est-à-dire que si on se rend compte que sa situation n'a pas changé d'un iota, par rapport au moment où il a commis les faits, le moment où il est jugé et le moment où il doit ressortir, là, si c'est la même à t-10 ans et maintenant, là, la récidive, on se dit, il a pas fait de travail sur lui. Il se retrouve dans la même situation que quand il a commis les faits, là c'est clair que la récidive, il vaut peut-être mieux mettre récidive » (CPIP).

## **7- La reconnaissance des faits, les sentiments de culpabilité et d'empathie envers la victime**

Une fois encore, il n'est pas évident d'identifier l'incidence de la reconnaissance des faits et de l'éprouvé du condamné face à ceux-ci et aux victimes. Il en est presque systématiquement question dans les expertises, mais ces éléments d'appréciation servent autant, sinon davantage, l'analyse diagnostique que la seule évaluation des risques. Au sujet de la personnalité antisociale, le DSM évoque ainsi « l'absence de remords, indiquée par le fait d'être indifférent ou de se justifier après avoir blessé, maltraité ou volé autrui ». Parmi les symptômes de la psychopathie, l'échelle de Hare (Hare Psychopathy Checklist-Revised, PCL-R) recense quant à elle la « carence de remords ou de culpabilité », une « insensibilité » ou « carence d'empathie », l'« incapacité d'accepter la responsabilité de ses actions ». « Ce qui est demandé au clinicien est d'observer l'attitude morale du sujet en rapport à ce délit qu'il ne peut qu'avoir commis »<sup>361</sup>. Autre exemple, le trouble de la personnalité narcissique est également relié dans le DSM à un manque d'empathie, caractérisant des personnes peu disposées à reconnaître les sentiments et les besoins d'autrui. Il n'est dès lors pas étonnant de retrouver dans la très grande majorité des expertises des observations sur le sujet. Dans l'ensemble de notre échantillon d'expertises (225), le rédacteur ne se

<sup>361</sup> Englebert J., Adam C., *op. cit.*

prononce pas sur ce point une fois sur dix seulement (11,1%), dans des proportions similaires en amont et en aval du jugement.

Dans plus d'un tiers des dossiers comprenant des expertises (37,5%), un ou plusieurs experts ont explicitement appuyé leur évaluation du risque sur des arguments en lien avec le ressenti de l'auteur quant aux faits, ses réactions face à la sanction judiciaire, les réflexions engagées par celui-ci sur le passage à l'acte et sur les souffrances des victimes. À l'occasion de nos entretiens, ce critère fut le plus spontanément relevé par les différents professionnels lorsque nous les interrogeons sur les pratiques évaluatives des experts.

*« [Est-ce que vous arrivez à voir sur quels éléments les experts se fondent pour évaluer la dangerosité ?] Oui, ben, l'histoire du déni par exemple. Ça c'est évident, quelqu'un qui est dans le déni, qui a pas voulu répondre à leurs questions, qui est resté hyper fermé, ils vont dire qu'il y a un risque de récidive très avéré, parce qu'il n'y a pas reconnaissance des faits. C'est lié aussi au déni mais aussi le statut de laisser sa place à la victime. Quelqu'un qui... pour lui, y a pas de victime, ou c'est lui-même la victime de... » (CPIP).*

*« [Mais vous pensez que ça, c'est quand même un élément ? Comment ils se positionnent sur les faits ? Ou alors, est-ce qu'ils ont de l'empathie envers la victime ?] Ça, c'est très important. C'est des éléments qu'ils essaient d'apprécier le plus finement possible. Quelqu'un qui est dans l'empathie, ou pas dans l'empathie, dans le regret, dans la culpabilité ou au contraire, qui se positionne en victime. Ça c'est des facteurs, oui, oui, très importants, pour dire... Alors, soit pour dire, il reconnaît les faits mais c'est pareil, c'est peut-être utilitaire et c'est pour les besoins de la cause. Ou au contraire, il est dans le déni, aucune empathie pour la victime, donc pas d'élément favorable qui pourrait venir atténuer le risque de passage à l'acte. Et ça, ça majore le risque de récidive et de dangerosité » (Magistrat du siège).*

*« [Les experts] vont évaluer aussi le positionnement par rapport aux faits. Ça, c'est à mi-chemin on va dire entre leur partie et notre partie, qui est purement pénale, le parcours pénal euh... et puis parfois, interviennent également les circonstances de vie d'une manière générale. Donc ça, effectivement, on est plutôt dans le social, l'éducatif, etc. Moi j'ai le sentiment, quand je vois comment ils argumentent la question de la dangerosité, que ils évaluent un petit peu tous ces critères-là. C'est pas toujours forcément très explicité. Et puis bien évidemment, ils vont prendre en compte la nature des faits » (JAP).*

*« Ils l'utilisent, parce qu'ils sont dans un... c'est un expert judiciaire, donc quelque part, ils sont sans doute aspirés par l'idée judiciaire de, est-ce qu'il reconnaît les faits ou non. Après... Il rejuge l'affaire en fait ? Je ne pense pas qu'il rejuge l'affaire, je pense effectivement, qu'il s'intéresse de savoir. Après, ce qui est important, ce n'est pas tellement qu'il s'intéresse au fait de savoir si le type reconnaît, comme je le disais tout à l'heure, ou ne le reconnaît pas. Pour un expert, il faut comprendre qu'il s'intéresse à savoir « mais vous pensez être coupable ou ne pas l'être ? Vous avez fait ou vous avez pas fait ? Après, c'est l'interprétation, c'est-à-dire qu'est-ce qu'il a fait comme interprétation ? Est-ce qu'il dit ça pour se débarrasser ? Est-ce qu'il y croit ? Est-ce qu'il y croit pas ? Est-ce que, s'il est, entre guillemets, le salopard qui a fait ce qu'on lui reproche d'avoir fait, est-ce qu'il va pas s'accrocher dans sa cellule ensuite ? Est-ce que... etc. C'est ça qui est intéressant. C'est pas le fait de savoir si... Il va l'aborder et nous on l'aborde aussi. Moi, souvent je le dis, en particulier aux stagiaires. Je dis, nous, il faut l'aborder, il faut passer à l'acte, parce que s'il est là, c'est qu'il a commis un acte et qu'il a été condamné. Mais l'intérêt, c'est effectivement de savoir et je pense que l'expert il est plus dans ce registre-là que le juge d'instruction. Une mauvaise expertise serait de dire par exemple – j'en ai eu – « il nie les faits alors que tout l'accuse ». On s'en fout, c'est pas son problème à lui, que tout l'accuse hein. Il nie les faits. Donc le fait qu'il aborde, le type il nie ou il nie pas, moi ça me choque pas dans une expertise. J'attends derrière quoi. [...] C'est ce qu'il en fait dans la présentation psychologique de l'intéressé. Qu'est-ce qu'il en fait ? À quoi il le raccroche ? [...] C'est très... l'élément central qu'on retrouve, c'est la place de la victime et la place de l'autre. C'est-à-dire, est-ce que l'autre existe ? Est-ce qu'il y a un peu d'empathie avec la victime ? Voilà, parce que c'est l'élément central qui revient. Après, il y a la structuration psychologique de l'intéressé, y a son parcours passé, son éducation par où il est passé, etc. Le cas échéant ses pathologies, mais je pense que ce qui est central dans l'expertise, c'est effectivement la prise de conscience, par l'intéressé, de l'autre, de l'existence de l'autre dans son environnement. Parfois, ça veut pas dire forcément qu'il va le respecter pour autant, mais il le prend en compte. Il va peut-être lui taper dessus pour lui piquer son portefeuille, mais il prend en compte qu'il existe et à un moment donné, il a de l'empathie pour lui » (CPIP).*

« [Qu'est-ce qu'ils mobilisent comme éléments, pour dire « untel est dangereux » ou y a des risques de récidive ?] Je dirais la question du déni aussi, beaucoup. Dans les critères, la question du déni elle ressort souvent. La capacité critique, la capacité d'avoir mis au travail leur vie, mais aussi les faits. Comment ils vont se positionner par rapport à la victime. Également ça on retrouve, mais c'est assez proche finalement. Ça part de leur déni aussi, de l'altérité, quand ils vont parler, se mettre à parler de la victime. C'est vrai que c'est difficile de dégager des critères objectifs comme ça » (Psychologue, SMPR).

« Je pense que du côté des experts, ça a une certaine importance. [...]. Oui, je pense que ce sont des arguments cliniques qui sont importants, l'empathie, l'absence de déni, quelque chose qui fait en tout cas, qu'il n'y a pas un déni massif, mais pas que » (Psychiatre, SMPR).

Le discours du condamné sur la réalité des faits et leur gravité (déni, reconnaissance partielle ou totale, tendance à les minimiser ou à se déresponsabiliser, etc.) fonde effectivement le pronostic dans 15,6% des dossiers, l'éprouvé ou non d'un sentiment de culpabilité dans 22,2% des cas, l'empathie envers la victime dans 4,2% des cas. Une fois sur six (16,7%), c'est l'insuffisance perçue des affects (sentiment de culpabilité, d'empathie envers la victime) qui justifie la reconnaissance d'une dangerosité ou de risques de récidive.

En amont du jugement, les premiers experts saisis ont plus souvent écarté tout risque ou l'ont qualifié de faible en cas de reconnaissance totale (17,1% des cas, contre 0% dans les autres cas). La moitié a été jugée à risque (48,6%), contre 59,1% de ceux qui reconnaissaient partiellement, 85,7% de ceux qui niaient. En aval du jugement, les premiers experts saisis ont également produit des évaluations plus défavorables au sujet de ceux qui se sont maintenus dans une négation des faits. 71,4% ont été considérés à risque (autre que faible), contre 55,6% en cas de reconnaissance partielle et 57,8% en cas de reconnaissance totale.

« Mais on peut craindre que ce sujet quelque peu immature, satisfait, aboulique, velléitaire, ayant maintenant tendance à banaliser, minimiser, mais aussi à vouloir occulter ce pourquoi il a été condamné ne se laisse à nouveau emporter dans une nouvelle relation sentimentale et amoureuse qu'il a déjà débutée sans regard critique et prudent, sans s'astreindre à une certaine distance, persuadé qu'il évitera là maintenant l'écueil de la jalousie et de la possession avec des risques d'alcoolisation. Or, tous ces éléments et mécanismes psychiques restent profondément ancrés dans le fonctionnement de sa personnalité et peuvent réapparaître à la moindre frustration rencontrée dans sa nouvelle vie de couple. En tenant compte de ces aspects il faut considérer qu'il présente toujours une dangerosité et que le risque de récidive paraît avéré justifiant le prononcé d'une mesure de surveillance judiciaire.» (expert D9).

« Le sujet ne présente pas de pathologie psychiatrique réputée dangereuse. Cependant, d'autres éléments sont plus inquiétants par rapport au risque de récidive : le discours général du sujet qui apparaît parfois peu authentique et interroge quant à la véracité des propos relatifs à son parcours biographique et aux agressions sexuelles précédentes ; les actes déviants précédents pour lesquels il a été condamné sont purement et simplement déniés ; il en de même pour les faits qui lui sont actuellement reprochés. Si les faits devaient être avérés, les risques de récidive nous paraissent importants » (expert, D18).

« Sur un long terme, tant qu'il n'y a pas de reconnaissance de la souffrance des victimes, il est impossible d'éliminer un risque de récidive » (Expert n°1). « L'élément fort en matière de dangerosité éventuelle réside dans le fait que, manifestement, il n'existe aucune réflexion sur ce qui a pu l'amener à des actes pédophiliques répétés sur une certaine durée, là encore sans élément de culpabilité patent » (expert n°2, D30).

« Si les faits étaient établis dans leur entière matérialité, le sujet ferait montre d'une certaine dangerosité, eu égard notamment à la tendance projective et à la faible expression spontanée d'un sentiment de culpabilité » (expert n°1). « Ainsi par rapport aux faits le sujet se positionne de façon ambiguë ne les reconnaissant que partiellement et avec réticence mettant en avant son alcoolisation et n'exprimant aucun remord, aucun sentiment de honte ou de culpabilité, aucune empathie pour la victime [...] Par rapport aux faits, il met en avant le rôle de l'alcool et a tendance à projeter sur les victimes la responsabilité de la survenue des faits. Il n'exprime aucun remord, aucun sentiment de honte ou de culpabilité ni aucune empathie pour les victimes. [...] Le sujet ne présente pas de facteur psychiatrique de dangerosité, mais ses caractéristiques de personnalité et son positionnement par rapport aux faits représentent une dangerosité potentielle indiscutable surtout après alcoolisation avec un risque de récidive qui paraît avéré justifiant le prononcé d'une mesure de surveillance judiciaire » (expert n°2, D42).

« Si perversion-perversité il y a chez lui, il conserve une forte dangerosité dans la mesure où son seul souci est alors de berner ses interlocuteurs et de tout faire pour laisser croire à son innocence. [...] s'il est effectivement coupable, sa dangerosité reste importante dans la mesure où il s'enferme dans une négation des faits inquiétante ; particularité qui signe chez lui l'existence d'une structure perverse de la personnalité. Cela justifierait alors qu'il fasse l'objet d'une mesure de surveillance judiciaire prévue par l'article 723-29 CPP » (expert n°1). « En ne considérant que la réalité de la condamnation, et l'examen des faits, toujours autant vigoureusement déniés, le risque de récidive est forcément non négligeable. Il peut être considéré comme avéré avec un recours au prononcé d'une mesure de surveillance judiciaire justifiée » (expert n°2, D46).

« À la question "le sujet présente-t-il des risques de récidives ?", Oui, car outre le fait qu'il n'a entamé que très récemment une réflexion sur lui-même, il n'évoque jamais le moindre regret vis-à-vis de son ex-compagne ou des gendarmes agressés. Il ne paraît donc pas encore accessible au sentiment de culpabilité qui permet normalement une bonne régulation des comportements

hétéro-agressifs. Il ne semble pas qu'il a essayé de réparer d'une façon ou d'une autre les torts causés aux uns et aux autres » (expert, D57).

« Dans le cas où les faits sont avérés, le sujet continue de présenter une réelle dangerosité ne serait-ce que parce qu'il s'enferme dans un déni inquiétant de la réalité et une non-reconnaissance de sa culpabilité » (expert, D63).

« Il ne peut être aujourd'hui dédouané de toute dangerosité [...] Même si le fait d'aller sur internet pour visionner des sites pédopornographiques n'est, dans l'absolu, dangereux pour personne (sinon pour un sujet comme lui pour lequel ce type de document ne peut que contrecarrer le travail de désimprégnation psychique entrepris avec son psychiatre ; sinon les adolescentes photographiées et qui n'ont sans doute pas eu le mot à dire à ce sujet...), les positions de déni dans lesquelles il semble encore aujourd'hui s'enfermer ne sont pas de bon augure. Il existe aujourd'hui chez lui une dangerosité qu'on définira comme "potentielle" et qu'il convient de prendre en compte » (expert, D77).

« Dans le cadre d'une permission, il n'est pas susceptible de présenter une dangerosité particulière. Sur un long terme, tant qu'il n'y a pas de reconnaissance de la souffrance des victimes, il est impossible d'éliminer un risque de récurrence » (expert, D30).

Si les faits sont établis dans leur matérialité pourrait être évoqué un certain état dangereux, eu égard au manque d'expression d'un sentiment de culpabilité et d'empathie à l'égard de la victime » (expert, D82).

En amont du jugement, si les experts sont généralement prudents dans le choix des formulations lorsque l'auteur nie, conditionnant leur évaluation à la véracité des faits pour ne pas heurter la présomption d'innocence, certaines expertises laissent toutefois dubitatifs. C'est par exemple le cas lorsque, face à un prévenu s'estimant « victime d'une erreur judiciaire », l'expert indique dans le même temps qu'il « n'exprime aucun regret, aucune compassion à l'égard des éventuelles victimes » (expert, D41). Comment un individu s'affirmant innocent et présumé tel pourrait-il raisonnablement afficher regrets et compassion ? L'expression de remords, mais aussi les manifestations de honte, sont à l'inverse identifiées comme des « facteurs de protection » dans 7,3% des dossiers. Ces ressentis atténueraient la potentialité d'un nouveau passage à l'acte, si tant est que l'expert les perçoive comme sincères. Un pronostic défavorable découle au contraire inévitablement d'une impression d'inauthenticité.

« Dans l'immédiat, le sujet ne présente pas un état dangereux. À moyen terme, l'état de dangerosité peut s'évaluer à travers la capacité d'autocritique. Le sujet exprime nettement une autocritique : il exprime plusieurs fois, et spontanément, ses regrets et son désir de comprendre comment il en est arrivé là. L'autocritique est partielle, car Mr a trouvé une seule explication concernant ses passages à l'acte : il s'agirait d'une cause "génétique", son père ayant eu les mêmes troubles du comportement. Cette analyse atténue la responsabilité du sujet, évoquant une cause extérieure à lui. À moyen terme, pour écarter toute dangerosité, il faudrait renforcer l'autocritique, en continuant la prise en charge psychiatrique. [...] Les arguments en faveur d'un risque de récurrence sont : 1-le sujet était passé à l'acte en 1978 puis entre 1999 et 2006, il avait donc récidivé ; 2-le sujet, actuellement, n'a pas trouvé de cause expliquant ses passages à l'acte. Les arguments contre un risque de récurrence sont : 1-Le sujet exprime clairement sa culpabilité et ses regrets ; 2-le sujet est demandeur vis-à-vis d'un traitement. Il y aurait donc actuellement un risque de récurrence. À moyen terme, pour écarter la récurrence, il faudrait renforcer l'autocritique (expert, D91).

« Malgré la composante perverse dont il est porteur, le sentiment de culpabilité qu'il exprime et la capacité qu'il a à se reconnaître inscrit dans un mode de réalisation sexuelle déviante paraissent constituer des éléments favorables du pronostic à long terme, ce qui ne veut pas dire qu'il soit à l'abri de récidiver dans ses agissements sexuels pervers » (expert, D92).

« En définitive, trois éléments vont jouer dans l'abaissement de ce risque : la confrontation avec la justice avec l'effet dissuasif qu'elle exerce vis-à-vis d'une éventuelle récurrence ; la honte ressentie par le sujet lorsque les faits ont été révélés et qu'il a dû affronter le regard d'autrui ; la baisse de la libido liée à l'âge. [...] Nous ne pouvons pas écarter totalement la notion de dangerosité en milieu libre mais la crainte de la justice, les capacités du sujet à s'interroger sur lui-même et la baisse de la libido liée à l'âge nous paraissent constituer des éléments qui permettent de considérer que le risque de récurrence n'est pas extrêmement élevé » (expert, D45).

Alors que le positionnement des condamnés vis-à-vis des faits et des victimes intervient près de quatre fois sur dix parmi les critères d'évaluation explicitement retenus par les experts, tous ceux que nous avons interrogés, comme d'ailleurs les agents de probation, les magistrats et les soignants, se sont dits prudents quant à l'interprétation de leur discours, des expressions verbales et comportementales de leurs tourments. Ils insistent sur le poids des enjeux judiciaires, les condamnés n'ignorant rien de la force des expertises dans le processus pénal. Certains présenteraient des remords « de façade », « ambigus », témoignant d'une prise en compte artificielle des souffrances des victimes. Même les praticiens les plus aguerris pourraient s'y laisser prendre.

*« [La reconnaissance des faits, c'est quelque chose qui rentre en ligne de compte dans votre évaluation des risques ?] Alors non. Chez les magistrats oui. Chez moi non, parce que euh... la personne peut très bien... enfin, elle peut très bien reconnaître les faits pour... finalement... ça peut être une instrumentalisation de... de la personne expertisée. [Vous voulez dire qu'elle va reconnaître, mais qu'au fond, psychiquement, elle n'est pas dans la reconnaissance des faits ?] Oui. [Donc c'est un discours de façade ?] Voilà, comme des remords qui sont exprimés. [Comment vous essayez de voir, si c'est des remords de façade ou une*

*reconnaissance des faits de façade ?] Oui, ben y a... Alors ça, c'est pareil, c'est l'expérience qui me l'a... qui me l'a fait découvrir. Dans des remords factices, il y a toujours une petite phrase, qui vient venir mettre à bas tout ce qu'il a dit. J'ai remarqué ça, parce que c'est très étonnant : tout se tient et puis y a un truc qui échappe et qui fait que... » (Psychologue, expert).*

« L'expert a cependant quelques difficultés à adhérer pleinement aux paroles de repentir que prononce M, surtout lorsqu'il dit que les choses ont changé en lui, qu'il perçoit maintenant la souffrance des enfants et qu'il ne veut surtout pas recommencer » (expert, D55).

L'expert note « un positionnement assez flou, le sujet ayant une façon de formuler les choses de telle sorte qu'il n'est ni dans la reconnaissance, ni dans le déni des faits, restant dans un entre-deux nébuleux et indistinct » (expert, D18).

« Interrogé sur les conséquences psychologiques des faits sur les victimes, le sujet répond : "À mon avis oui. Parce que moi j'en ai maintenant. J'ai du remord. Si moi j'ai mal, elles doivent avoir extrêmement mal. Cette fois, c'est par sa personne qu'il aborde principalement l'aspect victimologique des faits, se présentant comme point de repère afin d'apprécier secondairement les séquelles possibles de ses victimes. Ce mécanisme de projection relève d'une certaine perversion. [...] Il est à noter que le sujet cherche ainsi à faire porter une partie de la responsabilité des deux viols sur la personne de la seconde victime, ... : "le déclic de ces viols a été de voir ... pratiquement tous les jours, nue dans sa chambre lorsque j'allais relever". Il existe de plus une position victimologique particulière, le sujet référant à sa propre situation pour apprécier les conséquences de ses actes pour ses victimes, ainsi qu'une culpabilité exprimée sur un mode peu authentique » (expert n°1). « "Quand je pense à ces pauvres victimes, je me dis qu'elles doivent être vraiment traumatisées, choquées, effrayées..." a-t-il repris, avant de nous faire remarquer : "Bon il n'y a pas eu d'acte violent - je ne leur ai pas fait mal, je ne les ai pas tapées - mais c'est sûr que c'est traumatisant... Déjà au niveau pudeur, violation de leur corps, et puis même, j'imagine qu'elles doivent maintenant se réveiller la nuit en se demandant s'il ne va pas leur arriver quelque chose...". Et de souligner : "Enfin je les plains, et le pire, c'est qu'on ne peut pas réparer. Il n'y a que le temps qui peut les aider, et encore, je pense qu'elles vont être traumatisées à vie ces filles-là..." [...] Il convient de souligner que les regrets qu'il exprime posent question. Malgré ses explications, nous ne sommes effectivement pas convaincu qu'il mesure la gravité de ses actes et le préjudice subi par les victimes » (expert n°2, D16).

« Il dira, d'un air pénétré, "regretter profondément ce qu'il a fait, penser à la victime dont la vie est foutue, à ses parents qui ont dû assister au procès, etc." [...] Rien ne prouve qu'il soit sincère quand il dit regretter amèrement ce qu'il a fait ; il donne plutôt l'impression de réciter une leçon apprise par cœur dans le seul but de faire bonne impression » (expert, D28).

« "Maintenant je me rends compte de ce que j'ai fait. Je voudrais que la victime aille bien". On ne décèle pas véritablement de socialisation ou de culpabilisation, ou de prise de conscience de la gravité de ce qui lui est reproché. Certes, il exprime des regrets (dans le cadre d'une certaine forme de mimétisme social), mais ces regrets ne revêtent guère d'aspect authentique puisque selon ce qu'il mentionne, ce qui le fait aujourd'hui le plus souffrir (parce que c'est dur tout ça) est d'avoir à se rendre à de nombreux RDV » (expert, D78).

« Il évoque son comportement transgressif à l'encontre de ses deux filles sur un ton qui reste dépourvu d'affects, d'émotion, voire de culpabilité. La façon dont il formule avec une certaine sincérité mais aussi avec convenance quelques regrets affichés, témoigne toujours de sa difficulté à concevoir le vécu et la souffrance de ses filles en réaction à de tels actes » (experts, D84).

« Tout au long de ces récits, Mr... affiche une grande souffrance et mime l'accablement. L'une et l'autre paraissent inauthentiques » (expert, D92).

D'autres ou les mêmes peuvent en effet parfaitement reconnaître les faits sans pour autant éprouver de la culpabilité ou concevoir la souffrance des victimes. En effet, dans les dossiers de notre échantillon, la moitié de ceux qui reconnaissent totalement les faits n'éprouvaient pas ou peu, selon les experts, d'empathie envers la victime (52,6%) et/ou de sentiment de culpabilité (55,3%). Quatre sur dix avaient tendance à minimiser ou à banaliser les faits (39,5%), 36,8% à « se déresponsabiliser », 7,9% à « se positionner en victime ». Une empathie pour la victime apparaît au contraire pour seulement 21,1% d'entre eux, 23,7% éprouvant alternativement ou cumulativement un sentiment de culpabilité, 15,8% un sentiment de honte.

*« [Et la question de la reconnaissance des faits, ça revient aussi souvent ou... ?] Oui, oui. Alors, je pense que ça mériterait une... les meilleurs experts, je pense que c'est... meilleurs... ceux qui me semblent être, c'est ceux qui ne mettent pas tous les œufs dans le même panier, en tout cas concernant la reconnaissance des faits. [Qu'est-ce que vous entendez par... ?] Parce que... C'est la question de la clinique. C'est pas parce qu'on reconnaît les faits qu'on est dans... et qu'on semble se morfondre de l'avoir commis que il ne va pas réciter. L'impression intersubjective de savoir si schématiquement, la personne, en disant ça, en jout ou est vraiment dans la flagellation de la culpabilité, c'est quand même important. Le nombre de gens qu'on a vu... ça, c'est une éthique importante. Parce que c'est tout l'un ou tout l'autre. Ceux qui reconnaissent les faits, sans avoir vraiment..., c'est vraiment et l'inverse bien sûr. [De la même manière, on retrouve aussi souvent, des arguments autour de l'empathie pour la victime. Ça aussi, ça vous semble un élément d'évaluation pertinent ?] Oui, oui. Je pense que ça... que la victime soit sujet (rire)... mais qui n'est pas facile à évaluer. Ça c'est redoutable pour un expert, parce que le clinicien que je suis, des fois, on a des surprises de gens qu'on suit très longtemps et dont on pense qu'ils ont... et la victime est un sujet,*

*l'empathie existe. Et puis à un moment donné, y a un petit mot et on se dit « mais bon sang... y a rien ». C'est à mon avis, un élément important mais qui est très difficile à évaluer [...] Je vous dis ceci, à mon avis, reconnaissance des faits et altérité... empathie altérité parce que des fois, les gens ont un mal fou à reconnaître les faits, ou ne peuvent pas reconnaître les faits publiquement, parce que justement ils ont un niveau d'empathie et de radicalité impossible. À l'inverse d'autres reconnaissent les faits parce que de toute façon (rire) « moi vous savez, je l'ai violée, comme si j'avais cassé... ». Donc c'est une dialectique très compliquée mais c'est peut-être l'enjeu... en tout cas pour partie... Pour une grande partie des AVS c'est cet enjeu-là, d'évaluer ça. Et moi, je me précipite pas sur la reconnaissance des faits comme... c'est pas... » (Psychiatre, SMPR).*

*« Je vais vous répondre un peu par la négative. C'est-à-dire que quelqu'un qui ne reconnaît absolument pas les faits, qui n'en a rien à péter de ce qu'est devenue la victime ou de ce que ça a occasionné, là on peut dire « attention, ce mec-là, il va recommencer, c'est sûr ». Et ça, c'est un critère de dangerosité important et en tout cas, de non-intégration, de non de culpabilité. Maintenant, quelqu'un qui dit « c'est vrai qu'elle a pas eu de bol, j'aurais pas dû faire ça ». « Oui, et l'empathie, qu'est-ce que vous croyez qu'elle a ressenti vis-à-vis de vous ? » « Oh ben, je serais à sa place... ». Quand il commence à faire ça, effectivement, on peut se dire, y a une ébauche de travail, mais il faut vraiment que ça soit redit, redit, redit. Pas une fois (rire), pas une fois. Parce que celui qui arrive « oh la la, elle a vraiment pas eu de bol » comme « ce soir, je vais manger quoi ? », quoi. Voyez ce que je veux dire ? Oui, ce sont des critères importants à retenir » (Psychiatre, médecin coordonnateur).*

*« Y a le registre aussi sur lequel l'intéressé nie les faits, c'est-à-dire qu'il peut... il y a le factuel « j'ai pas fait ça » et tout, et puis il y a aussi... dans les quelques expertises, y a des choses qui disparaissent comme ça, où la différence n'est pas forcément faite. C'est l'interprétation qu'on a donnée aux faits qu'il conteste. Il y a est-ce qu'il nie ou ne nie pas, l'interprétation que l'on en fait et le quantum de la peine prononcée. Parce que parfois, certains, c'est pas les faits... ils nient pas, ils considèrent qu'ils ont été condamnés trop durement pour ce qu'ils ont fait, ce qui parfois, mal interprété, peut dire « je n'aurais pas dû être condamné. Non, j'aurais pas dû être condamné à cette peine-là ». Et c'est trois niveaux qu'il faut ressortir, parce qu'effectivement, quelqu'un qui dit « je trouve que j'ai été condamné durement », déjà c'est que quelque part, c'est bon, c'est qu'il a reconnu qu'il avait fait quelque chose qu'on ne doit pas faire. Donc c'est pas la même chose quoi. Donc c'est ces trois niveaux qu'il faut repérer. Et ce décodage-là, il est pas évident. Pour faire un aparté, c'est ce que le DAVC qu'on voulait vendre à l'Administration pénitentiaire, on n'en revenait pas, parce qu'il y avait une question qui était « reconnaît-il les faits ET accepte-t-il la peine ? ». Ben non, c'est deux questions mon grand. Reconnaît-il les faits, accepte-t-il la peine, parce que pour reconnaître les faits, il trouvait qu'on avait été un petit peu assaisonné quand même. Dans l'expertise effectivement, c'est ça aussi qu'il faut retrouver. C'est aller plus loin que ça. Parce que celui qui discrimine pas ça... [...] Parce qu'on a aussi ce type de personnes, qui entre le fait de dire « j'ai été trop durement condamné », progressivement on en vient à « j'étais innocent » quoi. C'est pas la même chose, c'est pas la même chose » (CPIP).*

D'autres affichent au contraire une totale négation des faits, mais pour des raisons qui tiennent principalement à leur volonté de sauvegarder leur estime d'eux-mêmes, de ne pas perdre la face vis-à-vis de leur famille ou de leurs proches, pour ne pas « s'effondrer » comme l'ont répété plusieurs professionnels.

*« [Est-ce que la reconnaissance des faits, c'est quelque chose que vous prenez en compte ans cette évaluation-là ? S'il a de l'empathie envers la victime. C'est des choses qui vous semblent... ?] Hmm, non. [...] Qu'il reconnaît que partiellement les faits, moi c'est pas un critère. C'est pas un critère, parce que on sait très bien que dans les couloirs de la mort, avec les progrès de la génétique, on a vu qu'il y avait 10 à 15% de gens innocents dans les couloirs de la mort. Donc la justice n'est pas infaillible. Parfois, la personne qui est condamnée, ça peut arriver qu'elle soit parfaitement innocente. C'est rare, mais ça arrive, donc ça peut pas être un critère. Et puis aussi les fois où les risques étaient rapportés dans l'enquête et caricatural de son comportement et que la personne puisse protester contre la caricature qui a été fait de ses faits et gestes eh bien pour moi, c'est un signe de bonne santé. Il est quand même capable de pouvoir, finalement, défendre son estime de soi. On est bien dans l'estime de soi, de dire que le tableau n'est pas aussi noir qu'on a bien voulu le brosse et que finalement, c'est indicateur qu'il a conservé une certaine estime de lui à défendre, à investir. C'est une certaine valeur humaine qui est plutôt de bonne augure sur comment il va utiliser son énergie à l'avenir. Cette énergie, est-ce qu'il va l'utiliser nocivement vers les autres ou positivement pour son projet de vie ? Ça prouve qu'il y a de l'énergie et qu'il n'y a pas un écroulement narcissique, un écroulement narcissique sous les faits qui lui ont été reprochés et sous une*

*espèce de suggestibilité « oh oui, c'est vrai, je suis pire que tout » et puis finalement, il s'approprie l'image négative qu'on lui donne, et de cette image négative, il va se comporter en individu négatif. Donc, défendre une image positive de lui, malgré l'adversité à laquelle il est confronté, pour moi, ça prouve qu'il y a de l'énergie. Après, cette énergie vitale, est-ce qu'il va l'utiliser à bon escient ? Ça va être son comportement lors de ses permissions qui vont pouvoir le dire » (Psychiatre, expert).*

*« Et puis souvent, elles sont dans le déni, parce que c'est très perturbant pour eux de... ce serait trop perturbant de s'avouer ce crime quoi » (CPIP).*

*« Au risque de s'écrouler aussi, y en a qui disent « Non, ce n'est pas moi », pour se protéger. Et y en a qui disent, juste par fanfaronnade » (CPIP).*

*« Parce que des fois, y a beaucoup de gens qui sont dans le déni, parce qu'ils ne sont pas prêts encore à... Je pense qu'ils ont, comment dirais-je, ils ont fabriqué, je pense pour survivre, ils sont obligés d'être dans le déni, parce que c'est trop insupportable s'ils reconnaissent ce qu'ils ont pu faire. Ils sont dans le déni, et ces gens-là justement, je pense que ça met du temps. Il faut vraiment... c'est un travail de longue haleine quoi. Ils sont peut-être dans le regret, mais comme ils veulent pas parler des choses, des faits, parce que c'est trop compliqué à vivre. S'ils se replongent là-dedans, ça va les détruire et ils sont dans le déni. C'est pas pour autant des personnes dangereuses » (CPIP).*

*« Ça, c'est vraiment la bouteille à encre. Parce que je veux dire, y a des études qui disent que quand il reconnaît, il n'est pas moins dangereux que quand il ne reconnaît pas, alors qu'il est plus dangereux. C'est vrai que quand il ne reconnaît pas, on peut dire aussi qu'il a une certaine image de lui-même et que le reconnaître, reviendrait pour lui à... On veut tous pouvoir se regarder dans la glace le matin, donc là il ne pourrait pas. Moi j'en sais rien » (Magistrat du siège).*

*« Ce que nous disent souvent les experts d'ailleurs c'est que le déni, c'est aussi une défense et c'est la seule qui reste. Après, ils sont coupés de leur famille, ils veulent plus les voir » (Magistrat du parquet).*

De réelles certitudes sur l'éprouvé des condamnés seraient d'autant plus difficiles à acquérir qu'il n'est pas rare que leurs positions fluctuent au fil du temps ou selon leurs interlocuteurs, y compris dans le sens d'une reconnaissance totale évoluant vers un déni.

*« Après on voit bien, mais même, même après la sortie de détention, mais ça, ça a à voir avec le déni, et le fameux déni en tant que mécanisme de défense. Y a des hauts, y a des bas, y a des allers et y a des retours. C'est-à-dire qu'on voit des fois des sujets arriver et tout reconnaître, dire « oui, oui, j'ai été condamné pour ça, etc... », et puis... mais comme ils ont eu des mouvements dans le cadre, et même des phases d'instruction, et de la détention, revenir, et dire « non, non, mais oh la, la dernière fois, je vous ai raconté n'importe quoi. C'est pas du tout ça ce qui s'est passé en fait ». On voit comme ça, des mouvements. Effectivement, qu'on a beaucoup de recul et qu'on peut suivre les sujets. Quand ça s'estompe, c'est plutôt tendu. On voit aussi les avancées que l'écart... je sais pas comment le traduire dans le langage, mais que cet écart se réduit, que ces mouvements arrêtent un peu, cessent un peu et que effectivement, la position reste plus stable sur la reconnaissance, et si possible, la plus proche de ce qui s'est passé » (Psychiatre, expert).*

*« Après, il y a cette fluctuation du déni qui fait que la reconnaissance des faits, ça peut être très variable au cours du temps. Il y a des moments où il y a un repli défensif chez le patient condamné, qui va laisser croire qu'il est dans quelque chose de... oui, de fermé, alors que à d'autres moments, les choses peuvent bouger et puis parfois être dans ce double mouvement. Alors du coup, est-ce que ça peut être un argument absolu ? Absolument pas, n'empêche que j'observe aussi que c'est plus un argument, ça c'est certain, du côté des experts et que parfois... ça porte quand même à faux parfois dans ce sens-là pour effectivement cette toute petite frange là de personnes qui sont dans quelque chose d'un refus total, de la commission même parfois et dans ce cas-là surtout, pas simplement la question du déni de responsabilité » (Psychiatre, SMPR).*

« Mr... reconnaît les faits pour lesquels il est mis en examen et évoque une importante culpabilité et des regrets vis-à-vis de la victime. [...] Mr... se dit responsable de ses actes et assume la transgression même s'il considère avoir été piégé par la coauteure dont la haine et la mise en scène ne le lui auraient pas été connues préalablement. "Je regrette à mort, tous les jours je pense à ce que j'ai fait" (expertise pré-sentencielle n°1). « Il explique qu'on lui reproche d'avoir couché avec une fille. "La soirée s'est déroulée tout à fait normalement ; à un moment, la fille s'est engueulée avec la personne...il l'a frappé, il ne la connaissait pas...tout le monde avait beaucoup fumé, on avait roulé une vingtaine de joints". Le coauteur voulait avoir des relations avec la fille... 'quand

je suis remonté, il était en train de la violer, elle voulait pas coucher avec lui...il l'a mal pris, il l'a fait quand même, elle disait arrête, arrête, elle se débattait pas...moi je me suis dit : allez débrouillez-vous...". Il ajoute "sous la tentation, moi aussi j'ai voulu essayer quoi...je lui ai pas fait de violence...je l'ai pas insultée, pas tapée, j'essaye d'oublier, ça me stresse... je lui ai juste mis la main sur la bouche... je lui ai dit : arrête de crier, les gens vont appeler la police" (expertise pré-sentencielle n°2). « "On ne m'a jamais cru ! Non ma version n'a jamais été prise au sérieux : celle qu'il y aurait eu un autre visiteur ! oui c'est vraiment bizarre" [...] "Ma peine ? 7 années d'emprisonnement ! Ce que j'en avais alors pensé ? Choqué ! Quand même c'était la première fois que je passais en cours d'assises ! (sic)... "On ne m'avait pas cru !...aujourd'hui ? Je pense que j'ai fait ce que j'ai fait !...mais j'aurais bien aimé quand même qu'on me laisse m'exprimer un peu !...Ceci étant, ça ne sert plus à rien de parler de tout cela !...J'ai fait une bêtise, j'ai été puni, tout est bien, mais pas plus !...Là je veux sortir !...oui, je regrette ce que j'ai fait !...Non je n'ai quand même pas été condamné à tort !...Non je ne mets nullement en cause ma condamnation mais la façon dont elle s'est faite !...Quand même, face à la justice, non, on n'est pas vraiment respecté" [...] "Vous me faites remarquer que je manque quelque peu d'explications face à une aussi étrange position ?...C'est possible, mais de toute façon, non, cela ne changera plus rien à rien, alors !...alors laissez tomber ! (sic)...Non je n'ai nullement envie de réparer de tout cela !...c'est fait, c'est fait, personne ne peut désormais plus rien y changer !...Alors non je ne veux plus y revenir. Tout ce que je veux, c'est insister sur mes regrets et sur mon désir de reprendre une vie normale !...Alors je ferai tout ce qu'il faut pour que ça n'arrive plus jamais !...J'avais trop fumé ?...Oui c'est vrai !... J'avais été plus ou moins piégé par mon copain ?...On peut dire ça comme ça !... Ce qui est sûr, c'est que, non, elle, elle n'était pas d'accord, quant à moi, j'étais dans un état second, alors non je n'arrive pas moi-même à comprendre ce que j'ai fait, c'est sans doute pour cela qu'on ne m'a pas compris !...Non, je n'en reviens vraiment pas d'une telle condamnation, les gens qui violent, moi, ça me dégoûte !...Oui je m'en veux donc beaucoup" [...] Ce nouvel examen, réalisé environ 5 années après les expertises de l'instruction, ne nous a pas véritablement permis de "reconnaître" celui qui avait alors été décrit, tant il a désormais "adopté" une "position" a priori "des plus curieuses" (sur la base, quasi-"victime", d'une "reconnaissance" aussi "réticente" et "ambivalente" que "allusive") » (Expertise de pré-libération n°1). « Le sujet ne reconnaît pas avoir commis les faits de viol pour lesquels il a été condamné. Il affirme que la plaignante était consentante. Elle aurait porté plainte, selon ses dires, parce qu'elle était mariée pour "préservé sa réputation". Selon les dires de Mr..., la plaignante n'était ni alcoolisée, ni sous l'emprise de substances ayant pu obscurcir son discernement. Elle n'était ni apeurée, ni menacée, et elle aurait pu exprimer sans entrave son éventuel refus, dont Mr.... affirme qu'il l'aurait pleinement respecté, ainsi que son coauteur. Cette position de Mr... ne variera pas au fil de l'entretien, et Mr... dit l'avoir toujours affirmée » (expertise réalisée après la libération, D70).

Comme le dévoilait déjà un des extraits d'entretiens précédents, plusieurs experts indiquent donc ne pas prendre en compte ce critère ou de façon marginale. Ceux-ci s'intéressent plus à la « *structure du discours* » du condamné, pour identifier au travers de ses propos sur les faits et la victime son fonctionnement psychique, son rapport à l'altérité en général. Ce sont ces éléments, et non la reconnaissance des faits en elle-même, qui selon eux seraient corrélés avec le risque d'un nouveau passage à l'acte.

*« En fait, il y a aussi pas mal d'études disant que non, qu'y a pas de liens, entre guillemets, positifs sur la reconnaissance. On a beaucoup écrit aussi sur l'empathie. On a l'impression que plus ça avance, plus c'est très critiqué de tous les côtés. C'est-à-dire que voilà, la fameuse empathie pour la victime, prise en compte et conscience des souffrances qui sont dures, etc., ça a pas l'air forcément si bien corrélé que ça, à l'évolution du sujet, notamment dans les récidives après et son évolution. Donc, bon, à mesurer. [La reconnaissance des faits, l'empathie envers la victime. C'est des éléments qui... ?] Je me laisse pas trop prendre par ça. [...] Sur la reconnaissance des faits, quand même si, dans le sens, ça serait un peu difficile de dire qu'un sujet a bien évolué dans son soin, pour des faits pour lesquels il était condamné, qu'il aura jamais reconnus. Parce que moi, j'aurais du mal à le défendre quand même (rires). Ce serait un peu un gros paradoxe. (Expert, psychiatre).*

*« Alors ça [la reconnaissance des faits], je m'en occupe pas du tout. Je m'occupe pas du tout de ça, de me dire... Moi j'entends ça d'un point de vue théorique. Le fait de pas reconnaître c'est un facteur machin, ou ce n'est pas adapté par rapport à l'acte. Je m'occupe pas du tout... je m'occupe pas de cet aspect-là. Après, c'est pas la reconnaissance des faits que je trouve informative sur la structure de personnalité, moi c'est l'organisation du discours. C'est-à-dire que ce qui m'intéresse, c'est pas le fait qu'il me dise « oui, j'ai fait ça » ou « ben non, j'ai pas fait ça », ou bien « je l'ai fait. C'est vrai que c'est pas bien », etc., c'est vraiment comment le discours se structure. Moi, ce qui m'intéresse, c'est la structure du discours. C'est toujours ça. [...] Quand j'écoute des gens, que ce soit des victimes ou des auteurs, je m'intéresse à la structure du discours, parce que une structure psychique, c'est d'abord une structure de discours. Et ça, c'est une position thérapeutique. Donc la manière dont le discours se déploie, ça m'indique un mode d'organisation et un mode de fonctionnement. Donc, la manière dont la personne va déployer son rapport au fait, ça va être pour moi, indicatif de la structure de sa personnalité. Enfin, j'aime pas le mot de personnalité d'ailleurs mais de son organisation psychique. C'est plus ça. Ça vient infirmer ou confirmer, c'est-à-dire que je vais parler avec la personne, je sens qu'il y a une organisation qui va m'orienter plutôt vers une structure névrotique, obsessionnelle ou bien plutôt vers une structure psychotique de pensée, etc... et la manière dont il va me parler des faits, ça vient confirmer. Effectivement, bingo, c'était quand même un peu ça. Et des fois, non, pas du tout, j'avais l'impression qu'on était dans une psychose blanche, pas très déclarée, et puis finalement, la manière dont il parle des faits, c'est vraiment très névrotique. Donc c'est plus... [Et la question justement de ce qu'il dit, pense des victimes, c'est quelque chose aussi que vous... ?]*

*Si, si, si, ça compte beaucoup. Ça compte beaucoup. C'est euh... alors, pas tant l'histoire de la culpabilité, est-ce qu'il a ou pas de la culpabilité, parce que tous les névrosés ne sont pas des... des... des grands coupables de rejet de la culpabilité. Si on se focalise là-dessus on va passer à côté, à côté de la névrose s'il n'y a pas de culpabilité. Et a contrario, y a des patients psychotiques, qui sont rongés par la culpabilité. Dans la mélancolie, les gens sont coupables de la mort de leur voisin, de tout enfin. Donc c'est pas... faut faire attention de ce qui est dit de la victime aussi. La recherche c'est de voir s'il y a un sentiment de culpabilité ou pas, c'est trop restreint. Après, c'est plus en termes de est-ce que la victime existe ou pas en fait. Et y a des auteurs pour qui c'est même pas question de se sentir coupable ou de pas se sentir coupable, la victime n'existe pas. Elle n'existe pas, elle n'est pas au monde quoi, ou elle n'a pas été au monde. C'est un truc où le sujet n'est concerné que par lui-même et il est en débat avec la question de sa propre survie à lui, etc., et pas du tout avec celle de l'autre en fait. C'est plus la question de l'autre ouais qui va m'intéresser. C'est comment l'autre se pose dans la parole en fait. La victime est un autre. C'est un autre, ça vient illustrer un rapport à l'autre... » (Expert, psychologue).*

Pour autant, dans près de quatre dossiers sur dix, il s'est trouvé au moins un expert pour justifier son évaluation des risques par ce motif. Cet indicateur suscite d'intenses débats sur la scène scientifique autant que professionnelle. Plusieurs des praticiens interrogés ne sont pas insensibles à la critique internationale des méthodes d'évaluation françaises. Ils rappellent à l'occasion que des recherches étrangères invalident le déni et l'absence d'empathie envers la victime comme facteur de risque<sup>362</sup>, ou admettent une corrélation prudente selon la nature de la délinquance et la forme de déni<sup>363</sup>.

*« [La reconnaissance des faits, c'est un critère qui doit entrer en compte pour évaluer la personne dans le cadre d'une expertise ?] Qu'ils soient interrogés oui, ça me semble intéressant, qu'ils essaient d'en décortiquer le sens et d'y réfléchir, mais ça doit être un argument parmi un autre. De toute façon, le déni, c'est pas... il a été montré par des études, que ce n'est pas un prédicteur de risque de récidive. Donc, en aucun cas, un déni des faits... parce qu'il y a des expertises où on voit « déni des faits, donc risque de récidive avéré ». C'est court. C'est rapide, c'est court, et puis c'est faux. C'est faux. [...] C'est un manque de formation. Je pense qu'il y a une non-prise de cons... enfin, de conscience de la dimension du caractère éthique et déontologique, quand on se prononce comme ça dans une expertise, et d'avoir des critères aléatoires. C'est-à-dire que... et de ne pas aller chercher... les informations, c'est pas comme si elles existaient pas. Elles existent, elles sont pas loin hein. Je sais pas comment ils mesurent le poids et la gravité des termes choisis. Moi souvent, je lis des expertises. Je suis pas experte hein, je n'ai pas non plus à juger de la qualité. Simplement, les arguments qui sont développés, c'est pas suffisant » (Psychologue, SMPR).*

Ceux qui s'inscrivent dans une perspective psychodynamique ne sont pas moins critiques. « *Le clinicien doit se référer à son système de valeurs puisqu'il devra d'abord concevoir, selon ses propres références, un signe clinique avant d'en observer l'absence manifeste chez le sujet* »<sup>364</sup>. À l'instar de ce que nous avons pu observer au sujet de l'adhésion au soin, les jugements portés sur le sens et l'ampleur des remords éprouvés comportent en effet une forte coloration morale et sociale.

Ces dernières années, les critiques à l'encontre des méthodes expertales françaises, mais l'argument vaut tout autant pour celles des agents de probation (v. *infra*), rencontrent une audience considérable en France<sup>365</sup>. Elles sont puissamment relayées par divers responsables politiques et institutionnels, notamment au sein de l'Administration pénitentiaire, mais également par quelques enseignants-chercheurs en droit, en psychologie et/ou psychiatrie. De multiples études anglo-saxonnes réalisées à partir des années 1960 ont effectivement contesté la fiabilité des méthodes dites « non structurées », définition qui n'est pas exempte elle-même de jugement de valeur. Comme bien d'autres spécialistes avant lui, Monahan estimait au début des années 1980 que ce type d'évaluation était exacte une fois sur

<sup>362</sup> Herzog-Evans M., « Exécution des peines, délinquance sexuelle et « positionnement quant aux faits » : enjeux juridiques et criminologiques », *Actualité Juridique Pénal*, 2012, n° 12, 632-635.

<sup>363</sup> Lund C. A., « Predictors of sexual recidivism: did meta-analysis clarify the role and relevance of denial? », *Sexual Abuse: a journal of research and treatment*, 2000, vol. 12, n° 4, 275-287 ; Nunes K. L., Hanson R. K., Firestone P., Moulden H. M., Greenberg D. M., Bradford J. M., « Denial predicts recidivism for some sexual offenders », *Sexual Abuse: a journal of research and treatment*, 2007, vol. 9, n° 2, 91-105.

<sup>364</sup> Englebret J., Adam C., *op. cit.*

<sup>365</sup> 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 18 novembre 2014, consulté le 05 avril 2017. URL [<http://champpenal.revues.org/8947>].

trois<sup>366</sup>, avant de nuancer ses propos en indiquant que les cliniciens pouvaient distinguer les patients violents et non violents « *with a modest, better-than-chance level of accuracy* »<sup>367</sup>. Depuis lors, des dizaines sinon des centaines d'études internationales indiquent que les évaluations non structurées présenteraient des estimations proches du hasard. On reproche aux experts de s'appuyer sur des concepts psychanalytiques imprécis, qui ne posséderaient aucun lien théorique et statistique avec les comportements délictuels à prédire, ni aucune validité par rapport aux classifications des maladies mentales, ce qui empêcherait par ailleurs toute reproductibilité et conduirait à une fidélité inter-juges peu élevée. Ils méconnaîtraient les enseignements de la recherche sur les prédicteurs de risque et accorderaient trop d'importance à des facteurs cliniques qui ne seraient pas corrélés avec la récurrence, notamment la négation des faits. Comme l'illustrent d'ailleurs nos observations sur le sujet, ils sous-évalueraient les éléments de nature sociodémographique, environnementaux ou relevant de l'histoire du sujet, à l'exception de ceux concernant les violences antérieurement commises<sup>368</sup>. Ces professionnels sont dès lors « *stigmatisés pour leur ignorance des données statistiques de base nécessaire à la production de prédictions exactes* », ce qui les conduirait à fonder « *leurs jugements sur des corrélations illusives* »<sup>369</sup>, voire des jugements moraux. Dans le cadre d'un rapport commandé par le *Think Tank* néo-conservateur, l'Institut pour la justice, le psychiatre Alexandre Baratta écrivait que la méthode basée sur un jugement clinique non structuré était « *impressionniste* », « *subjective, non validée scientifiquement, et fondée sur des corrélations intuitives* »<sup>370</sup>. Si tous les professionnels interrogés, quel que soit leur statut, ne ménagent pas leurs critiques à l'encontre de certaines pratiques expertales, la très grande majorité demeure à ce jour relativement, mais relativement seulement, imperméables aux injonctions visant l'objectivation des risques de récurrence. La proposition d'intégrer dans leurs pratiques les instruments d'évaluation valorisés outre-Atlantique ne rencontre pas une franche adhésion, du moins concernant les échelles scorées.

### §3- Une remise en cause des pratiques expertales ?

Dès leur émergence, le recours croissant aux expertises laissait entendre qu'il était « *possible de substituer une 'prise en charge' thérapeutique fondée sur des critères purement scientifiques à des mesures judiciaires fondées sur des jugements de valeur* »<sup>371</sup>. L'objectivation scientifique procédait d'une « *mystification* », dès lors que cette fascination envers le savoir psychiatrique occultait le fait que l'expert n'échappait pas moins que les juges à « *des jugements de valeur qui sont étrangers à toute objectivité* »<sup>372</sup>. Depuis lors, les méthodes de la majorité des experts français, cliniques et qualitatives, semblent massivement désavouées (A), de sorte que les pouvoirs publics tendent à promouvoir leur remplacement par des méthodes concurrentielles d'usage courant à l'étranger, sous la forme d'échelles actuarielles ou semi-actuarielles tout autant mystifiées (B).

<sup>366</sup> Monahan J., *Predicting violent behavior: An assessment of the clinical techniques*, Beverly Hills (CA), Sage, 1981.

<sup>367</sup> Monahan, « Clinical and Actuarial Predictions of Violence (from modern scientific evidence : the law and science of expert testimony) », in Faigman D., Kaye D., Saks M., Sanders J. (eds), *From modern scientific evidence: the law and the science expert testimony*, St. Paul, Minnesota, West Publishing Corporation, 1997, 317.

<sup>368</sup> Elbogen E. B., Mercado C. C., Scalora M. J., Tomkins, A. J., « Perceived relevance of factors for violence risk assessment: a survey of clinicians », *International Journal of Forensic Mental Health*, 2002, n° 1, 37-47 ; Niveau G., *Évaluation de la dangerosité et du risque de récurrence*, Paris, L'Harmattan, 2012.

<sup>369</sup> Giovannangeli D., Cornet J.-P., Mormont C., *Étude comparative dans les 15 pays de l'Union Européenne : les méthodes et les techniques d'évaluation de la dangerosité et du risque de récurrence des personnes présumées ou avérées délinquants sexuels*, Université de Liège, 2000, 8.

<sup>370</sup> Baratta A., *Évaluation et prise en charge des délinquants et criminels sexuels*, Paris, Institut pour la justice, 2011, 11.

<sup>371</sup> van de Kerchove M., « Le juge et le psychiatre. Évolution de leurs pouvoirs respectifs », in Gérard P., Ost F., van de Kerchove M., *Fonction de juger et pouvoir judiciaire. Transformations et déplacements*, Bruxelles, Presses des facultés universitaires de Saint-Louis, 1983, 384.

<sup>372</sup> *Ibid.*, 283.

## A- Une critique des méthodes classiques d'appréhension des risques de récidive

Les experts psychiatres et psychologues s'appuient essentiellement sur une évaluation clinique précédée d'un ou (plus rarement) plusieurs entretiens<sup>373</sup> (1). Les expertises « à la française » font l'objet de nombreuses critiques, du fait de leurs conditions de réalisation (2), mais aussi en raison de la propension des experts à surévaluer les risques de récidive (3).

### 1- Les pratiques des experts : une évaluation clinique qualitative

En l'absence de dispositions contraignantes encadrant la pratique expertale, ils sont libres de leurs méthodes, à la différence des États-Unis où leurs confrères sont obligés de donner des informations exprimant la position de l'ensemble de la communauté scientifique, avec pour effet une plus grande homogénéité des pratiques<sup>374</sup>. Sur un plan empirique, plusieurs sociologues ont déjà décortiqué les méthodes des experts français<sup>375</sup>, notre échantillon de 230 expertises confirmant bon nombre de leurs observations. A la suite d'un entretien (a), le plus souvent précédé de la consultation des pièces judiciaires (b), l'expert procède à une évaluation qualitative (c), sans généralement détailler dans son rapport la façon dont il a procédé (d).

#### a- L'entretien avec le condamné

Sur la base d'un entretien semi-directif, les experts reconstituent l'anamnèse du sujet à partir d'informations biographiques et sociodémographiques. Ils recherchent la présence d'éléments historiques, contextuels ou cliniques susceptibles d'expliquer son passage à l'acte et interrogent son discours sur les faits, la chaîne des événements qui ont mené au délit, les affects qu'il a éprouvés et ses motivations.

*« Je laisse l'entretien plutôt libre et semi-directif. Je ne saisis pas trop comment on dit, le but étant quand même d'essayer d'établir un climat de confiance, qui finit, sauf cas exceptionnel, toujours par s'installer mine de rien. Quand y a un échange, je peux parler pas mal, alimenter. [...] Je les laisse les choses assez ouvertes. Je me présente, je dis mon nom, ma profession, je montre l'ordonnance. Je dis pourquoi je suis là et j'énumère les questions auxquelles on doit répondre, comme ça, ça pose clairement les choses. Je commence souvent par analyser la vie en détention, leur histoire dans la prison. C'est ma porte d'entrée mais je vois, beaucoup font comme ça aussi. Vraiment du quotidien, de parler de comment ça se passe, des activités, des loisirs, des relations avec les autres détenus, des surveillants, des parloirs. Ce qui permet d'embrayer tranquillement sur les liens familiaux, leur histoire familiale. [...] J'explore de fond en comble l'histoire du sujet, de sa petite enfance, d'école, des apprentissages, tout le parcours scolaire, des investissements extérieurs, du champ professionnel. Donc on essaie de retracer tout ça et ça prend quand même beaucoup, beaucoup de temps, mais ça attise aussi des choses intéressantes dans l'entretien. C'est-à-dire que quand on s'intéresse réellement à l'histoire du sujet, c'est ce qui me passionne, quand même. C'est avant tout son histoire, avant les faits, d'essayer de piger, de décortiquer cette histoire-là, et de redonner du sens à ce qui n'en a pas a priori. Vraiment, il y a des effets qui sont impressionnants, je trouve. Intéressants, sur le plan clinique hein. Après, j'aborde effectivement la question des faits, des antécédents aussi, parce que dieu sait s'il y en a qui ont déjà fait des tours et des détours par la prison pour certains. Ben ça aussi, mine de rien, quand on explore ça, les faits, les condamnations antérieures, les vécus dans la condamnation, ils ont purgé des peines, qu'est-ce qu'ils pensent des peines, etc. Enfin, c'est un sacré boulot de retracer tout ça. Durant tout ce temps-là, mine de rien, je fais quand même mon analyse clinique, psychiatrique en tout cas. C'est-à-dire que tout ce grand échange, permet de décrypter... je suis à la recherche du coup, des troubles psychiatriques. On prend un temps spécifique sur la santé, somatique, psychique, psychiatrique, l'analyse des antécédents, des antécédents de suivi, d'hospitalisations, de traitements, des suivis actuels, des traitements actuels. Ça aussi, ça prend un peu de place. [...] Sur les*

<sup>373</sup> Pour une présentation des pratiques professionnelles, v. notamment David M., *L'expertise psychiatrique pénale*, Paris, L'Harmattan, 2006 ; Combalbert N. (dir.), *L'expertise psycho-criminologique*, Paris, Armand Colin, 2010.

<sup>374</sup> Moulin V., Palaric R., Gravier B., *op. cit.*

<sup>375</sup> V. notamment, Protais C., *op. cit.*, Saetta S., *L'intervention de l'expert psychiatre dans les affaires criminelles*, *op. cit.* ; Saetta S., Sicot F., Renard T., *op. cit.*

*grosses pathologies, on en revient pareil, sur les questions d'altération de l'abolition. Le but du jeu, c'est d'aller débusquer la question qui nous est posée. Y a-t-il une pathologie psychiatrique ? On va aller chercher les pathologies psychotiques. Là-dessus, vous les connaissez on a une check list de tous les symptômes des désordres psychotiques, donc on va à la pêche, des troubles de l'humeur essentiellement, des pathologies névrotiques, des pathologies toxicomaniaques. C'est vraiment pour faire à gros traits le rôle des pathologies psychiatriques strico senso [sic !] et après effectivement, on va pouvoir caractériser les troubles de la personnalité, s'il y en a. [...] Et puis on finit quand même, parce que c'est bien de rester là-dessus, sur les projets et je balaie ça. J'évoque ça avec les sujets, sur, voilà, ce qu'ils ont en tête, comment ils imaginent leur sortie, et où, comment. Je finis là-dessus et je redonne toujours la parole à la personne en lui disant « on a le temps que vous voulez. Si vous voulez revenir sur quelque chose, explorer quelque chose qu'on n'a pas évoqué, qui vous semble important, reprendre un élément qui vous apparaît vraiment hyper important, quelque chose que vous voulez transmettre en particulier ». Certains s'en saisissent des fois. Pas toujours [...] Une fois que j'ai fait tout ça, je SORS. Là t'es content, tu respire. Je blague un peu mais ça dépend des dossiers. Y a des fois, faut... Y a une petite nécessité d'un sas de décompression. Pour 9/10<sup>e</sup> des dossiers, ça pose pas de souci. Je dirais que malheureusement, c'est assez étonnant, on s'habitue à tout. Je pense que l'être humain s'habitue à tout, y compris à la pire horreur. Y a quand même des rencontres qui m'ont... ffffff. Laisse sans joie. Laisse sans joie et mal, psychologiquement. Je me rue sur mon téléphone, j'appelle quelqu'un. Y a quand même des sujets qui sont sidérants. Enfin, qui sont traumatisants même, vraiment traumatisants. Donc après, je reviens dans mes pénates, soit au CMP, soit à l'hôpital et puis... je laisse décanter tout ça. J'y touche pas. Je prends énormément de notes en fait, ce que j'ai pas dit. J'écris énormément. J'enregistre pas. Je sais qu'il y en a qui enregistrent. Je prends énormément de notes et je préviens les gens d'ailleurs, parce que j'arrive pas toujours à les regarder mais j'écris énormément. J'essaie de prendre tout ce qui peut venir, particulièrement quand il y a des phrases qui font sens, des mots qui sont vraiment importants et du coup, je retranscris aussi, [...], il y a des fois des parties de leur récit, qui m'apparaît important, qui veut signifier quelque chose. Après, je laisse décanter le truc, plusieurs jours, parce que ça chemine et puis je reprends le dossier, je relis et je rédige (Expert, psychiatre).*

Les prémisses de l'entretien sont destinées à établir des rapports de confiance, avec pour premier objectif la libération de la parole, celle d'expertisés « *inquiets* », « *angoissés* » ou sur « *la défensive* » face à des questions qu'ils jugent « *intrusives* », qui mesurent trop peu ou au contraire trop bien les enjeux de l'examen, sans toujours y être préparés en amont.

*« Moi j'ai trop souvent constaté par exemple que les... en détention, on ne dit pas aux détenus, que c'est un expert qui va venir. La personne arrive... Il n'a pas été prévenu, on ne lui a pas dit. Donc, il sait pas si c'est un avocat, si c'est... Or, on va demander, comme on a très peu temps, on a à peu près une heure et demi, on va demander à la personne en face, en deux minutes, de se mettre dans la situation, de se livrer, d'aller très loin dans sa réflexion » (Psychiatre, expert).*

*« Il y a des gens qui arrivent hyper angoissés. D'autres qui arrivent hyper éternés, parce qu'ils sont pas du tout contents. Le fameux monsieur pour lequel je suis passée aux Assises, qui a tué son fils. Quand je l'ai vu à la prison, il est arrivé, j'ai cru qu'il allait m'étriper parce qu'il croyait voir son avocat. Au parler l'avocat. « Non mais qu'est-ce que vous faites là ? ». Ils sont pas prévenus. Non, c'est horrible. Ils arrivent, ils savent même pas pourquoi ils viennent, ni qui ils vont voir. Ils ont un parler avocat. [Comment ça se fait ?] On m'a dit que c'était pour des raisons de sécurité. Je sais pas. Ça me paraît un peu... Alors moi, je l'avais relayé un peu, auprès du contrôleur des prisons et je lui avais dit « Moi, ça me choque ce truc-là », que les gens arrivent et qu'ils ne sachent pas qu'ils viennent voir un psychiatre ou un psychologue. Y a quelque chose d'hyper liant « Asseyez-vous, je viens pour une expertise psychologique ». Enfin...en prison, je trouve ça choquant que les gens ne sachent pas. Parfois, ils refusent. Ce que je fais dans ce cas-là moi, au lieu de dire « Bon ben d'accord, au revoir », je leur dis « asseyez-vous, on va discuter. Vous me dites juste pourquoi ça vous ennuerait si on se parlait ». Et en fait souvent, hop, on commence comme ça. Et ça se retourne, les gens arrivent à... » (Psychologue, expert).*

*« Sur la défensive, mais même, il se demande pourquoi il répondrait à un expert quoi. Parce que c'est intrusif. En plus de rentrer dans son environnement intime en si peu de temps, je me mets un peu à sa place, parce qu'il y a un enjeu énorme. Mais on peut comprendre que parfois il est sur sa réserve et qu'il n'a pas envie de dire. [...] Parfois, il mesure pas non plus les enjeux de cette expertise. Donc il peut être extrêmement sur la défensive avant de répondre aux questions, alors que ça va être déterminant sur la condamnation et puis ensuite sa détention et le suivi socio-judiciaire. [...] Ils disent que c'est intrusif aussi, que c'est dur de parler de l'intime en si peu de temps, à quelqu'un qu'on connaît pas et pour eux, parfois*

*ils disent qu'ils auraient aimé que ça soit en plusieurs fois, ou qu'ils soient prévenus à l'avance aussi. Parce que des fois, ils sont prévenus le jour-même » (CPIP).*

Au-delà de l'établissement d'un mode et d'un cadre relationnel propice à l'expression d'échanges authentiques, plusieurs experts interrogés ont insisté sur l'inscription de leurs pratiques dans une « éthique du care »<sup>376</sup>. La démarche expertale, teintée de bienveillance, viserait aussi à instiller auprès de l'expertisé une amorce de réflexion et/ou un désir de soin. Expertise et pratique clinique deviennent alors indissociables, d'autant que la seconde garantirait des compétences techniques tirées de l'expérience. Comme l'indiquent Frédéric Meunier et Magali Ravit, « *La complexité du dispositif expertal tient d'une part à sa dualité (clinique et judiciaire) qui lui donne un caractère singulier et d'autre part à la convocation du tiers qui s'y inscrit sous une forme hybride entre soins et sanctions, entre voir et savoir. Cette rencontre comporte toujours un risque. Comprendre les processus subjectifs du sujet présumé criminel, c'est déjà appréhender son intérêt privé et intime et donc accepter de se situer dans une position d'empathie comportant des mouvements identificatoires. Faut-il faire le deuil de sa pratique soignante dans l'exercice de la consultation expertale ? L'expert clinicien est toujours de parti pris, celui de la subjectivité. Qu'il le souhaite ou non, il est donc inscrit dans un processus (pré) thérapeutique. Si deuil il doit y avoir, c'est au lecteur de l'expertise qu'il s'adresse : il n'y trouvera sans doute pas l'éclaircissement attendu sur l'opacité du sujet et de son devenir. Ce qui est surprenant, c'est qu'il le cherche encore... »*<sup>377</sup>.

*« Y en a, c'était la première fois qu'ils parlaient à quelqu'un. C'est-à-dire qu'ils parlent de leur histoire, dans un entretien assez libre. Moi j'avais des entretiens, comme on dit, semi-directifs. J'ai toujours travaillé comme ça. Je laissais les gens parler, en les orientant juste sur certains points et j'ai eu le sentiment, à un certain nombre de reprises, que des gens, des gens jeunes surtout saisissaient quelque chose, que tout d'un coup, y avait des choses qui pouvaient prendre un sens, ce qui pouvait ouvrir sur l'idée d'un soin ultérieur. Moi je leur disais « ça serait intéressant que vous réfléchissiez. Vous êtes dans une répétition. Vous faites des choses comme ça ; ça se répète, vous savez pas pourquoi. Vous pouvez dire que c'est la faute d'untel ou d'untel mais là, vous avez bien remarqué que c'étaient des choses où vous avez fait des liens, vous avez vu, et peut-être ça vaudrait le coup... [...] Moi l'essentiel de mon activité était plutôt du côté psychothérapeutique, on se refait pas (rire) hein, donc voilà... j'ai... C'était pas tout le temps, mais quand même un nombre non négligeable de fois, ce qui m'a, si je puis dire, heureusement surpris. [...] C'était pour moi un des sens de l'expertise. Trouver quelque chose, un sens possible de ce qu'on fait dans l'existence » (Psychiatre, expert).*

*« Ça demande de l'expérience [...]. Je pense que l'intérêt c'est que l'expertise soit faite par des cliniciens et qu'elle soit pas faite que par des experts, enfin professionnels, parce qu'il y a des serial experts en France, qui ne font que de l'expertise. Je sais pas. Moi ça m'a toujours un petit peu interpellé. Je pense que quand on déconnecte l'expertise de la pratique clinique, ça devient un peu dangereux quoi. Moi avant tout, je vois 9/10<sup>e</sup> de mon temps des patients. Ben, je baigne dans la clinique quoi. Donc du coup, durant ces entretiens effectivement, j'ai ce réflexe de décoder, parce que c'est un vrai décodage » (Psychiatre, expert).*

*« Je pense qu'il y a de grands experts psychiatres, des bons experts psychiatres qui vont asseoir quelque chose, par la position qu'ils occupent dans leur parole et par rapport à leur clinique. Mais y a des psychiatres qui n'ont pas de clinique, c'est vrai, il faut le reconnaître. Comme il y a des psychologues qui n'ont pas de clinique. [...] Je pense que [la psycho-criminologie] c'est une catastrophe. Je pense que c'est une catastrophe. Je pense que c'est catastrophique, parce que ça a bien donné l'illusion que la criminologie est l'affaire d'une discipline. En fait, ils recréent en psychologie, ce que certains font de manière totalement autonome, genre Bauer et compagnie. Là, c'est la psychologie qui le prend en charge mais au fond, c'est la même chose. Y a pas ces autres disciplines, cette insertion dans le droit pénal, dans un croisement d'une certaine sociologie, etc. Je pense que c'est catastrophique. Ça donne des profilers, enfin, ils se prennent pour des profilers... vraiment. Donc ils ont affaire à des hommes-statistiques [...] Mais vous savez, c'est pas des cliniciens, c'est pas des cliniciens. C'est-à-dire que moi j'ai même pu discuter avec certaines*

<sup>376</sup> Laugier S., Paperman P. (dir.), *Le souci des autres. Éthique et politique du care*, nouvelle édition augmentée, Paris, EHESS, coll. « Raisons pratiques », 2011.

<sup>377</sup> « L'évaluation du fait criminel : entre soins et sanctions », *Criminologie*, 2015, vol. 48, n° 1, Printemps, 2015, 59-76.

personnes [...] et je leur dis « mais au niveau psycho, machin... ? » « Ah mais de toute façon, on a le titre hein, de psychologue ». C'est-à-dire, l'idée c'est pas on est psychologue, parce qu'on a une pratique, on a fait des stages, machin... c'est « on l'a aussi le titre », parce que du coup, la formation donne le titre. Ils sont psychologues, après être criminologues. Ils sont d'abord criminologues et psychologues ensuite, parce que, ils ont fait des stages en gendarmerie ou chez les pompiers, etc. [...] Y a des pays en Europe, en Roumanie aussi, je crois qu'il y a un truc où c'est carrément des... Eh ben, au Canada aussi hein, où c'est des collègues d'experts, qui ne font que ça, qui ne sont qu'experts. Ils sont complètement coupés de la pratique clinique, ils ne voient pas de patients. Ils ne reçoivent pas. Et je pense que les formations de psycho-criminologie [...], à mon avis, ça tend à ça » (Psychologue, expert).

Cette sollicitude humaniste n'exclut pas quelque vigilance quant à la véracité d'éléments recueillis sur un mode purement déclaratif, dès lors que certains prévenus ou condamnés anticipent, de façon plus ou moins objective, l'influence qu'auront leurs propos sur le processus judiciaire ultérieur.

« La plupart du temps, ce qui se passe, c'est que l'agresseur va se penser, par manque d'info toujours, devant le juge. Donc il va être tout en justifications. Mais ce n'est pas du tout ça qu'on va lui demander. Là encore, manque d'information, il faut tout le temps, tout le temps rétablir le but de la démarche, qui je suis, pourquoi. » (Psychologue, expert).

« Je sais que c'est super compliqué. Tout est surdéterminé d'avance. Les gens sont pas bêtes. Ils savent bien que l'expertise peut conditionner beaucoup de choses. Que les aménagements de peine, les permissions, le comment on va sortir, complication ou pas de peine de sûreté ? Enfin, les détenus sont au courant de tout ça. D'emblée, je dirais que les jeux sont pipés, parce qu'il y a cet enjeu qui est majeur. Ceci dit, je suis toujours assez déconcerté mais positivement. Je sais pas si c'est la naïveté mais malgré tout, la plupart des sujets s'ouvrent assez librement, dépassé le premier quart d'heure où on se teste, on se jauge. Des fois ils disent des trucs, j'ai en vie de leur dire « mais vous vous rendez compte de ce que vous me dites ? ». C'est juste phénoménal quoi. « parce qu'avec ce que vous me dites là, ça va être difficile de pas demander une surveillance judiciaire ». Non mais, des fois je suis déconcerté quoi. Je sais pas si c'est de l'inconscience ou de l'immaturité, mais y en a qui livrent des trucs qui sont pas toujours dans les pièces de forme hein. Des antécédents qui sont pas listés, pour lesquels ils ont pas été condamnés. C'est pas rare » (Psychiatre, expert).

« J'ai toujours eu le sentiment que [mon rôle d'expert] était précis pour eux. [...] Alors bon, après, ça pouvait dépendre du niveau disons, d'intégration et d'élaboration de la personne que j'avais en face, il faut être clair. Mais, dans l'ensemble, toujours les gens étaient très collaborants, étaient collaborants, dans un sens un peu séducteur, en se disant « j'ai donné les réponses je pense qu'il attendait de moi ». Ça fait partie du jeu. [Il faut] une certaine expérience pour voir ce qui est du jeu de la séduction et quelque chose plus authentique, et puis très souvent j'ai été, si je puis dire, très agréablement surpris » (Psychiatre, expert).

« Alors, c'est très marrant, parce que là, je suis dans un dossier où euh... le prévenu qui était en détention, a dit pour la première fois à l'expert qui l'a rencontré [...] qui était un coauteur, alors qu'il l'avait jamais dit aux enquêteurs avant, etc. Ça veut dire que quelquefois, c'est aussi un lieu privilégié où les gens s'épanchent et ça, c'est pas rare qu'on voit un mis en examen, dire pour la première fois à un expert psychologue ou psychiatre, une chose qu'il n'avait jamais révélée, alors que ça relève de l'enquête sur le fond. [Parfois on entend le discours « le prévenu va être très méfiant vis-à-vis de l'expert qu'il pourrait assimiler à un acteur judiciaire »] Y a ça aussi. Mais y a tout à fait l'inverse aussi. Comme s'ils étaient en confiance. Que là, c'était pas euh... c'était pas euh... avec deux policiers dans le dos, dans le cabinet d'un juge d'instruction par exemple ; y a pas l'avocat. Alors c'est vrai que c'est sans garantie du contradictoire d'ailleurs hein. C'est ça qui est curieux. Mais bon, donc les experts notent et reprennent bien. [...] Donc ça c'est repris, et quelquefois c'est très intéressant. Moi je le reprends à l'audience. Et là, quelquefois, quand les gens sentent qu'ils sont allés trop loin, « ah non, non, non, l'expert a mal compris... J'ai jamais dit ça » (rires). Donc ça peut être utilisé. Je veux dire... quelquefois ils s'épanchent et puis peut-être que quelquefois ils sentent que... voilà, ils en ont peut-être trop dit et ils reviennent après dessus, soit devant le juge d'instruction, soit devant le tribunal » (Magistrat du siège).

Dans plusieurs rapports d'expertise consultés, l'expert se prononce d'ailleurs sur la crédibilité des assertions recueillies lors de l'examen, le plus souvent pour mettre en doute un « discours plaqué et conventionnel », sinon souligner des stratagèmes ou tentatives de manipulation pour orienter leurs conclusions.

« Fort bien orienté dans le temps et dans l'espace, le sujet ne présente pas de difficultés mnésiques ; ses capacités de compréhension, de raisonnement, de jugement sont tout à fait satisfaisantes et l'on note chez lui une fort bonne aptitude à contrôler son discours et à tenter, sinon de dominer, du moins de maîtriser son interlocuteur » (D26).

« Bénéficie-t-il réellement du suivi psychologique qui lui est proposé ? Ce suivi le fait-il évoluer ou bien se limite-t-il à un seul soutien ? Il est difficile de trancher. Du moins l'intéressé s'y soumet-il et n'est-il pas opposé au fait de le poursuivre, et ce même après sa libération. Mais je dirais que cette "soumission" n'augure pas forcément d'un changement radical de son fonctionnement psychique. Il peut donner à voir une parfaite soumission et, par ailleurs, penser l'inverse de ce qu'il déclare. [...] Il dira, d'un air pénétré, "regretter profondément ce qu'il a fait, penser à la victime dont la vie est foutue, à ses parents qui ont dû assister au procès, etc. [...]". Ainsi, rien ne prouve qu'il soit sincère quand il dit regretter amèrement ce qu'il a fait ; il donne plutôt l'impression de réciter une leçon apprise par cœur dans le seul but de faire bonne impression » (D28).

« Non seulement il ne semble pas avoir été suivi avec régularité et efficacité mais encore tout laisse penser que les entretiens "psychothérapeutiques" qui lui sont aujourd'hui prodigués ont autant d'effet sur lui que l'eau sur les plumes d'un canard. Le semblant de contrition et de remords qu'il exprime ne doit pas abuser : cela peut être authentique, certes, mais cela peut tout aussi bien relever d'une manœuvre censée infléchir la décision du milieu pénitentiaire et judiciaire en sa faveur » (D56).

« Tout au long de ces récits, Mr affiche une grande souffrance et mime l'accablement. L'une et l'autre paraissent inauthentiques » (D92).

« Il apparaît particulièrement sincère et il semble difficile de penser que cette présentation "apaisée" pourrait seulement être un subterfuge pour faire illusion quant à ce qui l'anime désormais et tromper le milieu pénitentiaire et plus généralement la société qui s'apprête à l'accueillir de nouveau » (D39).

### *b- La consultation du dossier*

À l'instar de ce que l'on a pu constater au sujet des CPIP (v. *infra*), les pratiques sont diverses quant à la place accordée aux pièces du dossier judiciaire qui leur est transmis, quand il leur est transmis, du fait de difficultés pour y accéder dans les temps. Si la plupart préfèrent lire attentivement le dossier en amont de l'entretien, quelques-uns privilégient ou procèdent à une consultation *a posteriori*, au motif de garantir l'authenticité de l'évaluation par un regard « vierge » de tout élément judiciaire ou, plus prosaïquement, du fait de contraintes de temps. Certains se contentent dans un premier temps de lire les pièces judiciaires et reculent au contraire la lecture des expertises antérieures, de façon à ne pas être influencés par les conclusions de leurs confrères, notamment sur la dangerosité.

*« Je lis les dossiers avant. Personnellement, je lis les dossiers, même bien à fond. Au tout début de ma pratique, je faisais un peu les deux et des fois, je regrettais de pas avoir lu les dossiers. [...] Et j'ai arrêté rapidement de faire ça, parce que j'ai été échaudé sur quelques dossiers. [C'était une résolution au début ?] Oui. Des fois, pour arriver, vraiment vierge de tout, sans aucun a priori et en fait, j'ai loupé. C'est à-dire quand on fait... C'est le risque mais bon, je l'ai vite compris, je l'ai vite changé et maintenant, je lis systématiquement depuis très longtemps les dossiers, in extenso avant, parce qu'il y a des choses que j'aurais dû aller chercher. Moi je suis revenu d'ailleurs, pour ces cas-là. Je suis retourné voir les personnes en détention (rire), dire « au fait, j'ai d'autres questions pour vous ». Ça pourrait être ça aussi mais sauf que, là aussi, idéalement ça serait bien de faire ça, et de pouvoir revenir. Après tout, ça pourrait être intéressant, sauf qu'on manque de temps. [Comment vous vous positionnez par rapport aux expertises figurant dans le dossier ?] Je suis pas toujours d'accord et je les suis pas toujours. Sincèrement, je pense pas... Là-dessus, surtout sur la question des dangerosités ou de la dangerosité, j'essaie du coup de pas trop m'en imprégner et de les regarder après ; c'est-à-dire de faire ma propre analyse et du coup, si elle est confortée par les autres, c'est qu'on est là-dessus... » (Psychiatre, expert).*

*« Donc je recevais des documents, je recevais soit des documents papier, soit un CD, avec les différents documents de l'instruction, les interrogatoires des gardes à vue, les PV de première comparution et tout ça. Donc je regardais ça. Je regardais ça assez rapidement avant, et puis ensuite soit j'allais voir la personne en [prison]. Je ne voulais pas trop d'informations, pour pas être parasité et que l'entretien soit suffisamment ouvert et pas trop dirigé, par rapport à des pré-supposés que j'aurais pu avoir à la lecture du dossier. [...] Je lisais le dossier après du coup hein, ce qui me permettait de corriger, de compléter et puis quelques fois il m'arrivait de revoir les gens, parce que j'avais le sentiment, en lisant le dossier, qu'il y avait des éléments qui n'étaient pas du tout apparus dans mon examen et dans mon entretien, et qu'il fallait reprendre » (Psychiatre, Expert).*

*« Me concernant, c'est-à-dire que j'aime pas avoir des a priori, des préjugés sur la personne, je veux véritablement la découvrir, sans avoir lu quoi que ce soit sur elle. Je dirais même, être dans un état d'esprit où je suis en capacité d'aborder la personne, sans même savoir, s'il s'agit d'une victime ou d'un agresseur. Je me refuse même, de ma placer dans cette situation-là, pour véritablement – on sait bien que c'est utopique mais... – essayer de tendre, le plus possible, vers l'objectivité. Ensuite, je confronte mes constatations avec les constatations de mes confrères, parce que parfois, il y a eu des expertises préalables des faits, et ensuite, je regarde un petit peu, les faits qui sont reprochés ou les circonstances qui ont amené la personne à se déclarer victime, dans un dernier temps » (Psychiatre, Expert).*

*« Je prends connaissance du dossier, je regarde. Moi je lis bien les dossiers. J'aime bien... j'aime bien être imprégnée sans... en ayant une certaine forme de distance parce que je veux pas travailler sur la réalité comme telle. Mais j'aime bien vraiment ouais, bien prendre connaissance. Quand c'est des CD-Rom, ça arrive. À [ville], ils donnent pas trop de CD-Rom, c'est pas trop le truc. Y a un dosage quand même de ce qui est donné. Y a parfois même des avocats qui demandent des restrictions de pièces. Donc moi je les demande (rire). [...] Quand c'est un CD-Rom j'essaie de prendre bien la mesure de l'affaire. Le détail de certains trucs. Quand il y a des expertises, je les regarde » (Psychologue, expert).*

*« Moi ça dépend. Ça dépend. Encore une question de temps, parce que j'ai beaucoup d'expertises. Donc si j'en ai une dans la semaine, à ce moment-là, je vais lire avant, je vais même peut-être aller revoir la thématique, enfin voilà, je vais me mettre dans les conditions idéales. Par contre, si j'en ai trois ou quatre dans la semaine, je n'ai pas le temps... maintenant je connais bien les... Je vois les chefs d'inculpation, donc je vois à peu près les profils, surtout avec les victimes. Quand il y a des victimes, je ne vais pas lire le dossier avant, parce que ça va... voilà. Je vais essayer de gagner du temps comme ça. Mais idéalement, c'est effectivement de pouvoir avoir le dossier et de travailler un peu avant » (Psychologue, expert).*

Très rares sont ceux dont les investigations vont au-delà de cette rencontre, par exemple sous la forme de contacts avec l'entourage, d'informations glanées auprès du personnel de surveillance sur le comportement en détention ou auprès des CPIP dans l'hypothèse d'un suivi en cours.

*« Après, quand je sors des entretiens, des fois souvent, les surveillants me disent « comment ça s'est passé », un petit mot, très spontanément. De très rares fois, c'est moi qui ai pu leur demander, comment ça se passe dans la détention, quand j'ai des petits doutes. Mine de rien, on a quand même un petit peu d'informations sur comment ça se passe dans la détention. Ce qui est quand même bon à prendre. Je passe du temps avec le détenu à explorer ça aussi » (Psychiatre, expert).*

*« Quand je voyais des gens en ambulatoire, il m'arrivait de leur dire « Écoutez, si je pense à une chose, est-ce que je peux vous téléphoner ? », ou quelquefois je prenais des renseignements. Par exemple si c'était pas forcément des mineurs, mais des gens jeunes, je demandais l'autorisation « Est-ce que vous acceptez que j'appelle un de vos parents ? [Il vous arrivait d'aller plutôt du côté de l'entourage pour avoir... ?] Oui, pour voir certaines choses. Je rencontrais pas forcément physiquement les gens parce que quelquefois, ils étaient loin et tout ça mais j'avais un échange téléphonique. Dans les éléments de mon rapport, j'avais aussi des éléments d'un des parents, parce que ça me permettait aussi d'élargir » (Psychiatre, Expert).*

*« Une fois un expert m'a appelée, en milieu ouvert, parce qu'il n'était pas du tout... il était vraiment euh... alors, c'est une dame que je suis, qu'on a qualifiée de tous les noms mais moi je ne trouvais pas... Effectivement, elle est virulente, on lui a enlevé ses enfants. Première condamnation, première incarcération, garde à vue, euh... Première garde à vue, elle finit à Saint Jacques, elle finit en détention, 15 jours ou 3 semaines, condamnée. Première condamnation, casier judiciaire vierge. SME avec obligation de soins et bien sûr, on a placé ses enfants et il m'appelle et il me dit « mais je comprends rien à ce dossier ». Je vois cette femme, je vois ses enfants, ce n'est rien du tout ce qui a pu être écrit sur elle. [...] Il m'appelle et il me dit « comment vous percevez cette femme ? Comment vous la voyez ? Comment ça se passe en entretien ? ». « Moi ça se passe très bien ». [...] Il m'appelle et il me dit « Moi j'ai vu cette femme, plusieurs fois dans le cadre de l'expertise, mais je sais pas quoi dire, parce que je vais à l'inverse de tout ce qu'on a pu dire ou renvoyer de cette femme. Comment vous la percevez ? ». Y en a très peu. Ça n'arrive pas souvent » (CPIP).*

### c- Une évaluation qualitative

À quelques rares exceptions (v. *infra*), les conclusions des experts découlent d'une évaluation qualitative, chacun déterminant le sens qu'il donne à chaque facteur, signe ou symptôme qu'il a relevé, leurs poids et leurs interactions<sup>378</sup>. L'expert procède en premier lieu à une évaluation diagnostique, correspondant à son « *activité technique classique* », puis à une évaluation médico-légale mobilisant un savoir qui n'est pas spécifiquement psychiatrique<sup>379</sup>. Dans notre échantillon, moins de 10% des expertises mentionnent la réalisation d'examens ou l'utilisation de tests, le plus souvent rédigées par des psychologues, essentiellement des tests projectifs ou d'évaluation du niveau d'intelligence. Une seule rapporte l'emploi d'une échelle spécifique d'évaluation des risques de récidive (l'échelle cognitive d'Abel et Becker). Si la littérature internationale qualifie ces méthodes de « *non structurées* », des experts déclinent en entretien une approche méthodologiquement construite, notamment sous la forme de grilles prédéterminées de questions.

*« Donc je recevais les gens une ou deux fois, sur une durée, je dirais en gros une heure et demie. Plus, quelques fois moins. Je me suis fait assez rapidement une grille de toute façon d'examen et on arrive quand même assez vite avec l'expérience, à voir dans quel cadre on va se trouver assez vite. Donc une expertise, vous en avez lu certainement, donc vous savez comment ça se passe. Donc y a des éléments de l'affaire, l'histoire de l'affaire, des éléments biographiques et familiaux, l'examen psychiatrique avec un certain nombre de chapitres, c'est standard. Y a des signes de ceci ou y a pas de signes de cela et puis une discussion, ce qui permet d'arriver aux conclusions. Donc, il y a un plan standard, qui est le même, repris par à peu près par tous les experts » (Psychiatre, expert).*

*« Systématiquement, parce que c'est un outil magique, je fais une carte. C'est pas un géogramme, parce que le géogramme c'est le sujet qui le fait, mais je fais une carte familiale, que je reconstruis. C'est un élément important. Là, ça peut prendre du temps, en fonction de la complexité des familles, de la recomposition des fois des familles. J'essaie de remonter sur trois généra... enfin, sur trois niveaux : le sujet, les parents et les grands-parents. C'est quand même une merveille cet outil, j'adore parce que c'est un effet de surprise pour les gens eux-mêmes. Quand ils en ont pas fait, ils découvrent des trucs, notamment en termes de liens, relations, d'antécédents des fois. C'est un outil magique, parce que des fois on voit des choses apparaitre, comme le nez au milieu de la figure. Dans le transgénérationnel, dans les répétitions. Moi, c'est un outil que j'adore. Je travaille énormément avec ça. Là, ça permet d'explorer quand même, toute la famille, tout le fonctionnement familial. J'explore de fond en comble l'histoire du sujet, de sa petite enfance, d'école, des apprentissages, tout le parcours scolaire, des investissements extérieurs, du champ professionnel » (Psychiatre, expert).*

*« [Vous n'utilisez pas de tests ?] Alors non. Exceptionnellement, pour certains ados, chez qui il peut y avoir des inhibitions ou des difficultés à verbaliser, je peux utiliser un test qui s'appelle le TAT, où c'est des photos et puis c'est une invitation à faire des récits. Donc c'est la seule chose que j'utilise. Jamais en maison d'arrêt bien sûr et extrêmement rarement ici, si ce n'est avec une certaine catégorie d'individus. Oui, plutôt des ados, très rarement des adultes, sauf si vraiment c'est pas possible et que je peux rien. Et parfois, c'est hallucinant comme ça peut être intéressant. Je pense à un jeune garçon qui a porté plainte pour agression sexuelle contre un autre jeune. En fait, ils avaient des relations amoureuses, homosexuelles et lui, je pense que quand il a accédé à une sexualité plus génitale, il a vécu cette homosexualité, comme quelque chose d'extrêmement agressant. Je le reçois, un profil plutôt déficient, avec une pathologie en plus bref, génétique, etc. et donc vraiment, dans une difficulté à verbaliser et je me suis dit, ça va être super compliqué, parce qu'il... ce n'est pas possible quoi. Et là, je lui ai proposé ce test et en fait, ça a été un support vachement intéressant. Il a pu énormément parler et j'ai pu un peu rentrer dans son imaginaire. Il a pu me dire qu'il était un passionné de BD et en fait, je me suis rendue compte que sa déficience était pas si profonde que ça, qu'il avait accès à un imaginaire, à du savoir, à de la discursivité, etc. [...] Au fond, c'est même pas tant pour le test en soi, c'est un... je sais pas comment dire... C'est un prétexte à la verbalisation. Je fais des cotations, parce que par déontologie, je fais le test mais je m'en fiche complètement. Je calcule pas de... » (Psychologue, expert).*

<sup>378</sup> Niveau G., *op. cit.*, 65.

<sup>379</sup> Protais C., *op. cit.*, 31.

#### *d- Des rapports d'expertises silencieux sur les méthodes de l'expert et la durée des expertises*

Dans leurs écrits, les experts sont généralement bien peu prolixes sur leur démarche méthodologique. Tout au plus connaît-on le nombre de rencontres, généralement uniques, jamais leur durée. Sans compter le temps passé à l'étude du dossier, à la rédaction et à l'audience, l'entretien individuel s'étalerait en moyenne sur une période d'une heure ou 1h30, cette durée étant le plus souvent jugée suffisante par les experts.

*« Disons qu'une expertise... ffff... on peut dire que ça prend plus d'une demi-journée hein. Avec la personne, il faut bien passer près de 2 heures et puis ensuite, y a l'étude de tous les documents ; c'est encore 2 autres heures. Et puis, y a la rédaction : c'est encore 2 heures. Une expertise, c'est 6 heures, sans la dactylographie, les corrections, et puis éventuellement, aller déposer (Psychiatre, expert).*

*« N'y a pas de temps minimum... Enfin si, au minimum, je suis jamais descendu en dessous d'une heure d'entretien. N'y a pas de temps maximum. Je crois que mon record ça doit être quatre heures. Les surveillants qui criaient « grâce ! ». [...] Mais en moyenne, je suis autour de deux heures, ce qui est déjà assez long. [...] Je ne sais pas si c'est une habitude de revoir les gens. Moi, c'est rarissime, mais quand j'y suis retourné c'est que j'avais des questions auxquelles je n'avais pas de réponse. C'est en me relisant en fait, en relisant le dossier, je me suis dit « Mince, y a des zones d'ombre ». J'aime pas les zones d'ombre, parce que c'est un peu difficile de répondre, donc j'y retourne. Du coup là, je pose précisément. Je leur dit comme ça « Désolé, je vous revois parce que y a des trucs que j'ai pas compris ou peut-être mal compris. ». Et les rares fois où je suis revenu, ça valait le coup quand même ». Il ajoute, concernant la lecture du dossier, « Donc, du coup, voilà maintenant je prends les dossiers. Je les lis. Alors, ça demande du temps, ça dépend des dossiers. Les petits dossiers, ça va assez vite mais les gros des fois, prennent des heures de lecture. Les très, très gros dossiers, hyper compliqués, fffff, quand on a vraiment toutes les pièces de forme, des fois 5-6-7 expertises, pour des sujets qui ont déjà été condamnés, qui sont en détention depuis 10-15 ans. Moi, je prends des notes (rire) » (Psychiatre, expert).*

*« Donc je les recevais. La plupart du temps, une fois. Une fois ; parfois deux. Y a eu des cas, des situations vraiment très compliquées, où j'ai vu les gens plusieurs fois, soit parce que les gens refusaient absolument de me voir, ce qui est arrivé dans des cas de grands délirants essentiellement. Dans des histoires honnêtement, le psychopathe de base, qui a braqué la station-service qui disait « de toute façon, je veux pas voir l'expert, j'en ai rien à foutre » et tout ça. J'allais me présenter au centre pénitentiaire ou à la maison d'arrêt. Je m'étais présenté, j'avais attendu, j'avais sollicité plusieurs fois et la personne avait refusé. C'est son droit. Donc je recevais les gens une ou deux fois, sur une durée, je dirais en gros une heure et demie. Plus, quelques fois moins. Je me suis fait assez rapidement une grille de toute façon d'examen et on arrive quand même assez vite avec l'expérience, à voir dans quel cadre on va se trouver assez vite » (Psychiatre, expert).*

*« Je vois les gens une heure et demi, deux heures. Ça m'arrive exceptionnellement rarement de les revoir. Enfin, je vois les choses un peu en... comment dire, pour moi c'est un peu one shot, c'est... Je trouve ça intéressant, de pas revenir, parce que je ne suis pas sûre que les deuxième fois, troisième fois de parole, soient authentiquement, enfin pas en termes de vérité ou de véracité hein mais en termes subjectifs, je ne suis pas sûre. Et avec certains, ça peut prêter à confusion sur rapport un peu thérapeutique qui pourrait se développer (Psychologue, expert).*

Au contraire, les agents de probation considèrent qu'en raison du comportement parfois inadapté de la personne lors du premier entretien, une seconde rencontre serait *a minima* nécessaire. S'ils reconnaissent l'intérêt de les revoir parfois pour affiner leurs analyses, les experts opposent cependant leurs contraintes de temps, mais aussi matérielles.

*« Les experts, quand ils vont voir les gens en détention, ils vont les prendre à n'importe quel moment hein. Donc ça peut être tôt le matin, ça peut être le dimanche. Enfin, ils vont quand ils veulent et enfin, nous on a vu hein, des experts venir à des moments où ça colle pas. Ils le dérangent au boulot, ils le dérangent, enfin... donc lui, il est pas forcément... voilà, en plus, quel que soit le moment, y en a qui ont pas envie, mais les réponses dépendent aussi du contexte quoi. Pour ça, moi je trouve ça, pas subjectif, mais aussi... enfin, il faudrait croiser plusieurs... croiser plusieurs rencontres avec plusieurs experts, pour avoir une photo, la plus proche... quelque chose d'un peu objectif mais... » (CPIP).*

« Par exemple, on va avoir une réquisition qui va être envoyée par le magistrat le 12 septembre, qui va donner un mois, pour le rendu du rapport et on va recevoir... envoyer... le magistrat signe le 2 septembre et on va la recevoir le... je ne sais pas, le 5 octobre. Vous voyez, le délai d'un mois est déjà de 15 jours. Y a énormément de choses inconfortables. On n'a pas forcément les coordonnées des gens qu'on va contacter. Donc, avant même de faire l'entretien, y a tout un travail de préparation qui prend du temps. Euh... ensuite euh... c'est vraiment le temps. On n'a pas le temps de voir les gens deux, trois fois. Une bonne expertise, on devrait pouvoir rencontrer les gens à quinze jours d'intervalle par exemple, ce serait bien. Pouvoir revenir sur des dires, des choses comme ça. Et en général, on a le temps de les voir une fois. [...] Vous pouvez arriver, vous avez pris le rendez-vous depuis trois semaines et puis oui, y a parler, y a sport, y a ceci, y a cela. Non, c'est un parcours du combattant presque. Très très inconfortable. Alors que ça mérite quand même, beaucoup plus de... de... Quand on voit les objectifs, les visées d'une expertise quand même, c'est pas très sérieux » (Psychiatre, expert).

## 2- Des conditions de réalisation déplorées

Les conditions matérielles de réalisation des évaluations soulèvent de multiples critiques, tant du côté des acteurs judiciaires, des thérapeutes, que des experts eux-mêmes, sur des registres toutefois différents. En raison de contraintes de temps et de leur faible rémunération, les experts ne pourraient aller au-delà des simples déclarations des personnes sous main de justice, par exemple en vérifiant les informations recueillies auprès de tiers (employeur, entourage, etc.). Quelques-uns sont par ailleurs connus comme le loup blanc pour se contenter d'un rendez-vous de dix minutes. Parfois sur la base de pratiques locales, plus souvent de leurs expériences antérieures, les CPIP évoquent sous la forme d'anecdotes des experts qui ne prendraient même pas la peine d'interroger le prévenu ou condamné, se contentant d'une simple lecture du dossier. D'autres pratiques peu déontologiques nous ont été rapportées, bien plus souvent lors de discussions informelles qu'à l'occasion des entretiens.

« [c'est quoi pour vous une mauvaise expertise ?] Sans citer de nom ? (rire). Vous prenez une expertise du docteur.... Je saisis pas si vous connaissez, mais c'est juste... voilà... c'est vide. Effectivement, il va donner des traits de personnalité mais moi l'expertise, je peux la faire. Surtout que j'ai bossé un peu à [prison] et je l'ai vu venir à [prison]. C'est un des exemples, mais y a pas qu'ici. Dans toute la France, dans certains établissements, sur 5 experts, il y en a 3 bons et 2 mauvais et qui donnent des éléments où on se dit « ils n'ont pas vu... » et effectivement, ils n'ont pas vu les personnes. Ils ont fait une expertise, selon les éléments du dossier, du greffe [...]. Notamment une fois, on était en région parisienne, on avait demandé à ce que la personne demande une contre-expertise, parce que le médecin-expert, avait fait une expertise sans l'avoir vue, et ça arrive fréquemment. Oui, avec les éléments du dossier. Les éléments du dossier, c'est-à-dire le dossier greffe, ils font un copié-collé, ils prennent les éléments, voilà, et c'est tout. Ils nous questionnent pas nous... Même nous. Ils auraient pu faire une expertise copié-collé, mais au moins, appeler le SPIP, dire « comment vous le trouvez ? », poser des questions. Même au SMPR qui le suit, mais rien » (CPIP).

« En fonction des expertises, on n'a même pas besoin de regarder le nom. On connaît déjà, parce qu'il y en a certains qui fonctionnent d'une façon, et certains d'une autre. D'une, c'est hyper méga rapide, de ce qu'on a pu aussi entendre dire des probationnaires. Ils nous disent « mais l'expert, il est venu 5 minutes, et il a déjà tiré un portrait de moi, alors qu'il me connaît pas. En 5 minutes, il s'est basé que sur les faits, par rapport au rapport des policiers. Pourquoi il parle de moi alors qu'il m'a pas fait parler moi ? ». [...] On voit bien dans les rapports d'expertise, ceux qui se sont intéressés à la personne, et ceux qui se sont basés sur d'autres rapports (CPIP).

CPIP et magistrats déplorent alors la disqualification des institutions pénales qui résulterait de ce type de pratiques, même si les professionnels interprètent avec précaution les déclarations des personnes placées sous main de justice.

« [Et est-ce que par des personnes ou des échanges, vous avez des informations sur la façon dont se déroule l'expertise, notamment le pré-sentenciel ?] On en a. Quand on en a, très souvent, c'est parce que les retours ne sont pas bons. C'est un peu comme ça. Le Français il se plaint surtout quand ça va pas quand même. Mais oui, on en a... Bon, à une époque, on en a eu souvent, du même expert, pas toujours terrible, je pense que vous voyez de qui je veux parler... Le problème pour le coup, c'est que là, ça a pu ne pas nous aider. C'est-à-dire qu'on a des types devant nous... soit ça tombe sur des gens qui de toute façon, sont condamnés,

reconnaissent les faits, etc. Ils déplorent, ils trouvent qu'on fout l'argent... ok. Ceux-là, c'est un moindre mal. Mais quand on tombe sur quelqu'un, qui a rien fait du tout, qui est condamné à tort, oui, les expertises ont dit, gnagnagna, alors en plus « et votre expert, merci ». Donc c'est quelqu'un qui est déjà dans l'opposition complète. On l'a pas compris, et vous lui opposez en face ce type d'expertise-là, avec quelqu'un qui l'a vu 10 minutes, un quart d'heure à la maison d'arrêt [...] Ben y a un problème de crédibilité et là, ces gens-là, ils savent vous renvoyer ça dans la rue rapidement. C'est pour ça que quand il y a celles-là et d'autres en général je dis « ben écoutez, d'accord, mais y en a d'autres ». Là, on est super content quand il y en a d'autres. Quand il n'y en a qu'une et que c'est celle-là... » (CPIP).

« Alors là, je vais être mauvaise langue. En détention, on voit des choses... On voit les experts venir, ça dure 10 minutes. Enfin, c'est révoltant au possible, quand on voit ce qui ressemble à rien et l'importance que ça peut avoir quoi. En tout cas, ça me révolte » (CPIP).

« Je pose la question à l'audience des Assises et puis quand on a le débat contradictoire sur un aménagement de peine « vous avez vu l'expert combien de fois ? ». Donc s'il me dit « il est venu une fois ; ça a duré 20 minutes et il m'a pas écouté », je lui dis « vous êtes sûr monsieur ? », parce que je connais l'expert. C'est pas du tout sa pratique, vraiment pas. Même si l'autre, le condamné, est totalement opposant, ça ne durera pas que 20 minutes, je le sais ça. Donc en le titillant, en reposant la question... [...] Je pense que c'est à peu près une heure le minimum. L'entretien proprement dit hein. Après, y a le temps de prise en compte des pièces. De toute façon, c'est une heure et je pense qu'au bout d'une heure et demi... » (Magistrat du siège).

« On a les patients qui vont dire que l'expert est resté 10 minutes. Je sais jamais trop comment l'interpréter, si ça relève du fonctionnement du patient... on sait qu'il y a quelques experts particuliers aussi. On peut pas non plus nier... La plupart quand même, disent que le... ils y sont restés au moins une heure, une heure, une heure et demi quand même. Après, sur les conditions, y a quand même une façon de se présenter des experts, qui va marquer. Ça c'est important pour eux. Le nom, savoir d'où est-ce qu'ils viennent. Et puis, y d'autres patients qui vont présenter vraiment d'être des sortes de numéros, d'être passés à la chaîne. Ils étaient dans la liste et puis il fallait passer et puis même, du coup, dans les expertises il y a des erreurs monumentales » (Psychiatre, SMPR).

« Je pense que c'est très variable. Moi j'ai ce que m'en disent mes patients et ils me disent des choses qui sont variables et aussi qui traduisent leur ressenti. Y a de la subjectivité là-dedans. Certains ont estimé que ça a duré deux minutes, ce qui n'est vraiment pas le cas. Ensuite, la durée, certains disent une heure et demi, d'autres c'est une demi-journée, voilà » (Psychologue, SMPR).

Selon les acteurs judiciaires, davantage de précisions sur la durée de l'expertise dans les rapports leur permettrait de contrer ce type d'exagérations, mais aussi de mieux évaluer la qualité de l'évaluation produite.

« Ce serait pas mal, parce que notamment, euh... ça permettrait aussi de répondre aux questions des personnes qui nous disent « ouais, mais je l'ai vu le gars, une heure. Comment est-ce qu'il peut m'avoir analysé en une heure ? », etc. Enfin, déjà d'avoir ces éléments-là, ça nous permettrait nous, d'avoir des choses à répondre aussi aux personnes qui nous envoient ça quoi. [...] Mais c'est vrai que ce serait intéressant d'avoir ça, cet élément, pour pouvoir répondre aux condamnés qui nous demandent et pour savoir exactement, comment ça s'est passé et du coup, évaluer aussi la pertinence de la conclusion » (JAP).

« Certains précisent combien de rencontres, combien de temps ont duré les rencontres. Ça, généralement, c'était sur les grosses expertises que je pouvais voir à l'instruction avec... avec... On a tous nos chouchous. Moi j'adorais [expert] et je trouvais qu'en binôme avec [expert], ils rendaient des rapports de très bonne qualité. Et eux le précisent. Et ça permet aussi, de couper court à la critique « ah ouais, le médecin il dit ça mais il m'a vu 20 minutes », parce que c'est un truc qu'on entend souvent ou « il m'a rencontré une fois ». Bon là, ça coupe court quoi. Ils sont allés le voir deux fois, ça a duré deux heures ou trois heures chaque fois. Après on estime que c'est suffisant, pas suffisant mais en tout cas, on a l'info. Et je trouve que du coup, pour éviter ce genre de contestation c'est bien, sauf à ce que réellement, et ça doit arriver, l'expert voit le détenu réellement 20 minutes. Ça je pense qu'effectivement ça arrive et dans ce cas-là, ils le mettent pas. Alors peut-être que quand ils ne le mettent pas, c'est que vraiment ça a duré 20 minutes (rires) » (JAP).

Les CPIP souhaiteraient des expertises plus détaillées, des conclusions mieux argumentées, mais les magistrats pointent dans le même temps leur manque de temps pour lire des rapports plus conséquents. De l'avis des magistrats interrogés, la qualité des expertises tendrait néanmoins à s'améliorer, ce qu'ils expliquent systématiquement comme une conséquence positive de l'affaire « d'Outreau », durant laquelle les pratiques expertales n'ont pas été épargnées par la critique.

*« Parfois la... Il y a des expertises qui sont très approfondies, et très détaillées, mais d'autres qui sont vraiment euh... rapidement faites et pour autant, qui tirent une conclusion... J'ai vu des fois des expertises, c'est très pauvre l'expertise, et à la fin « dangerosité » « risque de dangerosité accrue » à la fin. On a l'impression que c'est un tueur en série à la fin, alors que ça mériterait quand même dans ce cas, d'être extrêmement détaillé quoi. Parce que du coup, tirer une conclusion aussi lourde de conséquences, sans détailler, c'est quand même... alors qu'il y a des professionnels qui vont se pencher sur l'expertise, et qui vont en tirer des conclusions. Ça me paraît quand même essentiel d'argumenter quoi » (CPIP).*

*« Non, je trouve que ça c'est quand même bien amélioré. On a des choses beaucoup plus complètes. [...] Quand je prends au CD, des dossiers qui ont 15 ou 20 ans, les expertises sont plus light quand même. Ou quand on fait ressortir des dossiers de gens qui ont déjà été condamnés, qu'on sait qu'il y a des expertises, oui, c'est plus light. Ben, ça a plutôt intérêt à prendre de l'ampleur. C'est volumineux, c'est de plus en plus complet, parce que l'affaire d'Outreau a probablement eu un impact du côté des experts aussi » (Magistrat du parquet).*

*« Tout ça, ça part un peu de l'affaire d'Outreau hein où euh... ce fameux psychiatre avait dit que quand on était payé comme une femme de ménage, on avait de la qualité... (rires)... d'une femme de ménage... voilà. Je pense qu'il y a eu un temps où certains experts, je veux pas non plus globaliser, voyaient l'intéressé 20 minutes et puis rendaient un rapport. Objectivement, je pense que c'est comme si nous on nous demandait de traiter un dossier conséquent en 20 minutes. C'est pas possible. Donc si on le fait, c'est que forcément on n'est pas allé au fond des choses » (Magistrat du siège).*

Si quelques rares experts concentrent les critiques, les avis convergent mais ne sont jamais totalement unanimes, dévoilant ainsi des représentations subjectives de ce que serait une « bonne » expertise ou un « bon » expert. En témoigne l'extrait d'entretien suivant, énoncé au sujet d'un expert local dont la réputation n'est plus à faire :

*« Cet expert est assez régulièrement nommé. Pour deux raisons : la pénurie et moi, je fais partie des quelques personnes qui défendent la qualité de son travail quand même pour la raison suivante. On a un commémoratif des faits qui... enfin... on a sur la biographie de la personne, sur son histoire de vie, on a beaucoup d'éléments. C'est rédigé dans un style extrêmement pénible mais c'est très fouillé. Les conclusions font référence à la nomenclature XB33-25-32, j'en sais rien, tout ce qu'on veut. Mais, au bout du compte, la conclusion, si on désigne un expert qui a une meilleure réputation, etc., etc., on risque d'avoir le même résultat à 99%. Et il y a des experts plus politiquement corrects dont je crois moins à la fiabilité des conclusions » (Magistrat du siège).*

Dans un contexte de pénurie, les magistrats peuvent toutefois difficilement se séparer des « brebis galeuses ». Sur l'ensemble du territoire, 465 experts étaient inscrits sur les listes en 2014, contre 800 en 2007, sans compter un récent mouvement de grève qui les oppose aux ministères de la Justice et de l'Économie et des Finances au sujet des modes de tarification et des cotisations sociales. Au stade post-sentenciel, la multiplication des expertises obligatoires n'aurait d'ailleurs fait qu'aggraver le phénomène. Le nombre d'expertises a augmenté de 149% de 2002 à 2009, avec un ratio de 61 expertises par expert psychiatre et par an en 2002, de 151 en 2009.

*« On sait tous très bien qu'il y a des experts qui ne sont pas très bons mais auxquels on a recours parce qu'il n'y a que ceux-là. Ça c'est aussi un peu la loi du genre » (Magistrat du parquet).*

Nous sommes loin du temps où les débats portaient principalement sur le degré de collusion entre l'expert et son juge, même si les marges de manœuvre judiciaires ne sont pas pour autant inexistantes. Dans la mesure du possible, les magistrats tendent à confier aux moins réputés les expertises obligatoires mais jugées inutiles ou redondantes, afin de privilégier ceux qu'ils estiment les plus compétents lorsque l'expertise est susceptible d'apporter une véritable plus-value. Au risque toutefois que ces expertises

bâclées suivent le condamné en cas de déménagement, sans que les nouveaux professionnels amenés à se prononcer soient en mesure de décrypter leur mauvaise qualité.

*« Ce n'est pas compliqué, il suffit d'aller aux Assises pour voir quels sont les experts qui sont désignés. Il faut voir ensuite dans les dossiers où parce que le gars est sous curatelle et qu'on est obligé d'avoir une expertise, ce ne sont pas les mêmes noms. On ne va pas gâcher les meilleurs experts » (Magistrat du siège).*

*« Moi quelquefois, c'est sûr que je nomme un expert, dont je ne suis pas satisfaite du tout dans les conclusions, mais de toute façon, j'en n'attends rien. C'est une expertise obligatoire. Je pourrais très bien juger... moi j'estime que je pourrais très bien juger et je jugerai la même personne s'il n'y avait pas eu d'expertise, que s'il y a une expertise. Donc là, je ne vais pas envahir un expert, un bon expert (rire), avec une expertise dont je n'attends rien. Le risque de collusion, ce serait vrai si on avait pléthore d'experts, mais c'est tellement pas le cas que... et c'était déjà pas le cas il y a 15 ou 20 ans » (Magistrat du siège).*

*« Moi ça fait, oui, je dirais que ça fait des années que je le désigne plus hein. [...] Avant la loi de 2014, on devait avoir des expertises obligatoires pour les SSJ encourus. On avait tendance à le désigner, entre guillemets, parce que c'était de la masse, et que au final, on trouvait pas que c'était indispensable l'expertise. Le législateur a fini par dire que c'était plus obligatoire, donc c'était plus pour se débarrasser d'une formalité, que pour avoir véritablement des éléments précis sur la situation de la personne. Il a continué à exercer parce qu'il était encore inscrit hein. Et puis aussi effectivement, parce que ben, on manque d'experts. On manque d'experts et on a des expertises obligatoires. On a quand même beaucoup de cas, et même encore maintenant. Donc clairement, c'est une question pratique » (JAP).*

*« Ça nous arrivait de la désigner notamment pour des questions de gestion du temps, c'est-à-dire qu'on avait un obstacle juridique et euh... on voulait absolument pouvoir faire avancer une situation, en prenant d'avance nos distances, par rapport à l'expertise qui parlait de remplir des formalités. Ben voilà, c'était ça avec quand même la difficulté que c'est une expertise qui figure au dossier. Que nous on prenne de la distance par rapport à cette expertise, c'est une chose, mais elle va quand même rester au dossier et puis d'autres vont en avoir connaissance » (JAP).*

*« Je pense qu'il y a des expertises qui sont... qui sont nécessaires dans une... dans une procédure, mais dont le juge d'instruction n'a pas fondamentalement besoin. Donc il va confier ça à un expert, qui va les faire très vite, mais qui vont être bâclées ces expertises. Mais il en a pas besoin, il s'en fout mais il a son expertise rapidos » (CPIP).*

*« Je me permets de penser ça, que les experts ne sont pas nommés par hasard, selon la manière dont le juge a déjà son idée sur la sortie éventuelle d'un gars. Alors, c'est vraiment subjectif, mais [...], parce qu'il y a des experts, c'est toujours les mêmes conclusions. [...] Moi-même je me le dis. Quand il me dit « j'ai vu tel expert », je dis c'est mort » (Psychologue, SMPR).*

Les experts les plus appréciés se trouvent néanmoins rapidement asphyxiés par ces sollicitations judiciaires, au risque de se transformer en « *serial expert* », pour reprendre les termes de l'un d'entre eux. Or, plusieurs de ceux que nous avons interrogés n'entendent pas y consacrer une part majoritaire de leur emploi du temps, refusant parfois de s'inscrire sur la liste des experts pour conserver une plus grande liberté de choix.

*« Je m'étais proposé à faire ces expertises. J'ai arrêté en 2011, et j'en ai fait pendant trois ans, où j'ai été, d'abord surpris du nombre d'expertises qu'on me demandait et que rapidement j'ai été amené à limiter, pour pas en faire trop, pour diverses raisons [...] D'abord je souhaitais ne pas faire que ça. Donc, j'en ai fait quand même beaucoup en trois ans. Je pourrais retrouver le chiffre mais en trois ans, j'ai dû en faire au minimum cinquante, ce qui est quand même beaucoup. [...] Dans ma tête, initialement quand j'ai commencé, je me disais « en faire une ou deux par mois, à tout casser, ça ira bien », et puis je me suis aperçu que je me suis retrouvé très vite à en refuser au moins la moitié, pour des critères de temps essentiellement. Pas tellement lié à l'affaire elle-même. Je voyais pas de raisons pour lesquelles j'aurais fait un tri. [...] Mais ça m'a permis aussi... Moi j'en ai retiré des choses tout à fait intéressantes. Au-delà de la démarche que je vous ai exposée, ça m'a permis aussi de faire connaissance avec le monde de la justice que je ne connaissais pas du tout, en dehors de ce qu'on peut connaître, de ce que peut connaître le commun des mortels, quand il s'intéresse un peu au monde dans lequel il vit. J'ai eu avec les magistrats, des rapports extrêmement agréables. Effectivement, l'effet pervers de tout ça c'est que dans la mesure où*

*je rendais des rapports qui étaient, je pense, correctement libellés, dans des délais assez rapides, donc ils me sollicitaient, ils me mandataient souvent (rire) » (Psychiatre, expert).*

*« Ce sont les JAP qui m'ont dit « pourquoi vous ne faites pas les expertises. Nous, ça nous intéresse », et j'ai commencé comme ça. Et ceci dit, je suis pas expert, parce que je suis pas sur la liste. Et j'y tiens absolument, parce que je gère. J'en fais peu. [...] J'en fais deux par mois. Je suis pas un serial expert. [...] Deux par mois, ça en fait 24 dans l'année. En arrondissant, j'en fais 30 dans l'année. Y a des mois – rarement – où je peux en faire trois. Déjà, je trouve que c'est pas mal. Ça prend du temps. Si on veut bien faire, ça prend quand même du temps et de l'énergie. Donc 30 par an. Y a quand même un certain nombre d'experts qui en font plus de 100 par an » (Psychiatre, expert).*

La situation devient d'autant plus critique que tous les experts soulignent une véritable crise de vocation, liée à la faible rémunération et aux délais de paiement. Si l'exercice relève bien davantage des praticiens hospitaliers, ces derniers tendraient aussi à désinvestir de telles missions, surtout depuis la remise en cause d'un statut qui leur garantissait la réalisation des expertises dans le cadre de leurs fonctions hospitalières, sans charges complémentaires.

*« Parce que le temps de paiement, j'ai réalisé après qu'on était payé... eu égard au temps passé, c'est très très mal payé et c'est payé dans des délais... six mois, un an, un an et demi après » [...] De psychiatres privés, y en a peu qui font des expertises, parce que c'est vrai que ça prend du temps. Les gens sont en détention, il faut y aller et quand vous allez en détention, ce n'est pas parce que vous arrivez que toutes les portes s'ouvrent tout de suite, dès qu'on est là. Il faut attendre. Donc, aller voir quelqu'un une heure, une heure et demi, ça veut dire que vous y passez une demie journée, en gros hein. Donc, quand vous êtes en libéral, vous avez une affaire à faire tourner. Ensuite il faut rédiger, tout ça, revoir les gens si besoin. Donc en gros, si on renvoie ça en temps horaire, vous devez être payé 20€ de l'heure. Bon... c'est pas beaucoup et y en a qui sont payés encore moins. [...] En libéral, c'est très difficile. Ce sont essentiellement des praticiens hospitaliers et une des raisons de la grève, c'est aussi que, justement, le statut d'expert amène à être différencié un petit peu de leurs pratiques. Donc il y a des charges supplémentaires. Ils vont devoir payer l'URSSAF, donc voilà ils disent « pourquoi on va aller s'embêter à travailler, à voir des gens, etc., si c'est pour vraiment des clopinettes ». Donc ça crée une crise de vocation [...]. Et tout le travail de secrétariat n'est pas payé encore. C'est pas payé. Et c'est en sus. Donc ma secrétaire, pour la frappe, la mise en forme, les convocations, etc., elle passe bien 2 heures par expertise. Donc une expertise, c'est 8 heures de travail. Vous ramenez ça au prix d'une expertise, c'est ridicule ce qu'on est payé. [...] Vous multipliez le prix de l'expertise par 3, vous verrez qu'il n'y aura plus de pénurie d'expertises en France » (Psychiatre, expert).*

*« Mais il faut voir aussi comment on traite les experts. C'est-à-dire qu'ils sont très peu nombreux, donc ils sont assaillis de missions. S'ils veulent rendre les... Quand il y a des détenus, y a des délais quand même... voilà, impératifs. Donc ils sont pressurés par les juges d'instruction « vous avez pas rendu votre rapport, vous avez pas rendu votre rapport ». C'est sûr que tout ça, ça a enchaîné une dérive. Je pense qu'on peut qualifier ça de dérive, mais on y est nous aussi, système judiciaire, d'une façon générale, on en est responsable. Parce que... parce que, on demande beaucoup, à très peu d'experts. Parce que ils sont pas bien payés euh... et que on veut quand même des rapports. Et que nous légalement, on nous demande... y a de plus en plus de procédures où l'expertise on nous dit, elle est obligatoire, il faut leur donner. C'est même plus une question d'appréciation donc c'est un peu un cercle vicieux. [...] Et ça, c'est pas nouveau, parce que je me souviens que quand j'exerçais à [ville], j'ai eu l'occasion de parler avec un psychiatre, qu'on nommait très régulièrement, parce que c'était un des deux ou trois qui faisaient des expertises sur le ressort et qui, à un moment donné, a eu le courage... et qu'il trouvait qu'il était tellement pressuré et que ça ne lui convenait pas, cette façon de fonctionner et de n'avoir que 20 minutes à consacrer pour faire une expertise, qui a dit « Moi je stoppe. Je prends une année. Je ne veux plus qu'on me désigne parce que je ne conçois pas mon job comme ça » (Magistrat du siège).*

*« Là en ce moment, clairement, on n'a plus le choix. De toute façon, [expert] et [expert], ils ont arrêté, enfin ils sont en grève. Mr [expert] a même demandé à être retiré de la liste des experts et ils n'en démordent pas. J'avais beaucoup travaillé avec lui à l'instruction et on se connaît bien, et on s'apprécie bien. Je me suis permis de prendre mon téléphone, sur un condamné qui est condamné pour acte de terrorisme et qui veut sortir en décembre et qui est décrit comme super dangereux. Donc expertise super intéressante. Très importante et super intéressante et [lui], il a pas démordu de son choix de maintenir, une position légitime. [...] Y en n'a plus. Le seul qui en faisait, c'était [expert] je crois, qui faisait encore des expertises pour l'application des peines et qui arrête là, en décembre. Définitivement, retraite » (JAP).*

### 3- Une critique de la surévaluation des risques

L'évaluation clinique est d'autant plus contestée qu'en résulte une nette propension des experts à surévaluer les risques de récurrence, *a fortiori* dans un climat de panique morale insécurisant pour les professionnels (a). Lorsqu'on les interroge sur ce point, les CPIP demeurent toutefois compréhensifs, nuançant ces critiques, car leurs méthodes ne sont pas si différentes et parce qu'ils sont confrontés aux mêmes risques professionnels, dont découlent des mécanismes d'autoprotection similaires (b).

#### a- Un constat déduit du contexte de responsabilisation des experts

S'il convient de prendre en compte les spécificités des publics de notre échantillon, la fréquence des pronostics de risque questionne quant à l'éventualité d'une surévaluation de la dangerosité. Une dangerosité autre que psychiatrique et/ou des risques de récurrence ont en effet été retenus par au moins un expert dans neuf dossiers sur dix. Comme au sujet des recommandations de soins, tous les professionnels expliquent cette quasi-systématicité par un phénomène généralisé d'« ouverture de parapluie », par des experts préférant cautionner l'existence de risques pour ne pas en prendre eux-mêmes, pour se dégager de toute responsabilité ou la faire porter en aval sur le juge en cas de réitération ultérieure. Si certains professionnels n'ont pas le sentiment d'une aggravation de ces mécanismes d'autoprotection, d'autres insistent au contraire sur les effets délétères de la mise en cause des experts à la moindre récurrence médiatique. Quelques rares figures locales feraient toutefois exception. Confrontés au même contexte de responsabilisation, les autres intervenants les ont régulièrement salués à l'occasion de nos entretiens, quelques-uns doutant d'en être capables s'ils devaient exercer la même mission.

*« La responsabilité... Ah ben, c'est présent. C'est hyper présent. C'est... Je fais très attention. J'ai toujours en tête, le fait que ce que je vais dire de cette personne-là, va peser très lourd sur des décisions importantes, tant par rapport aux victimes, que par rapport à la personne. Donc, oui, je suis... Oh oui, oui, oui. [Est-ce que ce risque de mise en cause ne produit pas une surévaluation des risques ?] Oui. Je pense oui. [...] On avait vu ça justement dans des Copmes [commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté] où on avait accès à des tas d'expertises, on avait des centaines d'expertises et oui, ça se protège de tous les côtés hein. Tout le monde a très très peur. Par ce que bon, rien que la déposition aux Assises déjà c'est euh... on est très très exposé déjà ce jour-là. On nous demande justement, de tout justifier, de dire des choses qui sont imprédictibles » (Psychologue, expert).*

*« Moi ce que je peux voir quand même, de temps en temps, c'est des conclusions de type « au vu du parcours pénal, y a un risque de récurrence ». La conclusion, c'est de dire, il l'a fait plein de fois et pourquoi il recommencerait pas. Mais à ce jour, il va bien, il s'est stabilisé, donc, juste une petite phrase pour dire... voilà, qui donne l'impression un peu de euh « je n'irai pas jusqu'à dire qu'il n'y a pas de risque de récurrence parce que les aujourd'hui, les faits vont plutôt dans une hypothèse assez contraire », mais que malgré tout, il serait pas loin de conclure que non, quand même, là il est dans une situation tellement différente qu'il n'y a pas de risque de récurrence, mais ils vont pas jusque-là » (JAP).*

*« Y en a qui ouvrent le parapluie systématiquement et puis d'autres, qui arrivent courageusement à se mouiller » (Psychiatre, SMPR).*

*« Tout ce qui est sexuel, on a toujours un risque avéré de récurrence, ou... y a toujours quelque chose, qui laisse penser que peut-être il faut quand même faire gaffe. Donc le parapluie est ouvert. [...] Oui, bien sûr qu'il y a des nuances dans les expertises, mais au final, y a toujours un risque. Y a toujours un risque quand même. Comme ça, par précaution [...]. [Et quand on parlait des évolutions du système pénal en général, autour de cette ouverture de parapluie, vous pensez qu'il y a des moyens d'en sortir de ce... ?] Je pense que ça va être de pire en pire. [...] Mais parce que on est passé sur une notion de responsabilité. Il faut des responsables à tout. La personne qui commet l'acte, c'est la personne qui est responsable. Mais non, c'est pas suffisant maintenant, faut trouver quelqu'un qui est à côté, qui a été... [...] Là maintenant, il faut des responsables. Il faut trouver des responsables » (CPIP).*

*« En tout cas, c'est un peu le... c'est un peu l'impression que j'ai. Ouvertures de parapluies, y en a toujours eu de toute façon. Particulièrement là euh... non, non, j'ai pas l'impression. Non, j'ai pas le sentiment » (JAP).*

« Ouais enfin, y a eu des fois où je savais pas très bien sur quoi [l'expert] s'appuyait. J'ai plutôt pensé à l'effet parapluie qu'autre chose, c'est-à-dire que ben, il vaut mieux mettre qu'il y a un risque, comme ça si y a quelque chose qui se passe, au moins je l'aurais mis. [...] voilà, y en a un certain nombre, je pense plutôt qu'il y a l'effet parapluie. Et on en a aussi qui... qui... qui... alors là, ceux-là je les salue, on en voit pas souvent pour le coup, mais on en voit des, qui disent que pour eux, le risque de récidive est très faible, voire quasi nul et y en a pas beaucoup à écrire ça. Y en a qui le pensent, mais qui préfèrent dire que... [...] Mais je pense que, que, que... voilà, le problème c'est quand quelqu'un récidive maintenant... Alors, à une époque il pouvait y avoir que les juges, maintenant y a les médias, y a la famille et qu'en même temps... C'est malheureux parce qu'à terme, on va avoir des choses, qui risquent d'être uniformisées, sans précision, et qui n'aident pas forcément pour le suivi ou pour l'individualisation du suivi ou de la peine. Mais en même temps, on pousse les psychiatres à ça » (CPIP).

### b- Une critique mesurée

Si la critique se fait parfois incisive du côté des acteurs judiciaires, celle-ci demeure le plus souvent mesurée, principalement parce que leurs pratiques évaluatives ne sont pas si différentes de celles des experts et parce qu'ils subissent le même phénomène de contestation, avec pour conséquence les mêmes phénomènes d'autoprotection professionnelle. Nous étudierons plus en détail les pratiques des CPIP dans la seconde partie du rapport, mais pour comprendre leurs perceptions de l'évaluation expertale, il convient d'observer en miroir leurs propres méthodes, qui présentent de nombreuses similitudes<sup>380</sup>. Les premières rencontres avec les prévenus ou condamnés visent à reconstituer leur trajectoire et à les interroger sur leur situation actuelle matérielle, familiale, sociale et sanitaire. Ils s'appuient généralement sur une grille d'entretien élaborée au sein de chaque SPIP, qui comprend différents items : antécédents judiciaires, domicile, situation familiale, financière et professionnelle, niveau de formation, situation sanitaire, etc.<sup>381</sup>. Cette trame n'est toutefois qu'un modèle qu'ils ne sont nullement contraints de suivre. Ils disposent d'une liberté conséquente dans la manière dont ils conduisent leurs entretiens, abordent (ou non) ces différents items et retranscrivent leurs observations. Le cadre de l'entretien individuel leur confère « un important pouvoir discrétionnaire », qui se manifeste à la fois dans le choix des informations retenues et dans la façon de les combiner<sup>382</sup>. Ils s'appuient par ailleurs essentiellement sur les déclarations des condamnés et diverses pièces justificatives versées au dossier (bulletins de salaire, attestations médicales, etc.). Leurs sources d'informations sont d'autant plus limitées que la raréfaction des visites à domicile les prive d'éléments pertinents sur l'environnement social et familial de la personne<sup>383</sup>. En conséquence, les pièces judiciaires, notamment les antécédents judiciaires et la condamnation, constituent souvent les seuls éléments d'information extérieurs et *a priori* objectifs dont disposent les CPIP. Leurs pratiques sont dès lors jugées aussi artisanales que celles des experts, perméables à une certaine subjectivation des propos sinon à des préjugés.

Dans notre échantillon d'affaires, leurs écrits professionnels ne comportent en réalité que peu de mentions et précisions personnelles sur les risques de récidive, étant indiqué que nous avons enregistré leur contenu durant la détention, les six premiers mois et les six derniers mois de prise en charge (à la date de la consultation du dossier pour les suivis en cours). Les CPIP se réfèrent à la notion de dangerosité dans une minorité de dossiers, plus souvent à l'occasion d'une demande d'aménagement de peine en milieu fermé qu'en milieu ouvert, généralement par le biais d'une citation de l'expertise psychiatrique, de sorte que ce concept ne semble pas appartenir au vocabulaire habituel de ces agents.

« Pour résumer cette situation il se comporte, le plus souvent, dans l'immédiateté ce qui est en inadéquation totale avec les pratiques quotidiennes des différents services qu'il est appelé à solliciter. Cela comporte un caractère qui revêt un degré de dangerosité qu'il est difficile de quantifier mais est, cependant, bien réel ». « Concernant la dangerosité que représente Monsieur... en métropole et que j'ai évoquée dans mon précédent rapport, je maintiens qu'elle est réelle ». « Dans ce contexte la dangerosité de Monsieur... est, toujours, d'actualité » (extraits de rapports du CPIP adressés au JAP, D1).

<sup>380</sup> V. également Dubourg E., *Les services pénitentiaires d'insertion et de probation à l'aune de la prévention de la récidive : fondements juridiques, évolution, évaluation et avenir*, Thèse, Université de Nantes, 2015.

<sup>381</sup> Dubourg E., Gautron V., *op. cit.*

<sup>382</sup> Quirion B., D'Addese L., « De l'évaluation clinique au calcul de probabilité : le recours aux outils actuariels dans les pénitenciers canadiens », *Criminologie*, 2011, vol. 44, n° 2, 234.

<sup>383</sup> Dindo S., *Sursis avec mise à l'épreuve : la peine méconnue, une analyse des pratiques de probation en France*, Étude réalisée pour la DAP / Bureau PMJ1, Paris, ministère de la Justice, 2011, 104.

« Mr... a déclaré souffrir de son état et de la potentielle dangerosité de son comportement [...] Actuellement, il ne présente pas de dangerosité en milieu libre dans la mesure où il est soutenu par un cadre contenant. [...] Une surveillance médicale est indispensable. En l'absence de prise en charge, il est impossible d'éliminer les risques de récurrence » (rapport du CPIP adressé au JAP en détention, D58).

Au-delà de la notion de dangerosité, les appréciations personnelles sur les risques de récurrence sont plutôt rares, tant dans les rapports adressés au juge d'application des peines que dans leurs notes manuscrites.

*« [Dans les rapports que vous transmettez au JAP, ça peut arriver que vous vous prononciez aussi sur la récurrence ?] Moi je l'ai jamais fait, non. Je l'ai jamais fait. C'est compliqué mais pour les suivis socio-judiciaires, je l'ai jamais fait. Mais je l'ai déjà fait en milieu fermé, pour... voilà mais en suivi socio-judiciaire non. Je l'ai fait une fois, parce que c'était un monsieur qui disait clairement qu'il allait tuer sa femme. S'il la retrouvait, il la tuait » (CPIP).*

On trouve trace de telles évaluations personnelles dans seulement cinq dossiers durant la détention, seize dossiers durant les six premiers mois du suivi en milieu ouvert, neuf si l'on prend en compte les seuls rapports à destination du JAP. Durant les six derniers mois, l'information ne figure plus que dans neuf dossiers, essentiellement dans des rapports ponctuels ou semestriels adressés au JAP.

« Il nous semble que le contexte du placement extérieur à ... est peu porteur de risque de passage à l'acte. L'expert note dans son rapport : "compte tenu de la nature des faits et d'un état de récurrence, d'un trouble de l'orientation sexuelle, il existe un risque de récurrence. Toutefois, ce risque est amoindri car le sujet ne cherche pas à dissimuler son trouble, ni le minimiser. Il a pris conscience qu'il ne devrait plus consommer d'alcool » (rapport adressé au JAP, D6).

« Même s'il est vrai que M. a fait des efforts durant sa détention pour préparer au mieux sa sortie, qu'il a conscience de son fonctionnement, qu'il a travaillé sur ses conduites addictives, le risque de récurrence reste élevé malgré tout » (rapport semestriel adressé au JAP, D48).

Dans trois affaires, le CPIP se contente en réalité d'émettre des réserves quant à sa capacité à évaluer les risques de récurrence. Plutôt que se prononcer eux-mêmes, les CPIP ont tendance à s'en remettre aux experts ou aux médecins coordonnateurs, se contentant de citer des extraits de leurs rapports.

« La synthèse du [Médecin coordonnateur] évoque un profil peu inquiétant en termes de récurrence » (CPIP, Rapport semestriel au JAP, D12).

« Les experts psychiatres estiment "qu'il s'agit d'un sujet qui reste introverti mais qui progressivement prend de l'assurance dans le chemin de la réadaptabilité" et qu'il "présente un risque moins avéré de récurrence". Nous pensons que la commission des faits s'est déroulée dans un contexte intrafamilial particulier et fortement conditionné par l'isolement affectif et la charge qui lui incombent. Mr... est libérable à la fin de l'année et peut prétendre à de nouvelles RSP [...]. Il est donc proche de la fin de sa peine car il a plus priorisé la mise en place d'un projet et accompagnement qui soient bien adaptés, qu'une sortie à tout prix. Il adhère fortement au suivi psychologique à sa sortie dans le cadre du suivi socio-judiciaire. Sa sortie dans le cadre d'un projet structuré qu'il a construit, apparaît comme la meilleure prévention de la récurrence". (CPIP, rapport au JAP, D17).

« L'expert psychiatre note dans son rapport qu'"il présente une dangerosité et que le risque de récurrence paraît avéré s'il se trouve seul à "extérieur confronté à la solitude, voire au désœuvrement..." » (CPIP, rapport au JAP, D22).

« Ce rapport relève d'une part la situation de l'intéressé (avec beaucoup d'angoisse, une exclusion du domicile parental pour des violences intra familiales, et une alcoolisation excessive) et d'autre part renvoie à l'évocation d'un positionnement du thérapeute estimant l'intéressé en mesure de réitérer des actes délictueux violents » (CPIP, rapport ponctuel au JAP, D34).

C'est également au travers de la parole du condamné sur sa propre perception des risques que le sujet est abordé.

« À la suite de la dégradation des relations de couple de la condamnée, le CPIP note dans un rapport ponctuel au JAP : « concernant le risque de récurrence, Mme... estime que la situation actuelle est très différente de celle qu'elle vivait avec la victime. Alors qu'elle était soumise et impliquée affectivement dans sa relation avec la victime, cela n'aurait jamais été vraiment le cas avec son conjoint actuel » (D89).

« Lors des entretiens, il était difficile d'évoquer les faits valant condamnation. Il se mettait parfois à pleurer. Les rares fois où nous avons pu échanger sur les faits et notamment la récurrence, Monsieur... avait expliqué ne pas avoir intégré le caractère transgressif de ses actes. La deuxième condamnation et incarcération lui avait permis de comprendre ce qu'il avait fait. Il paraissait mettre un point d'honneur à "rester dans ses bottes". Il ajoutait fuir les situations à risque par peur d'être submergé par les émotions » (CPIP, rapport destiné au JAP, D3).

« Mr... "dit une récurrence impossible au vu de son évolution. Les faits sont selon lui liés à son immaturité et il pense être très loin d'un tel comportement maintenant » (CPIP, rapport adressé au JAP, D78).

« Demande à M "s'il a des craintes de récurrence avec ce qu'il a déjà vécu, il dit qu'il n'y pense pas pour l'instant et laisse les choses évoluer tranquillement" » (CPIP, notes manuscrites, D57).

« Dit qu'il avait peur à chacune des sorties précédentes de récurrence, pas cette fois, car très déterminé et absence doute à cause marque détention + traitement » (CPIP, Notes manuscrites, D25).

« Mr rappelle qu'il a été condamné une seule fois pour des faits commis il y a trois ans et que s'il avait dû récurrence, il l'aurait déjà fait puisqu'il habite face à un collège » (CPIP, notes manuscrites, D68).

« Par rapport au risque de récurrence, il dit "aucun risque de récurrence puisqu'elle n'est plus sous mon nez" » (CPIP, notes manuscrites, D94).

À l'instar des experts, très rares sont les CPIP qui s'aventurent à préciser un niveau de risque, ce type de mesure n'apparaissant que dans trois rapports au JAP. Ils restent par ailleurs prudents lorsqu'ils le jugent faible.

« Il apparaît au cours de l'entretien et selon les dires de l'intéressé lui-même que nous avons à voir avec une vraie structuration psychologique sur un mode pédophile, même si l'attraction pour les enfants avait été mise en sommeil lorsqu'il vivait avec son amie. Suivi mensuel et vérification du traitement trimestriellement, le risque de récurrence est important si ce traitement n'est pas mis en œuvre, et l'intéressé en convient lui-même » (CPIP, rapport adressé au JAP, D87).

« Nous pensons plutôt faible le risque de récurrence de faits similaires. M.... reste néanmoins une personne fragile et c'est sa situation socio-professionnelle qui reste pour nous un point noir » (rapport de fin de mesure au JAP, D37).

Il ne faudrait toutefois en déduire une indifférence des agents de probation, mais plutôt des précautions comparables à celles des experts, y compris dans la prise de notes manuscrites. La consultation potentielle du dossier par des tiers les incite à éviter les appréciations personnelles, *a fortiori* dans un contexte de responsabilisation croissant, dans lequel ils ne se sentent d'ailleurs pas particulièrement soutenus par leur hiérarchie (v. *infra*). Anticipant une mauvaise interprétation du juge au préjudice de la personne et/ou des reproches qui pourraient leur être adressés en cas de récurrence effective, les CPIP s'interdisent d'inscrire sur papier ce qu'ils considèrent être du « ressenti », privilégiant des informations jugées objectives.

*« Mais on peut comprendre aussi que l'expert s'engage, comme nous on s'engage dans nos rapports. Et dans nos rapports, on est pareil. On n'est pas toujours très... Quand on ne sait pas, on dit qu'on ne sait pas trop. On préfère dire qu'on ne sait pas, plutôt que de raconter n'importe quoi. [...] On ne peut pas tout noter. Enfin, moi je ne note pas tout. Y a des choses que je garde. Ce qu'il y a aussi c'est que c'est un genre de contrat qu'on a... que j'ai avec le proba. [...] Donc il y a des éléments qu'on peut mettre et des éléments qu'on préfère garder, mais qu'on peut évoquer avec les collègues mais tout doit pas... Parce que de toute façon, le juge peut mettre le nez, peut demander ça. Les forces de police aussi peuvent avoir accès au dossier. Il peut y avoir différentes personnes et c'est pas nécessaire que ce soit inscrit » (CPIP).*

*« [Est-ce que vous êtes pas plus vigilant aujourd'hui, sur ce que vous allez noter ? Vous avez toujours cette chose en tête de dire, comment ça va être approprié ?] Ça a marqué cette profession [une récurrence médiatisée], dans son ensemble. Y avait un bandeau qui était mis. Je ne sais pas si on vous a parlé de ce bandeau-là ? C'est intéressant. Pour dire la peur que ça avait suscité, parce que là, on est retombé sur la question de la responsabilité individuelle. Le bandeau, il disait un truc du style « nous vous rappelons que cette évaluation a été faite un jour J et qu'elle n'a pas de valeur ou qu'elle est indépendante d'une future récurrence si... » ; je sais plus le truc exact. Ça, c'était une protection. On disait, c'est une évaluation à un instant t et les conclusions, si on dit qu'il y a une évolution possible, ça ne doit pas préjuger d'une future récurrence. C'était le bandeau qui a traîné pendant un an, sur les rapports, dans tous les SPIP. [...] La DAP a hurlé en disant « vous m'enlevez ça, on veut plus voir ça dorénavant », parce qu'effectivement, on l'écrivait noir sur blanc, c'est une évaluation. Ça veut pas dire qu'effectivement, le gars va récurrence ou pas récurrence. Ne venez pas nous dire « vous avez écrit ça » alors que le gars a récurrence. Donc on était sur ça. Y a eu une protection presque... elle devait être visible, se décharger immédiatement, alors on fait ce bandeau-là. Nous, on fait notre travail, mais ne venez pas nous chercher des noises, s'il se passe quelque chose ; on n'est pas devin » (CPIP).*

« Le SPIP rappelle que le présent rapport constitue une évaluation ponctuelle selon les éléments connus à ce jour. A l'évidence, le SPIP ne peut en aucun cas être garant ni du comportement de l'intéressé ni de l'absence de risque de récurrence » (Rapport semestriel du CPIP, D92).

Ces précautions permettent de comprendre les appréciations relativement clémentes des CPIP quant aux pratiques des experts, dès lors qu'ils sont confrontés aux mêmes difficultés et aux mêmes enjeux en matière d'évaluation des risques de récurrence. Pour eux comme pour les magistrats, la légitimité de l'expert ne repose d'ailleurs pas seulement sur son savoir, mais également sur sa capacité à faire preuve de prudence, de modestie, à reconnaître aussi parfois son ignorance<sup>384</sup>.

*« Enfin, c'est rare ceux qui mettent clairement leur... qui posent clairement leur diagnostic. Enfin si, parce que le diagnostic, il y a des critères qui font que... Mais sur l'éventuelle dangerosité, il y a éventuel. Déjà le mot est dit. Sur la dangerosité de l'intéressé, sur le risque de récurrence, sur... ben... ceux qui osent affirmer... On se pose la question quand même. De toute façon, on peut rien affirmer. C'est pas franchement « chapeau les experts » et je comprends qu'ils... que parfois, ils fassent des circonvolutions pour essayer de ne pas mettre des mots, qui pourraient être interprétés de façon mal intentionnée. [Est-ce que selon vous, ça joue sur la qualité de l'expertise ? Vous pensez que pour une bonne expertise, l'expert va prendre une position bien tranchée ou, au contraire vous pouvez comprendre que même un bon expert soit un peu nuancé dans ses conclusions ?] Je comprends tout à fait oui. Parce que de toute façon, on risquerait de lui taper dessus, s'il avait mis blanc, alors que c'était gris. C'est tout à fait compréhensible. [En soi, dans l'idéal, est-ce qu'une bonne expertise où l'avis est tranché ou au contraire, où il peut y avoir des doutes aussi ?] Ah ben les doutes, on accepte mais il faut quand même que ce soit clair comme expertise. Comment on peut avancer si on tâtonne ? Y a un moment aussi où de notre point de vue, on a besoin qu'on nous pose les choses. Si on nous dit peut-être, éventuellement... ça ou ça. Ben oui, mais on travaille pas pareil si c'est ça ou si c'est ça. Donc nous aussi on a besoin à un moment, que ça soit un peu posé. Mais on peut comprendre aussi que l'expert s'engage, comme nous on s'engage dans nos rapports. Et dans nos rapports, on est pareil. On n'est pas toujours très... Quand on ne sait pas, on dit qu'on ne sait pas trop. On préfère dire qu'on ne sait pas, plutôt que de raconter n'importe quoi. » [...] On peut pas dire le futur, parce qu'on sait pas. Ce que j'ai dit à... tout à l'heure « si vous avez la recette de savoir ce qui se passe dans 5 ans, même 5 minutes, vous me le dites, ça me sera utile pour mon boulot » (CPIP).*

*« En fait, on est dans le même problème nous aussi hein, c'est-à-dire notamment cette fameuse appréciation de la dangerosité sur laquelle ils doivent se prononcer. [...] Je pense qu'ils sont pris dans le même piège que je vous disais. Moi je demanderais pas un classement de suivi, autrement on me tombe dessus. Je pense que eux, ils sont sur la même logique quoi. C'est-à-dire qu'il vaut mieux dire qu'il est dangereux, au cas où il le serait. [...] Ça me gêne pas une formule alambiquée, si tout le reste est pas alambiqué quoi. Ils peuvent être embêtés sur cette formulation. Je pense qu'une formule alambiquée, reflète que c'est difficile de dire qu'il n'y a pas de risque. Je trouve que c'est un peu le même genre et là, je peux comprendre pourquoi à un moment donné, ils arrivent à se protéger derrière des formules alambiquées. Donc je ne suis pas très jugeante là-dessus (rires) » (CPIP).*

*« C'est avec toutes les affaires qu'il y a eu depuis plusieurs années, sur les multirécidivistes et c'est vrai que comme c'est de leur responsabilité, mine de rien, on a beau dire... on peut jamais dire ce qui peut se passer. On n'est pas devin, on n'est pas magicien. D'un coup de baguette, on peut pas guérir la personne et lui dire « ça y est. Tu ne feras plus rien ». C'est se protéger aussi de mettre « y a un risque de récurrence ». J'ai pas dit qu'il le fera, mais j'ai pas dit qu'il le fera pas. Ça veut tout dire et rien dire. Je le mets, je suis assurée. J'ai pas dit « monsieur est nickel. Plus jamais vous entendrez parler de lui ». Ça déjà, personne peut le dire. Maintenant, je trouve que ça a perdu son sens « risque de récurrence », puisqu'il est mis à toutes les sauces. [Ces médiatisations ont eu un impact sur la manière dont les experts travaillent ?] Ben oui, parce qu'après on leur disait... Y en a plein qui se sont fait taper sur les doigts, en disant « dans votre expertise, en date du machin, il était indiqué que monsieur ou madame... sauf que, à peine sorti de détention il a recommis les faits ». Oui, mais c'était à l'instant t, que là, monsieur était dans une situation qui faisait que, nous on avait aucun élément qui nous disait que il allait récidiver. Qu'est-ce qui se passe 5 minutes après, nous on le sait pas. Maintenant, c'est plus une protection, ben y a un risque de récurrence. [...] Nous, je sais qu'on a connu une petite période assez problématique au SPIP, et y a des collègues qui mettaient en fin de rapport « ce rapport machin, c'est à un instant t, au moment où j'écris », enfin voilà. Sauf que ça n'avait plus aucun sens quoi. Les collègues avaient la trouille, parce que ça retombe sur eux. [...] Ça se comprend. Ça se comprend tout à fait, on se protège. Mais c'est pas... c'est pas... c'est pas facile de vivre toujours avec cette peur. [...] On est obligé maintenant... à un moment, tout le monde disait « on ouvre le parapluie. On met les injonctions, on met les obligations, on met des récurrences »... Mais au bout d'un moment, c'est plus des parapluies quoi, c'est des vanes géantes qu'ils mettent et ça a plus de sens. C'est ça le problème, ça a perdu son sens » (CPIP).*

<sup>384</sup> Bensa A. (dir.), *op.cit.*, 47.

« [On a d'autres experts, qui peuvent être parfois très ambigus, avec une analyse qui est très floue, ce qui fait qu'on ne sait pas toujours au fond, ce que l'expert pense de la dangerosité. Est-ce que vous, c'est aussi un sentiment que vous avez parfois à la lecture des expertises ?] Oui. Enfin, je comprends qu'un expert quelquefois, ne puisse pas être tranché. Je pense que toutes les personnalités sont pas si faciles que ça à analyser donc... [Donc, un expert qui est tranché, ce n'est pas forcément la garantie... Vous ne préférez pas forcément, une expertise où l'expert va être tranché ?] Ah non. Non, non, moi je ne le vois pas comme ça. C'est euh... c'est plus confortable peut-être pour nous, d'avoir une expertise tranchée. Après, on en fait ce qu'on en veut. On est d'accord ou on n'est pas d'accord, mais plutôt que d'avoir une expertise, qui ne nous... Y a des expertises, une fois que je l'ai lue, je n'en sais pas plus. Enfin, je veux dire, ça ne m'apporte rien. Mais c'est pas une critique vis-à-vis... Peut-être que voilà... l'intéressé a été assez habile pour se mettre complètement en retrait et qu'on puisse pas percevoir quelle est sa personnalité. Enfin, j'imagine que c'est très très compliqué hein » (Magistrat du siège).

« Mais je pense parce qu'ils peuvent pas se prononcer aussi. À l'inverse, l'expert qui sera trop affirmatif, sauf le trouble psychotique, la pathologie psychotique bien avérée, bien machin, bien truc, qui clignote effectivement. Après, quand ils sont trop affirmatifs sur la base d'éléments ça peut... ouais, ça peut... je peux m'en méfier aussi. Mais ça dépend toujours des experts. Y a des experts en qui j'ai vraiment une confiance aveugle. [Donc une bonne expertise, c'est pas forcément une expertise où l'expert va être très clair, ou en tout cas affirmatif sur cette question-là ?] Alors, c'est toujours rassurant, quand ils sont affirmatifs les experts. C'est un peu ce qu'on disait aussi 1) parce que ça fait reposer finalement la responsabilité de la décision sur quelqu'un d'autre, donc c'est confortable et puis ça rassure. C'est un peu la discussion qu'on avait sur... voilà... un espèce de scientisme quoi. « Le docteur il a dit », donc on a une tendance naturelle à suivre... voilà, c'est l'autorité en la matière quoi donc y a du réconfort, y a de la rassurance et y a, je pense, une tendance un peu naturelle à faire confiance quoi. Mais euh... mais euh... mais ça reste toujours qu'un avis » (JAP).

« [Est-ce que pour vous, une bonne expertise est une expertise dans laquelle l'expert se prononce clairement sur le risque de récurrence et la dangerosité, sans laisser planer aucun doute ou pas ?] Non, ce n'est pas synonyme d'une bonne expertise. Comment on peut être sûr ou très clair, par rapport à ça ? Tout en étant peut-être vrai, ça n'induit pas que l'expertise est forcément de qualité et susceptible par ailleurs, d'apporter un éclairage sur la problématique de la personne, et ce qui pourrait être mis en œuvre justement, pour travailler à le réduire ce risque : les axes d'intervention » (CPIP).

« [Est-ce que selon vous, une bonne expertise, est une expertise dans laquelle vous avez, un positionnement clair de l'expert, quel qu'il soit sur la récurrence ?] Je préfère quand c'est plus alambiqué, parce que quelque chose qui est trop tranché, ben du coup, je ne sais pas comment il fait pour avoir un avis aussi tranché, parce que sur la nature humaine, de pouvoir dire « plaqué », parce que chaque personne aussi est différente et voilà. Il peut avoir tous les voyants en rouge, ben finalement, c'est le moment de, et ça va bien se passer. Donc je trouve que c'est risqué d'avoir des avis... Moi, ça m'inspire pas la confiance en fait, les avis qui sont trop tranchés, bizarrement. Ça pourrait être plus rassurant, que du coup on se dit « Ah, c'est bon, lui il sait », mais comme moi je sais pas, je vois pas comment lui il pourrait savoir en fait » (CPIP).

« Après, le fait que l'expert dise « risque de récurrence » ou pas, ffff, après je trouve que ça c'est hyper compliqué pour l'expert j'imagine, de se positionner, parce qu'il a pas sa boule de cristal quoi. C'est pas madame Irma pour dire « il va récidiver ; il va pas récidiver ». Mais à la limite, c'est pas tant la conclusion qui m'intéresse, c'est plutôt ce qu'il y a avant. C'est tout ce qui a fait... tous les éléments qu'il a pu... ça, je trouve ça intéressant. Parce qu'après, la conclusion, enfin... Je vous dis, des fois on a peur d'un risque de récurrence, et il ne se passe rien et quelquefois, on ne voit pas la récurrence arriver quoi » (CPIP).

« On peut pas dire le futur, parce qu'on sait pas. Ce que j'ai dit à... tout à l'heure « si vous avez la recette de savoir ce qui se passe dans 5 ans, même 5 minutes, vous me le dites, ça me sera utile pour mon boulot » (CPIP).

En outre, les critères qu'ils indiquent prendre en compte pour évaluer ces risques ne sont guère différents de ceux mobilisés par les psychiatres et psychologues. Sans jamais établir un ordre d'importance, ou insister sur l'un plutôt que sur l'autre, ils évoquent selon les cas la reconnaissance des faits, critère qui n'est toutefois pas consensuel, leur nature et gravité, le sentiment de culpabilité et l'empathie envers la victime, les antécédents et les addictions, l'assiduité dans les soins et les capacités d'introspection et de remise en cause, de réflexion sur le passage à l'acte, le respect et l'adhésion au suivi judiciaire, l'attitude

et le discours du condamné en entretien, les stratégies mises en place par le condamné pour éviter la répétition, etc. Leurs écrits professionnels comme les entretiens témoignent toutefois d'une attention plus soutenue que les experts à divers facteurs personnels, sociaux et environnementaux susceptibles de peser sur la trajectoire ultérieure des condamnés (situation familiale, emploi et stabilité professionnelle, etc.).

*« Sur son positionnement par rapport à ce qu'il a fait, à sa sexualité d'aujourd'hui. [...] Ses fragilités et puis son environnement, si c'est stable ou pas stable. [...] Et puis aussi, qu'est-ce qui est source de tension, qu'est-ce qui est source de tension pour la personne. Est-ce que c'est toujours le cas. [...] Par contre, si je reste sur les auteurs d'infractions à caractère sexuel, risque de récurrence et dangerosité, j'arrive pas trop à faire le distinguo comme ça. Y en a peut-être un mais [...], puis la nervosité aussi. Quelqu'un qui en entretien a du mal à se contenir, qui regarde plus dans les yeux, qui est fuyant, qui dit qu'il en a marre. Tout ça c'est des alertes ouais » (CPIP).*

*« C'est plus le discours. Parce que vraiment, c'est ce que la personne peut vous renvoyer. C'est vraiment le discours qui compte, parce qu'il y a des choses, même des choses très banales, mais quand on analyse, quand on connaît plus ou moins bien la personne, on se dit « là, y a un souci ». Surtout si elle le répète, et on sent que... C'est le discours. C'est ce que dit la personne qui peut... C'est pas forcément les antécédents mais c'est vraiment ça. » (CPIP).*

*« [Quels sont les éléments dans le profil de son histoire qui vous paraissent importants pour évaluer ces éléments-là ?] Dans le profil, c'est les personnes qui ne se remettent jamais en question, qui ne sont jamais responsables de ce qui leur est arrivé, d'une façon continue, alors que c'est le énième passage à l'acte, souvent pour les mêmes motifs. Ben non... qui sont jamais responsables et qui ne se remettent pas du tout en question, qui... voilà, qui s'interrogent pas du tout, qui sont incapables de s'interroger, de ce renouvellement, et qui très vite... Mais on les voit moins dans les suivis socio-judiciaires hein. Dans les suivis socio-judiciaires, y a pas... enfin, je serais tenté de dire, y a pas de récurrence » (CPIP).*

*« Le fait d'aller aux rendez-vous de soins ou pas, pour moi ce n'est pas un critère puisque qu'on peut y aller et n'y aller que pour le carton, comme ils disent. « j'y vais pour le carton », c'est l'expression. Non, c'est tous ceux-là, c'est comment les gens parlent des faits, des victimes. Est-ce qu'ils sont dans la banalisation ou pas ? Est-ce qu'il y a une évolution ou pas ? Et c'est tout le parcours social aussi. C'est le parcours social, et où est-ce qu'ils sont dans un moment, dans le moment où on écrit la chose qu'on évalue et par rapport... c'est-à-dire quelle est la situation actuelle au moment où on évalue, par rapport à la situation de départ. Je pense à un monsieur. [...] C'est pour ça que c'est important de connaître le contexte dans lequel se sont déroulés les faits. Parce que les faits c'est une chose, mais quel est le contexte autour, le moment du passage à l'acte ? Parce que si on se retrouve dans le même contexte, soit on voit bien, la personne a travaillé, elle a mis des... des, des comment... des... je trouve pas mes mots... elle a mis en place des choses pour contrebalancer tout ça, soit on a quelqu'un qui n'a pas pu évoluer, qui n'a pas les capacités de... donc. Pour moi il est important, la prise en compte du contexte oui » (CPIP).*

*« On va plutôt prendre en compte l'environnement familial, si la personne elle est entourée, si elle a des personnes à qui elle peut parler, si elle a une famille avec une relation positive. Enfin, y a des tas de facteurs de protection à prendre en compte et puis qui peuvent faire en sorte que notre évaluation dise qu'elle va être un petit peu moins faible. Enfin, moi, ça va pas se baser uniquement sur les faits et puis, et puis... non, c'est... c'est pas des éléments statiques donc on va forcément prendre en compte, la personne dans sa globalité et puis l'évolution qu'il a pu y avoir depuis le début, jusqu'au moment de l'évaluation, sachant que c'est modifiable dans le temps quoi. [...] Les antécédents, la famille, le travail, absence ou pas de loisirs, d'activités de lien social. C'est plein d'éléments, enfin, qui font que la personne elle peut être équilibrée un moment et puis... Oui, toutes sortes d'éléments. Si le suivi est respecté, si elle s'investit dans le soin. Les relations qu'elle peut avoir dans son travail avec son chef, avec les collègues. Tout est important » (CPIP).*

*« Parce que s'il reconnaît pas les faits, le risque de récurrence est d'autant plus important puisque c'est pas... « j'ai rien fait, y a pas de souci ». [...] C'est central. « Je reconnais pas les faits ». Donc il va falloir l'aborder autrement, forcément. On va pas lui dire « Bon alors, vous avez fait ça » « Ben non, je l'ai pas fait » « Ah oui, mince, c'est vrai ». C'est important de savoir s'il reconnaît les faits ou s'il les reconnaît pas. S'il les reconnaît, est-ce qu'il se sent coupable ou il dit « je les reconnais, mais c'est pas de ma faute. C'est pas moi qui suis venu ». Voilà, y a tout ça. Mais c'est hyper important. Y en a combien qui ont dit au départ « C'est pas moi... En fait si, peut-être un petit peu. J'avoue ». Là, on se dit « Ah, ça commence à*

*mûrir ». Au risque de s'écrouler aussi, y en a qui disent « Non, c'est pas moi », pour se protéger. Et y en a qui disent, juste par fanfaronnade. Si, de toute façon il faut évoquer ça, par rapport à l'évolution de la mesure et de la personne » (CPIP).*

*[Est-ce que la reconnaissance des faits, c'est quelque chose d'important ?] Mais pas que. C'est ce que je disais tout à l'heure par rapport au déni. Y a des gens qui... qui... qui disent pas franchement « c'est moi qui l'ai fait », mais quelque part, ils parlent aussi de « j'évite ça ou j'évite ça. Maintenant je bois plus, maintenant je fais attention ». [...] Le type qui est dans le déni mais qui rembourse par exemple, c'est que quelque part, y a une reconnaissance. Enfin, qu'il rembourse sans râler, sans se plaindre, c'est que quelque part, il a quand même l'impression que c'est pas... Y en a, tout le temps, ils font tout pour pas payer, ils sont dans le déni : ça colle. Je veux dire, ça va ensemble. Y a ce qu'ils disent et y a leur attitude qui fait que c'est peut-être pas un déni aussi franc que ça. Et puis y a des fois où ça avance, l'air de rien, où ils font comme si ils avaient toujours été... toujours reconnu, alors que au début c'était « non, non, j'ai jamais fait ça » et tout d'un coup, ils m'en parlent comme s'ils m'avaient toujours dit que ça s'était passé comme ça, mais que c'était à cause de ça. Enfin, y a toujours de bonnes raisons mais... enfin voilà, et donc voilà, c'est des choses qui... enfin... comment je pourrais dire ça ? Le déni, c'est pas une chose parmi d'autres, dans le fonctionnement. C'est pas une preuve de quoi que ce soit pour moi. C'est plus facile quand ils disent tout de suite mais des fois, ils disent tout de suite et pour autant, ça ne bouge pas. [...] Y a tous les aspects sociaux. S'il s'est bien réinséré, socialement parlant, ça ok, mais c'est pas suffisant. Y a comment il parle de lui ou comment... L'un des deux là... Je pense à ces deux-là, parce que ça fait... je les ai vus juste avant de partir en vacances. Mais quand on est venu, dans les deux situations, à parler de euh... enfin, y en a un, ça fait... il a bientôt fini et là, il a fini de rembourser, donc c'était une étape, c'était important pour lui, et on a parlé de la différence entre ce qu'il est maintenant et ce qu'il était. Il a pu dire des choses sur... il fait attention à ça, il se met pas en situation de... en fait, ce que lui fait pour pas prendre ce risque. Et donc, il est conscient que comme tout le monde, il peut déraiser. Il a pris conscience qu'il peut déraiser à un moment ou à un autre, et il sait à quel moment il peut déraiser, donc il... comment il évite ces moments-là. Ça, c'est ce qu'on peut dire. Après moi, y a aussi ce que je vois de comment il raisonne et comment il fonctionne dans sa tête maintenant, qui fait qu'il pourrait plus être comme ça, enfin... ce qu'il dit, des actes qu'il a faits » (CPIP).*

*« La situation personnelle, enfin socioprofessionnelle, situation médicale, situation... enfin, tout ce qui est environnement aussi, et puis s'il a pas fait de travail sur lui alors que... Par exemple, quelqu'un qui a des gros problèmes de comportement et qui n'est pas traité pour, ben il aura toujours ses problèmes de comportement. La situation va pas changer. Il est toujours SDF ou alors, il vit toujours dans sa famille pathologique. Y a un risque que ça refasse pareil quoi. Si on remet toujours les mêmes ingrédients, on aura toujours le même plat à la fin quoi » (CPIP).*

*« C'est pour ça que c'est important de connaître le contexte dans lequel se sont déroulés les faits. Parce que les faits c'est une chose, mais quel est le contexte autour, le moment du passage à l'acte ? Parce que si on se retrouve dans le même contexte, soit on voit bien, la personne a travaillé, elle a mis des... des, des comment... des... je trouve pas mes mots... elle a mis en place des choses pour contrebalancer tout ça, soit ton a quelqu'un qui n'a pas pu évoluer, qui n'a pas les capacités de... donc. Pour moi il est important, la prise en compte du contexte oui » (CPIP).*

*« Par exemple, les facteurs de risque, ça va être l'alcool par exemple. S'il en parle, si il a encore un souci avec l'alcool. En tout cas, au moment du passage à l'acte, y en avait un et puis qu'il est toujours présent, ça c'est... on va beaucoup travailler là-dessus. Si dans son environnement, il y a des mineurs, si l'agression a été portée sur des mineurs. Et puis quels sont ses loisirs, son environnement, pour essayer de balayer un petit peu ce volet-là. Et puis, dans les facteurs de protection, voir ce qui peut le soutenir là aussi dans sa vie : la famille, s'il a une conjointe avec qui ça se passe bien ou pas. Voilà, des choses comme ça. S'il a un travail. [...] Sur son positionnement par rapport à ce qu'il a fait, à sa sexualité d'aujourd'hui. [...] J'y avais même pas pensé avant mais ouais, l'instabilité. C'est un facteur important. Et puis l'environnement affectif. Je l'ai déjà dit mais c'est important ça. [...] Logement, travail et puis euh... oui, la famille aussi, si on le laisse tomber, s'il y a du lien ou pas quoi. C'est important. Qu'est-ce que j'aurais d'autre ? Oui, le travail, le logement... Ben, les ressources. [...] Et puis, l'isolement parce qu'il y a des personnes isolées, qui n'ont personne. Tout le monde s'est carapaté donc ils se retrouvent tous seuls, tous seuls quoi. Pour certains c'est pas problématique, mais pour d'autres, c'est très lourd » (CPIP).*

« C'est compliqué... Enfin, des critères... Y a... y a... ffff, oui, y en a. Y en a tout un ensemble. Après, tous vous les énumérer, je pense que je vais avoir du mal. Y a le type d'infraction ; ça paraît bête mais on sait que certains types d'infractions, il va y avoir beaucoup plus de risques de récidive que d'autres. Les violences conjugales, je suis toujours hyper vigilante. S'il y a des antécédents, notamment là-dessus, si c'est la première fois, où en est le couple ? Le couple qui se remet ensemble après la première fois, on se dit « super » mais y a de fortes chances que ça se reproduise, même si on essaie de travailler, de casser les cycles avant que ça se mette en place. Ça c'est des infractions très récidivantes. Les vols, les machins, donc oui ça va être une première... C'est très statistique comme... mais voilà. Après, euh... en fait, ça va être où en est la personne dans sa vie. Si elle est hyper isolée, qu'elle a pas de projets, qu'elle a pas de boulot, qu'elle a un mal-être qui est non verbalisé, ouais, ça va être des choses... parce que souvent, du coup, le passage à l'acte, est un moyen de décharger des choses qui fonctionnent pas. Donc oui, ça va être des choses que je vais voir. Les moments de fragilité, ça c'est plus dans le moment. Les valeurs. Comment ils perçoivent les choses mentalement, parce qu'il y a des gens qui ne vont absolument pas voir, pas du tout voir où est le problème de tel ou tel comportement, donc c'est quand même un signe. [...] Et puis les discours d'usure, ça peut être un signe qu'ils vont plutôt sortir de la délinquance, notamment tous ceux qui arrêtent pas d'aller en détention et qui veulent vraiment plus y aller. Alors qu'il y en a qui ne sont pas du tout là-dedans, qui vont rester très, par exemple haineux contre la société et puis on sent que ça ne va pas bien les gêner d'y retourner quoi. [...] Après, sur le SSJ on est encore sur autre chose. Souvent, ils ont été très marqués par la détention, ils ont envie de bien faire. Et ce qui va m'inquiéter au niveau récidive peut-être, là ça va être pour ceux qui ont fait une longue peine par exemple. Donc ça, s'ils arrivent pas au niveau social à avancer, à se faire une petite sociabilité, s'ils arrivent pas à... si au niveau du travail ça se débloque pas, si ça dure trop longtemps. S'ils sont déprimés et puis s'ils subissent la stigmatisation. Toutes ces choses-là où ça peut... ou alors s'ils arrêtent leur traitement. Par exemple, quelqu'un qui sort, qui reconnaît les faits, qui a accepté de mettre en place un traitement, c'est plutôt rassurant en termes de... Après, moi j'en ai un, si un jour il arrête le traitement, il y a une récidive dans les 3 mois quoi. C'est quelqu'un qui restera toujours avec un risque de récidive élevé, parce que c'est un pédophile ++ et qu'en dehors d'un traitement, je... je... je pense pas qu'il arriverait bien longtemps à résister. [Et est-ce que les antécédents judiciaires... ?] Pour lui, c'est un élément parlant, parce qu'il en a commis plusieurs, malgré sanctions, malgré tout ça et dès qu'il était pas traité... Donc oui, les antécédents c'est clairement un élément d'appréciation. [Et la reconnaissance des faits qu'on a évoquée tout à l'heure, vous avez dit que ça jouait...] Ça joue en fait, même si je sais que c'est pas un élément... En fait, on sait que c'est pas un élément qui va jouer mais n'empêche que dans mes éléments d'appréciation, ça a un impact. Ça a un sens quand même. Je trouve que c'est le signe de quelque chose. Quand on regarde les faits... et souvent, on peut travailler d'autres choses derrière. On peut travailler l'empathie, le lien à l'autre. Y a plein de choses qu'on peut travailler. Ce qui est beaucoup plus difficile avec quelqu'un qui est enfermé dans un déni qui est très verrouillé dedans. Je sais que c'est pas celui qui est dans le déni qui récidivera plus qu'un autre. Je le sais intellectuellement mais pas sûr que dans ma pratique... ça reste un élément... [A quel vous êtes sensible] Oui » (CPIP).

« Potentiellement, l'effet de groupe et l'oisiveté sont des facteurs de risque de récidive, mais la reconnaissance des faits et la prise en compte de la victime sont très positifs. Dans son discours, Monsieur n'apparaît pas volontaire pour les soins mais il finira par entrer dans le dialogue » (CPIP, rapport semestriel au JAP, D29).

« Mr... assure de sa volonté de s'inscrire dans un processus de soin pour trouver des réponses à ses actes et se prémunir d'une éventuelle récidive » (Rapport ponctuel au JAP, D78).

« Mr engage les démarches nécessaires à sa stabilité ce qui ne peut être que favorable à son évolution et à limiter les risques de répétition » (CPIP, rapport semestriel au JAP, D31).

« Le maximum a été fait, en particulier au niveau des soins, mais l'intéressé reste encore fragile et la poursuite des soins est une condition *sine qua non* de l'éventuelle non récidive. Le point positif reste qu'il a toujours trouvé "normal" d'être suivi en psychiatrie, mais inutile le suivi judiciaire Spip. Or, c'est bien le suivi "soins" qu'il doit conserver » (DPIP, rapport de fin de mesure au JAP, D40).

« Le maintien de lien avec les familles d'accueil est également une bonne information sur sa volonté de conserver un tissu relationnel, qui quelque part reste attaché à sa peine et peut être aussi un moyen d'anticiper un acte transgressif » (DPIP, rapport de fin de mesure rédigé à partir des notes du CPIP, D44).

« Il est évident que Mr... conserve un sentiment de honte et qu'il cherche à se présenter comme un citoyen honnête, soucieux et inquiet de l'évolution de la société actuelle. On peut penser que ce sentiment et son âge sont autant de facteurs limitant le risque de récidive » (CPIP, rapport de fin de mesure au JAP, D45).

« Sur le plan de la récidive potentielle, son impossibilité à concevoir un espacement des RDV avec le psychiatre et même avec le SPIP témoigne de la fragilité qu'il parvient à lui-même percevoir » (CPIP, rapport au JAP, D59).

## B- Des instruments concurrentiels standardisés : vers une acculturation française ?

Reprenant à leur compte l'ambition initiale de Quételet, qui espérait dépouiller l'homme de son individualité pour éliminer « *tout ce qui est accidentel* »<sup>385</sup>, de nombreux criminologues étrangers ont développé des méthodes d'évaluation reposant sur des éléments objectifs appréhendés de manière statistique (1)<sup>386</sup>. Si les professionnels de santé et les CPIP demeurent critiques vis-à-vis de ces instruments, du moins s'agissant des échelles donnant lieu à l'établissement d'un score, on observe néanmoins une lente acculturation française (2).

### 1- Des instruments concurrentiels : les échelles actuarielles et semi-actuariales

Les outils actuariels s'appuient sur des méthodes inspirées des pratiques assurantielles pour déterminer les différents niveaux de délinquance associés à un groupe, et sur la base de ces corrélations, prédire le comportement criminel futur d'un individu spécifique (à partir du comportement passé et présent du groupe) et lui appliquer une mesure judiciaire adaptée<sup>387</sup>. Ces outils sont construits non sur des hypothèses théoriques de causalité des infractions et de leur récurrence mais sur l'identification de relations statistiques entre des variables repérées et les variations des risques<sup>388</sup>. « *A great strength of the actuarial approach is that the relationships can be used without knowing for certain why they exist* »<sup>389</sup>. « *Le calcul des probabilités fait partie de ces ruses de l'intelligence : il s'applique aux phénomènes aléatoires, ceux qu'on ne peut prédire avec certitude, parce qu'on en ignore absolument des conditions déterminantes. Ce n'est pas qu'elles n'existent pas mais elles sont si complexes, si nombreuses sans doute, si difficilement identifiables, si contradictoires dans leurs effets, qu'il est impossible de les connaître. Le calcul des probabilités ne veut pas combler cette ignorance, comme le dit F. Ewald ; par ruse, il va la contourner, s'en servir même, pour faire dire quelque chose à la nature « sans qu'elle ait pour autant à dévoiler ses secrets »* »<sup>390</sup>. À la suite des travaux d'Ernest Burgess, Albert J. Reiss, Lloyd Ohlin, Daniel Glaser, P. Meelh ou encore Eleonor et Sheldon Glueck dans la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle, et sous l'influence croissante de la « nouvelle pénologie »<sup>391</sup>, de très nombreux chercheurs, principalement anglo-saxons, se sont appuyés sur le développement des études sur les facteurs de récurrence et notamment des méta-analyses pour développer de multiples échelles de prédiction des risques. On estime à plus d'une centaine<sup>392</sup> le nombre d'instruments d'évaluation du risque actuellement utilisés en amont du jugement dans le cadre de rapports pré-sentenciels, du prononcé de la peine par les juridictions ou lors du suivi des PPSMJ<sup>393</sup>. Des outils ont été introduits pour mesurer le risque de récurrence générale, d'autres certaines formes particulières de récurrence (sexuelle, violente, violence conjugale) ou spécifiques à certains publics (adolescents, femmes, membres de gangs de rue, personnes souffrant de troubles mentaux). L'approche statistique, « *mécanique et algorithmique* »<sup>394</sup> serait « *un gage de*

<sup>385</sup> Cité in Ewald F., *L'histoire de l'État-providence : les origines de la solidarité*, Paris, Grasset et Festelle, 1996, 111.

<sup>386</sup> Sur le plan théorique, ce paragraphe s'appuie amplement sur un article publié par V. Gautron et E. Dubourg dans la revue *Champ Pénal* : « La rationalisation des méthodes d'évaluation des risques de récurrence », *op. cit.*

<sup>387</sup> Harcourt B. E., « Surveiller et punir à l'âge actuariel. Généalogie et critique », part. I, *Déviance et société*, 2011, vol. 35, n° 1, 5-33.

<sup>388</sup> Guay J.-P., *Évaluer le risque de récurrence : un état de la recherche et des principaux enjeux pratiques*, Conférence de consensus sur la prévention de la récurrence, Contribution des experts, Paris, 2013.

<sup>389</sup> Quinsey V. L., Harris G. T., Rice G. T., Cormier, C. A., *Violent offenders: Appraising and managing risk*, Washington, DC, American Psychological Association, 1998, 182.

<sup>390</sup> Deprins D., « La statistique, instrument de pouvoir ? », in Digneffe F., Moreau T. (dir.), *La responsabilité et la responsabilisation dans la justice pénale*, Bruxelles, Larcier /De Boeck, 2006, 510.

<sup>391</sup> Feeley M., Simon J., « The New Penology: Notes on the Emerging Strategy of Corrections and its applications », *Criminology*, 1992, n° 30, 449-474.

<sup>392</sup> Singh J. P., Fazel S., « Forensic risk assessment: a metareview », *Criminal Justice and Behavior*, 2010, n° 37, 965-988.

<sup>393</sup> Krauss D. A., Scurich N., « Risk assessment in the Law: Legal admissibility, scientific validity and some disparities between research and practice », *Behavioral Sciences and the Law*, 2013, n° 31, 215-229.

<sup>394</sup> Groove et Meelh cités in Giovannangeli D., Cornet J.-P., Mormont C., *op. cit.*, 8.

précision, d'uniformisation et d'efficacité »<sup>395</sup>. La prédiction actuarielle « objective, valide et fidèle » permettrait de dompter les incertitudes liées au comportement criminel<sup>396</sup>, avec une telle facilité que Meelh imaginait qu'elle puisse être confiée à de simples employés de bureau (1954).

Les premières échelles portaient sur un nombre restreint de variables, essentiellement des facteurs historiques et statiques. Les prédictors statiques sont stables en ce sens qu'ils préexistent au comportement criminel et sont dès lors immuables, imperméables à toute forme de prise en charge. Ils s'appuient sur des indicateurs judiciaires et sociodémographiques : nombre de condamnations antérieures, nature des infractions commises, nature de la peine prononcée, genre et âge de l'auteur, etc. Parmi ces outils d'évaluation dits de « deuxième génération », l'échelle Static-99 élaborée en 1999 (révisée en 2002) par les chercheurs canadiens Karl Hanson et David Thornton constitue l'échelle la plus couramment utilisée au Canada et aux États-Unis pour prévoir le risque de récidive sexuelle<sup>397</sup>. De même, l'échelle VRAG (Violence Risk Appraisal Guide) a été conçue par les chercheurs canadiens Grant Harris, Marnie Rice et Vernon Quinsey en 1993 aux fins de prédire le risque de récidive violente. Ces échelles reposent sur un système de cotation qui attribue une note en cas d'absence ou de présence d'un facteur<sup>398</sup>. Ces notes sont ensuite additionnées et aboutissent à un score final qui permet d'établir la nature élevée ou faible du risque de récidive<sup>399</sup>. Elles fournissent généralement une estimation probabiliste du risque de récidive pour un groupe d'auteurs d'infractions, c'est-à-dire une estimation du pourcentage de gens qui, dans l'étude initiale et compte tenu de leur score, ont récidivé dans un même laps de temps une fois réinsérés dans la société. Ces outils réduisent considérablement la marge d'appréciation de l'évaluateur, celui-ci devant se contenter de coter des informations objectives en principe accessibles dans les dossiers.

Divers spécialistes vont toutefois rapidement pointer les limites des méthodes actuarielles statiques<sup>400</sup>. Elles ne permettraient guère de prendre en considération les variations en rapport avec les particularités des cas individuels, les observations cliniques les plus fines, ni d'estimer la fluctuation du risque dans le temps. Le niveau de risque évalué ne peut pas être modifié malgré les prises en charge engagées et les changements observés dans la vie du condamné<sup>401</sup>. « *Les facteurs statiques figent l'individu dans le poids de son histoire personnelle* »<sup>402</sup> dès lors que quels que soient ses efforts, un auteur ayant de lourds antécédents demeurera considéré comme dangereux. Elles ne permettent pas d'éclairer les professionnels sur les modes de prise en charge les plus judicieux ni de comprendre la dynamique de l'acte infractionnel. Elles ne donnent « aucune indication sur les dynamiques de changement possibles pour l'individu, ni sur les mesures contextuelles appropriées, et ne prend aucunement en compte la gravité de l'événement qu'elle cherche à prédire, ni l'acceptabilité de ce risque au vu des différentes mesures possibles »<sup>403</sup>. « *La vision catégorielle est aux antipodes d'une conception de l'individu basée sur la notion de continuum, de variabilité et de changement possible* »<sup>404</sup>. Certains ont donc développé une troisième génération d'outils incluant, en parallèle des facteurs statiques, des variables dites

<sup>395</sup> Quirion B., D'Addese L., *op. cit.*, 229.

<sup>396</sup> Proulx J., Lussier P., « La prédiction de la récidive chez les agresseurs sexuels », *Criminologie*, 2001, vol. 34, n° 1, 19.

<sup>397</sup> Jackson R. L., Hess D. T., « Evaluation for civil commitment of sex offenders: A survey of experts », *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 2007, n° 19, 409-448 ; Archer R. P., Buffington-Vollum J. K., Stredny R. V., Handel R. W., « A survey of psychological test use patterns among forensic psychologists », *Journal of Personality Assessment*, 2006, n° 87, 84-94 ; McGrath R. J., Cumming G. F., Burhcard S. Z., Ellerby L., *Current practices and emerging trends in sexual abuser management: The Safer Society 2009 North American Survey*, Brandon (Vt.), Safer Society Press, 2010.

<sup>398</sup> Cette note est généralement de zéro en absence du facteur et de un en présence du facteur. Mais la cotation peut également aller de zéro à trois afin de mieux tenir compte du degré de sa présence.

<sup>399</sup> Niveau G., *op. cit.*

<sup>400</sup> *Ibid.* ; Lussier P., Davies G., « A person-oriented perspective on sexual offenders, offending trajectories, and risk of recidivism: A new challenge for policymakers, risk assessors, and actuarial prediction? », *Psychology, Public Policy, and Law*, 2011, vol. 17, n° 4, 530-561.

<sup>401</sup> Guay J.-P., *op. cit.*

<sup>402</sup> Senon J.-L., « La psychiatrie à l'épreuve de l'insécurité sociale : la dangerosité ou plutôt la prédiction du risque de violence en toile de fond du débat psychiatrie-justice », *L'Information psychiatrique*, 2012, vol. 88, n° 6, 407-414.

<sup>403</sup> Gravier B., Lustenberg Y., « L'évaluation du risque de comportements violents : le point sur la question », *Annales Médico-Psychologiques*, 2005, n° 163, 675.

<sup>404</sup> Millaud F., Dubreucq J.-L., « Les outils d'évaluation du risque de violence : avantages et limites », *L'information Psychiatrique*, 2012, vol. 88, n° 6, 433.

dynamiques, qui sont susceptibles de se modifier en fonction de l'intervention, de l'évolution du condamné, mais aussi de facteurs situationnels ou contextuels (PCL-R : Psychopathy Checklist – Revised, LSI-R : Level of Service Inventory-Revised, Stable-2007, Aigu-2007, etc.), dont l'influence sur la récidive a été confirmée par plusieurs méta-analyses<sup>405</sup>. Les auteurs distinguent des facteurs dynamiques stables qui fluctuent sur de relativement longues périodes (préférence sexuelle, troubles de la personnalité, distorsions cognitives, addiction, etc.) et des facteurs dynamiques aigus qui ne subsistent que quelques heures ou quelques jours (état émotionnel, accès à une victime, alcoolisation, difficultés professionnelles, conjugales, etc.)<sup>406</sup>. Certains outils (par exemple SAPROF : Structured Assessment of Protective Factors) intègrent également des facteurs de protection, c'est-à-dire des facteurs positifs susceptibles de modérer ou compenser la présence d'un facteur de risque<sup>407</sup>. Ces approches ont généré une nouvelle conceptualisation de la notion de dangerosité dans les années 1990<sup>408</sup>. « *Initialement perçue comme constitutionnelle, statique et binaire (absente ou présente), la dangerosité est apparue comme étant un phénomène contextuel (dépendant de la situation et des circonstances), dynamique (sujet à changement) et continu (située dans un continuum de probabilité) (Borum, 1999). Le terme d' « évaluation du risque » est donc apparu plus juste que celui de « dangerosité », qui restait lié à la notion de personnalité dangereuse »*<sup>409</sup>. Souvent assimilés à des outils actuariels dès lors qu'ils prennent la forme d'une grille d'évaluation « *automatisée et rigide* », il s'agit en réalité d'instruments hybrides, qui combinent des caractéristiques de l'évaluation clinique et de l'évaluation actuarielle<sup>410</sup>. Outre l'inclusion de critères cliniques et théoriques, non exclusivement sélectionnés sur une base probabiliste, ces outils ne donnent pas systématiquement lieu à un calcul actuariel, ou ce dernier peut faire l'objet d'ajustements sur la base d'observations cliniques. Il existe encore des outils d'aide à la décision basés sur le jugement professionnel structuré (JPS), qui constituent plutôt une sorte d'aide-mémoire des items à évaluer (HCR-20 : Historical-Clinical-Risk, SVR-20 : Sexual Violence Risk, SARA : Spousal Assault Risk Assessment). S'ils s'appuient à la fois sur des facteurs statiques et dynamiques, ceux-ci ne sont pas reliés entre eux par un rapport de proportionnalité mathématique, de sorte que les évaluateurs doivent apprécier eux-mêmes le poids relatif de chaque item<sup>411</sup>. Ces outils permettent ainsi de soutenir le jugement clinique, et non de s'y substituer. Cette méthode semi-structurée, replaçant l'évaluateur au centre du processus, offrirait une alternative jugée prometteuse et pertinente aux outils actuariels<sup>412</sup>. En outre, les outils les plus récents, dits de quatrième génération (par exemple le LS/CMI : Level of Service Inventory / Case Management Inventory), permettraient non seulement d'évaluer le risque de récidive mais également d'identifier les stratégies les plus à même de le gérer<sup>413</sup>.

## 2- Une lente acculturation française

Les experts et les CPIP demeurent à ce jour relativement, mais relativement seulement, imperméables aux injonctions visant l'objectivation des risques de récidive. Si la proposition d'intégrer à leurs pratiques l'emploi d'échelles actuarielles ne rencontre pas une franche adhésion, du moins concernant les instruments scorés (a), il n'est pas certain qu'ils puissent résister longtemps aux pressions institutionnelles et politiques qui en assurent la promotion (b), d'autant que leur validité scientifique ne semble guère remise en cause (c).

<sup>405</sup> Gendreau P., Little T., Goggin C., « A meta-analysis of adult offender recidivism: What works! », *Criminology*, 1996, n° 34, 575-607 ; Guay J.-P., *op. cit.*

<sup>406</sup> Guay J.-P., *op. cit.*

<sup>407</sup> Vogel (de) V., Vries Robbé (de) M., De Ruiter C., Bouman Y., « Assessing protective factors in forensic psychiatric practice: introducing the SAPROF », *International Journal of Forensic mental health*, 2011, 10, 171-177.

<sup>408</sup> Niveau G., *op. cit.*

<sup>409</sup> *Ibid.*, 19.

<sup>410</sup> Quirion B., D'Addese L., *op. cit.*

<sup>411</sup> Niveau G., *op. cit.* ; Guay J.-P., *op. cit.*

<sup>412</sup> Gravier B., Lustenberg Y., *op. cit.*

<sup>413</sup> Hart S. D., Boer D. P., « Structured professional judgment guidelines for sexual violence risk assessment: the Sexual Violence Risk-20 (SVR-20) and Risk for Sexual Violence Protocol (RSVP) », in Otto R.K., Douglas K.S. (eds), *Handbook of violence risk assessment*, Oxford, Routledge, 2009, 269-294.

### a- Des résistances professionnelles

Nos entretiens révèlent une véritable proximité de vues entre les agents de probation, les psychiatres et psychologues, même s'il ne faut pour autant sous-estimer l'hétérogénéité des positions entre et au sein de chacune de ces professions. S'y affrontent diverses écoles de pensée, entre les courants d'inspiration psycho-dynamique et cognitivo-comportementaliste, les tenants d'une approche criminologique « fondée sur les données probantes de la science » et ceux qui défendent plutôt les fondamentaux de la clinique et du travail social. Dans l'ensemble, les échelles actuarielles sont loin de rencontrer une franche adhésion des professionnels, sans pour autant provoquer des réactions épidermiques. Si tant est qu'il soit réellement possible de se prononcer par la négative dans un contexte d'entretien avec un chercheur, les professionnels interrogés se déclarent plutôt favorables à l'idée de rationaliser, d'objectiver leurs pratiques d'évaluation. Quelques psychologues, psychiatres et de plus en plus de CPIP ont d'ailleurs suivi des formations sur le sujet ou, de façon plus générale, sur les enseignements et les préconisations du mouvement dit de la « nouvelle pénologie », pour lequel l'évaluation des risques est un préalable incontournable. Si les expertises de notre échantillon ne confirment pas ce constat, certaines étant néanmoins relativement anciennes, quelques experts du site étudié ont testé ou utilisé ces échelles, du moins ponctuellement. À l'instar de quelques grandes figures de la psychiatrie médico-légale, ils ne sont pas insensibles aux critiques portées à l'encontre de l'évaluation clinique non structurée. Une psychologue, formée au maniement des échelles, y voit ainsi un moyen de contrer la tendance des experts à surévaluer les risques de récidive.

*« J'en vois des intérêts parce que déjà ils sous-prédisent le risque de récidive, par rapport au jugement clinique en fait. Parce que on regarde les expertises, le risque de récidive avéré, il est pondé quand même hyper souvent. Et les échelles, je pense même les statiques, les plus mauvaises des échelles de risque de récidive, elles sous-prédiraient, par rapport au jugement clinique. Donc déjà, ce serait quand même intéressant, parce que souvent, on les fustige mais ce qu'on oublie, c'est que, y a quand même dans le jugement clinique, y a quand même un élément aléatoire. Y a une étude quand même qui avait montré, qu'il y avait 2 erreurs sur 3, dans le risque de récidive qui était prononcé par jugement clinique. On est quasiment dans l'ordre du hasard, deux sur trois. C'est quand même énorme hein. Aux États-Unis, ils avaient suivi je crois, une centaine de personnes dites dangereuses, qualifiées comme dangereuses. Y en a que 20 qui ont récidivé et 5% dans les 20 pour un délit sérieux » (Psychologue, SMPR).*

*« Mettons, si je prends l'échelle de Hare, qui est de la psychopathie. C'est important de l'avoir parce que, quand on est dans la psychopathie mais pas dans le trouble de la personnalité antisocial mais plus dans la psychopathie, on est dans une dangerosité encore plus importante, donc ça peut aider parce qu'on n'a pas toujours les critères pertinents de ce que c'est la personnalité antisociale, de ce que c'est la psychopathie. Et d'utiliser des échelles qui permettent de dire « attention, là... ». Quand on interroge et qu'on objective un peu ce qu'on a entendu, on se dit « tiens, finalement, on est quand même assez haut ». On est quelquefois étonné. On est quelquefois étonné. Moi je dis ça parce que je les utilise de temps en temps, c'est pour ça que... On est quelquefois étonné de notre impression clinique et quand on essaie d'objectiver, on dit « ah oui, quand même ». Donc il peut y avoir une petite différence, si on est honnête envers soi-même. [...] Donc je pense qu'effectivement, ça serait bien de les utiliser de façon peut-être plus régulière mais sans leur donner, comment vous dire, une... une toute puissance excessive. Mettons, sur l'échelle de Hare, il a 25 mais on a trouvé des éléments dans son... qui sont particulièrement inquiétants, on dira « attention, dangerosité ». Si il a 30 mais qu'en même temps, il a fait un travail, on se dit « tiens... ». Voyez, c'est ça que j'essaie de dire, l'échelle est intéressante, elle permet d'essayer d'objectiver un tout petit peu plus, mais c'est pas une objectivation euh... enfin, puissante, c'est pas ça que je veux dire, mais c'est pas du 100%. [Il faut pas se contenter du score quoi. C'est pour venir confirmer, infirmer, nuancer votre interprétation]. Voilà nuancer, préciser, affiner, oui, ça serait plutôt ça. Mais moi je trouve que c'est pas suffisamment utilisé. Parce qu'il y a quand même des outils qui ont été validés, interpréteurs quand même et qui peuvent aider » (Psychiatre, médecin coordonnateur).*

Sans être absente de leurs propos, la question de la validité scientifique des échelles n'est pas au cœur de leurs préoccupations. Leurs réserves portent bien davantage sur le risque de dévoiement de l'évaluation, de dégradation de leurs pratiques et de leurs missions, de dé-subjectivation des condamnés et des professionnels eux-mêmes.

Les variables mobilisées par ces instruments probabilistes sont généralement perçues comme des indicateurs d'évaluation pertinents, ce qui n'est pas sans lien avec l'effet de légitimation produit par la multiplication des recherches quantitatives et, plus encore, de méta-analyses. Pour beaucoup, leurs résultats ne viendraient d'ailleurs que valider leurs propres constats et critères d'évaluation. En effet, si des désaccords portent sur l'influence de la reconnaissance des faits, la plupart des facteurs recherchés par les experts français sont validés dans la littérature internationale<sup>414</sup>.

« [Sur la question des échelles actuarielles. Vous parliez aussi des outils utilisés par les psychologues. Vous êtes plutôt favorable au développement de ces outils ?] Ce type d'outils moi, il me parle pas beaucoup. Je trouve qu'ils sont faits à partir de statistiques de base et qu'il n'y avait pas besoin de construire des échelles, pour savoir que quand on avait un boulot, une famille, des loisirs, eh bien on récidivait beaucoup moins. C'est vrai. Quel scoop vraiment ces trucs ! » (Psychologue, SMPR).

« [Est-ce que vous mobilisez certaines grilles à l'heure actuelle dans vos pratiques ?] Non, j'ai essayé une fois l'ISR mais ça ne m'a rien apporté du tout, à part un risque de récurrence très élevé. [Qui selon vous n'était pas... ?] Si, mais bon, je m'en doutais bien. Vu son parcours, c'était clair, mais comme de l'eau de roche, que forcément le risque serait élevé. Le fait est qu'il n'y a pas eu de nouvelle condamnation depuis maintenant 11 mois et que ça c'est une victoire. Et ça se voit pas dans l'échelle » (CPIP).

« Je trouve que ça ressemble, très fortement, à l'analyse qu'on peut faire nous-mêmes, d'un casier judiciaire par exemple. De voir à quel âge effectivement, une personne a commencé à commettre des délits, quel type d'avertissement il a eu et voir si ça s'est arrêté. Si c'est en lien avec une période de stabilité, parce qu'il a eu une compagne à ce moment-là, qu'il a fondé une famille, etc. Et puis qu'après, pour x raisons, y a eu une rechute, etc., et on voit une deuxième phase... Enfin, ça c'est l'analyse typiquement, qu'on fait quand on lit un dossier sur toutes ces facettes, le fond, mais les éléments de personnalité aussi. Euh... alors après, à en tirer... je trouve que c'est un peu mathématique quoi. Et on sait bien que les gens qu'on a devant nous, voilà... c'est tout sauf mathématique. Quelquefois on est surpris. Et il faut peut-être analyser plus finement. [...] Alors, ça donne une indication, mais je trouve que c'est un petit peu l'analyse qu'on est amené à faire, dossier par dossier, personne par personne. [Donc peut-être que de mobiliser les critères qui sont dans ces échelles, mais le score, dire le pourcentage de risque, ça, ça vous semble un peu tiré par les cheveux ?] C'est pas tiré par les cheveux, c'est que je pense qu'on arrive à peu près à la même conclusion, de voir que quelqu'un qui est dans la délinquance depuis des années, qui n'arrive pas à s'en sortir, il a plus de chances de récidiver, que quelqu'un qui euh... qui passe pour la première fois, qui a entamé une démarche de soins. Enfin, je sais pas, c'est l'analyse qu'on peut faire nous, acteurs judiciaires, des éléments qu'on a entre les mains. C'est les mêmes éléments, qui sont analysés là, par un spécialiste de la... de l'expertise psychiatrique » (Magistrat du siège).

« Honnêtement, je veux dire, ffff... on a... je ne dis pas qu'on est surdoué ou surmachin mais moi, je ne suis pas criminologue, mais j'en fais comme Monsieur Jourdain. Au bout d'un moment d'expérience, je veux dire, vous voyez bien à qui vous avez à faire. Vous connaissez les profils. Je vais pas dire qu'on se trompe. C'est pas vrai, parce qu'on s'est trompé sur des choses très violentes. Je me souviens par exemple d'un... du gars... mais c'est sur des affaires très hors norme. [...] Après, sur la majorité des gars, je pense qu'on sait à peu près faire l'évaluation sans se... voilà, on n'est jamais sûr à 100% bien évidemment mais on voit bien les difficultés, on les connaît quand même, c'est notre taf. Après, je pense que ces évaluations criminologiques, si on fait bien son taf, on les fait. Je veux dire, bien évidemment qu'il faut connaître le contexte familial quand vous renvoyez le gars. J'ai des nouveaux collègues qui me disent « on n'a pas travaillé la famille », je me dis qu'on est dans une autre planète quoi. [...] Alors là, la profession, elle est divisée en deux. Mais nous qui sommes des anciens... Moi j'ai été recrutée, j'étais éduc, je suis pas criminologue moi. Donc ben oui, on a fait du travail social. Effectivement, on essaie de connaître les familles, de voir le contexte familial mais tout ça... On nous ressort les trucs comme si c'était magique là. Il faut faire comme ça. Ben oui mais nous, on l'a toujours fait comme ça. Après, je pense que dans les soirées de monsieur Dupont, dire qu'on est criminologue, c'est plus chic (rire), mais je crois qu'on le fait. On le fait. Si on travaille correctement, on le fait et nous, on a appris à travailler comme ça » (CPIP).

<sup>414</sup> V. également Crampagne S., *L'évaluation de la dangerosité dans le cadre de l'expertise psychiatrique pénale*, Thèse de doctorat en médecine, Faculté de médecine de Grenoble, 2013 ; Senon J.-L., Pascal J.-C., Rossinelli G. (dir.), *Expertise psychiatrique pénale, Audition publique des 25 et 26 janvier 2007*, Fédération Française de Psychiatrie, Montrouge, John Libbey Eurotext, 2007.

Toutefois, même parmi les plus convaincus de leur fiabilité, la plupart des professionnels s'accordent à cantonner leur intérêt à une sorte de « *check-list* ». Il s'agirait au mieux d'un « aide-mémoire » recensant des éléments de connaissance, les champs à investiguer et les informations à récolter. Ces échelles pourraient accompagner, enrichir et conforter le jugement professionnel, mais ne devraient jamais s'y substituer.

*« Pour les experts, euh... je pense que c'est un outil qui peut les rassurer en quelque sorte... les aider. En même temps, moi ce que j'en pense c'est que ça peut pas être détaché de toute façon de la subjectivité clinique. Donc c'est plus quelque chose qui vient en complément » (Psychiatre, SMPR).*

*« [A priori, vous n'utilisez pas d'échelle actuarielle. Vous en pensez quoi de ces outils ?] Je crois que c'est difficile de dire que c'est tout mauvais. Je vais faire une position clairement de normand. Ce n'est pas trop dans mes habitudes mais... Alors, je les connais, j'ai fait des formations dessus donc je les connais. Je peux euh... m'en inspirer, alors plus... Effectivement, on parlait de la psychopathie, l'échelle de Hare, etc... Même les items à la limite, l'exploration des différents items, ça peut donner une petite grille aussi éventuellement. Ça peut faire une check list. Au pire, je peux m'en servir comme ça quoi. Comme une espèce de check list parce que quand même, bon, y a des choses intéressantes et à explorer. Après, moi je les fais pas en tant que tels, c'est-à-dire que je fais pas de cotation. J'ai des collègues qui le font ; pas beaucoup, certains collègues (Psychiatre, expert).*

*« [Qu'est-ce que vous pensez de ces outils un peu plus structurés d'évaluation du risque de récidive ?] Ben euh... je pense que c'est pas mal mais il faut quand même garder l'œil... enfin, se cantonner à une feuille, avec... cocher des croix et tout ça, faut quand même garder l'avis du professionnel quoi en plus. [...] Je pense qu'on aura peut-être intérêt à avoir des grilles comme ça pour aider, pas pour se limiter à ça, mais pour aider à travailler un peu en même temps » (CPIP).*

*« [Qu'est-ce que vous pensez de ces différents outils ?] Je pense que c'est des connaissances importantes pour que nous... enfin c'est... Comment le dire ? On n'a pas besoin de grille, on a besoin des connaissances qu'il y a dans la grille. [...] Je reste convaincue qu'on a besoin des connaissances pour améliorer notre pratique tout simplement, être vigilant sur de bonnes choses mais il faut rester... il faut rester... Je pense que le suivi reste la clé quoi, et le lien qu'on va pouvoir créer et comment... » (CPIP).*

*« [Comment vous vous positionnez par rapport à ces outils ? Est-ce que vous trouvez que les experts, et éventuellement les CPIP devraient les utiliser ? Est-ce que vous y êtes favorable ?] De toute façon, on peut pas être fiable à 100%. C'est du ressenti donc y a forcément un truc sur lesquels on peut... Et puis en face on... Alors moi, je suis convaincue, mais même les psys, y a forcément un moment où ils se font manipuler. Y en a quand même des très forts pour les manipuler. Ça c'est des choses qu'on voit pas. De toute façon, du 100% c'est pas possible et moi je suis pas convaincue des grilles. Tous les outils là, avec les grilles en tous genres, bon... En même temps, on nous emmène ça des pays anglo-saxons, sauf qu'ils existent depuis longtemps, et que chez eux, on commence à avoir aussi, une critique de leurs propres grilles, dix ans après. [...] Donc est-ce qu'on les met en place à un moment où eux commencent déjà à les retravailler ? Je pense aux Canadiens qui sont en train de retravailler... Après, moi ce qui me... Moi je trouve que ça peut être de bons outils, des outils pour voir mais pour moi, ça doit être des outils » (CPIP).*

Bien plus que la mesure du risque, ces échelles faciliteraient et bonifieraient le *process* d'évaluation, en guidant le professionnel dans sa démarche, en harmonisant et en structurant tant la procédure que la présentation des résultats. Si les experts semblent plus attachés à leur autonomie d'exercice, ce type d'arguments ressort plus particulièrement du discours des CPIP et des magistrats, en miroir des critiques portées sur l'extrême diversité des approches et des concepts mobilisés par les premiers, sans compter parfois des difficultés à décrypter leur langage.

*« C'est vrai que l'intérêt des tests, c'est que ça oblige le professionnel à passer du temps sur son travail. Un peu comme la motivation nous oblige à pas être complètement ridicules. L'intérêt c'est que... nécessairement je réponds trop vite et bêtement. Non, l'intérêt du test, des échelles d'un côté, des échelles de l'autre, c'est que on oblige à respecter un protocole, un peu comme pour les tutelles, on demande de faire certains exercices simples, la personne les fait, les fait pas. [...] Y a quand même des personnes qui ont réfléchi à un moment [à ces échelles]... Non, allez, je vote pour. [...] Mais ce qui veut dire aussi qu'à chaque fois qu'il coche, l'expert se pose la question. C'est-à-dire que c'est un peu une méthode de*

*gendarmerie ça. La gendarmerie, en mettant des PV types, etc., elle monte le niveau moyen des gendarmes. En revanche, le gendarme surdoué lui, il est emprisonné et il vaut mieux qu'il aille à la PJ. Non mais c'est vrai, c'est la différence de façon de travailler. Et à partir du moment où tout n'est pas encadré, l'expert garde une part de liberté » (Magistrat du siège).*

*« Et puis, même pour nous, c'est plus facile de lecture, si tout est plus ou moins euh, harmonisé on va dire. Peut-être pas tant des... enfin si, enfin, une harmonisation du travail des experts, ça permettrait justement de mieux comprendre aussi ce qui se joue. Et même pour eux, je pense que ça serait plus facile aussi. Peut-être pas plus facile, parce qu'ils ont tous leurs moyens, leurs façons de fonctionner mais harmoniser les pratiques en tous cas, ce serait pas mal, mais le Français est très dur aux grilles d'évaluation et aux choses comme ça. [Et vous, vous en pensez quoi personnellement de ces grilles, de ces outils d'évaluation ?] S'appuyer dessus, c'est très intéressant. [Et est-ce que vous seriez favorable à ce que ces grilles se développent au sein des SPIP ? De vos pratiques à vous et du côté des experts ?] Ah oui, oui, moi je suis pas contre, mais il faudrait qu'on soit formé pour et surtout, qu'on ait le temps. Mais oui, mais je trouve que c'est pas assez harmonisé, même au SPIP. On travaille tous différemment, ce qui est normal puisqu'on est des personnes différentes avec des horizons, mais avoir déjà... ben, comme pour les experts, avoir un tronc commun. Même si on essaie, on a du mal » (CPIP).*

*« Ça peut être, comment dire, dans notre profession, un repère structurant pour, comment dire... harmoniser les pratiques. Je pense que, peut-être moins maintenant mais un suivi socio-judiciaire suivi par untel et suivi par un autre, et c'est pareil pour un psychiatre. S'il est suivi par tel psychiatre ou tel psychiatre, ben c'est pas la même chose en fait. Ou par le juge. Tous les professionnels en fait qui gravitent autour de la situation. Je pense qu'on aura peut-être intérêt à avoir des grilles comme ça pour aider, pas pour se limiter à ça, mais pour aider à travailler un peu en même temps [...] Et pour pas oublier certains trucs aussi. Certaines choses qu'on pourrait oublier. [...] on peut tous oublier des choses. Par exemple tout à l'heure, l'âge du premier passage à l'acte. Ben les grilles comme ça, hop, on les note tout de suite, alors qu'on peut ne pas s'en préoccuper si y avait pas de genre de grille. Alors que c'est important. [...] Non, moi j'exclus pas [les échelles actuarielles]. Non, non, pas du tout, c'est intéressant. Je pense que ça peut même faire évoluer la pratique vers le haut. Ça peut être un outil intéressant » (CPIP).*

Un rejet massif focalisé sur les outils scorés

En revanche et à de rares exceptions, la détermination d'un score et l'assignation à un pourcentage de risque suscitent une grande méfiance. Si les justifications avancées s'appuient parfois sur un argumentaire d'ordre scientifique, avec l'expression de doutes sur la fiabilité des techniques probabilistes, elles empruntent surtout un registre éthique. Tous les professionnels dénoncent un risque de dé-subjectivation des condamnés, enfermés dans un profil de risque statistique et déshumanisé.

*« Les instruments d'évaluation c'est bien, mais y a un risque toujours, c'est de vouloir mettre les gens dans des cases. Sauf qu'un rond ne rentre pas dans un truc carré, c'est le problème. Mais euh, faire une grille d'entretien, pour que oui... » (CPIP).*

*« C'est pas une vérité absolue. C'est-à-dire qu'il ne suffit pas de passer tous les trucs dans une machine et avoir le résultat à la sortie. Ça, ça marche pas. [...] Y a des résultats qui peuvent être pertinents mais je dirais que ça... altère quand même un peu le sens de ce type de travail, qui est un travail relationnel malgré tout. Un travail d'expert, certes, qui est censé donner un avis éclairé, à défaut d'autorisé, mais je crois qu'on peut pas réduire les choses comme ça à des relations de pourcentages de réponses » (Psychiatre, expert).*

*« Moi, je ne suis pas très échelle actuarielle, parce que même sur le plan methodo, quand même, ça m'apparaît quand même douteux. [...] La statistique des grands nombres, appliquée au cas particulier, pour moi, c'est une aberration méthodologique mais... donc je l'utilise pas » (Psychiatre, expert).*

*« Je pense que c'est bien d'y travailler, d'essayer d'objectiver un peu. Après, il faut pas prendre le risque d'enfermer trop les personnes dans ces pourcentages ou dans ces risques, dans ces évaluations-là quoi. Ça reste un peu statistique quand même. [Est-ce que vous souhaiteriez que ces échelles soient plus utilisées en France et qu'elles soient plus utilisées par les CPIP ?] Pourquoi pas comme moyen supplémentaire » (CPIP).*

« [Est-ce que selon vous, je parle des experts psychiatres et psychologues, devraient mobiliser davantage des échelles, des grilles, pour conduire leurs expertises ?] Je trouve ça hyper dangereux. C'est une chose trop... enfin, trop... Y en a des grilles. Y a des expertises où ils parlent de ça. Je trouve ça aussi gênant, enfin il a dit ça, donc on le met dans cette case-là quoi. Parce qu'il a dit ça, mais à ce moment-là, dans ce contexte-là. Les experts, quand ils vont voir les gens en détention, ils vont les prendre à n'importe quel moment hein. Donc ça peut être tôt le matin, ça peut être le dimanche. Enfin, ils vont quand ils veulent et enfin, nous on a vu hein, des experts venir à des moments où ça colle pas. [...] Mais les réponses dépendent aussi du contexte quoi » (CPIP).

« C'est tellement... c'est un peu virtuel quoi, de dire que, en fonction de certains critères, monsieur il a 30% de récidive. Ben oui, mais est-ce que ces 30%, il va en faire partie ou pas ? Ou est-ce qu'il va faire partie des 70 autres quoi. [...] Et ça c'est... J'ai envie de vous dire, si on ne devait juger qu'à travers ce type d'échelle, on n'a plus besoin d'être là hein. On rentre le dossier dans la machine qui ressort la peine qui correspond aux 30% de risque de récidive. Enfin je veux dire, on met un peu à néant toute l'analyse... alors, voilà qui est humaine du dossier et... et... et c'est tellement différent quelquefois de lire le dossier, d'avoir la personne en face de soi, d'avoir passé 2 heures ou 3 heures à l'audience, à la faire parler, etc... que... je veux dire, c'est une approche du métier qui est quand même très très froide et très mathématique quoi. [Un peu réductrice ?] Très réductrice. [...] Peut-être parce que nous, on n'a pas l'habitude de fonctionner comme ça hein, que moi j'ai cette réaction » (Magistrat du siège).

« [Est-ce que c'est mieux à la limite, un expert qui va être très clair, qui va dire « le risque, on peut l'établir à tel degré », etc., et avec cet outil, qui paraît potentiellement plus objectif ?] Moi je vais répondre humainement, que c'est atroce. Je trouve ça hyper violent, comme si les gens étaient résumables à des chiffres. Enfin, moi quand je lis ça, je me sens hyper mal à l'aise mais après, c'est une réaction humaine, spontanée, personnelle en fait. Est-ce que ça m'aide plus dans ma prise de décision ? Ben non ! Enfin, au contraire c'est perturbant, parce que du coup, ça fixe un chiffre mais sauf que la vérité, c'est pas un chiffre, évaluer quelqu'un et évaluer sa personnalité, évaluer le risque qu'on peut avoir, c'est aussi du ressenti, c'est aussi l'évaluation qu'on a de la personne et résumer à un chiffre, j'ai trouvé que ça fait un peu un truc qui reste là, dans la tête et qui finalement, est assez déroutant je trouve. Après, c'est totalement... c'est un peu compliqué d'objectiver ça, parce que pour moi c'est vraiment, ma réaction subjective, spontanée, humaine quoi » (JAP).

« Déjà ça me fait réagir. J'en ai vu peu mais je me souviens au moins en avoir vues deux, au moins une au CD. Je trouve en fait que c'est impossible. Je comprends pas en fait. [...] Du coup, ça te perturbe dans ta décision. Moi je... je... Moi personnellement euh... ça tend à décrédibiliser en fait. Alors, peut-être pas l'expertise en son entier mais la conclusion. C'est-à-dire je trouve ça tellement impossible que... qu'un expert dise « il récidivera à 72% », que je me dis... Je... je... je n'y crois plus à cette expertise » (JAP).

« C'est euh... c'est compliqué, parce qu'on a besoin quand même d'outils, qui ne sont pas nos domaines de compétence, qu'on a besoin quand même d'avoir des informations. On a besoin d'avoir des choses qui seront fiables. Après, c'est la méthode qui est peut-être pas bonne. Donc le ... Disons que réussir... enfin, affirmer de manière mécanique, mathématique finalement, des choses qui relèvent de l'humain et du coup, je trouve 1) que c'est dangereux et 2) contestable. Enfin, que c'est... Ben c'est dangereux parce que... parce que... oui, après on va dire parce qu'il a les yeux bleus et les cheveux frisés, y a un risque de... enfin. Je trouve qu'on peut arriver à des dérives, à des étiquetages et finalement, à surveiller des catégories de populations plus que d'autres, sur la base d'éléments qui ne sont pas forcément pertinents. [Et vous en avez vues des expertises, avec justement l'utilisation de ce type d'échelle ?] Non. Non, pas vu. Pas vu, pas vu et je serais assez prudent. Parce qu'aussi, y a la question de ce que j'en pense moi, à titre personnel, effectivement, que je trouve ça... je trouve ça... je trouve ça dangereux. Est-ce que réellement en plus, c'est pertinent ? Je trouve que c'est... ça tient pas assez compte de l'individu lui-même et le risque c'est que ça enferme l'individu dans... voilà, dans 80% de chances, tu... C'est des formes d'évolution. C'est aussi contester les capacités d'amendement qui sont aussi propres à chacun. Donc, non, j'en n'ai pas vues et je pense que je serais assez gêné d'en voir. Et sur un dossier notamment de juge d'instruction, sur un dossier criminel, j'envverrais pas un expert comme ça, enfin je... j'aurais pas recours aux experts comme ça, parce qu'après, je trouve que c'est dangereux quoi » (JAP).

Il en résulte une inclination nettement plus forte en faveur des échelles dites de troisième et quatrième générations, qui intègrent des facteurs plus qualitatifs (« dynamiques ») et accordent de plus amples marges d'interprétation aux évaluateurs. Ceci n'est guère étonnant, dès lors qu'outre-Atlantique, « cette introduction d'éléments cliniques discrétionnaires a été faite afin de contourner la résistance

psychologique des praticiens (agents de probation, forensic psychologists...), face aux outils actuariels » (Herzog-Evans, 2012).

« Ils ont un intérêt, parce que justement, ça viendrait conforter le jugement clinique, mais ça ne peut être en utilisation seule. C'est forcément couplé au jugement clinique. Aujourd'hui, il y a des échelles qui justement, laissent beaucoup de place au jugement clinique : ce sont les outils de troisième génération, qui prennent en compte les facteurs de risque, mais aussi les facteurs de protection. Chez les personnes, on ne va pas chercher que ce qui est à risque. Il y a aussi toutes les ressources à côté » (Psychologue, SMPR).

« Et puis, les gens changent. Ça me gêne un peu l'écrit, quand c'est trop statique parce qu'on occulte complètement... Y a quelqu'un qui va avoir un score... parce qu'il a eu une vie pourrie dès le départ, il va être handicapé à vie, parce que les facteurs statiques sont quand même hyper présents. Alors que ça pourrait être des facteurs... Les nouvelles grilles, elles sont quand même plus intéressantes, puisqu'il y a les facteurs de protection qui sont mis en avant et le bien-être de l'individu. Toutes ces dimensions qu'on connaissait nous, dans notre travail, qui réapparaissent et qui sont des moteurs, pour aider quelqu'un à sortir de la délinquance. Ça commence à apparaître dans les grilles d'évaluation. [Vous faites référence à des grilles que vous avez pu mobiliser ?] Non, moi je ne les utilise pas à proprement parler. Par contre, je lis pas mal quand ça arrive, parce que j'aime bien savoir vers quoi on va après et puis on avait eu la formation d'une journée, sur... avec monsieur [Formateur consultant rémunéré par la Direction de l'Administration pénitentiaire]. Je sais plus comment ils avaient appelé ça. Je sais plus comment ils ont intitulé cette journée de formation mais qui en tout cas, qui faisait le point sur les outils récents et notamment, qu'on est à la quatrième vague des pays anglo-saxons qui réintroduisent tout ça. Voilà comment je le sais. [Et celles-là vous semblent plus intéressantes que les grilles purement statiques ?] Bien sûr. Ça me paraît plus intéressant. » (CPIP).

« [Vous pensez que ces instruments sont intéressants ou au contraire, vous trouvez que la méthode, je dirais plus clinique, qualitative française, c'est ce qu'il y a le mieux ?] Je vais être un peu sévère, mais j'aimerais bien que la méthode... française, soit qualitative (rire), parce que des fois c'est au doigt mouillé et il y a du moment hein, quand même. Si c'est pour faire un débat au tribunal, avec le nombre de points de l'échelle actuarielle, c'est une catastrophe mais je ne trouverais pas idiot, que certains experts, puissent se former, pour utiliser leurs propres outils, pour valider leur impression clinique ou correspondre. Pas que ça mais en tout cas... [...] Moi sinon... Moi je sens ça comme ça, mais bon. Je suis pas expert, mais sur la fin de ma pratique, j'avais tendance un petit peu à pousser timidement, parce que c'est dangereux comme thérapie hein. Et ce qui me frappait moi, c'est que ceux qui avaient une approche évaluative qualitative, ce que je percevais comme la meilleure, et qui n'utilisaient pas les échelles, étaient sans doute, ceux qui étaient le moins opposés aux échelles, que ceux qui étaient au gourmier » (Psychiatre, SMPR).

« Je ne pense pas que ce soient des outils à proscrire mais il faut garder la subjectivité de l'être humain. Je crois qu'il y a quelque chose d'essentiel mais y en a qui creusent leur propre tombe, c'est-à-dire qu'ils sont à la fois contre les outils actuariels et à la fois, ils pointent du doigt que c'est quand même très subjectif ce qu'on est en train de faire, donc... Moi je pense que la subjectivité, ce n'est pas forcément négatif. C'est pas péjoratif d'être subjectif. De la même façon que de mettre plusieurs subjectivités autour d'une table, ça donne pas une objectivité, ça donne plus de subjectivité quoi. Mais je crois qu'on doit rester dans la subjectivité. On doit rester dans la subjectivité, et on doit effectivement travailler sur ces évaluations à un moment donné, parce qu'il y a des choses où on peut mettre une croix dans une colonne et puis il y a des choses où on ne peut pas. On ne peut pas mettre une croix dans une colonne, du type qui arrive et qui s'installe avec un sourire dans un entretien. Il a perdu son père, il a tué sa mère, il a pas de boulot, machin, truc, etc., mais il vient à l'entretien et il s'installe avec un sourire. Qu'est-ce que ça veut dire ? Il est heureux d'être là ? Ça veut dire qu'il est en train d'évoluer ? Donc je pense que ces outils actuariels, surtout les plus en avance, ils essaient de trouver la solution, ça doit pas être à bannir, d'entrée de jeu, parce qu'on a tellement peu de références que quand on en a une, je pense qu'il faut effectivement se pencher dessus. Mais là où je suis pas d'accord, c'est si on en fait quelque chose qui en fait... qui justifie la relation à la personne. [...] Effectivement, on a eu la première génération, avec... enfant de divorcé. Dommage pour le mec parce que ses parents son divorcés et il changera rien. Donc là effectivement, si on prend la quatrième génération, on réintègre des choses et c'est important. [Et la pratique consistant à établir un score ?] Ça c'est stupide. C'est stupide, parce que ça voudrait dire... ça voudrait dire qu'à un moment donné, parce que comme toujours, y a celui qui va l'utiliser cet outil, qui va le penser d'une certaine façon, et puis il y a celui qui va le lire. Et moi je suis pas sûr que celui qui va le lire, il pense la même chose que moi qui l'ai écrit et c'est un problème. C'est un problème. Et puis une fois que c'est écrit, c'est figé. Alors, ça a de l'intérêt l'écrit, pour éviter cette expression du genre « tu vois bien ce que je veux

*dire* » « non, je vois pas, mais on va dire que oui » (rire), mais c'est figé. Et une fois que l'interprétation est faite par l'autre... [...]. Donc je pense qu'effectivement, il faut pas le rejeter, parce que je continue à penser qu'on n'a pas assez d'outils de réflexion pour faire. Par contre, il faut toujours 1) le manier avec beaucoup de prudence et puis je suis un peu, comment dirais-je, je pense qu'il faut les pervertir ces outils-là. C'est-à-dire qu'à un moment donné, celui qui l'a créé, il a bien... mais il faut le pervertir, dans le sens où il faut essayer de l'adapter à soi-même et à ce qu'on imagine et à ce qu'on pense. Il faut pas le prendre tel quel, parce que si on le prend tel quel, c'est pas nous et comme c'est pas nous, on va avoir des problèmes à un moment donné ou à un autre » (CPIP).

Dans le champ médical, ces positions confortent celles de grandes figures de l'expertise médico-légale et des institutions représentatives de la profession. Selon plusieurs psychiatres, « la France ne pourra pas rester une exception en ce qui concerne l'évaluation de la dangerosité ou plutôt du risque de violence... »<sup>415</sup>. Soucieux d'offrir aux praticiens des méthodes alternatives aux échelles purement actuarielles, certains ont élaboré des grilles semi-structurées, sans cotation. Il en va ainsi du QICPAAS (questionnaire d'investigation clinique pour les auteurs d'agression sexuelle), créée par Claude Balier et son équipe<sup>416</sup>, qui comprend 12 parties composées de questions ouvertes, semi-ouvertes et fermées, relatives aux faits, aux caractéristiques sociodémographiques de l'auteur, aux perceptions de l'acte par le sujet, à sa vie sexuelle, sa personnalité, son histoire et ses relations familiales, sociales et professionnelles. Le QICPAAS ne possède néanmoins ni critère de cotation, ni grille d'interprétation. Certains de leurs confrères considèrent qu'il conviendrait d'aller plus loin. Selon Bénézech et al., « Une des carences les plus évidentes à nos yeux du système répressif français est l'absence de méthode d'évaluation codifiée des auteurs d'actes criminels majeurs... Continuer à privilégier les classiques expertises psychologiques et psychiatriques aux dépens des méthodes et instruments de mesure modernes est une conduite archaïque reflétant la méconnaissance des pouvoirs publics en matière d'évolution des sciences criminelles »<sup>417</sup>. À l'instar d'autres confrères francophones<sup>418</sup>, des psychiatres et psychologues conseillent de mobiliser *a minima* des outils permettant au clinicien de ne pas oublier lors du recueil de données des indicateurs essentiels à une évaluation sérieuse<sup>419</sup>. Cette voie médiane, privilégiant les évaluations semi-actuariales, a été relayée à plusieurs reprises par la Haute Autorité de Santé, qui considère que « les échelles actuariales, parce qu'elles s'appuient essentiellement sur les facteurs statiques de risque de violence, ne sont pas adaptées à l'évaluation psychiatrique »<sup>420</sup>. Moins réservée, l'Académie de médecine reconnaît qu'elles présentent un intérêt prédictif moyen, mais permettraient néanmoins d'assurer une plus grande transparence et homogénéité des évaluations. Elles devraient donc être utilisées pour soutenir le jugement clinique. « Le débat opposant évaluation clinique et outils de prédiction des risques comportementaux (échelles actuariales) n'a pas lieu d'être. Ces échelles n'améliorent pas la prévention ou la prédiction de la récurrence mais elles sont utiles pour appuyer les conclusions de l'expert, l'aider à se distancier d'une trop grande subjectivité ou de lieux communs. Elles sont une grille de lecture du cas, vérifiable ou réfutable »<sup>421</sup>. Ces recommandations ne semblent pas rester sans effet. Dans sa thèse, Sophie Crampagne montre que les praticiens français auraient tendance à structurer davantage leurs évaluations<sup>422</sup>. Outre l'utilisation de tests projectifs

---

<sup>415</sup> Senon J.-L., Voyer M., Paillard C., Jaafari N., « Dangerosité criminologique : données contextuelles, enjeux cliniques et experts », *L'information psychiatrique*, 2009, n° 85, 719-725.

<sup>416</sup> Balier C., Ciavaldini A., Girard-Khayat M., « Questionnaire d'investigation clinique pour les auteurs d'agressions sexuelles », in Ciavaldini A. (dir.), *Psychopathologie des agresseurs sexuels*, Paris, Masson, 1997.

<sup>417</sup> Bénézech M., Pham T., Le Bihan P., « Les nouvelles dispositions concernant les criminels malades mentaux dans la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental : une nécessaire évaluation du risque criminel », *Annales Médico Psychologiques*, 2009, n° 167, 39-50.

<sup>418</sup> Millaud F., Dubreucq J.-L., *op. cit.* ; Delacrausaz P., Gasser J., « La place des instruments d'évaluation du risque de récurrence dans la pratique de l'expertise psychiatrique pénale : l'exemple lausannois », *L'information psychiatrique*, 2012, n° 88, 439-443.

<sup>419</sup> Vacheron M.-N., Cornic F., Gourevitch R., *La prise en charge des états réputés dangereux*, Paris, Masson, 2010 ; Coutanceau R., « Dangerosité criminologique et prévention de la récurrence : évaluer la dangerosité sans stigmatiser l'homme », *L'information psychiatrique*, 2012, vol. 88, n° 8, 641-646.

<sup>420</sup> Haute Autorité de Santé, *Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur*, Audition Publique, Recommandations de la Commission d'audition, Paris, 2011, 17.

<sup>421</sup> Académie Nationale de Médecine, *Évaluation de la dangerosité psychiatrique et criminologique*, 2012, 11.

<sup>422</sup> Crampagne S., *op. cit.*, 50.

(principalement le Rorschach et le TAT) par environ 10% des experts, 32,4% des psychiatres interrogés par celle-ci, plus particulièrement ceux ayant soutenu leur thèse après 1998, mobilisaient au moins un questionnaire semi-structuré (QICPAAS) et 23,7% au moins une échelle actuarielle (2013, 50).

En revanche, au sein des SPIP, l'imposition du « diagnostic à visée criminologique » (DAVC) par la Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP) s'est soldée par un échec<sup>423</sup>. Cet outil, expérimenté à partir de 2008, s'apparentait pourtant à un jugement professionnel structuré sans cotation et reprenait pour l'essentiel les critères d'analyse habituels des agents. Selon une circulaire du 8 novembre 2011, il s'agissait en effet de proposer « *une méthodologie harmonisée et partagée pour tous les SPIP sur le territoire national* », afin de « *sécuriser la méthode d'évaluation en recensant tous les champs devant, selon la situation de la personne confiée, être appréhendés* ». L'outil se décomposait en cinq domaines successifs : la situation pénale et le respect de la mesure ou de la peine et de ses obligations ; l'appropriation de la condamnation et la reconnaissance de l'acte commis ; l'inscription dans l'environnement social, familial et les capacités au changement ; la situation médicale et sa compatibilité avec le projet d'insertion. La dernière phase du diagnostic, conçue comme étant « *le fruit du travail d'analyse et d'évaluation effectué par les CPIP tout au long des étapes précédentes* », devait mettre en exergue les « *freins* » et les « *atouts au travail avec [le justiciable]*, et proposer *des modalités de suivi adaptées au profil criminologique de la personne* ». Les facteurs pris en compte devaient être évalués tant sur la base des pièces du dossier qu'à partir des éléments fournis par la personne lors des entretiens individuels. Contrairement aux outils actuariels, l'appréciation formulée à partir du DAVC ne donnait pas lieu à un résultat scoré, chaque item reposant sur une appréciation binaire (oui / non), ternaire (acquis / non acquis / en cours d'acquisition) ou à une appréciation libre mais concise, du fait du nombre limité de caractères. Malgré le maintien d'un jugement professionnel, cet instrument d'évaluation a fait l'objet d'une mise en œuvre limitée<sup>424</sup>. Outre des difficultés d'appropriation de la part des agents, le DAVC s'est confronté à un rejet quasi-unanime au sein de la profession. Les CPIP ont dénoncé son caractère réducteur et appauvrissant pour l'analyse, ceux-ci étant réduits à « *cocher des cases* ». Plongés dans une véritable crise identitaire<sup>425</sup>, amplifiée par des conditions d'exercice de plus en plus difficiles, nombre d'entre eux l'ont perçu comme un désaveu institutionnel de leurs compétences et de leurs pratiques, mais aussi comme le signe d'une vision plus sécuritaire que sociale de leurs missions. Plutôt que comme un moyen d'améliorer les prises en charge, ils l'ont assimilé à un simple outil de contrôle, répondant avant tout à une logique managériale. La standardisation des informations et l'informatisation des données autorisent en effet un contrôle subtil mais croissant des professionnels en termes de productivité et d'efficacité. L'ensemble de ces arguments explique la mise en œuvre partielle et disparate du DAVC au sein des SPIP, puis son abandon progressif<sup>426</sup>.

La crainte d'un dévoiement de l'évaluation

#### *Un risque de détournement des méthodes*

En réalité, les inquiétudes des professionnels ne portent pas tant sur la fiabilité de ces instruments, plutôt sur les conséquences qui pourraient résulter de leur implémentation, pour les justiciables comme pour les praticiens eux-mêmes. Une première série de critiques porte sur leur incapacité à réaliser ce type d'évaluation dans les règles de l'art, leurs conditions matérielles et organisationnelles d'exercice empêchant la généralisation d'une telle démarche. Ils évoquent selon les cas l'absence ou le manque de formation, des contraintes de temps ou d'accessibilité des outils, en raison de leur coût financier et des

---

<sup>423</sup> Dubourg E., Gautron V., *op. cit.* ; Dubourg E., *op. cit.*

<sup>424</sup> Milburn P., Jamet, L., *La prévention de la récidive comme secteur de l'action institutionnelle : processus d'ajustements entre acteurs, normes et pratiques*, Recherche réalisée avec le soutien de la Mission de recherche Droit et Justice, Paris, GIP, Rapport final de recherche, 2013.

<sup>425</sup> Lhuillier D. (dir.), « Changements et constructions des identités professionnelles : les travailleurs sociaux pénitentiaires », *PsyForm*, 2007, 125 ; Larminat (de) X., « La probation en quête d'approbation : du consensus politique à l'aveuglement positiviste », *Archives de Politique Criminelle*, 2013, n° 35, 45-60 ; Larminat (de) X., *Hors des murs. L'exécution des peines en milieu ouvert*, Paris, PUF, 2014.

<sup>426</sup> Inspection des Services Pénitentiaires, *Rapport relatif à l'utilisation du DAVC et aux pratiques d'évaluation des personnes placées sous main de justice*, Paris, Direction de l'Administration Pénitentiaire, ministère de la Justice, 2013.

conditions de passation, qui supposent plusieurs heures d'entretien et d'analyse des dossiers. L'absence de moyens et le poids des logiques organisationnelles entraveraient également la réplique d'instruments conçus à l'étranger, pour des publics par ailleurs potentiellement différents.

*« S'appuyer dessus, c'est très intéressant. Très intéressant de s'appuyer sur des... mais les grilles anglo-saxonnes ne correspondent pas à notre façon de fonctionner donc on ne peut pas faire de copier-coller. Mais c'est vrai qu'il y a des choses intéressantes et puis même, le public... le public anglo-saxon n'est pas le public français. Voilà. [...] [Vous dites que les Anglo-saxons ont pas les mêmes publics du coup ? Ces échelles servent pas aux mêmes publics ?] Non. Enfin [...] On fonctionne pas du tout pareil. Enfin, déjà le droit là-bas est pas pareil. Les faits, même s'il y a des assassinats, des machins, des stupés et tout, c'est totalement différent, parce que euh... le mode de vie est différent. En tout cas, aux États-Unis, la vente d'armes, y en a partout, nous on n'en a pas, donc... On n'a pas la même criminalité en France qu'aux États-Unis. Les Québécois, enfin les Canadiens, ils sont moitié-moitié en fait. Ils sont mi-américano-français un petit peu dans leur fonctionnement. Donc c'est vrai qu'on peut pas... enfin, on peut pas tout pouvoir mettre pareil » (CPIP).*

*« C'est une question de système judiciaire. Moi, je suis très intéressé par un certain nombre de choses, notamment venant des Canadiens, mais ils n'ont pas quand même du tout le même système d'abord juridique, ensuite de suivi et puis ils n'ont pas les mêmes moyens. Faut arrêter aussi. Moi je... Le jour où on me dira « cette après-midi, tu as une expertise psychiatrique à lire. Prends ton temps » ou « on te donne une semaine complète pour ton dossier d'Assises que tu vas voir », ce sera super, super, super bien. Non mais il faut... On est les derniers de l'Europe. On est les derniers pour les magistrats, pour les fonctionnaires, pour les avocats, pour le budget. On est les derniers quasiment, enfin... » (Magistrat du parquet).*

*« Après, moi je les fais pas en tant que tels, c'est-à-dire que je fais pas de cotation. J'ai des collègues qui le font ; pas beaucoup, certains collègues. Bon après je trouve aussi, même si j'ai eu des formations dessus, je les connais, je ne me sens pas apte à les utiliser, parce que mine de rien, je pense que ça nécessite un niveau de connaissance assez pointu, que ça soit la vrage, la sorag, etc. Je pense qu'on s'improvise pas cotateur de cette échelle-là comme ça. C'est vrai que ça nécessite d'avoir bien pigé la méthodo, d'avoir eu des formations spécifiques dessus. Là-dessus, je serais assez humble et clairement, je dis je suis incompétent pour utiliser l'outil à bon escient » (Psychiatre, expert).*

*« [Est-ce que vous souhaiteriez que ces échelles soient plus utilisées en France et qu'elles soient plus utilisées par les CPIP ?] Pourquoi pas comme moyen supplémentaire mais, avec des formations qui s'appellent vraiment des formations quoi, sur ces types d'outils. Ce qui n'est pas le cas jusqu'à maintenant. Et notre administration, ne brille pas par sa capacité à nous donner les moyens, des fins qu'elle a pour nous » (CPIP).*

À défaut de formations adéquates et de temps pour la passation de ces échelles, les professionnels alertent sur le risque de mésusage des instruments en question, loin des exigences méthodologiques de leurs promoteurs, qui seules garantiraient la validité scientifique de la démarche.

*« Quand le LSD [LSI/CMI] comme je l'appelle, va se mettre en place, effectivement, avec l'expérimentation qu'on a actuellement, ça prend entre 33 minutes et 46 minutes pour les plus longs. Je leur souhaite d'avoir 38 minutes chacun, parce que s'ils sont comme nous à 90, ça va être fait comment ? Vidé de sens, complètement vidé de sens. [...] Tout ce qu'ils veulent mettre en place, est voué à l'échec, vidé du fond hein. C'est vidé parce que 1) la formation initiale, elle est pas adaptée et 2) c'est qu'on a beaucoup trop [de mesures]. Le jour où ils auront réglé ces deux, ils pourront faire appliquer l'ensemble concrètement » (CPIP).*

*« Mais non, ce n'est pas suffisant. Donc soit on forme les gens, mais on les forme vraiment et on fait, je ne sais pas, pendant 6 mois, deux jours par mois, enfin, je n'en sais rien, qui vous ancrent des techniques mais là on vous dit « deux jours et puis allez-y », mais non ! [...] Mais non mais ça, après, on vend du rêve là » (CPIP).*

*« Non, moi je les utilise pas à proprement parler. Par contre, je lis pas mal quand ça arrive, parce que j'aime bien savoir vers quoi on va après et puis on avait eu la formation d'une journée, sur... avec monsieur .... Je sais plus comment ils avaient appelé ça. Je sais plus comment ils ont intitulé cette journée de formation mais qui en tout cas, qui faisait le point sur les outils récents et notamment, qu'on est à la*

*quatrième vague des pays anglo-saxons qui réintroduisent tout ça. [Et celles-là vous semblent plus intéressantes que les grilles purement statiques ?] Bien sûr. Ça me paraît plus intéressant. Après, on reste dans... Ce que j'ai peur, connaissant notre administration, c'est qu'ils adorent tous ces nouveaux trucs. À chaque fois, on en a des nouvelles, des nouvelles expérimentations, des nouveaux projets, machin, et on n'a jamais les moyens qui vont derrière, donc à chaque fois, on se retrouve du coup à focaliser trop de temps sur des outils, et pas assez sur les suivis. D'où ma méfiance. Si après on était dans une situation idéale, qu'on a le temps d'être formé et donc d'utiliser, en étant formé correctement les outils. Parce que sans formation, je... je on risque de faire des... ben, de mal les utiliser tout simplement. Donc, non, il nous faut un temps de formation et un temps correct d'appropriation de l'outil et de discussions entre les équipes pour savoir ce qu'on en fait et où on va. Et tout ça, ça n'existe pas. Faut pas se mentir. Notre réalité professionnelle, on est à des années-lumière pour l'instant, en termes de moyens. Donc, en faisant court, je ne me verrais pas les utiliser maintenant » (CPIP).*

En pratique, certains experts commencent effectivement à les utiliser sans formation préalable, ou s'en inspirent sans nécessairement disposer de l'outil et sans respecter les règles d'interprétation des scores ainsi produits. Un expert local, qui mentionne dans ses rapports la passation d'échelles actuarielles ainsi que les scores de risques obtenus, s'est ainsi trouvé bien en peine lorsque nous lui avons demandé des précisions sur les échelles qu'il utilisait, ne serait-ce que pour indiquer leur nom. Après que cette question lui fut posée, celui-ci s'est levé de sa chaise tout en continuant à répondre à notre question, s'est dirigé vers une armoire de son bureau pour en sortir un dossier, dans lequel figurait non pas l'échelle utilisée, ni même un manuel d'utilisation, mais un simple article de la revue « *L'information psychiatrique* » sur le sujet.

*« [Quand vous parlez de score, vous évoquez j'imagine, les échelles actuarielles en fait, des grilles qui sont déjà utilisées à l'étranger notamment ? C'est quel type d'outil ?]*

*-Oui, c'est des échelles internationales. J'utilise pas d'échelles françaises.*

*[Et dans ces cas-là, vous le précisez dans l'expertise, que vous... ?]*

*-Je donne le nom, je donne le nom de l'échelle oui.*

*[Et c'est quel type d'échelles ?]*

*-Pour l'évaluation de la dangerosité... mais c'est pas systématique. Quand les choses sont claires, c'est-à-dire que la personne ne semble pas dangereuse, je vois pas l'intérêt d'un score.*

*[L'expert se lève et se dirige vers l'armoire de son bureau]*

*Sinon, ça m'arrive... Bon, bien sûr, on nous demande aussi de chiffrer l'IPP, l'invalidité résiduelle après la date de consolidation. C'est des choses qu'on nous demande de faire et on donne le résultat en pourcentage. On utilise pour le coup, des échelles bien françaises.*

*[L'expert sort un dossier peu épais de son armoire comprenant uniquement une photocopie d'un article de L'information psychiatrique]*

*Sinon voilà, c'est l'échelle Vrag (violence risk guide).*

*C'est l'échelle la mieux reconnue de dangerosité psychiatrique au niveau international.*

*[...]*

*-Vous voyez en plus, ce sont des échelles qui ont été reprises dans un journal de littérature française, Info psy. L'information psychiatrique, c'est quand même un journal français.*

*Donc effectivement, j'utilise des échelles internationales qui sont quand même reconnues par la littérature française » (Psychiatre, expert).*

La mention de tests dans les rapports ne serait alors qu'un « faire-valoir » pour l'expert, espérant ainsi légitimer ses appréciations. Parfois, des thérapeutes doutent même de la réalité de la passation malgré l'évocation de tel ou tel instrument d'évaluation.

*« Il y a quelques échelles qui peuvent être intéressantes, mais en aucun cas, elles ne devraient apparaître dans les expertises. Elles ne devraient même pas être nommées et encore moins... [Ah, elles ne doivent même pas être nommées ?] Moi je suis un peu rigide sur la question. Non mais, ça c'est le problème du psy. Comme si moi je disais avec quelle théorie je travaille. Non, ça ne regarde personne. L'expert, il travaille avec ses outils, ça le regarde et ça ne doit pas être un faire-valoir, ça ne doit pas être ce qui viendrait valider ou justifier, d'autant plus que c'est un avis. La définition même de l'outil, c'est que c'est un moyen, et en ça, ça pose son intérêt, mais aussi tout de suite, sa limite » (Psychologue SMPR).*

« Y a des experts qui annoncent des tests, notamment dans les expertises psychologiques et le patient je lui dis « c'était quoi ce test ? ». Alors, moi je le sais ce que c'est que ce test, mais ce qui est important, c'est que lui, il l'identifie. Que moi j'aie compris les choses, ça va pas le faire avancer lui. Donc il me dit « ben j'en sais rien, j'ai rien fait ». Donc moi, quand on m'annonce un Rorschach et que le patient me dit « ah ben non, je vois pas », du coup j'aide, en disant « on vous a pas montré des dessins ? » « ah non, pas du tout, pas du tout ». Donc là, il m'est arrivé d'être sur le cul et c'est compliqué d'être sur le cul, et de pas le montrer. On n'est pas nous, l'expert de l'expertise hein. Donc il s'agit de continuer à œuvrer pour la relation de soins, de pas mettre en péril... tout ça, ça commence à sentir un peu l'escroquerie ; en tout cas y a un truc. Moi je sais pas mais, moi j'ai que la parole de mon patient hein. Enfin, normalement, ça les préoccupe, parce que certains reviennent en disant « on m'a montré des trucs, c'était n'importe quoi. Je vois pas ce qu'ils peuvent en faire ». Donc là c'est clair » (Psychologue, SMPR).

Même si certains professionnels envisagent les échelles actuarielles comme un moyen de contrer la tendance des experts français à surévaluer les risques, tendance générée par une ouverture de parapluie croissante, ces outils poursuivraient en réalité les mêmes fins, en protégeant les experts ou agents de probation dans l'hypothèse d'une récidive médiatisée.

« Je pense que ça peut être... ça peut être instrumentalisé comme ça oui. C'est le risque de dire « les outils, ça remet pas en question ma parole », et du coup..., le jugement clinique, on peut le remettre en cause facilement, que un outil, avant qu'un juge arrive à démonter un outil, il faut déjà qu'il en comprenne le sens et ça c'est du boulot hein » (Psychologue, SMPR).

« Moi c'est ça qui m'embête, parce qu'on veut faire de nous, de plus en plus des techniciens, mais des techniciens de quoi ? Je suis même pas sûre qu'ils soient eux-mêmes très clairs sur ça. C'est la sensation que ça me donne, moi. Je pense que la technique c'est rassurant, parce que c'est scientifique et que ça les rassure pour l'ouverture de parapluie sur la récidive » (CPIP).

« En formation, par exemple si on reprend les données actuarielles, sensibilisation à l'évaluation, etc. Quelque part, on va pas en disant voilà ce qu'on vous donne et puis vous en faites, je dirais pas, ce que vous voulez, mais pas loin. C'est à vous de savoir ce que vous allez en faire. On le donne, et après on dit « est-ce que vous l'avez utilisé ? ». Et en fait, on est dans cette logique de dire comment vous vous protégez en faisant le truc, etc., et on n'est pas dans « pourquoi vous faites ce boulot ? Quelle est la mission qui est la vôtre ? » (CPIP).

« On n'a pas été tellement confronté à ça. je pense qu'il y a encore une prudence par rapport à ça. Mais comme je disais, ça rassure et c'est confortable. Ça rassure, en disant « la réponse elle est là », donc y a un espèce de truc mathématique comme ça, qui va arriver à une évaluation de la dangerosité. Et nous, de manière mathématique aussi, on va en tirer... mécanique plutôt, on va en tirer des conséquences juridiques, judiciaires qui finalement, dédouanent chacun d'une prise de décision quoi » (JAP).

Ces constats ne sont pas sans rappeler les analyses de Georges Devereux, selon lequel les professionnels se défendraient ainsi de leurs angoisses face à la complexité de la tâche et à un matériau anxiogène. Il insiste en effet sur « l'angoisse suscitée par les données en sciences du comportement ; ils peuvent créer la fausse impression que l'objectivité est a priori impossible dans la recherche en ce domaine et que nous devons, pour réduire les déformations subjectives, interposer entre nous-mêmes et nos sujets des écrans filtrants de plus en plus nombreux - des tests, des techniques d'enquête, des « trucs » et autres artifices heuristiques. On pourrait même croire que le meilleur « observateur » est une machine, et que l'observateur humain doit tendre à une sorte d'invisibilité, qui - si elle était possible - éliminerait l'observateur de la situation d'observation »<sup>427</sup>. En outre, ces analystes du comportement chercheraient ainsi « à prouver que leur discipline est aussi scientifique que la physique. La quantification de l'inquantifiable, afin de se faire valoir, est dans le meilleur des cas comparable à la tentative leibnizienne de prouver mathématiquement l'existence de Dieu »<sup>428</sup>. Face à l'injonction qui leur est faite de protéger la société, de prédire et de traiter la délinquance, les intervenants ont 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 subiront immédiatement les foudres de l'opinion publique, des médias et des

<sup>427</sup> De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement, 1980, rééd. 2012, Flammarion 2012, 17.

<sup>428</sup> Ibid., 29.

responsables politiques, voire une mise en cause de leur responsabilité. Dans une « *logique immunitaire* »<sup>429</sup>, ils risquent d'utiliser les échelles actuarielles comme une « *assurance-dysfonctionnement* »<sup>430</sup>, avec la possibilité de justifier leurs décisions par ce biais et ainsi sécuriser leurs pratiques<sup>431</sup>. Il n'est pas improbable non plus que, dans un contexte parfois concurrentiel entre JAP et agents de probation, experts psychiatres et psychologues, agents de probation et professionnels des associations socio-judiciaires, ces outils d'évaluation soient mobilisés dans des enjeux de pouvoir, permettant aux uns ou aux autres de garantir leurs positions de spécialistes, sous couvert de vernis scientifique. Déjà, M. Foucault a démontré que si le crime est devenu pour les psychiatres un enjeu important au XIX<sup>e</sup> siècle, « *c'est qu'il s'agissait moins d'un domaine de connaissance à conquérir que d'une modalité de pouvoir à garantir et à justifier* »<sup>432</sup>. Comme en Belgique, les psychologues maîtrisent d'ailleurs davantage que les psychiatres les pratiques de *testing*, ce qui n'est pas sans produire des effets de légitimation auprès des magistrats. « *Les relations entre psychologues et psychiatres semblent dès lors osciller entre aide et collaboration, concurrence et rivalité* »<sup>433</sup>.

#### *Une mauvaise interprétation des résultats*

Plusieurs professionnels ont également insisté sur le risque d'une mauvaise interprétation des résultats par les magistrats, les CPIP, mais aussi les experts, y compris par certains de ceux ayant pourtant suivi une formation sur le sujet. En théorie, les échelles n'établissent pas un niveau de risque propre à la personne évaluée, mais se contentent de signifier que le profil de l'individu en question s'apparente à celui d'un groupe de condamnés, étudié pour construire l'instrument, dont tel pourcentage a effectivement récidivé. Or, certains experts assimilent le score obtenu avec la probabilité de récidive de la personne évaluée.

« *Après, qu'à côté de ce qualificatif on mette une note, de dire « j'estime son risque de récidive de passage à l'acte violent à 30% », ça revient au même. On met un nombre à la place du qualificatif* » (Psychiatre, expert).

« *[Dans l'exemple que vous donniez, l'expert parlait d'un pourcentage de risque par rapport à la personne ?] Oui. [C'était pas dire « pour une personne comme monsieur x, le risque... » ?] Non, c'était l'échelle donne une cotation de 15 à 25%, je sais plus, enfin c'était ça, 15%, une fourchette hein. Disons 10 à 15% de risque. [Parce que normalement c'est pas le risque de la personne, c'est le groupe] Tout à fait. Pour ça, je disais, le magistrat qui voit ça, lui il va se dire, il y a 15... en l'occurrence c'était 10 à 15% de risque de récidive. Alors que ce n'est pas ça* » (Psychiatre, SMPR).

« *J'ai vu des personnes, des écrits de personnes qui ont été formées qui n'ont pas compris le sens des outils. [Nom d'un psychiatre médiatisé pour ses positions très favorables aux échelles actuarielles], il n'a pas compris le sens des outils... pas du tout. Pourtant, il a été formé mais lui, il est passé complètement à côté du sens de l'outil. [Nom d'un autre expert psychiatre connu pour sa défense des échelles] est aussi passé à côté, c'est sûr (rire). Là, ça pose des problèmes éthiques de notre profession. Je peux me permettre de le dire, parce que moi, j'ai été formée aux outils. Je les connais, je les sais. Donc voilà, c'est être formé et être formé régulièrement, c'est-à-dire qu'on reste pas sur ses acquis d'il y a quelques années. Je me permettrais pas d'utiliser un outil de risque de récidive, si j'ai pas une formation récente ou les derniers outils. Ça demande des connaissances à jour tout le temps* » (Psychologue, SMPR).

D'où un ferme et partagé rejet des pratiques de *scoring* et de la présentation des résultats dans le rapport d'évaluation, d'autant que les professionnels interrogés s'inquiètent de la fascination que provoqueraient ces chiffres sur les magistrats. Même ceux qui reconnaissent l'intérêt potentiel d'un score pour l'évaluateur dénoncent la mention des pourcentages de risques dans les rapports d'évaluation.

<sup>429</sup> Kaminski D., *Pénalité, Management, innovation*, Namur, Presses universitaires de Namur, 2009, 103.

<sup>430</sup> Jendly M., « Performance, transparence et *accountability* : une équation (dé)responsabilisante des professionnels exerçant en prison ? », *Déviance et Société*, 2012, vol. 36, n° 3, 252.

<sup>431</sup> Vacheret M., « Sciences criminologiques, peines de prison et professionnels », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, 2010, n° 4, 983-987.

<sup>432</sup> Foucault M., « L'évolution de la notion d'« individu dangereux » dans la psychiatrie légale », *Déviance et Société*, 1981, vol. 5, n° 4, 409.

<sup>433</sup> Cartuyvels Y., Champetier B., Wyvekens A., *op. cit.*, 49.

« On ne peut pas, on n'a pas le droit, de mettre les résultats bruts. [...] Normalement, on ne peut pas mettre de résultats bruts. Ceux qui forment à ces outils, disent qu'on ne met pas de résultats bruts. C'est comme si, en pédopsychiatrie, quand les enfants passaient des QI de Weiss, on disait aux parents « tenez les pourcentages, débrouillez-vous ». Je l'ai vu une fois ça, mais ça veut rien dire. Et en plus, c'est source d'interprétations et mauvaises interprétations. [Et sur la question de la mention des résultats, qu'est-ce qui vous inquiète par rapport à ça ?] Une espèce de savoir, de vérité, de toute puissance. C'est-à-dire que ces outils-là, les chiffres, quand ça sort, le risque... enfin, les critères c'est entre 5 et 10 ans. Je l'ai pas vue l'expertise [...], mais je pense qu'il a utilisé une statique pour sortir un truc comme ça. Donc c'est par exemple le sujet, la phrase-type hein, c'est la phrase qu'on utilise. La phrase-type c'est « le sujet a un pourcentage de risque de récurrence de 30% dans les 5 ans et de 20% dans les 10 ans », parce que ça diminue avec les années. Oui, super, 30% ou 40%, mais qu'est-ce qu'il en fait le juge pour déterminer s'il y a un risque de récurrence, avec et quelle mesure il va mettre avec ?... parce qu'il y a écrit 40% dans les 5 ans ? Ben rien ! [Mais lui il va immédiatement se dire « c'est un gros pourcentage » ?] Ben ouais, 40% c'est gros, c'est presque 50. 50 c'est une fois sur deux, donc... » (Psychologue, SMPR).

« Ça je le pense après avoir relu avec un patient très récemment une expertise, je pense que ça n'a pas lieu de transparaître dans l'expertise même. Je trouve que c'est quelque chose contre-productif une expertise, où l'expert a noté les résultats d'une échelle, scoré d'un pourcentage de risque. Et je me disais qu'est-ce que le magistrat peut faire de ça ? Est-ce que le magistrat a les moyens de donner sens à ça ? Et je sais même pas si nous-mêmes, les personnes qui s'intéressent à cette question, les experts en premier lieu, ont les moyens toujours de vraiment apprécier les limites de ce qu'ils vont trouver comme résultat dans les échelles. C'est bien les échelles, elles ont bien des défauts. Elles sont dissemblables déjà ; elles n'ont pas forcément les mêmes buts, elles sont pas construites de la même façon. Les actuarielles sont statistiques donc voilà, toutes les limites que ça peut avoir d'appliquer tel résultat à une personne donnée » (Psychiatre, SMPR).

« [Vous, en tant que CPIP, c'est quelque chose auquel vous aimeriez évoluer, enfin utiliser ces échelles ou ces grilles dans vos pratiques ?] Non (rire), parce que, encore une fois, ça peut coller. Moi je crains l'utilisation qui peut en être faite et puis c'est un moment. C'est pas parce qu'à un moment il est pondu ça que. [...] Les grilles non, ou alors qu'on garderait pour soi, qu'on comparerait et qu'on ferait évoluer... enfin qu'on ferait évoluer, qu'on regarderait à nouveau, pour voir si ça a évolué ou pas, qui serait un outil purement pour nous mais qu'on mettrait pas dans le dossier (rire) » (CPIP).

« Si c'est pour faire un débat au tribunal, avec le nombre de points de l'échelle actuarielle, c'est une catastrophe mais je ne trouverais pas idiot, que certains experts, puissent se former, pour utiliser leurs propres outils, pour valider leur impression clinique ou correspondre. [Donc il ne serait pas question d'en parler devant une cour ?] Non, non, pas question. Surtout pas à une cour. Alors là... [Pourquoi surtout pas ?] Un outil, c'est un outil. On peut en débattre avec un autre collègue, voilà... Moi sinon... Moi je sens ça comme ça, mais bon » (Psychiatre, SMPR).

« C'est toujours pareil, c'est-à-dire qu'on pourrait mettre l'échelle et le score de l'échelle. Encore faut-il que celui qui lit ça, la connaisse, la maîtrise et sache la passer. Il faut que ça soit une interprétation objective. Je vais dire un truc comme ça. Moi, j'utilise... je vous ai parlé de l'échelle de A..... si je vous parle de l'échelle de Ban....., je sais pas, de la BPRN, c'est du chinois. Donc si vous lisez ça « je sais pas ce que ça veut dire. Si je vais sur internet, c'est là, là ou à peu près », mais ça ne veut rien dire. Ça n'aura de valeur que par rapport à ceux qui ont l'habitude de les utiliser et qui parlent le même langage. De même que si le magistrat utilise lui aussi de son côté des échelles que je ne connais pas, moi ça me parlera pas. Comment vous dire ? C'est un avis mais ça me paraît légitime que l'expert dise « on l'a vu et puis on lui a fait passer l'échelle qui confirme ou dont le résultat ne fait que confirmer », ça me paraîtrait peut être intéressant. De là à mettre le score, le danger, c'est que ça soit interprété par des gens qui ne connaissent pas l'outil et qui vont lui donner un sens qui est erroné. [...] C'est pour ça qu'il faut être très, très prudent avec ces échelles. Donc moi je pense qu'elles ne sont pas suffisamment systématiquement utilisées, mais méfions-nous de les mettre dans un rapport, dont le sens serait biaisé par des gens qui, pas par mauvaise volonté, mais qui lui donneraient un sens qui n'a pas lieu d'être » (Psychiatre, médecin coordonnateur).

Seul l'expert incluant de telles données chiffrées dans ses rapports nous a présenté un point de vue divergent.

« Oui... ben, vous savez, ça ne change pas grand-chose. Quand un expert dit « il est très dangereux », il existe une certaine dangerosité ou la dangerosité modérée, faible, c'est une cotation. Après, qu'à côté de ce qualificatif on mette une note, de dire « j'estime son risque de récidive de passage à l'acte violent à 30% », ça revient au même. On met un nombre à la place du qualificatif » (Psychiatre, expert).

Les inquiétudes évoquées par les autres professionnels interrogés rejoignent pourtant les travaux de plusieurs chercheurs anglo-saxons, généralement plus proches de la criminologie critique, qui dévoilent le risque que les évaluations scorées viennent supplanter d'autres critères susceptibles d'orienter le choix de la peine, voire la déclaration de culpabilité<sup>434</sup>. « *Strict requirements to use and adhere to risk assessments limit the judiciary's abilities to consider and balance the importance of other sentencing purposes and legal criteria. Moreover, the use of these types of actuarial instruments can generate new ways to understand risk and the offender and can, in some jurisdictions, unduly limit judicial or prosecutorial discretion* »<sup>435</sup>. « *The risk scores impart a sense of moral certainty and legitimacy into the classification they produce, "allowing people to accept them as normative obligations and therefore scripts for action"* »<sup>436</sup>. Déjà, en 1986, Nancy Reichman dénonçait les risques d'atteinte à la présomption d'innocence. « *Conditions, characters, and modes of life supplant traditional, moral choice as a sufficient justification for the imposition of criminal penalties. When regulation shifts from individual offenders to the probability that some offense might occur, traditional presumptions of innocence are transformed into assumptions of guilt. When guilt is inferred from how closely your behavior matches some profile of likely offense – a form of "statistical justice" – constitutional premises based on reasonable doubt may be undermined* »<sup>437</sup>. Ces risques sont d'autant plus majorés que les praticiens ne sont pas familiers des calculs probabilistes. Peu interprètent correctement les scores de probabilité, avec des confusions fréquentes entre corrélation et causalité. « *Instead of understanding that an individual with high risk score shares characteristics with an aggregate group of high-risk offenders, practitioners are likely to perceive the individual as a high-risk offender. In practical terms, correlation becomes causation and potential risk is translated into administrative certainty* »<sup>438</sup>. Au regard de l'influence des outils scorés, de nombreux experts européens ont d'ailleurs « *renoncé à ce jour, à présenter des résultats chiffrés du risque de récidive, d'une part, en raison des faiblesses méthodologiques [...] et, d'autre part, en raison de l'impact qu'ont les données chiffrées dans une cour de justice. Ces données, qui devraient être manipulées avec la plus grande prudence, ont habituellement pour effet d'écraser toute possibilité de nuance, en raison de l'apparence de scientificité que porte ce type d'information par rapport au verbe* »<sup>439</sup>.

#### *Une dénaturation des missions des professionnels*

Derrière la crainte d'une dé-subjectivation des condamnés pointent également celles d'une délégitimation des savoirs, compétences et pratiques professionnelles, mais aussi d'une perte d'autonomie décisionnelle et d'une déshumanisation de leurs interventions. De nombreux experts soulignent les risques de faire l'impasse sur une « *clinique de la rencontre* », « *qui implique de prendre en compte le vécu, les perceptions et de restituer l'acte infractionnel dans une histoire singulière et un contexte d'advenue. Les praticiens ne peuvent être que réticents à l'égard de l'utilisation d'outils, en particulier « actuariels », dans lesquels la singularité d'un sujet, d'une histoire, du sens des attaques*

<sup>434</sup> Hannah-Moffat K., « Actuarial sentencing: an « unsettled » proposition », *Justice Quarterly*, 2013, vol. 30, n° 2, 270-296 ; Reichman N., « Managing crime risks: Toward an insurance-based model of social control », *Research in Law, Deviance and Social Control*, 1986, n° 8, 151-172 ; Starr S. B., « Evidence-Based Sentencing and the Scientific Rationalization of Discrimination », *Stanford law review*, 2014, n° 66, 803-872.

<sup>435</sup> Hannah-Moffat K., *op. cit.*, 272.

<sup>436</sup> Ericson, Haggerty, *Policing the Risk Society*, Clarendon Press, 1997, 7.

<sup>437</sup> Reichman N., « Managing crime risks: Toward an insurance-based model of social control », *Research in Law, Deviance and Social Control*, 1986, n° 8, 165.

<sup>438</sup> Hannah-Moffat K., *op. cit.*, 278 ; Krauss D. A., Scurich N., *op. cit.*

<sup>439</sup> Delacrausaz P., Gasser J., *op. cit.*, 442.

faites au lien social disparaît au profit d'une référence à une catégorie d'individus à risque dans une approche purement objectivante »<sup>440</sup>.

*« Y a des résultats qui peuvent être pertinents mais je dirais que ça... altère quand même un peu le sens de ce type de travail, qui est un travail relationnel malgré tout. [Et quand vous dites « ça altère le lien relationnel », c'est aussi dans le sens de la passation ? Au moment de l'expertise, ça serait comme un écran... ?] Ça prend du temps, et vous savez bien que quand on pose des questions, on n'a que des réponses. Donc voilà, si on est trop pris par son questionnaire, on est là en train de chercher. Bon, c'est caricatural, mais on va dire « non, arrêtez de parler parce que là j'ai pas fini. Remettez votre truc ». N'importe comment, si on dit aux gens d'arrêter de parler, ils arrêtent de parler et puis on manque des choses » (Psychiatre, expert).*

À l'identique, les agents de probation craignent que ces instruments d'évaluation nuisent à l'instauration d'une véritable relation interpersonnelle.

*« Je pense que si on va sur une systématisation et qu'on en oublie la spontanéité de l'entretien, on risque de passer à côté d'un certain nombre de choses. Ça dépend de comment on l'utilise. Si on l'utilise vraiment de façon très systématique, oui, je pense qu'on en perd la spontanéité. Dans cette spontanéité, on récolte pas mal de choses aussi » (CPIP).*

Ces craintes sont d'autant plus fortes que le temps passé à réaliser ces évaluations réduit d'autant celui consacré au suivi et à l'accompagnement. Ainsi, depuis la mise en place d'OASys, les agents de probation anglais consacrent 75% de leur temps à des tâches qui n'impliquent pas de contact avec les auteurs d'infractions. *« La version imprimée comporte au minimum 45 pages, parfois beaucoup plus en fonction des éléments et analyses apportés. Il faut deux heures en moyenne pour simplement remplir OASys, mais certains dossiers peuvent demander cinq heures. Il faut encore ajouter le temps préparatoire consacré aux entretiens avec la personne, à la lecture des anciens rapports judiciaires, à la collecte d'informations auprès d'institutions et professionnels qui ont déjà suivi la personne, aux contacts avec les membres de la famille lorsque c'est pertinent »*<sup>441</sup>. S'ajoute une fragmentation croissante des interventions, car l'optimisation des outils d'évaluation suppose l'intervention d'un personnel compétent, formé et donc différent de celui chargé du suivi. Au plan national, les SPIP sont d'ailleurs invités à repenser leur mode d'organisation, le principe de la polyvalence des agents étant progressivement supplanté par celui de leur spécialisation, à l'aide d'une scission entre un « pôle enquête » et un « pôle suivi »<sup>442</sup>. Cette réorganisation se traduit par la multiplication des interventions ponctuelles et ciblées au détriment d'une prise en charge globale et continue par un seul CPIP référent<sup>443</sup>. L'échec de l'expérimentation du DAVC l'a montré, les agents de probation craignent que ces instruments soient utilisés dans une perspective essentiellement gestionnaire, pour respecter les exigences managériales et néo-libérales de performance, d'efficacité et d'efficacé qui affectent l'ensemble du système pénal<sup>444</sup>.

*« Effectivement, les outils qui permettent de mesurer les risques de récidive, s'inscrivent plus dans un travail de gestion de flux pour laquelle on est quand même assez utilisé en ce moment. Donc si c'est le devenir et qu'un accent supplémentaire est mis sur ça, avec cet outil, je suis très réservé. Ça ne doit pas être à cette fin unique que ce soit utilisé, ça doit être un complément. [...] une logique... ouais, de flux, de gestion de flux. D'ailleurs, l'orientation des interventions des SPIP, telle qu'elle est envisagée, avec la gestion des risques et l'évaluation de récidive, s'inscrit bien dans cette logique-là. Et le risque effectivement, c'est que la dimension sociale dans laquelle on est encore un peu investi, le travail d'insertion, etc., risque encore de se réduire au profit, entre guillemets, cette espèce d'approche criminologique, en espérant qu'elle soit pas à deux balles, et qu'il y ait quand même un minimum de*

<sup>440</sup> Moulin V., Palaric R., Gravier B., *op. cit.*

<sup>441</sup> Forbes D., « Oasys, dernière génération », *Dedans/dehors*, OIP, 2012, n° 76, 39-41 ; Szmukler G. M. D., Rose N., « Risk Assessment in Mental Health Care: Values and Costs », *Behavioral Sciences & the Law*, 2013, vol. 31, n° 1, 125-140.

<sup>442</sup> Dubourg E., *op. cit.* ; Dubourg E., Gautron V., *op. cit.*

<sup>443</sup> Larminat (de) X., « Un continuum pénal hybride. Discipline, contrôle, responsabilisation », *Champ Pénal/ Penal Field*, 2014, XI.

<sup>444</sup> Gautron V., « L'impact des préoccupations managériales sur l'administration locale de la justice pénale française », *Champ pénal/ Penal Field*, 2014, XI.

*formations pour faire quelque chose de sérieux, pour confirmer cette intervention, dans la gestion des risques. On se contenterait finalement nous les SPIP, de faire une évaluation du risque de récidive, en fonction de ça. [Et vous avez l'impression que c'est une orientation qui est en train de... ?] Oui. [Et c'est pas quelque chose dans laquelle vous vous retrouvez nécessairement ?] Non, non » (CPIP).*

La Nouvelle Pénologie, qui s'appuie sur les outils actuariels, promeut effectivement une focalisation des moyens et de l'attention des professionnels sur les délinquants présentant les plus forts risques de récidive<sup>445</sup>. Cette volonté classificatoire vise moins à déterminer des modalités de prise en charge adaptées à la situation du condamné, tournées vers sa réintégration sociale, qu'à optimiser l'usage des ressources par un contrôle social gradué selon le niveau de risque<sup>446</sup>. « *Actuarial risk assessment is more useful in labeling individuals than it is understanding and resolving their problems [...]. Actuarial risk assessment makes possible a system of social surveillance that is better equipped to identify and contain problems than to solve them* »<sup>447</sup>. En niant les spécificités individuelles des justiciables, le processus d'individualisation des peines et de leur exécution s'en trouve gravement affecté. « *Actuarial risk (both rehabilitative and incapacitation oriented) de-individualizes the assessment of risk by categorizing offenders on the basis of unalterable group characteristics. This means that decisions about community or custodial punishments, the conditions of probation, and levels of supervision are determined based not on what offenders did, but rather on how closely who they "are" approximates subgroups of an offender population. Categorizing individuals as risky in comparison with an aggregate group contradicts the jurisprudential value of individualism* »<sup>448</sup>. Ce type d'évaluation risque par ailleurs de générer un contrôle accru des praticiens par leur hiérarchie. « *With actuarial risk assessment, administrative institutions, particularly those associated with managed care, have the potential to acquire a great deal of autonomy. Using computerized data systems, risk information could be channeled and processed in a manner completely outside the influence of professionals trained to engage individuals as individuals (e. g., psychiatrists, social workers, etc.). By combining actuarial risk assessment technology with computer technology, these practitioners would be rendered subordinate to the objectives of risk management policy. Actuarial risk assessment thus augments administrative rationalization and control* »<sup>449</sup>. La standardisation des informations recueillies, ainsi que l'informatisation des données<sup>450</sup>, permettent en effet une meilleure évaluation des agents, un meilleur contrôle de leur activité en termes de productivité et d'efficacité. La logique managériale ici sous-tendue dénature alors les finalités originelles de la prise en charge. L'objectif n'est plus désormais « *ni de réhabiliter, ni de protéger la société, mais seulement d'attester de la performance du système organisationnel* »<sup>451</sup>.

*b- Des « pressions » scientifiques, politiques et institutionnelles : vers une structuration progressive des pratiques d'évaluation*

Malgré les réserves des professionnels français, les outils d'évaluation standardisés ont sans doute de beaux jours devant eux. Il est fort possible que les professionnels, qu'ils soient psychiatres, psychologues ou agents de probation ne puissent résister longtemps à ce mouvement promotionnel, d'autant que ceux qui défendent ces approches n'hésitent pas à manier le registre de la culpabilisation, comme ce fut le cas outre-Atlantique. Leur manque d'ouverture aux acquis de la science générerait non seulement des pratiques inefficaces sinon contre-productives, mais révélerait par ailleurs un véritable

<sup>445</sup> Harcourt B., *op. cit.*

<sup>446</sup> Silver E., Miller L. L., « A Cautionary Note on the Use of Actuarial Risk Assessment Tools for Social Control », *Crime & Delinquency*, 2002, vol. 8, n° 1, 138-161 ; Chantaine G., Cauchie J.-F., « Risque(s) et gouvernementalité », *Socio-logos*, 2006, n° 1, 1-24 ; 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*, 2007, IV, Varia ; Mary P., « Pénalité et gestion risque ; vers une justice « actuarielle » en Europe », *Déviance et société*, 2001, vol. 25, n° 1, 33-51 ; Robinson R., « Exploring risk management in probation practice, contemporary developments in England and Wales », *Punishment & society*, 2002, vol. 4, n° 1, 5-25.

<sup>447</sup> Silver E., Miller L. L., *op. cit.*, 147.

<sup>448</sup> Hannah-Moffat K., *op. cit.*, 277.

<sup>449</sup> Silver E., Miller L. L., *op. cit.*, 144.

<sup>450</sup> Larminat (de) X., « La technologie de mise à distance des condamnés en France. La centralisation informatique des données socio-judiciaires », *Déviance et Société*, 2013, vol. 37, n° 3, 359-373.

<sup>451</sup> Jendly M., *op. cit.*, 256.

manque d'éthique. L'absence d'utilisation d'outils fiables serait « *hautement liberticide* » dès lors que des évaluations proches du hasard pourraient conduire au refus d'une libération conditionnelle ou à l'adoption de mesures de sûreté<sup>452</sup>. Dans une recherche-action clairement tournée vers la promotion de ces outils en France (PREVA), les auteurs notent que « *les évaluations comme les décisions qui se prennent en direction du justiciable sur son éventuelle et parfois "particulière dangerosité", notamment dans le cas de la rétention de sûreté, sont rarement solidement argumentées et encore moins méthodologiquement étayées, ce qui pose un problème éthique grave* »<sup>453</sup>. Au-delà de l'irrationalité prétendue de ceux qui refusent ces échelles, des auteurs dénoncent, plus ou moins clairement, des positionnements qui ne seraient que le fruit d'un « *aveuglement idéologique* »<sup>454</sup>. À l'inverse, les partisans du mouvement « *What Works* » se présentent sous l'angle positif d'un mouvement neutre et apolitique, uniquement concentré sur les preuves scientifiques. Ces chercheurs martèlent le risque pour ces professionnels d'être considérés comme négligents, voire poursuivis pour faute. « *In tort law, professionals may be held to be negligent if they do not perform as a reasonable professional would, and injury ensues as a result* »<sup>455</sup>.

Du point de vue des responsables politiques, l'appel à la raison scientifique permet également de légitimer leur discours autrement que par des considérations plus ou moins morales. Ces instruments alimentent ainsi le mythe de la rationalité des décisions publiques. « *Les idéologies modernes de la prévention sont surplombées par une grande rêverie technocratique, rationalisatrice, du contrôle absolu de l'accident conçu comme irruption de l'imprévu* »<sup>456</sup>. Les outils actuariels n'ayant pas pour objectif d'expliquer les causes de la violence et de la récidive, mais d'identifier les marqueurs de risque qui les prédisent le mieux, ces outils tendent à dépolitiser le processus de régulation sociale. « *Indeed, they may be politically attractive because they do not require policy makers to allocate resources that might alter the social and economic conditions of the underclass* »<sup>457</sup>. Ces instruments séduisent donc considérablement les responsables politiques et institutionnels français, sans compter leur consécration au niveau européen<sup>458</sup>. À la suite du rapport de Jean-François Burgelin « *Santé, justice et dangerosité, pour une meilleure prise en charge de la récidive* », qui préconisait en 2005 le développement de tels instruments, le député Jean-Paul Garraud a recommandé en 2006 l'utilisation de méthodes actuarielles pour assister le jugement clinique, qui « *semble demeurer l'étape indispensable par laquelle le clinicien ne peut accéder à une compréhension du fonctionnement psychique du délinquant sexuel et appréhender toute la complexité de ses conduites déviantes* »<sup>459</sup>. Il a également présenté en 2011 une proposition de loi portant création d'une école nationale de psycho-criminologie qui « *permettrait également de développer la recherche française en criminologie et en profilage et d'élaborer des outils actuariels d'évaluation de la dangerosité criminologique* ». En 2008, le premier Président de la Cour de cassation, Vincent Lamanda, a quant à lui déploré que les praticiens français ne fassent pas plus référence aux instruments actuariels ou semi-actuariels pour apprécier la dangerosité<sup>460</sup>. Ces différents avis ont été repris dans le rapport définissant les objectifs de la politique d'exécution des peines qui préconise

---

<sup>452</sup> Herzog-Evans M., *op. cit.* ; Douglas K. S., Cox D. N., Webster C. D., « Violence risk assessment: Science and Practice », *Legal and criminological psychology*, 1999, vol. 4, n° 2, 149-184 ; Vogelvang B., Tigges L., « Qu'est ce qui « marche » et « ne marche pas » pour prévenir la récidive dans le cadre de la probation ? », in Mbanzoulou P., Herzog-Evans M., Courtine S. (dir.), *Insertion et désistance des personnes placées sous main de justice. Savoirs et pratiques*, Paris, L'Harmattan, 2012, 199-241.

<sup>453</sup> Hirschelmann A., Lafortune D., Guay J.-P., *Un programme d'évaluation des personnes placées sous main de justice (PPSMJ) fondé sur les principes du risque, des besoins et de la réceptivité*, Rapport final, Direction de l'Administration Pénitentiaire, 2016, 11.

<sup>454</sup> Herzog-Evans M., *op. cit.*

<sup>455</sup> Douglas K. S., Cox D. N., Webster C. D., *op. cit.*, 177.

<sup>456</sup> Castel R., « De la dangerosité au risque », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1983, n° 47, 123.

<sup>457</sup> Silver E., Miller L. L., *op. cit.*, 144.

<sup>458</sup> Recommandation du Conseil de l'Europe sur les règles relatives à la probation, 2010.

<sup>459</sup> Garraud J.-P., *Réponses à la dangerosité*, Rapport sur la mission parlementaire confiée par le Premier ministre sur la dangerosité et la prise en charge des individus dangereux, 2006, 49.

<sup>460</sup> Lamanda V., *Amoinrir les risques de récidive des condamnés dangereux*, Rapport à M. le président de la République, 2008.

d'intégrer les outils actuariels dans les méthodes d'évaluation des professionnels français<sup>461</sup>. Se sont ajoutées les offensives de l'Institut pour la Justice, *think tank* néo-conservateur. Dans un rapport publié pour son compte, le psychiatre Alexandre Baratta, loin des approches nuancées de la très grande majorité de ses confrères, exigea la réalisation obligatoire d'évaluations purement actuarielles. « *L'État devrait se fixer comme objectif qu'aucune libération conditionnelle ne soit possible sans que la juridiction d'application des peines ne dispose d'une évaluation actuarielle du risque de dangerosité. À court terme, il pourrait être opportun de contraindre les commissions pluridisciplinaires des mesures de sûreté (qui se prononcent notamment sur les libérations conditionnelles des condamnés à perpétuité) d'assortir leur avis d'une évaluation actuarielle de la dangerosité du condamné. À moyen terme, on pourrait envisager d'exclure des expertises post-sentencielles les experts non formés aux échelles actuarielles* »<sup>462</sup>.

Toutefois, cette préconisation ne fut pas reprise dans le rapport émanant de la Conférence de Consensus sur la prévention de la récidive, particulièrement prudent sur ce point. Le jury, « *sans se prononcer sur des outils particuliers* », a toutefois appelé à étudier les instruments étrangers<sup>463</sup>. En septembre 2013, le gouvernement a décidé de l'installation d'un groupe de travail institutionnel pour l'élaboration d'outils d'évaluation. Selon l'étude d'impact de la loi du 15 août 2014, publié en octobre 2013, il s'agissait de « *bâtir avec les professionnels concernés et en lien avec les scientifiques ayant contribué au développement d'outils perfectionnés des nouveaux instruments mieux adaptés aux besoins et à l'état des connaissances* ». En 2014, la Direction de l'Administration pénitentiaire a également financé une équipe de psychologues rattachés à l'Université de Rennes (dir. Astrid Hirschelmann) et de criminologues canadiens (Denis Lafortune et Jean-Pierre Guay) pour une recherche-action visant à expérimenter différents instruments d'évaluation<sup>464</sup> dans six SPIP, principalement des outils créés ou traduits par ces chercheurs eux-mêmes<sup>465</sup>. Parallèlement, ces deux chercheurs canadiens ont multiplié les formations dans différents SPIP et auprès de magistrats. Même si l'objectif n'est pas affiché comme tel, ce rapport vise à lever les dernières réserves des professionnels. Alors que ces différents outils n'ont recueilli au mieux que 48% d'avis favorables de la part des CPIP (entre 21% et 48% selon les instruments) qui les ont expérimentés, le ministre de la Justice vient d'annoncer une formation des agents puis un plan de déploiement en 2017 « *afin de renforcer la qualité des évaluations produites par le SPIP des personnes condamnées à une contrainte pénale mais également de celles suivies dans le cadre de l'ensemble des autres mesures.* »<sup>466</sup>.

*« C'est inéluctable. Ça va arriver, très vite, pour tout. Pour vous, pour moi, pour les détenus, pour tout le monde. C'est un mouvement qui est parti, qui est comme ça maintenant. On veut de l'objectivité et on veut effectivement, soi-disant de la science dure, donc on veut être sûr, on veut des garanties, on veut de la sécurité. On ne veut pas de subjectivité. On sait plus ce que c'est que la subjectivité, mais on n'en veut pas. Donc, la subjectivité, c'est devenu un peu satanique et puis on veut de la sécurité et de la garantie, donc voilà. Et surtout, comme on ne veut plus rien assumer, qu'on ne veut plus du tout, aucune forme d'insomption subjective et dire « je » et prendre des responsabilités, et s'en tenir finalement à une grille. C'est quand même bien commode, bien pratique, parce que moi qu'est-ce que j'ai fait ? Eh bien, j'ai bien rempli la grille. Après, ce que j'en pense, c'est pas ça qui compte, parce que c'est subjectif mais la grille, elle a parlé et puis on est déjà derrière des barreaux, derrière une grille donc c'est super et c'est comme ça que ça va se faire » (Psychologue, CMP).*

<sup>461</sup> Loi n°2012-409 du 27 mars 2012 de programmation relative à l'exécution des peines, Annexe, Rapport définissant les objectifs de la politique d'exécution des peines, mars 2012, II.A.2.

<sup>462</sup> Baratta A., *Évaluation et prise en charge des délinquants et criminels sexuels*, Paris, Institut pour la justice, 2011, 25.

<sup>463</sup> Conférence de Consensus sur la Récidive, *Pour une nouvelle politique publique de prévention de la récidive, Principes d'actions et méthodes*, Rapport du jury de consensus remis au Premier ministre, 2013, 3.

<sup>464</sup> Guide d'investigation forensique INFO ; LS/CMI ; FACILES-RX-AUTO ; IREC ; SAPROF.

<sup>465</sup> Hirschelmann *et al.*, *op. cit.*

<sup>466</sup> Rapport sur la mise en œuvre de la loi du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, octobre 2016, 29.

### c- Des limites scientifiques et des considérations éthiques sous-évaluées

Comme indiqué précédemment, nos entretiens révèlent que les critiques des professionnels ne portent pas principalement sur la question de la validité scientifique des instruments actuariels ou semi-actuariels, celle-ci semblant bien souvent acquise. Comme l'indiquait Georges Devereux, « *Malheureusement, la transposition mécanique des règles de la physique aux autres sciences - illustrée, par exemple, par une quantification obsessionnelle - peut conduire au sophisme qu'une quantification pure et simple rend automatiquement une donnée scientifique* »<sup>467</sup>. Ces échelles alimentent « *l'illusion, qui abuse les seuls non-mathématiciens, qu'un énoncé mathématique ou statistique a nécessairement un sens. Il s'agit là tout simplement d'une version moderne de l'idée, déjà ridiculisée par Molière, que n'importe quelle chose dite en latin ou en un jargon savant a un sens* »<sup>468</sup>. Les limites des échelles de prédiction des risques sont bien trop rarement évoquées par ceux qui les défendent en France, qui tendent au contraire à laisser penser qu'un consensus international existerait sur leur fiabilité. « *Si consensus il y a, celui-ci ne tient en fait qu'à l'obstination avec laquelle un petit cercle « d'experts » s'accorde à clôturer un objet de recherche en occultant - naïvement ou délibérément - toutes les études qui dérogent à leur propre vision* »<sup>469</sup>. Outre le fait que « *tout un pan de la sociologie critique n'est presque jamais cité* »<sup>470</sup>, les statisticiens eux-mêmes sont souvent plus prudents que ceux qui les lisent. Certes, de rares professionnels, le plus souvent farouchement opposés à ces méthodes, ont énuméré au fil des entretiens quelques-unes des limites scientifiques qu'elles affrontent. Dans un contexte de promotion soutenue des pratiques canadiennes par les administrations centrales, au travers de la formation des agents principalement, la plupart surestiment le consensus international sur les « *prédicteurs* » de risque et la fiabilité des différentes échelles<sup>471</sup>.

#### *L'absence de consensus international sur l'intérêt et la fiabilité des différents outils d'évaluation du risque*

Si les concepteurs des méthodes actuarielles et semi-actuarielles s'accordent pour rejeter les évaluations cliniques non structurées<sup>472</sup>, ceux-ci sont loin de s'entendre sur les mérites respectifs des échelles actuarielles et des jugements cliniques structurés<sup>473</sup>. « *Les deux méthodes sont inévitablement entrées en concurrence et des discussions complexes et souvent tendues ont eu lieu, le plus souvent par journaux interposés* »<sup>474</sup>. Ces conflits furent parfois si virulents que certains auteurs ont fait pression pour que des articles critiques ne soient pas publiés, allant jusqu'à la menace de poursuite en diffamation<sup>475</sup>. À l'instar des praticiens français, les partisans des évaluations semi-actuarielles ne cessent de mettre en garde contre l'utilisation abusive des échelles actuarielles « *pures* », en raison de l'absence de prise en compte de nombreux facteurs de récurrence et de marges d'erreur excessives. Campbell a notamment démontré qu'au seuil fixé pour la Static-99, 51% des auteurs d'agression sexuelle condamnés seraient libérés alors qu'ils devraient *a priori* récidiver et 31% seraient classés à tort récidivistes<sup>476</sup>. « *The moderate level of predictive accuracy of these tools suggests that they should not be used solely for some criminal justice*

<sup>467</sup> *Op. cit.*, 28.

<sup>468</sup> *Ibid.*, 38.

<sup>469</sup> Larminat (de) X., « La probation en quête d'approbation : du consensus politique à l'aveuglement positiviste », *op. cit.*, 54.

<sup>470</sup> *Ibid.*, 57.

<sup>471</sup> Nous nous appuyons dans ce paragraphe sur un article co-écrit avec Émilie Dubourg publié en 2014 dans la revue *Champ pénal* : Dubourg É., Gautron V., « La rationalisation des méthodes d'évaluation des risques de récurrence », *Champ pénal/ Penal field* [En ligne], Vol. XI | 2014. URL [http://champpenal.revues.org/8947].

<sup>472</sup> Hanson K. R., Morton-Bourgon G., Helmus L., Hodgson S., *Méta-analyse de l'efficacité du traitement des délinquants sexuels : risque, besoin et réceptivité*, Sécurité publique, Canada, 2009 ; Aegisdottir, S., White, M. J., Spengler, P. M., Maugherman, A. S., Anderson, L. A., Cook, R. S., « The meta-analysis of clinical judgement project: Fifty-six years of accumulated research on clinical versus statistical prediction », *The Counselling Psychologist*, 2006, vol. 34, n° 3; 341-382.

<sup>473</sup> Abbott B. R., « Throwing the baby out with the bath water: is it time for clinical judgment to supplement actuarial risk assessment? », *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 2011, vol. 39, n° 2, 222-230.

<sup>474</sup> Niveau G., *op. cit.*, 21.

<sup>475</sup> McSherry B., *Managing Fear: The Law and Ethics of Preventive Detention and Risk Assessment*, Oxford, Routledge, 2013.

<sup>476</sup> Campbell T. W., « Sex offenders and actuarial risk assessments: ethical considerations », *Behavioral Sciences & Law*, 2003, vol. 21, n° 2, 269-279 ; Hart S. D., Michie C., Cooke D. J., « Another look at the (im-)precision of group v. individual predictions of violence », *Behavioral Sciences and the Law*, 2013, n° 31, 81 et 85.

*decision making that requires a very high level of accuracy such as preventive detention* »<sup>477</sup>. Les jugements professionnels structurés permettraient selon eux une appréciation individuelle beaucoup plus juste<sup>478</sup>.

À l'opposé, les défenseurs des échelles actuarielles fondées sur des variables statiques considèrent que leurs outils présentent une validité prédictive supérieure, car l'inclusion de facteurs dynamique générerait une perte de rigueur et de précision en réinjectant les difficultés posées par le jugement clinique. « *There is a reason to believe that adjustments in practice may be even more deleterious than the research literature suggest. A nascent body of research indicates that the field reliability of structured assessment is substantially lower than what is reported in the research literature* »<sup>479</sup>. Si l'inclusion de ces facteurs séduit considérablement les professionnels français, car plus qualitatifs et adaptés à la situation et aux caractéristiques des personnes, l'introduction de variables dynamiques pose effectivement de lourdes difficultés d'un point de vue méthodologique, dès lors qu'elles supposent une analyse de processus, sur la base d'indicateurs relativement instables et interdépendants<sup>480</sup>. Selon Martine Herzog-Evans, ces variables n'ajoutent « *strictement rien à la qualité de l'évaluation* » et présentent même le risque, « *en introduisant de l'appréciation discrétionnaire, d'en réduire la fiabilité [...] Ensuite, les outils SPJ refusant d'adopter le système de points des outils actuariels - dont ils empruntent en revanche bel et bien les items - demandent à l'évaluateur de choisir, pour chaque item, entre « risque nul », « risque modéré » ou « risque élevé », sans fournir d'indications suffisamment précises sur la manière dont ce choix s'opère et en laissant en conséquence une place, comme leurs lointains cousins non structurés, aux biais, préjugés et autres erreurs. Comme le disent Quinsey et alii : « Les mesures actuarielles sont trop bonnes et les jugements cliniques trop faibles pour que l'on puisse se permettre de prendre le risque de contaminer le premier par le second »*<sup>481</sup>. D'autres encore considèrent qu'il n'y a pas de différences marquées en termes de validité prédictive, d'autant plus que les outils qualifiés de « jugement professionnel structuré » (JPS) sont fréquemment utilisés d'une manière actuarielle<sup>482</sup>. En outre, il n'y a pas davantage de consensus concernant les prédicteurs de récidive à prendre en compte. Entre autres exemples, le prétendu consensus sur l'absence d'influence du déni est loin d'être établi. Certaines études suggèrent au contraire qu'il est dans certains cas associé à la récidive<sup>483</sup>. De même, les points de coupure permettant d'établir un niveau de risque ou de fonder un diagnostic dans les outils scorés ne sont pas unanimement partagés (par exemple, 30 en principe pour le PCL-R, 25 en Belgique)<sup>484</sup>.

En réalité, les items qui renvoient à des facteurs dynamiques sont extrêmement difficiles à évaluer, surtout dans des échelles qui demeurent bien souvent dichotomiques (oui/non ; présent/absent) et donc réductrices. Les catégorisations opérées reposent sur des appréciations amplement subjectives, comme le montrent les variables suivantes, contenues dans différents types d'outils : « style de vie antisociale », « peu de remords/blâme la victime », nombre de pairs « positifs », « manque de coopération avec l'agent de probation », « manque d'hygiène », « pourrait mieux gérer son temps », « relations peu gratifiantes

<sup>477</sup> Yang M, Wong S. C., Coid J., « The efficacy of violence prediction: A meta-analytic comparison of nine risk assessment tools », *Psychological Bulletin*, 2010, vol. 136, n° 5, 740-767.

<sup>478</sup> Cortoni F., Lafortune D., « Le traitement correctionnel fondé sur des données probantes : une recension », *Criminologie*, 2009, vol. 42, n° 1, 61-89 ; Douglas K. S., Skeem J. L., « Violence Risk Assessment: Getting Specific About Being Dynamic », *Psychology, Public Policy, and Law*, 2005, vol. 11, n° 3, 347-383 ; Guay J.-P., « Prédiction actuarielle et prédiction clinique : le dernier souffle d'une pratique professionnelle », *Revue internationale de criminologie et de police technique et scientifique*, 2006, n° 2, 149-164. ; Mossman D., « Evaluating risk assessments using receiver operating characteristic analysis: Rationale, advantages, insights, and limitations », *Behavioral Sciences & the Law*, 2013, vol. 31, n° 1, 23-39.

<sup>479</sup> Krauss D. A., Scurich N., *op. cit.*, 223 ; Boccaccini M. T., Murrie D. C., Caperton J. D., Hawes S., « Field validity of the static-99 and MnSOSTI-R among sex offenders evaluated for civil commitment as sexually violent predator », *Psychology, Public Policy and the Law*, 2009, n° 15, 278-314 ; Abbott B. R., *op. cit.*

<sup>480</sup> Campbell T. W., DeClue G., « Flying blind with naked factors: Problems and pitfalls in adjusted-actuarial sex-offender risk assessment », *Open Access Journal of Forensic Psychology*, 2010, n° 2, 75-101.

<sup>481</sup> Herzog-Evans, *op. cit.*

<sup>482</sup> Singh J. P., Grann M., Fazel S., « A comparative study of risk assessment tools: a systematic review and metaregression analysis of 68 studies involving 25,980 participants », *Clinical Psychology Review*, 2011, vol. 31, n° 3, 499-513.

<sup>483</sup> Nunes K. L. *et al.*, *op. cit.* ; Lund C. A., *op. cit.*

<sup>484</sup> Millaud F., Dubreucq J.-L., *op. cit.*

avec ses parents », « soins parentaux déficients », « interactions avec les pairs », « favorable au crime », « pauvres habiletés sociales », « faible performance ». Comme l'indique Hannah-Moffat, « *it is clear from the nature of these questions that assessing risk using these actuarial tools is not a neutral statistical exercise* »<sup>485</sup>. Outre qu'il est peu probable qu'ils soient interprétés de manière uniforme, ces critères « *peuvent impliquer beaucoup de spéculation et de jugements moraux subjectifs* »<sup>486</sup>. En France, la recherche-action PREVA est éclairante sur ce point. Il suffit en effet d'observer les coefficients d'accord interjuges obtenus au sujet des instruments testés. La fidélité interjuges, c'est-à-dire le degré de concordance ou d'accord entre deux personnes évaluant une même personne à partir d'un même outil, apparaît très faible s'agissant des variables « dynamiques », ce qui n'empêche pas les auteurs de considérer que ces coefficients sont « *acceptables à bons* »<sup>487</sup>.

En définitive, ces échelles semi-actuarielles réintroduisent le pouvoir discrétionnaire des évaluateurs, de sorte que l'on en revient au bricolage reproché jusqu'alors aux cliniciens. Certes, leurs promoteurs répondent que les outils tels que le LSI-R limitent au maximum les possibilités d'ajustement clinique (moins de 10% pour le LSI-R), les évaluateurs étant par ailleurs obligés de motiver leur décision. Faute de temps et dans un contexte de responsabilité accrue, les agents seraient par ailleurs peu enclins à s'éloigner des scores obtenus. « *S'il s'éloigne du résultat de l'instrument, il devra en effet solidement en argumenter les raisons. Il existerait ainsi non seulement en amont une obligation de recourir aux grilles actuarielles, mais encore en aval, de s'y tenir strictement, à défaut d'avancer rigoureusement les arguments pour lesquels on s'en détourne* »<sup>488</sup>. Toutefois, les professionnels chargés de l'évaluation, qui résistent bien plus à ces outils que les commentateurs des pratiques étrangères ne le laissent entendre, ont alors tendance à modifier sans y être autorisés le score de telle ou telle variable, cette pratique étant totalement invisible et excluant tout rapport motivé. « *This result also clearly demonstrates that practitioners continue to rely on their own discretion, selectively using responses to interpret, target, and isolate facts about past experiences and to make claims about the probability of reoffending to affect the risk score* »<sup>489</sup>.

#### *Des biais méthodologiques*

Il existe en réalité de très nombreux biais méthodologiques, que l'on retrouve dans la littérature scientifique relative à d'autres méthodes algorithmiques, utilisées par exemple pour la détection des potentiels terroristes, pour la prédiction cartographique de la délinquance par la police (comme le logiciel predpol aux États-Unis)<sup>490</sup>, ou encore au sujet des approches neuroscientifiques<sup>491</sup>. Au titre des biais d'échantillonnage, les groupes retenus dans les études ayant servi de base à la construction ou à l'évaluation des instruments actuariels ne sont pas nécessairement représentatifs de la population dans laquelle se trouve l'individu à évaluer<sup>492</sup>. De nombreuses échelles ont été construites ou testées à partir d'un échantillon de délinquants à risques élevés, souvent plus à même de récidiver. Ainsi, le VRAG et la static-99 ont été élaborés ou testés sur un échantillon de personnes de sexe masculin enfermées dans des établissements hospitaliers ou des prisons de haute sécurité. Le taux de base en matière de récidive pourrait dès lors être plus bas parmi l'ensemble des délinquants que les taux calculés par les échelles actuarielles, avec des conséquences importantes d'un point de vue éthique en matière de décision<sup>493</sup>. Certains échantillons sont modestes, parfois même très modestes (moins de 100 personnes), ce qui limite

<sup>485</sup> Hannah-Moffat K., *op. cit.*, 295 ; Campbell T. W., DeClue G., *op. cit.*

<sup>486</sup> Hannah-Moffat K., Maurutto P., *Évaluation du risque et des besoins chez les jeunes contrevenants : un aperçu présenté à la division de la recherche et de la statistique*, ministère de la Justice, Département de sociologie, Université de Toronto (Mississauga), Canada, 2003, 14.

<sup>487</sup> Hirschelmann *et al.*, *op. cit.*, 111.

<sup>488</sup> Jendly M., *op. cit.*, 247.

<sup>489</sup> Hannah-Moffat K., *op. cit.*, 285.

<sup>490</sup> Gautron V., Monniaux D., « De la surveillance secrète à la prédiction des risques : les dérives du fichage dans le champ de la lutte contre le terrorisme », *Archives de politique criminelle*, 2016, n° 38, 123-135.

<sup>491</sup> Button K.S., Ioannidis J.P. *et al.*, « Power failure: Why small sample size undermines the reliability of neuroscience », *Nature Reviews Neuroscience*, 2013, n° 14, 365-376.

<sup>492</sup> Niveau G., *op. cit.*

<sup>493</sup> Hannah-Moffat K., *op. cit.*

de fait la validité statistique des études engagées<sup>494</sup>. La pratique des méta-analyses n'est pas davantage sans limites scientifiques<sup>495</sup>. Les délinquants concernés sont par ailleurs principalement nord-américains, et notamment canadiens. Or, la délinquance reste indissociable du contexte national, politique, économique, et culturel dans lequel elle se manifeste. Il serait donc contestable de transposer, sans précaution particulière, un outil conçu à l'étranger. L'importation de tels instruments supposerait, ce qui n'a pas été fait à l'occasion de la recherche-action PREVA, de tester ces échelles sur une cohorte de condamnés français afin de vérifier leur validité prédictive.

D'autres biais de sélection extrêmement importants sont liés au processus judiciaire lui-même. Les données collectées pour analyser les risques de récidive proviennent de sources administratives qui constituent une construction sociale plus qu'elles ne reflètent la réalité de la délinquance ou des phénomènes de réitération. Comment être sûr que les condamnés pour violences sexuelles sont représentatifs de l'ensemble des délinquants sexuels dès lors qu'une minorité d'infractions fait l'objet d'une plainte et que toutes ne donnent pas lieu à condamnation ? (v. *supra*)<sup>496</sup>. Le nombre d'antécédents, qui constitue la variable la plus influente dans les échelles actuarielles et semi-actuarielles, dépend également des évolutions législatives et des pratiques judiciaires. Pour ce qui concerne la France, la progression du taux de réponse pénale (plus de vingt points en quinze ans) a engendré une croissance artificielle du nombre de réitérants et de récidivistes au sens légal du terme<sup>497</sup>. Ceux qui n'étaient précédemment reconnus récidivistes qu'après un long parcours délinquant, se présentent désormais avec un antécédent dès le deuxième fait, un casier au troisième après une composition pénale, une récidive ensuite. Dès lors qu'elles constituent le premier terme d'une récidive, à la différence des compositions pénales qu'elles remplacent parfois, l'explosion du nombre d'ordonnances pénales délictuelles contribue amplement au phénomène. Si les échelles actuarielles ou semi-actuarielles étaient d'usage courant, les délinquants français seraient dès lors considérés comme présentant davantage de risque de récidive au fil du temps, quand bien même leur niveau d'activité délinquante ne changerait pas.

Ces échelles produisent également de véritables discriminations dès lors que le passé pénal est inextricablement lié à l'emploi, aux origines, à l'âge, au genre<sup>498</sup>. En France comme à l'étranger, les minorités sont plus fréquemment contrôlées par la police, et plus lourdement condamnées<sup>499</sup>. Dans notre recherche sur l'évolution des modes de traitement des délits dans cinq juridictions, nous avons ainsi montré que toutes choses égales par ailleurs, les personnes nées à l'étranger voyaient multiplier la probabilité d'une comparution immédiate par trois, cette procédure multipliant par huit la probabilité d'une peine d'emprisonnement ferme<sup>500</sup>. La probabilité d'une détention provisoire était quant à elle multipliée par cinq toutes choses égales par ailleurs, sachant qu'une détention provisoire dans l'affaire

---

<sup>494</sup> Hart S. D., Michie C., Cooke D. J., « Precision of actuarial risk assessment instruments Evaluating the 'margins of error' of group v. individual predictions of violence », *British Journal of psychiatry*, suppl., 2007, n° 49, 60-65.

<sup>495</sup> Ioannidis J.P., « The Mass Production of Redundant, Misleading, and Conflicted Systematic Reviews and Meta-analyses », *Milbank Quarterly*, 2016, vol. 94, n° 3, 485-514.

<sup>496</sup> Vrieze S. I., Grove W. M., « Multidimensional assessment of criminal recidivism: problems, pitfalls, and proposed solutions », *Psychological assessment*, 2010, vol. 22, n° 2, 382-395.

<sup>497</sup> Gautron V., « L'impact des préoccupations managériales sur l'administration locale de la justice pénale française », *op. cit.*

<sup>498</sup> Hannah-Moffat, *op. cit.* ; Bushway S. D., Morrison Pielh A., « The inextricable link between age and criminal history in sentencing », *Crime and delinquency*, 2007, vol. 53, n° 1, 156-183 ; Crow M. S., « The complexities of prior record, race, ethnicity, and policy, Interactive effects in sentencing », *Criminal Justice Review*, 2008, vol. 33, n° 4, 502-523 ; Harcourt B. E., « Risk as a proxy for race », *University of Chicago, Law & Economics, John M. Olin Working paper, 535 & Public Law and Legal Theory Working paper*, 2010, 323.

<sup>499</sup> Chiricos T., Welch K., Gertz, M., « Racial typification of crime and support for punitive measures », *Criminology*, 2004, vol. 42, n° 2, 359-390 ; Crutchfield R. D., Skinner M. L., Haggerty K. P., McGlynn A., Catalano R. F., « Racial disparity in police contacts », *Race and Justice*, 2012, vol. 2, n° 3, 179-202 ; Muller C., Wildeman C., « Punishment and Inequality », in Simon J., Sparks R. (eds), *The Sage handbook of Punishment and Society*, 2013, 169-185 ; Jobard F., Névanen S., « La couleur du jugement. Discriminations dans les décisions judiciaires en matière d'infractions à agents de la force publique (1965-2005) », *Revue française de sociologie*, 2007, vol. 48, n° 2, 243-272 ; Jobard F., Lévy R., Goris I., *Police et minorités visibles : les contrôles d'identité à Paris*, New York, Open society Institute, Justice Initiative, 2009 ; Pager D., « The Republican Ideal? Ethnic Minorities and the Criminal Justice System in Contemporary France », *Punishment and Society*, 2008, vol. 10, n° 4, 375-400 ; Pager D., « The Mark of a Criminal Record », *American Journal of sociology*, 2003, vol. 108, n° 5, 937-975.

<sup>500</sup> Gautron V., Retière J.-N., « Des destinées judiciaires pénalement et socialement marquées », in Danet J. (dir.), *La réponse pénale. Dix ans de traitement des délits*, Rennes, PUR, 2013, 211-251.

multipliait également par huit le risque d'un emprisonnement ferme. À l'identique, les personnes sans emploi et les sans domicile fixe apparaissaient plus défavorablement traitées par le système pénal. Dans l'hypothèse où ces outils prendraient davantage de place dans le processus pénal français, les populations les plus marginalisées seront systématiquement jugées plus à risque. Plusieurs études ont effectivement démontré que l'origine ethno- raciale influence l'attribution de facteurs de risque, avec pour conséquence des peines plus sévères<sup>501</sup>.

Les promoteurs des instruments actuariels ou semi-actuariels négligent trop souvent le fait que les variables de risque statiques et dynamiques ne peuvent être extraites du contexte sociopolitique, économique et culturel<sup>502</sup>. « *Marginalized populations, such as those living in poverty (particularly racial minorities), the uneducated, illiterate, and mentally ill, are most likely to be burdened by actuarial risk assessment because they live in circumstances that correlate highly with acts of crime and violence* »<sup>503</sup>. L'attribution de scores plus élevés de risque à l'encontre des groupes marginalisés s'accroît par ailleurs sous l'effet de la prise en compte des facteurs dynamiques, des besoins criminogènes ou autres besoins en raison de leur exposition plus élevée au risque, à la discrimination raciale, aux inégalités sociales. « *Individuals who are racialized, live in poverty, are unemployed, and/or struggle with mental illness are potentially disadvantaged by dynamic criteria* »<sup>504</sup>. Ces facteurs dynamiques reproduisent des formes de discrimination systémique, comme le montre l'exemple du critère dynamique relatif à « la stabilité professionnelle », évaluée au fil des prises en charge. Devah Pager a en effet mis en évidence l'étendue différenciée du désavantage associé à un casier judiciaire en matière d'accès à l'emploi, au détriment des minorités et plus particulièrement des Afro-Américains<sup>505</sup>. En 2003, la Commission canadienne des droits de l'homme (CHRC) a d'ailleurs critiqué l'utilisation de variables dynamiques et leur contenu, ces facteurs de risque étant liés à des motifs de discrimination interdits. Si la justice pénale n'a pas attendu, en France comme à l'étranger, les échelles actuarielles pour se montrer discriminatoire, « *actuarial methods can accentuate prejudices and biases that are built into law and criminal law enforcement, because the opaque structure of assessment instruments makes broader discriminatory practices less visible and contestable. Assessments of risk routinely use criteria that are legally prohibited or of concern, and are produced using an investigative and interpretative process that is largely concealed* »<sup>506</sup>. En outre, les populations marginalisées qui se verraient attribuées des niveaux de risque plus élevés auront davantage de conditions à remplir, feront l'objet d'un suivi plus intensif, augmentant mécaniquement la probabilité d'éventuels manquements<sup>507</sup>. Les échelles actuarielles produisent alors une véritable prophétie auto-réalisatrice et contribuent à la marginalisation des populations déjà en marge de la vie politique et économique<sup>508</sup>.

Enfin, ces échelles ne contiennent évidemment pas de variables qui pourraient renvoyer aux défaillances institutionnelles susceptibles de jouer un rôle en matière de récidive (le manque de soignants, de dispositifs sociaux de prise en charge sur le plan de l'emploi, de la formation, l'insuffisance du suivi par les agents de probation faute de personnels suffisants, etc.). Par exemple, l'échelle SVR20 comporte une variable relative à l'« *attitude négative envers la thérapie* ». Pour le public français étudié, on pourrait imaginer un système binaire : oui/non. Quelle case retenir si la personne ne manque qu'un ou deux rendez-vous, n'en manque pas mais manifeste quelque exaspération sur le sujet auprès de son agent de

---

<sup>501</sup> Hudson B., Bramhall G., « Assessing the other: constructions of Asianness in risk assessment by probation officers », *British Journal of Criminology*, 2005, vol. 45, n° 5, 721-740 ; Martel J., Brassard R., Jaccoud M., « When two worlds collide risk management in Canadian Aboriginal corrections », *British Journal of Criminology*, 2011, vol. 51, n° 2, 235-255 ; Raynor P., Lewis S., « Risk-need assessment, sentencing and minority ethnic offenders in Britain », *British Journal of Social Work*, 2011, vol. 41, n° 7, 1357-1371 ; Oleson J. C., « Risk in sentencing: Constitutionally-Suspect Variables and Evidence-Based Sentencing », *Southern Methodist University Law Review*, 2011, n° 64, 1329-1404 ; Harcourt B. E., « Surveiller et punir à l'âge actuariel. Généalogie et critique, part. II », *Déviance et société*, 2011, vol. 35, n° 2, 163-194.

<sup>502</sup> Hannah-Moffat, *op. cit.*,

<sup>503</sup> Silver E., Miller L. L., *op. cit.*

<sup>504</sup> Hannah-Moffat K., *op. cit.*, 281-282.

<sup>505</sup> Pager D., *op. cit.* ; Wakefield S., Uggen C., « Incarceration and Stratification », *Annual Review of Sociology*, 2010, n° 36, 387-406.

<sup>506</sup> *Ibid.*, 282.

<sup>507</sup> *Ibid.*

<sup>508</sup> Silver E., Miller L. L., *op. cit.*

probation ? Pour introduire un peu plus de subtilité, on peut certes imaginer un item intermédiaire témoignant d'un respect ou d'une adhésion partielle au soin. Comment procéder alors sur le plan de l'encodage pour deux situations rencontrées dans notre échantillon ? En l'espèce, il s'agissait de deux condamnés dont le médecin coordonnateur se trouvait à 100 km de leur domicile du fait du manque de médecins coordonnateurs dans l'agglomération. Tous deux vivaient avec de très faibles revenus (le RSA pour l'un, quelques missions irrégulières en intérim pour l'autre), avec une famille à charge. L'un n'avait pas le permis et devait donc s'acquitter d'un billet de train pour s'y rendre, avec un coût non négligeable eu égard à ses faibles ressources. L'autre devait réclamer une journée de congé à ses employeurs lorsqu'il réussissait à trouver un emploi, avec des difficultés pour justifier ses absences sans révéler sa qualité de condamné, *a fortiori* pour une infraction à caractère sexuel. Ces condamnés n'ont pas répondu à certaines convocations du médecin coordonnateur et ont manifesté auprès du CPIP leur agacement vis-à-vis de cette prise en charge, d'autant que le médecin en question ne les recevait qu'un quart d'heure. Sans doute l'expert ou le CPIP cocherait-il alors cette fameuse variable intermédiaire, ce qui reviendrait en définitive à faire porter sur l'individu et lui seul le poids de défaillances institutionnelles.

*« Aujourd'hui on dit « ben oui, c'est parce que c'est lui qui est pas adapté. C'est un problème individuel, il va faire des soins ». Il va faire des soins, parce que c'est ça qui va le sauver. « Tu trouves pas de travail, t'es pas diplômé, c'est compliqué oui mais c'est parce que t'as des problèmes perso, tu comprends ? Ah ben, si t'arrêtais de fumer des pétards... ». Et quand tu dis « est-ce qu'il a commencé, parce qu'il avait des difficultés socio-économiques et familiales qui amènent à ça ou c'est parce qu'il a commencé d'abord à fumer ? ». Plus personne se pose de questions là-dessus. C'est dire « s'il a des difficultés, c'est un problème individuel. [...] On n'est plus réceptif à ces nouveaux outils, entre guillemets ou à ces approches cognitivo-comportementales, parce que on a aussi, les uns et les autres, en dehors de ce travail-là, compris ou en tout cas, ingéré ça. C'est de se dire, effectivement, c'est d'abord un problème perso, c'est pas des problèmes socio-économiques. C'est des problèmes... effectivement, il est fou, je sais pas trop, il est très psychopathique, voilà. C'est d'abord ça quoi, c'est d'abord lui, c'est des problèmes individuels » (CPIP).*

#### *Des capacités prédictives surévaluées*

La plupart des outils d'évaluation, y compris les mieux évalués, présentent une validité prédictive « modérée » ou « moyenne »<sup>509</sup>. *« Les instruments, pour une large part, ne permettent pas de faire des prédictions avec une précision très élevée [...] L'évaluation du risque est un processus complexe, et il importe de se rappeler que l'évaluation à l'aide d'un instrument n'est que le point de départ de cette démarche, que ces outils ne sont pas suffisants pour mener adéquatement un tel processus, et qu'aucun instrument n'est en mesure de saisir et d'opérationnaliser tout le spectre des facteurs pertinents »*<sup>510</sup>. Alors même que les facteurs de risques se recoupent généralement dans les différents instruments d'évaluation, il n'est pas rare qu'ils aboutissent à des résultats divergents<sup>511</sup>. Barbaree, Langton et Peacock ont constaté que moins de 8% des délinquants sexuels sont constamment déclarés délinquants à risque élevé ou à faible risque par cinq échelles actuarielles couramment utilisées (VRAG, SORAG, Static-99, ERRRS et MnSOST-R)<sup>512</sup>.

Dans de nombreuses hypothèses, la fiabilité des outils d'évaluation est même surévaluée. Les chercheurs n'étant pas plus infaillibles que les praticiens, leur désir conscient ou inconscient de produire des résultats statistiquement significatifs, renforcés par les pratiques éditoriales et commerciales des revues scientifiques nord-américaines<sup>513</sup>, n'est pas sans incidence sur leurs résultats<sup>514</sup>. À cet égard, le fait que de nombreuses évaluations des instruments actuariels ou semi-actuariels soient réalisées par leurs propres concepteurs n'est pas sans poser de question. Singh, Grann et Fazel notent en effet que sur les

<sup>509</sup> Millaud F., Dubreucq J.-L., *op. cit.*

<sup>510</sup> Guay J.-P., *op. cit.*

<sup>511</sup> Mills J. F., Kroner D. G., « The effect of discordance among violence and general recidivism risk estimates on predictive accuracy », *Criminal Behaviour and Mental Health*, 2006, n° 16, 155-166 ; Vrieze S. I., Grove W. M., *op. cit.*

<sup>512</sup> Barbaree H. E., Langton C. M., Peacock E. J., « Different actuarial risk measures produce different risk rankings for sexual offenders », *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 2006, n° 18, 423-440.

<sup>513</sup> McSherry B., *op. cit.*

<sup>514</sup> Simmons J. P., Nelson L. D., Simonsohn U., « False-positive Psychology: Undisclosed Flexibility in Data Collection and Analysis Allows Presenting Anything as Significant », *Psychological Science*, 2011, vol. XX, n° X, 1-8.

83 études qu'ils ont consultées, 27,9% avaient été réalisées par un concepteur ou un traducteur des outils d'évaluation des risques, ces conflits d'intérêts étant par ailleurs rarement signalés dans leurs publications<sup>515</sup>. Il n'est dès lors pas rare que ces auteurs concluent à une prédictivité accrue par rapport aux résultats issus des évaluations indépendantes<sup>516</sup>. Les enjeux financiers ne sont pas négligeables, dès lors que ces échelles, les manuels et les formations qui les accompagnent sont commercialisés, au point que certains auteurs parlent de « *risk-assessment industry* »<sup>517</sup>. « *A variety of financial and non-financial conflict of interests have been identified in medical and behavioral research [...] A conflict of interest may result when the designers of a risk assessment tool investigate the predictive validity of the very same instrument in validation studies. Tool designers may have a vested interest in their measure performing well, as such empirical support can lead to both financial benefits (e.g., selling tool manuals and coding sheets, offering training sessions, being hired as an expert witness, attracting funding) as well as non-financial benefits (e.g., increased recognition in the field and more opportunities for career advancement). This may result in what we have called an authorship effect whereby the designers of a risk assessment tool find more positive significant results when investigating their own tool's predictive validity than do independent researchers* »<sup>518</sup>.

Au regard de la piètre fiabilité des instruments évoqués, le recours aux outils actuariels comporte le risque de donner lieu à une évaluation inexacte de la probabilité de récurrence. Les taux de faux positifs ou de faux négatifs n'étant pas marginaux, l'éthique exige en réalité de se méfier des évaluations standardisées. Comme l'indique A. Buchanan, une série de méthodes prédit régulièrement des violences « *avec un degré d'exactitude qui ne doit rien au hasard* » mais « *les approches actuelles ne peuvent permettre de prévenir les actes violents de quelques-uns qu'au prix de la détention d'un grand nombre* »<sup>519</sup>. Dès lors que l'évaluation peut conclure à un risque faible de récurrence à l'encontre d'individus qui en réalité récidiveront (faux négatif), les outils actuariels n'exposent pas moins la société à de graves dangers que les jugements cliniques non structurés. À l'inverse, un faux positif (une personne jugée à risque important qui ne récidivera pas) se traduira par des prises en charge renforcées et des modalités de suivi contraignantes pourtant inutiles. Alors que les promoteurs de ces échelles s'appuient sur l'éthique pour contester les méthodes qualifiées de non structurées, on pourrait leur adresser en retour des critiques similaires. Lorsque ces échelles s'intéressent aux antécédents policiers pour tenir compte de l'absence de condamnation systématique, peut-on considérer qu'il est éthique, ou qu'il n'y a rien de liberticide, à prendre en compte des faits pour lesquels aucune condamnation n'a été prononcée ? La personne demeure en effet présumée innocente. Quand bien même le fait d'avoir été victime dans l'enfance d'abus sexuels ou de violences serait corrélé avec la délinquance et la récurrence, est-il éthiquement légitime d'inclure cette variable dans des échelles actuarielles, au risque de faire peser sur l'ensemble des victimes un soupçon qui générera de plus grandes mesures de contrôle dans l'hypothèse où elles deviendraient par la suite délinquantes ?

Comme l'écrivait Alfred Sauvy, « *les chiffres sont des êtres fragiles qui, à force d'être torturés, finissent par avouer tout ce qu'on veut leur faire dire* ». Toute une série de phénomènes ne peut être saisie par le seul biais des méthodes quantitatives. Pour être compris, ceux-ci supposent sous l'angle scientifique un véritable regard ethnographique et, sur le plan des pratiques, un jugement professionnel qui, aussi artisanal qu'il soit, n'en demeure pas moins essentiel. Il n'y a pas, et il n'y aura jamais, d'instrument totalement fiable pour évaluer les risques de récurrence. Certes, il ne faut rejeter en bloc les enseignements des études étrangères. La lecture de plusieurs centaines d'expertises et la critique que l'on vient d'en faire, notamment sur le plan de la surévaluation des risques de récurrence, démontrent qu'il serait bien présomptueux (et bien français) de considérer que les méthodes françaises d'évaluation n'ont rien à

<sup>515</sup> Singh J. P., Grann M., Fazel S., « Authorship Bias in Violence Risk Assessment? A Systematic Review and Meta-Analysis », *Plos one*, 2013, vol. 8, n° 9, e72484.

<sup>516</sup> Blair P. R., Marcus D. K., Boccaccini M. T., « Is there an allegiance effect for assessment instruments? Actuarial risk assessment as an exemplar », *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2008, vol. 15, n° 4, 346-360.

<sup>517</sup> Hannah-Moffat K., « Punishment and risk », in Simon J., Sparks R. (eds), *The Sage Handbook of Punishment and Society*, London, Sage, 2013, 131.

<sup>518</sup> Singh J. P., Grann M., Fazel S., « Authorship Bias in Violence Risk Assessment? », *op. cit.*, 1.

<sup>519</sup> Buchanan A., « Risk of Violence by Psychiatric Patients: Beyond the "Actuarial versus clinical" assessment debate », *Psychiatric Services*, 2008, vol. 59, n° 2, 184.

apprendre des pratiques étrangères. Une évaluation exclusivement centrée sur l'intuition clinique peut effectivement être « *redoutable* »<sup>520</sup> lorsqu'elle s'appuie sur des jugements de valeur, des stéréotypes ou des biais implicites. Certaines font l'effet d'un stigmate, qui poursuivra le condamné tout au long du processus pénal, quand bien même l'expert n'aurait pas explicité son raisonnement, motivé ses interprétations, ni même indiqué sommairement le temps passé avec le condamné et à l'étude des pièces du dossier. Pour autant, il faut « *se garder de passer d'une position réfutant par avance et par principe toute pertinence aux tentatives pronostiques, à une attitude rigidement pseudoscientifique, arc-boutée sur des données statistiques* »<sup>521</sup>.

### Section 3 – Une quasi-systématisation du prononcé de l'injonction de soin

Ce qui pourrait paraître comme un long détour par l'expertise et plus généralement l'évaluation des risques de récidive s'avère en réalité crucial pour comprendre le processus menant au prononcé de l'injonction. Aux dires de la majorité des professionnels interrogés, à l'exception des magistrats eux-mêmes, ces derniers ne s'écarteraient jamais ou quasiment jamais des conclusions de l'expert lorsqu'il recommande des soins et/ou pronostique des risques de récidive. Profanes, les jurés d'assises seraient d'autant plus sensibles aux propos des experts psychiatres à l'audience qu'ils ont tendance à envisager la délinquance sexuelle comme le résultat de troubles pathologiques.

« [Est-ce que vous avez vu des expertises qui préconisaient une injonction de soin et un magistrat qui ne l'a pas prononcée, ou inversement ?] Euh... je ne crois pas non. Non, je pense que quand il y a une injonction de soin de recommandée, c'est souvent suivi par les magistrats » (CPIP).

« Sur la populaire, ah c'est... À mon avis c'est... bon, c'est bon, c'est plié quoi. Et peut-être même, en pré-sentenciel, avec le risque même, que ça pèse sur la déclaration de culpabilité. C'est-à-dire au-delà de la peine, d'éventuelles périodes de sûreté, etc. Mais peut-être même... ça marque tellement. Dès que l'expert est affirmatif, de toute façon le jury... ça rassure quoi. Et puis ouais, c'est la voix de l'autorité quoi. C'est un expert, avec un monsieur qui ressemble à un expert, qui vient et dit « il est dangereux ». Très bien, dont acte quoi et ça... enfin, sur le jury ça... mais quelle que soit... même en matière médico-légale, c'est toujours... toujours... Dès qu'on arrive à avoir un expert, qui vienne affirmer quelque chose... » (JAP).

Tous ont dès lors le sentiment d'une systématisation du prononcé de l'injonction de soin (§1). Si l'on constate en réalité un processus sélectif au stade du jugement (§2), les juges de l'application des peines ont effectivement tendance à ajouter cette mesure lorsque celle-ci n'a pas été prononcée par le tribunal correctionnel ou la cour d'Assises (§3).

#### §1- Le sentiment partagé d'une automaticité : une « ouverture de parapluie » ?

Étant donné la fréquence des recommandations de soin et des conclusions des experts entérinant une potentielle dangerosité, il n'est guère étonnant que les CPIP et les soignants évoquent en entretien une systématisation du prononcé des injonctions de soin, du moins dans le champ des violences sexuelles.

« Moi, j'ai l'impression que c'est... maintenant, c'est devenu systématique. L'impression que j'ai, c'est que c'est systématique » (Psychologue, thérapeute).

« On retrouve des grandes lignes là-dedans mais c'est vrai qu'on a parfois l'impression quand même, d'une certaine automaticité du prononcé du SSJ, au regard des faits commis. [...] Moi je pense que le côté du SSJ, il est prononcé, un peu systématiquement pour les faits de mœurs [...] Je pense que là aussi, on pourrait gagner en efficacité si on était un peu plus pointu dans « qu'est-ce qui fait qu'à un moment donné, on a prononcé le SSJ ? » et « qu'est-ce qui fait que pour quelqu'un qui a commis les mêmes faits à côté, lui il a pas eu le SSJ ? ». C'est un peu trop encore... c'est un peu trop large le prononcé quoi » (CPIP).

<sup>520</sup> Gravier B., cité in Moulin V., Palaric R., Gravier B., *op. cit.*, 625.

<sup>521</sup> Delacrausaz P., Gasser J., *op. cit.*, 441.

« Les SSJ sans injonction de soin, c'est quand même beaucoup, beaucoup plus rare. Je crois que moi j'en n'ai pas vu » (CPIP).

« Après sur ceux qui ont une injonction et ceux qui n'ont pas d'injonction, je dirais qu'aujourd'hui, ils ont tellement tous des injonctions que je ne peux même pas vous dire ceux qui n'ont pas d'injonction » (Psychologue, SMPR).

« Moi l'injonction de soin, je la raccroche au SSJ tout court parce que les SSJ, sans injonction de soin... ben si, j'en ai eu un [...] À part une fois mais quand on a un SSJ, en général on a une injonction de soin. Enfin, c'est quand même très souvent. Je suis pas sûre d'en avoir vu sans injonction de soin. À part celui-là mais voilà, ça fait quelques années que c'est réglé. » (CPIP).

« Il y en a très peu où il n'y a pas d'injonction de soin. Quand il y a un suivi socio-judiciaire, c'est quasiment automatique » (CPIP).

« J'ai l'impression qu'en matière de crimes et délits sexuels, elle a violemment tendance à être automatisée. (Psychiatre, expert).

Selon eux, cette systématisation ne résulterait pas tant des caractéristiques de personnalité et de la psyché des condamnés visés, mais serait le fruit d'une ouverture de parapluie croissante de la part des magistrats, plus particulièrement en cas de médiatisation de l'affaire.

« Moi je pense qu'on est en parapluie ouvert systématiquement. Maintenant, quasiment, tout ce qui est agression sexuelle. Je veux pas dire qu'il y a des SSJ partout mais quasiment et s'il n'y en a pas, on met une surveillance judiciaire à la fin. Donc je pense que de toute façon, y a tellement de stress, par rapport à ça, de récidive que de toute façon, s'ils ont pas le SSJ, ils ont une surveillance judiciaire. C'est rare quand même, quand ils ont pas » (CPIP).

« Ça devrait s'adapter à l'évolution de la personne, mais qui prendra le risque, pour un mec à l'extérieur, de dire « nous on pense que l'injonction de soin, c'est terminé ». Ben personne » (CPIP).

« Ce que je vous disais tout à l'heure : pour la justice, le soin c'est le parapluie. Et quand il pleut ben, on ouvre le parapluie et on va pas prendre le risque de pas prononcer d'injonction de soin sur quelqu'un qui a un profil un peu.... voilà, qui a commis des choses graves, parce qu'on va dire « le psy va le sauver » » (CPIP).

« [Est-ce qu'il peut y avoir des juges qui s'écartent sur la conclusion de la question du soin ?] J'ai un peu l'impression que les juges ils suivent les experts, parce que s'ils ne les suivent pas et qu'il se passe quelque chose, on dira « l'expert avait dit que... et vous ne l'avez pas fait ». Dans un premier temps, j'ai l'impression que les juges suivent assez facilement les experts. Un expert qui dit qu'il y a un risque de récidive avéré, j'ai pas vu un juge qui prononçait pas une surveillance judiciaire. Parce que du coup, il se dit « Ouh la la, risque de récidive, il se trouve dans la nature. On va le mettre sous surveillance judiciaire, au cas où [...] À part quand les expertises sont contradictoires, là y a peut-être plus de marge d'appréciation mais vraiment, un expert qui dit qu'il y a un risque de récidive avéré, le juge va le suivre » (CPIP).

« Ah oui. Moi je pense que... je pense que ça a jamais... enfin, peut-être que philosophiquement, à l'origine, ça fait partie de, une forme d'humanisation, de l'individualisation de la peine, etc., mais je suis pas sûre, ça c'est sûrement l'arrière-fond implicite, mais je ne suis pas sûre que quand c'était demandé ou quand c'est demandé par des magistrats, ça soit fondamentalement ça qui prévaut. Alors après, peut-être à titre individuel. Je pense qu'il y a des gens qui sont en réflexion sur leurs pratiques et qui... mais pour voir un peu dans certains jugements comment ça peut se passer, j'ai l'impression que c'est très mécanique quoi et pas franchement questionné, par rapport à un profil particulier. Je ne veux pas généraliser encore une fois. Je pense qu'il y a vraiment des magistrats, qui s'interrogent vraiment sur les profils psychologiques, sur comment on peut individualiser au maximum, etc. Mais on a quand même l'impression, voilà qu'il y a un peu des quotas parfois, en fonction des actes et que... C'est pas très, très... [...] Mais je pense qu'il y a des magistrats vraisemblablement, pour lesquels c'est euh... on se donne le maximum de garanties, donc on prolonge quelque chose de la peine euh... et je pense, que pour ceux qui ont peut-être un peu plus élaboré leur pratique et qui ont peut-être une vision plus clinique, plus pénaliste aussi, on n'en sait rien, c'est, comment dire, une espèce d'articulation entre la peine et le soin, ou la peine peut faire accéder un peu à

*du soin. En même temps, le soin peut donner le sens de la peine. Enfin, je pense qu'il y en a davantage qui pensent à l'articulation. Je pense. [...] Mais honnêtement, je ne suis pas certaine que ça soit la majorité, parce que je pense que, à mon avis, c'est fait un peu mécaniquement quoi [...] C'est là, c'est une mesure de sûreté à disposition et euh... ben, on l'applique. Pas bêtement bien sûr, mais on l'applique. Ça offre quand même des garanties » (Psychologue, expert).*

*« Ils mettent le parapluie, tout simplement, parce que l'injonction de soin, c'est une certitude supplémentaire. C'est un regard autre et puis c'est un regard qui rend directement... c'est, c'est, c'est l'œil qui regarde directement et qui rencontre directement, donc directement la justice. [...] Je pense qu'il y a un côté parapluie, parce que les magistrats, on leur tape dessus aussi quand il y a de la récidive » (CPIP).*

*« [Est-ce que vous avez déjà vu des dossiers où y avait une expertise recommandant une injonction de soin et le juge ne suivait pas ?] Non, moi j'ai jamais vu. Et après, dans l'autre sens, j'ai vu qu'il y avait pas besoin, et on met, parce que c'est l'effet parapluie et on met pas parfois, c'est-à-dire que l'expert... et le JAP n'ouvre pas le parapluie. Mais on peut avoir aussi, y a pas nécessité à et ils ouvrent le parapluie et ils en mettent une quand même » (CPIP).*

*« Sinon autrement, je pense que c'est aussi en lien avec soit et/ou, la durée de la peine, la gravité des faits, médiatisation autour de l'affaire. [Ah oui ?] Oui, je pense parfois, quand ça fait un petit peu plus de bruit, quand on en parle plus, je pense que c'est pas sans effet non plus. Quelque chose qui vient toujours cadrer, rassurer, je pense que c'est du côté... » (Psychologue, SMPR).*

Bien que très largement partagées, ces interprétations ne soulèvent pas pour autant une véritable unanimité. Quelques rares CPIP et thérapeutes considèrent au contraire que les magistrats n'hésitent pas à écarter dans certains cas l'injonction de soin, y compris au sujet de délinquants sexuels.

*« [Est-ce que vous avez l'impression que les magistrats suivent systématiquement les recommandations de l'expert sur les soins ou non ?] Non, ils ne suivent pas systématiquement mais ils suivent de temps en temps. Y a quand même des fois où c'est suivi » (CPIP).*

*« Dans la file active, j'ai des personnes qui sont sur des longs suivis socio-judiciaires, avec obligation de soins. Je le précise aussi, parce qu'on entend souvent en fait le corollaire légal de l'injonction de soin mais ce n'est pas toujours le cas » (Psychologue, SMPR).*

Quant aux magistrats, ceux-ci se défendent à l'inverse de pratiques décisionnelles qui découleraient uniquement d'un réflexe d'auto-protection, avec pour seul objectif de les prémunir contre toute mise en cause en cas de récidive ultérieure.

*« Moi je vais parler pour moi, parce que je ne sais pas comment fonctionnent les collègues. Moi, c'est vraiment pas quelque chose que je prends en compte. Je suis pas obnubilée par euh... la mise en cause des responsabilités. Alors que ici, on est quand même bien placé, pour savoir que on doit faire attention (rires), voilà. Mais c'est pas du tout quelque chose que j'ai... que j'ai en tête. [...]. Alors, je dis pas que inconsciemment, ça ne peut pas jouer de temps en temps mais je vous disais, entre le nombre d'injonctions de soins qui sont préconisées par les experts et celles qu'on prononce, y a une marge colossale hein. Donc c'est pour dire que c'est pas ça qui nous... qui nous motive pour...[...] Et quelque part, moi je trouve que si on suit systématiquement les recommandations, c'est peut-être très confortable et on sort de l'audience et on a bonne conscience, on se dit de toute façon, on a ouvert le parapluie et même s'il arrive quelque chose hein... Mais, c'est pas quelque part, prendre ses responsabilités et faire acte de juger quoi. Et de prendre tous les éléments et d'apprécier, le plus finement qu'on peut la situation, et prononcer la peine la plus adaptée à l'intéressé » (Magistrat du siège).*

*« Encore une fois, je ne travaille pas en termes de « ouh la la, si je prends telle décision, qu'est-ce qui va me... ». De toute façon, je m'attends à ce qu'un jour, il y ait quelque chose qui aille pas. Pas parce que je me dis que je ne ferai pas bien mon travail mais parce que, on n'est pas en nature, sur un métier... Quoiqu'on fasse, on prend un risque. Non, non, moi je ne raisonne pas comme ça » (Magistrat du parquet).*

*« [Est-ce que c'est une idée qui vous vient à l'esprit, le fait que si vous vous détachez de ce que dit l'expert, vous pourriez ensuite, entre guillemets, en payer le prix ?] Non, alors là non. Non parce que j'arrête de travailler aujourd'hui. C'est pas la peine. Non, non, ça c'est même pas la peine » (Magistrat du siège).*

Ils insistent surtout sur leur difficulté à motiver l'exclusion d'une injonction lorsqu'un expert recommande des soins, car il leur faut alors contrer un argumentaire médical sans pourtant disposer des compétences nécessaires. Leurs marges de manœuvre seraient d'autant plus fragiles depuis qu'une loi de 2007 a posé comme principe l'inclusion de la mesure pour tout suivi socio-judiciaire. Depuis lors, l'article 131-36-4 du code pénal dispose en effet que la personne y est normalement soumise s'il est établi qu'elle est susceptible de faire l'objet d'un traitement, « *sauf décision contraire de la juridiction* ». Au stade post-sentenciel, l'article 763-3 du code de procédure pénale poursuit la même logique dans l'hypothèse où l'injonction ne figurerait pas dans le jugement.

*« Parce que c'est là aussi où c'est compliqué quand on est juge, c'est qu'on a une parole d'expert euh... nous on n'est pas médecins. C'est pas notre spécialité donc effectivement, on a la tendance à faire confiance aux sachant qu'on a mandatés et c'est vrai que c'est compliqué parfois de... de s'en écarter oui. [...] C'est vrai que je pense au cas où vous vous étiez posé la question. C'est vrai que comme l'expert avait une analyse différente du déroulement des faits, que celle que nous on pouvait avoir, si on avait dû contrer ces éléments, c'était sur des choses qu'il avait lui analysées. Une analyse différente c'était pas apporter d'autres éléments... mais on n'avait pas d'éléments dont l'expert n'aurait pas tenu compte. Là effectivement, je redis que c'est un peu compliqué de dire « merde... je veux dire zut, je suis quand même pas psy quoi » » (JAP).*

*« Plusieurs expertises qui sont concordantes, qu'est-ce que vous voulez que je dise moi ? Pas grand-chose. [...] Je ne vais pas pouvoir discuter là-dessus. Je vais requérir évidemment l'injonction de soin, si elle est possible avec un suivi, ça c'est sûr » (Magistrat du parquet).*

*« Moi je dirais pas que c'est l'aspect sachant, surtout l'aspect... Il faut avoir, pour aller contre en tout cas... Moi ça me gênerait pas, je peux m'imaginer me détacher et aller outre entre guillemets, la conclusion d'un expert. C'est simplement qu'à côté, il faut avoir les éléments pour, c'est-à-dire recueillir... enfin voilà, dans le cadre de l'enquête pénale, y a eu suffisamment d'éléments pour pouvoir dire « moi, je suis pas médecin mais au vu de ces éléments-là, très clairement, il était pas maître de ce qu'il faisait ». C'est-à-dire qu'il faut avoir des éléments suffisants, pour contrer l'expertise. Le fait que ce soit un expert, pour autant, si on était unanimes et je pense notamment quand on est en délibéré en correctionnelle, voilà, je pense qu'on pourrait s'autoriser à avoir une version différente » (JAP).*

*« [Si on se concentre sur celles qui sont prononcées par les juridictions de jugement, vous avez une idée des critères qui président au choix par les juridictions de jugement, pour décider plus largement du suivi socio-judiciaire mais de l'injonction de soin ?] Le critère, y en n'a pas tellement, parce que de toute façon, le législateur prévoit un automatisme dans le cas où l'expertise conclut à une injonction de soin. C'est-à-dire que dès lors que la juridiction de jugement prononce un suivi socio-judiciaire, pour les faits pour lesquels c'est encouru, dès lors qu'il prend cette décision, et que l'expert conclut à cette nécessité, la juridiction de jugement n'a pas de marge de manœuvre, sauf à motiver une décision contraire. Donc il y a cet automatisme qui fait que c'est pas vraiment un choix, entre guillemets. La plupart du temps, c'est le juge correctionnel ou la cour d'Assises, qui va suivre ce que dit le médecin, parce qu'il n'aura pas d'arguments contraires à opposer à la conclusion du médecin [...] Dans les dossiers que j'ai vus moi... alors je l'ai des fois vue mal prononcée, entre guillemets, sous le forme d'une obligation de soins, mais sans que ce soit motivé et encore, je suis pas sûr que ça ait été volontaire de la part de la juridiction de jugement. Donc j'ai jamais vu pour le moment, dans les dossiers dont j'ai pris connaissance, en termes de suivi socio-judiciaire que le juge écarte expressément, avec une motivation à l'appui, l'injonction de soin. [Dans cette situation où on aurait, même éventuellement des affaires jugées antérieurement à 2010, pas d'injonction de soin prononcée. Vous avez la possibilité d'en rajouter une. Quels sont les critères qui, selon vous, justifient ce type d'injonction ?] Je l'ai fait qu'une fois moi, de rajouter, parce que là aussi, c'est un automatisme. C'est-à-dire que le législateur... alors, il y a l'hypothèse où la juridiction de jugement a oublié de la prononcer et l'hypothèse où on a une expertise ultérieure, notamment réalisée en détention qui conclut à une injonction de soin. Dans ces cas-là, pareil, le législateur nous fait l'obligation de prendre un jugement, d'avoir un débat contradictoire sur le sujet, et d'ordonner l'injonction de soin, si on n'a pas d'élément pour l'écarter. Moi je l'ai écartée une fois jusqu'à présent sur... alors, les critères, ce sont des critères qui sont euh, les critères classiques qui décident, pour ce cas-là que j'ai eu à nos décisions, c'est-à-dire la situation pénale du condamné, si effectivement c'est sa seule condamnation pour ces faits de ce type-là, la circonstance des faits aussi. Enfin, je me souviens, dans l'affaire, c'était un petit peu particulier. C'était vraiment... c'était sur des violences conjugales, répétées sur deux personnes, mais dans un contexte un peu particulier. [...] J'avais pris en compte aussi un élément important, c'est que le monsieur, il se*

*soignait volontairement, qu'il était très investi dans les soins et que, c'est ce qu'on disait au niveau du SMPR puisqu'il était en détention en l'occurrence. Il est sorti depuis mais... Et du coup, j'ai pas estimé nécessaire de lui faire... lui rajouter entre guillemets, ce carcan et d'avoir besoin du regard du médecin coordonnateur, dès lors qu'il avait évolué et que on avait des choses qui se mettaient en place d'elles-mêmes. Et puis, dans cette situation-là, je trouvais que la conclusion de l'expert, était pas vraiment motivée en fait. C'était un peu flou. La conclusion c'était « ce serait souhaitable... ». C'était pas très clair en fait. Donc du coup, avec tous ces éléments de doute, entre guillemets, j'ai choisi de pas ordonner l'injonction de soin » (JAP).*

Si certains magistrats et d'autres professionnels soulignent de plus amples marges de manœuvre en cas d'expertises contradictoires, il n'en demeure pas moins que les magistrats ne se saisissent guère des expertises défavorables pour écarter le prononcé de l'injonction, sauf à de très rares exceptions. Ainsi, huit des neuf condamnés au sujet desquels un expert écartait l'intérêt ou la possibilité de soins en amont du jugement ont malgré tout fait l'objet d'une telle mesure<sup>522</sup>. Au stade post-sentenciel, le JAP a également ajouté une injonction dans une affaire malgré l'avis contraire de l'expert. Toutefois, *a contrario*, les magistrats des juridictions de jugement écartent parfois le dispositif malgré une recommandation en ce sens.

## **§2- Un prononcé sélectif au stade du jugement**

En réalité, le prononcé d'une injonction de soin par les juridictions de jugement est loin d'être systématique, puisqu'elle touche un peu moins de six condamnés sur dix (57). Si l'on ajoute le prononcé de simples obligations (17), les trois quarts sont néanmoins entrés dans le dispositif des soins pénalement ordonnés (74,8%) dès le stade de la condamnation.

Soins pénalement ordonnés prononcés par la juridiction de jugement

	Effectifs	Fréquence
Injonction de soin	57	57,6%
Obligation de soin	17	17,2%
Total / interrogés	99	

Comme indiqué précédemment, notre échantillon dévoile, à l'instar de l'étude statistique réalisée par Rémi Josnin au niveau national, un recours différencié au suivi socio-judiciaire selon la gravité des faits, ce critère incluant le type d'infractions, la présence ou non de circonstances aggravantes, notamment d'une récidive, ou encore la répétition des faits dans une même affaire (v. *supra*). Parmi les SSJ prononcés, qu'en est-il des critères justifiant le recours à l'injonction de soin ? Au regard de la faiblesse de nos effectifs, il nous est impossible de déterminer l'influence de chaque critère toutes choses égales par ailleurs. Nos entretiens, confrontés aux données collectées dans notre échantillon d'affaires, tendent néanmoins à conforter l'hypothèse de la prééminence de critères pénaux, tenant aux qualifications pénales retenues plus qu'aux antécédents des auteurs (A). D'autres critères ne semblent pas pour autant dénués d'influence, même si celle-ci est moindre. Nous aborderons plus spécialement les répercussions de la reconnaissance des faits (B), de la personnalité du prévenu (C) et enfin du pronostic expertal quant aux risques de récidive et à la possibilité de soins (D).

### **A- La primauté des critères pénaux**

Confirmant les analyses recueillies en entretien, notre échantillon d'affaires révèle que ce sont la nature des faits et leur gravité, davantage que des indicateurs proprement médicaux, qui constituent les principaux critères décisionnels des magistrats. La présence d'infractions à caractère sexuel suffirait à justifier le prononcé de la mesure, qui serait également privilégiée en cas d'atteintes graves aux personnes.

<sup>522</sup> Dans un dossier, nous ne disposons pas de l'expertise en question, mais d'autres pièces du dossier faisaient état de l'avis défavorable de l'expert.

*« Alors, quand c'est sur des meurtres, des agressions de personnes, des viols, tout ce qu'on veut, mais tout ce qui relève des agressions aux personnes, oui, systématiquement, il y a forcément dans le cadre d'un SME, d'un SSJ ou d'une surveillance judiciaire, y a forcément une obligation a minima, mais une injonction aussi qui est prononcée » (CPIP).*

*« Du côté des juges, ce qui me vient en premier lieu, je pense que à partir du moment où une personne est condamnée pour une infraction sexuelle, elle déroge pas à la règle en fait d'une injonction de soin » (Psychologue SMPR).*

Alors même que les experts n'ont pas plus souvent pointé des risques de récidive au sujet des violeurs qu'à l'encontre des agresseurs sexuels, ni même davantage recommandé des soins, une injonction apparaît bien plus fréquemment en matière criminelle (72,3% des affaires jugées par une cour d'assises, contre 44,2% des affaires correctionnelles). Au tribunal correctionnel, la mesure serait également plus souvent prononcée en cas de viol correctionnalisé.

*« C'est souvent en plus... pour les agressions sexuelles qu'on a des suivis socio-judiciaires et il faut que l'expertise le prévoie et puis après, c'est vrai qu'on le prononce quasi systématiquement, souvent aux Assises. Y a des suivis socio-judiciaires. Je sais pas si vous suivez les résultats des Assises, y a des suivis socio-judiciaires avec des pénalités encourues et puis l'injonction de soin qui est prévue, donc c'est assez banalisé comme prononcé de... [Moins en matière correctionnelle?] Voilà, moins en matière correctionnelle, sauf à ce que ce soient des affaires sérieuses, c'est-à-dire souvent des affaires disqualifiées, des viols disqualifiés ou on peut avoir des agressions sexuelles... de vrais viols, qui peuvent donner lieu à plusieurs années d'emprisonnement. [C'est un élément que vous prenez donc en compte aussi pour vos réquisitions. Ça a été correctionnalisé, mais quand même initialement c'était une affaire criminelle, donc ça peut plus justifier une injonction ?] Oui, oui, ah oui, oui. Oui parce que tout le monde sait, joue le jeu d'un délit, mais sait que c'est un crime. Surtout en matière de mœurs, il y a plusieurs... alors, oui, c'est assez fréquent qu'on disqualifie, mais soit parce que ça a été fugace, soit ça a pas été très répété, soit les faits sont anciens, bon y a des tas de raisons mais y a des fois des cas qui auraient pu très bien aller aux Assises, par exemple si la victime veut absolument pas disqualifier, bon... Ça oui, là ça rentrera en ligne de compte » (Magistrat du parquet).*

Dans le champ délictuel, le critère de la gravité des faits semble également prédominer, les auteurs de simples atteintes sexuelles sur mineurs ayant moins souvent fait l'objet d'une injonction (40%) qu'en cas d'agression sexuelle, alors même que les pronostics de risque ou les recommandations de soins par les experts n'étaient pas moins fréquents. Les exhibitionnistes, pourtant systématiquement perçus à risque par au moins un expert, sont les moins concernés par la mesure (33,3%). Les magistrats des tribunaux correctionnels ont par ailleurs uniquement ciblé des faits à caractère sexuel. Ainsi, aucune destruction ou dégradation de biens par un moyen dangereux n'a donné lieu au prononcé de cette mesure, même si 66% ont fait l'objet d'une simple obligation de soin. Cette concentration sur les délits à caractère sexuel et, parmi eux, sur les faits jugés les plus graves, ne résulte pas simplement de la volonté des magistrats de cibler le prononcé de la mesure selon les critères qu'ils jugent les plus pertinents. Elle découle plus prosaïquement de leurs précautions pour ne pas asphyxier le dispositif, ne pas entraver sa viabilité eu égard au manque de médecins coordonnateurs. Au-delà de la nature des faits, c'est alors la capacité du dispositif à absorber l'ensemble des mesures prononcées qui orienterait leurs pratiques décisionnelles.

*« L'autre élément qui est pris en compte quelquefois, mais j'allais dire à l'inverse, c'est que on sait très bien que si on surcharge le médecin coordonnateur avec ce type de mesure, on va en perdre le bénéfice. [...] C'est un peu comme le sursis avec mise à l'épreuve. Quand quelqu'un est accessible, à la fois au sursis simple et au sursis avec mise à l'épreuve, on est malheureusement, vu les contraintes des SPIP, on est obligé de se poser la question de la nécessité absolue d'un sursis avec mise à l'épreuve ou pas, pour ne pas justement surcharger les SPIP, avec des mesures inutiles. Et c'est pareil pour la distinction SME/suivi socio-judiciaire. C'est se dire, est-ce que vraiment, c'est un dossier, un individu qui en a réellement besoin. Est-ce qu'on va pas surcharger euh... le médecin coordonnateur et le SPIP, parce que le suivi va être quand même beaucoup plus serré, avec ce type de mesure » (Magistrat du siège).*

« Pourquoi on limite ? C'est pas simplement un choix philosophique, d'ailleurs, ça n'en est pas vraiment un mais c'est parce que on manque de médecins coordonnateurs. Donc, à partir du moment où on manque de médecins coordonnateurs, on va bien les garder pour qui c'est le plus nécessaire. Sinon, si c'est pour faire un travail lambda, on aura même encore moins de médecins coordonnateurs, ils se demanderont ce qu'on leur a demandé de faire » (Magistrat du siège).

« Ce que je sais au niveau national, c'est simplement qu'effectivement, y a des injonctions de soins qui ne sont pas prononcées parce qu'y a pas de médecin coordonnateur. [C'est pour des questions logistiques ?] Oui, prononcer quelque chose qui pourra pas être effectif, pour des raisons logistiques, économiques, enfin y a pas les ressources, bon ben, moi je comprends la logique. Ce qui prévaut, c'est que du soin se mette en place eh ben, on va appeler ça obligation plutôt qu'injonction, parce que y a pas l'équipement local. Ça, ça me choque pas moi » (Psychologue, SMPR).

S'agissant de la gravité de l'infraction, on observe que la qualification pénale retenue oriente davantage le prononcé de la mesure que les détails factuels du passage à l'acte, même si les magistrats n'y sont pas totalement indifférents. Contrairement aux propos recueillis en entretien, qui ne sont toutefois pas consensuels, ceux dont les victimes étaient mineures ne se sont vus guère plus souvent imposer une injonction de soin (64,5 contre 57,1% en présence d'une victime majeure) ou une obligation de soin (14,3% contre 12,9%) au stade du jugement, que les faits reprochés soient un viol (71,4% en présence d'une victime mineure, 77,8% en cas de viol sur majeur) ou une agression sexuelle (58,7% contre 50% lorsque la victime était majeure).

« Par exemple, les prédateurs qui eux, ont choisi leur cible à l'extérieur. Leur victime, ils vont dans les gymnases... voilà. Ça par contre, moi je suis beaucoup... [Donc ça veut dire que la qualité de la victime, entre guillemets, c'est quelque chose que vous prenez en compte ? Est-ce qu'elle a plus ou moins de 15 ans ? Est-ce que c'est la famille ?] Ça peut oui » (Magistrat du parquet).

« Alors que du côté des magistrats, ce serait plutôt... il y aurait des catégories comme ça. S'attaquer à des mineurs, pour eux, ça va être plus... plus prédictif de récidive que si c'est contre des majeurs, par exemple. Alors que pas du tout, ça n'a rien à voir » (Psychologue, expert).

« [Selon vous, sur quels critères les magistrats se fondent pour prononcer une injonction de soin ?] La gravité des faits. Souvent quand même, c'est de la délinquance sexuelle. Essentiellement de la délinquance sexuelle, ou des profils inquiétants en termes de personnalité, avec des faits surprenants. [Est-ce que vous percevez des différences, selon les victimes, par exemple si c'est des viols au sein de la famille ou sur des mineurs ? Est-ce que vous avez l'impression, dans certains cas que le prononcé va être plus systématique ?] Ils sont plus systématiques, quand c'est des mineurs, tout ce qui est délinquance sur mineurs, hors intrafamilial je pense que c'est prononcé systématiquement. Tout ce qui est mineurs oui, essentiellement. Là, typiquement, le SSJ où l'injonction a pas été prononcée, c'est parce que c'est de l'exhibition. Son passé c'était de l'exhibition et là, c'est des faits de pédopornographie, enfin d'images pédopornographiques en fait. Et du coup, là ils ont dû estimer que c'était pas grave au point de mettre une injonction je pense » (CPIP).

« Je pense qu'à partir du moment où ça touche des mineurs, c'est... c'est encore plus sensible. C'est vrai que les agressions sexuelles, viols, ou atteintes sexuelles sur mineur, de mémoire, je pense que ça tombe direct en SSJ avec injonction de soin oui. Parce que c'est un public qui est vulnérable, que ça touche la société et que... c'est vrai qu'on essaie d'assurer tous nos arrières, notamment les juges représentent la société. Le parquet représente la société. Enfin, tout le monde, on essaie de voir, et ça se comprend tout à fait. Ça rapporte toujours à cette obligation. C'est une obligation supérieure d'effectuer les soins » (CPIP).

« [Est-ce que le cadre dans lequel l'acte a été commis, s'il a été commis dans la famille ou à l'extérieur, qu'il y ait aucun lien entre l'auteur et la victime est-ce que c'est des choses à votre avis, qui peuvent rentrer en ligne de compte ?] Non, pas forcément. Non, j'ai pas l'impression. Enfin, dans les dossiers que je vois, c'est aussi bien à l'intérieur de la famille que des gens comme ça, lambda dans la rue. J'ai pas l'impression qu'il y ait vraiment... C'est vrai que les suivis socio-judiciaires ça concerne quand même principalement des histoires de mœurs. Pas que. Moi j'en ai un là pour des histoires de violences conjugales, qui a eu un suivi socio-judiciaire, mais c'est vrai que globalement, c'est plutôt pour des gens qui ont des affaires de mœurs mais dans le cadre familial, comme autre [Et est-ce que l'âge de la victime peut... ?] Pareil. Enfin, moi j'ai pas constaté. C'est beaucoup des mineurs mais ça peut être aussi des viols de personnes majeures.

*J'ai vraiment l'impression que dès que ça touche effectivement les mœurs avec des infractions assez graves, que là, les magistrats... J'ai jamais vu quelqu'un avoir été condamné pour viol et sortir de détention avec une obligation de soins et un SME » (CPIP).*

*« [Est-ce que notamment sur les infractions à caractère sexuel, le lien entre l'auteur et la victime, notamment si c'est des faits qui ont été commis dans la famille ou sur des mineurs, est-ce que pour vous, ça c'est des éléments supplémentaires pour le magistrat ?] Non, je vois pas de différence » (CPIP).*

*« [Est-ce que vous pensez, notamment sur les affaires de mœurs, que la situation de la victime soit mineure, majeure, intrafamiliale ou extra-familiale ça joue ?] J'en sais rien du tout. J'aurais tendance à penser que c'est génériquement des affaires de mœurs » (CPIP).*

*« [Est-ce que, par rapport aux faits, y a une différence si la victime est mineure ou majeure ? Si la victime est dans la famille ou en dehors de la famille de l'auteur ?] Dans le prononcé de l'injonction de soin ? Non. [...] Pour moi la nature des faits, ben suffit. Et puis dans tous les cas, si y a pas d'injonction, y aura une obligation » (CPIP).*

Toutefois, si le critère de la minorité de la victime n'est pas en soi discriminant, il en va différemment en présence d'une victime de moins de 15 ans. Une injonction a en effet plus souvent été prononcée à l'encontre de ceux qui ont violé (70,8%) ou agressé sexuellement (61%) des enfants de cet âge (contre respectivement 57,1% et 40% lorsque la victime avait entre 15 et 18 ans). Ce sont d'ailleurs ceux dont les victimes avaient entre 15 et 18 ans qui apparaissent les moins concernés par le prononcé d'une telle mesure, du moins au stade du jugement. Alors qu'ils ont moins souvent été présentés comme dangereux (v. *supra*), 62,5% des détenteurs d'images pédopornographiques ont été visés par la mesure. Il semble donc que la figure du pédophile, avec ou sans passage à l'acte, justifie plus que d'autres le cadre de l'injonction dans l'esprit des magistrats. À la différence des experts, ils ne sont en outre pas insensibles aux liens entre auteur et victime. Si la circonstance aggravante d'ascendance ou d'autorité joue peu (53,3% contre 61%), les pères ont un peu plus souvent échappé à cette mesure au stade de la condamnation (45,5%). Le sexe de la victime n'exerce en revanche aucune influence (52,2% en présence de victimes de sexe masculin, contre 59,2%). D'autres éléments confortent néanmoins l'hypothèse suivant laquelle les qualifications pénales et leur gravité auraient davantage d'influence que les caractéristiques précises du passage à l'acte et la personnalité de l'auteur, ou du moins suffiraient en elles-mêmes à justifier l'injonction. Ainsi, le nombre de victimes identifiées est étonnamment inversement corrélé au prononcé de l'injonction. Tant en matière criminelle que délictuelle, celle-ci a plus souvent été prononcée en présence d'une seule victime (71,2%, contre 42,9% des condamnés en présence de plusieurs victimes), y compris en présence d'une victime mineure (71% en présence d'une seule victime mineure, 42,9% en cas de pluralité de victimes mineures).

En revanche, alors même que le passé pénal pèse lourd et parfois très lourd dans la balance des magistrats lorsqu'ils se prononcent sur la peine<sup>523</sup>, dès lors que les antécédents constituent un « *indicateur d'ancrage dans la délinquance et d'insoumission à l'intervention de la justice* »<sup>524</sup>, ce n'est pas le cas s'agissant du recours à l'injonction de soin. La présence d'une récidive légale ne joue pas davantage que le nombre de victimes. En effet, 40,9% des récidivistes ont été visés par une injonction de soin, 62,3% des condamnés en l'absence d'une telle circonstance aggravante. En matière criminelle autant que correctionnelle, il n'y a pas plus de corrélations avec le nombre d'antécédents (65,6% de ceux sans antécédents, 54% de ceux ayant plusieurs antécédents), y compris en présence d'antécédents de nature sexuelle (63,6% en l'absence d'antécédents de ce type, 40% en présence de plusieurs antécédents de cette nature). Plusieurs magistrats ont pourtant énoncé ce critère en entretien, ainsi que des CPIP, même si ces derniers ne sont pas unanimes sur ce point. Certains considèrent en effet que la nature des faits l'emporte sur les antécédents judiciaires, ce que nos données tendent à confirmer.

<sup>523</sup> Gautron V., Rétière J.-N., « Des destinées judiciaires pénalement et socialement marquées », in Danet J. (dir.), *La réponse pénale. Dix ans de traitement des délits*, Rennes, PUR, 2013, 211-251.

<sup>524</sup> Vanhamme F., Beyens K. « La recherche en sentencing : un survol contextualisé », *Déviance et Société*, 2007, vol. 31, n° 2, 199-228.

« C'est ce qu'on a dans le dossier, c'est la nature des faits évidemment. C'est vraiment quelque chose de primordial. La nature des faits qui viennent d'être commis, souvent de nature criminelle mais aussi, on peut remonter assez loin. La lecture d'un casier judiciaire par exemple va nous enseigner beaucoup de choses hein. Des faits de violence, pas des faits de violence crapuleuse, mais des faits de violence sur mineur de 15 ans, des faits de violence sur ascendant, des faits de violence habituels, destruction du bien d'autrui par des moyens dangereux pour les personnes : quelqu'un qui aime bien mettre le feu. Tout ça, c'est des choses très particulières. On sait un peu s'alerter et se dire « tiens, c'est quand même un profil... » et c'est pas si étonnant que ça qu'on en arrive à cette... à ce résultat criminel, parce que on peut jamais prédire ce qui va se passer mais pour nous, en quelque sorte, on a une forme de... on n'est pas étonné quand on lit un B1 » (Magistrat du parquet).

« Pour des gens souvent, qui sont en récidive, c'est-à-dire pour lequel, première condamnation, on s'est orienté vers un sursis avec mise à l'épreuve avec une obligation de soins et on a constaté de nouveaux passages à l'acte : deuxième condamnation, voire plus, en récidive souvent où là on se dit, il faut donner ce cadre plus contraignant et s'assurer que l'obligation de soins, c'est pas simplement être allé voir son médecin une fois de temps en temps et d'apporter un petit justificatif au SPIP. Alors ça, on le voit, y a le casier judiciaire, et les faits et la dangerosité objective, qui ressortent de l'expertise » (Magistrat du siège).

« Je pense que c'est des gens... souvent les récidives, les très grosses affaires, enfin quand il y a des condamnations lourdes, les récidives » (CPIP).

« D'abord quel est le crime, si la personne a déjà commis des faits similaires, ou si elle a déjà été condamnée pour d'autres motifs mais du coup, on a l'impression que c'est une ascension délinquante [...]. Si la personne a déjà été condamnée quand elle était mineure. [...] C'est pour ce type de public. Pour des gens qui ont pas eu de repères vis-à-vis de l'enfance et puis qui sont montés en puissance au niveau de la délinquance, et puis qui finissent par passer à l'acte au niveau... sur le plan sexuel mais qui avant, y avait quand même des... des passages à l'acte autres, qui auraient pu permettre d'alerter, si tant est que c'était possible de voir ce genre de... » (CPIP).

« Après je pense que les magistrats, ils prennent ces éléments-là en compte, et puis le casier et quand même tout ce qui est passage à l'acte. Ils sont quand même assez sensibles en général aux risques de récidive. Enfin, les critères classiques quoi » (CPIP).

« La gravité des faits, ça c'est sûr. J'allais dire la récidive mais y en a... y a pas de récidive, y a même pas, enfin, y a quand même injonction de soin. [Vous avez évoqué la récidive mais même en l'absence de récidive, est-ce que les antécédents judiciaires constituent selon vous, enfin, selon vous, un élément important du magistrat pour prononcer l'injonction ?] Non, je crois pas » (CPIP).

« [Est-ce que le passé pénal des auteurs intervient également ?] Ben on pourrait espérer que ça soit pris en compte oui. Entre une première affaire, et le fait qu'il y en ait eu plusieurs antérieurement, mais on peut aussi penser qu'une seule affaire grave justifie effectivement d'un suivi socio-judiciaire et d'une injonction » (CPIP).

Si la taille de notre échantillon ne permet pas de valider cette hypothèse, on peut toutefois se demander s'il n'y aurait pas une quasi-systématicité de l'injonction en cas de viols ou d'agressions sexuelles, la prise en compte d'autres éléments tenant à la personnalité ou aux antécédents intervenant seulement pour d'autres types de passages à l'acte, pour lesquels une injonction n'est pas nécessairement envisagée en première intention.

« [Quels sont selon vous les critères qui vont justifier le prononcé d'une injonction de soin par le magistrat ?] C'est pour des faits euh... euh, quand même qui sont importants. Euh, aussi je pense par rapport aux expertises qui ont pu être faites avant le procès ou pas. Si on sent qu'il y a... - le gros mot en ce moment – récidive possible, là c'est clair, il y a une injonction de soin. S'il y a une récidive, il y aura une injonction de soin, pour bien assurer le coup, je répète, sur des faits qui sont quand même importants. Quoique là, j'ai un SSJ avec une injonction de soin. C'est la seule obligation qu'il a d'ailleurs, pour des faits de violences sur conjoint. Alors, on peut se poser la question : violences sur conjoint, il est passé en SSJ directement, avec une injonction de soin. C'est parce que c'est une personnalité particulière, qu'il est en récidive et c'était des faits de violence importants. On se dit pourquoi. Des SME avec violences sur conjoint, j'en ai plein, en SME avec obligation de soins. Pourquoi lui il est passé en SSJ avec injonction de soin ? Parce que la personnalité faisait que il fallait mettre en place une injonction de soin. Les faits étaient

*quand même importants. Enfin voilà, c'est pas juste une gifle. C'était, c'était très important. D'où cette injonction de soin pour bien assurer le coup, pour des faits qui sont quand même... Le magistrat aussi assure ses arrières avec cette injonction de soin » (CPIP).*

## B- L'influence de la reconnaissance des faits

Analyser l'influence de cette variable suppose de préciser au préalable que parmi nos condamnés, 41 ont reconnu les faits totalement à un moment ou à un autre en amont du jugement, même s'ils ont pu nier dans les tous premiers temps (en garde à vue, lors d'une première expertise, etc.). 28 les ont reconnus au moins partiellement, tandis que 15 d'entre eux ont nié l'infraction durant toute la phase pré-sentencielle. L'information nous fait toutefois défaut dans 15 dossiers faute d'expertises pré-sentencielles, d'enquêtes sociales ou d'autres pièces judiciaires le précisant.

Reconnaissance des faits en amont du jugement

	Effectifs	Fréquence
Non-réponse	15	15,2%
Reconnaissance totale	41	41,4%
Reconnaissance partielle	28	28,3%
Négation des faits	15	15,2%
Total	99	100,0%

La nature des infractions commises, qui constitue une variable centrale parmi les critères décisionnels des magistrats, n'étant pas non plus sans lien avec la reconnaissance des faits, il convient d'ajouter que les auteurs d'infractions à caractère sexuel sur mineurs ont bien plus fréquemment reconnu totalement les faits (51,8%) que ceux qui ont agressé des majeurs (29%). Ces derniers ont bien plus souvent nié (22,6% contre 12,5%) ou reconnu partiellement ceux-ci (38,7% contre 25%). Parmi les condamnés dont les victimes étaient mineures, ceux en position d'ascendant ou d'autorité ont néanmoins bien plus souvent nié (20% contre 8,3% en l'absence de cette circonstance aggravante) ou reconnu partiellement l'infraction (33,1% contre 11,1%), ce qui les rapproche des délinquants sexuels sur majeurs même s'ils ont plus souvent avoué la totalité des faits (63,9% contre 40% des délinquants sexuels dont les victimes étaient majeures). Parmi eux, ce sont les beaux-pères qui se sont maintenus dans la négation en amont du jugement (50%, contre 9,1% des pères, 11,5% des auteurs inconnus). 12,5% seulement ont reconnu totalement l'infraction, contre 45,5% des pères et 61,5% des auteurs inconnus de leur victime. En présence de victimes majeures, ce sont les conjoints ou anciens conjoints qui ont le moins souvent reconnu les faits (14,3%, 50% reconnaissant partiellement, 21,4% niant l'infraction).

La négation des faits fut également d'autant plus fréquente que les auteurs étaient de grands habitués du système pénal. En effet, 28% de ceux dont le B1 du casier comportait trois mentions ou plus ont nié la commission de l'infraction en amont du jugement, contre 12,5% de ceux sans le moindre antécédent judiciaire. Il n'est dès lors pas étonnant de retrouver plus fréquemment ce positionnement parmi ceux déjà condamnés par le passé à un emprisonnement ferme (21,2% niaient, contre 11,5% de ceux jamais condamnés à un emprisonnement ferme, 45,5% de ceux ayant été condamnés au moins trois fois à ce type de peine). Il ne s'agissait pas particulièrement de ceux ayant des antécédents de violences sexuelles (13,8% d'entre eux ont nié), mais plutôt de violences (33,3%), d'infractions non violentes (40%) ou des atteintes aux biens avec violence (42,9%).

Tout autant que les autres professionnels interrogés, les magistrats interprètent avec précaution le sens de la reconnaissance ou au contraire de la négation des faits (v. *supra*). Si les avis des CPIP et des personnels de santé divergent fortement quant à l'incidence de cette variable parmi les critères décisionnels des magistrats, ces derniers ont plutôt eu tendance à écarter en entretien son influence sur le prononcé de l'injonction, même si elle ne serait pas toujours sans effet sur la peine prononcée.

« Sur le suivi socio-judiciaire non. Sur la peine oui, parce que le problème, lorsque la personne ne reconnaît pas les faits, c'est que si on n'a pas énormément de faits à charge, il y a toujours un aléa sur l'issue de la procédure. Et cet aléa, ça augmente quand même le traumatisme de la victime et cela, on ne peut pas ne pas en tenir compte dans la définition de la peine. En revanche et depuis longtemps, et quelle que soit la nature des faits, si une personne n'a pas reconnu les faits, ça ne lui ferme pas la voie du SME, ça ne lui ferme pas la voie des sanctions pour lesquelles finalement il est demandé à la personne, mais il est aussi demandé à la justice de travailler. Y a un travail qui est accompli avec le condamné donc non, c'est pas... c'est plus sur le quantum de la peine » (Magistrat du siège).

« Je dirais que les injonctions... je différencierais plutôt... il faudrait que je regarde mes dossiers mais sur les durées. [...] Pour les personnes qui reconnaissent les faits, je trouve que les injonctions de soins sont plus courtes » (Psychologue, SMPR).

« [Sur les critères décisionnels, vous pensez que la reconnaissance des faits par exemple, c'est des choses qui entrent en considération ?] Je suis pas sûre non » (CPIP).

« [Et le positionnement de l'auteur par rapport aux faits, selon qu'il y ait une reconnaissance partielle, totale ou un déni, est-ce que vous avez l'impression que c'est quelque chose qui peut intervenir dans la décision des magistrats ?] Dès qu'il y a un déni de toute façon oui, on va sur l'injonction de soin. Et quand les gens reconnaissent, oui, même. Je crois que... enfin, quand il y a un déni, c'est sûr que ça va être une injonction de soin, mais même quand les gens reconnaissent, on est très facilement sur l'injonction de soin » (CPIP).

« [Est-ce que le fait qu'il y ait une reconnaissance, ou pas, intervient dans la décision du magistrat de prononcer une injonction de soin ?] Ben je pense oui, parce que s'il reconnaît pas les faits, le risque de récidive est d'autant plus important puisque c'est pas... « j'ai rien fait, y a pas de souci ». C'est vrai que sur un questionnaire de l'individu par rapport à un acte posé, est posé en tant que tel, mais pour lui, il a rien fait, vraiment, c'est sûr que l'injonction de soin, permettra peut-être d'obliger justement, l'intéressé à mettre en place des soins, puisqu'il sera contrôlé par rapport à ça et éventuellement effectuer un travail sur les faits » (CPIP).

En pratique, une injonction a pourtant été plus fréquemment prononcée à l'encontre des condamnés de notre échantillon qui reconnaissaient totalement les faits (63,4%, contre 53,6% en cas de reconnaissance partielle, 46,7% en cas de négation). Ceux qui niaient ont également moins souvent fait l'objet d'une simple obligation de soin (6,7% contre 17,1% en cas de reconnaissance totale, 17,9% en cas de reconnaissance partielle). Malgré l'incompréhension de certains magistrats au sujet de l'absence de recommandation de soin par les experts en cas de déni (v. *supra*), ceux-ci semblent donc tenir compte des contre-indications généralement admises dans le champ médical (v. *supra*). Ceci étant, cette observation vaut uniquement pour les affaires criminelles, dans lesquelles ceux qui ont nié ont presque deux fois moins souvent fait l'objet d'une injonction de soin (44,4% contre 83,3% en cas de reconnaissance totale, 71,4% en cas de reconnaissance partielle). En revanche, on ne constate pas de différences entre les « négateurs » et ceux ayant avoué en matière délictuelle (47,8% en cas de reconnaissance totale, 50% en cas de négation).

### C- L'influence des critères tenant à la personnalité du condamné

À l'exception de la nature et de la gravité des faits, de nombreux professionnels interrogés se sont trouvés bien en peine au moment d'indiquer les critères mobilisés par les magistrats pour ordonner ou non une injonction de soin.

« [Par rapport aux dossiers que vous suivez, vous arrivez à comprendre ou à voir sur quoi un magistrat va s'appuyer pour prononcer une injonction de soin ?] Honnêtement, non. Après, je sais pas ... Est-ce par rapport... parce qu'on voit que c'est pas pour les crimes les plus odieux, comme une tentative de meurtre. C'est pas un assassinat, c'est pas quelque chose de prémédité qui a été fait sous le coup de la colère. Y a une injonction de soin parce que, pourquoi... parce que je sais pas. Quand on a le dossier, il était alcoolisé (incompréhensible) mais on se pose la question de pourquoi il y a une injonction de soin » (CPIP).

« Moi j'aurais du mal, parce que je sais pas du tout. Je suis pas dans la tête du juge, donc je sais pas trop, pour répondre à votre question. » (Psychiatre, expert, médecin coordonnateur).

« [Et le positionnement de la personne par rapport à la victime ? Ou par rapport aux faits ? Sa reconnaissance des faits, ça peut être un élément qui peut jouer sur la décision du magistrat ?] Ben, je sais pas. La décision, elle est prise avant qu'on les ait, donc en fait, je me suis pas posé la question comme ça » (CPIP).

« J'ai aucune idée. Objectivement je me sens... je suis très loin de la justice. En fait, je m'en rends compte mais je ne sais pas, je sais pas du tout. [Il n'y a pas d'éléments qui permettent de dire, ils vont prononcer la mesure, plutôt pour des délinquants qui s'en prennent à des mineurs ou des récidivistes ?] Non, je n'ai pas d'information. Voilà, je n'ai même pas de représentation » (Psychologue, SMPR).

Ceux qui se sont aventurés à répondre plus précisément ont évoqué des critères multiples et variés, tenant aux addictions et aux troubles psychopathologiques (2), plus rarement des facteurs tenant au milieu social (1). D'autres encore y ont vu le simple résultat de la subjectivité ou de « l'intime conviction du juge ».

« Moi je pense que c'est l'intime conviction du juge qui joue, plus que les faits, plus que les critères, voire même les expertises. Et moi j'étais très, très, très, très surpris que pour des faits à peu près similaires, il y ait eu des différences dans la durée de l'injonction de soin, absolument phénoménales. Mais vraiment je n'ai pas compris [...] Donc j'ai un peu l'impression que c'est au moment où il y a le jugement qu'il se joue. C'est bien, dans les Assises, il se joue des choses particulières, ce qui fait que 1° l'injonction de soin, ils en ont l'intime conviction et la durée... Eh bien, quelquefois, la durée, je suis très étonné des durées très longues ou très courtes, sur des faits pas très éloignés. Ça quelquefois, c'est une grande surprise mais j'ai pas d'arguments, je ne sais pas pourquoi » (Psychiatre, médecin coordonnateur).

### **1- La trajectoire sociale et biographique**

En entretien, rares sont ceux qui ont inclus spontanément parmi les critères décisionnels des magistrats des variables sociodémographiques. Lorsqu'on étudie leur incidence à partir de notre échantillon, il apparaît en premier lieu que la totalité des condamnés mineurs ont fait l'objet d'une injonction de soin, de sorte qu'ils apparaissent comme les plus concernés par cette mesure. Ces chiffres sont toutefois trompeurs. Au niveau national, seuls 7% des mineurs condamnés pour viols en 2010 ont été soumis à un suivi socio judiciaire contre 37% des condamnés majeurs, 1% seulement de ceux condamnés pour délit<sup>525</sup>. Concernant la juridiction étudiée, certains juges des enfants auraient même tendance, selon une psychologue intervenant régulièrement auprès de mineurs, à exclure systématiquement cette mesure pour les plus jeunes.

« Parce que le juge des enfants refuse les injonctions de soins sur [ville de l'étude]. Donc, y en a quelques-uns qui ont des obligations de soins et la PJJ qui est assez sensible, essaie de travailler une demande sans caractère judiciaire. [Et les juges des enfants ils vous ont expliqué ? Ils ont une motivation qui fait qu'ils excluent l'injonction de soin pour les... ?] Alors, moi j'ai eu l'avis que d'une juge qui semble être un avis collégial, mais là, je sais pas. Madame..., pour elle, l'injonction de soin, c'est une peine pour elle qui vient, en plus d'une peine, qui a un caractère de trop pour elle. En tout cas, je l'ai entendue comme ça, et d'une sorte de sur-contrainte, qui pour elle, n'est pas viable pour un adolescent » (Psychologue, SMPR).

Tous les condamnés mineurs de notre échantillon n'ont toutefois pas été condamnés par cette juridiction. Au-delà, il n'est pas improbable que les magistrats de la jeunesse limitent le prononcé d'un SSJ aux cas pour lesquels une injonction de soin leur semble justement absolument essentielle, d'où cette fausse impression d'automatisme. Parmi les majeurs, les plus jeunes (70,4% des 18-30 ans) et, dans une moindre mesure, les plus âgés (62% des 50 ans ou plus), semblent les tranches d'âge les plus concernées par la mesure (contre 48% des 30-40 ans, 44% des 40-50 ans).

<sup>525</sup> Josnin R., *op. cit.*, 2-3.

Concernant la situation sociale, les chômeurs et autres inactifs ont plus souvent été condamnés à une injonction de soin (61,8% contre 52,3% de ceux disposant d'un emploi), du moins en matière délictuelle (52,6% contre 30,8%), cette variable n'étant pas discriminante en présence d'un crime. Ceux qui ont quitté l'école sans diplôme et au plus tard à la fin du collège sont également davantage concernés. S'il ne s'agit pas d'un critère spontanément mis en avant par les magistrats, ceux-ci reconnaissent cependant l'incidence des facteurs sociaux, du moins sur le choix d'un SSJ, pas tant concernant l'injonction de soin.

« [Est-ce que des facteurs sociaux, le fait qu'il ait ou non un logement, qu'il a un travail ou pas, un entourage familial. Est-ce que ça aussi, ça peut rentrer en considération ?] Ça peut mais ça forme souvent un tout mais je pense que c'est des éléments moins prégnants, parce que, une obligation de travail ou de formation, euh... on va pouvoir la mettre dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve. Et là, elle sera ni plus, ni moins suivie que si on la rajoute à un suivi socio-judiciaire, avec injonction de soin, auquel on peut rajouter de toute façon, toutes ou partie des obligations du SME. Donc, j'allais dire que la plus-value, elle est pas tant sur les autres obligations qu'on pourrait fixer, dans le cadre d'un SME que vraiment sur le distinguo, obligation de soins/injonction de soin » (Magistrat du siège).

« [Au-delà des troubles que vous évoquez, des antécédents des faits, est-ce que sa situation sociale, de façon générale, ça aussi ça peut peser sur le choix d'une injonction de soin ?] Ça va peser, ça va dépendre du milieu » (Magistrat du parquet).

« [Le diplôme, l'insertion professionnelle, ça peut être aussi des éléments ?] J'essaie de réfléchir parce que bon, j'ai le... en tête, le cas d'un père diplômé, sur ses filles, etc., etc., qui lui-même reproduisait une forme de relation incestuelle qu'il avait eue avec sa mère, ou plutôt que sa mère avait eue avec lui. On n'avait pas mis le suivi socio-judiciaire. En revanche, c'est vrai que la sanction, on avait eu un gros débat et la sanction était quand même assez élevée, en termes d'emprisonnement ferme, avec une partie non aménageable, pour des faits anciens, une personne plus qu'intégrée et un SME quand même derrière. Mais c'est vrai que je me souviens pas... c'est vrai aussi que je fais que des procédures délictuelles mais je me souviens pas dans ces cas-là, avoir mis des suivis socio-judiciaires, parce que justement déjà, le fait que la société l'ait déclaré coupable, le fait qu'il y ait une partie ferme et le sursis avec mise à l'épreuve apparaissait, vu son niveau social comme suffisant. Effectivement, ça rentre en ligne de compte, pour pas être malhonnête, oui » (Magistrat du siège).

Toutefois, selon un psychologue interrogé, une situation socio-professionnelle particulièrement favorable jouerait parfois en défaveur du condamné. En l'absence de marginalisation sociale, son passage à l'acte ne pourrait dès lors s'expliquer, dans l'esprit des acteurs judiciaires, que par des troubles psychopathologiques.

« Je pense aussi, que quand les personnes elles sont situées comme faisant partie d'une catégorie socioprofessionnelle assez élevée, aisée qui va... ça je sais pas trop mais j'allais dire, qui va de pair avec, des fois il a une certaine intelligence, je pense que là, les magistrats ils vont vers une injonction de soin (rire). Je pense qu'il y a des choses qui sont aussi repérées, du côté des statuts sociaux. [Parce qu'ils se disent que ça va le faire là ?] Alors, pas forcément. Ça c'est le côté on va dire, positif. Le petit côté comme ça, c'est que lui, il est tellement malin qu'il est dans la manipulation... Que c'est vraiment un pervers (rire). Et dans ce registre-là, parce que dans la façon de parler, je pense qu'il y a une méfiance aussi de ce qui est situé comme une intelligence chez certaines personnes et c'est ça qui, comment dire, va être compliqué. Parce que chez les AVS, alors là, c'est toutes catégories socioprofessionnelles confondues et c'est l'étonnement « mais comment se fait-il que cette personne-là, ultra insérée, une telle profession, connue sur... ait pu se livrer à des actes aussi odieux ? ». [Y a forcément un problème pathologique ?] Voilà. Donc y a une double personnalité forcément, donc y a celle qu'on voit et celle qu'on voit pas et comme celle qu'on ne voit pas, on va mettre, pour s'assurer... Y a aussi ces aspects-là » (Psychologue, SMPR).

Par ailleurs, les magistrats ne semblent pas indifférents à la trajectoire biographique des condamnés, dès lors qu'une injonction fut plus souvent ordonnée en présence de traumatismes vécus dans l'enfance.

« Les éléments aussi de... qui ressortent de l'expertise, à savoir, est-ce qu'elle-même a été victime dans son enfance ou si elle a eu une enfance plutôt déstructurée, maltraitante. Tout ça, je pense, c'est pris en compte. Quel est son environnement actuel, s'il a une situation plutôt stable ou pas stable, sur le plan affectif et sur le plan professionnel et social. Tous ces éléments je pense. J'en oublie certainement. [...] C'est pour ce

*type de public. Pour des gens qui ont pas eu de repères vis-à-vis de l'enfance et puis qui sont montés en puissance au niveau de la délinquance, et puis qui finissent par passer à l'acte au niveau... sur le plan sexuel mais qui avant, y avait quand même des... des passages à l'acte autres » (CPIP).*

Autant devant la cour d'Assises qu'au tribunal correctionnel, que les victimes soient mineures ou majeures, ceux pour lesquels les experts ont souligné l'absence de difficultés d'ordre familial dans l'enfance ont moins souvent été visés par la mesure (45,8%, contre 62,5% en présence de violences parentales, 72,7% de violences conjugales sur la mère, 70,6% en cas d'alcoolisme parental, 58,3% en cas de placement en foyer ou famille d'accueil, 62,5% en cas de parent inconnu, 76,9% de parent décédé). En revanche, le fait d'avoir été victime d'un abus sexuel dans l'enfance n'apparaît pas discriminant (58,1% contre 57,8% en l'absence d'abus)<sup>526</sup>. Le prononcé d'une injonction de soin semble également moins fréquent lorsqu'un expert évoque l'absence de difficultés scolaires, voire une bonne aptitude scolaire (50%), qu'en cas d'illettrisme (100%), de problèmes disciplinaires à l'école (73,3%), d'absentéisme (63,6%), de déscolarisation avant 16 ans (66,7%). En revanche, ce n'est pas le cas dans l'hypothèse d'une scolarisation en établissement spécialisé (56,5%).

## **2- Les troubles psychopathologiques et les addictions**

### **a- Les addictions**

Bien que ce critère soit apparu à plusieurs reprises à l'occasion de nos entretiens, notre échantillon tend au contraire à démontrer que l'injonction de soin n'est pas perçue par les magistrats comme un instrument privilégié en cas d'addiction, du moins dans l'hypothèse d'un alcoolisme.

*« Je pense que c'est des gens... souvent les récidives, les très grosses affaires, enfin quand il y a des condamnations lourdes, les récidives, et puis effectivement, les gens plus fragiles, parce qu'il y a une problématique autre. D'alcool par exemple. Plutôt d'alcool, parce que chez les agresseurs sexuels, c'est plus l'alcool que le cannabis. C'est plutôt ça. Oui, c'est plutôt ces profils-là » (CPIP).*

*« Moi j'ai l'impression qu'en fonction des actes, notamment de la récidive euh... des addictions, quand il y a des... j'ai l'impression que les juges sont beaucoup plus enclins à peser sur l'injonction de soin en disant « ça serait bien qu'il l'ait » » (Psychiatre, médecin coordonnateur).*

Au stade de la condamnation, une injonction de soin fut plus rarement ordonnée à l'encontre de ceux considérés comme alcooliques (47,5%, contre 64,7% en l'absence d'addiction). En revanche, ce n'est pas le cas en présence d'un abus de drogues ou d'une toxicomanie, particulièrement lorsqu'il s'agit de drogues autres que le cannabis (75%, 69,2% en présence d'une d'addiction au cannabis). Toutefois, il convient de rappeler qu'ils présentent un profil bien différent des premiers (v. *supra*) et qu'il nous est dès lors impossible de hiérarchiser la force des différents facteurs en cause.

### **b- Les problématiques psychopathologiques**

La présence de troubles psychiatriques et/ou de la personnalité fut régulièrement citée par nos interlocuteurs parmi la liste des critères décisionnels des magistrats.

*« Si les experts me disent [qu'] il est devenu psychotique en détention, parce que l'accumulation de produits pendant tant d'années a fait que, et que les experts disent « de toute façon, maintenant ça sera toujours un problème. C'est des maladies non évolutives, non curables. Il faudra toujours du soin », qu'est-ce que vous voulez que je dise ? Je vais pas pouvoir discuter là-dessus. Je vais requérir évidemment l'injonction de soin, si elle est possible avec un suivi, ça c'est sûr » (Magistrat du parquet).*

*« On le fait pour des personnes qui sont clairement dangereuses et pour qui on met une partie d'emprisonnement ferme. Mais on le met également dans certains cas, lorsque la personne a vraiment des troubles psychiatriques avérés et qu'on prononce le suivi socio-judiciaire, sans mettre de peine*

<sup>526</sup> En matière criminelle, une injonction de soin apparaît même un peu plus souvent en l'absence d'abus sexuel dans l'enfance (75,9% contre 66,7%).

*d'emprisonnement principale à côté. En tant que sanction du non-respect, ok, mais pas en tant que peine principale. [...] C'est vrai que ce sont vraiment des personnes dont on se demande si, hors d'un suivi, elles ne vont pas nécessairement récidiver, parce qu'elles sont vraiment une structure de personnalité... je peux pas dire si elles sont malades. Moi je sais pas ce que c'est qu'un pédophile. Quand on voit quelqu'un dans un dossier qui est outré parce que La Redoute est en vente libre et qu'il y a des enfants en sous-vêtements, on comprend qu'il est pédophile. Maintenant, maladie ou pas maladie, j'en ne sais rien, mais c'est suivi obligatoire. Je veux dire ça, c'est un cas typique » (Magistrat du siège).*

*« C'est pas un juge de la juridiction de [Ville de l'étude], c'est un juge du sud et qui a dû se dire « il est allé en HO plusieurs fois, enfin HP HO d'ailleurs, donc on va assurer le coup, on va mettre une injonction de soin [...] Je peux pas me mettre à la place du juge qui décide d'une injonction de soin, mais moi j'ai l'impression que c'est plus par rapport à... au risque de récidive et à la personnalité, éventuellement psychopathique ou antisociale de l'intéressé » (CPIP).*

*« Moi je me situe côté psycho, j'ai moins à faire aux pathologies psychiatriques avérées, franches ou parfois, c'est en complément d'un travail avec un psychiatre mais je dirais, autrement pour les personnes qui auraient des troubles psychiatriques avérés... » (Psychologue, SMPR).*

On constate effectivement un recours différencié à l'injonction de soin selon le type de pathologies et/ou troubles de la personnalité identifiés par les experts. Si la mesure ne fut pas plus fréquemment prononcée qu'en moyenne s'agissant de ceux qualifiés de « pervers » (52,2% contre 57,6% en moyenne), ceux présentés comme « pédophiles » (65,7%) et « psychopathes » (66,7%) ont un peu plus souvent été visés, à l'inverse des « névrotiques » (41,2%) ou « états-limites » (45,5%) qui sont sous-représentés. Si la moitié des « psychotiques » a fait l'objet d'une injonction au stade du jugement, leur situation présente quelques spécificités qu'il convient de détailler. S'ils n'ont pas subi les peines d'emprisonnement les plus lourdes<sup>527</sup>, en matière criminelle autant que délictuelle, il n'en va pas de même quant à la durée du SSJ prononcé, et partant quant à la durée des soins qui devront être engagés. En effet, 37,5% des « psychotiques » ont été condamnés à un SSJ de dix ans ou plus, contre 23,9% des « pervers », 14,3% des « pédophiles », 20,8% des « psychopathes », 11,8% des « névrotiques », 18,2% des « états-limites ». Alors même que de nombreux praticiens notent l'inadéquation du dispositif pour ce type de public (v. *supra*), ce sont donc ceux qui font l'objet des contrôles les plus longs et les plus poussés, ceci corroborant l'hypothèse suivant laquelle ces malades subiraient une double présomption de dangerosité<sup>528</sup>. En revanche, la peine encourue en cas de manquement n'apparaît pas plus conséquente<sup>529</sup>. Le même constat prévaut concernant les condamnés au sujet desquels les experts ont retenu une altération du discernement, mais ceci n'est pas sans lien avec la présence de pathologies psychotiques. Si les injonctions de soins ne sont alors pas plus fréquentes<sup>530</sup> et les peines privatives de liberté globalement plus courtes<sup>531</sup>, la durée du SSJ apparaît un plus longue en cas d'altération (20,5% de dix ans ou plus contre 15,2% en l'absence d'altération). En revanche, la peine encourue en cas de manquement est moindre (64,7% de moins de 3 ans, contre 43,5% en l'absence d'altération).

En outre, malgré les doutes de quelques personnels de santé sur l'intérêt d'une injonction dans une telle situation, les condamnés affectés par des déficiences intellectuelles ont plus souvent été visés par une injonction de soin au stade du jugement (75%) que ceux dont l'intelligence a été située dans les limites de la normale (59,6%) ou estimée faible (56,7%). Enfin, alors qu'il s'agit pour les thérapeutes du critère qui devrait au contraire prédominer dans la sélection du public relevant d'une telle mesure, peu de praticiens évoquent parmi les critères décisionnels des magistrats le positionnement du condamné vis-à-vis des soins, soins qu'ils ont bien souvent entamé dès la détention provisoire ou éventuellement à l'occasion d'une précédente condamnation.

<sup>527</sup> 25% ont été condamné à 10 ans ou plus, contre 37% des pervers, 37,1% des pédophiles, 16,7% des psychopathes, 17,6% des névrotiques, 27,3% des états-limites.

<sup>528</sup> Gautron V., « Les mesures de sûreté et la question de la dangerosité : la place des soins pénalement ordonnés », *op. cit.*

<sup>529</sup> 35% supérieures ou égales à trois ans en cas de psychose, 39,2% en cas de perversion, 42,8% en cas de pédophilie, 37,5% en cas de psychopathie, 35,3% en cas de névrose, 27,3% en cas d'état-limite.

<sup>530</sup> 52,9%, contre 58,7% en l'absence d'altération dans les dossiers comprenant des expertises pré-sentencielles.

<sup>531</sup> 20,6% ont été condamnés à moins de trois ans (contre 13% en cas de pleine responsabilité), 52,9% à cinq ans ou plus (contre 63%).

*« Si on sent effectivement, que l'intéressé a suivi l'obligation de soins [en cas de prononcé antérieur], mais de façon très très light, entre guillemets, euh... euh, qui a pas mis d'investissement, on est... enfin, moi en tout cas, je suis pas... j'ai plutôt tendance à aller vers une l'injonction de soin, pour avoir un cadre, justement plus contraignant » (Magistrat du siège).*

*« [Dès sa détention provisoire, quand on a des éléments, montrant qu'il a commencé des soins, sans attendre la peine ? C'est perçu positivement ?] Oui, oui. Oui, à condition que ça soit pas simplement des soins engagés, pour les besoins de la cause. Et dans certains dossiers on le ressent comme ça. Y en a 8 sur 10 qui viennent avec leur petit papier, en disant qu'ils voient régulièrement quelqu'un au SMPR. Y a ceux qui sont vraiment dans une démarche de soins et puis y a ceux où, voilà... évidemment, quand ça a commencé 15 jours avant l'audience, (rire) déjà... on apprécie différemment. Alors que quelqu'un qui a engagé des soins déjà, c'est plus favorable. Ça montre que... [...] Alors, on sait aussi, et ça il faut en tenir compte, que entre le moment où le détenu demande à être reçu par le SMPR et le moment du premier rendez-vous, y a des semaines, voire quelquefois plusieurs mois qui peuvent s'écouler. Donc ça, il faut en tenir compte. C'est pas forcément du tout de la faute du détenu. [Imaginons une situation où l'expert, les éléments que vous évoquiez, montrent qu'on a un détenu en détention provisoire, qui est très investi dans les soins, est-ce que ça amènerait pas à se dire « mais une injonction de soin sera peut-être pas utile puisque de lui-même il le fait et il en ressent le bénéfice » ?] Oui. À profil égal on va dire, quelqu'un dont on sent un vrai investissement euh... euh... je pense qu'on s'orientera plus facilement vers un sursis avec mise à l'épreuve et l'obligation de soins. En disant y a une démarche qui est déjà amorcée. Ça a l'air sincère et ça a l'air véritable. Il ne parle pas de la pluie et du beau temps quand il va rencontrer le médecin. Parce que quelquefois, on les questionne un petit peu plus en disant « vous parlez de quoi avec le psychologue ? ». La plupart du temps, ils sont incapables de vous dire. C'est des... des gens hyper violents euh... ils parlent de leurs projets à la sortie de détention, mais pas du tout des violences. On se dit « là, y a un problème. Y a un décalage » (Magistrat du siège).*

## **D- L'influence de l'évaluation de la dangerosité et de la recommandation expertale de soin**

La recommandation de soin apparaît tellement fréquente dans les expertises qu'elle n'a jamais été évoquée par les professionnels au titre des critères décisionnels des magistrats. Son influence ne transparait pas davantage à la lecture des dossiers. En présence d'une expertise défavorable à une injonction de soin, cette mesure a néanmoins été prononcée dans 75% des cas, ce qui supposait toutefois la présence d'au moins une autre expertise concluant à la possibilité d'un traitement. En présence d'au moins une expertise favorable, une injonction de soin a été prononcée au stade du jugement environ six fois sur dix (60,7%).

*« Il y a aussi des pervers qui sont pas soignables hein et qui ont quand même des injonctions, des obligations. Du coup, ça m'est arrivé de les rencontrer. [Quand vous dites « plusieurs fois, dans des expertises, j'ai vu que l'expert ne recommandait pas de soins », mais y a quand même une injonction qui a été prononcée ?] Oui, bien sûr » (Psychologue, CMP).*

En revanche, le critère de la dangerosité ou des risques de récidive fut évoquée à de très nombreuses reprises, tant par les magistrats eux-mêmes que par les autres praticiens interrogés sur les pratiques décisionnelles des premiers.

*« Le risque de récidive. C'est euh... c'est le maître-mot. Voilà, ce qui est totalement aberrant là encore, parce que c'est pas prédictible. En tout cas, on n'a pas encore les outils, même si on y travaille mais c'est cette espèce de... Voilà, ils sont focalisés là-dessus : s'il y a un risque de récidive, il va y avoir une injonction de soin. Si y en n'a pas, n'y aura pas d'injonction de soin » (Psychologue, expert).*

*« L'un des critères, c'est la dangerosité potentielle de l'intéressé et le risque de nouveaux passages à l'acte » (Magistrat du siège).*

*« On le fait pour des personnes qui sont clairement dangereuses et pour qui on met une partie d'emprisonnement ferme » (Magistrat du siège).*

*« Un expert qui dit qu'il y a un risque de récidive avéré, j'ai pas vu un juge qui prononçait pas une surveillance judiciaire. Parce que du coup, il se dit « Ouuh la la, risque de récidive, il se trouve dans la*

*nature. On va le mettre sous surveillance judiciaire, au cas où. À part quand les expertises sont contradictoires, là y a peut-être plus de marge d'appréciation mais vraiment, un expert qui dit qu'il y a un risque de récidive avéré, le juge va le suivre » (CPIP).*

*« Après je pense que les magistrats, ils prennent ces éléments-là en compte, et puis le casier et quand même tout ce qui est passage à l'acte. Ils sont quand même assez sensibles en général aux risques de récidive. Enfin, les critères classiques quoi » (CPIP).*

*« Si on sent qu'il y a... — le gros mot en ce moment — récidive possible, là c'est clair, il y a une injonction de soin » (CPIP).*

*« Et là, je pense essentiellement sur ce qui relèverait effectivement d'une dangerosité et non plus d'une clinique, c'est-à-dire que l'injonction de soin, je le disais tout à l'heure, pour moi, elle est basée sur ça, sur cette nécessité clinique à amener quelqu'un à s'engager dans un soin et c'est pas sur la question de la dangerosité criminologique ou... et je pense que c'est souvent le cas » (Psychiatre, SMPR).*

Malgré les propos recueillis en entretien, les pronostics des experts ne semblent pas particulièrement corrélés à la décision de prononcer une injonction. Étonnamment, cette mesure a plus souvent été retenue en présence d'une expertise pré-sentencielle écartant tout risque (75% des cas), mentionnant un risque faible (50%) ou sans précision de degré (50,9%), qu'en présence d'une expertise évoquant un risque élevé ou très élevé (41,7%), étant néanmoins rappelé qu'un même dossier peut contenir des expertises contradictoires sur ce point. Par ailleurs, au-delà des conclusions de l'expert, les magistrats ont leurs propres représentations de la dangerosité, souvent déduites des faits eux-mêmes.

*« L'un des critères, c'est la dangerosité potentielle de l'intéressé et le risque de nouveaux passages à l'acte. C'est pour ça que je pense que la majeure partie des injonctions de soins qui sont ordonnées le sont, alors d'une part, plus en matière d'agression sexuelle ou de viol, que de violences, même si le suivi socio-judiciaire a été bien étendu au fil... au fil du temps » (Magistrat du siège).*

Toutefois, si les conclusions des experts n'ont pas d'incidence en matière criminelle, les choses sont moins claires en matière délictuelle. Devant les tribunaux correctionnels, aucune injonction de soin n'a été prononcée à l'audience (mais une simple obligation dans la totalité des cas) en présence d'une exclusion de risque par au moins un expert (contre 33,3% en présence d'un risque présenté comme faible, 45,2% sans précision de degré, 37,5% élevé ou très élevé).

### **§3- L'inadéquation du prononcé de l'injonction de soin lors du jugement : une temporalité contestée**

Le prononcé de l'injonction au jour de la condamnation est loin de faire consensus parmi les professionnels interrogés. Plusieurs thérapeutes reconnaissent que cette anticipation facilite, du fait de l'incitation en détention, l'engagement précoce dans une thérapie. Durant l'incarcération, la plupart entament effectivement des soins (v. *infra*), qui s'étaleront pour un près d'un quart d'entre eux sur une durée égale ou supérieure à 10 ans.

*« Je reconnais volontiers que la question du temps... je sais pas. Je répondrai quand même aussi que il y a la possibilité de rapidement travailler... C'est vrai que quand on prononce une injonction au moment du procès, et alors que les gens vont être là, pour certains, condamnés avec des possibilités de soins. On ne questionne pas, on met sous cloche, un temps long, qui pourrait être un temps de travail, qui doit se faire et qui peut se faire. Et on présuppose que les gens ont encore besoin de soins, ce qui, pour une partie est vrai » (Psychiatre, SMPR).*

*« Du coup, les juridictions, quand elles prononcent, ça permet aussi à certaines personnes, à un moment donné, de se trouver confrontées à ça et d'essayer de situer, que là y a vraiment un problème sur un plan personnel et donc, dès la détention, ce qui permet aussi l'incitation, etc... » (Psychologue, SMPR).*

Les professionnels contestent cependant l'enfermement de l'injonction dans le cadre temporel prévu pour le suivi socio-judiciaire dans son ensemble. Au terme de longues peines, accompagnées d'une toute

aussi longue prise en charge thérapeutique, la poursuite de soins pendant 10 ans sinon davantage concerne 15% des condamnés de notre échantillon (v. *supra*). Nombre de professionnels demeurent dubitatifs quant à la pertinence et la possibilité de soins étalés sur plusieurs décennies, dont les effets pratiques et les limites seront analysés plus en détail dans la seconde partie de ce rapport (v. *infra*). Pour le sujet qui nous occupe à ce stade, le prononcé de l'injonction par les juridictions de jugement empêcherait de prendre en compte l'évolution des condamnés au fil de ces longues périodes de soins en détention, ce qui tendrait parfois à les décourager, une fois convaincus que leurs efforts en détention sont vains.

*« Après, je sais que c'est extrêmement compliqué, notamment en termes de temporalité d'évaluer ça, parce que les expertises sont effectuées dès le pré-sentenciel. Quelqu'un qui va être condamné aux Assises, pour une peine et éventuellement après semi-liberté, très longue, donc c'est déjà se projeter dix ans plus tard et je pense que là, à mon avis c'est extrêmement difficile » (Psychiatre, SMPR).*

*« Et du côté des expertises, ce que je trouve aussi compliqué, c'est que quand l'injonction de soin elle est déjà prononcée, en fait, après c'est compliqué parce que du coup, dix ans auparavant, on leur a parlé d'un suivi socio-judiciaire avec injonction de soin. Dix ans, quinze ans après, en fait on leur dit « de toute façon, ça fait partie de la condamnation donc on peut pas modifier ». Certains disent « à quoi bon tout ça ? Au fond, le suivi je l'ai fait et puis l'injonction de soin elle est à mettre en place 10 ans, est-ce que ça pourrait être revu ? ». On leur dit aussi de voir aussi les experts, forcément pour leur demande d'aménagement de peine. Quand ils vont voir les experts, du coup ils se disent « peut-être que là il va voir mon évolution. Peut-être que là y aura quelque chose qui sera limité aussi de ce côté-là ». Ben non. Ils ont le sentiment des fois d'un copié-collé. Au fond, « l'injonction de soin, ben elle est maintenue. Ils auraient pu diminuer ». Ils ont le sentiment de ça » (Psychologue, SMPR).*

*« [Est-ce que pour vous, c'est judicieux de la prononcer dès le stade de la condamnation ?] Non. Moi je pense que... c'est un avis hein mais nous quelquefois, on reçoit des justiciables qui ont réellement travaillé, qui ont évolué. On voit bien qu'ils ont compris globalement, ce qui s'était passé, ils ne sont pas dans le déni. Il se dit « j'aurais jamais dû faire ça mais je commence à comprendre pourquoi et je sais à peu près ce qu'il faut faire... », qui ont fait un réel boulot pendant leur incarcération et qui se retrouvent avec des suivis euh... qui ne vont pas avoir d'intérêt, par rapport aux actes commis mais qui vont avoir un intérêt, je dirais, au niveau de les accompagner finalement, dans leur réinsertion, mais qui n'auront plus grand-chose à voir avec les faits qui ont amené l'injonction de soin. Je sais pas si vous voyez. On va dire qu'on met l'injonction pour traiter des actes délictueux. Or, pendant l'incarcération, le traitement a été assez... plutôt efficace on va dire... Je vois à [ville de l'étude], où le SMPR quand même bosse bien et on voit bien que les gens, enfin les détenus, un certain nombre en ont profité et il me semblerait, mais ça c'est un avis, tout à fait judicieux, qu'on tienne compte... qu'une évaluation soit faite au moment où la personne sort de l'incarcération « où est-ce que vous en êtes par rapport à ce que vous avez fait ? Quel suivi ? », qu'en pense le thérapeute qui l'a suivi « moi je pense qu'il y a une réelle évolution ». Pourquoi pas une expertise qui dise « au vu des pièces, on peut penser effectivement qu'elle peut être réduite ». Voyez ce que je veux dire ? Y en a qui sortent avec 20 ans ! Y en a un, je serai en retraite... enfin, il aura pas fini quoi. J'ai pas osé lui dire. Il en a jusqu'en 2032, moi je serai plus là ! [...] Pour moi, de déterminer comme ça, une injonction de soin, au moment des Assises... autant ça peut être une indication de dire « voilà, on pense qu'il faudrait ça », autant je pense qu'il serait tout à fait légitime, que ça soit réévalué de façon plus officielle, parce que quelquefois, on a des justiciables, on se dit... On peut, le juge de l'application des peines accepte qu'on dise « pour nous, y a pas de raisons... ». [...] Voilà, c'est pour ça que pour moi, ce levé de... ce raccourcissement de l'injonction de soin, ne peut se faire qu'au vu d'un réel suivi... Parce qu'il y en a qui ont refusé, ou qui ont fait des suivis complètement aléatoires et donc à ce moment-là, ben non, y a pas eu de suivi, on maintient ce qui a été décidé. Par contre, y en a certains qui ont réellement fait un job, qui ont réellement modifié leur façon d'être au monde qu'on appelle ça, et ceux-là, à mon avis, c'est... on leur fait traîner un boulet, qui peut les invalider dans leur réinsertion. Mais c'est pour ça que moi je serais plutôt partant de dire qu'il y a une indication, qu'on puisse réévaluer » (Psychiatre, médecin coordonnateur).*

*« Après, effectivement, on peut voir des profils qui correspondent mieux à ce que nous, on considère comme devant être les personnes bénéficiant d'un SSJ ou soumis à un SSJ (rire) et puis d'autres où on se dit... on voit pas franchement l'utilité. C'est-à-dire que cette utilité, elle pourrait venir, mais elle est pas première. Y a un autre travail à faire avant et que ce travail, il est peut-être squeezé, parce que justement, on prononce le SSJ trop vite. [Trop vite, c'est-à-dire ?] Je suis toujours très... c'est un de mes vieux dadas, je pense*

*quand même qu'il y a une grosse, grosse lacune dans le SSJ, qui est une mesure que j'apprécie, qui est intéressante, etc. S'il y a une lacune dans le SSJ, c'est qu'on prononce à un moment donné le SSJ, qu'on met en application des années plus tard. Ça veut dire, comment on intègre le parcours de l'intéressé. [...] Le problème c'est qu'ensuite, la personne va avoir un parcours [...] en détention. Et ce parcours-là, quelque part, où est-ce qu'il est pris en compte ? Parce que quand il sort, il peut être pris en compte dans le cadre des RSP, dans le cadre de surveillance judiciaire à la sortie mais quand il sort, on lui dit « monsieur, vous avez dix ans, quinze ans, vingt ans de SSJ. Pourquoi vous avez douze-quinze ans de SSJ ? Parce qu'il y a dix ans, on a estimé que vous en aviez besoin ». Et c'est quelque part, symboliquement, nier tout le parcours que l'intéressé a pu faire depuis. Quand on voit la mesure de surveillance judiciaire, c'est, au moment où il sort, y a un bilan qui est fait, y a une constatation, une évaluation, un diagnostic et on dit « il faut la surveillance judiciaire ». Chacun en pense ce qu'il en veut mais il faut. Dans le cadre du SSJ, on n'est pas là. C'est comme si on repartait à zéro » (CPIP).*

Certes, une procédure de relèvement est juridiquement envisageable. Selon l'article 763-6 du CPP, le condamné peut demander à la juridiction qui a prononcé la condamnation, ou à la chambre de l'instruction en matière criminelle, d'être relevé totalement ou partiellement des obligations et interdictions du SSJ. La demande ne peut être portée devant la juridiction compétente qu'à l'issue d'un délai d'un an à compter de la décision de condamnation. La demande de relèvement est adressée au juge de l'application des peines, qui ordonne une expertise médicale et la transmet à la juridiction compétente avec les conclusions de l'expert ainsi que son avis motivé. Après avis du procureur de la République, le juge de l'application des peines peut également, après audition du condamné et avis du médecin coordonnateur, décider de mettre fin de manière anticipée au suivi socio-judiciaire comportant une injonction de soin, sans qu'il soit nécessaire de saisir la juridiction de jugement, « dès lors qu'il apparaît que le reclassement du condamné est acquis et qu'un traitement n'est plus nécessaire. Le juge peut également décider de ne relever le condamné que d'une partie de ses obligations parmi lesquelles, le cas échéant, l'injonction de soin ».

Pour autant, comme au moment du prononcé de la mesure, l'évitement de toute prise de risque professionnel, tant du côté des JAP, des CPIP que des médecins coordonnateurs, expliquerait en grande partie l'inexistence de décisions en ce sens, sauf de très rares exceptions<sup>532</sup>.

*« Ça devrait s'adapter à l'évolution de la personne, mais qui prendra le risque, pour un mec à l'extérieur, de dire « nous on pense que l'injonction de soin, c'est terminé ». Ben personne » (CPIP).*

*« [Est-ce qu'il y a des relèvements parfois ?] La thérapie c'est de pas en faire » (Magistrat du parquet).*

*« Ce qui m'interroge moi sur les durées, alors il faut bien prononcer quelque chose hein, c'est comment ça peut être remis en question à un moment donné. Et là, on sent bien que ça bloque, c'est-à-dire qu'il y a quand même... [...] Quand il y a déjà 10 ans de travail en milieu carcéral et qu'il y en a autant, voire plus qui attendent dehors, y a un moment donné, où il faut pouvoir remettre en question l'injonction de soin. Pas forcément le suivi socio-judiciaire mais l'injonction de soin (Psychologue, SMPR).*

*« Des fois je me dis, comme l'injonction de soin, elle est déjà prononcée de toute façon au départ, j'entends bien qu'il faut réactualiser les choses et de toute façon, quoiqu'il en soit, l'expert il peut dire ce qu'il veut, on va garder ce qui a été dit en première intention à la condamnation. Donc l'injonction de soin, elle sera posée quand même » (Psychologue, SMPR).*

*« [Vous pensez que même si on réfléchit très théoriquement, qu'un magistrat aurait le... je dirais le courage, une fois qu'une injonction de soin est prononcée, de prendre le risque de lever la mesure ?] J'ai du mal à l'imaginer, j'ai du mal. Oui, je sais pas comment les choses pourraient se poser autrement pour qu'il y ait une collégialité qui décide. [...] Pour la question du juge, je vais être clair parce que j'ai déjà posé à des JAP qui exerçaient sur [ville] il y a quelques années, c'est « vous pouvez toujours rêver ». Donc on ne prendra pas le risque de je ne sais quoi, mais non » (Psychologue, SMPR).*

---

<sup>532</sup> V. également, Inspection générale des Affaires sociales et Inspection générale des services judiciaires, *Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soin*, 2011, 106 et s.

« Y a une insécurisation du professionnel et cette insécurisation, elle a deux effets. La première, c'est qu'elle a un peu tendance à fermer les écouteurs, c'est-à-dire qu'on n'a pas une ouverture d'esprit nécessaire, parce qu'on est dans ce couloir-là. Et puis, l'autre élément, qui est très important, c'est que à un moment donné, on n'est plus dans l'évaluation et ce que j'appelle moi, le risque professionnel, mais on est dans la protection. Pour moi, on pourrait arrêter le SSJ, ça a plus de sens. Alors, je vais trouver une espèce de cote mal taillée où je vais dire au type qu'il peut espacer les rendez-vous, machin, etc., mais je ne vais pas proposer qu'on mette le SSJ entre parenthèses, au cas où. L'un des éléments aussi le plus... Je cite souvent cet exemple sur les bracelets électroniques mobiles. Le type au départ, il sort avec un PSEM, quelle utilité ou pas utilité, il a un PSEM. Mais on a étudié et on a évalué sa dangerosité. Bien, mal, on s'en fout, on l'a évaluée. Après, dans le renouvellement, on renouvelle le PSM, pourquoi ? Parce que s'il en avait un, c'est qu'il était quand même dangereux. On réinterroge pas, le plus souvent, la dangerosité et on attend que le PSM aille au bout des 4 ans ou des 6 ans selon le truc pour l'enlever. Et puis ça, la loi nous protège. De toute façon, on pouvait pas le laisser. S'il récidive pas, si on est un petit peu malhonnête, on dira « heureusement qu'il a eu le PSEM » et si il récidive, on dira « on peut pas le mettre plus de 6 ans. Qu'est-ce que vous voulez, on applique la loi ». Et on est à un moment donné, enfermé dans ça. Et y a plus ce risque professionnel qui est quelque chose d'essentiel et d'incontournable dans nos métiers. Que ce soit celui du thérapeute, du magistrat ou de nous, risque professionnel et risque professionnel qui doit être partagé par tout le monde » (CPIP).

L'improbabilité d'un relèvement apparaît tellement intégrée que peu de condamnés et de professionnels s'aventureraient à en solliciter auprès du juge, d'autant que l'ouverture de parapluie n'épargne aucune profession. Il en va ainsi pour les CPIP, qui considèrent par ailleurs qu'une telle proposition ne peut provenir que du médecin coordonnateur. Dans nos dossiers, nous n'avons trouvé qu'une seule exception, dans une demande effectuée en toute fin de suivi mais qui sera malgré tout refusée par le JAP.

« Concernant son injonction de soin, Mr ne s'est jamais dit opposé à un suivi. Mais en raison de ses grandes difficultés sociales, il considérerait qu'il n'était pas disponible intellectuellement pour s'engager sur une thérapie. Aujourd'hui, la mesure se termine très prochainement. Le SPIP émet donc un avis favorable à la levée de l'injonction de soin. Mr ne bénéficie d'aucun suivi psychologique depuis plusieurs mois et ne s'en est jamais caché. Au vu de la fin du délai, il nous paraît compliqué de le lui reprocher aujourd'hui » (Rapport semestriel du CPIP, D67).

« [Est-ce que parfois, vous êtes saisie de demandes qui visent à mettre fin au suivi de manière anticipée ?] J'ai jamais eu dans le cadre de l'injonction de soin. L'obligation de soins, ça arrive régulièrement mais j'ai jamais eu un auteur d'infraction sexuelle qui dans le cadre d'un SSJ, qui m'a demandé à... Je crois qu'ils savent que c'est pas possible. Y a aucune chance ; ils doivent le savoir en fait. Ça m'est jamais arrivé. [Et ça vous est jamais arrivé de demander la fin d'un suivi ?] Ah non, non. Non, non, [...] dans le cadre d'une injonction du moins, j'ai jamais fait, non. J'ai l'impression que c'est pas mon rôle, que c'est plutôt au médecin coordonnateur de le faire. Donc voilà, je m'avance pas sur ce sujet-là. Je pense que c'est plus aux personnes compétentes, en matière psychiatrique ou psychologique de le faire quoi » (CPIP).

« [Est-ce que dans le cadre d'un suivi qui se passe bien, ça vous est déjà arrivé de demander la fin anticipée des mesures d'injonction de soin ?] Pour l'instant, je suis revenue depuis trop peu longtemps en pôle..., enfin, sur le milieu ouvert, pour avoir pu faire cette demande. [Est-ce que vous l'envisageriez éventuellement ?] Faudrait vraiment que ça se passe super bien. Et là, honnêtement, j'avais un de mes collègues et ami, entre guillemets, qui travaille dans un SPIP qui a eu un de ses dossiers qui a récidivé et qui se fait... qui a bien bien des pressions de tout le monde sur le dos, je suis pas sûre que je prendrais ce risque-là. Parce que si par malheur j'ai fait une mauvaise évaluation, personne sera là pour me... Non, en toute honnêteté, je pense que... [C'est un risque vraiment de... ?] Ah ben, qu'on soit nous mis en cause, oui. C'est arrivé ici et puis là, je vous dis, c'est... Et c'est vraiment pas des moments agréables et puis voilà, y a personne pour vous soutenir dans ces moments-là. C'est véritablement par rapport aux décisions qui ont été prises. C'est dommage, mais je pense que je prendrais pas ce risque-là. Je ne prendrais pas le risque de devoir assumer, à un moment donné... parce que c'est des gros profils que j'ai là quand même. Globalement, c'est pas des petits faits. C'est trop dangereux. Un espacement trimestriel ça oui, mais pas au-delà » (CPIP).

« [ Est-ce que ça vous est déjà arrivé de recommander un relèvement, ou au moins de l'évoquer dans les rapports ?] Non, l'injonction de soin, jamais et obligation de soins, ben, pas plus tard qu'y a 2 mois, j'en ai fait une demande au juge et ça a été accepté. C'était une petite victoire. [Pour quelles raisons jamais pour les injonctions de soins en fait ?] Ben, je... ffff, je me dis que c'est trop... On n'y touche pas à l'injonction de soin. En tout cas, pas moi. Le coordonnateur, il peut peut-être décider qu'il faut arrêter

*parce que c'est plus utile, mais je suis pas sûre qu'il le fasse. [Et vous avez vu des médecins coordonnateurs qui demandent dans leurs rapports, une fin anticipée d'injonction de soin ?] Non. Un changement de médecin oui » (CPIP).*

*« [Est-ce que ça vous est arrivé de demander la fin anticipée de l'injonction de soin ?] Non. Non. Non, parce qu'actuellement, j'ai pas de suivi assez long. [Et c'est quelque chose qui pourrait s'envisager ?] Qui pourrait s'envisager mais euh... ça doit pas être facile à obtenir ça. Je pense que ça doit pas être facile à obtenir. Dans l'état actuel des choses, je suis même quasiment certain que c'est impossible à obtenir » (CPIP).*

*« [Vous avez pas la possibilité, dans ces cas-là, de recommander... ça peut pas se terminer avant le terme prévu ?] Moi en tout cas, je me le permets pas. [...] En injonction de soin, c'est vrai qu'on s'est jamais posé la question. Même avec des collègues, je me suis jamais posé la question. Obligation ouais, injonction, j'ai pas mémoire de m'être posé la question de levée d'interdictions, de demande de levée d'injonction ou pas. On y va jusqu'au bout. [Pourquoi vous vous êtes jamais posé la question ?] Peut-être justement parce que c'est... Y a pas une mesure supérieure à une autre. C'est une mesure qui est quand même plus forte. Et on se dit, si le juge, quand même, l'a mise, c'est qu'il y a... c'est que pour lui, y a une bonne raison, donc on va pas se permettre de lui dire... Mais dans les rapports, on met. Dans les rapports, on se permet de dire « monsieur a effectué déjà un travail depuis tant d'années. C'est stable ». Et on reprend même les rapports annuels rendus par le médecin coordonnateur. On dit « Même le médecin coordonnateur dit que la situation est stable, qu'il n'y a plus de réel travail qui est fait », mais c'est pas pour ça qu'on dit « et pourquoi ne leverions-nous pas cette injonction de soin ? » (CPIP).*

Les médecins coordonnateurs, bien que critiques sur la longueur de certaines mesures, ne seraient pourtant pas plus nombreux à recommander un relèvement, sauf de très rares exceptions. Dans notre échantillon, nous n'avons effectivement trouvé aucun rapport à l'attention du JAP sollicitant un relèvement ou conseillant de mettre un terme au suivi thérapeutique.

*« [Vous avez vu des juges de l'application des peines relever l'injonction ?] Non, mais à leur place, je le ferais pas (rire) » (Psychiatre, médecin coordonnateur).*

*« Je crois que ça [le relèvement] a déjà été demandé et que ça n'a jamais été fait, y a jamais eu de réponse. Y a déjà eu des demandes à plusieurs reprises, par [nom du médecin coordonnateur], qui n'ont jamais abouti » (Psychologue, SMPR).*

*« C'est [nom du médecin coordonnateur] qui a entamé des démarches auprès du JAP pour essayer de relever la mesure. En en reparlant avec lui à distance, il m'a dit que chaque fois que les choses se passaient ainsi, c'est arrivé 2-3 fois m'avait-il dit et même si le JAP en l'occurrence avait été aussi porteur de cette demande-là, il n'y n'avait pas eu de décision ultérieure » (Psychologue, SMPR).*

*« [Est-ce qu'il a pu y avoir des demandes de relèvements par le médecin ?] Pour l'instant non. Y a eu des demandes portant sur le PSEM par exemple. Arrêter le PSEM ou des choses comme ça. Mais non, parce qu'on était sur des suivis... oh, la moyenne ça doit être 4-5 ans de SSJ. C'est un gros SME. C'est pas totalement... Le SME c'est 2-3 ans de suivi donc là, l'affaire est plus grave, ils comprennent tous que... Mais sur le SSJ de 10 ans, 12 ans, 15 ans, 20 ans, on n'est pas rendu là. [Et sur les très longs où même à un moment, on pourrait imaginer un médecin coordonnateur ou le thérapeute, voire un expert, qui dirait à un moment « les soins ne sont plus utiles » ?] Ben on verra » (Magistrat du parquet).*

*« Mais sur du post-sentenciel, même si les choses sont révisables, mais comme ça a été prévu souvent dans les jugements, au moment du jugement, des fois, les sujets ont tellement cheminé, hyper positivement et de façon très favorable, il y a plus lieu, alors je le dis. Après, je sais que je suis pas toujours suivi d'effet. Je propose et le juge dispose, donc... mais je le note noir sur blanc et je dis pourquoi, parce qu'effectivement, des fois, face à un sujet qui a tellement bien avancé, qu'il y a plus lieu de lui prescrire, enfin, d'adoindre des soins derrière, à sa sortie de détention, ou que, le sujet a suffisamment avancé aussi et qu'il est dans cette liberté, de pouvoir poursuivre par lui-même, et il va le faire, indéniablement. J'essaie de donner un maximum d'arguments. [Et ils ont été acceptés ces relèvements ?] Non, ceux-là, non. Après depuis, j'en ai eu d'autres. Alors, y en a... Y a un dossier là, qui a été accepté, qui d'ailleurs a été bien relevé ; un autre aussi. J'ai quelques relèvements oui. Bon, ça reste un peu à la marge hein » (Psychiatre, médecin coordonnateur).*

« [Il arrive qu'au bout d'un certain nombre d'années, les médecins considèrent que le suivi est plus utile ou plus judicieux. Est-ce que vous avez déjà rencontré... ?] Dans le cadre de l'obligation de soins oui ; ça arrive assez régulièrement. Dans le cadre de l'injonction de soin, j'ai jamais vu. Parce que les médecins doivent prendre la responsabilité de mettre fin à un suivi d'injonction de soin... Pourtant, là j'en ai un que [j'] ai suivi en semi-liberté puis en libération conditionnelle, puis maintenant en suivi socio-judiciaire. Il a un suivi socio-judiciaire de 10 ans, sachant qu'il avait commencé avec une psy, dès le début de sa peine. Donc ça doit faire à peu près 15 ans qu'il est suivi et tout ça. Moi maintenant, je le vois plus que tous les 3 mois, parce que à un moment donné, voilà... Il bosse, il a une compagne, mais il continue à aller voir la psy de temps en temps, parce que le médecin coordonnateur en parle, mais ne fait jamais la démarche de dire » (CPIP).

Ces différentes observations amènent à penser qu'il serait plus judicieux de confier au seul JAP le rôle de prononcer l'injonction de soin, en fonction de la situation du condamné au terme de l'incarcération.

« [Est-ce que cette injonction, il est judicieux finalement, de la prononcer dès la condamnation ?] C'est un truc que je trouve hyper choquant en terme thérapeutique. Moi je me dis, un type, comme vous dites, qui va passer 20 ans en détention et qui va évidemment, passer par le SMPR parce que soit il se dit que ça va être bien, parce qu'il en a besoin, soit qu'il est en souffrance, etc. et puis à qui on dit « quand tu auras fini tout ça, tu vas encore te prendre ça, 6 ans derrière ». Mais même par rapport au soin pendant les 20 ans, ça vient impacter, parce que on voit bien... Comment on s'engage dans un truc, quand on sait que ça va s'arrêter mais qu'il y aura encore la même chose derrière, sur une échelle déjà prédéterminée ? Enfin, je trouve qu'à plein de niveaux en fait, d'un point de vue clinique, voire épistémologique, ça pose question cette histoire-là. Alors que ça pourrait être intéressant de se dire, au moment de l'aménagement de la peine, de dire « voilà, là où t'en es, là ça peut être intéressant, peut-être de composer quelque chose pendant 5 ans ou 10 ans », mais en mettant en lien, des acteurs autour, pas en disant à quelqu'un « tu vas tous les mois ou tous les 2 mois, chercher un papier » avec le médecin qui fait lien, une ou deux fois par an » (Psychologue, expert).

« Je pense que ça serait intéressant qu'il y ait un regard quand la personne, elle se trouve en...dans la période de sa sortie. Vraiment, de voir si précisément, c'est pertinent ou pas, d'être dans une contrainte de soins. [...] Ce qui m'embête un peu, c'est quand la durée elle est prononcée, et que les personnes n'ont pas encore effectué leur peine de prison. [La juridiction de jugement dirait « si à la fin de sa peine, Monsieur a besoin de soins, il y aura une injonction de soin et la durée sera décidée par le JAP », ce serait plus judicieux ?] Quelque chose comme ça, effectivement, et puis une... une durée qui peut prendre plus de sens. Et qui puisse tenir compte [...] de l'investissement de la personne ; qu'il n'ait pas fait ça pour rien au fond » (Psychologue, SMPR).

Toutefois, une telle réforme se trouverait entravée par les pratiques des JAP. Outre leurs résistances au prononcé de relèvements, ceux-ci ont en effet plutôt tendance à ajouter une injonction lorsque celle-ci n'a pas été initialement ordonnée par la juridiction de jugement.

#### **§4- Une extension du dispositif au stade post-sentenciel**

Avant d'aborder la fréquence des ajouts par le JAP, il convient d'apporter quelques précisions contextuelles. Au sein du service d'application des peines de la juridiction du site étudié, un seul magistrat se voit confier l'ensemble des suivis socio-judiciaires. De sorte que pendant une dizaine d'années, un seul et même JAP s'est chargé, jusqu'à une période relativement récente, de l'ensemble des condamnés de notre échantillon. Il faut d'autant plus tenir compte de cette situation particulière que les soignants, les CPIP, comme certains de ses collègues, l'ont présenté comme un magistrat plutôt sévère, accordant très peu d'aménagements de peines, mobilisant autant que possible l'ensemble des dispositifs de contrôle post-carcéraux à la libération. En conséquence, nos analyses constituent une simple illustration locale, alors que les pratiques sont sans doute diversifiées.

Sous ces réserves, une injonction de soin a été prononcée au stade post-sentenciel plus d'une fois sur deux (64%) lorsque la juridiction de jugement s'en était abstenue (42 affaires). Plus d'un quart des condamnés de notre échantillon (27,3%) sont dès lors entrés dans le dispositif à leur libération. Au total, une injonction de soin a donc été prononcée dans 84 affaires, soit plus de 8 fois sur 10. Si l'on ajoute les

simples obligations de soins, presque la totalité des condamnés de l'échantillon (96%) ont été contraints d'engager ou de poursuivre une prise en charge sanitaire.

« En 2007-2008, on voyait encore arriver des SSJ vides. Des SSJ de 5 ans, avec aucune obligation. On a vu arriver ça. Par des présidents d'Assises. J'ai quelques cas où effectivement y avait ce truc-là, en disant aujourd'hui, on vous condamne à ça, mais on verra. Systématiquement, que le gars... j'ai un exemple en tête. Le gars il avait effectivement une reconnaissance immédiate des faits qui ont été révélés ou il a participé à la révélation des faits. Là on est sur des agressions sexuelles sur mineurs. Du fait de sa fonction, instit... Il explique, il fait presque en sorte... on a des éléments au dossier effectivement qui disent « il pousse à la révélation par rapport à une des victimes ». Il est soulagé quelque part. Un gros travail se met en place. Y a un divorce qui arrive, y a une reconversion professionnelle. Y a plein de choses qui se mettent en place. Les différentes expertises, elles le mentionnent durant l'instruction. Ensuite à la condamnation. Moi je suis en bout de piste avec lui, j'y suis 8 ans après. Huit ans après, on arrive à des expertises qui disent « risque de récédive non avéré », ou très amoindri. C'est ça. À chaque fois qu'on a eu des SSJ vides, la première chose qu'a fait le JAP en détention, c'est l'injonction de soin et ensuite, voire les interdictions. [...] Mais à chaque fois que j'ai vu arriver des SSJ vides, la première des mesures, de n'importe quel magistrat, c'était de lui mettre une injonction de soin immédiatement. Peu important les conclusions de l'expertise. [...] Mais ça, je me demande presque... nous maintenant, on est marqué par ça, on est dans la protection, je crois même que les JAP sont encore plus dans la protection. Très sincèrement, pour voir vu pas mal de profils de JAP passer, je ne m'attends pas du tout, du tout, du tout. [...] Je le vois bien avec l'ancien magistrat qu'on avait. Je le vois aujourd'hui avec [autre JAP]. Je le vois bien. Effectivement, on est dans une forme de protection aussi « non, l'injonction de soin elle va avec, ça peut pas lui faire du mal » (CPIP).

« Alors, je dirais côté JAP, c'est le caractère systématique, donc je ne peux pas dégager de... Je dirais même que j'avais des patients que je voyais en suivi..., enfin. Les experts se positionnaient « pas besoin d'injonction de soin. Le travail il est là, il est présent et il va se poursuivre dehors », eh ben y avait quand même une injonction des soins derrière. [Que vous expliquez comment ce systématisme ?] Je dirais un peu facilement politique du parapluie, qui a un critère systématique comme ça. Je vois pas d'autre... Je vois pas d'autre... Quand le JAP se positionne au-dessus même de l'avis de l'expert, alors que c'est l'expert qui doit se prononcer sur l'injonction de soin, moi je dis qu'il y a for... enfin, je, j'ai pas d'autre... peut-être qu'il y en a d'autres... je sais pas » (Psychologue, SMPR).

« Moi l'injonction de soin, je la raccroche au SSJ tout court parce que les SSJ, sans injonction de soin... ben si, j'en ai eu un. [...] [Le JAP] a repris tous ses SSJ et tous ceux qui n'avaient pas d'injonction de soin, fffuuuit, [il] l'a rajoutée, donc ça a été réglé. C'était le seul qui en avait pas. En même temps, pour lui ça a servi. Non, pour moi, injonction de soin c'est SSJ et après, les SSJ c'est les affaires de mœurs. C'est quand même beaucoup ça. Affaires de mœurs ou alors oui, tout ce qui est meurtre et assassinat, vraiment sur ces types de faits là » (CPIP).

« Ensuite, il y a toutes les personnes qui relèvent, a posteriori de la peine de suivi socio-judiciaire et de l'injonction de soin et là aussi, théoriquement, il faut aussi qu'un expert en dise quelque chose mais dorénavant, j'ai l'impression que ce sont des mesures qui sont décidées malgré tout en fin de peine » (Psychiatre, expert).

Du fait de cette généralisation de la mesure, les écarts s'estompent entre les types d'infractions, même si les violeurs (93,5%) demeurent plus concernés par l'injonction que les auteurs de délits sexuels (79%). La mesure a également visé tous les auteurs de tentatives d'homicides et d'infractions accompagnées de violences. Les exhibitionnistes (50%) et les auteurs de destructions par moyens dangereux (66,7%) y ont au contraire plus souvent échappé.

Injonctions de soin prononcées par la juridiction de jugement ou le JAP

	Injonction de soin	Autres	Total
Viols	93,5	6,5	100%
Délits sexuels	79,1	20,9	100%

Injonctions de soin prononcées par la juridiction de jugement ou le JAP

	Injonction de soin	Autres	Total
Viols sur mineurs	89,3	10,7	100%
Viols sur majeurs	100	0	100%
Agressions sexuelles sur mineurs	80,4	19,6	100%
Agressions sexuelles sur majeurs	85,7	14,3	100%
Atteintes sexuelles et corruptions de mineurs	70	30	100%
Exhibitions sexuelles	50	50	100%
Infractions relatives à la détention d'images pédopornographiques	87,5	12,5	100%
Tentatives d'homicide	100	0	100%
Violences conjugales	100	0	100%
Autres violences	100	0	100%
Destructions ou détériorations d'un bien par moyen dangereux	66,7	33,3	100%
Autres infractions	87,5	12,5	100%

Si le critère de la gravité des faits conserve quelque importance, les caractéristiques du passage à l'acte perdent à l'inverse le peu d'influence observé au stade du jugement. Une fois pris en compte l'ensemble des mesures prononcées, en amont comme en aval du jugement, peu importent la qualité d'ascendant ou de personne ayant autorité (86,7%, contre 83,3%), le nombre de victimes (81% en cas de pluralité de victimes, contre 88,5% en présence d'une victime), la présence d'une récidive au sens légal du terme (81,8% des récidivistes contre 85,7%) et d'antécédents judiciaires (87,5% pour les primo-délinquants, 86,2% pour les réitérants), y compris de nature sexuelle (87,3% en l'absence de ce type d'antécédents, contre 85,3%). Il n'y a pas davantage de différences selon les trajectoires biographiques, sociales, les addictions, le niveau d'intelligence ou encore les principaux troubles psychopathologiques (84,8% des « pervers », 88,6% des « pédophiles », 87,5% des « psychopathes », 90,9% des « états-limites »), à l'exception des « névrotiques » (76,5%) et des « psychotiques » (75%), un peu moins fréquemment visés. Alors que les juridictions de jugement l'avaient plus souvent écartée en cas de négation des faits, la quasi-totalité des condamnés en question s'y sont vus astreints en aval. Certes, la plupart ont avoué par la suite, au moins partiellement (v. *infra*). Seuls 6 condamnés se sont maintenus dans une totale négation des faits. Cinq d'entre eux ont fait l'objet d'une injonction de soin (83,3%), un tiers au stade post-sentenciel. Ce fut le cas pour 86,3% de ceux qui reconnaissaient totalement, 77,8% partiellement.

Conscients des effets de l'ouverture de parapluie, mais sans pour autant se sentir en capacité d'inverser ce phénomène au regard du climat ambiant, bon nombre des professionnels interrogés, plus particulièrement les personnels de santé et les CPIP, ont déploré la systématisation du dispositif des injonctions de soins. En découlerait une véritable perte de sens de la mesure, *a fortiori* dans l'hypothèse de suivis étalés sur plusieurs décennies, dont l'intérêt serait incertain, voire les effets contre-productifs. Il ne s'agirait plus alors que d'un dispositif de contrôle social, essentiellement destiné à rassurer l'opinion publique et les praticiens, mais dont l'efficacité serait d'autant plus entravée que la généralisation des mesures asphyxierait un système sanitaire déjà submergé. Ces observations ne sont pas sans résonner avec la mise en garde énoncée dès 2007 par la Commission d'analyse et de suivi de la récidive présidée par Jacques Henri Robert et réunissant des magistrats, un psychiatre (Roland Coutanceau), un commissaire, un directeur d'établissement pénitentiaire et un chercheur (Sebastian Roché). Cette commission évoquait en effet le risque « *que cette peine soit plus systématiquement prononcée dans une dynamique de précaution, avec pour conséquence de paralyser complètement des JAP ainsi que des SPIP surchargés. Si dans l'absolu on ne peut qu'être totalement favorable à l'extension de la peine de SSSJ, en pratique cette extension peut se révéler dangereuse, voire contre-productive au regard de l'insuffisance des moyens existants* ».

« On a le sentiment d'une automaticité et qu'y a quelque chose qui... qui perd de son sens. Pour moi, je trouve que tout ce dispositif-là, c'est parti d'une très bonne intention, que c'était très intéressant et assez riche mais que ça se délite au fur et à mesure des années et que l'injonction de soin a perdu de son essence et de son sens. [Est banalisée d'une certaine façon] Oui, tout à fait, avec quelque chose qui est plus située du côté d'une contrainte et y a quand même l'élargissement de cette mesure-là, qui dépasse les auteurs de violences sexuelles (Psychologue, SMPR).

« Ensuite, il y a toutes les personnes qui relèvent, a posteriori de la peine de suivi socio-judiciaire et de l'injonction de soin et là aussi, théoriquement, il faut aussi qu'un expert en dise quelque chose mais dorénavant, j'ai l'impression que ce sont des mesures qui sont décidées malgré tout en fin de peine. Et là, je pense essentiellement sur ce qui relèverait effectivement d'une dangerosité et non plus d'une clinique, c'est-à-dire que l'injonction de soin, je le disais tout à l'heure, pour moi, elle est basée sur ça, sur cette nécessité clinique à amener quelqu'un à s'engager dans un soin et c'est pas sur la question de la dangerosité criminologique ou... et je pense que c'est souvent le cas [...] C'est du contrôle social. C'est du contrôle social et à mon avis, c'est une coquille vide parce qu'on contrôle quoi dans le fond ? Le corps social va être content parce que ça existe, mais dans la réalité, l'efficacité de ça ? C'est peanuts hein. Vous croyez pas ? (rire) » (Psychiatre, expert).

« L'injonction de soin, quand c'est sur des mesures très longues, y a un moment, ça a plus de sens parce que le travail est fait. Le travail est fait. Autant c'est facile, entre guillemets, sur une obligation de soins dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve, où on peut demander un relevé d'obligation de soins. Pour les injonctions, pas forcément, alors que ce sont des mesures au bout de... Les gars, ils ont déjà entamé un travail en détention. Ça fait 10-15 ans qu'ils ont continué le travail à l'extérieur. Y a un moment ça... l'injonction de soin n'a plus lieu d'être. Là, une obligation de soins, pour qu'il garde éventuellement ce... cette bouée, ok mais au bout de 20 ans, l'injonction de soin n'a peut-être plus lieu d'être » (CPIP).

« À un moment, ça peut devenir contre-productif hein. Et voilà, ça devient un truc totalement... Parce qu'on peut fonctionner sur des décennies de prise en charge. J'imagine qu'au bout de 20-30 ans... Quand vous voyez l'histoire, je sais plus comment ça s'appelle. Je me rappelle d'un patient qui m'a dit « vous vous rendez compte, jusqu'à 88 ans, il va falloir que je dise où j'habite »... C'était un mec d'ailleurs, qui était pas... Il avait dérapé avec sa fille, à un moment très confus chez lui » (Psychiatre, SMPR).

« Après, le fait de systématiser les soins, être toujours dans la systématisation de l'injonction, des soins, ça ne leur fera pas de mal... ils perdent la dimension... en fait, ça devient une activité comme une autre je pense aussi. Et ça, certains détenus nous le disent. C'est un passage obligé quoi. [...] Le sens et la profondeur, c'était naturel. C'est-à-dire qu'on n'est plus là-dedans. Là, on est dans une activité comme une autre. « Ben oui, je dois aller voir mon CIP, pour lui ramener un justificatif de travail [...]. Y a ça effectivement, et c'est ça qui... c'est ça qu'on va aller chercher. Est-ce qu'il met du sens dans le soin ou pas ? Quand moi je disais on se coordonne. C'est ça que j'ai besoin de savoir. Est-ce que réellement il travaille la question des faits ou pas ? Est-ce qu'il va chercher au fond de lui-même ? Essayer de comprendre qui il était, pourquoi il est passé à l'acte, quelles étaient les conséquences ? Comment était le contexte ? Comment on va changer les choses ? C'est ça qui nous intéresse. Est-ce qu'il évolue ou pas ? Positivement ou pas ? Mais en le systématisant, on perd cette dimension-là. On le perd parce qu'on se dit, c'est un passage obligé, donc on interroge moins. [...] Les médecins ils peuvent pas suivre tout le monde. Ils vont voir le type un quart d'heure et puis voilà. Et on n'aura plus ce truc-là. C'est vrai que quand on regarde les moyens qu'ils ont eus et qu'on a nous, la systématisation, elle produit presque l'effet inverse, je sais pas comment dire. Elle permet plus au gars de rentrer en profondeur sur les soins » (CPIP).

À la lecture de ce dernier extrait d'entretien, on ne peut s'empêcher d'établir un parallèle avec l'hypothèse d'une « définalisation de l'action publique », certes évoquée par Dan Kaminski au sujet des évolutions managériales au sein de l'institution judiciaire, mais qui affecte plus globalement l'ensemble du système pénal<sup>533</sup>. Selon lui, le « management de la pénalité occulte les objectifs au profit des moyens, fabrique des procédures au détriment des normes substantielles de justice, [...] transforme la performance sociale d'un appareillage en performance interne, en vertu de laquelle l'important est de faire bien les choses et non de faire les bonnes choses<sup>534</sup>. À tous les stades du processus pénal, les décisions s'inscrivent dans une « dynamique autoréférentielle », qui contraint les institutions à favoriser

<sup>533</sup> Kaminski D., *Pénalité, management, innovation*, Namur, Presses Universitaires de Namur., 2009, 64.

<sup>534</sup> *Ibid.*, 40.

des pratiques propres à préserver leur fonctionnement, au détriment d'une logique axée sur le sens de l'intervention pénale<sup>535</sup> et, pour le sujet qui nous intéresse, de la prise en charge sanitaire pénalement contrainte.

---

<sup>535</sup> Devresse M.-S., « La gestion de la surpopulation pénitentiaire : perspectives politiques, administratives et juridictionnelles », *Droit et société*, 2013, 349.

## Deuxième partie : Le déroulement de l'injonction de soin

Nous allons à présent analyser le processus d'exécution de l'injonction de soin, sa mise en œuvre en pratique, qui dévoile notamment les difficultés que rencontrent régulièrement les professionnels pour lui donner sens. Si nous nous concentrerons essentiellement sur les pratiques observées en milieu ouvert, il convient toutefois d'opérer un détour préalable par le dispositif thérapeutique ou « pré-thérapeutique » mis en place dès l'incarcération, dans le cadre de ce que les acteurs judiciaires et sanitaires ont pour habitude d'appeler l'« *incitation aux soins* ». La très grande majorité des condamnés de notre échantillon s'est en effet trouvée contrainte, bien plus qu'invitée, à engager des soins dès la détention, y compris lorsque l'injonction n'a pas été prononcée dès le stade de la condamnation (Chapitre 1). Une fois libérés, souvent après de longues années de thérapie du fait des modalités de l'« incitation » prévue par les textes, la plupart des condamnés devront les poursuivre durant d'aussi longues années, voire plusieurs décennies. Au sujet du suivi en milieu ouvert, nous analyserons la mise en place et le déroulement de la prise en charge thérapeutique, les pratiques de contrôle et d'évaluation des médecins coordonnateurs, des CPIP, mais aussi des JAP sur le plan de la sanction des manquements (Chapitre 2). Notre recherche dévoile à ce sujet d'importantes difficultés de prise en charge au démarrage du suivi en milieu ouvert, les thérapeutes ne se bousculant pas nécessairement pour accompagner cette patientèle particulière, du fait de la saturation des structures sanitaires publiques, mais également en raison de motivations plus souterraines, qui dévoilent la stigmatisation de la « clientèle pénale », *a fortiori* des délinquants sexuels. Les pratiques des médecins coordonnateurs sont quant à elles diverses, comme celles des agents de probation. Si le dispositif de l'injonction visait une clarification des prérogatives sanitaires et judiciaires, les agents de probation étant théoriquement exclus du contrôle de l'injonction de soin, désormais confié aux seuls médecins coordonnateurs, les premiers ne se sont pas totalement dessaisés de cette mission, qu'ils investissent toutefois différemment, en fonction également des attentes des juges de l'application des peines. En conséquence, les tensions interprofessionnelles sont loin d'avoir disparu et se cristallisent dans une large mesure sur la question du secret médical (Chapitre 3).

## Chapitre 1 - La force des incitations judiciaires : un démarrage des soins dès l'incarcération

Du fait du principe d'inviolabilité du corps humain, des libertés et droits fondamentaux de la personne<sup>536</sup>, de la protection de son intégrité physique et psychique<sup>537</sup>, l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique dispose qu' « aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ». Autant qu'à l'extérieur, un détenu doit donc « exprimer son consentement préalablement à tout acte médical et, en cas de refus, être informé par le médecin des conséquences de ce refus », hors les cas où son état de santé rend nécessaire un acte de diagnostic ou de soins auquel il n'est pas à même de consentir, conformément aux dispositions de l'article R.4127-36 du code de la santé publique (art. D362 du C.P.P.).

Les soins pénalement ordonnés ou obligés, dans leur expression viennent heurter le principe de consentement, se présentant sous la forme d'un oxymore ou d'une aporie<sup>538</sup>. Pourtant, en vertu de l'article 131-36-4 du code pénal, lors du prononcé de l'injonction de soin, le président de la juridiction « avertit le condamné qu'aucun traitement ne pourra être entrepris sans son consentement » afin de satisfaire aux exigences précitées. Mais, la même disposition contient immédiatement après l'énoncé du recueil du consentement, les conséquences d'un refus des soins, venant ainsi soulever la question de la qualité du consentement puisque « s'il refuse les soins qui lui seront proposés, l'emprisonnement prononcé en application du troisième alinéa de l'article 131-36-1 pourra être mis à exécution. ». Dès les débats parlementaires relatifs à la loi du 17 juin 1998, la discussion avait été engagée à propos du terme consentement qui laisse entendre le libre-arbitre de la personne : alors que celle-ci voit sa liberté de choix altérée par la menace de la privation de liberté<sup>539</sup>, se dévoile « l'institution d'un régime de chantage »<sup>540</sup> peu compatible avec la notion de consentement. Comme pour la mise en œuvre de certaines procédures écartant ou limitant le risque d'incarcération<sup>541</sup> pour la personne mise en cause, il s'agit davantage d'assentiment<sup>542</sup> au dispositif, que de consentement.

Selon le Conseil Consultatif National d'Éthique (CCNE), « le processus de consentement libre et informé joue un rôle essentiel dans la responsabilisation du patient vis-à-vis de sa santé. Mais il revêt aussi en prison une dimension plus large : il constitue en effet l'une des trop rares circonstances où peut être affirmée et reconnue la responsabilité, l'autonomie et la liberté de la personne détenue »<sup>543</sup>. Il permet de « considérer le détenu non pas comme un « objet » de soins, mais comme un sujet de droit ».

*« Pour moi, je reste dans une chose qui est pour moi une idée très simple, c'est que en prison, dans une privation de liberté, qui est celle qu'impose la détention, ce serait tout à fait illogique, d'un point de vue citoyen inacceptable, et puis d'un point de vue clinique, inapproprié, de considérer que quelqu'un puisse*

<sup>536</sup> Article 3 Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, article 5 Convention d'Oviedo du Conseil de l'Europe, jurisprudence de la CEDH qui fonde le nécessaire consentement de la personne au soin sur le principe d'autonomie personnelle notamment CEDH 29 avril 2002, *Pretty c/ R-U*, n°2346/02.

<sup>537</sup> Article 16-3 Code civil : « Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir. ».

<sup>538</sup> Couturier M., « La contrainte et le consentement dans les soins ordonnés par l'autorité publique : vers une aporie juridique ? », *Rev. Dr. San. Soc.*, 2014, 120.

<sup>539</sup> « S'agissant du consentement aux soins demandé au condamné, M. Claude Huriet s'est demandé si le choix du terme " accord " ne serait pas préférable dans la mesure où la peine privative de liberté qui est prévue en cas de refus du soin altère la liberté de choix. » Avis N° 51 SÉNAT session ordinaire de 1997-1998, par M. Jacques BIMBENET, Annexe au procès-verbal de la séance du 23 octobre 1997, présenté au nom de la commission des Affaires sociales sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée Nationale, relatif à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs victimes.

<sup>540</sup> Saetta S., « Inciter des auteurs d'infractions à caractère sexuel incarcérés à se soigner », *Champ pénal/Penal field*, Vol. XIII, [en ligne], 2016, <http://champpenal.revues.org/9401>.

<sup>541</sup> Par exemple la composition pénale, alternative aux poursuites, ou la comparution sur reconnaissance préalable de culpabilité plafonnant le taux de la peine privative de liberté prononçable.

<sup>542</sup> Danet J., *La justice pénale, entre rituel et management*, op. cit., 14.

<sup>543</sup> « La santé et la médecine en prison », *Avis*, 2006, n° 94.

*être dans quelque chose qui s'impose à lui du côté d'un soin, c'est-à-dire qui l'engage à penser et à réfléchir sur lui-même. Parce que ça le laisserait dans une dépendance totale. Or, par rapport à ces sujets là, mais c'est le cas pour beaucoup de personnes incarcérées en général, les situer dans une dépendance totale qui serait celle de l'obligation, ce serait ne pas pouvoir travailler sur la difficulté de dépendance, à l'autre, à leur vie. Voilà. Et je trouve que ça serait quelque chose d'absolument néfaste » (Psychiatre SMPR).*

Hors les cas d'hospitalisation sous contrainte, les soins pénalement ordonnés ne peuvent dès lors débiter qu'au terme de l'incarcération. Au regard des longues peines le plus souvent exécutées par des délinquants sexuels par ailleurs perçus comme peu demandeurs de soin, les promoteurs de la loi du 17 juin 1998 y voyaient toutefois un obstacle à l'amorce précoce d'une prise en charge thérapeutique. Ce texte a donc introduit un dispositif intermédiaire qualifié d'incitation aux soins, qui implique en détention tant le personnel pénitentiaire que les soignants (Section 1). Toutefois, la contrainte semble si bien intégrée par les détenus, voire même anticipée, que la grande majorité d'entre eux sollicitent les soignants (Section 2).

## **Section 1 – Le dispositif de l'incitation aux soins**

Le processus décrit par A. Bensa à partir de l'observation de procès et de l'analyse d'expertises se poursuit tout au long du processus et ne prend fin qu'au terme du suivi socio-judiciaire. Une fois la peine prononcée, le condamné se voit encore « *fortement incité à parler de son rapport au corps, de ses pulsions et de ses affects. Le recours à la parole et plus spécifiquement la mise en perspective des événements jugés avec la biographie des justiciables, relève d'une exigence quasi systématique des professionnels de la justice. Le sujet doit se raconter, éclairer ses agissements à la lumière de son fonctionnement psychique, parler de son rapport aux victimes* »<sup>544</sup>. Cette parole s'avère être « *un point d'ancrage décisif sur lequel repose l'évaluation du potentiel de réinsertion du sujet et la nécessité de soins. [...] Et ces soins, largement préconisés à l'attention des délinquants sexuels, sont essentiellement véhiculés par la parole, dans le cadre de psychothérapies individuelles ou en groupe. La parole dispose donc, sans conteste, d'un potentiel de normalisation exploité par les experts dans certaines de leurs recommandations et plus systématiquement par les professionnels de la justice. En témoignent les injonctions répétées des procureurs à l'égard des prévenus en faveur d'un "travail", travail qui ne dit pas son nom mais qui consiste précisément en l'usage de la parole utilisée pour ses compétences normatives, dans le cadre de soins* »<sup>545</sup>. En détention, plusieurs dispositions textuelles visent dès lors à briser les réserves des condamnés les plus récalcitrants, en conditionnant diverses mesures de faveur à l'engagement d'une prise en charge thérapeutique (§1). En détention, tous les intervenants se voient mobilisés pour faire advenir ce consentement, en sensibilisant les condamnés sur l'intérêt d'une telle démarche, tant pour son parcours pénal ultérieur que pour son bien-être psychique (§2).

### **§1- Un consentement sous contrainte**

Selon l'article 131-36-4 du Code pénal, la juridiction de jugement doit, lorsqu'elle prononce une peine privative de liberté et un SSJ assorti d'une injonction, informer le condamné qu'il aura la possibilité de commencer un traitement pendant l'exécution de sa peine. Cette information devait initialement être réitérée par le JAP tous les six mois, chaque année seulement depuis 2010, en cas de refus persistant. Dès l'introduction du dispositif, des critiques ont émergé sur le caractère plus ou moins fictif de l'exigence de consentement au soin, dès lors qu'en cas de refus ou de suivi irrégulier, le condamné n'est pas considéré comme « *manifestant des efforts sérieux de réadaptation sociale* », et donc privé de réductions supplémentaires de peines, sauf décision contraire du JAP (article 721-1 du CPP). Ces moyens de pression n'ont d'ailleurs cessé de s'étendre au fil du temps, au point que P. Mistretta

---

<sup>544</sup> Bensa A., *op. cit.*, 88.

<sup>545</sup> Bensa A., *op. cit.*, 88.

considère qu'il s'agit d'un « *chantage* », d'un « *consentement extorqué* »<sup>546</sup>. La loi du 10 août 2007 a généralisé le dispositif de l'incitation à tous les auteurs d'infractions relevant du champ d'application du suivi socio-judiciaire, au-delà des seuls condamnés à cette peine complémentaire. Le législateur a parallèlement prévu la privation du bénéfice d'une libération conditionnelle (art. 729 du CPP). Le dispositif de l'incitation de soin fut de nouveau durci par la loi du 25 février 2008. En cas de suivi irrégulier ou de refus du traitement, le JAP peut désormais ordonner le retrait du crédit de réduction de peine des condamnés pour un crime ou délit, commis sur un mineur, de meurtre ou assassinat, torture ou actes de barbarie, viol, agression sexuelle ou atteinte sexuelle (art. 721 CPP).

Au-delà de ces dispositions textuelles, l'engagement dans des soins conditionne bien d'autres mesures de faveur, des autres aménagements de peines aux permissions de sortir. Dans certains établissements, il « *procure également des privilèges au sein de la détention. Les détenus qui ont un comportement exemplaire et remplissent une série de critères (indemniser les parties civiles, travailler, suivre une thérapie, ne pas être impliqué dans des incidents) peuvent être placés au « quartier de confiance* ». Il s'agit d'un quartier du CD sans surveillant, équipé de caméra, et composé de chambres tout à la fois spacieuses et individuelles. Le fait de suivre des soins constitue donc, parmi d'autres critères, un indicateur de bonne conduite »<sup>547</sup>. Il tendrait même, de l'avis de certains agents de probation, à supplanter tout autre effort de réinsertion parmi les critères décisionnels des juges d'application des peines. « *Si donc, en théorie, la personne condamnée à un suivi socio-judiciaire n'est pas contrainte, son consentement étant formellement exigé..., en pratique cet acquiescement apparaît néanmoins serf : peut-on vraiment consentir librement lorsqu'un refus de soins est synonyme d'exécution d'emprisonnement ou de maintien prolongé en détention ?* »<sup>548</sup>.

*« S'ils viennent présenter un aménagement de peine sans soins, il y a très très peu de chances que ça aboutisse. Ou vraiment, on se positionnera, c'est-à-dire qu'on estime qu'il représente quand même un danger et quand on pense quand même... Alors ça, c'est difficile à entendre pour les magistrats, notamment pour le parquet mais c'est dire « certes, on n'a pas réussi à le mettre dans ce cadre-là, à le faire adhérer aux soins forcément, il n'y voit pas l'intérêt, ou, comme il est dans le déni, c'est compliqué pour lui ». Néanmoins, on est à quelques mois de la fin de peine. Il vaut mieux préparer une sortie avec un hébergement éventuellement et des pistes de travail, pour qu'il arrive dans des bonnes conditions pour le SSJ par exemple. Alors, CIP, nous, ça nous parle, parce qu'on pense que c'est un peu la voie à suivre ; c'est moins évident pour les magistrats, qui eux, à partir du moment où il y a un SSJ, pour eux c'est le soin et rien d'autre. Qu'ils ne travaillent pas ou qu'ils fassent peu de versements volontaires... » (CPIP).*

*« Parce que s'il est vrai que le soin ne peut pas être obligé en milieu carcéral, il peut être très fortement induit puisque c'est un préalable très souvent à un aménagement de peine et de toute remise de peine supplémentaire et de permission de sortie. Sans aucune démarche sur ce plan-là, enfin, c'est une fin de non-recevoir la plupart du temps. Donc, d'une façon ou d'une autre, il s'est passé quelque chose. Ou les personnes sont plus ou moins partantes, impliquées, ou il se passe plus ou moins quelque chose, mais y a au moins une démarche quoi. Avec la difficulté que si les personnes arrivent sans demande et juste motivées par l'intérêt d'un aménagement de peine, etc., il ne se passe pas grand-chose et ça tourne souvent court » (CPIP).*

En définitive, cette illusion du consentement<sup>549</sup>, qui opère en milieu ouvert comme en milieu fermé, est l'illustration de la transformation de la société « *encore disciplinaire en 1958 [où] l'individu est seulement appelé autoritairement à observer une obligation de soins qui lui est imposée. Dans la société devenue post-disciplinaire de 1998, le juge invite la personne à un consentement à des soins qui lui sont proposés en l'informant que si elle s'y refuse, elle s'expose à un mal plus grand que si elle accepte* ».

<sup>546</sup> 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 ; Saetta S., « Inciter des auteurs d'infractions à caractère sexuel incarcérés à se soigner », *Champ pénal/Penal field* [En ligne], Vol. XIII | 2016, mis en ligne le 06 octobre 2016, consulté le 25 avril 2017. URL [http://champpenal.revues.org/9401].

<sup>547</sup> Saetta S., *op. cit.*

<sup>548</sup> Lameyre X., « Penser les soins pénalement obligés. Un impératif éthique », in Collectif, *Les soins obligés*, Paris, Dalloz, 2002, 74.

<sup>549</sup> Mistretta P., *op. cit.* 19.

L'injonction de soin est alors représentative des modes de contrôle social post disciplinaire<sup>550</sup>. Elle conduit l'individu à l'intériorisation de la contrainte<sup>551</sup> qu'il finit par accepter. Cette lecture du consentement dévoyé peut se prolonger aujourd'hui avec l'analyse néolibérale de la pénalité qui fait peser sur l'individu la sévérité des conséquences de l'application de sa peine, selon son implication, son adhésion dans le processus de mise en œuvre de la sanction<sup>552</sup>. Le condamné au suivi socio-judiciaire qui ne « consentirait » pas à l'injonction de soin, estimant notamment ne pas être atteint de troubles psychopathologiques, ne saisirait pas l'opportunité de la prise en charge thérapeutique qui lui serait « offerte » et s'auto-infligerait la souffrance inutile d'une peine d'incarcération plus longue.

## §2- Le dispositif en pratiques

Le dispositif de l'incitation aux soins mobilise tant le personnel pénitentiaire (A) que les soignants (B), qui contribuent, chacun à leur niveau, à faire émerger un consentement et, dans la mesure du possible, une véritable adhésion au traitement.

### A- L'incitation judiciaire et pénitentiaire

Dès l'incarcération, les agents de probation abordent la question de la prise en charge thérapeutique à l'occasion de leurs entretiens avec les détenus, dans un premier temps pour lever d'éventuelles résistances et expliquer l'intérêt d'un tel suivi, ensuite pour évaluer leurs évolutions au fil de la détention, ce dont les CPIP rendent compte dans leurs rapports aux juges de l'application des peines (1). Si les agents interrogés soulignent la diversité des approches thérapeutiques mobilisées localement par le SMPR, il n'est pas rare qu'ils regrettent l'inadéquation de l'offre de soin, critiquant la prédominance d'approches psychodynamiques décentrées du passage à l'acte. Sur incitation de leur hiérarchie, ils ont dès lors déployé des modes d'intervention à la frontière de la thérapie, sous la forme de programmes de prévention de la récidive (2).

#### 1- Le rôle du CPIP en détention

Si les textes prévoient une information annuelle du JAP, les CPIP contribuent au dispositif de l'incitation aux soins tout au long de la détention, dans le cadre du projet d'exécution de peine et de la préparation à la sortie. Dès l'incarcération, leur première initiative consiste à lever d'éventuels stéréotypes, méconnaissances, réticences ou résistances, du fait des représentations souvent négatives de la psychiatrie parmi les condamnés. Il s'agit alors de leur expliquer la nature, le sens et l'intérêt d'une prise en charge thérapeutique.

*« Je vois moi effectivement, ceux qui disent « je ne suis pas un fou. Je n'ai pas envie d'y aller ». Quand on leur dit « tu sais ce que c'est qu'un infirmier ? Tu sais son rôle ? » « non ». « Un psychologue, c'est quoi ? Y a pas de médicaments. C'est une personne tierce. Son travail c'est celui-ci. Toi, tu en parles à qui de tout ça ? « ben, à mon codétenu ». « Mais ton codétenu, il a déjà ses problèmes à lui mais au niveau de la famille, t'en parles toi ? ». « Ben non, non, on n'en parle pas. Moi je suis fort, je vais faire ci, je vais faire ça ». Là, ça c'est super intéressant. Ce gars-là qu'on est capable d'aller chercher et de lui dire « vas-y un petit peu. Tu prends un rendez-vous, t'essaie de voir » (CPIP).*

*« S'il y a une réticence, moi j'essaie de biaiser un petit peu en leur disant « c'est aussi important que vous ayez un espace de parole. Le soin, ça vous permet d'avoir un espace de parole ». Enfin, on les oriente pas directement, en gros, « vous êtes malade, il faut vous soigner » parce que ça, c'est trop compliqué. Y a des messieurs qui sont en capacité de le dire « j'ai eu une déviance sexuelle, je pense que... », mais bon, rares sont ceux qui ont cette évaluation. Donc on essaie plutôt de travailler sur l'espace de parole, sur le fait du bien-être, de pouvoir parler, que c'est un milieu contraint, que c'est important, en se disant qu'à un moment, ils vont bien aborder les actes (rire) » (CPIP).*

<sup>550</sup> Couturier M., « La contrainte et le consentement dans les soins ordonnés par l'autorité publique : vers une aporie juridique ? », *Rev. Dr. San. Soc.*, 2014, 124.

<sup>551</sup> Danet J., *La justice pénale, entre rituel et management*, op. cit., 14.

<sup>552</sup> Garapon A., *La raison du moindre Etat. Le néolibéralisme et la justice*, Odile Jacob, 2010, 113 et s.

L'accompagnement des détenus dans cette « prise de conscience » de l'importance et des bienfaits d'une prise en charge psychothérapeutique n'apparaît pas pour autant comme une pratique spécifiquement dédiée au public relevant juridiquement de cette incitation aux soins. Alors que le dispositif textuel exclut en pratique toute influence de leurs propres évaluations sur le sujet, l'exigence de soins étant posée avant même son intervention, certains CPIP se refusent à opérer en détention une distinction fondée non pas sur les problématiques sanitaires, mais sur le type de mesure. Leur première démarche consiste alors à évaluer la présence et l'ampleur d'éventuels troubles ou pathologies, même si une potentielle « problématique sexuelle » semble justifier plus encore l'engagement d'un traitement.

*« Ben surtout, je pense que la différence pour les gars, c'est que quand il y a une injonction de soin, s'il n'y a pas de soins, il n'y a pas de RPS hein, c'est surtout ça. Moi je ne suis pas sûre que ce soit quelque chose qui soit très intéressant. Moi personnellement, je fais pas de différence. Pour moi, je pense que s'il y a des soins, il y a besoin de soins, j'incite aux soins. Je vais pas regarder s'il a une obligation de soins, une injonction de soin. Je regarde pas en fait, pour dire les choses. J'essaie plutôt d'évaluer la nécessité de soins, parce que il y a des conduites addictives, parce que il y a une difficulté ou une problématique sexuelle, parce que... je sais pas, ça pourrait être un pyromane. On insiste aussi sur les vrais escrocs. Je trouve ça intéressant. Voilà, mais moi, je fais pas trop de différence. Je pense que... enfin, à l'intérieur, on est plutôt sur l'injonction, sur une espèce d'accompagnement à la prise de conscience de la nécessité de soins pour les gars, sans tenir compte... Moi j'en tiens pas compte. Je fais une évaluation et j'essaie de voir si effectivement c'est intéressant et si ça me paraît intéressant, j'essaie d'en discuter avec le gars pour justement, l'inciter, s'il se sent pas prêt à le faire. [À son arrivée, cette question du soin, vous l'abordez... ?] En fait, quand on les voit, on balaie leur situation et on essaie de voir, où ils en sont à l'instant t. [...] On interroge les personnes. S'il y a des conduites addictives, effectivement, on leur demande, on regarde avec eux et on reparle des soins à ce moment-là. On essaie de voir effectivement, s'il y avait une conduite addictive : alcool, stupés, etc., et puis surtout des problématiques sexuelles. À la limite, on se pose pas trop la question, on leur dit « effectivement, ça nous semble intéressant, important ». Qu'ils puissent comprendre pourquoi ils en sont là et effectivement, que les soins peuvent être importants » » (CPIP).*

Leurs marges de manœuvre semblent néanmoins limitées face aux détenus soumis dès la condamnation à une injonction de soin, le JAP adressant alors dès les premiers jours de l'incarcération un « avis à traitement » qu'ils doivent immédiatement signer pour acter leur consentement.

*« Puisque, si on regarde concrètement en détention, à partir du moment où il y a une injonction de soin et qu'il y a un SSJ prononcé, il y a ce qu'on appelle un avis à traitement. Je ne sais pas si vous connaissez. Un avis à traitement, c'est-à-dire que en cours de détention, sur le CD, quand ils arrivent, le JAP envoie un avis à traitement au greffe. Le détenu est convoqué au greffe. On lui dit « ça, c'est le document que l'application des peines envoie » et l'avis à traitement est assez simple. C'est deux cases : « je consens à faire des soins » ou « je ne consens pas à faire des soins ». [...] Évidemment, tous cochent « je consens à faire des soins » (CPIP).*

Dans l'esprit des agents de probation, une simple entrée opportuniste dans le dispositif sanitaire ne saurait évidemment suffire, l'objectif étant d'aboutir à une véritable adhésion et à un réel investissement, même s'ils comprennent et acceptent dans un premier temps les démarches utilitaires de nombre de détenus.

*« Parce que quand on a une injonction de soin qui est prononcée, dans le cadre d'un SSJ, si les soins ne sont pas entamés en détention, il n'y aura pas de remise de peine supplémentaire. C'est un rejet direct. Là il y a un levier : le levier des remises de peine supplémentaires. Et c'est un levier, pour le coup et c'est normal, c'est des gars qui sont incarcérés, qui mettent en place des stratégies, pour sortir le plus vite possible. C'est humain » (CPIP).*

*« C'est ça qu'on va aller chercher. Est-ce qu'il met du sens dans le soin ou pas ? [...] Est-ce que réellement il travaille la question des faits ou pas ? Est-ce qu'il va chercher au fond de lui-même ? Essayer de comprendre qui il était, pourquoi il est passé à l'acte, quelles étaient les conséquences ? Comment était le contexte ? Comment on va changer les choses ? C'est ça qui nous intéresse. Est-ce qu'il évolue ou pas ? Positivement ou pas ? » (CPIP).*

L'authenticité de la démarche et le degré d'implication dans la thérapie représentent ensuite deux critères majeurs d'évaluation des avancées du condamné au fil de la détention, dont les CPIP rendent compte dans leurs rapports aux juges d'application des peines, à l'occasion des demandes de permissions ou d'aménagements de peine. Si leur évaluation ne se résume pas à cet aspect, la lecture de ces écrits confirme, comme nous avons pu l'observer au sujet du sens attribué par les professionnels à l'injonction (v. *supra*), combien la qualité de la prise en charge est fréquemment et fortement indexée aux réflexions engagées sur le passage à l'acte, son contexte, ses causes, ses conséquences sur les victimes. Refuser cette « *« rééducation psycho-criminologique »*<sup>553</sup>, en connaissance des conséquences sur la durée de la peine purgée, serait l'indice d'une potentielle dangerosité ultérieure, faute de rachat moral, d'une compréhension des conditions et des mécanismes du passage à l'acte à ne pas reproduire. « *À défaut de se montrer disposé à collaborer aux démarches de dévoilement de soi qu'exige le principe de la responsabilisation, la personne détenue est susceptible de favoriser la construction d'une représentation d'elle-même comme étant quelqu'un qui a quelque chose à cacher et dont il vaut mieux se méfier ; l'homme suspect décrit par C. Adam (2011), le risky client de S. Pollack (2010) »*<sup>554</sup>.

*« Moi j'ai tendance à me dire que quelqu'un qui commet un certain nombre de faits d'une certaine gravité, qui en parle pas pendant x années, quelle est la construction inconsciente, sans parler de quelque chose de conscient en fait, à dénouer... enfin, plus on attend, plus je pense que c'est compliqué à dénouer. D'ailleurs en plus, ça peut être facteur de souffrance, pas forcément consciente, y compris pour l'intéressé, parce que on parle de victimes, mais y en a un certain nombre pour qui c'est une souffrance ce qu'ils ont fait et ce qui parfois ils re-commettent hein. J'ai pas la vision de monstres, et justement, me dire que certains ne feraient rien du tout pendant tout ce temps de la détention, je pense que c'est pas aidant pour la suite et surtout, pas aidant pour eux » (CPIP).*

*« Plus tôt ils sont pris en charge, plus y a des... Enfin, y en a aussi, qui font les soins en détention, pour avoir des RPS, pour avoir un aménagement de peine. Donc ça aussi, c'est détourné : « Je fais des soins ». « Mais quel était l'objectif au départ ? ». « Ben, avoir des RPS ». Mais si, si c'est pris au plus tôt pour les grosses affaires, c'est hyper important, mais même par rapport au choc carcéral, par rapport à tout ça, par rapport à tout ce qui s'est passé, le avant, les faits, l'instruction, la détention provisoire, le procès, la condamnation, ben c'est un gage de réussite quand même. C'est important » (CPIP).*

« Il a mis en place un suivi psychologique dès le début de son incarcération permettant ainsi de progresser positivement sur son approche des faits et sur sa propre personnalité". "Mr... reconnaît l'intégralité des faits pour lesquels il a été condamné. Il semble accepter la sanction pénale et semble également progresser dans l'analyse du contexte du passage à l'acte. En effet, il reconnaît qu'il s'agit d'un viol et que la victime n'était pas consentante. Il s'interroge également sur le phénomène de groupe et sur ses fréquentations de l'époque » (CPIP, rapport au JAP, D10).

« Il maintient une démarche de soins avec le SMPR. Il déclare y avoir trouvé un réel intérêt pour réfléchir à ses actes et à sa vie. L'espace de soins semble *a minima* lui avoir permis d'aborder des réflexions sur sa vie de couple. Les dernières expertises sont plus contrastées sur l'investissement dans cette démarche, soulignant les difficultés du sujet à se remettre en cause et ses capacités d'introspection limitée » (CPIP, rapport au JAP concernant une demande de semi-liberté probatoire à la libération conditionnelle) ». Il dit avoir beaucoup évolué grâce aux soins dans sa réflexion sur le passage à l'acte, dans son rapport aux femmes. L'expertise demandée dans le cadre de sa demande de libération conditionnelle permettra d'évaluer son évolution et de clarifier son positionnement dans le passage à l'acte » (CPIP, Rapport au JAP dans le cadre d'une demande de permission de sortir) ». « Il reconnaît les faits, avec la démarche de soin, il dit "savoir ce qui l'a poussé à l'acte, regrette ses actes". Il a pu expliquer qu'au moment des faits, il se trouvait en pauvreté affective dans son couple, il ne pouvait pas parler avec sa femme, il aurait "explosé". Il semble reconnaître l'extrême gravité des actes et des conséquences. Sa démarche de réflexion est à poursuivre » (CPIP, rapport au JAP concernant une demande d'une libération conditionnelle, D16).

« Monsieur... bénéficie d'un suivi psychologique avec le SMPR depuis son arrivée, et cela l'a aidé à réfléchir aux faits et à sa responsabilité d'adulte face à sa victime. Il est très déterminé à éviter tout risque de récidive. Ceci lui a permis également de surmonter le décès de sa fille, qui l'a profondément affecté » (CPIP, rapport au JAP, D43).

« Il a un suivi psy et a le sentiment de progresser dans sa réflexion sur les faits. Il travaille des aspects de sa vie jusque-là laissés de côté, sa relation aux autres, sa rigidité » (CPIP, notes manuscrites, D48).

« Mr... a mis en place un double suivi par le SMPR et le CSAPA depuis septembre et octobre 2007. Cet étayage psychologique lui a permis au fil du temps d'évoluer dans son positionnement par rapport aux faits reprochés ; d'une reconnaissance banalisante de ces derniers, il est parvenu grâce à cette prise en charge thérapeutique à une reconnaissance pleine et entière de sa culpabilité et responsabilité, ne trouvant pas dans l'addiction alcoolique qui était la sienne une quelconque excuse à son passage à l'acte » (CPIP, Rapport au JAP, D54).

<sup>553</sup> Doron C.-O., « Soigner par la souffrance », *op. cit.*, 13.

<sup>554</sup> Casoni D., « Enjeux éthiques et pratiques en clinique de l'agression sexuelle en milieu correctionnel », in Gravier B., Roman P., *Penser les agressions sexuelles*, Toulouse, Erès, 2016, 116.

« Son travail thérapeutique très investi lui permet de prendre conscience de ses faiblesses et il ressent beaucoup de culpabilité face aux actes qui l'ont amené à sa condamnation. Il n'est pas dans le déni et peut parler du processus qui l'a entraîné vers la commission des faits, en particulier ses prises massives d'alcool » (CPIP, Rapport au JAP, D61).

« Il continue la démarche de soins tout en restant dans le déni des faits ». « Il n'est guère enclin à entreprendre un travail d'introspection. Il appréhende ce suivi plus comme une aide psychologique liée à sa détention » (CPIP, Extraits de rapports au JAP, D63).

Outre les CPIP, l'ensemble du personnel pénitentiaire se mobilise autour de l'incitation aux soins, comme en témoignent les écrits des commissions pluridisciplinaires uniques (CPU)<sup>555</sup> ou des avis de la direction de l'établissement en amont d'une permission de sortir ou d'un aménagement. La consultation de la CPU est obligatoire pour l'examen des parcours d'exécution de peine (article D. 89 du CPP). Une synthèse individuelle des avis qu'elle rédige peut être portée à l'attention de la personne détenue et versée au dossier. Dans ceux que nous avons pu consulter, ces avis oscillent entre compliments, soutiens à la poursuite du traitement et fermes rappels à l'ordre lorsque les professionnels déplorent un refus ou un manque d'investissement dans les soins, ce qui n'est pas toujours bien perçu par les soignants.

*« C'est tout le monde et puis après, de toute façon, si la personne elle a pas encore fait la démarche, la première demande qu'elle va faire auprès du SPIP ou auprès du JAP, et on va lui dire... je pense que c'est un travail ça aussi, c'est la manière... « pourquoi pas l'incitation de soins, nanana », tout ça. Mais c'est surtout la manière dont on va évoquer les choses à la personne par, soit un juge, soit par un SPIP, etc. On peut évoquer le psy, mais pas dans un truc « absence de soins ; interruption trop longue avec le psy », donc des trucs en fait, qui sont uniquement du reproche ou du manquement » (Psychologue, SMPR).*

« La commission pluridisciplinaire déplore que vous n'entendiez pas les recommandations des autorités judiciaires pour prendre en charge vos problèmes d'alcool et de violences. Le prononcé d'une condamnation implique une remise en question, qui vous est proposée via l'association des alcooliques anonymes ou le SMPR » (Avis CPU, D1).

« Il a entrepris une démarche psychiatrique avec la psychologue du SMPR, mais il continue à se montrer rigide. Il explique les faits par rapport à la personnalité de la victime. Il a déjà fait subir des violences par le passé à une autre précédente compagne. Les faits ont été commis sous l'empire de l'alcool. Le travail de réflexion avance lentement. Il veut travailler sur les conclusions de l'expertise » (Avis CPU, D9).

« Il doit encore poursuivre dans sa démarche de soins pour évoluer quant à la responsabilité des faits et aux conclusions des différentes expertises ». « Vous bénéficiez d'un suivi auprès du SMPR avec le docteur... que nous vous encourageons à poursuivre et où vous pourrez continuer votre travail de réflexion sur les faits qui vous sont reprochés » (Avis CPU, D16).

« Vous êtes très assidu aux ateliers, votre comportement est très apprécié. Vous êtes un bon élément au travail et dans les relations avec les codétenus et le personnel. Vous avez entamé un suivi SMPR et participé à un module de prévention de la récidive et groupe de parole. Votre parcours dynamisé et investi depuis votre arrivée est souligné et encouragé. Vous réussissez à vous affirmer maintenant, ce qui est positif pour votre évolution et l'exécution de votre peine » (Avis CPU). « En détention il adopte un comportement très respectueux. Il investit son temps de détention par le travail (il est classé aux ateliers depuis son arrivée), mais également par la participation à certaines activités socio-culturelles. Il est suivi régulièrement par le SMPR et a participé à un programme de prévention de la récidive organisé par le SPIP » (Avis du représentant de l'AP, D84).

« Vous avez investi la démarche de soin et vous semblez capable d'exprimer votre analyse sur les faits. Vous acceptez de participer aux groupes de parole PPR. Votre évolution sera appréciée lorsque votre demande de permission de sortie sera examinée » (Avis CPU, D85).

## ***2- Des programmes d'intervention à la frontière de la thérapie***

Du fait de l'importance du SMPR, de la présence d'autres structures de santé (CSAPA) et d'associations intervenant en détention (« Alcooliques Anonymes »), les CPIP soulignent la diversité des approches thérapeutiques disponibles localement. Toutefois, le sentiment d'une inadéquation de l'offre globale de soins transparait fréquemment de leurs propos, en lien avec une critique de la prééminence des approches psychodynamiques, trop décentrées selon eux du passage à l'acte. Leur discours révèle l'imprégnation progressive de certaines méthodes étrangères, notamment canadiennes<sup>556</sup>, mais aussi du vocabulaire de l'approche criminologique qui les structure. Fortement promu au niveau national par le biais des

<sup>555</sup> Circulaire du 18 juin 2012 relative aux modalités de fonctionnement de la commission pluridisciplinaire unique, NOR : JUSK1140048C, BOMJ n°2012-07 du 31 juillet 2012.

<sup>556</sup> Alvarez J., Gourmelon N., *La prise en charge pénitentiaire des auteurs d'agressions sexuelles*, Paris, La Documentation française, 2006, 24 et s.

formations professionnelles continues, ces « programmes »<sup>557</sup> s'inspirent d'approches comportementales et cognitives (TCC), jugées plus efficaces par le courant de la nouvelle pénologie et du « *what works* »<sup>558</sup>. Si la plupart des agents précisent qu'il ne pourrait y avoir une simple transposition des pratiques étrangères, guère adaptées à la culture française et aux moyens des SPIP, plusieurs considèrent qu'ils sont insuffisamment développés en France.

*« [Les détenus] sont plutôt globalement satisfaits. Je dirais que ça fonctionne bien. Y a des psychologues avec qui ça fonctionne plutôt pas mal. Ils sont plutôt satisfaits des psychologues. Plus compliqué peut-être, avec certains psychiatres qui sont un peu... freudiens, c'est-à-dire qu'ils parlent pas. Pour des gens qui n'ont pas accès aux soins ou qui, intellectuellement, ont du mal, le silence, ce n'est pas simple (rire). Donc le psychologue du coup, leur paraît plus adapté, parce que là, ils ont l'impression d'un échange. Mais effectivement, le silence freudien ou lacanien, c'est un peu compliqué quand même pour nos gars, qui sont quand même un peu démunis. Alors, pour des gens qui ont un niveau social, culturel élevé, ça va mais je vois bien le problème, pour des messieurs qui ont plus de difficultés, c'est compliqué. C'est quelque chose qui revient assez souvent, c'est effectivement le modèle un peu français, d'orientation plutôt analytique effectivement, on laisse parler, etc., et la question d'un public qui est pas la clientèle classique d'un psychanalyste. [Est-ce que selon vous, l'offre de soins justement, sur le plan du type de soins, est adaptée aujourd'hui ?] On peut pas se plaindre nous à [ville] parce qu'on a vraiment un très gros SMPR. Entre les infirmiers, les psychologues, les psychiatres, quand même, voilà... Et je me souviens même, à la maison d'arrêt où il y a eu, pendant longtemps, une psychanalyste, ce qui est intéressant. Ça correspondait à... voilà, mais pourquoi pas ? Après, c'est vrai que c'est plus compliqué dans les petits établissements où y a peu de soignants ou moins de soignants. À [ville], on a vraiment de la chance. Y a quand même un panel de personnes... Je me dis que sur le lot, on trouve forcément quelqu'un avec qui... [On parle beaucoup du Canada en ce moment, des thérapies cognitives et comportementales...] Ah ben on n'est pas... je pense qu'en France, on est un petit peu... on ne tente pas grand-chose. Moi, je suis toujours un petit peu surprise qu'il n'y ait pas de travail autour des gens justement, qui sont dans le déni » (CPIP).*

*« Cette capacité d'élaboration puis d'élocution, ce n'est pas possible. La France est très tournée sur la psychanalyse en fin de compte et c'est pas possible pour eux. J'ai eu des exemples de gens qui... l'interdit de l'inceste par exemple, n'avait pas été mis en place par ses propres parents et effectivement, pour lui, l'intériorisation de l'interdit de l'inceste, je veux dire, c'était pas possible, ou alors c'était possible sur les 45 ans qui venaient. Donc c'était pas possible. Donc il faut à un moment donné, un certain nombre de personnes comme ça, déterminer, où l'interdit va venir de l'extérieur. C'est quelque chose qui va être une espèce de... de... de carapace, à l'extérieur, pour les protéger mais les envoyer voir le psy c'est... Moi je me souviens toujours de quelqu'un qui me disait « plutôt que d'aller voir le psy, je préfère aller voir le juge d'instruction. Au moins, il pose des questions, au moins il répond, alors que le psy... », etc. Je veux dire, c'est pas simple non plus et suivre quelqu'un – je me mets aussi du côté du thérapeute – suivre quelqu'un en suivi socio-judiciaire, c'est sans doute pas simple non plus. Comment évaluer qu'est-ce qui est de l'implication de l'intéressé, d'une non-implication ? Et qu'est-ce qui est de l'impossibilité à ? Donc là aussi, je pense que dans le cadre du suivi socio-judiciaire, s'il y a un travail qui devrait être fait, c'est étendre le spectre des thérapeutes et des thérapies proposées, pour un certain nombre des personnes. Or aujourd'hui, on est très limité » (CPIP).*

*[Le fait que certains détenus soient suivis très rapidement en détention par un psychiatre ou un psychologue, est-ce que selon vous, c'est bon signe ?] Alors là encore, j'aimerais bien savoir, par rapport à quoi ils sont suivis. Je doute un peu que le suivi porte sur les raisons, sur la problématique, sur le délit, mais plus souvent, comment dire, les conséquences de la privation de liberté sur l'état de la personne. Quelqu'un va mal, il demande à consulter. Là je sais pas ce dont il est question. Ou est-ce qu'on cherche d'abord, sans doute, à essayer d'aider la personne à trouver un équilibre dans ce milieu... dans ce nouveau*

<sup>557</sup> V. notamment Middelton D., *Le traitement et la gestion du risque de récidive des délinquants sexuels en Angleterre et au Pays de Galles*, 2004, PC-DS, Conseil de l'Europe ; Home Office, *The Treatment and Risk Management of Sexual Offenders in Custody and in the Community*, 2002 ; Cosyns P., Hoeree J., De Doncker D., « Psychothérapie cognitive et comportementale des auteurs d'agression sexuelle », in *Conférence de consensus, Psychopathologie et traitements acteurs des auteurs d'agression sexuelle*, 2001, texte des experts, Fédération française de psychiatrie et John Libbey Eurotext, 243-256.

<sup>558</sup> Quirion B., « Traiter les délinquants ou contrôler les conduites : le dispositif thérapeutique à l'ère de la nouvelle pénologie », *Criminologie*, 2006, 39, 2, 137-164 ; Losel F., Schmucker M., « The effectiveness of Treatment for Sexual Offenders: a comprehensive meta-analysis », *Journal of Experimental Criminology*, 2005, 117- 146 ; Brown S., *Treating Sex offenders: An introduction to sex offender treatment programmes*, ed. William Publishing, 2005 ; Beech A. R., Craig L. A., Browne K. D. (Eds.), *Assessment and treatment of sex offenders: A handbook*, Chichester, Wiley-Blackwell, 2009.

*milieu et une fois ça plus ou moins réalisé, on propose un suivi, plus en rapport à la problématique. Je sais pas. Mais la question c'est est-ce que le fait de prendre ça au tout début serait une bonne chose ? Oui, je pense que c'est doute très important de le faire très en amont oui » (CPIP).*

Si ce n'est pas la règle, plusieurs experts recommandent d'ailleurs explicitement des thérapies plutôt cognitives et comportementales, de groupe, quand ils ne citent pas le condamné déplorant le silence de son thérapeute, comme d'ailleurs certains CPIP dans leurs notes.

« Interrogé sur le travail psychologique qu'il a pu effectuer pendant sa détention, il s'exprime avec une certaine facilité, évoquant le docteur..., psychiatre au SMPR de... ,avec qui il avait eu un certain nombre d'entretiens sous forme de consultations bimensuelles. Alors que Mr... ne se sentait pas à l'aise avec des psychiatres trop silencieux, le docteur... avait gagné sa confiance et l'aidait en lui donnant des conseils, des conseils de lecture d'ouvrages philosophiques ou d'ouvrages traitant de la biodynamique du cerveau. Il s'était intéressé à ces questions et en avait tiré un profit moral important » (Expert, D3).

« Le sujet est difficilement curable. Il faut articuler thérapies individuelles (psychologiques et cognitivo-comportementales) et groupales, suivi psychiatrique et prescription médicamenteuse pour peser sur les composantes anxieuses et dépressives et contrainte judiciaire. [...]. Sa réadaptation dépend de ces soins qui doivent être menés par une équipe spécialisée et/ou un réseau de professionnels formés à ces troubles et aux techniques appropriées » (Expert, D33).

« Un travail individuel semble indispensable pour tenter d'amener le sujet à se pencher sur lui-même, mais un travail en groupe pourrait recadrer sa place sociale et rompre avec son isolement de construction. [...] Le sujet est volontaire, ne se renferme pas, et demande de l'aide » (Expert, D95).

« L'expert préconise un traitement sous la forme d'une « psychothérapie comportementale individuelle et/ou de groupe, la prise en charge psychanalytique dont Mr a déjà bénéficié n'ayant manifestement pas eu d'impact sur sa problématique pédophile ». La question d'un traitement inhibiteur de libido restait à affiner » (Ordonnance du JAP citant l'expert, D97).

« Il a engagé un suivi psychologique dès son incarcération au mois de septembre 2006. Au CD de..., il voyait le Dr... une fois tous les 15 jours, mais a demandé à changer car trouvait qu'il "ne parlait pas assez" » (CPIP, notes manuscrites, D96).

« Mr est suivi deux fois par semaines par le Dr... depuis novembre 2010. Il semble volontaire dans le suivi psychiatrique. Avant ce praticien, il indique avoir été pris en charge par un autre médecin pendant deux ans. Selon ses dires, "la méthode lacanienne des entretiens ne lui convenait pas". Il dit être éventuellement intéressé par le groupe de parole ou tout moyen qui pourrait le faire avancer » (CPIP, avis sur une demande d'aménagement PSE, D97).

Déjà, en 2000, une recommandation du Conseil de l'Europe concernant l'amélioration de la mise en œuvre des règles européennes sur les sanctions et mesures appliquées dans la Communauté (2000-22) incitait les États membres à développer « *des programmes d'intervention destinés aux délinquants qui ont gravement récidivé ou qui risquent de le faire* », basés sur des « *méthodes cognitivo-comportementales qui consistent à apprendre aux délinquants à réfléchir aux conséquences de leur conduite criminelle, à les amener à mieux se connaître et se contrôler, à reconnaître et à éviter les situations qui précèdent le passage à l'acte et à leur donner la possibilité de mettre en pratique des comportements pro-sociaux* ». Elle conseillait une affectation des condamnés après évaluation, « *selon des critères explicites – capacité de réaction des intéressés à l'intervention, dangerosité présumée (...), facteurs personnels et sociaux directement liés à la probabilité de récidive* »<sup>559</sup>. Sept ans plus tard, en 2007, une autre recommandation sur la protection des enfants contre l'exploitation et les abus sexuels assurait de nouveau la promotion de tels programmes au sujet des délinquants sexuels.

Ces programmes sont le plus souvent construits sur le « *Risk-Need-Responsivity Model* »<sup>560</sup>, qui n'est pas sans soulever des critiques dans la littérature scientifique internationale, toutefois fort peu relayées auprès des professionnels en France. Outre la standardisation problématique des suivis<sup>561</sup>, « *la conception du sujet est celle d'un individu porteur de risques à normaliser, enfermant le sujet dans une identité délinquante avec laquelle il doit apprendre à vivre, notamment en intégrant les réactions à mettre en place dans une situation à risque. La principale critique énoncée à l'égard de ce modèle consiste à ne pas tenir compte de la vision globale du sujet et de ses spécificités individuelles ; également l'absence de prise en compte de ses potentialités, de ses besoins humains fondamentaux, de son système*

<sup>559</sup> Moulin V., Palaric R., « Les groupes de parole de prévention de la récidive au sein des SPIP », *Champ pénal/Penal field* [En ligne], Vol. XI | 2014, mis en ligne le 24 novembre 2014, URL [http://champpenal.revues.org/8955].

<sup>560</sup> Andrews D. A., Bonta A., 2007, *Modèle d'évaluation et de réadaptation des délinquants fondé sur les principes du risque, des besoins et de la réceptivité*, Sécurité Publique du Canada.

<sup>561</sup> Ward T., Yates P. M., Willis G. M., « The Good Lives Model and the Risk Need Responsivity Model. A critical response to Andrews, Bonta, and Wormith (2011) », *Criminal Justice and Behavior*, 2012, vol. 39, n° 1, 94-110.

de valeurs, de ses aspirations, de ses rapports à la norme et de tout ce qui fait sa singularité (Ward, Gannon, 2006 ; Coco, Corneille, 2009). Les programmes construits sur les facteurs de risque dynamiques tendent à les réduire ou à les éviter par l'apprentissage de comportements normatifs plus que dans une posture réflexive ou compréhensive (Ward, Maruna, 2007). La relation correspond à une approche instructive, dissymétrique (vs. participative ou collaborative) selon des modalités d'intervention standardisées qui laissent peu de place à l'intervenant et tiennent peu compte de la relation avec le professionnel (notion d'alliance) »<sup>562</sup>.

De plus en plus influencée par ce courant de pensée, l'Administration pénitentiaire a développé depuis une dizaine d'années des « programmes de prévention de la récidive »<sup>563</sup> « conçus comme des programmes éducatifs et non thérapeutiques visant, dans une perspective criminologique, à travailler collectivement sur le passage à l'acte délictueux et ses conséquences pour la victime et la société »<sup>564</sup>. Selon ses concepteurs, ils « ne visent donc pas à une transformation profonde de la personnalité, mais – plus pragmatiquement – à l'acquisition d'une maîtrise du comportement ». « Il est question – à travers la mise en place de groupes de parole animés par des CIP – de confronter les vécus et d'apporter un certain nombre de repères (rappel à la loi, éducation civique, mise en commun des expériences) à des détenus ou probationnaires ayant commis des actes de même nature, afin de faire évoluer la représentation que se font les intéressés de leur geste (crime ou délit) et, ainsi, de prévenir la réitération du passage à l'acte »<sup>565</sup>. L'un d'entre eux écrivait ainsi que « Ces programmes promeuvent une approche nouvelle de la problématique du passage à l'acte et de sa réitération, en jouant – à travers la mise en place de groupes de parole en milieu fermé comme en milieu ouvert – des effets de socialisation et d'émulation liés à la dynamique de groupe (Brillet, 2009) »<sup>566</sup>. À la lecture des notes manuscrites des CIP exerçant en détention et/ou des expertises de pré-libération, on constate qu'il s'agit essentiellement pour les acteurs de terrain d'amener les condamnés à développer leurs capacités d'introspection et d'autocritique, particulièrement pour les publics plus démunis intellectuellement, à analyser et à comprendre les causes, les conditions et le processus du passage à l'acte en miroir de l'expérience vécue des autres participants, à renforcer également leur empathie envers la victime et leur sentiment de responsabilité. On retrouve parfois sous la plume des experts ou des CIP quelques appréciations des condamnés sur ces groupes de parole, ceux-ci évoquant les bénéfices de la démarche, mais aussi leurs appréhensions et difficultés, notamment quant au fait de s'exprimer en public.

« Il n'a suivi aucun soin à la maison d'arrêt. N'y est pas hostile mais n'aurait pas osé sortir de cellule. Lorsqu'il est transféré à [ville], la CPU arrivants note qu'il présente un risque suicidaire, inquiet, vulnérable et dépressif ». « projet de détention : débiter une démarche de suivi psychologique. Il a demandé un suivi SMPR, suivi avec un psychologue ». « Il fait beaucoup d'efforts notamment au niveau des soins. Depuis 2011, il rencontre régulièrement un psychologue au SMPR ». « Participe de janvier 2012 à juillet 2012 à un PPR AICS [qui] a permis un début d'ébauche de démarche critique à la hauteur de ses capacités intellectuelles très limitées » (extraits des notes manuscrites du CIP en milieu fermé, D84).

« "Le groupe s'est bien passé. Un peu d'appréhension. Bonne confiance dans le groupe. S'est beaucoup exprimé avec son corps, peu avec la parole. A toujours été là. A été régulier. Un peu long pour lui (2h.). Très attentif, très à l'écoute. Il faut venir le chercher pour qu'il parle. Difficile d'écouter les témoignages. Parfois submergé de l'émotion. Mais les réponses des autres l'ont amené, dit-il, à amener des solutions. Parle de la souffrance d'une victime. Ne pensait pas que ça existait » (extraits des notes manuscrites du CIP en milieu fermé, D85).

« Les faits qui lui sont reprochés, en l'occurrence des abus sexuels sur sa nièce entre les 6 ans et les 9 ans de cette dernière, sont totalement reconnus par Monsieur... Pour autant, compte tenu de ses faibles capacités d'introspection, ce dernier a des difficultés pour mettre des mots sur ses actes. L'expert psychiatre note des "capacités intellectuelles limitées", une "immaturité", "une pauvreté des affects, des émotions, des sentiments", une "dimension rustre et frustrée dans la relation". Toutefois, même si monsieur... a des difficultés pour s'exprimer, il a participé au groupe PPR et a su trouver sa place au sein du groupe, ce qui n'a pas été simple pour lui dans un premier temps. Il a pu dire combien ce groupe lui avait été bénéfique et surtout comment cela avait libéré sa parole auprès du psychologue du SMPR qui assure son suivi depuis son arrivée sur le centre de détention » (Rapport du CIP au JAP, D22).

<sup>562</sup> Moulin V., Palaric R., *op. cit.* ; v. également Malfroy P., « Les programmes de prévention de la récidive. Genèse, actualité et perspectives pour l'institution pénitentiaire en France », in Gravier B., Roman P., *op. cit.*, 205.

<sup>563</sup> Alvarez J., Gourmelon N., *op. cit.*, 52 et s.

<sup>564</sup> Moulin V., Palaric R., *op. cit.*

<sup>565</sup> *Ibid.*

<sup>566</sup> Brillet E., 2009, *Le programme de prévention de la récidive, retour sur une innovation institutionnelle*, document DAP/PMJ5, 07/07, Cité in *ibid.*

« Au sujet de la prise en charge avec son psychologue, il estime : "Je sais que ça se passe très bien, on a un bon contact. J'ai jamais eu de problème avec lui depuis que je suis là." À notre question, "et au sujet de votre affaire, quelles sont vos avancées ?" "Tout ça, on essaye de le mener avec le psy et le groupe de parole pour essayer de lutter contre la récidive. Parler en groupe, il faut avoir une grande confiance avec les autres. Nous sommes 10 à parler. C'est pas facile mais petit à petit on arrive à s'exprimer. Pour ma part je ne suis pas un grand parleur. Pour moi c'est beaucoup car avant je ne me voyais pas faire partie d'un groupe de parole. Les faits, j'en parle avec mon psy mais en parler avec d'autres personnes ce n'est pas facile. Il faut qu'il y ait une confiance. Dans le groupe on arrive à piocher des réactions qui correspondent à nous et c'est comme ça qu'on avance. Mais c'est pas facile". [...] Il s'efforce de mieux comprendre son comportement en consultant le psychologue avec lequel il évoque les faits. Depuis début 2012, il participe à un groupe de parole auteurs d'agressions sexuelles. Cette démarche n'est pas facile pour lui, car il est de tendance assez réservée, mais elle l'aiderait à mieux comprendre ses faits et gestes, au regard de l'histoire d'autres agresseurs » (Expert). « Il a entrepris un suivi psychologique pour tenter de comprendre ses passages à l'acte. En 2012, il a également participé au groupe de parole proposé par le SPIP et ouvert aux auteurs d'infractions à caractère sexuel. Il a su vaincre ses appréhensions pour participer à cette démarche, investir l'espace, y mettre de la sincérité, et se révéler authentique dans ce qu'il a amené dans les séances, notamment dans la reconnaissance de sa responsabilité et dans son empathie pour les victimes, ce qui a permis de faire progresser d'autres participants. Les experts psychiatres révèlent que cette démarche de groupe "l'aiderait à mieux comprendre ses faits et gestes, au regard de l'histoire d'autres agresseurs". Les deux démarches - psychologique et socio-éducative - lui permettent aujourd'hui d'avancer dans sa responsabilité et surtout de mieux décrypter le contexte et les causes ayant permis ces actes. Il est en capacité de s'en ouvrir même s'il reste de caractère réservé. Il se retrouve aujourd'hui en confiance pour poursuivre le suivi psychologique à l'extérieur et construire un projet adapté » (rapport du CPIP au JAP, D17).

« Le sujet évoque ainsi sa participation à ses débuts de détention, à un groupe spécifique de prise en charge concernant les auteurs d'agression sexuelle dans lequel il n'avait visiblement aucunement pu s'exprimer, étant comme paralysé » (Expert, D54).

Si certains agents ont perçu positivement ces nouvelles pratiques d'intervention, les groupes de parole « prévention de la récidive » ont suscité diverses résistances syndicales, groupales et individuelles<sup>567</sup>. Selon V. Moulin et R. Palaric, nombre d'agents de probation y ont vu un instrument essentiellement « sécuritaire », transformant les travailleurs sociaux en criminologues, d'autant que s'y associait le DAVC, qui suscitait en lui-même des critiques du même ordre. En revanche, ceux qui ont accepté de se lancer dans cette innovation y ont vu une « *source de satisfaction et de gratification professionnelles en lien avec le travail réalisé* ». « *Les interviews mettent en avant le plaisir pris dans cette activité, du fait qu'elle instaure une nouvelle modalité de rencontre avec le sujet permettant de restituer la parole dans une pratique surchargée, de rétablir des « espaces de réflexion et d'analyse sur le sujet et avec le sujet » dans le groupe ; du fait d'un « renouvellement de la relation avec le justiciable » (plus grande proximité, dans le passage d'une relation de contrôle à une relation de co-élaboration sur un mode éducatif). [...] Les interviews mettent en avant le plaisir pris dans cette activité du fait de « l'implication personnelle et de la créativité que suscite le groupe », des « échanges, la co-construction et de la réflexion » qu'il restaure dans la pratique (versus pratique individuelle) »<sup>568</sup>. La mise en œuvre concrète des PPR varie sur le territoire, notamment en fonction des moyens disponibles, suivant « *deux types d'animations : l'un plus normatif et axé principalement sur l'acte et la chaîne infractionnelle ; l'autre plus réflexif et axé davantage sur le sujet dans sa globalité. En ce sens, le PPR s'approcherait du Good Lives Model (Ward, Gannon, 2006 ; Ward et al., 2012) qui décentre la prise en charge d'un regard centré sur les facteurs de risque de récidive pour interpeller le sujet social* »<sup>569</sup>. D'autres considèrent toutefois que les références au cognitivo-comportementalisme ne seraient que « *lexicales* ». « *Tout au plus reprennent-ils quelques techniques de la psychologie sociale et une conception de la dynamique de groupe proche de la pensée de K. Lewin* »<sup>570</sup>.*

Localement, certains agents ont déploré le manque de moyens et de formation pour véritablement développer ces groupes de parole, dont ils ne contestent pas et valorisent au contraire l'intérêt. « *Tout se passe comme si, au terme de ces formations, ils en savaient à la fois trop pour envisager de travailler comme auparavant et pas assez pour endosser ce nouveau rôle entre l'éducatif et le criminologique envisagé par l'Administration. Cette position les place de leur point de vue, dans une posture difficile vis-à-vis des PPR, particulièrement en terme de maîtrise des situations difficiles* »<sup>571</sup>. Ils regrettent aussi des effets de mode, avec des dispositifs progressivement « vidés de sens » au profit des innovations successives portées par leur direction centrale.

<sup>567</sup> Moulin V., Palaric R., *op. cit.*

<sup>568</sup> *Ibid.*

<sup>569</sup> *Ibid.*

<sup>570</sup> Malfroy P., *op. cit.*, 213.

<sup>571</sup> Alvarez J., Gourmelon N., *op. cit.*, 59.

« Je prends un exemple sur les années récentes. On prend l'exemple du PPR, très intéressant. Avant même que le PPR devienne obligatoire comme modèle de prise en charge, ça devenait l'outil, je dis bien l'outil qui allait effectivement, faire que y allait avoir zéro récidive chez les agresseurs. Il faut déjà se représenter ça. À l'époque, s'était appuyé sur [Psychiatre renommé spécialisé dans la prise en charge des délinquants sexuels]. Alors, avant même que les PPR deviennent obligatoires par certains... portés en tout cas par [DSPIP à la DAP] et tous ces gens-là, nous sur le SPIP ici, nous en tant que très jeunes professionnels, on avait déjà l'équipe de [Psychiatre renommé spécialisé dans la prise en charge des délinquants sexuels] qui venait expliquer le travail qu'ils avaient... dans le 92, je sais plus sur quel centre. Ils nous expliquaient pourquoi ils travaillaient le PPR comme ça, quelle était leur approche, en termes de soins. Effectivement, on commençait déjà à parler d'approche cognitivo-comportementale, plein de choses, mais ils nous donnaient cette information à la dernière heure. Nous, on avait commencé à travailler là-dessus, en disant ça peut être intéressant. C'est-à-dire que nous on aura un peu le versant éducatif. On verra qui peut compléter ça, y avait que des AS et des travailleurs sociaux. [...] Quand les PPR se sont mis en place, c'est à l'image de l'Administration pénitentiaire. Quand ils se sont mis en place, ils ont dit « pas de 16 séances, pas de machin éducatif, non, non, non. Faites 8 séances ». Et c'était devenu des réunions collectives d'information. Et ils ont tué complètement, vidé de sens le groupe de parole. C'est pour ça que je dis que pour moi c'est voué à l'échec. Cette administration, elle a ce truc-là et c'est propre, parce que moi j'ai travaillé dans d'autres administrations mais l'Administration pénitentiaire, là-dessus... » (CPIP).

« Moi, ce qui me soucie beaucoup, c'est que notre administration si vous voulez, ça ne lui pose pas de problème. Elle vous dit il faut faire vert. Le lendemain... nous, les PPR, on a compris que c'est plus à la mode. On nous a fait mais... chier avec les PPR. On a bouffé, on a fait des formations, c'est super intéressant. Moi j'adore mais voilà... Il fallait faire du PPR, du PPR, du PPR. [Nom du formateur] arrive et on dit « Du PPR ? Non mais, vous voulez rendre les gens schizophréniques ? ». On vous propose des recettes, à périodes... Mais on sait faire. On sait faire, je pense pas que... Alors, après on peut améliorer, on peut ouvrir. Bien évidemment, enrichir. On peut aller voir ce qui se passe ailleurs, bien sûr, évidemment... Faut pas être mais le fond, si vous bossez bien, vous savez à peu près bien comment faire quand même. Moi j'ai trouvé ça très intéressant, l'introduction du groupe. Moi j'ai toujours aimé travailler avec des groupes, je trouve que c'est autre chose, c'est une autre... C'est sympa à faire, mais il faut du temps, il faut du temps. Nous on a fait des PPR qui étaient hyper ambitieux, à dix séances, avec des supervisions. Entre midi et deux, on bouffait pas, enfin mais c'était passionnant. [...] On a fait vraiment des PPR super complets, vraiment très intéressants, assez longs, à raison de une heure et demi, deux heures. Voilà, 12 séances, c'est pas rien hein. Et puis là on a dit « ils se foutent de notre gueule, c'est bon. On va proposer six séances ». On nous a dit « oui, c'est bien oui ». Mais moi, ça me fais mal au cœur. C'est-à-dire que vous avez des professionnels, qui à un moment donné, sont prêts à s'investir, font des choses, etc., et là, vous dites, la PPR, la case A, ils en font oui. Ils font trois séances, mais c'est pas grave. Y a plus de sens quoi. Y a de moins en moins de sens. Moi je m'y retrouve pas » (CPIP).

En outre, comme le note P. Malfroy, « nous retrouvons dans ce point de départ des PPR une focalisation sur les auteurs de violences sexuelles avec l'idée que la médecine ne leur apporte pas cette nécessaire réflexivité sur leur acte. Certains y voient même l'échec du processus thérapeutique dans la prévention de la récidive. Ce serait donc au personnel pénitentiaire d'agir sur le criminel pour induire un mouvement psychique porteur de changement. [...] Malgré sa volonté de se trouver une spécificité, la conception du crime sous-entendue dans les PPR relève d'une assimilation systématique de la transgression à une pathologie »<sup>572</sup>. Ils « reproduisent cette confusion entre le crime en acte et le criminel en représentation, en prenant comme postulat l'existence d'une pensée qui est la cause de l'acte, comme si le criminel était d'abord criminel de ses pensées »<sup>573</sup>. Si l'approche se veut essentiellement socio-éducative, criminologique, une lecture psychologique n'en est pas moins présente, « par la technique et par l'outillage », ainsi que « par la fonction du psychologue régulateur », qui accompagne les CPIP dans la construction du PPR et dans la sélection des participants<sup>574</sup>. On constate donc un « effet de brouillage » entre la prise en charge sanitaire et la prise en charge socio-éducative des SPIP, l'investissement des CPIP dans « une forme de prise en charge à visée criminologique, l'usage de concepts et d'outils similaires à ceux utilisés en psychiatrie (le « passage à l'acte », la mise en place

<sup>572</sup> Malfroy P., *op. cit.*, 210.

<sup>573</sup> Malfroy P., *op. cit.*, 225.

<sup>574</sup> *Ibid.*, 216.

de « groupes de parole »...) tend à estomper les frontières entre ces deux domaines de pratique »<sup>575</sup>. Ces nouvelles formes d'intervention génèrent parfois quelques tensions avec les professionnels du SMPR, lorsque les thérapeutes ne jugent par la méthode adaptée pour tel ou tel condamné dirigé vers un PPR. Un CPIP évoque pour sa part un phénomène de concurrence, les soignants organisant leurs propres groupes de parole (v. *infra*), de sorte qu'ils communiqueraient peu sur leurs dispositifs respectifs.

« [Et les groupes de parole, ça se développe ?] Ils en font beaucoup eux mais on n'a aucune info. Ils en font plein. Ça a l'air d'être plutôt intéressant, mais on n'est pas au courant. [Et vous parallèlement, vous faites des PPR ?] On a fait des PPR, en lien avec eux, puisqu'on leur a donné des listes, pour savoir si... On a eu quand même, des messieurs qui euh... on a eu beaucoup de mal sur le dernier groupe de parole, parce qu'on a eu des messieurs qui ont dit « j'ai vu avec le psy. Il m'a dit que c'était pas le moment. Qu'il fallait pas... », donc ils ont dit non. [...] Eux ils disent que non, ce n'est pas vrai, ils ne l'ont pas dit comme ça. Il se trouve qu'on a eu quand même, des gens qui, au départ avaient dit oui et après avoir parlé à leur psy, ont dit non. [Sans échanges en amont ?] Surtout pas. Donc il y a eu quand même de la réticence sur les PPR, parce qu'on avait l'impression qu'on venait leur bouffer la laine sur le dos, alors que c'est pas du tout psy justement. L'avantage, c'est pas là-dessus. Et puis que ça peut être complémentaire et que parfois, ça relançait à mon avis le processus. Je pense que c'est un vrai intérêt. Mais ils sont tous assez... Ils partagent pas la même... tous ne partagent pas la même... la même opinion. Y en a qui étaient, qui trouvaient ça intéressant ; d'autres qui étaient très réticents et comme on n'impose rien, on a bien senti que nous, honnêtement, très clairement, on a des gars qui ont pas voulu, parce qu'ils avaient parlé avec le psy, c'est clair » (CPIP).

« Je pense que les échanges qu'on a pu avoir mais ce n'est pas des échanges entre services, c'est des échanges plutôt individuels avec certains psychiatres. Ils ont mis en place des groupes de parole. Pour le coup, ils sont même peut-être précurseurs là-dessus, parce que ça fait super longtemps qu'ils ont mis en place ces groupes de parole. Y avait déjà des amorces effectivement. Dans le détail, ce qu'ils peuvent nous en dire « c'est bien, vous faites des PPR les CIP, c'est bien mais dans votre programme, vous leur parlez de quoi ? ». Ils étaient un peu dubitatifs en disant « nous on est sur le soin. C'est déjà compliqué pour nous, d'avoir ce groupe-là, parce que y a des négateurs, parce qu'il y a ci, il y a ça. Vous, comment vous gérez vos choses ? Vous êtes pas formés là-dessus et restez bien sur un plan éducatif, bien sur le plan social ». Je crois que eux ils le mettent en place. Moi, je... je sais pas si... j'aurais du mal à me prononcer, concrètement. Vraiment, sincèrement, j'aurais du mal à me prononcer sur « est-ce qu'il faut telle approche ou telle approche ? ». [...] Je crois que ce qui est mis en place, leurs groupes, ce que je regarde de mes garnements qui vont dans ces groupes-là, je les vois ressortir avec des bénéfices clairs, avec des choses complètement posées. Ils sont capables de dire « ah ben attends, l'autre... bon ben c'est secret hein, on garde ça pour nous, l'autre il dit que, bien sûr que non, il avait pas envie, c'est parce que la jeune femme est venue que du coup, c'est..., on lui a dit que non ». C'est le groupe. Après, l'approche qu'ils ont eux, franchement, je saurais pas me prononcer. J'ai bien mes idées moi, propres mais je saurais pas me prononcer. Je sais pas s'il y aura un mieux ou pas. Moi, ce que j'observe, c'est qu'à partir du moment où ils sont suivis, chacun à leurs différents niveaux, y a toujours un bénéfice, quoiqu'on en dise, quoiqu'on en dise. Même si ce bénéfice-là, il peut être, comment dire, sur le fond du suivi, est-ce qu'ils maintiennent quelque chose de force ou le gars, il voit plus les faits, il parle complètement d'autre chose mais il faut le maintenir dans ce processus thérapeutique. C'est peut-être le cas, on le voit. Ils vont jamais nous dire « il a rien compris ». C'est rare qu'ils nous disent ça » (CPIP).

## B- L'incitation médicale

Pour structurer et renforcer la qualité des prises en charge sanitaires des délinquants sexuels, les ministères de la Santé et de la Justice se sont accordés pour engager un mouvement de spécialisation des équipes soignantes dans quelques établissements fléchés, dont le centre de détention situé sur notre terrain d'étude (1). En son sein, le personnel du SMPR ne se contente pas d'attendre une demande de soins psychiques. Bien qu'un protocole informel tende à responsabiliser le détenu dans le processus de sollicitation d'un traitement, ils cherchent activement à « susciter » sa demande<sup>576</sup> (2).

<sup>575</sup> Alvarez J., Gourmelon N., *op. cit.*, 36.

<sup>576</sup> Ciavaldini A., *Psychopathologie des agresseurs sexuels*, Paris, Masson, 1999, 202.

## 1- Des établissements spécialisés

Selon les articles 763-7 et 717-1 du CPP, les condamnés soumis à une injonction de soin par la juridiction de jugement et ceux dont les infractions entrent dans le champ d'application du SSJ doivent être incarcérés dans un établissement pénitentiaire permettant de leur assurer « *un suivi médical et psychologique adapté* ». 22 établissements pour peine, comprenant un service médico-psychologique régional ou une unité fonctionnelle rattachée à un SMPR (R57-8-3 CPP), ont été désignés en 2008, ceux-ci bénéficiant de dotations financières complémentaires. Cette spécialisation visait des économies d'échelles en évitant un saupoudrage des crédits, mais aussi à garantir la qualité des prises en charge et à protéger les auteurs de violences sexuelles des brimades d'autres détenus<sup>577</sup>. Il s'agissait de « *renforcer et de structurer l'offre de soins en direction des auteurs de violences sexuelles incarcérés, par la mise en place d'une organisation régionale coordonnée, articulée avec la spécialisation de certains établissements pénitentiaires dans l'accueil de ce type de personnes détenues* »<sup>578</sup>. Ces établissements bénéficient d'une dotation financière minimale de 185 000 euros par équipe spécialisée, mais dont le montant varie selon le nombre de condamnés pris en charge régionalement<sup>579</sup>. Au total, 40 psychiatres intervenaient dans ces établissements, 86 psychologues et 95 infirmiers en 2012<sup>580</sup>. D'après un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection des services judiciaires (IGSJ), le ratio de psychiatres pour cent personnes écrouées est passé de 0,26 avant renforcement à 0,38 après ces recrutements, tandis que ce ratio était de 0,25 pour les établissements non spécialisés<sup>581</sup>. Le ministère de la Santé incitait également les SMPR à développer des « *thérapies collectives* » et des prises en charge individuelles « *renforcées aux moments critiques de la détention (entrée, procès, libération)* »<sup>582</sup>. Ce surcroît de financements devait permettre une meilleure « *continuité de la prise en charge lors des transferts vers d'autres établissements pénitentiaires ou à la sortie de prison* » et une « *articulation forte avec les structures existantes en milieu ordinaire (centres de ressources, consultation spécialisée)* ». Dans une note du 24 février 2009 adressée aux directeurs interrégionaux des services pénitentiaires, la Direction de l'administration pénitentiaire (DAP) demanda que les détenus condamnés pour une infraction sexuelle soient orientés préférentiellement dans l'un de ces 22 établissements spécialisés, parmi lesquels figure le centre de détention de notre terrain d'étude.

Si nombre de ces établissements manquent toujours de personnel soignant pour assumer cette offre de soins, certains professionnels ont localement regretté une répartition inadéquate des moyens entre le milieu fermé et le milieu ouvert, au profit du premier, alors même que le cœur du dispositif de l'injonction de soin concerne la prise en charge postérieure à la libération.

*« Moi je reste un peu scotchée des moyens qui ont été mis dans les murs et je pense notamment aux établissements dits fléchés, comme le CD de [ville]. Y a des gros moyens qui ont été donnés et rien pour dehors. [...] Alors, moi je suis pas très pour les centres de soins spécialisés, parce que je trouve que c'est stigmatisant, mais en tout cas de pouvoir... qu'il y ait des moyens... Voilà, qu'il y ait un accueil correct. Parce que déjà, arriver télécommandé par la justice et en plus quand on te répond « mais monsieur, y a 6 mois d'attente et puis de toute façon, la priorité c'est la maladie mentale, donc vous passerez après ». C'est pas dit comme ça mais on voit bien... bon. Je crois qu'il faut pouvoir faire une offre de soins à la hauteur du temps que ça demande et de qualité. Je pense que c'est une mission du service public, ça c'est non négociable. Et le SRAV (soin renforcé aux auteurs de violences sexuelles), les budgets Sarkozy... en tout*

<sup>577</sup> Saetta S., « Inciter des auteurs d'infractions à caractère sexuel incarcérés à se soigner », *Champ pénal/ Penal field* [En ligne], Vol. XIII | 2016, mis en ligne le 06 octobre 2016, consulté le 23 avril 2017. URL [<http://champpenal.revues.org/9401>] ; Alvarez J., Gourmelon N., *op. cit.*, 152 et s.

<sup>578</sup> Circulaire DHOS/F2/F3/DSS/1A n°2008-356 du 8 décembre 2008 relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé.

<sup>579</sup> Une majoration de 150 000€ est prévue pour les régions accueillant de 150 à 300 auteurs de violences sexuelles écroués, 315 000€ entre 300 et 550, 440 000€ entre 550 et 700, 545 000 en présence de plus de 700 condamnés. Une majoration de 50 000 € est accordée aux régions accueillant plus d'un établissement spécialisé, et à la région Île-de-France ( 150 000 €), afin de prendre en compte l'importance de la population carcérale et du réseau de structures et de partenaires en milieu ordinaire à animer.

<sup>580</sup> Blanc E., *Rapport d'information sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel*, Assemblée nationale, 2012, 4421.

<sup>581</sup> Inspection générale des Affaires sociales et Inspection générale des services judiciaires, *Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soin*, 2011, 65.

<sup>582</sup> Circulaire DHOS/F2/F3/DSS/1A n° 2008-356 du 8 décembre 2008.

*cas à [ville], tout a été mis sur le centre de détention et rien dehors. [...] Alors que y a profusion de personnels dans les murs. C'est pas très politiquement correct ce que je dis là mais vraiment, je, je, je ne comprends pas. Je comprends pas la logique. Je comprends pas que les responsables judiciaires, ARS, n'interviennent pas là-dessus quoi. Surtout quand on voit les statistiques. Vous les connaissez sûrement mieux que moi, mais comme je les ai regardées il n'y a pas tellement longtemps, je crois qu'en 2005 on avait 23% ou 24% d'auteurs de violences sexuelles, ça représentait 25% de la population incarcérée. On est à 12% au 1<sup>er</sup> janvier 2015. Donc, ça veut dire quoi ? Ça veut dire qu'il y en a moins, enfin qu'il y a plus de personnes détenues et en proportion, moins d'auteurs de violences sexuelles, donc je comprends pas pourquoi on continue à fléchir à mort sur eux. Ça, ça me dépasse [...]. Et puis, qu'il y ait si peu de choses dehors, alors que les injonctions de soins c'est dehors et que c'est dehors qu'il y a un danger – pour eux hein – de se sentir en difficultés sociales, relationnelles. Il est dehors le problème. Pour certains, il existe aussi dans les murs et y a des agir violents aussi dans les murs mais la plupart des détenus pour infractions sexuelles, c'est quand même des détenus modèles. Et dehors, prrt, 3-4-5 mois d'attente » (Psychologue SMPR).*

Ce constat ne doit toutefois pas masquer d'importantes inégalités territoriales, d'autres SMPR spécialisés « AICS » affrontant une situation plus délicate. Dans un rapport récent<sup>583</sup>, les inspections générales notent que sur les 22 établissements prévus, 12 seulement présentent une spécialisation effective (équipe complète avec poste dédié, projet médical), la spécialisation étant par ailleurs peu avancée dans au moins cinq d'entre eux. Certains peinent à recruter des psychiatres du fait de leur localisation, manquent de personnel formé, de sorte qu'il faudrait plusieurs mois pour obtenir un rendez-vous. Leur répartition géographique est insatisfaisante, avec des zones qui en sont totalement dépourvues, ce qui entrave notamment le maintien des liens familiaux.

## **2- L'amorce de soins ou d'entretiens « pré-thérapeutiques »**

Les pratiques locales des SMPR varient sur le territoire, comme en témoignent quelques rapports institutionnels et les recherches réalisées sur le sujet<sup>584</sup>. Dans certains établissements, l'offre de soins figure dans le « Livret arrivant » remis au détenu dès son arrivée en détention<sup>585</sup>. Les textes prévoient également que le chef d'établissement signale immédiatement aux psychiatres l'incarcération de tous les délinquants sexuels condamnés ou non à un SSJ assorti d'une injonction de soin (art. R57-8-4 CPP). Dans quelques sites, un médecin coordonnateur serait également prévenu, comme au centre de détention de Mauzac<sup>586</sup>. Les entretiens « arrivants » constituent l'occasion d'une première rencontre, d'une présentation de l'offre de soins, d'une « accroche » destinée à créer un lien de confiance propice à l'engagement puis la poursuite d'une thérapie (a). Si les thérapeutes du SMPR sont conscients du caractère utilitaire de certaines demandes, ce qu'ils acceptent dans un premier temps, ils ne maintiennent pas pour autant les consultations en l'absence de réelle implication du condamné, tout en laissant la porte ouverte (b). Lorsque l'incitation fonctionne, les soignants adoptent des approches thérapeutiques variées, bien que fortement imprégnées des analyses de Claude Balier (c). Si le passage à l'acte n'occupe pas nécessairement une place centrale dans la prise en charge, ce sujet n'en est pas pour autant absent (d).

- a- Une première « accroche » au service de l'établissement d'un lien de confiance

Au SMPR du centre de détention situé sur notre terrain d'observation, c'est à l'occasion d'un premier entretien d'accueil qu'un infirmier aborde la question d'un éventuel suivi. Ce professionnel présente le service, l'offre de soins, la procédure à engager pour obtenir un rendez-vous auprès d'un thérapeute. Il

<sup>583</sup> IGAS, IGSJ, *Évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice*, 2015, 69 ; Inspection générale des Affaires sociales et Inspection générale des services judiciaires, *Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soin*, 2011.

<sup>584</sup> Saetta S., *op. cit.* ; Inspection générale des Affaires sociales et Inspection générale des services judiciaires, *Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soin*, 2011 ; Doron C.O., *Soigner et punir. Étude du dispositif de prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles en France*, Mémoire de Master 2, EHESS/ENS, 2006 ; Alvarez J., Gourmelon N., *op. cit.*

<sup>585</sup> Saetta S., *op. cit.*

<sup>586</sup> IGAS, IGSJ, *Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soin*, *op. cit.*

recueil diverses d'informations, cherchant notamment à identifier des « marqueurs cliniques », mais aussi des données de nature pénale.

*« Toutes les personnes qui arrivent en détention sont reçues par quelqu'un de l'équipe. Notre dispositif, c'est une rencontre infirmière et sur les auteurs de violences sexuelles particulièrement, on a des supports qui sont destinés à avoir un recueil assez précis de certains éléments. Le côté juridique, des condamnations notamment, s'il y a déjà des peines socio-judiciaires prononcées avec injonction de soin, ce qui permet de pas oublier, de négliger cela et de penser à l'après ensuite. Des éléments sur la clinique, au sens aussi du côté de la personne qui reçoit le condamné, de mettre les éléments de son ressenti qui sont des marqueurs plutôt cliniques ; voir un petit peu comment la personne se présente dans une première rencontre, ce qu'elle peut dire sur elle-même et ce qu'elle transmet aussi de la façon dont elle se vit. Y a cette première rencontre avec la présentation de l'équipe et puis de ce que l'on propose comme type de soins. Soit, dans la majorité des cas, c'est l'explication de la possibilité de nous contacter et comment le faire. Et puis, dans un certain nombre de cas, quand ça semble utile ou nécessaire à l'infirmier, parce que quelqu'un le demande d'emblée, ou bien présente des signes de souffrance quelconque, des entretiens qui sont prévus d'emblée avec l'infirmier. Ensuite, tout cela est ramené au niveau de l'équipe et puis si quelqu'un a déjà rencontré la personne quelquefois, on voit comment poser le soin avec lui. Ou sinon, dans la très grande majorité des cas, dans un second temps, c'est à la personne de nous contacter » (Psychiatre, SMPR).*

En principe, les condamnés doivent ensuite se manifester par écrit pour formaliser leur souhait de prise en charge. Ailleurs, l'incitation peut être plus ferme, tous les auteurs d'infractions à caractère sexuel étant convoqués au service sanitaire, et même à plusieurs reprises lorsqu'ils ne se présentent pas<sup>587</sup>. Localement, le personnel se fait toutefois plus proactif en présence de personnes affectées par d'importants troubles psychiatriques, manifestant une intense souffrance laissant craindre un passage à l'acte suicidaire ou auprès des plus jeunes. Il n'est alors pas rare que l'infirmière détermine sans attendre un rendez-vous, ou qu'ils soient relancés par l'équipe soignante en l'absence de manifestation volontaire. Dans les autres hypothèses, une fois le courrier reçu, l'équipe soignante détermine collectivement le thérapeute chargé du suivi, lors d'une réunion hebdomadaire et sur la base des premiers éléments cliniques collectés par l'infirmier. Un premier rendez-vous est généralement fixé, sauf urgence, dans la quinzaine.

*« [Ce sont eux qui s'adressent à vous, ou plutôt vous qui faites la démarche plutôt d'aller vers eux, pour démarrer des soins ?] C'est eux hein, qui envoient un écrit. Dans quelques situations... En fait, il y a un entretien d'accueil qui est proposé par les infirmiers. Ils ont la possibilité de refuser, mais c'est assez rare. Elles évaluent, soit pour certains patients, y a des questions de traitements lourds, soit des questions de psychose, elles vont pas attendre que la personne elle écrive, elles vont redonner un rendez-vous, ou elles vont re-solliciter, ou elles vont dire que très rapidement, il faut écrire [...]. Donc elles prennent les devants, pour pas qu'on les perde dans la détention. Elles sont très attentives à ces personnes-là et éventuellement à les solliciter si besoin. Des fois, on peut avoir des signalements de la pénitencière. Ça peut arriver des choses comme ça, où du coup, on fait la démarche. Chez les très jeunes par exemple, ceux qui ont tout juste 18 ans, soit qui arrivent de l'EPM, soit qu'ils sont tout juste condamnés à 18 ans, ceux-là, on attend qu'ils viennent vers nous, mais après, quand ils loupent les rendez-vous, on va les chercher un peu, parce qu'on sait que c'est un peu plus compliqué pour eux que pour les autres, que pour ceux qui sont là depuis longtemps. Ils savent très bien où on est, ils savent très bien nous trouver. Y a pas de problème, on va pas les chercher ceux-là » (Psychologue, SMPR).*

*« Donc en fait, ce courrier-là, systématiquement, on fait une réunion hebdomadaire et ensuite, on voit... comme chaque personne est vue par un infirmier du SMPR en accueil arrivant, y a déjà un premier recueil d'informations qui est fait et aussi un petit repérage, parce que c'est aussi les missions du SMPR, dépistage, etc. La personne elle va écrire. Des fois c'est tout de suite, psychiatre, psychologue, ou des fois avec notre nom, parce qu'il y a une plaquette qui est remise, etc. Soit des fois, c'est un peu indéfini et c'est l'infirmier qui, en fonction de ce qu'il a repéré va dire, ça serait plus un travail psycho, ou plus un travail psychiatre, etc. Ensuite, on envoi un rendez-vous, pas forcément tout de suite. On va pas être dans l'immédiateté non plus. Ça dépend de ce qui a été relevé aussi cliniquement, ou si on a connaissance de signalements ou de choses comme ça mais la plupart du temps, on donne un rendez-vous dans les quinze jours » (Psychologue, SMPR).*

---

<sup>587</sup> Saetta S., op. cit.

Lors de cette première « accroche », il s'agit pour les soignants de créer un lien de confiance propice à la poursuite des rencontres mais aussi, par une déconstruction des représentations des condamnés, de lever leurs résistances vis-à-vis de l'approche psychothérapeutique. Par cette approche « pré-thérapeutique », ils espèrent dépasser progressivement la contrainte et les faire accéder à une véritable démarche de soin.

*« Au départ, il s'agit de mettre en place un lien de confiance. Je dirais avant tout, c'est ça, d'être assez humble. Au fond de montrer, d'indiquer que la rencontre à l'autre, elle ne soit pas en fait, une rencontre dangereuse et se rendre compte qu'on peut se confier, on peut parler de ses problèmes, sans pour autant se retrouver dans un jugement, ou rejeté. Je dirais, on est vraiment un peu à accepter d'être en amont du travail thérapeutique, d'être assez humble. Et si parfois ça peut déboucher pour certains, sur une demande comme on l'entend aussi, eh bien pourquoi pas, j'accepte de faire le travail [...] Alors moi, avec certains, quand je sens que, comment dire, y a quelqu'un qui est assez rigide, ou qui va justement vouloir d'une certaine manière, un peu contrôler, je vais le laisser un peu dans cette attitude-là. Je vais quand même maintenir, comme on dit, mon cadre, mais au départ, il va décider du rythme. Je ne vais rien imposer. Et puis ensuite les choses se... le tout c'est en fait de trouver l'équilibre hein. C'est qu'il y ait un lien de confiance et ensuite on peut travailler, on peut accéder. C'est aussi de se rendre compte que les personnes, parce que souvent « en quoi ça peut vous intéresser ce que j'ai pu vivre ? À quoi ça sert de vous dire ça ? Moi j'ai déjà fermé le tiroir et tout d'un coup, y a quelqu'un qui s'intéresse à moi. C'est quand même bizarre ça, d'habitude, on s'intéresse pas à moi ». Donc ils ont des questions judicieuses, pertinentes. Au moins elles sont posées. Bien sûr, il faut accepter ça et bon, il faut accepter que la barre, elle soit moins haute » (Psychologue, SMPR).*

*« Je le présente en disant que c'est ce qui fait l'objet de la rencontre, que dans un autre cadre, probablement on ne se serait pas vus, et de dire effectivement, qu'il y a cette attente, cette exigence judiciaire, dans un cadre bien particulier qui fait qu'il est obligé d'être là, mais moi pas obligée de le recevoir, mais qu'on va essayer de trouver un entre-deux, de voir qu'est-ce que, dans ce cadre-là, on peut s'aménager en sous-cadre, en dessous qui correspondrait à moi ce que je peux travailler, ce que je peux proposer et à ce que lui finalement, il pourrait y mettre. Pas tout de suite mais avec le temps. Je pose le test... enfin, je le dis pas comme ça, mais je le formule que je perçois bien que au départ des deux, celui qui y croit le plus c'est moi et pas forcément lui, mais que ça peut se travailler, que ça va venir avec les mois. Au départ, on va d'abord se rencontrer et on va voir après ce que l'on peut mettre au travail, et que ça va être ensemble qu'on va le déterminer. Que moi je ne suis pas là pour répondre à la commande judiciaire et lui, un peu un objet passif, d'être, et qu'on va essayer de s'y mettre ensemble puisqu'il l'a et qu'il n'a pas forcément le choix » (Psychologue, SMPR).*

*« Moi j'entends parler d'agriculture, j'entends parler de foot, j'entends parler de tunning, mais alors, tout ça ne m'intéressant absolument pas, et j'y connais que dalle, mais c'est ce qui fait vibrer le patient, c'est ce dans quoi il est à l'aise. Donc, si on peut entrer en lien, en parlant de tunning, eh ben on parlera de tunning, voilà. On en est à aller où en est le patient et on pas à dire « moi j'ai un programme de soins... », et je fais avec ce qu'ils peuvent donner et petit à petit... En plus, c'est génial parce que moi, quand j'y connais que dalle à un truc, c'est eux qui apprennent, et du coup, ça crée une relation un peu plus égalitaire, un peu plus respectueuse. Parce que les psys, on est supposé savoir des milliards de choses et là tout d'un coup, y a une pauvre gourde de psychologue, qui sait pas ce que c'est que le tunning ! Ben, il va expliquer le monsieur. [...] Non mais, se mettre... l'important, c'est la relation, donc peu importe la porte d'entrée, la fenêtre, la serrure, moi je m'en tape. Ce qui compte, c'est d'arriver à créer une relation. Et c'est vrai que trouver cette espèce d'hameçonnage-là, c'est très compliqué avec certaines personnes » (Psychologue, SMPR).*

Les rendez-vous suivants, dont la durée varie, visent à déterminer les attentes du condamné vis-à-vis des soins, à évaluer sa personnalité et la présence d'éventuels troubles, de façon à orienter au mieux la nature du suivi.

*« Et puis après, on se donne quelques rendez-vous. Moi au départ, je vais plutôt laisser la personne, voir un petit peu qu'est-ce qu'elle cherche, qu'est-ce qu'elle attend et puis quelles sont ses capacités aussi, introspectives, etc., et puis dans quel registre clinique on est. Est-ce que c'est bien aussi déjà, du registre de ma compétence ? Parce que parfois certains, ils vont être dans une demande, bon, c'est pas du registre de ma compétence. Des fois y a déjà un fonctionnement psychique qui se dessine. On va peut-être voir aussi l'orientation thérapeutique complémentaire aussi. Parce qu'il n'y a pas que du suivi individuel. On va voir*

*aussi au fur et à mesure, qu'est-ce qui va se... [Et la durée de la rencontre ? C'est possible, à la louche, d'estimer une moyenne de temps ou alors...] Oui, oui, je me la fixe moi. Je suis pas top chrono, mais allez, entre une demi-heure et trois quarts d'heure, voilà. Après, je trouve que c'est trop, quand ça dépasse. Je trouve qu'à un moment donné... et puis j'ai d'autres personnes à voir aussi (rire), mais il faut prendre un petit peu le temps, sur ce qui vient d'être dit, nommé, etc. Déjà une demi-heure, c'est pas mal avec certains. Des fois pour certains, ils sont surpris de rester autant de temps et puis parfois, certains y passeraient l'après-midi. Certains patients ben, ils aiment bien. Ils s'écoutent parler. D'autres « ben tiens, y a quelqu'un qui s'intéresse à moi » et puis d'autres ben... après, tout dépend des profils aussi. Quand on se retrouve des fois avec des jeunes de 18-19 ans, qui sont habitués à être dans l'agir, pose-toi une demi-heure, parle de toi. On peut proposer les choses autrement. Si le gars il me dit « c'est bon, ça me soûle » « ben, vous pouvez partir et on se revoit », et puis ça dure un quart d'heure. Le tout c'est déjà d'arriver à mettre en place, c'est vraiment le lien. En premier lieu, c'est le lien. C'est surtout en fait, pouvoir maintenir un contact, pas trop les perdre de vue, et puis ils se demandent forcément, en quoi je viendrais m'intéresser à eux, qu'est-ce que je cherche au fond et puis, pour quoi faire ? » (Psychologue, SMPR).*

Une fois les soins engagés, se pose rapidement la question des temporalités, dès lors que la plupart des détenus concernés par un suivi socio-judiciaire le sont pour de longues périodes. Parmi les condamnés de notre échantillon, 86 ont été condamnés à une peine privative de liberté, 82 effectivement incarcérés. Nous ne disposons pas systématiquement des dossiers constitués lors de leur détention, ni même parfois d'informations suffisamment précises pour calculer la durée d'incarcération. Parmi les 75 condamnés au sujet desquels nous disposons des dates d'incarcération et de libération, environ un sur cinq a passé moins de deux ans en détention (18,7%), un quart moins de trois ans (26,7%), plus de la moitié moins de 5 ans (56%). Quatre condamnés sur dix y ont séjourné entre cinq et dix ans, 4% dix ans ou davantage, avec un maximum de 11 années. Nombre d'entre eux ont dès lors connu un changement de thérapeute, voire plusieurs au fil de la détention, du fait des mutations au sein des services sanitaires ou de transferts entre établissements pénitentiaires<sup>588</sup>. Du fait de la longueur des peines purgées, les thérapeutes conviennent parfois de « *pauses thérapeutiques* » ou d'un espacement des séances avec leurs patients, ce qui ne serait toutefois pas toujours compris ou accepté par certains JAP, CPIP ou experts.

*« En détention, les choses ne bougent pas vraiment, c'est-à-dire que l'incitation se poursuit. Les conséquences d'une absence de soins sont là. Donc, ce qui se conçoit parfois avec certains patients... on parle pas nous souvent, comment dire, d'inutilité des soins, c'est-à-dire que les soins sont aboutis. Je pense que par rapport à ce type de problématique, on peut pas dire que des soins sont arrivés à leur but définitif. Par contre, que pour certains les soins soient suspendus, oui, parce qu'effectivement, y a des moments où on peut pas travailler les choses. Y a un palier qui a été atteint, je sais pas comment dire, où on peut pas creuser davantage et on pourra peut-être dans un second temps, mais pas maintenant. Donc on espace les rencontres, éventuellement beaucoup et on convient d'attester quand même une continuité du soin, parce que avec le patient, on a posé les choses comme ça. [Et quand vous dites espacer beaucoup, ça peut être quoi ? Une fois tous les 3 mois ? Tous les 6 mois ?] Oui. (Psychiatre SMPR).*

*« Du temps où je travaillais sur le CD et qu'on essayait de rencontrer de manière institutionnelle, jamais pour parler des gens, les JAP, le SPIP, etc., je me vois encore en train d'expliquer deux choses. D'abord que, quand on avait vu quelqu'un pendant 2-3 ans et qu'on suspendait, je comprenais pas bien pourquoi on le traitait comme quelqu'un qui n'avait jamais engagé des soins. Il fallait quand même tenir compte que quelqu'un qui est là pendant une dizaine d'années, on le voit pendant 2-3 ans et puis, y a une interruption, parce qu'on sait bien qu'il y a une espèce d'état végétatif. Et puis, il va se remobiliser, il reviendra au moment où ça représentera quelque chose pour lui et que c'était un peu con qu'il soit sanctionné au niveau de ses RPS, alors qu'il avait fait la démarche de soins » (Psychologue SMPR).*

*« Certains, et on peut comprendre aussi, ce qu'ils me disent c'est qu'ils sont soûlés aussi de euh... des psy. C'est qu'ils ont entendu les psy, mais dès le départ et donc parfois avec euh... enfin, des années de suivi. Je suis même des fois confronté à ce même problème au centre de détention. Je rencontre des personnes qui, 2-3 ans de suivi avec un collègue, en maison d'arrêt. En gros, 8-10 ans à faire au CD et avec l'incitation de soins. Ils sont déjà... « j'ai pas mal travaillé », etc. On n'est plus, en plus, sur les mêmes questions. Ils sont rodés on va dire, au milieu carcéral. On n'est plus sur cette clinique fragile, avec des*

<sup>588</sup> Là encore, l'information nous manque dans 11 des 82 dossiers. Nous savons néanmoins que près la moitié ont connu deux établissements (47,6%), ce qui s'explique par le passage de maison d'arrêt à un établissement pour peine. Près d'un tiers (29,2%) ont fréquenté trois établissements ou davantage, 15,8% quatre établissements ou plus.

*temps repères de procès, etc. Le CD c'est là un temps pour effectuer sa peine, donc on va progressivement la faire et qu'est-ce qu'il vient faire le psy ? Voilà, ça, ça pose question, d'autant plus que ce que je dis toujours, c'est que le gars il est condamné à une peine, mais la peine ne comprend pas aussi le pack psy. Et donc ça c'est compliqué. Si on avait réussi à un moment donné, à faire entendre au magistrat que parfois, il y avait des interruptions qui étaient nécessaires, qui étaient saines, salvatrices, aussi pour redonner du sens. C'est plus ou moins entendu. Parfois on voit, non, non, non, dès qu'il y a une coupure de trois mois, c'est pas possible, alors que de toute façon, ils sont incarcérés et y a encore 10 ans au CD, ils ont vu un psy avant. Et puis après, il y a une injonction de soin, allez, en gros de cinq ans derrière... Donc ça laisse le temps de... [Vous dites les juges, c'est-à-dire qu'il y avait des discussions avec eux ?] Tout à fait. Y a eu un temps où, on va dire, une fois par an... on a eu quelque temps on va dire où il y a eu des échanges avec le JAP, quelques psy, dedans, dehors, peut-être bien des SPIP aussi et donc, chacun faisait remonter ses difficultés, etc., et puis notamment, comme en l'occurrence le dernier JAP, il intervenait aussi en établissement pénitentiaire, bon il a entendu le jargon, enfin la fenêtre thérapeutique. Par moment, une pause n'est pas forcément une absence de soins, c'est aussi... » (Psychologue, SMPR).*

« Il indique avoir pu parler avec cette psychologue en toute confiance, des faits et de son histoire. [...] Notre sujet estime que le changement principal intervenu grâce à Madame... est sa capacité à dire ce qu'il pense. "Aujourd'hui, je me sens en sécurité, j'ai suivi les conseils de Madame..., je dis ce que je pense". Depuis avril 2005, notre sujet n'a plus de prise en charge psychologique. Il indique "Madame... m'a dit que ce n'est plus la peine de continuer, on parle des mêmes choses". Il reconnaît que cette situation est paradoxale dans la mesure où il souligne que Madame... est prête à le suivre à l'extérieur". [...] Il serait souhaitable qu'il puisse reprendre un suivi au SMPR afin de préparer sa sortie dans de bonnes conditions » (Expert, D24).

b- Les thérapeutes face à l'artificialité de certaines demandes

À l'instar des CPIP et des magistrats, les thérapeutes sont évidemment conscients du caractère utilitaire de certaines demandes, par des détenus sollicitant des soins pour les seuls bénéfices associés, sans même parfois s'en cacher. Ils n'y voient pas pour autant une contre-indication au soin<sup>589</sup>, comme l'indiquait déjà le jury de la conférence de consensus organisée en 2001 par la Fédération Française de Psychiatrie. Ces requêtes stratégiques apparaissent bien naturelles, compréhensibles, face aux pressions que les condamnés subissent pour amorcer des soins.

*« [Et elle est forte, cette proportion de condamnés ou de prévenus, qui sont vraiment dans cette logique juste d'instrumentalisation, c'est-à-dire qui viennent juste chercher leur attestation ?] Je pense qu'il y en a un certain nombre oui. [...]. C'est pour ça que je dis qu'on en rit, parce que c'est une pure instrumentalisation. Je comprends qu'ils aient envie de sortir rapidement, surtout ceux qui sont incarcérés, mais on n'y peut rien... enfin. Mais on reçoit, on évalue et y a des gens à qui on dit « mais on voit pas bien ce que vous voulez. Ce que vous attendez, ça correspond pas à notre boulot » (Psychologue, SMPR).*

Au-delà des avantages perçus sur le plan de leur parcours carcéral, afficher une perspective purement opportuniste permettrait à certains condamnés de se « cacher » derrière cette quasi-contrainte, pour éviter d'être stigmatisés comme « fous » ou comme « pointeurs » par les codétenus, ou pour masquer une véritable demande de soin sans s'estimer obligé d'avouer les faits commis et/ou sa souffrance. Leur positionnement de départ ne serait dès lors pas nécessairement un prédicteur de l'investissement ultérieur dans la thérapie.

*« Aller voir le psy, c'est soit tu es un pointeur, pour employer le langage, soit c'est « ah ben tu vas voir le dingologue ? ». Et puis, pour se rassurer, ce n'est pas parce qu'on est en difficultés qu'on vient, ça permet d'obtenir les RP, les RPS, etc. Donc ça fait partie du décor. Donc du coup, c'est moins angoissant, en affichant ça, au lieu de dire « ben oui, je ne vais pas bien, je me confie », etc. Comme vous dites, y a un hiatus là, ça ne va pas de soi » (Psychologue, SMPR).*

*« Mais il faut pas être dupe du fait que on a affaire à des gens qui savent pas demander, qui ont du mal à dire « je vais pas bien, il faudrait que je vous voie ». Et donc, dire « je viens pour les RPS. Je viens parce que la justice m'oblige à », c'est une façon de venir, sans dire qu'on y est pour quelque chose. Tu vois, c'est un peu le ticket d'entrée. Donc moi je m'efforce de dépasser ça, de dire « d'accord les RPS mais vous, vous en pensez quoi ? Qu'est-ce que vous pensez que c'est le travail du psychologue ? En quoi vous pensez que moi je peux vous être utile ? ». Souvent, on arrive à parler d'autre chose, c'est-à-dire décaler cette*

<sup>589</sup> V. également Saetta S., *op. cit.*

*question des RPS et la personne se met à parler d'elle-même et puis voilà. Ça fait partie de ces gens qui au bout de deux entretiens, disent « ah ben en fait, c'est sympa de parler de soi » (Psychologue, SMPR).*

*« Je rigole, parce que certains me disent... ils arrivent dès le départ et puis il me dit « mais je vais ne vais pas parler de moi, ça vous ne vous regarde pas hein ». « Ben pourquoi vous venez ? ». [...] C'est pas forcément avec ceux-là, qui sont résistants d'emblée, que les rencontres avec eux, ne seront pas... comment dire, ne produiront pas leurs effets bénéfiques. Je sais pas si je m'exprime bien ? Je veux dire, on peut très bien avoir un jeun de 18 ans qui vous dit « j'ai pas envie de vous raconter ma vie ». Ils sont dans le... Oui, oui, dans la défense » (Psychologue SMPR).*

*« Ben il arrive dans un certain nombre de cas, où les choses bougent. Et on s'aperçoit, fort heureusement aussi que ces postures sont un peu fluctuantes. Au niveau clinique, y a vraiment très très peu de personnes qui restent dans quelque chose d'intangible et pour lesquelles on va dire, y a pas de voie d'abord diraient les chirurgiens, pour une rencontre possible. [...] On va pas non plus... si c'est pour uniquement se rencontrer sur le champ de la prison, ça fait du mal et où on souffre, ça fera pas le lit d'un travail et puis on va accepter de se rencontrer sur ce champ-là uniquement. Mais, y a l'histoire familiale, y a quand même la souffrance indirecte de la prison et des effets de ce qui a été vécu, commis et condamné et qui sont aussi souvent, là aussi, une voie de travail pour un début. « Simplement, vous me dites soit que rien ne s'est passé, soit vous avez fait et peu vous importe et pourtant, vous dites que les conséquences vous font souffrir ». Et en s'entretenant sur ces questions-là, on arrive parfois à... » (Psychiatre, SMPR).*

*« Pfff, y en a plein qui y vont, juste pour les RPS. Après des fois, c'est ce qu'ils disent aussi, parce qu'ils peuvent dire ça en fonction de l'interlocuteur. Ils peuvent dire ça mais ils y vont et ils sont bien contents d'y aller. [...] Enfin, c'est un problème de parasitage. Parfois, on sait pas trop si ils y vont vraiment parce qu'ils en ont besoin ou si ils y vont pour les RPS, ou si ils y vont parce que y a... qui disent qu'ils y vont pour les RPS mais qu'en fait derrière, ils en ont vraiment besoin et qu'ils ne veulent pas le verbaliser. C'est compliqué. Il faut apprendre à essayer de décrypter tout ça. On n'y arrive pas toujours. Mais les praticiens, les psychologues en détention, ils ont largement l'habitude de ça quoi » (CPIP).*

Lorsque seule l'obtention de réductions de peine, de permissions ou d'aménagements justifie l'engagement initial de soins, les premiers temps de prise en charge supposent de la patience de la part du thérapeute, l'acceptation de quelques rendez-vous manqués, surtout face à des publics très démunis ou dont le parcours a été émaillé de ruptures, de prises en charge institutionnelles et/ou sanitaires mal vécues. Lorsqu'un détenu ne se présente pas à la consultation et ne donne plus de nouvelles, il peut arriver que le thérapeute prenne l'initiative de le recontacter.

*« [Quand il n'y a pas de reprise de contact, vous essayez d'aller vers eux, ou c'est vraiment... ?] En général, moi je ne reprends pas contact, sauf dans le début du suivi, quand je sais par la surveillante pénitentiaire qui me dit « il est au parloir ». Bon. Et que j'ai pas forcément précisé, que quand on venait pas, c'était celui qui venait pas qui devait reprendre contact. Donc je reprends contact, et si la personne vient je leur dis « quand vous pouvez pas venir, quelle que soit la raison... », parce que je peux pas toujours savoir moi, si ils ont pas voulu ou s'ils ont pas pu. Y a des intermédiaires et un vocabulaire, pas toujours le même, donc je reprends contact. Ou quand je perçois, chez des gens, souvent des jeunes d'ailleurs, qui ont jamais eu l'occasion d'être dans une continuité avec quelqu'un, ça va pas tout d'un coup s'improviser et donc là, je relance. Je re-renvoie un rendez-vous. Et encore, autre modalité, quand les gens savent pas écrire. Ça a l'air tout con hein, mais je re-renvoie un rendez-vous et puis je conviens avec eux, qu'il leur suffit de renvoyer un papier avec leur nom et que je comprendrai la prochaine fois. Ça me suffit, ils écrivent juste psychologue, mon nom d'un côté. Ils savent recopier, et que ça suffira. Y a pas besoin de dire « je suis désolé d'avoir... ». [...] En début de suivi, quand il y a des petits jeunes, alors on n'est pas avec des gars criminels mais des gens qui ont eu des histoires qui sont tellement pleines de ruptures, qu'ils s'inscrivent pas dans la continuité quoi. Ils vont pas se dire « je vais pas en promenade, parce que j'ai rendez-vous avec la psychologue », c'est « oh ben il fait beau, je vais en promenade » et puis après « oh ben zut, y avait le rendez-vous avec la psychologue, j'ai pas pu y aller ». [...] Donc il faut se mettre à la portée, et puis s'adapter, prendre la mesure du sens que ça peut avoir » (Psychologue, SMPR).*

Ce n'est pas pour autant qu'ils maintiennent les consultations lorsque le condamné ne fait preuve d'aucune implication, d'aucun engagement véritable dans la thérapie après plusieurs séances. « Bien que les thérapeutes estiment qu'il est de leur rôle de susciter la demande, il faut malgré tout que la

personne soit animée d'un minimum de désir de changement »<sup>590</sup>. S'il peut leur arriver de clore un suivi, tous veillent néanmoins à « laisser la porte ouverte ». Les thérapeutes évoquent plutôt une « suspension des soins », dès lors qu'ils savent que les pressions institutionnelles sont telles que beaucoup reviendront à terme vers le SMPR.

*« Quand on reçoit les gens, régulièrement, c'est qu'on est dans le soin. Quand les gens viennent pour parler de la météo, eh ben on dit stop ». C'est pas meilleur pour le soin. « Revenez dans quelque temps, on verra si vous vous sentez prêt », mais on a autre chose à foutre que de recevoir les gens pour leur filer une attestation pour qu'ils aient leurs RPS. Et moi, quand y a un patient qui arrive et qui me dit « Je viens vous voir pour les RPS » maintenant je leur dit « c'est ballot, c'est pas moi qui les donne ». « Non mais vous voyez bien ce que je veux dire ». « Non, je ne vois pas, qu'est-ce que vous voulez dire monsieur ? ». Ou « je viens vous voir parce que je veux pouvoir sortir » « c'est pas moi qui ait la clé ». Et on remet chacun à sa place » (Psychologue, SMPR).*

*« [Si vous vous rendez compte que durant les premiers entretiens ils sont dans cette posture-là, vous maintenez quand même le suivi ?] Il n'y a pas de réponse univoque mais dans le cas simple on va dire... ce n'est pas simple mais quelqu'un qui n'a pas de troubles psychiatriques déjà c'est une chose, sinon on va... même s'il y a cette posture, on va essayer de recontacter, etc. Mais quelqu'un qui est en toute conscience dans cette... dans cette ostentation à dire « je viens vous voir, je n'ai rien à vous dire. Je n'ai pas besoin de vous, je veux l'attestation », voilà, point. Nous, on se donne toujours quelques entretiens, on n'est jamais sur un seul entretien. On va se rencontrer quelques fois et puis on va voir un petit peu ce qu'on peut faire ensemble ou pas. Si vraiment, au bout de 3-4 entretiens, rien ne bouge, à ce moment-là on suspend. On suspend, mais pas comme quelque chose qui est rédhibitoire et définitif. Chaque fois, on précise qu'à ce moment-là, on ne peut pas être dans un travail sur quelque chose et puis on précise évidemment, qu'on peut se revoir à distance, à la demande de la personne, puisque c'est toujours à sa demande dans ce cas-là. Ce qui souvent arrive parce que comme les contraintes liées aux remises de peine supplémentaires sont un peu le moteur de tout ça. Ils viennent une fois par an en détention et ma foi, la personne nous re-sollicite assez régulièrement » (Psychiatre, SMPR).*

*« Moi ce que je propose, c'est qu'on s'engage pas dans un suivi parce qu'il l'a demandé. C'est-à-dire qu'on se voit 3-4 fois d'abord, pour se rencontrer, et pour évaluer un petit peu sa demande, ses attentes, là où il en est, qu'est-ce qu'il a déjà mis au travail dans les précédents suivis, qu'est-ce qu'il voudrait mettre au travail, malgré tout, même s'il a pas beaucoup de demandes. Qu'est-ce que lui il verrait, comme ça, qui serait à travailler quand même. Et puis, au bout des 3-4 fois, on contractualise soit un arrêt, soit une suspension d'attente, soit effectivement, on démarre un suivi. Mais c'est pas un engagement de fait. [Et il arrive de dire, au bout de ces 3-4 rendez-vous « pour l'instant, ça va pas être possible » ?] Oui, bien sûr, et de leur dire « mais par contre, vous pouvez m'écrire quand vous voulez et puis je vous recevrai ». C'est pas parce que une fois... C'est-à-dire que la porte n'est pas fermée. « C'est pas le moment, vous n'êtes pas prêt ». Par contre, je leur dit toujours « moi je vois des choses à travailler ». Et je leur dit dans les grandes lignes « Je pense que vous pourrez aborder ces sujets-là, en premier lieu et peut-être après, quand vous serez prêt, on pourra travailler ça ». Je dis « prenez le temps de réfléchir et vous me réécrivez si... quand vous pensez que ce sera le moment ». Le monsieur, dont je vous parlais tout à l'heure, qui est dans un déni complet des faits, j'ai mis deux ans, avant de commencer à... Je l'ai vu d'abord dans le cadre d'un groupe, et puis après je l'ai vu une première fois 3-4 fois, et puis une deuxième fois 3-4 fois et puis une troisième fois 3-4 fois, et là, on a pu démarrer le suivi » (Psychologue, SMPR).*

### c- L'approche thérapeutique

Une forte proportion des psychiatres et psychologues qui exercent en milieu pénitentiaire auprès de délinquants sexuels se réclame de l'approche psychodynamique défendue par C. Balier<sup>591</sup>. Leurs prises en charge prennent prioritairement la forme d'entretiens individuels<sup>592</sup>. Toutefois, C. Balier considérait déjà qu'il « est pratiquement impossible d'effectuer une psychanalyse répondant aux critères habituels – usage du divan, nombre et régularité des séances, durée de la cure – en milieu carcéral, pour des raisons pratiques. De plus, la nature de la pathologie ne s'y prête pas. La demande spontanée est rare ; l'influence intéressée d'un désir de sortir d'un cadre judiciaire toujours contraignant doit être décodée,

<sup>590</sup> Saetta S., *op. cit.*

<sup>591</sup> Alvarez J., Gourmelon N., *op. cit.*, 19.

<sup>592</sup> Ciavaldini A., *Prise en charge des délinquants sexuels*, Paris, éd. Fabert, 2012, 36.

le fonctionnement psychique, souvent proche d'un état limite, handicapé par des systèmes de défense stérilisants et rigides ne permet pas de satisfaire à la règle de l'association libre. [...] Une analyse sans aménagement risque, en réactivant l'angoisse, de précipiter le passage ou le recours à l'acte »<sup>593</sup>. À ce titre, le silence doit être « proscrit », le thérapeute devant au contraire « soutenir le patient dans son élaboration » par des « interventions actives « aidantes » » guidant le patient<sup>594</sup>. Selon ce courant de pensée, « attendre, sous le couvert de la règle de libre parole, que le sujet aborde ses actes, montre que souvent il faut attendre longtemps une parole qui parfois ne vient jamais »<sup>595</sup>. Comme l'indique S. Saetta à partir de ses entretiens et observations, « la prise en charge, qui repose sur le postulat d'un défaut de mentalisation, consiste à faire parler des patients estimés réticents et défaillants afin de les aider à mentaliser, à exprimer leurs émotions, à réfléchir sur eux-mêmes et à faire une place à l'autre »<sup>596</sup>.

Il conviendrait donc de « forcer » la parole, surtout face à des sujets « frustrés » dont les capacités à mentaliser et à verbaliser semblent peu opérantes. « Questionner, sortir de la réserve, représente dès lors un forçage de la parole et d'une certaine façon une violence, mais une violence symbolique nécessaire sans laquelle ces sujets ne se confronteront jamais au travail de la mise en représentation. C'est ce travail de parole qui leur permettra d'ébaucher un travail de "toucher psychique" de leur(s) acte(s). Placer le sujet dans les conditions de devoir nommer, c'est le confronter à une violence qu'il n'a pu traiter et qui, en faisons-nous l'hypothèse, a enclenché le passage à l'acte. En nommant, c'est l'agresseur qui devient le témoin d'une souffrance et celui qui témoigne d'une souffrance n'est plus en position d'accusé. Il accuse alors réception d'une souffrance dont il fut le vecteur, au travers de son acte d'agression, et que parfois lui-même a subi. Il accuse alors le coup que lui-même a porté, et par cette voix en supporte le fait d'en être l'auteur »<sup>597</sup>. La modification de leur fonctionnement psychique passe alors par l'identification et la verbalisation de leurs émotions et ressentis, en lien avec leur histoire personnelle, mais aussi par une introspection susceptible de les amener à se décentrer, de façon à infléchir progressivement leurs rapports à eux-mêmes et aux autres. Les thérapeutes « participent ainsi à une « nouvelle fabrique du sujet » (Franssen, De Coninck, 2007), et d'un « sujet » plus sensible et émotif, attentif à autrui, plus réflexif et capable de se remettre en question, et qui trouve lui-même les réponses à ses questions »<sup>598</sup>. Aux dires des praticiens interrogés, toutes les méthodes peuvent s'avérer judicieuses, du moment que le praticien s'adapte aux problématiques et aux spécificités des publics, notamment les plus démunis sur le plan de l'intelligence, de l'introspection, de la verbalisation et de la mentalisation.

Selon ces thérapeutes, la prise en charge des délinquants sexuels ne serait pour autant pas si différente de celle proposée aux autres détenus. Comme l'indiquaient J. Alvarez et N. Gourmelon, la pratique soignante auprès des auteurs d'agressions sexuelles s'est construite « sur un paradoxe, à savoir l'idée d'une non-spécificité de l'AAS sur un plan psychopathologique et la recherche d'une légitimité autour de la construction progressive d'un champ de savoirs et de pratiques autour de cette question »<sup>599</sup>.

*« Moi je suis la même soignante, qu'il soit braqueur de banque euh... cambrioleur, voilà. Moi vraiment, je me positionne de la même manière. Mon travail c'est sur la relation, sur la confiance, sur le parler de soi, sur le fait de nommer ses émotions, de les raccrocher à des moments d'histoire. Enfin voilà, de faire du lien. Et pour moi, la violence sexuelle, c'est d'abord de la violence... [...] La justice, elle qualifie en fonction de faits qui ont clairement un caractère sexuel, du point de vue de la description des faits qui ont été commis, mais au niveau des ressorts psychiques conscients et inconscients, c'est pas toujours si évident. Donc moi je fais pas de différence, que ce soit en groupal ou en individuel, moi je fais pas de différence entre les... dans l'approche et dans le contact avec la personne » (Psychologue, SMPR).*

<sup>593</sup> Balier C., « Psychothérapie psychodynamique des auteurs d'agression sexuelle », in Conférence de consensus, *Psychopathologie et traitements acteurs des auteurs d'agression sexuelle*, 2001, texte des experts, Fédération française de psychiatrie et John Libbey Eurotext, 2001, 237 .

<sup>594</sup> Ciavaldini A., *op. cit.*, 36-37.

<sup>595</sup> Balier C., Ciavaldini A., Girard-Khayat M., Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels, *op. cit.*, 271 .

<sup>596</sup> Saetta S., *op. cit.*

<sup>597</sup> Balier C., Ciavaldini A., Girard-Khayat M., *op. cit.*, 271-272.

<sup>598</sup> Saetta S., *op. cit.*

<sup>599</sup> Alvarez J., Gourmelon N., *op. cit.*, 37.

La principale spécificité de la prise en charge des délinquants sexuels, ou du moins de ceux pour lesquels prédomineraient clivage et déni, semble surtout concerner les thérapeutes eux-mêmes, dès lors qu'elle supposerait davantage de concertation avec l'équipe soignante, sous la forme d'échanges d'informations, de supervisions régulières, voire des thérapies assurées en binôme<sup>600</sup>. Suivant la perspective de C. Balier, « un thérapeute qui se retrouve seul face à ces sujets est extrêmement fragile. La prise en charge des AAS demande une force hors du commun : « les patients en question font preuve de transferts massifs impliquant : désir de possession, jalousie, séduction, agressivité, etc... Le problème est moins de rester neutre [...] que d'être indestructible, c'est-à-dire capable de continuer à penser malgré la violence des affects déclenchés. » Le thérapeute est soumis à des contre-transferts d'une violence inaccoutumée. Il faut imaginer que, pour beaucoup de praticiens, la pratique thérapeutique est envisagée sous la forme d'une prise en charge, par le thérapeute, de la violence des affects que le sujet ne peut pas penser lui-même »<sup>601</sup>. L'échange d'informations et la discussion collective autour des ressentis des thérapeutes permettrait de « surmonter le clivage qui est censé caractériser le patient, puisqu'on dispose ainsi d'une multiplicité de points de vue sur lui ; cela permet de lutter contre les contre-transferts violents induits par ce genre de sujet, dans la mesure où la mise en commun fournit un recul nécessaire et un soutien ; cela permet enfin l'élaboration de significations au travers des réflexions des uns et des autres, qui seront rapportées (aux deux sens du terme) au sujet. Claude Balier appelle ce principe de circulation des informations et des éprouvés le « cadre interne, où il n'y a pas de secret entre infirmiers, médecins, etc. Le secret professionnel à ce niveau-là, c'est de la bêtise ! » »<sup>602</sup>.

« [Est-ce que vous vous concertez avec d'autres confrères, sur, comment on fait quand... ? Vous avez des espèces... pas de recettes mais...] C'est pas tant du comment on fait, c'est-à-dire ça va être « tiens, j'ai précisément à ce moment-là, posé cette question-là. Pourquoi je l'ai posée à ce moment-là ? ». Ça va être plus du côté d'une réflexion ou « tiens, étonnamment, j'ai eu telle ou telle émotion. J'ai ressenti ça, qu'est-ce que t'en penses ? Comment tu situerais ça ? ». C'est plus dans des choses comme ça. C'est ce que j'attends aussi du coup, dans un échange. Ce que je voulais dire aussi, c'est que moi, y a certaines personnes, je les place pas à n'importe quel moment dans mon agenda, si vous voulez tout savoir (rire), parce qu'il y a certaines personnes qui mobilisent énormément, énormément psychiquement. Et donc, les personnes que je situe comme ça, ben je les vois en fin de journée par exemple, où j'ai pas de patient derrière, parce que je sais que je serai pas disponible pour le patient d'après. [Ça va vous ruiner l'esprit ? Et qu'est-ce qui joue, pour mobiliser comme ça ?] Justement, ils amènent à ce qu'on ait une telle attention, où on doit être dans une espèce d'hyper concentration et d'essayer de comprendre pourquoi il me dit ça à tel moment et qu'est-ce qu'il cherche, etc., parce que on sait que derrière, c'est pas que du dire, parce qu'il y a tout un ensemble de choses qui se jouent. Donc ces patients-là, je les mets en fin de matinée ou en fin de journée, pour être disponible à d'autres personnes. Parce que j'ai vu des fois à un premier entretien, certains... façon de parler, ils me pompaient complètement. Ah ben oui, j'ai dit lui, ça va pas le faire comme ça, parce que je vais pas être disponible pour les autres. Par exemple, c'est spécifique à eux, mais quand même, les AVS sont assez friands d'explications, de rationalisation de leurs actes, donc ils vont chercher à intellectualiser. Donc ils vont mobiliser. Certains vont chercher à savoir et puis en fait, ils le sous-tendent aussi avec une réflexion. Certains ont beaucoup lu. Y en a même qui me ramènent les lectures de Balier (rire). Oui, certains ont... ils sont pas tous démunis non plus hein. Certains sont démunis sur d'autres choses d'ailleurs mais toujours est-il qu'ils vont chercher, à faire de leur histoire en fait, un cas clinique. Donc c'est bien connu ça, dans les registres un peu pervers.[...] Et puis surtout, il parle de ça mais en fait, il s'extériorise, il n'est pas concerné. « Regardez, je suis là plutôt. C'est pas leur histoire. Et puis il faut garder notre capacité à penser, pour pouvoir faire les liens, etc. » (Psychologue, SMPR).

« [Si on écarte cette absence, ou difficulté en tout cas, par rapport au consentement, est-ce qu'après la prise en charge elle est différente pour les auteurs de violences sexuelles, que pour d'autres condamnés, ou même des personnes que tu peux voir, pas du tout concernées par la justice pénale. Est-ce que ce sont des prises en charge qui sont spécifiques ?] Je pense... enfin je veux dire oui, c'est pas que je pense. Oui, dans le sens où là aussi, je pense qu'il faut séparer ce qui est du travail intra carcéral de l'extérieur. Parce que, en prison, il y a un dispositif qui est là, c'est-à-dire qu'on a un regard attentif sur ces questions cliniques avec des collègues, avec lesquels on est formé à ce type de travail-là, avec on va dire, une certaine

<sup>600</sup> Doron C. O., *Soigner et punir*, op. cit., 76 et s.

<sup>601</sup> *Ibid.*, 176.

<sup>602</sup> *Ibid.*, 79.

*connaissance peut-être, forcément parcellaire et pas complète mais de ce sujet-là. Donc, au niveau des moyens qu'on se donne pour y travailler, il y a quand même, à travers le dispositif, quelque chose de spécifique, pas de contenu forcément de ce que l'on fait mais effectivement plutôt en termes de soins en soi, des entretiens individuels, des entretiens avec le dispositif de plusieurs soignants, des groupes invités, voilà. Avec des médias qui sont aussi utilisés parfois, dans d'autres cadres, en tout cas qui pourraient l'être, on va dire ça comme ça. Mais par contre, la façon dont on travaille ensemble autour de ces questions est différente, c'est-à-dire qu'on se donne des temps spécifiques pour penser ensemble sur ces sujets-là, pour échanger, pour faire des reprises, pour essayer d'être attentifs dans nos postures dans le soin. [Quand on parle du champ de la perversion, j'ai cru comprendre que parfois, ça pouvait être dur aussi...] Pour ça que je parle de nos postures. Oui, quand on est une équipe, on peut interroger et s'interroger mutuellement sur la façon dont on se situe avec tel patient » (Psychiatre, SMPR).*

Si ces soignants privilégient dans l'ensemble une approche clinique d'orientation psychodynamique, l'offre de soins apparaît relativement diversifiée, comme le soulignait d'ailleurs un CPIP exerçant en détention. Nous avons déjà eu l'occasion de préciser l'existence de groupes de parole qui sont toutefois associés à des entretiens individuels. Cette approche groupale se distingue néanmoins des PPR organisés par les CPIP, en ce que les professionnels insistent sur leur détachement vis-à-vis des faits, tant sur le plan des échanges engagés avec les détenus qu'en ce qui concerne la sélection des publics<sup>603</sup>. Si les pratiques varient sur le territoire<sup>604</sup>, les professionnels interrogés préfèrent constituer des groupes sur la base de leurs fonctionnements psychiques. Ces groupes de parole sont envisagés en complément d'un suivi individuel, pour le revivifier ou le « réalimenter » après quelques années de prise en charge, ou lorsque le condamné éprouve des difficultés dans ce face-à-face, notamment sur le plan de la verbalisation<sup>605</sup>. « *Nous sommes ainsi loin pour l'heure en France, de la « révolution cognitive » voire du « renversement paradigmatique » tel qu'il s'est produit outre-Atlantique. Si la culture professionnelle de la nouvelle génération de psychiatres et de psychologues (de plus en plus nombreux dans la prise en charge des AAS) semble moins marquée par l'influence de la psychanalyse, celle-ci n'en disparaît pas pour autant du projet thérapeutique* »<sup>606</sup>. Ces groupes thérapeutiques permettent en tout cas au thérapeute « *d'observer le patient avec des fonctionnements différents, ce qui facilite l'identification et l'interprétation des clivages ; par ailleurs, l'apport de matériel personnel différent par le patient au sein du groupe, matériel intégré ensuite dans le traitement individuel, permet une relance du processus thérapeutique [...] Si, malgré plusieurs années de psychothérapie individuelle, l'évolution du patient apparaît stationnaire, l'indication au groupe peut se révéler pertinente pour relancer un processus thérapeutique individuel qui s'essouffle* »<sup>607</sup>.

*« [Qu'est-ce qui va faire qu'à un moment vous proposez, plutôt qu'une prise en charge individuelle, plutôt des dispositifs en groupes ? C'est la même chose que les PPR ?] C'est pas la même chose. Nous, quand on propose des groupes, c'est pas par rapport aux faits, c'est par rapport au fonctionnement psychique. On a quelques groupes, dits spécifiques pour les auteurs de violences sexuelles mais dans lesquels, on ne parle pas des faits en eux-mêmes. On parle autour, on parle plus de l'altérité, de la relation à l'autre, de la question de la notion d'interdit. Ça dépend de comment on monte le groupe mais c'est toujours en complément d'une prise en charge individuelle. C'est jamais un groupe seul. [Et vous les apparentez comment ? Les critères de constitution des groupes ?] Alors, quand c'est un groupe spécifique, ça va être des personnes... On essaie de faire des groupes qui soient hétérogènes. On regarde pas du tout la question des faits. Y a des personnes qui vont faire des groupes – ça existe – que de pères incestueux, que de pédophiles. Coutanceau, il fait ça. Il fait même sur la préférence sexuelle chez les pédophiles. Y a des sous-catégories comme ça. Nous on fait pas. Ceci dit, c'est notre choix. On va plutôt sur des fonctionnements psychiques des personnes par exemple ou en individuel soit on sent que c'est un peu compliqué, il faut un autre espace pour aller travailler l'altérité, soit on sent des suivis qui s'appesantissent : on a du mal à relancer et à revitaliser dans le discours, donc le groupe, ça va réalimenter. Mais en fait, la plupart des*

<sup>603</sup> Doron C. O., *Soigner et punir, op. cit.*, 76 et s.

<sup>604</sup> V. également Alvarez J., Gourmelon N., *op. cit.*, 22 ; Devaud C., Stigler-Langer M., « Intérêt d'un traitement de groupe et d'un traitement individuel associé pour les auteurs de violences sexuelles : illustration à partir de deux situations cliniques », in Gravier B., Roman P. (dir.), *Penser les agressions sexuelles, op. cit.*, 169-185.

<sup>605</sup> Ciavaldini A., *op. cit.*, 37.

<sup>606</sup> Alvarez J., Gourmelon N., *op. cit.*, 23.

<sup>607</sup> Devaud C., Stigler-Langer M., *op. cit.*, 170 et 172 ; Savin B., « Compréhension psychodynamique et approches thérapeutiques des violences sexuelles », *Archives de politique criminelle*, 2012, n° 34, 123-133.

*AVS sont des indications des groupes, même ceux qui vont avoir des fonctionnements dans l'emprise très forts. On en met un par groupe, par contre, on n'en met pas quatre ensemble. On en met un dans le groupe et justement, ça va se diffracter dans le groupe et puis ça va se réajuster un petit peu » (Psychologue, SMPR).*

S'ils sont bien souvent perçus de l'extérieur comme totalement hermétiques aux thérapies cognitives et comportementales, ce n'est pas l'impression qui se dégage de la plupart de nos entretiens auprès des soignants. Déjà, sous l'impulsion de C. Balier, les premières réflexions sur la prise en charge en milieu pénitentiaire insistent sur l'importance de la diversité des approches. « *Nous sommes en deçà des possibilités courantes de la psychanalyse qui travaille avec des représentations, des contenus psychiques [...]. Pour parvenir à des résultats, il faut généralement plusieurs intervenants et pouvoir bénéficier, dans les cas difficiles, de techniques de soins, dites de « médiation symbolique » réalisés par des soignants ou des psychologues : approche corporelle, art thérapie, thérapie de groupe ou familiales, psychodrames* »<sup>608</sup>. « *Finale­ment, au moment même où elle entre dans l'institution pénitentiaire et travaille auprès des AAS et autres criminels dangereux, la psychiatrie de mouvance psychanalytique en milieu pénitentiaire se voit amenée à réviser, adoucir, adapter son approche et à s'ouvrir, dans un souci d'efficacité indépassable dans un tel contexte, à d'autres modalités. La dévaluation épistémologique de la psychanalyse se trouve ici, de fait, justifiée. Elle est la condition sine qua non de son entrée et son maintien en milieu pénitentiaire* »<sup>609</sup>. Dans la même perspective, A. Ciavaldini considère que les thérapies comportementales et cognitives (TCC) peuvent permettre au condamné « *d'apprendre à refuser certaines évidences ou croyances concernant la victime, la prise de conscience de son excitation sexuelle, l'amélioration de la reconnaissance d'autrui, la prise de conscience des distorsions affectives en matière de sexualité, l'identification des situations affectives favorisant le passage à l'acte. Compte tenu de leur spécificité et de leur ciblage adaptatif, ces techniques peuvent être utilisées en appoint d'un travail thérapeutique* »<sup>610</sup>. Ainsi, selon C. O. Doron, les techniques « *cognitivo-comportementales* » sont alors « *intégrées dans une technologie à orientation psychanalytique. Elles n'auront tout simplement pas le statut : par exemple, Claude Balier, dont le moins qu'on puisse dire est qu'il n'est guère favorable à une technologie cognitivo-comportementale, admet néanmoins volontiers l'usage de techniques cognitivo-comportementales dans une technologie psychanalytique : « il n'y a pas forcément de contradictions [...] entre une approche cognitiviste et analytique ; car nous connaissons bien aussi ces gens qui ne peuvent pas dire ce qu'ils ressentent, qui ne peuvent pas nommer ce qu'ils ressentent [c'est une caractéristique essentielle des AAS, que la technique cognitivo-comportementale aborde en travaillant sur les émotions] et il peut très bien y avoir un travail préalable [...] au niveau cognitiviste par exemple et qui sera repris ensuite sur un autre mode dans une approche psychanalytique si l'indication se pose* »<sup>611</sup>.

Bien d'autres outils thérapeutiques sont effectivement mobilisés au sein des SMPR. Nous avons par exemple retrouvé dans les dossiers étudiés la participation à des ateliers ou médiations thérapeutiques, des groupes de gestion de la colère et de l'agressivité animés par un psychologue et une psychomotricienne, des dispositifs d'équithérapie et de zoothérapie, etc.. Outre les prises en charge des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), les condamnés participent également, en complément ou à la place d'un suivi médico-psychologique, à des réunions organisées par l'association des Alcooliques Anonymes. Ailleurs, certains UCSA ou SMPR ont même établi des protocoles spécifiques de suivi. Il en va ainsi au SMPR de Fresnes, où cette prise en charge spécialisée et formalisée donne lieu à des sessions de six mois proposées à des volontaires qui s'engagent à suivre une prise en charge tant individuelle que groupale (1h30 par jour et par personne), psychodynamique et comportementale<sup>612</sup>.

<sup>608</sup> C. Balier cité in Alvarez J., Gourmelon N., *op. cit.*, 19.

<sup>609</sup> Alvarez J., Gourmelon N., *op. cit.*, 19.

<sup>610</sup> Ciavaldini A., *op. cit.*, 37.

<sup>611</sup> Doron C. O., Soigner et punir, *op. cit.*, p. 82 ; Ciavaldini A., Prise en charge des délinquants sexuels, *op. cit.*, 34 et s.

<sup>612</sup> Inspection générale des Affaires sociales et Inspection générale des services judiciaires, *Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soin*, 2011, 65.

d- La place des faits dans la prise en charge thérapeutique

Comme énoncé brièvement dans la première partie de ce rapport, les faits n'occupent pas une place centrale dans la prise en charge thérapeutique, en milieu fermé comme en milieu ouvert, ce positionnement professionnel étant souvent mal perçu par les acteurs judiciaires, qu'ils soient magistrats ou CPIP. En réalité, la thérapie, qu'elle soit groupale ou individuelle, ne fait pour autant que très rarement l'économie de l'évocation des faits<sup>613</sup>, comme le montrent les extraits suivants. D'ailleurs, dans ses recommandations, le jury de la conférence de consensus du 22 et 23 novembre 2001 « Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle » indiquait que le positionnement du sujet pouvait évoluer grâce aux entretiens « *pré-thérapeutiques* » et que le praticien devait « *décrypter les différentes expressions de dénégation partielle ou de minimisation pour accompagner le patient dans la voie d'une meilleure reconnaissance de ses responsabilités et de développement de l'empathie pour la victime* ».

*« Après, peut-être que l'intérêt, c'est de... c'est pas de le traiter de criminel sans fin mais de voir où il en est dans ce rapport aux faits. Ça, ça peut être intéressant. Parce que ça mûrit le « je l'ai pas fait » ou le « elle était consentante ». C'est des choses qui évoluent. Si tout va bien à un moment donné, ils vont se dire « Ben vraiment, j'ai pas vu... ». Alors, soit elle va rester une salope jusqu'au bout, soit on va un peu ébranler cette conviction qu'elle était consentante « Est-ce qu'il n'y a pas des signes qui vous aurait fait dire que elle était pas très emballée par ce que vous étiez en train de lui faire ? ». On y va doucement, mais bon. Et donc, peut-être que ça, ça peut se mesurer au fil du temps, du côté du SPIP et du judiciaire, mais aussi du côté des soignants » (Psychologue SMPR).*

*« Je dirais que la façon de mener l'entretien c'est-à-dire la façon dont on va interagir est habituelle. Je dirais que la façon dont on va poser le cadre, doit être très différente et qu'il faut être à l'aise pour aller questionner les faits, quand ça se présente quoi, de ne pas passer à côté. Pour le reste, je pense que c'est une prise en charge, une psychothérapie classique » (Psychologue, SMPR).*

« Au sujet de la prise en charge par le Dr..., il dit "Je pense qu'il y a beaucoup d'amélioration. Je n'ai plus le même regard qu'avant. Je n'ai plus le même jugement par rapport à la reconnaissance des faits, la victime. Avec lui, j'ai pu parler de ce qui m'a fait tomber par rapport au début". Nous notons que Mr a participé à un groupe de parole d'anciens agresseurs sexuels, il y a un an, les séances ont duré un an. Il estime avoir bien progressé depuis deux ans et également grâce à ce groupe de parole. Il commente : "Ça m'a permis de parler des victimes. Avant je ne parlais que de moi, au lieu d'aborder les victimes...". Il a été condamné à 4 ans d'injonction de soin : "je suis habitué à voir un psy. C'est bien, on peut discuter". "Ça m'a permis de parler des faits que je ne voulais pas parler. Je suis très renfermé mais avec le temps j'arrivais à en parler". [...] La prise en charge psychothérapeutique avec son psychiatre ainsi que l'influence durant un an du groupe de parole pour agresseurs sexuels semblent avoir eu un certain effet bénéfique pour Mr... Certains éléments d'évolution paraissent plus positifs au moins lors d'un entretien, le Dr [nom expert] constatant que le sujet progresse dans sa maturité et dans un désir de changement qui va dans le sens d'une bonne réadaptabilité notamment dirigée dans une vie commune avec l'épouse. Le positionnement est différent suivant les experts, la persistance d'une dimension perverse s'exprimant notamment dans la tendance persistante à projeter sur les autres et notamment la victime la responsabilité des faits, les interrogations concernant l'authenticité de l'empathie alléguée pour la victime, conduisent à une certaine prudence sur le devenir » (Collège d'experts, D94).

« Mr... est suivi régulièrement par Mr..., psychologue, il le rencontre toutes les trois semaines environ, "au début, on parlait pas mal de l'affaire et de comment ça avait pu arriver, en fait, j'ai compris qu'il y avait pas mal d'alcool ; maintenant on parle un peu plus de ma vie à venir, de mon petit garçon, de ce qui va se produire" » (Expert, D62).

Toutefois, les thérapeutes entendent appréhender les faits sous le seul angle du vécu subjectif des condamnés<sup>614</sup>. Ils ne travaillent pas sur les faits eux-mêmes, mais « *autour des faits et autour du sens qu'ont les faits pour la personne* » (Psychiatre, SMPR). Sauf les cas où le condamné en parle immédiatement de lui-même, l'évocation des faits n'interviendrait pas dès les premiers temps de la thérapie. De cette façon, les soignants se prémuniraient contre une assimilation au personnel de l'administration pénitentiaire ou à l'institution judiciaire, ce qui entraverait l'émergence d'un rapport de confiance.

*« Par définition, s'il y a eu passage à l'acte, c'est qu'à un moment donné, les choses ont pas pu se faire autrement. Donc d'emblée, on peut aller voir un psy. Ça va pas de soi pour qui que ce soit et puis à un moment donné, on va dire à la personne « prenez le temps et puis on va réfléchir, notamment sur ce que*

<sup>613</sup> V. également Saetta S., *op. cit.*

<sup>614</sup> V. également Ventéjoux A., Hirschelmann A., « Soins pénalement ordonnés et positionnements professionnels : des pratiques au carrefour de la santé et de la justice », *Pratiques Psychologiques*, 2014, n° 20, 95-110.

*vous avez fait ». Même si d'emblée, moi c'est pas ce qui va constituer mes premiers entretiens, parce que souvent la personne, elle a déjà rencontré tellement d'interlocuteurs, qu'elle me situe pas forcément à une place de thérapeute » (Psychologue, SMPR).*

*« Je rigole, parce que certains me disent... ils arrivent dès le départ et puis il me dit « mais je ne vais pas parler de moi, ça vous ne vous regarde pas hein ». [...] Ils sont dans le... oui, oui, dans la défense [...]. Il a rencontré des personnes que pour parler de son acte, donc c'est déjà « ici, tu peux parler d'autre chose ». Je me dis dans ma tête, on y viendra à un moment donné mais si moi je me mets dans la même perception qu'il peut avoir sur d'autres personnes, ça ne servira à rien, parce qu'il va m'assimiler aux autres, et puis du coup, je suis un interlocuteur comme les autres. C'est surtout ça quoi, au niveau de la détention ». [La première fois que vous voyez un patient, vous lui expliquez ce que c'est l'injonction ?] Alors, si c'est en détention, je n'aborde pas du tout ces histoires d'injonction, d'obligation, etc., ça sera bien après et puis, je ne vais pas mettre le vocabulaire judiciaire en avant. De toute façon, il a le temps de venir, il viendra. [...] Et puis la première rencontre, eh bien c'est « qu'est-ce qui vous a amené ? », la première question je veux dire, c'est « qu'est-ce qui vous a amené à vouloir rencontrer un psychologue ? Qu'est-ce qui vous a amené à écrire ? » et puis on présente le courrier. Donc en fait les personnes, eh bien, elles vont d'emblée situer soit les choses du côté de l'enfermement, la vie en détention. Au départ, ça va être plus le quotidien. Je parle pour la maison d'arrêt. Le quotidien. D'autres, ben ça va être tout de suite l'effondrement, parce que en fait, c'est la chute à la fois la séparation, les enfants. Bon, bref. D'autres, ça va être pour tout de suite entreprendre véritablement un travail en profondeur, sur « voilà, je suis arrivé au bout du bout. Il faut que j'en parle. Comment ça se fait que j'en suis arrivé là ? ». [À faire ça ?] À faire ça. Certains vont vouloir d'emblée vouloir... Parler des faits. Alors qu'ils sont pas jugés hein. Des fois, quand il y a l'avocat, des fois il dit « il faut pas trop que je vous le dise quand même, parce que... » (rire). On resitue le cadre, quand il y a des... [Parce que ça révèle, qu'ils vous identifient quand même à l'Administration pénitentiaire ?]. Parfois oui. Parfois quand même... pas forcément identifiés, c'est qu'on communique forcément. Comme on est dans les mêmes lieux, dans les mêmes locaux, et puis on est de l'autre côté, forcément, on doit forcément communiquer, parler... Voilà, donc on les rassure de ce côté-là. Bon je sais pas si ça marche mais du coup, y a besoin parfois, de bien situer, ce qui venait de... Et puis d'autres après ils nous situent, ben soit d'emblée « faut que je vous parle, parce qu'on m'a dit que ça faisait bien. Faut que je présente bien au procès, préparez-moi au procès ». D'autres ça va être... ils vont tout de suite se défendre « je suis innocent, j'ai rien à foutre là. Faites quelque chose » (Psychologue, SMPR).*

Lorsque l'affaire n'est pas jugée, ou en cas de déni persistant, ils craignent par ailleurs d'être pris à partie par les détenus, qui leur posent alors des questions sur le processus judiciaire, voire tentent de les rallier à leur cause en les sommant de prendre position. Dans un premier temps, les praticiens tendent donc à se centrer sur la souffrance liée à l'incarcération, aux ruptures familiales et sociales qui en découlent.

*« Dans la pratique, c'est un travail de tous les instants parce que, quand ils sont prévenus à la maison d'arrêt, ils ne voient pas leur avocat, donc ils vous posent des questions qui relèvent de l'avocat. Ils se mettent dans une position telle que vous... vous, vous, vous avez envie de les juger, pas au sens pénal du terme, mais au sens purement humain ; c'est pas mon boulot. S'ils voient aussi le psychiatre, ils se mettent à vous parler aussi de traitement. Moi je m'en occupe pas des traitements médicamenteux. Voyez ? [...] c'est hyper clair dans ma tête et que ça fait 20 ans que je bosse là-dessus. Tout ça, c'est le résultat de beaucoup de travail, et de beaucoup de galère de s'être laissé embarquer à expliquer la procédure pénale à quelqu'un. Et au bout d'un moment il revient « Non mais c'était pas ça ce que vous m'avez dit ! », genre « vous êtes une mauvaise avocate ». Et je me dis mais, mais dans quoi je me suis embarquée. On se fait avoir une fois, deux fois, dix fois, quinze fois, c'est pas grave, moi ça me détruit pas mais la seizième « NON, je ne suis pas votre avocate » (Psychologue, SMPR).*

*« Sur des situations qui sont préoccupantes quand même pour nous après, c'est comment nous on se positionne [lorsqu'un prévenu se dit innocent]. C'est-à-dire que ça, c'est l'espace de la loi, du judiciaire. Nous, ce que l'on peut faire, c'est essayer d'approcher, de comprendre pourquoi il s'est retrouvé dans cette situation-là. Pourquoi c'est lui qui a été désigné ? Qu'est-ce qui s'est passé dans la relation avec cette personne ? Et qu'on ne réponde pas à la commande d'essayer d'aller chercher la vérité et d'aller essayer de leur faire reconnaître quelque chose, alors que c'est le travail de la loi. Par exemple, j'ai un mineur qui a eu un non-lieu cette semaine et que j'ai vu. Il avait pas d'obligation de soins. C'était suite à un travail avec son éducatrice PJJ et il avait quand même des questionnements, voilà, qu'est-ce qui s'était passé pour qu'il puisse être désigné comme auteur d'un viol. [...] C'est dans ce cadre-là que je l'ai rencontré. Donc on peut quand même aborder l'acte, les faits, et s'approcher, pour aller essayer de comprendre, dans cette situation, qu'est-ce qui a fait que lui, dans cette posture, et qu'est-ce qui a fait, dans la perception de*

*l'autre, celle qui se dit victime, qui a fait qu'elle le désigne comme auteur d'un viol, là où lui voit un rapport et donc d'aller travailler la question de la consommation d'alcool et dans plein d'autres choses de son fonctionnement (Psychologue, SMPR).*

Même une fois la condamnation prononcée, centrer la thérapie sur le passage à l'acte pourrait dans quelques cas s'avérer totalement contre-productif. Il en va ainsi pour les condamnés considérés comme « pervers », qui mobilisent les mécanismes du clivage et du déni, dont les défenses n'en seraient que renforcées

*« La perversion, c'est un mécanisme de défense. Donc, plus on cogne sur ces gens-là, plus on les agresse, plus on veut leur faire avouer des trucs, plus on veut leur faire dire des trucs, qu'ils n'arrivent pas à dire, parce que c'est trop terrible pour eux. ou parce qu'ils en ont... ils ont pas les mots ou je sais pas quoi, plus on va provoquer, renforcer le mécanisme défensif, et moins on y arrivera. Une fois qu'on a compris ça, on fait autrement. Et moi je trouve que c'est ça qui est hyper passionnant dans mon boulot. Donc moi je considère pas qu'il y a des gens incurables. Je considère qu'il y a des gens qui vont demander vachement de boulot et de créativité et de patience. Et puis d'autres, un peu moins, mais ça peut avoir l'air très clair, et ça l'est pas tant que ça et qu'il faut accepter, de faire des détours » (Psychologue SMPR).*

*« Il y a des personnes qui vont reconnaître l'acte, mais pas le caractère transgressif. Ils sont dans du déni partiel. Là non, c'est la non-existence même de l'acte. De l'acte même [...] J'en ai deux là comme ça, qui ont fait à un moment donné une reconnaissance partielle, mais je pense par stratégie judiciaire, pour pouvoir obtenir un aménagement de peine, qui dans l'entretien, ne reconnaissent pas... et ça s'est maintenu dans les années. Des patients que je vois depuis 4-5 ans. Et ceux-là ont des injonctions de soins longues. Y en a un, il a 10 ans. L'autre, il a, ben 4 ans ; ça va se finir à la fin de l'année. [Dans ces cas-là, dans tes échanges avec le patient, tu abordes d'autres aspects ?] Les difficultés personnelles. Son histoire aussi, les questions traumatiques, un parcours de vie voilà, de maltraitance, de violence. Donc, y a plein plein d'autres choses qu'on peut aborder. Alors, de temps en temps, je remets à jour la question des faits. Ça veut dire que c'est pas parce qu'il y a un déni complet qu'il faut pas y revenir quand même de temps en temps aussi, pour voir s'il y a des choses qui se sont assouplies. Ya des choses que je peux aborder un peu de plus près... et non (rire). [Ce qui doit être compliqué aussi, c'est que vous entérinez le fait qu'il a effectivement commis l'acte] Oui mais je m'en décale. Quand je reviens sur la question des faits, je suggère que pour moi, ils ont été commis, que lui ne les reconnaît pas. Moi, je tente de m'en dégager, en disant que... en ne rappelant que le cadre judiciaire, enfin, qu'il a été condamné et que l'injonction de soin, elle est là aussi parce qu'il aurait, semble-t-il, commis des faits. Mais moi, je ne me positionne pas... » (Psychologue, SMPR).*

A ce sujet, un autre débat concerne la consultation des pièces du dossier. Si les avis ne sont pas consensuels, la plupart des thérapeutes interrogés ne souhaitent pas connaître précisément les détails de l'affaire. Pour certains spécialistes, ne pas consulter le dossier pénal n'est pas un « déni (évitement d'une réalité objective) », mais vise à préserver l'objectivité « dans l'écoute attentive et bienveillante de la parole subjective et de la réalité psychique du patient. Je lui demande toujours – avec insistance si besoin – quel est le chef d'accusation ou le motif de condamnation précis qui l'amène en prison [...]. De même qu'il est impensable de prendre en charge les soins d'un patient alcoolique sans l'interroger sur la quantité et les modalités de ses consommations, la rencontre avec un patient détenu ne peut faire fi de ce qui est à l'origine de son incarcération et de sa demande de soin »<sup>615</sup>. Pour autant, « se libérer » de la procédure pénale « favorise la libre parole sur soi et l'émergence de la pensée propre. L'indifférenciation, si patente dans le déni, nécessite que les fonctions de chacun soient distinctes : le thérapeute ne juge pas et le juge ne soigne pas ! ». Il s'agirait d'« une nécessité incontournable pour proposer un cadre de soins rassurant [...] qui permettra une baisse progressive des modalités défensives. Toute mise en cause suscite toujours en chacun de nous un repli défensif ou une réponse agressive qui rompent la discussion en cours et les possibilités relationnelles d'échange »<sup>616</sup>. En milieu carcéral comme à l'extérieur, quelques-uns mobilisent néanmoins, les expertises comme un « objet tiers », un « outil de médiation » qui comporte des « éléments de réalité » et qui peut parfois suppléer l'incapacité à dire du condamné, mais tout en prenant garde à ne pas se faire « juge » ou « expert de l'expert ».

<sup>615</sup> Verschoot O., *Du déni au crime. Des origines psychologiques de la violence*, Paris, IMAGO, 2014, 33.

<sup>616</sup> *Ibid.*, 34.

« On dit toujours dans notre travail... parfois je sais que c'est difficile à accepter pour certains de nos interlocuteurs mais nous, c'est la parole de la personne qui nous rencontre. On travaille sur cette parole et avec cette parole-là. La question de la réalité, des faits, ça n'est pas notre souci premier. Parfois, à certains moments, ça peut s'avérer important. À ce moment-là, on voit avec la personne et puis on voit comment s'intéresser à cela. Pas du côté du suivi judiciaire mais par exemple, c'est la question de l'expertise. Dorénavant, c'est d'ailleurs les personnes elles-mêmes qui nous demandent si éventuellement, on serait d'accord avec elles, de lire leur expertise. On s'en sert en fait comme d'un objet tiers, [...] parce qu'effectivement, y a eu ce regard porté à un moment donné, qui vient de dehors, avec des éléments de réalité très concrets, y compris sur les faits qui dans l'expertise sont rappelés par exemple. C'est parfois l'occasion effectivement, de revenir sur cette réalité-là, à travers l'expertise, alors qu'on l'a travaillée mais sur quelque chose qui était uniquement jusque-là, le ressenti, le vécu qu'on transcrivait, de la personne qu'on rencontre » (Psychiatre, SMPR).

« [L'expertise] c'est un outil de médiation que je trouve très intéressant à plusieurs titres. Y a les pré-sentencielles que l'on peut travailler et les post-sentencielles. Déjà, parce que c'est un avis extérieur et puis surtout, ça amène le patient à se positionner sur ce qu'a dit l'expert de ce qu'il a vu de lui, de son fonctionnement. C'est aussi intéressant, parce qu'il y a des personnes qui des fois, ont des difficultés d'aller en détail dans les faits et l'expert revient en détail dans les faits. Notamment, ça m'est arrivé pour des actes de torture et de barbarie ou des actes de sadomasochisme. C'était compliqué en fait pour eux, de l'énoncer dans... dans... dans la relation duelle. Donc là, c'est nommé par l'expert, c'est qualifié par le judiciaire et du coup, c'est intéressant. Après, ça permet au sujet de reprendre avec ses mots, là où spontanément c'est difficile d'aborder le sujet avec ses mots » (Psychologue, SMPR).

« [Est-ce que vous mobilisez les expertises dans votre pratique thérapeutique ?] Je pense que j'y ai accès mais pour les autres éléments, non, je... en détention je fais pas. Au niveau des expertises, je n'y vais pas par moi-même et j'utilise ce support-là rarement. Je fais quand c'est la personne elle-même qui me l'amène. Parce que je ne veux pas non plus être situé dans un « expert de l'expert », ou d'être dans quelque chose qui serait aussi vécu comme une complicité du... avec le patient, en disant « vous avez vu ? Vous, vous me connaissez bien, et comment il parle de moi », et puis de chercher en fait, à ce que je vienne prendre position. Et puis, je suis pas non plus le dico psy, à expliquer les termes, etc. Donc, quand la personne elle m'amène... parce que c'est souvent cette démarche-là qui le mobilise à venir. Je leur dit simplement « par rapport à tout ce qu'on a pu aborder ensemble, quand j'entends par exemple tel mot, l'autre jour vous m'avez dit ça, on avait vu ça ensemble. Y a un peu des liens, vous en pensez quoi ? ». C'est un support à la réflexion, mais c'est uniquement dans ce registre-là que j'utilise l'expertise. Mais je ne vais pas la chercher par moi-même, etc. Ici, pour l'extérieur, au niveau du CMP, ben en fait, quand le patient me le demande, parce qu'il sait que je peux le demander au coordonnateur, du coup je le fais. Sinon, je le fais très peu, mais moi, le biais c'est que je connais déjà bien les situations pénales pour des personnes que je rencontre, donc j'ai pas forcément... » (Psychologue SMPR).

« Non, je ne les regarde pas [les expertises]. Ça ne m'intéresse pas. [...] Sauf si la personne qui vient me voir, tient à ce qu'on regarde ensemble. [...] Si la personne arrive en disant d'emblée « vous avez dû lire mon dossier. Regardez, c'est difficile de parler », je vais dire « écoutez, si vous voulez, on va regarder ensemble. Effectivement, j'ai reçu votre dossier, comme vous le savez mais moi, je ne l'ai pas regardé. Mais si vraiment vous avez du mal à m'en dire quelque chose, peut-être qu'on peut regarder ensemble ». [...] Moi ça, c'est une personne qui parle sur une personne, donc ça ne m'intéresse pas. [...] Mais pour moi, c'est pas... ça veut rien dire en fait qu'il parle des faits. C'est de la parole vide. Moi, il m'est arrivé de recevoir des personnes qui ne disaient pas ce qu'ils avaient fait. [Donc ça, vous n'en parlez pas du tout dans ces cas-là ?] Ben, y a un moment où ça ressort mais ça peut être 6 mois, un an, un an et demi après. Si c'est pas le moment d'en parler, c'est pas le moment d'en parler, et puis voilà. De toute façon, je pense que pour avoir été condamnée, généralement c'est qu'il s'est passé quelque chose, qui est un passage à l'acte, quelle qu'en soit la nature, qui fait que la personne quand même, sa vie s'en trouve bouleversée. Donc y a un moment où ça va sortir mais on n'est pas là pour se rencontrer, pour dire son état civil et ce qu'on a fait » (Psychologue, CMP).

Le décryptage des expertises avec les condamnés est un procédé manié avec d'autant plus de précaution qu'il peut s'avérer à double tranchant. Si nous avons précédemment abordé la réception de diagnostics et pronostics parfois catégoriques par les magistrats et agents de probation, leurs effets sur les condamnés eux-mêmes interrogent. Certains diagnostics, plus particulièrement la référence à une perversion ou à une psychopathie, seraient difficilement audibles. Énoncées sans précaution ou sans

nuance, ces catégorisations compliqueraient singulièrement la tâche des thérapeutes, surtout lorsque les experts en déduisent une impossibilité de soin, même si les praticiens indiquent alors euphémiser et/ou détourner ces appréciations dans une perspective thérapeutique.

*« Moi, quand je lisais l'expertise à certains détenus, je sautais des lignes. Impossible, c'est impossible. [C'était trop violent vous voulez dire ?] C'est terrible, c'est terrible, donc on peut pas. On peut pas. À l'inverse, vous avez des expertises... à l'inverse, parce que c'est pas valable pour tout le monde, j'avais des expertises d'une telle finesse que je m'arrêtais sur un paragraphe ou sur une ligne. Et on reprenait mot à mot, et parfois, dans des psychothérapies, ça permettait des choses » (Psychiatre, SMPR).*

*« Eux, ce qui les choquent, c'est les mots 'pervers' ou 'psychopathe'. Ça, c'est des grosses insultes « comment ça ? Pourquoi il m'insulte l'expert ? » « On va vous expliquer ». Donc on remet dans le contexte du jargon professionnel, etc., de l'expert qu'est pas là pour juger, mais pour dire ce qu'il a compris. Moi je leur prends toujours l'exemple de, une expertise, c'est comme une photo. Donc parfois on a les yeux rouges et parfois pas. Parce qu'ils me disent « mais vous, vous en savez plus sur moi » et je leur dis « non, je ne sais pas la même chose sur vous ». Enfin voilà, moi j'explique, je donne du sens hein. [...] Moi, de ma place de soignante, j'explique aux personnes, je leur fais pas un cours de psycho-patho mais je leur explique que nous les psys, on a notre jargon et que c'est pas la même chose que dans les films américains. Et que quand on traite quelqu'un de psychopathe ou de pervers, ça veut pas dire la même chose que dans les experts de la télé. Pour calmer un peu le jeu, parce que eux, ils y voient un mot qui les condamne d'avance quoi. » [Au sujet d'un condamné qualifié de pervers et pour lequel l'expert indiquait qu'un traitement n'était pas possible, disant à son thérapeute « mais alors, pourquoi je viens vous voir ? Est-ce que ça sert à quelque chose ? » ?] Moi je lui rappelle que c'est lui qui vient me voir parce que c'est lui qui l'a demandé. Déjà l'art de botter en touche mais de renvoyer la personne à elle-même. Et puis je mets en avant, dans l'hyper diplomatique, je leur dis « tout le monde voit pas les choses de la même manière ; on pense différemment ; l'expert il a le droit de dire ça ». « J'ai le droit de penser autrement et vous avez le droit de penser autrement ». J'essaie d'en faire... moi j'utilise l'expertise, comme un outil thérapeutique et non pas une parole de vérité... J'y crois pas moi à la parole de vérité en général. Vraiment, j'utilise ça moi, comme... ouais, comme outil pour continuer la réflexion, ou pour créer du lien avec le patient, pour qu'il puisse entendre que tout le monde... Parce qu'il me dit « il est psy comme vous » et je dis non. Alors, oui, mais non. Voilà. Et de dire, on est pareil et différent. J'utilise tout pour faire du lien, du sens » (Psychologue SMPR).*

*« [Comment ils réagissent par rapport à l'expertise ?] Ça dépend des patients. Ça dépend à quelle distance ils se mettent de la justice par ce que ça représente. Y en a pour qui la justice, ça ne représente pas grand-chose ; y en a d'autres qui le prennent très à cœur. Y en a aussi qui peuvent jouer dans le travail transférentiel avec le psycho dont ils savent que lui, il connaît bien et va avoir du mal à avaler cette... c'est même pas de l'ambivalence... ce paradoxe et qui donc, vont jouer et dire « regardez, c'est vraiment violent quand même ce qu'on écrit ». Donc ça, c'est un objet. C'est comme l'attestation, c'est un objet qui sert au travail transférentiel, qui sert au travail psychothérapeutique. Toutes ces petites pièces-là, ce sont des objets qui servent dans le travail. Mais pour moi, ce ne sont pas des informations. D'ailleurs, je n'utilise pas les informations dans mon travail. Ce ne sont pas des faits mais des interprétations, ou des liens. [Quel est l'effet au fond sur la personne, parce que d'un côté on lui dit, judiciairement, « vous devez vous soigner » et un expert, dans le même temps, dit « monsieur n'est pas susceptible de soins » ?] Ben, je leur renvoie la question « à votre avis, pourquoi l'expert peut estimer que vous n'êtes pas accessible aux soins ? ». Les patients vont reprendre, en disant « vous voyez, j'ai pas besoin de soins ». Donc moi je reformule en disant « c'est pas que vous avez pas besoin. Simplement, vous êtes pas prêt, vous êtes pas accessible, ou peut-être même que vous êtes un peu hostile. Qu'est-ce que vous en pensez ? Vous êtes d'accord, vous êtes pas d'accord ? ». En fonction de la réponse « et pourquoi ? ». [...] Je détourne tout ce qui est utilisé, même quand il y a les qualifications de pervers ou autres. Il faut détourner, parce que sinon, on reste sidéré dans la violence ensemble quoi » (Psychologue, SMPR).*

Alors qu'ils apparaissent finalement peu demandeurs, le législateur a pourtant multiplié au fil du temps les transmissions d'informations judiciaires aux thérapeutes. À l'instar des acteurs judiciaires interrogés, les pouvoirs publics considèrent en effet que sans connaître les pièces du dossier, les faits reprochés et les antécédents du condamné, les soignants seraient dépendants des seuls éléments fournis par ce dernier, au risque d'être manipulés. La loi du 25 février 2008 a donc prévu à l'article 717-1 du CPP l'envoi de toutes « informations utiles à la mise en œuvre des mesures de protection des personnes », ce qui visait alors essentiellement le risque suicidaire en détention. Depuis la loi du 27 mars 2012, l'article 717-1

CPP prévoit que le JAP adresse au thérapeute la copie de la décision de condamnation, des rapports d'expertises, ainsi que « toute autre pièce utile du dossier ». En détention, les chefs d'établissement doivent également mettre à disposition des psychiatres un résumé de la situation pénale, les expertises psychologiques ou psychiatriques conservées dans le dossier individuel du détenu (R57-8-4 CPP). En milieu ouvert, l'article L3711-2 du Code de la santé publique prévoit également que le JAP communique au médecin traitant, par l'intermédiaire du médecin coordonnateur, copie de la décision ayant ordonné l'injonction de soin, des expertises médicales réalisées pendant l'enquête ou l'instruction, du réquisitoire définitif, de la décision de renvoi devant la juridiction de jugement, de la décision de condamnation ainsi que des rapports des expertises qu'il a ordonnées en cours d'exécution de la peine. Parfois, cette transmission concernerait autant le champ des injonctions que de simples obligations de soin, comme en témoigne un psychologue du SMPR.

*« Il se trouve que des fois, et de plus en plus, mais il doit y avoir sans doute une disposition légale qui a dû changer, le juge en fait, directement m'envoie un dossier. Là, j'étais surpris. Dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire, avec injonction de soin, le médecin coordonnateur désigné, j'ai reçu en fait par le JAP la totale. [Directement par le JAP ?] Directement par le JAP. C'est rare. Directement par le JAP, expertise plus... [Tout le dossier pénal ?] Oui, les rendus. Pas les PV d'audition, les décisions. [L'ordonnance de renvoi, ou les réquisitoires du parquet ?] Voilà. Et puis autrement, ce qui a changé aussi dans le cadre d'obligations de soins, pour des personnes en matière sexuelle, je reçois aussi les dossiers par les juges. Alors là, il n'y a pas de coordinateur, c'est une obligation de soins mais du coup, j'ai remarqué ça. Une personne en obligation de soins, condamnée en correctionnelle pour faits sexuels, je reçois avec « information »... C'est une nouvelle disposition, « information au psy traitant » et on est dans le cadre d'une obligation de soins » (Psychologue SMPR).*

## **Section 2- Une contrainte parfaitement intégrée, sinon anticipée**

Du fait de la force des incitations judiciaires, la très grande majorité des détenus entament des soins en détention (§1), dans lesquels ils s'engagent avec plus ou moins d'investissement (§2).

### **§1- Des soins presque systématiquement engagés**

S'agissant des condamnés de notre échantillon ayant connu une période d'enfermement, des soins en détention apparaissent dans 92 dossiers, étant précisé que l'information nous manque dans trois affaires (soit 96,3% si l'on exclut les non-réponses). Même si le champ d'application de l'incitation au soin concerne légalement les seuls auteurs d'infractions entrant dans le champ d'application du SSJ, ce dispositif essaime bien au-delà puisque, de l'avis des thérapeutes interrogés, la plupart des auteurs de violences et des condamnés affectés par des addictions se présenteraient au SMPR sans nécessairement avoir le souhait d'engager des soins. Pour ces derniers, le bénéfice de réductions supplémentaires de peine fonctionnerait à la manière de l'incitation.

*« [Globalement, vous les rencontrez tous en détention les condamnés pour infractions à caractère sexuel ?] Une énorme majorité. Faut qu'on refasse les chiffres là. On avait fait des statistiques sur le centre de détention y a 2-3 ans, et on s'apercevait qu'on rencontrait au sens large, qu'on était parti sur trois entretiens minimum, mais de trois entretiens à des suivis très réguliers, on rencontrait je crois 96% des personnes condamnées pour infractions sexuelles » (Psychiatre, SMPR).*

*J'ai le souvenir moi, y a... quand j'ai commencé ma carrière, si j'ose dire, et en même temps l'activité en prison, dans les années 95, juste avant, 93, soignants, on se disait mais comment aller chercher les détenus, pour qu'ils soient patients et acteurs de leurs soins ? Patient, c'est intéressant comme terme. Mais du coup, l'effet est tout à fait inverse aujourd'hui, c'est-à-dire qu'un grand nombre de détenus viennent nous voir, spontanément en apparence mais en fait sur cette incitation-là et on se retrouve à effectivement, ben, on va dire, on va trier ces demandes, au sens de leur donner sens. Pour moi, c'est vraiment quelque chose qui est plutôt positif. Faut s'entendre également. Je trouve ça positif. Parfois, je trouve que c'est quand même exagéré, pas sur le moteur sur une personne donnée vers le soin, mais sur le nombre, on va dire d'incitations puisqu'en fait, dorénavant, presque chaque détenu condamné pour violence, et beaucoup le sont et incarcérés, se retrouvent dans ce cadre d'incitation très générale, et avec peut-être aussi des...*

*certaines confusions sur ce qui peut leur être dit de cette incitation même. Entre ceux qui sont dans le cadre d'une injonction de soin déjà prononcée ou d'une peine qui peut être une peine de suivi socio-judiciaire ensuite, et puis, le tout-venant des personnes condamnées pour lesquelles je trouve... voilà, la discrimination entre ces différents cadres n'est pas forcément très clairement explicite [...] C'est ce que je disais, ce retournement... Il y a maintenant une vingtaine d'années, un peu plus on s'interrogeait et on essayait de travailler cette question, d'aller chercher les personnes en détention, notamment dans ce champ-là, la violence sexuelle. On prévoyait, on voyait avec elle d'emblée et on disait « on vous contactera, si vous nous contactez pas, dans... », un petit délai. Aujourd'hui, on ne le fait pas parce que de toute façon, ça viendra » (Psychiatre, SMPR).*

*« Ça, c'est un levier [les réductions de peines] qui marche. Évidemment, je ne tiens pas de statistiques mais je vois bien qu'effectivement c'est un levier qui marche. Qui marche plutôt bien pour l'injonction de soin. Mais pour le reste, même s'ils ont un sursis avec mise à l'épreuve à l'extérieur, qu'ils vont avoir une surveillance judiciaire, rien, même quand on a une injonction de soin et un SSJ prononcé, rien ne les oblige à aller faire des soins, strictement rien. Donc on ne peut pas être sous la contrainte. [...] Le levier effectivement, c'est la perte des remises de peine supplémentaires. Il y a ce levier-là qui est, comment dire, très quantifiable. On peut très vite le matérialiser : c'est zéro RPS par an » (CPIP).*

Le passage obligé par le SMPR semble si bien intégré que l'on pourrait même douter de l'intérêt des dispositions textuelles relatives à l'incitation en direction des auteurs d'infractions entrant dans le champ d'application du SSJ. En effet, la plupart des détenus n'amorcent pas les soins une fois les conséquences d'une absence de traitement précisées par la juridiction de jugement ou par le JAP, mais bien en amont, dès le placement en détention provisoire qui, rappelons-le, a concerné les trois quarts des condamnés de notre échantillon. Parmi ces derniers, nous avons pu identifier des soins engagés en amont du jugement dans 60,8% des cas, l'information faisant défaut dans 18 dossiers sur 74. Si l'on tient compte des seuls dossiers comprenant ce type d'information, le pourcentage de détenus concernés passe à 80%. Dans cette hypothèse, l'incitation ne provient pas des magistrats, mais de l'avocat ou, concernant les « habitués » de la justice pénale, de leur connaissance du fonctionnement et des attentes de l'institution judiciaire, connaissance qui se transmet par ailleurs entre codétenus. En engageant une thérapie dès la détention provisoire, ils espèrent ainsi obtenir une plus grande clémence de la juridiction de jugement.

*« Après, c'est vrai qu'en prison il n'y a pas l'obligation de l'injonction, au sens vraiment judiciaire du terme, mais enfin, l'incitation, elle est extrêmement présente. Au centre de détention, ben d'abord elle est légale, ça fait partie du texte de loi. Bon, c'est de la subtilité de dire... voilà. Et puis, quand ils sont prévenus en maison d'arrêt, y a pas l'incitation mais enfin, y a l'avocat, y a la famille, y a toute l'artillerie. Y a le SPIP, y a tout le monde qui dit, surtout dans les faits criminels et dans les faits de nature sexuelle, qui dit « vous devriez aller voir le psy ». Moi quand mon patient arrive en me disant « mon avocat m'a dit que », je me dis que soit y a un avocat qui a repéré que la personne était pas bien et a relié avec l'état psychologique, soit qui se dit il va falloir faire les fonds de tiroirs, pour trouver des billes pour le défendre celui-là. Donc, si je peux présenter une petite attestation, ça va m'aider. Moi, c'est l'interprétation que je fais. En même temps, c'est vrai que, je sais pas, quelqu'un qui vient de tuer son mari ou de tuer sa femme, c'est pas con d'aller parler de ça, et de son histoire, et de comment on a pu en arriver là » (Psychologue, SMPR).*

*« Au centre de détention, et même en maison d'arrêt, pour les personnes un peu rodées déjà, ils savent tout ça. Tout ça c'est connu, de manière plus ou moins faussée. L'incitation aux soins, elle est pas d'ailleurs nommée comme telle. Nous, ça nous paraît clair, parce qu'on va tout de suite la relayer au suivi socio-judiciaire, etc. Faut pas oublier que je pense que ça, c'est noyé dans le fameux effort sérieux de réadaptation sociale ; et donc, comme la thérapie elle est mise sur ce plan-là, ben au fond, ça vient complètement noyer ce qui est plus du côté de l'incitation aux soins. Et comme de fait, les personnes ont cette motivation évidemment, des RP, des RPS, voire des aménagements de peine, ça va sur tout le dispositif, eh bien du coup, de fait, elles viennent. Sachant que quand même aussi, pour parler du centre de détention, je fais ça à la louche, mais neuf personnes sur dix ont déjà vu un psy. Donc en fait, elles ont déjà une très bonne connaissance à la fois du système, du dispositif, de l'organisation des psys, etc. En maison d'arrêt, c'est pas péjoratif, mais c'est plus naïf et puis ça se mélange un petit peu moins, etc., donc au départ, c'est d'emblée vers une démarche, mais parce qu'il y a d'autres choses qui viennent... on est loin de tout ça, parce que c'est le milieu carcéral, parce que c'est la séparation d'avec la famille, parce que c'est l'enfermement. On est sur d'autres questions. C'est pas d'emblée en fait, les... la commission des faits. [Une souffrance plus immédiate, liée à la situation judiciaire de la personne ?] Voilà, exactement. Tout à*

*fait, c'est exactement ça. Et après bon, je dirais dès qu'ils ont vu l'avocat, ça y est, c'est parti dans le système (rire). [Vous pensez que même les avocats les incitent à... ?] Ah ben c'est sûr. [Ça fait partie du package ?] Ah ben oui, bien sûr. C'est parce que le psy, je ne saisis pas pourquoi mais ça fait mieux, ça fait bien. Voilà, ça donne une autre coloration au dossier. Je sais pas si ça permet d'appuyer une plaidoirie ou je ne sais quoi, mais en tout cas, y a quelque chose qui... c'est toujours situé... « ah mais, vous avez encore pas vu le psy ? Ah, vous voyez le psy, c'est bien ». Parfois, certains me posent la question « mais comment ça se fait que l'avocat il me dit que c'est bien ? Il faut que je continue quand même à vous voir » et du coup, c'est gênant, parce qu'il n'y avait jamais ce genre de question avant. Et puis à un moment donné, ça fait partie du système, du milieu. [...] Que ce soit pénitentiaire, parce que en gros, on a peut-être un rôle de paix sociale ou je ne sais quoi, de truc comme ça, de régulation, et je pense que ça rassure, comme ils sont aussi tellement aux prises avec la question du risque suicidaire. Y a aussi tout ça qui rentre en ligne de compte » (Psychologue, SMPR).*

En conséquence, une fois transférés en centre de détention ou en maison centrale, ceux légalement concernés par l'incitation aux soins, comme tous les autres, sont parfaitement au fait de la nécessité de les poursuivre durant l'exécution de leur peine, ce qui n'empêche pas le déploiement du dispositif présenté dans la section précédente, et ce dès les premiers jours de l'incarcération.

*« Avec la particularité, qu'ils ont déjà fait une partie de détention. Moi j'ai travaillé 15 ans en maison d'arrêt. C'était plus intéressant de travailler les soins. C'est une démarche. Parce que là, ils arrivent en institution, ils peuvent être dans le déni, ils sont présumés innocents pour une partie donc on travaille différemment. C'est pas la même chose. Là, y a une condamnation. [...] Alors, y a des messieurs qui sont avancés dans la réflexion, parce qu'encore une fois, il y a la maison d'arrêt, donc on n'arrive pas sur un terrain neutre et vierge. Souvent, il y a des messieurs qui disent « moi, j'avais des soins. Bien évidemment, je les continue » » (CPIP).*

*« D'une certaine manière. En fait, quel est le sens de l'incitation aux soins, au-delà même d'aller voir le psy en détention ? Sachant que de toute façon, avec ces histoires d'efforts sérieux de réadaptation sociale, ils viennent quand même. Ils ont même pas besoin... le JAP, il a même pas besoin d'utiliser l'incitation aux soins tous les six mois, puisque de toute façon... Et puis au CD, 90%, ils ont déjà vu un psy. Sur tous les AVS qui sont arrivés au CD, quelle que soit leur pénitence, ils ont tous vus un psy. Et après, comme on dit, ils se posent. Ils arrivent dans un établissement pour effectuer leur peine, donc là, ils sont là pour poser le temps. Et même ça maintenant, depuis quelques années, dès les 15 jours « ah ben, il faut écrire au psy. Il faut continuer, il faut écrire au psy ». Et ils ont dix ans de placard encore à faire. Qu'ils se posent, qu'ils prennent le temps. Ils ont déjà eu trois ans de psy. On n'est pas non plus interchangeables. Il s'est trouvé travailler avec un collègue. Y a eu le temps de la maison d'arrêt » (Psychologue, SMPR).*

## **§2- Le positionnement des détenus par rapport au soin : entre soumission passive, perspective utilitaire et véritable adhésion**

Les propos recueillis en entretien confirment, s'il en est encore besoin, la grande diversité des profils parmi les délinquants sexuels, y compris concernant le mode d'engagement dans la psychothérapie.

*« Je dirais presque, si on caricature, y a 4-5 morpho-types, je sais pas comment les appeler mais de positionnement par rapport aux soins. Y a celui qui arrive effectivement, qui dit « je suis pas un malade, je suis pas un fou. J'irai pas, je veux pas de médicaments, je veux rien ». Là, on n'est même pas dans une reconnaissance de c'est quoi un psychologue, c'est quoi un psy ? Qui peut prescrire ? C'est quoi le rôle de chacun ? Là, on est déjà... et ils sont plus nombreux qu'on pense déjà à dire « c'est quoi un psychologue ? C'est quoi un psychiatre ? ». On a ce positionnement-là. On a celui qui a une approche, essentiellement par rapport aux remises de peine supplémentaires, qui dit « si il faut que je balaie la cour, je le fais. Donnez-moi des jours, je m'en fous », qui est un peu dans le truc « je vais le faire ». Je caricature évidemment parce que c'est beaucoup plus complexe que ça. Donc y a celui qui dit « moi je suis pas un fou », qui a pas une très très grosse connaissance de qu'est-ce qui va être évoqué là-dedans « j'ai pas envie d'en parler, je suis pas fou, je veux pas de médicaments ». Ils nous donnent souvent l'exemple « j'ai vu le mec là, il est bourré de cachetons. Il se promène comme une momie, je veux pas être ça ». Y a l'autre qui dit « oui, oui, j'y vais. Y a pas de souci. De toute façon, moi je veux les RPS ». Y a celui qui a entamé des soins et qui va être sur un modèle en disant « ouais, mais j'y vais que pour les RPS ». C'est faux mais... [...] Qui est pas en mesure en tout cas de le dire. C'est faux, parce qu'on sent effectivement que ça travaille dur, que quand on le voit nous, évidemment, on arrive sur un CD. Ils viennent purger leur peine et on voit*

déjà ce qui a été fait en amont. On voit l'évolution, par rapport aux faits, ce qu'ils nous en disent. On se dit, y a déjà une réflexion, y a quelque chose. On va pas commencer à le travailler en disant « monsieur, mais j'ai lu l'instruction... », non, on dit « avec un petit peu de recul, je sais bien que vous avez été condamné, mais vous en pensez quoi ? Vous en êtes où ? » et on voit bien s'il y a déjà un travail qui a été enclenché ou pas. [...] Y a une autre catégorie, qui est assez impressionnante pour moi. C'est-à-dire que, effectivement, c'est ceux qui sont ultra demandeurs de soins. Mais eux, ils ont strictement tout, tout passe par eux. Ils ont un rendez-vous tous les 15 jours déjà depuis 3 ou 4 ans. Et c'est ceux qui ont décompensé, ceux qui effectivement... le jugement, ou la révélation des faits a fait qu'effectivement, tout bouge, ils s'effondrent et du coup, là il y a vraiment une béquille thérapeutique qui est essentielle. Voilà les quatre catégories que moi je perçois en fait » (CPIP).

Certains détenus ne se cachent absolument pas du caractère purement utilitaire de leur demande, tant face aux soignants eux-mêmes que face aux experts ou à leur agent de probation. D'autres, tout en poursuivant des soins, manifestent le peu d'intérêt qu'ils y trouvent.

« La première rencontre est dans un nombre... (rire) une fréquence très élevée, liée à ces questions-là. Effectivement « on me dit qu'il faut que je vienne vous voir ». On sait bien que les choses ne sont pas tout à fait de cette façon-là. C'est « il faudrait que vous rencontriez les soignants, pour pouvoir prétendre à obtenir quelque chose ». C'est un petit peu la même chose quand même mais bon, pour moi, je disais, c'est le point de départ de quelque chose, au moins de cette rencontre-là » (Psychiatre, SMPR).

« "Je vois le Dr... tous les mois en moyenne... je n'ai pas de traitement psychiatrique !..."Je vois [nom du psychiatre] parce qu'on me l'a imposé!...ça fait du bien de discuter heureusement qu'il y a des gens comme ça..." [...] Il est réticent quant à un accompagnement psychologique qu'il vit comme une surveillance et une remise en question, mais qui s'impose compte tenu de son fonctionnement de personnalité. Dans ce sens, il paraît nécessaire qu'il fasse l'objet d'un traitement dans le cadre d'une injonction de soin. [...] Un accompagnement psychologique reste toujours très difficile à maintenir dans la durée chez des sujets aussi défensifs » (expert n°1). « Il dit bénéficier actuellement d'un suivi psychiatrique par le Dr... mais cela ne correspond aucunement à une remise en cause ou à un authentique engagement thérapeutique : "ils m'ont obligé, sinon vous n'avez rien, avant j'avais le Dr..., on rigolait, j'avais fait sa caricature » (expert n°2, D63).

« "Je n'ai pas besoin de voir un psychologue, j'ai besoin de faire des activités... un psychologue, ça sert à rien". [...] En ce qui concerne une éventuelle prise en charge psychologique, le sujet apparaît nettement réticent, associant une éventuelle prise en charge thérapeutique à une mesure coercitive. Par ailleurs le questionnement subjectif est appréhendé comme excessivement intrusif » (expert n°1). « "Sur le plan médical ?...je suis "en bonne santé !...alors non, je ne vois personne !...En tout cas non, je n'ai jamais eu le moindre RDV : quand même ici, il y a des trucs bizarres !... et puis si vous n'avez pas de RDV, vous n'avez pas de permissions : alors ils jouent là-dessus !...J'ai pourtant écrit, à trois reprises, pour demander à voir un psychologue : mais je n'ai jamais été convoqué !...alors je vais réécrire dès ce soir !...pourquoi je voudrais voir un psychologue ?...précisément pour avoir des permissions !...et puis j'aimerais bien pouvoir parler à un spécialiste : comme tout le monde !...oui tout le monde a le droit d'avoir ses propres soucis !...pour parler de l'affaire ?... sans doute également : on ne m'a jamais cru !...non ma version n'a jamais été prise au sérieux : celle qu'il y aurait eu un autre visiteur ! oui c'est vraiment bizarre". [...] Nous ne pouvions guère, raison de plus, que l'inviter à s'en confier (dans le cadre bien entendu d'un suivi spécifique [...] mais tout cela le plongeait dans la plus extrême perplexité. [...] "Vous me dites que je ne vous parais pas être très au clair par rapport à moi-même ?...(qui plus est ayant été reconnu "indemne de tout trouble majeur et pénalement responsable"), c'est possible aussi !...alors, voir un psychologue ?" (bien ambivalent) "...mais je ne suis pas fou" (adoptant ainsi que lui faisons remarquer une "position" de victime) "oui une victime des cercles vicieux" (se voulant "fataliste" face à "l'inertie" et "à la vanité" de ses "demandes")...alors non, je ne crois vraiment pas que voir un psychologue ce soit indispensable !...de toute façon, puisque je reconnais et que je regrette, c'est bien que je suis lucide !..." [...] S'agissant de l'avenir, il est certain que s'impose, à terme, son adhésion à un minimum de travail psychologique, laquelle pourrait, à notre sens, être légitimement mise en balance avec la possibilité d'obtenir un travail et - ou de bénéficier des permissions sollicitées : sa réadaptabilité à terme, ne pourrait s'en trouver que grandement favorisée (interdisant d'autant sa radicalisation vers une victimisation selon nous potentiellement préoccupante) » (expert n°2). Dans un rapport au JAP, le CPIP indique ensuite que M a effectué deux demandes d'entretien auprès du SMPR en février 2010. Il a bénéficié de deux entretiens avec Mr... éducateur au SMPR en juin et juillet 2010. Mr... investit peu son suivi au SMPR. Il a fait une demande tardive pour la mise en place d'un suivi psychologique. « Sa réflexion sur les faits commis reste problématique ». « L'investissement jugé défaillant de M dans sa détention, notamment en matière (...) d'implication dans un suivi psychologique » (Extraits des notes manuscrites et des rapports du CPIP au JAP, D70).

« Il a été suivi par un psychologue jusqu'en 2008 ; il estime que cela ne l'a pas particulièrement aidé. Il pense par contre avoir de lui-même beaucoup évolué, mûri » (expert, D39).

« Il est loin d'être convaincu de l'utilité d'un suivi psychologique qui s'impose d'une part pour l'aider à développer des sentiments de culpabilité et d'autre part pour surveiller son évolution. C'est en tenant compte de ces éléments qu'une injonction de soin dans le cadre d'un SSJ s'impose. Le pronostic évolutif reste réservé » (expert, D75).

"Il fut suivi un temps par une psychologue, Mme..., laquelle a quitté l'établissement pénitentiaire. Depuis lors, il ne voit plus aucun professionnel dans le cadre d'un suivi psychologique ou psychiatrique. Il laisse entendre que ces entretiens ne l'ont pas particulièrement aidé et qu'il n'en voyait pas l'utilité » (Expert, D93).

« Sur le plan psychiatrique, Mr... dit qu'il rencontre "quelqu'un de psy" depuis qu'il est au CD, depuis 2008. [...] Mr... ne prend pas de traitement médicamenteux : "je n'en veux pas !". Il a pris occasionnellement un traitement pour s'endormir. [...] "Le psy m'a chargé. Il voulait que je fasse la piqûre pour ne pas avoir d'enfant moi je le ferai jamais". [...] Mr... fait les commentaires

suivant sur ce suivi "sur le plan moral, ça me soulage. Je parle de tout, de rien, de ma famille, mais de la victime, je veux plus entendre parler de ça ! Le psy me parle parfois de la victime. On fait un travail de profondeur. Avec le temps, le vase va déborder ! Si on me refuse ma permission, je péte un câble, si le rapport n'est pas bon..." » (Experts, D52).

Quelques-uns manifestent un sens plus aigu de la stratégie, cherchant à faire bonne figure en témoignant de leur adhésion aux soins devant l'expert, le CPIP ou le thérapeute, tant ils sont là encore conscients des enjeux pour la suite de leur parcours pénitentiaire. Il n'est ainsi pas rare de découvrir des contradictions entre la posture adoptée face à l'expert et la réalité du suivi engagé.

*« Avec la peine archaïque, la personne, on lui demande de manger la soupe. Là on lui demande en plus, de dire qu'elle est bonne. C'est une étape où on lui demande vraiment... et nous, c'est le danger » (Magistrat du siège).*

Dans cette affaire, on note ainsi des contradictions entre les conclusions des intervenants pénitentiaires et des experts. La commission pluridisciplinaire « déplore que vous n'entendiez pas les recommandations des autorités judiciaires pour prendre en charge vos problèmes d'alcool et de violences. Le prononcé d'une condamnation implique une remise en question, qui vous est proposée via l'association des alcooliques anonymes ou le SMPR ». Un expert saisi durant la détention indique au contraire : « Pour éviter de nuire à autrui il a pris la résolution de ne plus boire, sevrage radical du fait de l'incarcération. Il dit ne pas consommer de cannabis et qu'il se rend aux rencontres des alcooliques anonymes. [...] Monsieur reconnaît ses addictions passées et les conséquences de son comportement. [...] Il assure qu'il a rendez-vous une fois par mois avec les alcooliques anonymes mais "j'ai loupé la dernière fois car il y avait du travail à l'atelier". Interrogé sur les personnes qui s'occupent de lui, il peut mentionner le fait qu'il a rencontré une psychologue dont il ne connaît pas le nom. Il a apprécié la conversation qu'il a pu avoir avec elle. Il se demande s'il pourrait avoir d'autres entretiens et semble croire que cela n'est pas possible. L'expert lui explique qu'il peut au contraire demander à bénéficier de tels entretiens et que cela lui sera sans doute accordé. [...] Il pourrait tirer profit dès sa détention d'entretiens avec une psychologue du SMPR. La demande qu'il a formulée en ce sens à l'expert doit être encouragée » (Expert, D1).

Dans certains cas, les experts ne sont pas dupes de cette adhésion feinte, qu'ils tentent d'identifier au travers de la mémorisation du nom du psychiatre ou psychologue traitant, de la présence d'éventuelles ruptures de suivi, de ce qu'exprime le condamné sur la thérapie, ou encore d'éventuelles contradictions entre les propos tenus aux différents experts.

« Il ajoute que dès son arrivée en détention, il a demandé à voir un psychiatre. [...] Il faut cependant garder à l'esprit que ce garçon intelligent, quoiqu'en échec scolaire saisit sans doute qu'il y a là un élément qui peut influencer positivement les personnes qui auront à se prononcer sur ses actes [...] L'expert hésite à le croire d'emblée lorsqu'il déclare vouloir suivre des soins psychologiques ou psychiatriques. Il me paraît cependant utile de lui en faire crédit et d'observer ce qui se passera dans les mois à venir. Ce garçon sera-t-il capable d'adhérer sincèrement et profondément aux entretiens qui lui seront proposés ? Sera-t-il capable de s'interroger sur son propre fonctionnement psychique et peut-être de le remettre en question ? Le présent examen survient peut-être trop tôt pour que l'expert puisse formuler une hypothèse à ce sujet » (Expert, D14).

« Précisément incité, il remémore toujours sans émotion ses infractions, dont la critique plaquée ne comporte, par rapport à 2010, que quelques ajouts aux variations de détail. [...] Il élargit sa critique à une dimension qu'il voudrait morale "ce n'est pas bien... des conneries tout ça...". Il poursuit "j'ai pas envie de retourner en prison"; il ajoute quand on lui parle de ses antécédents "si j'avais vu des psychiatres... j'aurais pas recommencé" et il évoque le zèle qui l'habite pour s'intégrer à toute thérapie qui pourrait contribuer à le débarrasser des malaises du curé qui l'avait agressé durant son enfance [...] Rien n'indique, aux différentes étapes des approches expertales, une évolution palpable de l'état psychologique et psychique d'un sujet dont les regrets ostentés paraissent de pure forme et non assimilables à des remords » (Expert, D87).

« S'il engage la discussion sur notre précédent examen (en 2007) qu'il reconnaît avoir critiqué, il évoque maintenant la possibilité d'avoir modifié son approche psychothérapique lorsque ces conclusions ont été mieux cernées. En effet, il annonce maintenant qu'il reconnaît beaucoup plus sa responsabilité et sa culpabilité. Il vient même à exposer sa responsabilité dans une autre agression qu'il niait complètement. Son discours permet de souligner une meilleure compréhension ou au moins des tentatives d'explications des phénomènes psychodynamiques à l'origine de ses passages à l'acte. [...] Si son discours permet dans un premier temps d'évoquer une évolution favorable avec une meilleure compréhension et une meilleure reconnaissance de sa culpabilité, nous ne pouvons cependant pas exclure une adaptation au discours aux fins des attentes de l'interlocuteur comme nous l'avons déjà précisément mentionné en 2007. [...] Contrairement à notre dernière expertise, il semble adopter un discours plus critique associant spontanément des éléments à caractère empathique et surtout une meilleure reconnaissance de la gravité de ses comportements. Des tentatives pour apporter des éléments psychodynamiques à ses passages à l'acte sont formulées et semblent traduire un meilleur engagement dans un processus psychothérapique. Néanmoins, durant son exposé, nous ne pouvons affirmer que ce discours est exclusivement teinté d'éléments de manipulation. Il faut donc estimer raisonnablement que sa position associe des éléments de maturation dont l'intensité est probablement artificiellement majorée par une composante manipulatrice » (Expert, D92).

« Il est condescendant vis-à-vis du thérapeute qui le suit dans le temps de l'incarcération. Il raconte par cœur ce qu'il a pu entendre auparavant, mais il ne se l'approprie pas. Il sait d'ailleurs que l'obligation de soin dans le cadre du SSJ, il ne l'a pas commencée effectivement. Il a consulté une ou deux fois. C'est quelque chose dont il connaît l'existence, mais qui lui est étranger, le changement psychique éventuel ne l'intéresse pas, il n'est pas dans la souffrance morale. Discours plaqué : "il faudrait que je me connaisse à 100%"; "j'y suis pas"; "quand je sortirai, il faudrait que j'ai cet objectif-là dans la tête" » (expert, D98).

Rares sont en définitive les détenus qui refuseraient l'inscription dans un dispositif sanitaire tout au long de l'incarcération, même si les professionnels interrogés nous ont tous présenté quelques exemples rencontrés durant leur carrière. Ces postures concerneraient plus particulièrement les condamnés dans le déni qui, considérant n'avoir rien à se reprocher, ne voient pas pour quelle raison ils engageraient des soins.

« [Et pour autant vous indiquiez, il y a cette carotte, entre guillemets des RPS]. Ça fonctionne. Il faut être honnête. [Systématiquement ?] Non, pas systématiquement. Y en a quelques-uns qui veulent pas, qui disent non. [Même si ils savent les conséquences potentielles ?] Oui. C'est souvent ceux qui sont dans un vrai déni. Le déni est très construit, et comme ils sont... Alors, en même temps, oui, y a de tout. Y a des gens qui sont dans le déni mais qui continuent à faire les soins, et vous vous demandez bien ce qu'ils... de quoi on cause. Je suis toujours très... Et puis il y a des messieurs vraiment, qui sont dans un vrai déni et qui disent non « j'ai pas besoin ». Je pense à ce monsieur que j'ai vu, qui a tué sa femme. Lui, il fait le truc à l'envers, c'est-à-dire qu'en fait, il dit « j'ai été voir le psy parce qu'on m'a dit qu'il fallait que j'y aille ». Et en fait, quand il va voir le psy, il explique qu'il a pas besoin et du coup il dit « J'y ai été et le SMPR a dit que c'était pas pour moi ». Donc, je retourne la sauce et tu vois bien... Aux soignants, ils disent « ben non monsieur, j'ai pas besoin ». « Vous n'avez pas besoin. Oui, quand tu t'es présenté en disant que t'en avais pas besoin... ». Ça, c'est très tordu. [Et avec ce type de personnes, même si c'est pas la majorité, ça, ça va être votre travail justement, de temps en temps ou régulièrement ?] De temps en temps, de reparler de la notion, puisque là, en l'occurrence, c'est des problèmes de violence, etc., mais là, vu le profil du monsieur, je sens bien que ça sera un truc assez compliqué quand même, parce que c'est quand même bien... [Bien ancré ?] Ah ouais, il est dans le déni complet, ça c'est sûr » (CPIP).

« Si, j'avais quelqu'un qui n'avait pas du tout investi les soins. J'ai eu un SSJ, je suis incapable de remettre le... J'ai le souvenir d'un dossier comme ça, de non-investissement dans les soins en détention, mais je suis incapable de me souvenir du dossier. Moi je pense quand même... enfin, des gens qui sont quelques années en détention, qui sortent après... ce n'est pas 1 ou 2 ans, on est au moins sur 5 ans, plus... aucun travail du tout, sachant que pour un certain nombre, ça sous-entend euh... ça sous-entend de pouvoir avoir des réductions supplémentaires de peine. Donc s'ils le font pas, ils savent d'emblée qu'ils en n'ont pas, parce que là-dessus, les JAP sont très clairs, ça veut quand même dire un positionnement bien particulier. Dénouer ça derrière quand ils sortent, à mon avis, il faut se lever tôt. Parce qu'il y avait quand même un enjeu. Rien que pour le papier à la rigueur. Même pour le papier, c'est pas fait. C'est quand même assez... quand on voit les enjeux qui se jouent, bon... » (CPIP).

« Mais en même temps, il y a quand même des gens qui ne consentent pas. Alors, c'est une faible partie hein, des gens, y compris des sujets, qui disent clairement « allez vous... » hein. C'est non. Il y en a très peu je pense qui le font en France. J'en ai déjà croisé. Du coup, ils restent en détention mais y a cette liberté-là quand même et après... euh.. » (Psychiatre, expert, médecin coordonnateur).

« [Est-ce que malgré tout, y en a qui refusent, qui disent « non, non moi je veux pas me soigner » ?] Moi j'en rencontre pas à la maison d'arrêt. J'en entends parler par mon collègue du CD. Y a des gens qui ont une position quasiment militante au fond, qui disent « non, j'irai pas voir de psy. J'en assumerai les conséquences ». De toute façon, il sortira, c'est qu'une question de temps. Il me dit « y a quelques personnes qui sont dans une position très très militante » (Psychologue, SMPR).

« [Quand vous dites quelques-uns peuvent s'opposer, c'est des personnes qui présentent des caractéristiques particulières ou c'est très variable ?] Je pense que ce sont quand même souvent des personnes qui sont dans un champ psycho-pathologique, plus du côté perversion par exemple qui euh... qui euh..., qui sont dans un déni plus manifeste de leur trouble. C'est quelque chose de vraiment très prévalent et qui... Alors soit c'est un déni qui est total. Bon, voilà, donc ils comprennent pas pourquoi on vient questionner quelque chose qui n'a pas eu lieu pour eux, une partie d'eux-mêmes. Ou bien, ceux qui sont dans une reconnaissance consciente totale de ce qu'ils ont fait, mais aussi dans une volonté d'affirmer, que tout cela est tout à fait euh, justifiable et normal. Mais ça représente finalement, une toute petite frange des personnes que je rencontre. [Et ça se manifeste par, je sais pas, ils viennent pas aux rendez-vous ?] Ils viennent pas ou ils viennent. C'est... le travail est plus difficile avec eux, c'est-à-dire que, ce que je disais tout à l'heure de cet engagement progressif dans des questionnements personnels, quand ça bute d'emblée sur quelque chose de bien affirmé et de bien assuré comme ça, ça devient très difficile. Ce qui fait, qu'effectivement, parfois, ça peut être un début de rencontre, avec quelque chose qui va s'arrêter dans un premier temps. Parfois on les revoit après » (Psychiatre, SMPR).

Dans notre échantillon, une absence totale de soin n'apparaît que dans deux dossiers. Dans un cas, l'expert évoque pourtant une prise en charge, citant le condamné à l'appui de sa démonstration (« *Je vois la psychologue, ça m'aide à comprendre, seul dans ma cellule au début ça a été très dur, mais la solitude m'a fait beaucoup réfléchir* » (cité par l'expert, D29)), alors même que le dossier révèle qu'aucun suivi n'a été mis en place, dans aucun des établissements pénitentiaires fréquentés. Quelques dossiers révèlent par ailleurs des ruptures totales et volontaires de soins ou, plus souvent, des suivis irréguliers, comme dans quelques-unes des affaires précédemment citées.

« *Il va s'inscrire au SMPR (motivé par les RPS)* » (CPIP, notes manuscrites à l'issue du premier entretien). En réalité, le condamné ne le fera pas, le CPIP indiquant quelques mois plus tard « *Il attend la sortie quand ce sera obligatoire. N'en ressent pas le besoin* » (notes manuscrites du CPIP, par ailleurs stablyotées par celui-ci). À l'occasion d'une expertise de pré-libération, l'expert indique : « *Il ne fera pas spontanément allusion à une prise en charge par le SMPR. L'expert doit poser la question. Il mentionne alors qu'il ne voit pas de psychologue. Il sait pourtant que "c'est bon pour la conditionnelle" (sic) mais dit que lorsqu'il est arrivé en détention, il a vu un psychiatre qui lui a dit qu'il ne souffrait pas de troubles psychiatriques et qu'il n'était pas nécessaire qu'il revienne. Il s'en est tenu pour quitte et n'a pas insisté pour rencontrer un psychologue. Il se demande alors si ceci peut lui être reproché. [...] Conclusions : [...] Le sujet n'a pas été véritablement pris en charge par le SMPR pendant sa détention. Il ne présente aucune demande de soins. Il ne présente pas non plus de pathologie psychiatrique au sens strict. Dans ces conditions, il ne me paraît pas réaliste de lui imposer des soins par injonction judiciaire. L'aspect éducatif et social devrait être dans son cas l'élément le plus important pour concourir à sa réinsertion sociale* » (Expert, D99).

Dans un dossier, il est fait état d'une rupture de soin lors de l'arrivée au centre de détention, malgré un suivi antérieur en maison d'arrêt et dans un précédent établissement pour peine. L'expert note : « *Depuis plusieurs mois, au CD de..., il ne bénéficie d'aucun entretien psychologique ou psychiatrique. Il n'en reconnaît d'ailleurs aucune utilité, il ne voit pas pourquoi il serait obligé d'avouer quelque chose qu'il n'a pas commis. [...] Dans ce contexte, il n'est pas étonnant qu'il ne ressent aucun besoin particulier en ce qui concerne la question des soins psychologiques et/ou psychiatriques qui d'ailleurs après une tentative d'approche du sujet ont été interrompus. le condamné n'ayant aucune demande, ne ressentant aucune souffrance particulière, surtout restant dans cette position de dire qu'il n'a commis aucun acte particulier, qu'il est victime d'une erreur judiciaire* » (Expert, D46).

La plus grande masse des condamnés adopte en réalité une posture de soumission passive aux soins, ce qui n'est pas sans rappeler la description plus globalement donnée des délinquants sexuels, le plus souvent présentés comme des délinquants modèles, passant inaperçus et cherchant à se faire oublier en détention, se pliant sans la moindre résistance à l'ordre carcéral.

« *Oui, c'est des publics particuliers. C'est souvent des messieurs qui euh... on arrive même à les repérer physiquement et les autres détenus aussi. C'est pour ça qu'ils se font taper dessus, parce que souvent, ils sont en position très victimaire. Souvent ils baissent la tête, souvent ils regardent le mur. Ça, c'est des choses que les autres repèrent mais nous aussi on repère* » (CPIP).

« *Après, chez les agresseurs sexuels, globalement, comme ils sont... globalement, c'est pas des gens qui sont rebelles donc forcément, on leur dit... Alors, qu'est-ce qu'ils y mettent ? Chacun y met ce qu'il veut, plus ou moins, parce qu'il y a aussi des messieurs qui sont dans le déni, qui vont faire les soins. Mais eux, ils ont des profils plutôt... ils font comme on leur dit* » (CPIP).

« *Ceci dit, les personnes qui viennent me voir généralement, très passivement euh... la supportent cette obligation. On va dire ça comme ça, à défaut de l'accepter. Ils l'acceptent mal... pas tant que ça d'ailleurs [...]. Peu sont dans un refus ostentatoire. Beaucoup s'interrogent sur quelque chose qui s'impose à eux et je disais que pour moi, c'est le point de départ de quelque chose dans le travail avec eux. Pour moi c'est pas franc* » (Psychiatre, SMPR).

« *Alors, il y a vraiment quelques récalcitrants, qui vraiment, font pas du tout de soins, qu'on n'arrive vraiment pas à voir, mais je pense qu'ils sont pas très nombreux. Le chef de service il a justement tous les chiffres de toutes les personnes consultées mais on suit la plus grosse partie de la prison. Je sais pas en pourcentage mais c'est la majorité je dirais. Et chez les AVS, encore plus. Ils sont assez compliants quand même dans leur fonctionnement, ce qui fait qu'ils viennent facilement aux soins, même si ça a été contraint, ils s'y plient quand même facilement. Ils sont toujours à l'heure aux rendez-vous, c'est terrible hein. Ils ne manquent jamais un rendez-vous, rien. [Ce qui correspond à ce qu'on dit habituellement sur les délinquants sexuels en détention, qui se font oublier, entre guillemets, qui sont...] Très lisses. Oui, oui, c'est typique des auteurs de violences sexuelles* » (Psychologue, SMPR).

« *Il peut y avoir des gens extrêmement passifs et qui viennent aux soins, et on essaie nous de les mobiliser pour... C'est des gens terrifiés, donc ils font l'effort de sortir de leur cellule et de raser les murs pour venir jusqu'aux soins, parce que... parce que... voilà, on est les seules personnes à qui ils parlent. Et qu'ils vont surtout nulle part ailleurs parce que, soit réellement ils ont été menacés. En tout cas, ils ont très peur des*

*autres. Moi j'ai un patient, il ne sort jamais de sa cellule. Il ne vient que pour me rencontrer. Et pourtant, j'ai essayé... Non, non, non. Ben, il s'est mis, j'ai envie de dire, presque en mort cérébrale ce monsieur mais en même temps, vu le contexte, il a pas tort quoi. C'est quelqu'un qui s'était pris 15 ans pour des violences sur mineur, violences sexuelles sur mineur, qui est sorti. Cinq, six ans après, il récidive. Il dit « en première instance, j'ai pris 15 ans. Là, je vais me manger 20 ans. J'ai 70 ans, je mourrai en prison » me dit-il. Il est pas du tout suicidaire, il est lucide. Moi je vais pas lui dire « Ah ben non ! », et catastrophé, en disant « c'est très bien que je passe 20 ans en prison, parce que comme ça, je ferai plus de mal aux enfants ». Donc, il a quand même besoin d'une vie sociale. Enfin, voilà, de... donc il vient. Il est assidu mais là, on est plus dans l'accompagnement. C'est presque du soin palliatif, mais il est pas malade. Il ne respire pas la santé, mais enfin en même temps, quand on met jamais le nez dehors, il devient un peu gris » (Psychologue SMPR).*

« Bénéficie-t-il réellement du suivi psychologique qui lui est proposé ? Ce suivi le fait-il évoluer ou bien se limite-t-il à un seul soutien ? Il est difficile de trancher. Du moins l'intéressé s'y soumet-il et n'est-il pas opposé au fait de le poursuivre, et ce même après sa libération. Mais je dirais que cette "soumission" n'augure pas forcément d'un changement radical de son fonctionnement psychique. Il peut donner à voir une parfaite soumission et, par ailleurs, penser l'inverse de ce qu'il déclare » (Expert n°1). « Concernant les soins, Mr... bénéficie de soins auprès de Mr..., au rythme d'une séance tous les 14 jours. Il dit bénéficier de façon intéressante de ces entretiens, qui ont permis de questionner les faits qu'il avait commis, d'en reparler, d'évoluer a priori dans son positionnement vis-à-vis des faits. Cependant, ce discours nous apparaît bien plaqué, avec peu d'élaboration réelle, peu d'avancée semble-t-il dans ses représentations. De même, alors qu'il dit rencontrer souvent ce soignant, il pense fermement qu'il s'agit d'un psychologue, Mr... étant en fait un infirmier. [...] Son positionnement nous apparaît plutôt de l'ordre de la simple soumission par rapport à ce qui lui est proposé, probablement dans le sens de l'incitation aux soins au regard de la nature de son crime. [...] Concernant la poursuite des soins, notamment sous la forme d'une injonction de soin qui a été prononcée à la barre, le sujet dit ne pas y être opposé, étant dans une attitude pourrait-on dire de soumission. [...] Vis-à-vis des soins, Mr... s'engage ou plutôt se soumet aux soins psychologiques proposés, il dit ne pas avoir de réticence ou d'hostilité particulière à les poursuivre dans le cadre de l'injonction de soin qui a été prononcée à la barre. De tels soins, même si les avancées sont très modestes, peuvent cependant le soutenir au moment de sa sortie et surtout toujours l'accompagner, en espérant qu'il puisse gagner en maturité au fil du temps » (Expert n°2, D28).

Bien que partagé par l'ensemble des professionnels rencontrés, ce constat sur la discrétion et l'effacement des délinquants sexuels interroge quelque peu, dès lors que les informations tirées de notre échantillon amènent à le nuancer. En effet, nous avons identifié des incidents disciplinaires dans plus d'un quart des dossiers des condamnés incarcérés (28%), étant précisé que nous disposons de l'information pour uniquement 61 des 82 personnes concernées. Ces dossiers font principalement état d'insultes et de menaces à l'encontre du personnel (D2, D8, D25, D29, D39, D82, D96), de violences à leur encontre (D32, D49, D51) ou dirigées vers des codétenus (D14, D49, D63, D87), de détentions de stupéfiants ou de consommations d'alcool (D10, D29, D39, D85, D28), d'introduction de produits interdits à l'occasion des parloirs (D37, D28, D66, D94) ou encore de vols (D13). Si les frontières ne sont évidemment jamais étanches, nous retrouvons alors les deux profils identifiés précédemment, distinguant les condamnés les plus jeunes, plus fréquemment pour violences sexuelles sur majeurs, des plus âgés dont les victimes étaient mineures. Les délinquants sexuels sur majeurs ont ainsi bien plus souvent fait l'objet de procédures disciplinaires (63,6% contre 25,7% en présence de victimes mineures). Les plus jeunes sont également surreprésentés parmi les détenus sanctionnés disciplinairement (71,4% des moins de 25 ans au moment de la condamnation), la fréquence des incidents diminuant au fil du vieillissement (37,5% des 25-30 ans, 28,6% des 30-40 ans, 24% à partir de 40 ans). Les pédophiles se sont le plus souvent pliés au règlement carcéral. 10% d'entre eux ont fait l'objet de procédures disciplinaires, quatre fois moins souvent que ceux qualifiés de « psychopathes » (42,9%), cinq fois moins souvent que ceux identifiés comme psychotiques (50%). Les plus réfractaires à l'ordre carcéral étaient également plus souvent chômeurs ou inactifs au moment du passage à l'acte. 52,9% ont été sanctionnés disciplinairement, contre 25% en présence d'un emploi).

Au regard des propos recueillis en entretien, l'âge constitue sans doute un facteur essentiel, des professionnels ayant évoqué à plusieurs reprises des difficultés pour mobiliser les plus jeunes, « immatures », dans des parcours de soin, *a fortiori* lorsqu'ils ont précocement connu une prise en charge institutionnelle (placements, mesures éducatives, etc.). Habités aux techniques d'approche des éducateurs et parfois des thérapeutes, ceux-ci se disent vaccinés de tels discours ou au contraire « jouent » de ce qu'ils pensent être les attentes de leurs interlocuteurs, au regard de ces interactions antérieures et de leurs habitudes du fonctionnement institutionnel dans le champ médico-social.

*« Y en a quelques-uns qui veulent pas. Y en a quelques-uns qui veulent pas quand même, mais c'est pas la majorité. Chez les conduites addictives, soit on a les jeunes pour qui c'est compliqué, soit on a... ça se fait, mais c'est plus compliqué » (CPIP).*

*« Oui, bien sûr, parce qu'il y a des gens qui n'ont jamais eu de contact avec les soins, ou avec un soignant. On a des gens qui sont très... alors, tous les borderline, les gens qui sont en difficultés sociales. Y a aussi des réticences... c'est autre chose ça. C'est les jeunes qui ont été très vite pris en charge par les structures type ASE, etc. Alors, là, pour aller voir un psy, macache bono, à 18 ans, ils y vont pas. Donc, c'est un problème de jeunesse. Chez les jeunes, on a beaucoup de difficultés à les envoyer voir les psys. Les jeunes là, c'est plutôt un problème de conduites addictives. C'est tellement banalisé que de toute façon, y a pas besoin et puis les psys, ils en ont bouffé, donc ils veulent pas. [Quand vous parlez des jeunes suivis par l'ASE, pris en charge très tôt dans un cadre institutionnel, c'est au fond, une espèce de rejet de toute forme de prise en charge, quelle qu'elle soit ?] Ils veulent plus entendre parler de psy. Ils s'en sont bouffés, ils veulent plus. C'est vraiment... et puis là, on est sur une... presque un truc adolescent où, effectivement, ils ont un problème avec les adultes en général. Quand je dis adolescent, des fois ils ont 30 ans. Ils ont encore des fonctionnements adolescents où ils ont du mal effectivement... alors, les éduc, les psys... Ou alors, ils arrivent, ça c'est sympa aussi, c'est à l'envers. On a des jeunes qui nous arrivent avec le package « je vais te raconter ma vie, à la façon que t'as envie d'entendre parce que t'es éduc » et là, ils arrivent avec le discours totalement qui colle. Ça c'est marrant aussi et souvent, quand ils arrivent comme ça, je leur dis « vous avez été en structure vous ? En foyer ? ». Je suis presque sûre, je me trompe jamais parce que eux, ils savent parler aux éduc. Donc eux, ils ont le discours qui va bien. [...]. Alors, il y a ceux qui sont dans la rebelle attitude. Il faut plus parler parce que « vous m'emmerdez, j'en ai marre. Je me démerde tout seul, j'ai pas besoin de vous » et puis ceux qui sont encore dans le truc de dire « je vais peut-être dire le bon discours, comme ça tu vas me... », voilà. Les jeunes gens oui, c'est assez marrant » (CPIP).*

Outre les cas dans lesquels les experts et CPIP notent un refus de prise en charge ou des résistances assumées et affichées sous la forme de suivis aléatoires, une quinzaine de dossiers contient des appréciations de CPIP ou d'experts sur l'absence d'investissement dans la thérapie, d'introspection véritable ou de remise en cause personnelle, malgré l'assiduité aux consultations. Dans certains cas, les condamnés accepteraient une démarche thérapeutique centrée sur les problématiques addictives, mais pour mieux passer sous silence d'éventuels troubles de la sexualité.

*« Les messieurs qui sont dans le déni quand même. Ça, c'est quand même pas simple. Les messieurs qui sont dans des fonctionnements pulsionnels quand même, qui l'expriment et qui disent « voilà, moi c'est des pulsions », etc., c'est vrai que c'est plus inquiétant. Après, effectivement, tout ce qui est alcoolisation, parce qu'il y a beaucoup de faits quand même, même si c'est pas la cause, qui sont faits sous alcool. Alors, c'est un peu la difficulté aussi, parce qu'on a des messieurs, ça, ça nous arrive souvent, qui acceptent les soins pour parler d'alcool. [Et qui veulent pas regarder le reste ?] Du tout. Alors, on est trompé parce qu'effectivement, ils adhèrent aux soins et en fait, vous vous rendez très vite compte qu'en fait, l'adhésion aux soins, c'est l'adhésion sur la problématique alcoolique. Ça, ça pose souci aussi, parce que finalement, on dit au juge « oui, oui, il fait les soins », mais... Il fait les soins, mais vous savez au fond que c'est pas ce qui est abordé, mais comme y a pas d'échanges non plus, ou c'est compliqué, voilà. Nous aussi on se pose des questions, mais on sent bien que c'est plus simple de parler d'alcool que de parler de sa sexualité » (CPIP).*

« Mr... est très conscient de la nécessité de poursuivre les soins alcoologiques qu'il peut détailler et auxquels il adhère totalement. Son adhésion aux soins psychiatriques est plus discrète et plus ambiguë. Il en voit moins bien la nécessité mais les accepte car il y trouve un certain réconfort. En milieu libre, c'est surtout vers un soutien psychologique qu'il se tournerait. La dimension psychopathologique lui étant moins familière même s'il peut établir un rapport entre les actes commis sur la jeune... et l'agression sexuelle dont il a, dit-il, été victime » (Expert, D54).

Il est alors question d'un engagement de « surface », souvent déduit aussi d'un suivi auprès d'un infirmier, le suivi en question étant généralement entouré de guillemets. Nous retrouvons sous la plume des experts la prééminence conférée aux réflexions sur le passage à l'acte, le rapport aux victimes et à l'altérité en général, le sentiment de responsabilité et de culpabilité. Rappelons toutefois que la manière dont certains experts apprécient l'investissement dans le soin fait l'objet de critiques de la part des thérapeutes exerçant en détention, non seulement parce que la force de cet engagement serait bien difficile à mesurer, mais aussi parce que les appréciations des experts confinerait au jugement moral (v. *supra*).

« Lorsque les experts lui demandent de préciser s'il voit une psychologue, il peut préciser qu'il voit Madame... tous les mois. Il a beaucoup de mal à dire ce qui se discute dans le cadre des entretiens qu'il a avec elle. Il parle de son affaire dit-il, mais ne semble pas l'évoquer sur le plan moral ou psychologique, plutôt relater ce qui s'est déroulé, comment les choses se sont déroulées. Il parle de sa vie, de sa famille, des visites qu'il reçoit de son frère... et de sa sœur..., ainsi que du mari de celle-ci. Il n'a pas de représentation de la souffrance qu'il a pu infliger à ses victimes » (expert, D6).

« Il consulte "une infirmière psychologue" et un psychiatre, ce dernier depuis peu de temps. Il ajoute : "j'ai toujours été suivi, tous les 15 jours à peu près. Quant au but de cette démarche : "que ça m'apporte pas mal, même beaucoup. J'ai su m'en rendre compte quand j'étais à la maison d'arrêt de ...". [...] Bien qu'il ait consulté une "infirmière psychologue" et vu à quelques reprises un psychiatre, il ne fait pas de réel travail d'introspection sur ce qui a pu le conduire à de tels actes. On ne peut considérer là qu'il s'agit d'un travail thérapeutique adapté à la nécessité posée » (Expert n°1). « Notre examen ne montre pas le sujet réellement engagé dans un travail de réflexion et d'analyse sur ses actes » (Expert n°2). « "Je vois le Docteur..., il me fait comprendre beaucoup de choses et ça marche très bien, il m'aide à faire ce que j'aime et pas à être dans les embrouilles à y rien comprendre... je suis une personne assez nerveuse... je le vois tous les 15 jours à toutes les 3 semaines... et je vois l'infirmière... je les vois souvent ça m'aide au niveau de la détention... c'est le tort que j'ai eu quand j'étais jeune de pas décharger mes accès... causer ça apporte beaucoup de bien...". Il est inscrit dans une dynamique d'accompagnement psychologique volontaire qui restera difficile pour lui compte tenu de sa difficulté à se remettre en cause et à porter un regard critique sur lui » (Expert n°3, D16).

« Interrogé sur un éventuel suivi, il nous dira voir un psychiatre depuis son arrivée au Centre de Détention et avoir consulté précédemment en maison d'arrêt le Docteur... . Il ajoutera qu'il avait vu précédemment "dehors" le Docteur.... Quant au contenu de ces entretiens, il ne peut évoquer que des banalités, assez loin de ce qui l'a amené à cette nouvelle incarcération, concernant avant tout des préoccupations de sa vie courante. [...] En effet, si le sujet fait référence à des consultations psychiatriques régulières, il n'en aborde pas du tout le contenu, s'en tient avant tout à sa vie quotidienne. De la même manière, s'il évoque un traitement par XANAX, c'est "pour les nerfs", sans relation avec les faits qui lui sont reprochés » (Expert, D25).

« Dans le cadre de la détention il dit bénéficier de consultations psychiatriques ou psychologiques sans qu'il puisse indiquer la qualité du professionnel rencontré ni que cette démarche corresponde à une quelconque remise en cause de son fonctionnement personnel ou relationnel ou à une interrogation sur ses comportements transgressifs » (Expert, D42).

« Le dernier entretien [...] permet de rendre compte que le travail psychothérapeutique qu'il est censé avoir mené durant quelques mois n'a apporté aucune modification à son comportement et d'ailleurs, la brusque rupture du suivi témoigne de ce qu'il ne l'a pas réellement investi (expert n°1). « Il dit avoir rencontré une dizaine de fois une psychologue, pendant son séjour à la maison d'arrêt de..., mais avoir interrompu de lui-même les séances, la psychologue en question étant "bizarre" selon lui et ayant eu tort d'évoquer devant lui les problèmes d'autres détenus. A..., il n'aurait pas été suivi sur le plan psychologique "par manque de personnels". Depuis qu'il est à..., il dit être suivi par une infirmière spécialisée en psychiatrie à raison d'une séance mensuelle. [...] Le seul point sur lequel son incarcération semble achopper est le suivi "psychologique" ; suivi qui a eu semble-t-il du mal à se mettre en place et se limite actuellement à un entretien mensuel avec une infirmière psychiatrique... ce qui est effectivement plus "un suivi" (au sens de suivre l'évolution de quelqu'un) qu'une prise en charge psychothérapeutique en tant que telle ». « "je suis suivi par un infirmier !... on me l'a reproché !...j'ai pas vu de psychiatre on m'a donné un infirmier...j'ai fait avec... je le vois tous les mois..." [...] "Ce suivi ça m'a apporté de faire le point sur moi, de me fixer des limites et de pas aller dans l'extrême". [...] Écrit depuis 7 ans, on observe que son positionnement a peu évolué. Il s'est inscrit avec réticence et sans réellement en percevoir la nécessité et l'utilité dans une dynamique de suivi psychologique. (Expert n°2, D56).

Si tous les condamnés ne se conforment pas aux attentes de l'institution judiciaire en la matière, il n'en demeure pas moins qu'aux dires des praticiens interrogés, les réussites seraient, sur le plan de l'adhésion au soin, plus fréquentes que les échecs.

*« [Au regard des personnes que vous suivez en détention, quand on arrive à la fin de peine, vous arrivez à faire émerger cette demande le plus souvent ?] Oui. Je dirais oui. [Au fond, ça pose quand même la question du maintien de la contrainte, par rapport à ce que vous indiquiez tout à l'heure, en disant quand la demande elle a émergé...] Oui, je pense oui, pour une bonne partie de la file active, je dirais que oui, la demande elle est là, présente, authentique. Je pense oui » (Psychologue, SMPR).*

*« Alors, il y a ce temps effectivement, de la... du temps de la demande pour les patients qui vraiment ont pas eu accès à ce travail-là, mais s'ils sont incarcérés, normalement, la demande elle est quand même assez intégrée, elle est assez authentique une fois qu'ils arrivent dehors » (Psychologue, SMPR).*

*« Après, les choses sont différentes sur les profils que je vois actuellement au centre de détention, qui sont suivis dans le cadre de mesures de... on peut appeler de sûreté, d'une manière générale. Je trouve d'abord que, sur des temps de peines qui sont longs, sur des faits qui ont été commis qui sont très graves, on a quand même pour le coup, une masse inversée. C'est-à-dire que je trouve que la très grande majorité des condamnés, ont réussi à s'installer dans des soins. D'abord parce qu'ils y ont eu accès en détention, accès pour gérer leur détention, parce que c'est quand même le premier accès aux soins. [...] Ça par exemple, la sincérité de la démarche, premier accès aux soins en détention, pour les gars c'est « comment je vais vivre ma détention ? Comment je vais faire, pour gérer l'angoisse, l'absence de sommeil. », etc. Donc ils vont d'abord voir le soignant pour ça. Et puis sur des longues peines, je trouve qu'on a des constructions de soins, de la manière dont eux nous en parlent, dont ils restituent les choses, dont ils poursuivent après,*

*souvent avec le même thérapeute, que celui qu'ils avaient en détention, puisque la plupart interviennent également dans le secteur de psychiatrie. Eh ben je trouve, moi en tout cas c'est mon sentiment, que y a une vraie adhésion qui est beaucoup plus profonde. Y a un lien de confiance aussi, qui s'est bâti avec le soignant, qui permet d'avoir peut-être un travail, sur les aspects qu'ils veulent, qui sont pas forcément d'ailleurs liés au passage à l'acte. Mais je trouve qu'il y a une vraie différence sur ces longues peines, sur les longs suivis et sur des suivis commencés en détention, par rapport à ce qu'on peut voir sur les personnes qui ont des problèmes d'alcool, etc., qui vont être plutôt dans une formalité euh... voilà, c'est le sentiment que j'ai. Enfin, moi je vois une différence » (JAP).*

*« Ils nous disent « il pose plein de questions, ou pas. Ou il me pose des questions, il me parle de ma mère. Quel rapport avec moi ? ». Mais une fois qu'effectivement, il y a quelque chose qui s'enclenche, et que derrière, si ces gens-là adhèrent, c'est un super travail qui se met en place. Eux-mêmes je pense, sont surpris. [Parce qu'ils n'ont jamais parlé de cette manière-là] Non. Et donc du coup ils disent « c'est super ». En général, c'est ça « ah ouais, elle est super la psy » ou « il est super ». Franchement, on peut parler de tout » (CPIP).*

Effectivement, dans une trentaine de dossiers, les experts comme les CPIP ou les CPU soulignent l'émergence d'une véritable adhésion aux soins, toujours en lien avec le cheminement du condamné concernant la compréhension du passage à l'acte et des conséquences pour les victimes. Nous l'avons analysé précédemment, le constat d'une introspection authentique, flagrante, n'est pour autant pas le gage de l'obtention d'une levée de l'injonction lors de la libération (v. *supra*).

« Le travail psychothérapeutique, la maturation, ont eu un effet positif sur les capacités d'introspection et la compréhension de la souffrance de la victime, ainsi que de son absence de consentement. Il peut également élaborer sur l'effet facilitateur du groupe et son manque de discernement quant à ses fréquentations » (Expert, D10).

« Notre sujet est suivi régulièrement en consultation au SMPR depuis janvier 2005 par Madame..., psychologue. Avant d'arriver à..., notre sujet était suivi à la maison d'arrêt de... par Madame..., psychologue, à la fréquence d'une consultation tous les 15 jours. Notre sujet parle positivement de ses prises en charge : "Avant, j'avais du mal à parler. Aujourd'hui, j'arrive à mettre des mots, j'ai parlé en particulier de la relation avec mon frère, ... qui est mort, du rôle que ça a joué dans ma vie ainsi que de la relation avec mes parents". Toutefois, il reconnaît n'avoir jamais décrit dans l'état, les passages à l'acte et ses relations perverses avec les enfants. [...] Cette incarcération a été, tant à... qu'à..., l'occasion d'un certain travail psychologique de compréhension des mécanismes et attirances pouvant l'amener à de tels actes. Il s'agit d'un travail psychothérapeutique difficile, la comparaison des dires du sujet à différentes périodes montrant une évolution relative de sa compréhension de l'aspect psychopathologique de ses actes » (Expert, D25).

« Il apparaît qu'un des éléments les plus positifs est sa rencontre avec Mr..., psychologue au SMPR. Mr... dit le rencontrer tous les quinze jours, parler avec lui de l'affaire pour laquelle il a été condamné, de sa détention, de son avenir. Il a en particulier beaucoup discuté avec Mr... de ce que l'on appelle vulnérabilité. Ce garçon, qui semble très peu cultivé et qui a quitté l'école en 4<sup>ème</sup>, apparaît alors très clairvoyant et très sérieux dans la manière dont il dit à l'expert qu'il a appris avec Mr... que parfois quand on a peur on n'ose pas dire non et que c'est peut-être ce qui s'est passé avec [la victime]. Peut-être, sans l'avoir véritablement voulu, il l'avait forcée et les relations sexuelles qu'ils ont eues et qu'il avait cru être consenties ne l'étaient en fait que sous la peur ou ce qui était ressenti comme une menace. Il dit le regretter sincèrement et comprendre qu'il ne fallait pas se comporter de la sorte avec... Il dit même que "sans le vouloir, on l'a un peu forcée" et il reconnaît que cela n'était pas bien. Son incarcération lui apparaît donc comme tout à fait légitime, normale, au regard non pas seulement de la loi mais également de la morale. Il se sent soutenu moralement par Mr... et l'équipe du SMPR » (Expert, D37).

« Mr... évoque son suivi psychologique avec Mme..., psychologue, ainsi : "ça me rend service en cas de problème, on peut s'en servir, ça soulage, ça fait du bien. Avant, j'avais beaucoup de mal à accepter les faits, ce que j'ai fait, à y croire. Je veux bien admettre cela, le mal que j'ai fait, j'ai l'impression d'être plus à l'aise, moins bloqué" [...] La prise en charge psychologique a très probablement comme effet positif d'améliorer les capacités de penser ainsi que de verbalisation et d'introspection du sujet qui reste malgré tout très démuni. [...] Mr... évoque spontanément la nécessité d'un suivi, acceptant sans difficulté les soins auxquels il a été condamné » (Expert, D54).

« Mr... évoque beaucoup, au cours de cet entretien, les soins psychiques dont il bénéficie. Il dit avoir commencé les soins dès sa détention à la maison d'arrêt de... puis au Centre de Détention en 2006 avec une psychologue, qui a été remplacée par la suite par le Dr..., qu'il voyait au rythme d'une fois par mois et de façon plus récente par rapport aux idéations suicidaires, une fois par semaine. Au sujet de ce suivi, il peut dire "je peux dire ce qui ne va pas, dire mes soucis, mes appréhensions, parler des faits. C'est pour moi un espace de parole, je peux trouver des solutions en moi avec une aide précieuse. Avant j'avais des blocages, je parlais peu. J'ai eu du mal à parler à Mr... car c'est un homme, avant j'ai toujours été suivi par des femmes : ma mère, une éducatrice en famille d'accueil, des éducatrices, des psychologues. Je pensais que je ne pourrais jamais me confier à un homme, maintenant je sais que c'est possible. J'attends mes rendez-vous, je sais que je vais aller mieux". Le sujet témoigne donc d'un fort investissement de cet espace de soins qui lui apporte sans aucun doute un cadre et un étayage constructifs, rassurants, lui offrant probablement des outils pour améliorer ses capacités de mentalisation et d'introspection. Il faut noter concernant le suivi, que le sujet sait qu'il a été condamné à une injonction de soin de 5 ans et que "cela n'est pas assez, d'ailleurs j'ai écrit à la cour de cassation pour que la période soit augmentée ; mais mon dossier a été rejeté". [...] Dans le cadre de son projet, Mr... évoque aussi spontanément la poursuite des soins qui lui apparaissent visiblement importants. [...] Mr... bénéficie pleinement de la prise en charge psychologique qui lui est proposée depuis le début de son incarcération. Cet étayage a permis une maturation du sujet sur le plan psychologique avec un renforcement des capacités de mentalisation et une entrée dans l'intersubjectivité » (Expert, D95).

## Chapitre 2 – Le suivi en milieu ouvert

Avec l'injonction, le contrôle des soins pénalement ordonnés n'est plus bipartite, confié aux seuls juges de l'application des peines et agents de probation, mais tripartite, puisqu'il implique la présence d'un nouvel acteur, le médecin coordonnateur. Outre ses missions de contrôle du respect de la mesure, ce dernier a pour charge de préserver le rôle du soignant, de façon à ce qu'il n'y ait pas une instrumentalisation de « *la démarche sanitaire, qui deviendrait alors une nouvelle forme de surveillance sociale* » et pour ne pas « *transformer le professionnel de santé en auxiliaire de justice, voire en agent de probation* »<sup>617</sup>. Le suivi médical fait donc appel à deux intervenants du secteur sanitaire, un médecin traitant au contact direct du condamné-patient et un médecin coordonnateur « *véritable pivot entre l'équipe de soins et le juge de l'application des peines* »<sup>618</sup>. Deux corpus législatifs déclinent les modalités du suivi de l'injonction de soin, le code de procédure pénale<sup>619</sup> et le code de la santé publique<sup>620</sup> pour marquer le double rattachement de la mesure, peine et soin, mais aussi pour inscrire l'intervention du soignant dans son environnement originel du code de déontologie médicale et plus généralement du code de la santé publique. Nous aborderons dans un premier temps les prises en charge thérapeutiques (Section 1), avant d'analyser les pratiques des médecins coordonnateurs dans le site étudié (Section 2), puis le contrôle judiciaire de la mesure (Section 3).

### Section 1- La prise en charge thérapeutique

En 2011, les inspections générales chargées d'évaluer le dispositif de l'injonction de soin, constatant une « *discontinuité des soins* », alertaient déjà sur un « *risque de rupture* » à la libération des condamnés incarcérés<sup>621</sup>. « *La récidive intervient souvent dans les mois qui suivent la sortie de prison et il est donc crucial que le suivi socio-judiciaire et l'injonction de soin soient effectifs dans les jours qui suivent la sortie et non pas, comme la mission l'a constaté en consultant certains dossiers d'auteurs de violence sexuelle y compris dangereux, dans les mois qui la suivent* »<sup>622</sup>. Notre étude confirme en effet des difficultés de prise en charge au démarrage du suivi médical en milieu ouvert, qui concernent peut-être d'ailleurs davantage les quelques condamnés qui n'ont pas été condamnés préalablement à une peine privative de liberté. Les thérapeutes ne se bousculent pas pour prendre en charge les personnes sous main de justice, *a fortiori* lorsqu'il s'agit de délinquants sexuels, de sorte que le principe de liberté de choix du psychiatre ou psychologue traitant n'est le plus souvent que pure théorie (§1). Une fois abordées ces embûches, nous analyserons le déroulement du suivi médical au fil de la mesure (§2).

#### §1- Trouver un thérapeute en milieu ouvert : un « parcours du combattant » ?

Selon les articles L3711-1 et R3711-12 du code de la santé publique, le médecin coordonnateur « *invite* » le condamné à « *choisir* » un médecin traitant, même s'il peut refuser d'avaliser ce choix dans l'hypothèse où ce thérapeute ne lui semblerait « *manifestement pas en mesure d'assurer la prise en charge* ». Si la personnalité du condamné le justifie, le médecin coordonnateur peut également l'inviter à choisir, alternativement ou cumulativement, un psychologue traitant ayant exercé pendant au moins cinq ans (art. L3711-4-1 CSP). En cas de divergences, le JAP doit les réunir pour tenter de parvenir à un accord (art. R3711-15 CSP). Faute d'y aboutir, il peut désigner un médecin « *pressenti* » par la personne après avis du médecin coordonnateur (art. L3711-1 et R3711-15 CSP). S'il lui semble impossible de procéder à cette désignation, il peut ordonner selon les cas la mise à exécution de l'emprisonnement encouru, la révocation du sursis avec mise à l'épreuve, le retrait ou la révocation de la

<sup>617</sup> Cornier K., « Les soins pénalement ordonnés », *préc.*, p. 88.

<sup>618</sup> Pradel J. et Senon J.-L., « Entre répression, prévention et soins : la loi du 17 juin 1998 et ses applications », *préc.*

<sup>619</sup> Articles 763-1 à 763-9 et R. 61 à R. 61-6.

<sup>620</sup> Articles L. 3711-1 à L. 3711-5 et R. 3711-1 à R. 3711-25.

<sup>621</sup> Inspection générale des Affaires sociales et Inspection générale des services judiciaires, *Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soin*, 2011, 68.

<sup>622</sup> *Ibid.*, 69.

libération conditionnelle, des réductions de peines ou, dans les cas relevant de son champ d'application, le placement en rétention de sûreté (art. R3711-15 CSP). En réalité, cette liberté de choix, même partielle, apparaît le plus souvent virtuelle. Outre leur connaissance limitée de l'offre de soins disponible localement, les condamnés ne seraient pas toujours au fait de la faculté qui leur est donnée de proposer eux-mêmes un soignant. Nombre d'entre eux n'oseraient pas outrepasser le point de vue du coordonnateur, jugé plus compétent du fait de sa qualité de médecin et dont ils méconnaissent souvent l'étendue des prérogatives.

*« Parce que les gens, une injonction de soin, c'est la justice voilà... qui me... En fait, pour l'injonction de soin, j'aurais préféré qu'ils aient le choix de leur thérapeute. [Ils ont jamais le choix ?] Très peu. Très peu ont le choix. Pour ceux que j'ai, ils ont été orientés. [Par qui ?] Par le médecin coordonnateur » (CPIP).*

*« Le soignant ? Normalement, c'est la PPSMJ qui est libre de le choisir. Et après, ce choix est validé ou invalidé par le médecin coordonnateur. Ça c'est la théorie. En pratique, souvent, soit c'est déjà fléché du fait des soins qui ont été mis en place en détention avec une orientation vers l'extérieur, où ça se fait comme ça. Si la première fois qu'il rencontre le médecin coordonnateur, ils n'ont pas encore choisi quelqu'un, le médecin coordonnateur peut solliciter quelqu'un de... un de ses collègues pour le mettre en place. Et de temps en temps, le suivi a lui-même mis en place quelque chose, mais c'est quand même extrêmement rare. Là, ça s'est fait essentiellement... ou nous qui avons donné les coordonnées d'un CMP compétent géographiquement, mais voilà comment ça se fait. [C'est pas souvent une démarche de la personne elle-même ?] Soit ils sont déjà suivis, soit ils connaissent pas assez. Ils connaissent pas un psychiatre et du coup, ils se laissent guider quoi » (CPIP).*

*« Je ne sais pas comment les choses sont expliquées. Je sais pas si on leur dit aussi « vous avez le choix de trouver un psychiatre » qu'ils aillent valider ou pas. Voyez ? Parce qu'il faut qu'il soit validé par le médecin coordonnateur. Mais je sais même pas ce qu'on leur envoie ni ce qu'ils peuvent entendre, ou comprendre. Parce qu'effectivement, il faut avouer, y en a beaucoup qui sont impressionnés. Après des années, l'autre en face, en plus une supériorité... ils sont, voilà, ça peut fausser une relation. Et les gens ils y vont, parce que c'est un médecin, « il a fait des études, moi j'ai pas fait des études. C'est la vérité. Il me demande d'attendre ». Il va pas pousser sa réflexion plus « j'attends. S'il me le dit pas... ». Voilà, ils sont dans cette position-là. Les personnes sont dans cette position-là « on m'a dit d'attendre, j'attends. Il est médecin, il a un lien avec la justice. Il connaît tout, il sait tout, moi je bouge pas d'un iota et c'est lui qui déterminera parce qu'il m'a dit... ». Y a très peu de personnes qui sont à même de leur suivi, voilà. Qui, même de la mesure, ils... en fait, ils subissent » (CPIP).*

Cette possibilité de choix semble d'autant plus entravée qu'il est parfois complexe, y compris avec l'aide des médecins coordonnateurs et des CPIP, de trouver un thérapeute acceptant de suivre cette patientèle particulière et/ou d'exercer dans ce cadre pénalement contraint. Les centres médico-psychologiques, structures publiques qui assurent l'essentiel des suivis, sont non seulement saturés mais quelques fois réticents à s'engager dans ce type de mesure (A), au point que la question de l'organisation de consultations spécifiques se pose, au risque de constituer une filière ségrégative de soin (B).

#### **A- Des centres médico-psychologiques saturés**

Ce sont les services de la psychiatrie de secteur qui sont majoritairement sollicités pour accompagner les condamnés soumis à une injonction, sans compter la masse d'obligations de soin dirigées vers ces structures. Or, comme indiqué dans le précédent chapitre, l'essentiel des crédits complémentaires versés par le ministère de la Santé pour le suivi des délinquants sexuels est orienté vers les équipes exerçant au sein des établissements pénitentiaires. Dans un contexte général de raréfaction des ressources publiques, les centres médico-psychologiques (CMP) manquent de moyens, saturés par une file active et des patients qui se voient proposer des délais de prise en charge de plus en plus longs (1). Cet engorgement explique les refus régulièrement opposés aux condamnés soumis à une injonction de soin (2). Cette justification masque cependant, du moins dans certains cas, des réticences plus profondes (3).

## 1- Le manque de moyens

Lors de nos entretiens, les soignants, tout autant que les CPIP et les magistrats, ont systématiquement insisté sur le manque de moyens des CMP, confrontés à des files actives croissantes, avec pour conséquence des listes d'attente pouvant atteindre de trois à six mois dans le pire des cas.

*« Nous on est un peu embêtés, parce qu'il y a beaucoup de gens qui sont refoulés, notamment dans les CMP, parce que le problème c'est que quand ils disent qu'ils y vont, on les renvoie parce qu'il n'y a pas de place ou alors c'est hors secteur et il faut attendre » (CPIP).*

*« Après y a les pénuries de structures et hop, on les oriente, les CMP, les machins mais bon voilà. Après c'est des structures qui sont engorgées, donc... [...] qui proposent des rendez-vous trop lointains, oui, y en a » (JAP).*

*« Et puis les CMP sont déjà surchargés. Avoir un rendez-vous dans un CMP, c'est deux mois... quand vous avez de la chance » (Psychiatre, expert).*

*« Après, en CMP, c'est très compliqué hein. Les délais... moi je vois même ici, on est sur des délais de 3 mois, pour le premier rendez-vous... C'est la dure réalité. Quand quelqu'un appelle, pas quelqu'un sous main de justice, enfin, n'importe qui appelle et quand on ouvre nos agendas, on est blindé quasiment à 3 mois quoi. [Comment ça se passe justement, quand la personne c'est une injonction de soin ?] C'est pareil. [Elle ne passe pas avant ?] Non et elle ne passe pas après » (Psychiatre, CMP, médecin coordonnateur).*

*« Et dehors, prrt, 3-4-5 mois d'attente. [...] Quand je dis 4-5 mois d'attente, c'est sur les secteurs de psychiatrie... [...] Pourquoi ? C'est pas pour les embêter hein, c'est parce que y a plus de lits à l'hôpital, que tout est en ambulatoire donc les CMP sont débordés, etc. » (Psychologue, SMPR).*

*« Et même, on voit les hôpitaux, les CMP, tout ça, ils sont... Eux aussi, eux aussi, c'est un manque de moyens, un manque de personnel. C'est une boucle, et malheureusement, que faire ? Les toxicos, c'est les mêmes choses, les centres de soins n'ont pas assez de moyens non plus » (CPIP).*

D'autres obstacles résultent de l'inadéquation des règles d'affectation des patients entre structures, sur la base d'un principe de sectorisation fondé sur la domiciliation, alors que la clientèle pénale semble plus « volatile » et plus instable que la moyenne. Les condamnés n'ont pas toujours d'adresse fixe. Leur logement se situe parfois dans le ressort d'un CMP localisé dans une ville où ils se trouvent interdits de paraître.

*« Après, une des difficultés que je voulais mentionner quand même, c'est l'aspect... c'est l'aspect... alors, sur le refus... sur la difficulté pour notre public de trouver un thérapeute, c'est l'extrême instabilité de notre public, et du coup, on leur demande une adresse fixe euh... avec un justificatif d'adresse, en disant « non, vous dépendez pas de ce CMP, vous pouvez éventuellement... ». Sauf que nous, on a un public qui est très volatil et c'est quand même... voilà, ça c'est une difficulté. Là je trouve qu'il faudrait quand même... Pourquoi pas, pour ce public-là qui est sans domicile fixe ou..., d'avoir un système et de dire « à défaut, vous serez suivi par celui qui vous a suivi en détention ». Pourquoi pas, mais il y a un vrai problème de ce côté-là » (JAP).*

*« Le problème c'est que du coup – c'est un dossier très récent – mais on s'est retrouvé baladé. Il a une domiciliation à un endroit et puis il habite géographiquement ailleurs. Donc les CMP, compétence géographique, ils se balancent le truc. Et du coup, on perd un temps, sur un dossier qui est quand même un peu chaud. On perd un temps précieux, avant que ça se mette en place comme il faut » (CPIP).*

*« Le suivi socio-judiciaire a connu encore cette année de nombreux démêlés. Il a d'abord eu, en raison de son adresse initiale, un premier rendez-vous avec un psychiatre de son secteur, rendez-vous qu'il n'a pas honoré puis il en a eu un second auquel il s'est présenté. Cependant, il a ensuite déménagé et a donc changé de secteur psychiatrique ce qui a encore retardé le déroulement linéaire et régulier du suivi » (Rapport du médecin coordonnateur, D8).*

*« Mr a eu beaucoup de difficultés pour trouver un psychiatre acceptant de le suivre. En raison de son lieu d'habitation, il dépend du CMP de... mais a l'interdiction de se rendre sur cette commune. Il a pris contact avec d'autres CMP, mais celui de... a refusé de le prendre en raison de la sectorisation géographique et celui de... n'a pas pu l'accepter faute de place » (CPIP, Rapport au JAP, D57).*

« Mr... a été hébergé chez sa sœur suite à son éviction du centre de formation mais rapidement cependant, cette cohabitation s'est révélée compliquée et Mr a dû se débrouiller autrement ; il est sans domicile fixe à ce jour et se fait dépanner au jour le jour par des compagnons de fortune [...] La précarité sociale dans laquelle il vit du fait de l'absence de logement risque de favoriser les rencontres à risque et les comportements à risque. Plus on vit dehors et sans logement et plus les risques d'alcoolisation sont importants. [...] Mr respecte ses obligations et a la volonté et le désir de se soigner mais sa vulnérabilité à l'alcool est grande et son mode de vie actuel représente un facteur de risque supplémentaire qu'il ne faut pas sous-estimer : un accès à un logement stable paraît indispensable pour pouvoir définir une prise en charge thérapeutique cohérente en rapport avec son addiction » (Rapport du médecin coordonnateur, D54).

« Problème : orientation en fonction de l'adresse géographique [le condamné n'ayant pas et cherchant un domicile]. Au prochain rdv nous devrions en savoir plus au niveau de l'adresse. Mr n'est pas réfractaire au soin. Semble conscient de sa problématique avec l'alcool » (notes manuscrites du CPIP en octobre, deux mois après la libération du condamné). « Toujours pas de thérapeute à cause de l'adresse de domicile de Mr. Il ne faut pas que ça dure! » (notes manuscrites du CPIP en décembre). Il n'obtiendra un premier rendez-vous au CMP qu'en mars de l'année suivante (D96).

## 2- Entre refus de prise en charge et dissuasion de la clientèle pénale

Les CMP n'étant pas en mesure d'absorber l'ensemble des demandes de soin, un processus sélectif jouerait fréquemment au détriment de la clientèle pénale<sup>623</sup>. De très nombreux interlocuteurs nous ont en effet signalé des refus de prise en charge, qui sans être systématiques ne seraient pas exceptionnels, quelques structures excluant d'office le public estampillé « justice ».

*« Les dernières années, j'ai galéré vraiment pour deux patients où il y avait de la mauvaise foi je trouvais mais sinon, non » (Psychiatre, médecin coordonnateur).*

*« [Est-ce que juste dans vos suivis, ça arrive souvent en fait que les personnes aient des difficultés à... ?] Ben, ça arrive oui. Oui, oui, ça arrive. Après, la proportion, je sais ne sais Pas énormément, mais de temps en temps oui » (CPIP).*

*« [On indique souvent qu'il y a un certain nombre de soignants qui refusent de prendre en charge le public sous main de justice. Vous observez ça aussi ?] Pas chez nous. On a nos missions de service public, qu'on assume dans sa totalité. Et c'est notre devoir de recevoir ces personnes-là, qui sont également en souffrance. Elles ont souffert de leur propre comportement, du comportement d'autres individus, ou alors souffert de s'être exposé à la justice, tout bêtement » (Psychiatre, praticien hospitalier, expert).*

*« On avait le sentiment qu'il y avait les freins qu'on connaissait depuis très longtemps et qui étaient très divers et puis actuellement, on s'aperçoit que tout est au rouge. C'est-à-dire que les uns après les autres, les uns après les autres, les équipes disent non » (Psychiatre, SMPR).*

« Mr... semble avoir eu de réelles difficultés à trouver un psychiatre qui accepte de le prendre en charge : "personne ne veut me recevoir au CMP de..., tout ce qui concerne la justice, ils ne prennent pas » (Rapport du médecin coordonnateur, D57).

D'autres exigent une lettre de motivation à des condamnés qui, par définition, ne sont pas nécessairement demandeurs et pour certains incapables de les écrire. Il ne s'agirait pas tant de s'assurer d'une véritable adhésion en amont de la thérapie, mais plutôt d'une stratégie de dissuasion transformant le processus d'accès aux soins en véritable « parcours du combattant ». Quelques CMP exigent également la transmission d'une copie du jugement à l'appui de leur « candidature », alors même que les textes ne prévoient aucunement ce préalable, un préalable pourtant stigmatisant et peu propice à l'établissement de liens de confiance.

*« Des refus ? Oui, oui. Y a le refus clair et net et puis y a (rire), la mise en œuvre d'un parcours du combattant, qui amène la personne, à être légitimée quelque part à ne pas aller » (CPIP).*

*« C'est aussi pour ça que ça se tend sur certains endroits, certains CMP. Pas beaucoup mais y a des endroits clairement où ils les prennent plus. Ils vont dire « on ne prend plus d'injonctions, on ne prend plus d'obligations ». [Vous parlez d'injonctions entravées ?] Oui, mais c'est les sujets qui en parlent le mieux. Des fois, je croise, en tant que médecin coordonnateur, des sujets qui sont tombés dans des endroits un peu comme ça, un peu compliqués où il n'y a plus d'offre, qui disent « c'est pas que je veuille pas »... forcément ils jouent un peu. Ils peuvent instrumentaliser forcément. Qui le ferait pas à leur place ? Et ils ont beau jeu*

<sup>623</sup> Gautron V., « Les mesures de sûreté et la question de la dangerosité : la place des soins pénalement ordonnés », *op. cit.*

de dire, réellement, « on veut pas de moi ». Ce qui est une réalité hein. Ou alors, on fait que le parcours est tellement compliqué, que on va leur demander des courriers, des lettres de motivation. Enfin bon, y a mille et une façons de rendre le parcours tellement impossible, pour pas accéder à la consultation » (Psychiatre, médecin coordonnateur).

« Donc, pour avoir un rendez-vous au CMP, on leur demande une lettre de motivation [...]. Ah non, y a un vrai, vrai barrage. On demande des trucs hallucinants. [...] Quand on demande à quelqu'un qui sait à peine écrire, de faire une lettre de motivation... et comment voulez-vous qu'ils soient motivés ? Ils sont obligés d'y aller. Ils vont écrire quoi ? « Je suis condamné par la justice » ? Et puis c'est arriver avec une grosse étiquette en plus. Déjà, porte d'entrée, vous appelez, on leur demande le jugement. Mais c'est hyper stigmatisant quand même. La secrétaire du CMP qui dit « communiquez-moi votre jugement ». Mais ils ont pas... après, c'est quelque chose qui se passe avec le psy. Ils vont en parler et tout ça. Mais déjà, en porte d'entrée, lettre de motivation et jugement, je trouve que c'est... comme accueil, y a plus chaleureux quand même hein ! » (CPIP).

« C'est un vrai souci. Concrètement... En fait, il y a deux formes de souci. D'abord au niveau du secteur de psychiatrie du centre-ville, les deux CMP du centre-ville qui sont surchargés. Donc ils font du tri tout simplement. Donc les personnes qui se présentent en disant « je suis obligé de me soigner, je viens vous voir », ça les intéresse pas, parce qu'ils sont pas dans une démarche de soins. Donc ils les envoient promener. Donc y a eu tout un moment où ils les envoyaient clairement... Ils leur refusaient clairement les rendez-vous. [...] Et alors, y a une autre hypothèse, et ça, ça concerne plutôt... Alors, je pense aussi les CMP du centre-ville, mais plutôt de l'extérieur, parce qu'ils sont moins confrontés aux problèmes de places, c'est de demander au condamné, de faire une lettre de motivation, pour demander les soins. Sachant que notre public, vis-à-vis de l'écriture, n'est pas forcément très à l'aise et puis vis-à-vis du soin, ils sont pas forcément en demande. Donc du coup effectivement, ça pose un gros souci. Ça fait deux ans en fait, que ce souci se pose, de manière très claire » (JAP).

« Par ailleurs, un protocole a été mis en place, contre lequel je m'étais beaucoup élevée il y a quelques années, qui était l'obligation de demander une lettre de motivation, aux personnes qui avaient une injonction ou une obligation. J'avais dit « c'est complètement idiot ; moi je veux pas de lettre de motivation. Si quelqu'un appelle, je ne demande pas de lettre de motivation aux autres, donc je n'en demanderai pas non plus à une personne qui demande à voir un psychologue ». [...] J'ai l'impression que c'est une stratégie de dissuasion. Je suis peut-être très paranoïaque mais effectivement, je ne sais pas, de demander... Vous imaginez ce que représente, même pour vous-même, d'aller rencontrer quelqu'un, pour raconter sa vie, parce qu'on n'est pas bien dans sa vie. [...] Enfin... moi je trouve ça complètement aberrant. Si en plus, vous voyez pas d'intérêt d'aller faire cette démarche et qu'on vous demande une lettre de motivation, alors là, pire encore. Moi j'en ai rencontré des patients, pas que des patients qui ne venaient pas aux rendez-vous, j'en ai bien rencontré d'autres, qui étaient en injonction/obligation, qui ne voyaient pas l'intérêt d'être là et qui, finalement, sont restés bien longtemps. Donc c'est pour ça, je pense que faire la différence c'est débile. C'est une... c'est débile, c'est gentil de dire que c'est débile, parce que ça veut dire que les personnes qui souhaitent faire cette différence, ont de bonnes intentions. Mais j'ai beaucoup de mal à croire qu'il y a de bonnes intentions derrière. [...] La justification de la lettre de motivation, à l'époque où elle était en débat et où nous psycho, on était opposé à ça, la justification médicale, c'était que justement, beaucoup ne venaient pas et que donc, il fallait demander une lettre de motivation, pour être sûr que les personnes allaient bien venir. On est bien dans une dynamique... Et pourtant, une justification inepte, émanant de médecins se réclamant quand même en partie, de la psychanalyse par exemple, avec une certaine idée, de ce que peut être une demande chez un patient, consciente ou inconsciente, ayant cette justification » (Psychologue, CMP).

« Y a des personnes, j'ai vu ici, qui à un moment donné, se trouvaient [quartier de l'agglomération], me dire « c'est compliqué de venir en mobylette, tout ça ». Enfin bref, j'ai dit « ok, pas de problème, on va essayer de voir avec un autre CMP ». Précisément pour cette personne-là, son éducateur m'a appelé pour demander si je voulais pas reprendre le suivi, parce que le CMP a exigé en fait, une lettre de motivation écrite, alors qu'on est dans un relais de soins. [...] Certains demandent ça. [...] Parce qu'on s'est battu contre ça. À un moment donné, ça s'était, façon de parler, ça s'était calmé et puis y a certains secteurs où c'est revenu. [...] C'est d'une violence... Une injonction de soin, et en plus, il faudrait qu'il fasse une lettre de motivation. (Psychologue, SMPR, CMP).

Ces CMP auraient tendance à renvoyer les condamnés vers les psychiatres et psychologues exerçant en libéral, s'en justifiant par la nécessité de concentrer leur attention sur les pathologies les plus lourdes, au cœur de leurs missions, d'autant que la diminution du nombre de lits en milieu hospitalier multiplie les prises en charge en ambulatoire.

*« Il y a certainement des effets très circonstanciels aussi qui font que, de façon générale, les équipes de CMP, en tout cas sur [ville], se disent submergées par les demandes de soins en général, et que du coup, dans ces moments-là, y a un problème très général peut-être dans la société. On se replie sur la question identitaire ou les fondamentaux, donc les psychiatres disent « non, nous, notre travail, c'est la maladie mentale, point ». Les schizophrènes, ce qui est une réalité, il faut traiter cette question-là mais ça devient le socle, indispensable et minimal et on ne peut répondre qu'à cela. Si on ne voit pas nos patients schizophrènes... parce qu'on les verrait tous les 6 mois alors qu'il faudrait qu'on voit les personnes enjointes, une fois tous les mois. [...] La priorité, c'est les schizophrènes et on part là-dessus. Et les quelques collègues qui s'engagent, qui continuent à s'engager et à s'intéresser à la question et pour les quelques-uns qui viennent encore, lors des échanges cliniques, ils nous transmettent cela. Donc ils renvoient finalement, cette question à d'autres, donc au secteur privé. Je suis pas certain que les collègues du privé vont longtemps accepter d'avoir aussi cet afflux auprès d'eux » (Psychiatre, SMPR).*

Cette délégation au secteur libéral n'est pas sans poser des difficultés, notamment sur le plan de la prise en charge financière des consultations. Si un suivi psychiatrique peut être remboursé par la sécurité sociale, ce n'est pas le cas lorsque le praticien est psychologue. Certains psychiatres pratiquent également des dépassements d'honoraires. Disposant généralement de faibles revenus, *a fortiori* dans les premiers temps qui suivent la libération, certains condamnés ne bénéficient pas d'une complémentaire ou de la « Couverture Maladie Universelle » (CMU), qui n'est d'ailleurs pas systématiquement acceptée par les professionnels de santé du secteur privé. Des praticiens questionnent également le sens du versement d'honoraires en l'absence d'engagement volontaire.

*« Parce que ceux qui n'ont pas la CMU, enfin, toute la partie de la population qui a des revenus mais pas beaucoup, n'ont pas accès aux soins gratuits. Donc aller payer, pour un soin dont il voit pas l'intérêt, payer cher, etc... » (JAP).*

*« D'autant plus qu'en libéral, y a aussi des... des psychologues et des psychiatres libéraux qui refusent aussi ceux qui sont en CMU » (JAP).*

*« Du côté des psychiatres [libéraux] finalement, c'est une question d'acceptation professionnelle puisque ça change rien. Mais pour les patients effectivement, c'est pas tout à fait la même chose s'ils doivent rencontrer un psychologue traitant en cas d'injonction. En privé évidemment, c'est payant. La question c'est d'une part, est-ce que les patients peuvent payer et puis secondairement, enfin, quel sens donner à cette transaction-là quoi, qui est particulière dans ce contexte précis » (Psychiatre, SMPR).*

*« Ben en libéral, à partir du moment où c'est une injonction de soin, c'est quand même paradoxal hein. C'est une exigence de la justice, et en plus la personne devrait payer, forcée. Une personne qui serait dans une démarche authentique de soins, et qui d'elle-même accepterait de payer, parce qu'elle choisit le psychologue libéral, parce que c'est valable que pour les psychologues. Remarque, les psychiatres avec les dépassements, c'est un peu pareil... qui accepterait, pourquoi pas ? À mon avis, c'est pas efficace, parce que du coup, ça veut dire que le psychologue doit rendre quelque chose d'efficace. C'est ça que ça va induire dans la relation. C'est que c'est la demande de la justice, et en plus ça vient des deniers personnels de la personne, avec une demande qui n'est pas intégrée authentique, donc il va falloir... Moi j'imagine le psycho, il va falloir qu'il soit efficace derrière, et qu'il réponde, puisque le patient paye, pour obtenir quelque chose. Là je pense qu'on arrive dans un fonctionnement un peu... un peu pervers. Sur certains fonctionnements, ça peut être un peu catastrophique. [...] Après, moi je suis pas opposée, dans le sens où je pense que pour certains patients, c'est pas du tout efficace mais je pars quand même du principe qu'il y a quand même beaucoup de patients qui, en prison, ont travaillé une demande authentique et qui peuvent faire cette démarche-là, de payer un psychologue, c'est pas catégorique oui ou non. Je pense que c'est pas pour tous » (Psychologue, SMPR).*

« Mr veut savoir s'il est obligé de poursuivre le RDV toutes les semaines avec le Dr..., en raison du coût d'environ 40 euros la séance. Il veut espacer. Lui indique qu'il doit voir cela avec le praticien ». Mais le CPIP note quelques mois plus tard « il voit encore le Dr... toutes les semaines, le médecin ne souhaitant pas diminuer la fréquence » (CPIP, notes manuscrites, D59).

« Mr s'est rendu à ses RDV avec le psychiatre traitant, mais il ne veut pas y aller toutes les semaines car cela a un coût. Pour l'instant il lui fait crédit mais la dette augmente » (Notes manuscrites du CPIP, D66).

« Toujours pas de suivi, met en avant un problème financier de prise en charge en lien avec sa situation administrative et fait qu'actuellement il n'a pas de couverture sociale » (Rapport du médecin coordonnateur, D82).

« RDV toutes les 3 semaines. La consultation coûte 41 euros, or il n'a plus de CMU depuis qu'il est en couple. Sa psychiatre ne veut pas faire de tiers payant ». Puis, Mr... connaîtra de grosses difficultés financières liées à un endettement, sa nouvelle femme étant elle-même bénéficiaire des minimas sociaux. Le CPIP mentionne qu'ils font appel au Resto du cœur pour se nourrir, vendent tous leurs biens (TV, canapé, etc.). Il ne pourra donc plus continuer ses consultations en libéral. Il sera donc orienté vers un CMP (Extraits des notes manuscrites du CPIP, D93).

« Il a rencontré un infirmier au CMP mais le médecin en charge a refusé de prendre en charge le suivi de l'auteur [...] et, l'a renvoyé vers moi pour qu'il se trouve un autre psychiatre. J'ai donc adressé un courrier en date du... à Mr... pour lui proposer une liste de psychiatres libéraux proches de chez lui et lui ai demandé de prendre contact avec un de ces psychiatres avant notre dernière rencontre annuelle fixée le... Lors de cette rencontre, Mr... n'avait pas pris rendez-vous avec ces psychiatres car il m'expliquait qu'il s'agissait de psychiatres libéraux et qu'il n'avait pas de mutuelle et n'avait pas les moyens de financer la part mutuelle des entretiens avec ces médecins qui sont pour la plupart en secteur 2 avec dépassement d'honoraires. Il a donc fait des démarches avec sa SPIP Mme..., et aurait obtenu un rendez-vous sur le CMP de.... Il avait rendez-vous le... à 14h pour mettre en place un suivi. Mr... m'a recontacté dans le courant de la semaine suivant ce rendez-vous pour m'informer qu'il avait eu la même réponse qu'au CMP de... » (Rapport du médecin coordonnateur, D30).

Certes, quelques praticiens libéraux acceptent ce type de public, proposent même parfois des consultations plus régulières et plus fréquentes qu'en CMP. Certains condamnés préfèrent d'ailleurs éviter les structures publiques. Les réticences sont toutefois globalement similaires. Les dossiers de notre échantillon révèlent des refus réguliers, y compris en présence d'un suivi engagé depuis plusieurs mois, lorsque le praticien découvre la mesure judiciaire jusqu'alors tue par le condamné.

*« Alors, ça peut se faire... j'ai en tête... une fois par semaine, c'est des libéraux par exemple. J'ai plusieurs sujets suivis par des psychologues, qui payent aussi de leur poche mais qui s'y retrouvent mieux, qui sont bien avec leur thérapeute, dont les retours sont d'ailleurs fort intéressants. Une fois par semaine, c'est quand même très régulier. Le CMP de..., dans les consultations post pénales, du coup, exercées par les psychiatres et les psychologues de la détention, j'arrive à voir des sujets au mieux quand même, une fois tous les 15 jours, ce qui est déjà beaucoup je trouve et c'est chouette » (Psychiatre, CMP, médecin coordonnateur).*

« Mr... a eu beaucoup de difficultés à trouver un psychiatre pour le suivre. Il avait pourtant contacté le CMP de... qui lui a signifié qu'il n'avait pas de place pour lui. Le CMP lui a alors donné les coordonnées de deux médecins, les Docteurs... et... à..., qu'il a contactés et qui ont refusé de le prendre en charge. Il dit aussi avoir contacté le Dr... mais n'a jamais eu de réponse de sa part. J'ai donc contacté le CMP, qui confirmait les dires de Mr..., et je leur ai demandé de bien vouloir rencontrer Mr... Il a donc rencontré Mme le Dr... au CMP de..., le... puis le... Elle a ensuite accepté d'assurer le suivi » (Rapport du médecin coordonnateur, D30).

« Le début de la prise en charge thérapeutique dans le cadre de cette injonction a été des plus compliqués puisque le sujet avait commencé des soins auprès du Dr... qu'il semblait avoir bien investie. Lorsque le Dr... a été informée du cadre particulier juridique, celle-ci a refusé catégoriquement de poursuivre les soins » (Rapport du médecin coordonnateur, D66) .

« Lors de notre première rencontre en..., Mr... était déjà suivi par le Dr..., psychiatre libéral, au rythme d'une séance tous les 15 jours. Nous avons bien sûr décidé de conserver ce thérapeute pour les soins à suivre dans le cadre de l'injonction de soin à laquelle il a été condamné pour une période de 5 ans. [...] Au printemps..., le Dr... m'a fait part de sa cessation d'activité professionnelle, attestant au passage de la régularité de la présence de Mr... auprès de sa consultation ainsi que d'un réel investissement dans un travail psychothérapique chez ce sujet ». Le Dr... avait orienté et relayé sa prise en charge auprès du Dr..., qui malheureusement lorsqu'il a appris les conditions particulières du cadre juridique, a préféré ne pas s'investir dans ces soins pénalement ordonnés. J'ai donc réorienté personnellement Mr... auprès du Dr..., médecin psychiatre libéral, qui m'a confirmé par retour de courrier son acceptation du suivi. Mr... a vu à plusieurs reprises le Dr... avec lequel le contact s'est bien passé pouvant investir positivement ce nouveau thérapeute » (Rapport médecin coordonnateur, D23).

« Mr... semble avoir eu de réelles difficultés à trouver un psychiatre qui accepte de le prendre en charge : "personne ne veut me recevoir au CMP de..., tout ce qui concerne la justice, ils ne prennent pas. J'ai réussi à avoir un RDV avec le Dr... à... mais quand je lui ai dit que c'était un suivi pour la justice, il n'a pas voulu poursuivre, ça m'a fait pareil avec le Dr...". Je lui ai alors donné plusieurs adresses de psychiatres et il a fini par obtenir un RDV avec le Dr..., psychiatre à... au mois de décembre. Nous avons écrit au Dr... pour le prévenir et qu'il nous donne son accord par écrit, nous n'avons pour le moment pas encore eu sa réponse » (Rapport du médecin coordonnateur, D57).

« Le psychiatre traitant averti du cadre judiciaire de la mesure n'a pas souhaité poursuivre la prise en charge à compter de ... Mr a rencontré dans un premier temps le Dr... qui n'a plus voulu le suivre dans le cadre judiciaire. Mr... est alors adressé au CMP qui lui a demandé de revoir le Dr... pour une reprise du suivi compte tenu des moyens réduits du CMP. Face à ces difficultés,

Mr s'est retrouvé en position compliquée, ne sachant comment faire. Après échange avec le médecin coordonnateur, le suivi a pu se mettre en place avec un autre psychiatre, le Dr ..., psychiatre libéral à [ville] » (Rapport semestriel du CPIP, D66).

Face à ces entraves, les CPIP conseillent parfois aux personnes qu'ils suivent de contacter le CMP sans préciser être sous main de justice dans un premier temps, *a fortiori* lorsqu'ils apparaissent réellement demandeurs de soins, à la manière d'un patient lambda.

« On a de gros problèmes pour avoir des rendez-vous au CMP. Aux gens je leur dis, des gens qui sont en vraie demande pour le coup, je leur dis « vous précisez pas que vous êtes en obligation de soins », parce que le CMP c'est accessible à tout le monde, pas simplement quand c'est un truc réservé au condamné. Le citoyen lambda, il a le droit d'aller au CMP « Vous, vous avez, certes par le biais du soin, mais si vous avez envie d'être suivi, vous prenez contact et une fois que vous aurez votre rendez-vous, vous pourrez préciser qu'il vous fasse une petite attestation » (CPIP).

« Y a des CMP maintenant, qui veulent pas de suivis justice ou alors c'est l'inverse, ils veulent la preuve que c'est un suivi de justice et qu'il a pas le choix. C'est bizarre. J'ai même un monsieur qui est sorti il y a six mois. Il a fini par... Il a essayé au CMP, en disant qu'il était... qu'il avait une injonction de soin et ils ont pas voulu le prendre. Il a fini par me demander comment faire et il arrivait pas à contacter le médecin du SMPR. Je l'ai appelé, et c'est lui qui a fait pression pour qu'on le prenne. Entretemps, il s'était débrouillé tout seul. Il était retourné et il lui avait pas dit. Il n'avait pas dit qu'il avait affaire avec la justice. Comme ça, il a eu son rendez-vous » (CPIP).

« Initialement, le suivi devait être assuré par le Dr... Lors de son RDV avec le Dr..., Mr nous a appelé paniqué car le Dr n'a pas voulu remplir la feuille à destination du JAP. Nous avons appelé le Dr... avec qui nous avons pu avoir un bref échange. [...]. Il estime qu'un suivi psychologique serait plus adapté et il a demandé à son infirmière de remettre au condamné des coordonnées de structures de soin » (CPIP, rapport au JAP). Lors de l'entretien suivant, le CPIP note que l'infirmière ne lui a pas donné les coordonnées du CMP. Le CPIP indique lui avoir donné et que « le condamné va tenter dès aujourd'hui d'obtenir un rendez-vous ». « J'insiste sur le fait qu'il doit parler de son mal-être et non justice car sinon gros risque de porte fermée » (CPIP, notes manuscrites, D87).

Pour autant, les acteurs judiciaires demeurent relativement compréhensifs face à de telles fins de non-recevoir, d'une part parce qu'ils ont bien conscience que les CMP affrontent les mêmes difficultés budgétaires que l'institution judiciaire, d'autre part parce qu'ils ont le sentiment d'être partiellement responsables de cette saturation, du fait du prononcé massif de simples obligations qui ne sont pas toujours justifiées sur un plan médical.

« Après, je vous dis, moi je pense que la justice, elle est aussi responsable hein. Si on arrêtait de prononcer autant d'obligations de soins, on encombrerait beaucoup moins les CMP et peut-être qu'ils auraient un autre regard. Mais là, ils ont pas matériellement, les moyens de suivre tous les gens qu'on leur envoie. Plus les autres, parce qu'ils sont pas spécialistes dans la justice hein » (CPIP).

« Donc, du coup, y a énormément de gens qui ont des obligations de soins avec des structures qui sont pas capables de les accueillir, parce qu'elles ont pas, ni les moyens... et en fait, dans le flot de personnes les gens pour qui ça aurait du sens et qui sont un minimum volontaires, ben ils sont noyés dans la masse du reste. [...] Alors que peut-être, si jamais on essayait de calmer le jeu sur l'obligation de soins et pas croire que c'est une potion magique et essayer un peu plus de cibler à ce moment-là, peut-être que ça aurait plus de portée » (CPIP).

« La première difficulté, c'est leur surcharge. Très clairement je pense que... je n'imagine pas un psychologue, un psychiatre, d'emblée avoir peur des personnes que nous on peut voir. Je ne peux pas l'imaginer. De vouloir volontairement les dissuader... alors effectivement, sur l'aspect, il n'y a pas d'adhésion aux soins eux-mêmes doivent savoir que parmi notre public, avec des soins pénalement ordonnés, y a ceux pour qui c'est complètement contraint et voilà, et ça leur pose problème et y a ceux aussi pour qui c'est contraint, mais y a une part d'adhésion. Ils doivent le savoir. Je n'imagine pas que ça puisse être euh... euh... voilà, une position de principe, idéologique. Je ne mets ça que sur le compte de la surcharge ; j'ose espérer » (JAP).

Il n'en demeure pas moins que cette succession de « portes fermées » compliquerait les rapports déjà difficiles qu'entretiennent certains condamnés avec le champ de la santé mentale, justifierait à leurs yeux leur manque d'adhésion, voire renforcerait leurs attitudes de rejet. Ces entraves les plongeraient

par ailleurs dans des situations de stress, tant ils craignent que l'absence de suivi médical se traduise rapidement par une (ré)incarcération.

*« Sinon en général, on les envoie au CMP mais on sait très bien que le CMP est saturé. Ils se font envoyer balader donc moi, je leur demande de passer par les médecins traitants et je leur dis aussi, parce que parfois c'est compliqué, moi je leur dis dans ces cas-là parce que pour certains c'est la panique. Ils ont compris que l'injonction de soin c'était important, surtout quand ils ont déjà connu l'obligation de soins pour certains, ils ont compris qu'on était un cran au-dessus, en termes de surveillance, entre guillemets, que quand même, il y a un risque encouru, en cas de non-observation, etc. C'est pareil pour les mises à l'épreuve quelque part, mais en général, ils ont compris quand même qu'il y avait une graduation et que bon, les SSJ, ils étaient plus vite convoqués par le juge quand même et y en a qui sont inquiets quand même « ben oui mais mon médecin traitant il m'a orienté vers un psychiatre, sauf que le psychiatre il est bien gentil mais lui il veut pas d'obligation d'injonction de soin » (CPIP).*

« Pour cette première année de suivi nous avons reçu Mr... très régulièrement, il éprouve en effet des difficultés à trouver un thérapeute qui accepte de le prendre en charge. La conjointe de l'auteur a souhaité être présente à l'entretien de décembre afin d'attester des dires de Mr... qui indique qu'il a du mal à trouver un psychiatre ou un psychologue traitant. [...] Nous avons convoqué régulièrement Monsieur... pour l'aider dans sa recherche de thérapeute qui s'avère effectivement assez complexe. Mr... a d'abord rencontré le Dr..., psychiatre libéral mais quand il lui a expliqué qu'il s'agissait d'un suivi socio-judiciaire celui-ci n'a pas souhaiter lui proposer de nouveaux rendez-vous. Il a ensuite pris un rendez-vous avec Mr..., psychologue qu'il avait rencontré à la maison d'arrêt, celui-ci l'a reçu au mois d'octobre et lui a indiqué qu'il était débordé de demandes et qu'il n'avait pas la possibilité de le prendre en charge. Lors de notre entretien de décembre, nous avons, en sa présence, téléphoné au centre médico-psychologique de... Il nous a été demandé d'adresser un courrier au médecin responsable afin que Monsieur... puisse obtenir un rendez-vous. Conclusions : Monsieur... n'a pas encore débuté son suivi socio-judiciaire. Il existe cependant des difficultés qui ne sont pas totalement de son fait » (Rapport du médecin coordonnateur, D8).

### **3- Des réticences plus profondes**

Si le manque de moyens et l'afflux de patients constituent la principale justification des CMP, d'autres motivations plus souterraines expliquent vraisemblablement ce qui s'apparente alors à des pratiques discriminatoires. Faute de demande spontanée et authentique, de nombreux professionnels de santé demeurent sceptiques quant à l'efficacité des thérapies fondées sur la contrainte, dont la mise en œuvre réduit d'autant les possibilités de suivre les patients réellement demandeurs. Ils vivent dès lors difficilement l'accueil de ces publics qui ne se cachent pas toujours d'une démarche purement opportuniste, de leur désintérêt pour une réelle démarche thérapeutique et/ou qui n'adoptent pas l'argumentation ou les attitudes attendues d'un « bon patient », censé manifester sa souffrance. Des contre-attitudes de rejet en découlent, avec le déploiement progressif d'une suspicion qui en vient à viser l'ensemble de la clientèle pénale, quand bien même certains condamnés manifestent un véritable désir d'accompagnement.

*« [Souvent, on pointe un certain risque d'instrumentalisation, des condamnés qui viendraient juste chercher des attestations, etc.] Je pense que des collègues qui peuvent avoir ce sentiment-là, sont ceux qui commencent des suivis dehors d'injonction de soin. C'est possible qu'ils aient ce... Moi j'ai pas tout à fait ce... ce cadre-là, alors des patients qui sont extrêmement, enfin qui ont des mécanismes un peu comme ça d'hostilité, d'agressivité, ça arrive hein. [...] C'est pas que les acteurs soient nouveaux mais que du coup, des collègues qui connaissent pas la question, qui sont en difficulté avec cette question-là, ben du coup, le vivent comme une instrumentalisation de la part du judiciaire. Parce que ces patients-là, ont aussi une façon de se présenter, qui relève de leur fonctionnement. Mais je pense que du coup, des collègues qui connaissent peu la question, se retrouvent en difficulté avec ça et qu'ils disent « j'ai une obligation de soins, vous devez me suivre ». Des patients qui font ça à la prison, on en a plein. « Le juge m'a dit qu'il fallait que je vienne vous voir, vous devez me voir »... voilà. C'est vrai que ça va à l'encontre même, de la façon dont on mène le soin dehors. Nous, on sait à l'intérieur des murs, que les patients viennent nous voir, parce qu'ils sont plus ou moins... poussés. Dehors, les patients qui viennent sur les CMP, ils ont besoin, ils sont en attente, parce que des fois, ils ont attendu des mois pour avoir un rendez-vous. Y a une souffrance qui est authentique et perceptible, tout de suite, et forcément, le psychologue, quand il est dans cette posture, il a une personne en face de lui qui a attendu depuis longtemps, qui est en demande et qui va très mal. Du coup, il se retrouve face à quelqu'un, ponctuellement qui dit « j'ai pas envie de venir, parce que c'est le juge qui m'a obligé et vous êtes obligé de me suivre », c'est pas la clinique habituelle. Ça crée un décalage en fait, ça crée un décalage qui fait que ça peut susciter cette contre-attitude un peu, de rejet. [...] Je pense qu'il y a déjà la surcharge des CMP qui font que... qui font que quand ils arrivent face à un*

*patient qui a pas de demande authentique, qui a pas de souffrance exprimée, je pense que pour eux, c'est du temps de pris pour d'autres personnes qui sont en souffrance. Il faut 3-4 mois pour avoir un rendez-vous. Au bout d'un mois, y a des aspects purement pragmatiques hein. On va pas galérer là où y en a d'autres qui attendent, pour lesquels ça va être plus facile » (Psychologue, SMPR).*

*« C'est d'abord l'idée que ce sont des entreprises thérapeutiques qui sont, on va dire décevantes. Deux, que y a pas de réelle demande de soins, de la part des intéressés. Et que en plus, on a déjà plein de boulot comme ça... donc voilà » (Psychiatre, expert).*

*« Les CMP sont engorgés parce qu'il y en a plein qui viennent... J'ai des amis psy, enfin qui étaient psy en CMP, ils disaient « c'est lourd, c'est lourd ». C'est lourd aussi pour le psy. Suivre quelqu'un qui vient là, parce que je suis obligé par la justice « Oui mais pour vous ? » « Mais moi j'ai pas besoin mais je suis obligé, donc je viendrai tous les mois, mais je vous dirai rien ». Et je pense aussi aux psy qui sont obligés de se coltiner ça quoi » (CPIP).*

*« Parfois, il y a aussi au niveau des pratiques thérapeutiques, y a aussi les choix des orientations professionnelles. C'est ça aussi qui est à prendre en compte je crois. [...] Par exemple, soit en termes d'obédience, soit effectivement, si la personne d'emblée elle va... C'est compliqué parce que parfois, je leur jette pas la pierre mais les collègues vont peut-être attendre quelque chose d'un peu plus formulé comme on dit, du côté d'une demande, etc., et on voit bien que ces personnes-là, parfois, c'est compliqué, parce que formuler une demande, ça veut dire, besoin d'aide, alors ça veut dire une considération de l'autre et ça veut dire que je suis en souffrance. Donc on n'est pas vraiment avec un public... voilà » (Psychologue, SMPR).*

*« Les gens ils disent voilà « il faut que je vienne parce que j'ai une obligation de soins ». Déjà ça, ça freine. 2) quand ils viennent, ils disent « je viens pour une injonction de soin », on leur demande la copie du jugement, de plus en plus ils demandent à avoir une copie du jugement, ce qui est pas très légal. Effectivement, c'est parce qu'ils sont un peu débordés aussi et puis après, ils ont pas envie d'avoir des gens... ils veulent vraiment que les gens adhèrent et en fonction de l'obligation, des obligations, des éléments qu'il peut y avoir sur le jugement, ah ben, ils font le choix de prendre ou de pas prendre. Voilà. Après, je peux comprendre effectivement d'avoir des gens qui n'ont pas forcément... qui viennent parce qu'ils sont... mais pour beaucoup, il y a des choses qui peuvent se déclencher par la suite. Le lendemain, des gens qui sont en démarche de soins » (CPIP).*

Les réticences des professionnels exerçant en psychiatrie générale, que ce soit en CMP ou dans le secteur libéral, s'expliqueraient dans une large mesure par leur manque de formation à cette clinique particulière, mais aussi par leur méconnaissance du cadre juridique, ce qui les placerait dans une situation d'incertitude et d'inconfort quant aux modalités et aux conséquences de leur implication dans le déroulement des soins pénalement ordonnés. Ainsi, selon une étude réalisée en 2002 en Aquitaine, 19% des psychiatres avaient suivi une formation spécifique à la délinquance sexuelle et la moitié n'avait jamais reçu de patients dans le cadre d'un soin pénalement obligé lié à cette forme de délinquance<sup>624</sup>. De sorte que l'offre de soins en milieu ouvert semble, pour bon nombre de professionnels du système judiciaire, encore plus inadaptée que ceux proposés en détention. Selon eux, ces thérapeutes méconnaîtraient le plus souvent les « particularités techniques » nécessaires à la prise en charge de ce type de sujet et ne sauraient pas « dépasser la pratique traditionnelle de l'écoute passive »<sup>625</sup>.

*« [Est-ce qu'il vous est déjà arrivé de demander l'incarcération d'un condamné pour non-suivi des soins ?] De demander non mais par contre un SSJ ça m'est arrivé. Et là pour le coup, je mets grandement en cause le psychiatre. Très clairement, un jeune incarcéré mineur, [...] Qui se retrouve parachuté, du jour au lendemain, il a pas de formation, au niveau intellectuel faible, aucune compétence en termes de travail, etc., capacités d'introspection très faibles, cognitives...enfin voilà, c'est quelqu'un... et des difficultés à rentrer en relation. Moi j'ai ramé un certain nombre de séances, pour qu'il finisse par parler. [...] Il voit un psychiatre dans le cadre de l'injonction de soin qui pour le coup, a comme méthode « bonjour monsieur, comment allez-vous ? » et c'est tout. C'est-à-dire que c'est sa pratique. Il a en face de lui un jeune comme*

<sup>624</sup> Lasseguette K. et al., « Prise en charge psychiatrique des délinquants sexuels et loi du 17 juin 1998 : enquête en Aquitaine en 2002 », *Journal de médecine légale, droit médical*, 2004, vol. 47, n° 1, 74-80.

<sup>625</sup> Doron C. O., Soigner et punir, *op. cit.*, 178 ; Inspection générale des Affaires sociales et Inspection générale des services judiciaires, *Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soin*, 2011, 43 et s.

*ça qui n'est pas capable d'élaborer plus. C'est-à-dire que moi, pour parler avec ce jeune, il fallait que je pose des questions. C'est le boulot, et puis on creusait, [...]. C'était laborieux mais au bout d'un moment, il était plus en confiance et il parlait déjà plus mais ça a pris du temps. Sauf qu'on a eu un psychiatre comme ça. Au bout d'un moment, il a commencé à plus aller aux rendez-vous. Il en voyait pas l'intérêt. [...] Parallèlement, ça n'allait pas avec sa compagne mais jamais le praticien n'est allé là-dessus puisque lui n'y allait pas tout seul. Donc à côté, ça n'allait pas avec sa compagne. Donc il a arrêté d'aller voir le praticien. Il a été vu en... et puis il est retourné en détention. Et là, par chance, en détention, il a croisé un praticien au SMPR avec qui ça s'est bien passé, qui a eu le contact, qui a tiré progressivement ce qu'il pouvait et puis qui lui a dit en sortant « je vais tâcher de » et qui l'a repris en sortant de détention. Qui lui a dit « vous êtes hors secteur mais je vais vous voir », et puis voilà. Et là, il s'est passé quelque chose. On n'est pas allé très loin, il avait très peu de capacités, etc., mais... et là, de toute façon, moi j'avais plus aucun élément. J'ai fait tout ce que j'ai pu pour lui dire « il faut que vous... ». Le médecin libéral c'est impossible. J'ai appelé, j'ai essayé et il m'a dit que ça me regardait pas et que le secteur c'était le secteur. Là effectivement, tout partait en vrille. Le soin est parti en même temps que le reste et de toute façon, il l'a bien vu et je lui ai dit « si vous y allez plus, ça va tomber » et c'est ce qui s'est passé. En même temps, ce que j'en ai tiré de ses deux mois d'incarcération, c'est qu'il avait rencontré quelqu'un qui, pour le coup, avait un contact. Parce que moi, le risque derrière c'est qu'en sortant, il allait retomber sur le même praticien hein. Moi j'avais mis que sans préjuger de ses capacités, j'avais pas à juger de ça. La demande avait été faite de changer et que le contact passait pas et que je pensais que l'entrée en contact de ce type-là n'allait pas » (CPIP).*

« Il rencontre Monsieur... au CMP à... Il décrit une bonne relation avec ce psychologue. Il précise qu'il y a souvent pendant les entretiens des silences embarrassants et il souhaiterait que ce dernier lui pose plus de questions » (Rapport du médecin coordonnateur, D81).

Du côté des praticiens libéraux, d'autres appréhensions émergent, qui concernent les risques d'un exercice isolé, alors que les travaux sur la clinique des délinquants sexuels soulignent au contraire l'importance d'un soutien et d'un travail d'équipe. Ceux-ci n'auraient que peu de liens avec leurs confrères exerçant en milieu hospitalier et au sein du SMPR, générant un plus grand isolement, mais aussi le sentiment de ne pouvoir bénéficier, comme les seconds, d'une protection de l'institution hospitalière en cas de difficultés.

*« Encore actuellement, moi quand je reçois une demande... moi je les appelle des justiciables, parce que c'est pas des patients... moi j'y viens en tant qu'auxiliaire de justice. Quand j'oriente... généralement, c'est le secteur public. Rares libéraux acceptent d'en prendre. Ils ont quelquefois un peu peur quand même et ils se disent qu'ils sont pas protégés par l'institution. Enfin, bon » (Psychiatre, médecin coordonnateur).*

*« [Et pour l'instant, du côté du privé, n'y a pas de... ils acceptent... ?] Ben, je n'ai pas entendu encore d'écho et là aussi, je m'interroge sur la façon dont nous au CRIAVS nous, on peut interroger ça, parce qu'on n'a jamais eu vraiment d'interface très forte avec le libéral. Pourtant, moi j'ai travaillé en libéral à mi-temps, si j'ose dire pendant longtemps mais bon. J'avais le sentiment aussi à l'époque déjà, il y avait un fléchage pour ce type de patients. Moi j'en rencontre un certain nombre, certains de mes collègues aussi mais pas tous. Y avait déjà cette réorganisation. [...] Et puis du coup, je m'interroge sur le fait que compte tenu justement de cette espèce de fléchage, je pense pas que les collègues du libéral en général, vont accepter de rencontrer toutes les personnes enjointes et en obligation de soins en plus » (Psychiatre, SMPR).*

*« Je pense quand même que le fait... le mot multiple... la notion de groupe me semble quand même importante. À deux extrémités, le groupe au sens d'auteur et le groupe au sens de la multi... le fait de ne jamais être seul et d'être à plusieurs dans une prise en charge. D'une manière ou d'une autre. Pas nécessairement dans le suivi, mais en tout cas dans la référence. Ça, ça me paraît important. Ça, ça me semble écarter... la notion de libéral me semble... les paiements... en tout cas, l'action d'avoir recours au psychiatre libéral, avec le paiement et être seul, ça me paraît, pour une grosse partie de la population, un peu difficile. [Quand vous dites « être seul ». Qu'est-ce qui est problématique dans le fait d'être... par rapport au public que vous évoquiez ?] Ben, le fait de ne pas se retrouver dans une situation de globalité pure. La question de l'intimité. Ce qui se dit ici, ça peut être partagé par d'autres soignants, qui sont astreints au secret mais ça reste pas entre nous, ne pas reproduire schématiquement... reproduire la question de l'agression sexuelle. Voilà, schématiquement » (Psychiatre, SMRP).*

Pourtant, nombre de praticiens du SMPR et quelques médecins coordonnateurs se sont engagés dans des dispositifs de sensibilisation et de formation de leurs confrères, notamment dans le cadre des centres de ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (CRIAVS)<sup>626</sup>, mais aussi dans les facultés de médecine. À quelques exceptions, leurs collègues de psychiatrie générale ne se bousculeraient pas spécialement aux portes.

*« J'ai commencé à me documenter en fait, à lire des choses là-dessus... enfin, ça m'a un peu piqué quoi. Je me suis dit... j'ai lu des ouvrages qui m'ont assez passionné en fait et j'avais l'impression que c'était un territoire que je connaissais absolument pas, et c'était le cas. J'étais pas du tout formé là-dessus hein, en tout cas à l'époque. Maintenant, maintenant ça change. Parce depuis, les internes ont la formation dont on parlait et puis peut-être même avant les internes, les externes peut-être, voilà... Y a quand même des choses et l'information et la formation qui est délivrée et donnée depuis, mais à l'époque nous, ma génération n'a jamais été formée là-dessus. On n'a pas eu de choses spécifiques » (Psychiatre, expert, médecin coordonnateur).*

*« J'ai le sentiment qu'il y a une formation, qu'il y a un travail qui s'est fait, etc. Et puis il y a... l'ambiance générale qui concerne la question de la dangerosité qui apparaît. Donc, ils sont pas imperméables à tout ça. Donc, je pense que certains ont réagi en disant... ça aiguisait les tendances. C'est-à-dire ceux qui ont eu peur, se sont dégaugés de ça et d'autres ont mis le nez dedans un peu plus sérieusement. Voilà, moi il me semble... Mais, y a quand même... on voit bien, qu'il y a quand même quelques effets, avec des jeunes qui ont un certain intérêt... C'est très subjectif, parce que j'en vois comme ça à des cours. Il y a quelques semaines, j'ai fait un truc, y avait deux jeunes... quand je dis jeunes... 30-35 ans (rire) bon, mais ils savaient des choses et c'était pas du copié-collé. Ils avaient un truc, une culture, qui tenait. Jamais j'ai envisagé ça il y a 15 ans » (Psychiatre, SMPR).*

*« C'est pour ça que je sais qu'à l'extérieur, c'est vraiment différent parce qu'en l'état actuel en tout cas, je pense qu'on est plus dans un travail qui est assez semblable à ce qui existe pour tout autre patient. Le contexte, avec le dispositif lui-même mais en termes de travail avec le patient, et comme on n'est pas dans quelque chose de structuré, enfin je veux dire au sens large, parce qu'à [CMP], on a des réunions sur notre temps d'intervention au CMP, dans lequel on peut évoquer nos patients. Mais ça n'est pas spécifique à la violence sexuelle. Avec le CRIAVS, on propose des temps d'échanges cliniques ouverts à tous les thérapeutes. On a beaucoup de mal à faire vivre ces temps-là » (Psychiatre, SMPR).*

*« Moi je regrette juste l'absence de formation et de mobilisation de mes collègues, du secteur de psychiatrie générale, comme si ce n'était pas leur boulot, de s'occuper des personnes qui passaient par la justice. Comme s'ils en étaient moins des patients que d'autres. Je le regrette et je trouve pas... [...] Parce qu'au niveau du CRIAVS, on fait vraiment de la relation, de la retepe. [...] On fait des conférences, on fait de la formation, on fait différents trucs et ça n'accroche pas. En tout cas à [ville], ça n'accroche pas. Du côté de l'ARTAAS, là, il y a les journées nationales [...]. Ben moi j'ai diffusé, prrrttt, y a pas de réaction hein dans l'ensemble des collègues, des psychologues. Pas de réaction. Pourtant, j'ai accompagné d'un petit mot la plaquette, en disant « vous allez être peut-être amenés à rencontrer des auteurs de violences sexuelles dans votre pratique », sans préciser du côté de psychologue traitant mais je veux dire, un auteur d'agression sexuelle, peut aussi être opéré d'une appendicite, avoir un petit cancer, c'est pas son... [Et vous pensez que c'est lié au public des délinquants sexuels ou ça vaut pour toute la clientèle pénale ?] Je pense que c'est d'une manière générale la clientèle pénale. Je pense que le problème, sur le fait qu'ils se mobilisent pas, c'est qu'ils en croisent un par an ou deux par an, alors que des problématiques psychotiques, ils en ont des caisses et que du coup, ils se mobilisent pas sur un épiphénomène de leur file active. Mais du coup, quand on discute avec eux, ils ont pas les connaissances du cadre juridique, donc, ben, il faut être au clair avec la loi, pour soigner les gens qui la transgressent ; ça me paraît le B-A-BA. Et puis, ils connaissent pas forcément très bien, les mécanismes d'emprise, de clivage et tout ça. Voilà, ça fait des collègues qui disent « Oh la la, qu'est-ce qu'ils sont chiants, ils viennent que pour l'attestation. Je l'ai laissé parler 3 minutes et puis je lui ai fait son attestation, parce que vraiment il me gave ». Bon ben voilà, c'est de l'anti-soin quoi, c'est de l'anti-soin. [...] Et ça, ça me met assez en colère. Je trouve que quand on*

<sup>626</sup> Circulaire N° DHOS/DGS/O2/6C/2006/168 du 13 avril 2006 relative à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles et à la création de centres de ressources interrégionaux ; Miele C., Lambrinidis C., Lacambre M., « Les CRIAVS : des structures de service public destinées aux professionnels confrontés à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles », *European Psychiatry*, 2014, vol. 29, n° 8, 625.

*est psy et qu'on n'a pas le goût de la relation à l'autre, ni la curiosité envers l'autre. ben, je comprends pas bien moi quoi » (Psychologue, SMPR).*

Au-delà du manque de formation, ces thérapeutes ne verraient toujours pas d'un bon œil l'incursion judiciaire dans leurs pratiques.

*« [Et cette crainte, là, l'appréhension de ces confrères, c'est la crainte d'être instrumentalisé ? Ça se pose en termes d'identité presque ?] Je pense. Ça se pose, ouais, en termes d'identité de soignant. [...] C'est ça, de pas être complice, de pas être instrumentalisé. C'est clairement nommé comme ça, oui, je pense. Oui, oui, je pense que les réactions de collègues c'est... hum. C'est dire c'est le domaine de la justice. On n'est pas là-dedans, on veut pas être complice de la justice et de ses actions quoi, le soin c'est pas simple » (Psychiatre, SMPR).*

*« Et puis aussi, ce n'est pas habituel de se trouver aussi à articuler, dans le cadre d'une psychothérapie avec des tiers comme ça. Ça peut être mal vécu « Ah bon, une coordination ? Pourquoi ? Qu'est-ce que ça vient faire là ? Pourquoi ça serait un médecin qui coordonnerait ? ». Y a tout un ensemble de choses qui rentrent en ligne de compte » (Psychologue, SMPR).*

Ils contestent la capacité et les compétences des magistrats pour « prescrire » des soins, leur durée, voire leurs modalités, tout autant que l'efficacité de ce type de suivis. Ils craignent que le cadre pénal interfère dans leurs prises en charge et 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. Dans un contexte socio-politique de pathologisation du passage à l'acte, de focalisation des peurs sociales et des responsables institutionnels sur la dangerosité et la prévention des risques de récidive, les soignants redoutent un véritable détournement des soins. L'action thérapeutique apparaît comme un prétexte légitimant un surcroît de surveillance et de répression. La possibilité d'un traitement psychiatrique atténuerait la rigueur pénale, déculpabiliserait la société, dédouanerait les magistrats au moment de prononcer la peine. Ils craignent de se transformer en auxiliaires de justice chargés non plus d'alléger les souffrances de leurs patients, mais de prévenir la récidive dans une dynamique de contrôle<sup>627</sup>.

*« Je prends mon téléphone, j'appelle. J'essaie d'explicitier, de décrire, parce que des fois, y a des praticiens qui connaissent pas, notamment des libéraux... toujours bien ne connaissent suivi judiciaire, d'une injonction. J'explique et des fois, ça permet de lever des problèmes, des fois pas, quand clairement, les confrères disent « Ah non, non, non, moi je refuse de travailler avec la justice ». C'est souvent la phrase qui revient « je refuse de travailler AVEC la justice ». Je leur explique que si je suis là, c'est pour que justement, ils ne travaillent pas avec la justice. Si c'est quelqu'un sous main de justice, c'est juste pas possible » (Psychiatre, médecin coordonnateur).*

*« Un psychiatre en libéral. Ah ben oui mais y en a qui veulent pas. Ils disent que c'est une mesure de justice. [Vous êtes fréquemment confrontée à ces refus ?] Ah oui ! Combien de fois... j'en ai appelé 15. Déjà, je pourrais mettre ça « Monsieur n'a toujours pas de médecin, mais c'est pas faute de » » (CPIP).*

*« J'avais un suivi, il avait choisi un psychiatre et la psychiatre en question, voulait pas du tout collaborer avec la justice, donc ça n'a pas pu se faire et il a dû changer de... alors que ça se passait bien autrement les entretiens, tout ça. Il avait un bon échange et comme elle voulait pas collaborer, eh ben il a dû changer. [Dans quel sens elle voulait pas collaborer ?] Elle voulait pas délivrer d'attestation et elle voulait pas se mettre en lien avec le médecin coordonnateur. Donc ça s'est pas fait » (CPIP).*

*« C'est du contrôle social. C'est du contrôle social et à mon avis, c'est une coquille vide parce qu'on contrôle quoi dans le fond ? Le corps social va être content parce que ça existe, mais dans la réalité, l'efficacité de ça ? C'est peanuts hein. Vous ne croyez pas ? (rire) » (Psychiatre, libéral, expert).*

---

<sup>627</sup> Gautron V., « Les mesures de sûreté et la question de la dangerosité : la place des soins pénalement ordonnés », *op. cit.*

Pour se protéger de ces incursions judiciaires, certains praticiens éviteraient d'inscrire dans leurs dossiers des informations confidentielles ou des appréciations sur leurs patients, de crainte que leurs dossiers ne soient un jour saisis.

*« Je ne prends pas de notes, donc on ne pourra pas exiger d'avoir mes notes. [Ah oui, vous êtes vigilante aussi par rapport à ça ?] J'ai pas de notes. [Ça vous est déjà arrivé qu'un juge demande votre dossier ?] Non, c'est arrivé à une de mes collègues et donc voilà, j'ai décidé que je n'avais pas de notes. Donc il faudra me demander de témoigner et puis ben, comme il y a un code de déontologie aussi pour les psychos ben, je ferai appel au premier amendement, comme dans les séries américaines » [Vous, le fait qu'ils soient contraints par la justice à venir se soigner, en soi, ce n'est pas un problème ? C'est pas ce qui va empêcher la mise en œuvre par la suite...] Ça peut. [La contrainte en elle-même peut être un obstacle ?] Oui bien sûr, en soins, bien sûr. [Dans quelle mesure ?] Ah ben ça, c'est très singulier. Mais effectivement, le fait de vous contraindre à manger un hamburger avec des frites, alors que vous aimez beaucoup ça, ça va tout à fait en changer le goût. [Ça va forcer des résistances ?] Bien sûr. [Est-ce que dans votre pratique générale, le fait qu'il y ait une contrainte, ça induit un mode d'approche, une façon de travailler qui est différente qu'avec des patients lambda ?] Obligatoirement. Je veux dire, faut pas se leurrer. Enfin, se dire que ce n'est pas le cas, c'est se voiler la face quoi pour moi. Évidemment. [Alors, qu'est-ce que ça va induire justement ?] J'en sais rien, ça dépend après du transfert qui s'installera avec le patient. Ça dépend de la façon va en jouer aussi, ou pas. De toute façon, y a toujours cette personne... enfin, cette personne... cet élément tiers qui est là. Donc il faut faire ce travail avec ça. Par exemple, ne serait-ce que par la matérialité de l'attestation qu'on va nous demander » (Psychologue, CMP).*

Dans certaines hypothèses, cette méfiance vis-à-vis de l'institution judiciaire semble résulter d'expériences malheureuses, de contacts avec des magistrats et/ou des CPIP mal vécus, révélateurs de ce qui leur semble être un dialogue impossible. Lorsque nous avons demandé au psychologue cité à l'instant s'il avait déjà contacté un magistrat ou un CPIP, celui-ci nous a ainsi répondu :

*« Non. Je l'ai fait une seule fois, mais pas du tout dans un cas comme ça. C'étaient des gens qui avaient leur enfant placé, etc., et je ne le referai jamais. [...] Je pense que c'est un tel langage de sourds qu'on ne parle pas du tout, du tout le même langage. D'ailleurs, c'est vrai que le langage juridique est très particulier, donc je pense qu'on ne parle pas le même langage et je ne le referai plus jamais » (Psychologue, CMP).*

Plusieurs des praticiens interrogés pointent encore l'effet d'une stigmatisation, d'un étiquetage, voire d'une crainte des publics sous main de justice, particulièrement des délinquants sexuels, qui ne seraient pas perçus, au-delà de leur absence habituelle de demande, comme des patients « comme les autres ». Certains thérapeutes identifieraient encore l'ensemble des délinquants sexuels à des « pervers » non susceptibles d'un traitement. À l'instar des magistrats et des agents de probation, des soignants évoquent la tentation pour leurs confrères d'instrumentaliser le manque de moyens, de personnel ou encore l'éthique, utilisés comme un « paravent »<sup>628</sup> pour justifier leurs refus d'accompagner ces publics, les délinquants sexuels mais aussi les plus précarisés (SDF, toxicomanes, etc.). Si ces attitudes ne semblent pas généralisées, quelques-uns indiquent d'ailleurs que les refus ou les entraves aux soins ne proviennent pas toujours des CMP les plus débordés. « En fait, ces psychiatres rejettent cette nouvelle « clientèle ». Ils ne veulent pas traiter les agresseurs sexuels. Il est évident que les gestes de ces personnes soulèvent l'indignation et la colère. Plusieurs médecins peuvent être hostiles à l'idée de traiter ou même d'avoir quelque contact que ce soit avec ces gens. De plus, c'est un champ peu connu, qui n'est pas abordé dans la formation médicale et sur lequel il y a peu d'écrits et peu de références. C'est donc un domaine peu attirant et où les patients à traiter le sont encore moins. Enfin, les psychiatres ne veulent sans doute pas de cette nouvelle charge où on leur demande encore une fois de prendre soin de ceux dont personne ne veut. [...] Il est sans doute plus facile et plus efficace de bloquer les mesures proposées sur la base de problèmes tels que la levée du secret médical ou le consentement que sur une réflexion globale quant au rôle de la médecine et des psychiatres. En fait, l'éthique est utilisée comme obstacle et comme frein à une mesure qu'on repousse »<sup>629</sup>.

<sup>628</sup> Hudon M.-C., « Éthique et peine de suivi médico-social », *Ban Public*, 2005.

<sup>629</sup> *Ibid.*

« La lettre de motivation c'est une... c'est une stigmatisation terrible. D'autant plus que le CRIAVS leur fournit tous les documents, pour encadrer ça. Non, là je pense qu'on peut pas dire que c'est débordé et puis pour certains secteurs, c'est pas nécessairement les plus débordés qui auront un comportement comme ça » (Psychiatre, SMPR).

« Bon, y a certains patients, il faut reconnaître aussi que malgré tout, on en a eu une discussion avec quelques collègues, on sait très bien qu'ils vont avoir la porte fermée, soit par rapport à leur personnalité, soit par rapport à l'horrible des actes » (Psychologue, SMPR).

« [Est-ce que des praticiens refusent de suivre des délinquants sexuels... ?] Oui. [Et c'est fréquent ?] Non. heureusement d'ailleurs. Ce n'est pas fréquent, mais ça arrive. [...] Certains disent « je veux pas travailler avec des sujets délinquants sexuels » (Psychiatre, médecin coordonnateur).

« Pour des gens [thérapeute] y a des faits... c'est compliqué et que voilà, il ne faut pas orienter, il faut que les gens aillent vers ce genre de... voilà. Oui, y a des praticiens qui ont du mal avec la nature de ces faits-là quoi » (CPIP).

« Effectivement, je pense que c'est un public qui n'est pas facile, avec les représentations qu'il suscite, à la fois sur le registre des violences sexuelles mais pas seulement. Je dirais tout simplement les sortants de prison, ou les personnes parce que parfois, elles sont maladroites dans leurs expressions ou parfois elles sont assez laconiques dans leurs dires, où du coup, elles se trouvent directement réfutées, ou envoyées ailleurs, avec d'autres adresses. Ça aussi, ça peut être un souci. [...] Je voulais aussi rajouter qu'il y a des collègues qui pensent aussi qu'il y a une méconnaissance des dispositifs, aussi du public, tout ça en lien avec des réticences sur les représentations. Je pense qu'on a beaucoup affaire à ça et c'est ce qui explique que des collègues qui veulent pas forcément s'aventurer. [...] Et puis d'autres, qui vont situer les choses d'emblée : AVS = pervers. Qui dit pervers, en psychanalyse, dit absence de demande, pas de travail en gros. Si d'emblée, on prend l'auteur de violences sexuelles, qui est directement en lien avec une notion judiciaire, si d'emblée, on le met dans le registre pervers, on peut pas travailler. Et l'acte, bien sûr, il est pervers ou à connotation perverse, etc., mais y a des personnes qui ont commis des faits de cette nature-là qui ne sont pas dans un registre de fonctionnement psychique pervers » (Psychologue, SMPR).

Cependant, à leur décharge, les praticiens des SMPR et les médecins coordonnateurs expliquent que tous leurs confrères, les femmes plus particulièrement selon un coordonnateur, ne seraient pas en mesure, n'auraient pas la capacité psychique d'accompagner les auteurs de violences sexuelles, d'accueillir leur parole sur leur passage à l'acte, leurs victimes, leurs fantasmes, de faire face à des mécanismes d'emprise. Les psychiatres et psychologues les plus aguerris dans l'accompagnement de ce public le pensent d'autant plus qu'ils ne sont eux-mêmes pas toujours épargnés par ces difficultés.

« Celui qui arrive en disant « je viens vous voir parce que je suis condamné, parce que j'ai violé toutes les petites filles de ma cage d'escaliers », c'est pas gratuit d'entendre ça, ça peut être dans la limite du supportable, surtout quand c'est dit de manière un peu étalée. Il faut quand même qu'il y ait des gens en face, qui soient un peu euh... équipés, formés, pour pouvoir accueillir cette non-demande agressive » (Psychologue, SMPR).

« Et puis après, aussi des collègues, qui ne souhaitent pas entendre... ben les saloperies qu'on entend... Et qui sont pas en capacité de... Oui, aussi, même s'il faut pas dichotomiser comme ça, mais bon, il y a aussi tout un autre public qui vient ici pour d'autres difficultés. Aussi des victimes, etc., donc, voilà, y a des collègues, on va dire, qui ont, d'emblée, l'écoute parasitée par rapport en fait, à la personne qu'ils rencontrent » (Psychologue, SMPR).

« Et puis ben, on n'est pas tous... on a tous nos propres limites. On ne peut pas tous travailler avec les mêmes questions. Moi je n'irais pas travailler avec... euh... dans d'autres services. Je sais que ça fait partie de mes limites, et je comprends bien que mes collègues, ça fasse partie de leurs propres limites aussi. [...] Tout le monde peut pas travailler la question de la violence sexuelle. On a tous nos limites et il faut aussi les accepter. [Des limites qui tiendraient à quoi ? À aborder la question de la sexualité ?] Oui, je pense même que la question de la sexualité, de la violence, des passages à l'acte, voilà. Et puis c'est pas que même aborder les faits, c'est aussi dans la relation. On est face à des patients qui sont violents. On ressent les mécanismes d'emprise. Il faut être à l'aise aussi avec ça, et c'est pas forcément facile. Après c'est euh... je sais pas comment expliquer, des limites... on n'est pas tous interchangeable parce qu'on est psy, et on n'est pas tous capables de travailler dans tous les services. [Oui, certains auront du mal à travailler avec

*des enfants malades ou des...]* C'est ça oui. Moi tu m'enverras jamais en oncologie pédiatrique, c'est même pas la peine ! (rire) » (Psychologue SMPR).

« [Est-ce qu'à votre avis, il y a des représentations aussi peut-être autour de la clientèle pénale. C'est des délinquants, ils ont fait de la prison, une espèce de crainte, qui pourrait exister dans ces services ?] Crainte de la violence et difficulté à supporter les éléments pervers notamment. C'est-à-dire que moi j'ai des collègues, notamment des collègues femmes euh... notamment chez les violeurs, elles ont dit qu'elles pourraient pas. Elles pourraient pas, donc à ce moment-là, on essaie de trouver quelqu'un d'autre. La violence aussi. Là par contre je dois... je ne sais pas si c'est un effet de loupe mais les derniers cas moi que j'ai reçus, moi-même en tant que médecin coordonnateur, j'étais pas très à l'aise, voire même un peu inquiet hein. Des gens qui dégageaient une violence, une sthénicité, une toute puissance, des trucs... Donc c'est vrai que quand vous envoyez ce type de... d'individu en suivi auprès de nos collègues, on leur dit « attention, c'est pas simple ». Là, j'en ai vu deux dernièrement, des gens que je considère comme éminemment dangereux, des vrais psychopathes. Ceux-là, j'hésite pas à dire « attends, tu le vois mais faut pas le voir seul, faut pas le voir en fin de journée. Faut le voir là où il y a du monde ». Donc c'est pas simple. Autant y en a... mais là... des gens dangereux » [...] Pour être très clair avec vous, la population des PH psychiatres se féminise énormément, donc c'est pas très simple. [Les aspects genre jouent aussi dans la... vraiment de façon conséquente ?] Ah ben oui. Moi j'ai récupéré, même en injonction de soin, en tant que médecin coordonnateur... j'ai des collègues femmes, qui ont refusé de gérer certains dossiers, que j'ai récupérés. Non rarement hein. j'en ai au moins 3 ou 4 là qui, c'est des collègues femmes qui ont dit « non, non moi je le prends pas ». Effectivement, je comprends qu'elle a pas voulu... [Parce que des rapports particuliers peuvent s'établir, du fait que c'est une femme ?] Ah oui, oui. Oui, y a des justiciables, ils sont encore avec... voilà, une femme, on n'en tient pas compte. Et c'est très violent. Donc ils vont reproduire, dans le lien thérapeutique... » (Psychiatre, médecin coordonnateur).

Leurs appréhensions seraient d'autant plus fortes que ceux qui s'engagent le font inévitablement pour de longues sinon de très longues périodes, alors même que la thérapie peut être très avancée après de nombreuses années passées en détention. « La question que se posent alors les différents professionnels est simple : comment travailler aussi longtemps avec une personne sans vider la mesure de son contenu thérapeutique ? »<sup>630</sup>. En outre, face à la pénurie de volontaires, le risque pour ceux qui acceptent de tels suivis est de se trouver rapidement submergés par ce genre de demandes, leurs confrères renvoyant alors systématiquement les condamnés vers eux.

« Et puis après, il faut préparer l'injonction de soin. Parce que, entre guillemets, il faut le vendre le truc aussi. Le collègue, « tu l'as vu pendant combien de temps ? Pendant 8 ans ? Il l'avait déjà vu pendant 3 ans à la maison d'arrêt. Tu rigoles, il a déjà plus de 10 ans de suivi ». « Et l'injonction de soin, de combien ? » « Ben de 8 ans » « Pourquoi tu me l'indiques ? » « Moi, c'est un peu épuisé de mon côté, ça a plus trop de sens » « Tu rigoles, si de ton côté c'est épuisé, je vais pas le faire moi ». Parce qu'on se connaît, parce qu'on sait comment on soigne nos patients, etc., alors y a des arrangements mais... » (Psychologue, SMPR).

« Ça fait peur aux CMP ça aussi, les longues injonctions de soins. [...] Parce qu'on vient nommer une durée, qui au fond parle pas tant que ça et qui a une tendance plutôt à faire peur au thérapeute et puis aux personnes concernées » (Psychologue, SMPR).

« Moi j'ai remarqué aussi que dans certains CMP, y a une personne qui va accepter de voir les délinquants sexuels, et tout le monde va se décharger sur elle et du coup, elle va se retrouver à voir tout le monde, et la personne, au bout d'un moment, elle va en avoir ras le bol, donc elle va arrêter. C'est arrivé à une collègue psycho, qui a accepté d'en voir et au bout d'un moment, « c'est untel qui le voit ». C'est devenu un caractère systématique et à chaque fois qu'il y en avait un « attendez, c'est cette dame » et du coup, qui se retrouve dans la file active, alors qu'elle a accepté d'en voir, mais comme d'autres » (Psychologue, SMPR).

« Moi je suis quelqu'un qui donne les rendez-vous très régulièrement, donc une fois toutes les semaines, une fois tous les 15 jours et je souhaitais beaucoup, qu'au niveau du CMP, il n'y ait pas de différence qui soit faite entre les injonctions de soins et l'obligation de soins ou la demande d'autres patients. [...] Au CMP, j'accueillais des patients obligation, injonction de soin sans... [...] Je ne souhaitais pas, j'avais

<sup>630</sup> Alvarez J., Gourmelon N., *op. cit.*, 116.

*beaucoup insisté là-dessus, on avait travaillé ça avec mes collègues, que les injonctions, obligations de soins, parce qu'elles étaient des injonctions, obligations de soins soient mises de côté, parce que les autres auraient été plus prioritaires que ces gens-là. Soit-disant « ces gens-là », ne seraient pas des gens soignables, ou alors, ça ne serait pas des gens motivés. Moi je dis qu'on n'en savait rien, pas plus que les autres et que tout le monde est sur la même liste. [...] Donc à un moment donné, je me suis retrouvée à être la préposée aux injonctions, obligations de soins dans le CMP parce que comme j'avais dit ça et que j'étais effectivement, toute prête à recevoir toutes les demandes de façon égale, et en plus, le médecin-chef, sachant que je ne disais pas non, me passait beaucoup d'injonctions et d'obligations de soins et j'acceptais à chaque fois. Jusqu'au moment où le médecin référent du CMP a changé et là, c'était une personne qui souhaitait absolument que tout passe par elle » (Psychologue, CMP).*

Enfin, ces professionnels de santé ne sont pas plus épargnés que les CPIP, les magistrats et les experts par l'angoisse d'une récidive, tant pour les potentielles victimes, la société, que pour eux-mêmes. Ils sont conscients qu'ils seront immédiatement présumés coupables, d'autant qu'ils affrontent des accusations similaires lorsqu'un psychotique non hospitalisé ou en fugue passe à l'acte, avec pour effet un durcissement des conditions d'hospitalisation d'office, *a fortiori* lorsqu'il s'agit de détenus qui, paradoxalement, en viennent à préférer la prison. Le risque de disqualification publique, médiatique et politique, voire parfois hiérarchique, pèse donc comme une épée de Damoclès dans le quotidien des soignants. Chaque fait divers, les réactions populaires et institutionnelles qui en découlent, tempèreraient l'engagement des quelques praticiens investis, même si l'un des professionnels interrogés ne juge pas la situation plus alarmante que par le passé. Si la disproportion entre les intentions législatives et les moyens accordés aux différents acteurs pour y répondre ne cesse de croître, l'obsession des risques professionnels constitue aussi, étant donné son omniprésence au fil du processus pénal et de l'exécution des peines, un véritable obstacle à une mise en œuvre raisonnée et raisonnable du dispositif de l'injonction de soin. Elle révèle par ricochet l'importance d'un véritable support hiérarchique et institutionnel, d'une prise collective de risque et d'une protection des agents qui se situent en première ligne. Ineffectif ou présumé comme tel, cet appui se décomposerait dans la sidération collective provoquée par les risques de mise en cause, qui est manifeste à tous les échelons de la pyramide institutionnelle.

*« Y a le médecin coordonnateur qui désigne généralement le médecin. Y a très peu de spécialistes qui osent prendre en charge ce type de public, parce que si par hasard il récidive, on lui tombe dessus à bras raccourcis, parce qu'il faudra un coupable. Je pense qu'on est extrêmement limité aussi dans ces prises en charge. [...] Y a effectivement des gens qui sont touchés par la mise en cause, quand il y a une récidive. La mise en cause. On va devoir chercher qui était responsable. Le responsable, le premier, c'est la personne qui a commis. Et puis après, on va chercher qui était responsable, qui aurait dû, non pas qui aurait pu, mais qui aurait dû empêcher » (CPIP).*

*« [Pourquoi certains ne veulent pas suivre d'obligations de soins en injonctions de soins ?] C'est d'être mis en cause probablement un jour ou l'autre, si la personne récidive. Moi je pense que c'est ça. Outre le fait que certains considèrent qu'un suivi par la contrainte, ne peut jamais rien donner. Y a aussi certaines écoles qui sont là-dessus. Mais moi je pense qu'il y a aussi cet effet-là, y a l'effet parapluie » (CPIP).*

*« J'ai pas le sentiment que ça joue plus maintenant qu'avant. C'est des choses qu'on entend assez régulièrement. Quand on rencontre les collègues, ça revient quand même en arrière-plan cette idée de « j'ai un peu peur » et qu'est-ce qui peut se passer. C'est pas fondé directement sur le risque pour soi, mais simplement sur l'idée de « est-ce que je peux dire non et m'arrêter dans un soin ? » par exemple. Parce que si je le fais et qu'il se passe quelque chose... J'ai pas le sentiment que c'est un argument qui est mis plus en avant aujourd'hui mais qui fait partie de tout cet argumentaire un peu mêlé là, qui vient cautionner le fait que c'est plus possible et que dans ce grand sac, voilà, on peut pas » (Psychiatre, SMPR).*

*« La sécurité des citoyens. Il faut quand même voir que là, dans l'unité dans laquelle je travaille, y a eu une discussion en décembre sur l'accueil des patients qui viennent du SMPR. [...] On est passé à deux doigts, je pense que la prochaine fois, je ne pourrai pas... on est quelques-uns à pas vouloir mais je crois qu'on pourra pas éviter ça : et si on mettait en place, un protocole d'accueil des patients SMPR avec chambre de soins intensifs obligatoire au départ ? Un patient qui vient du SMPR : chambre de soins intensifs. [...] Chambre de soins intensifs, c'est une chambre qui est, non seulement isolée mais fermée, et qui a un matelas en mousse. [...] Tous ceux qui viennent du SMPR et qui passent à [l'hôpital psychiatrique],*

*enfin dans notre service, ils disent que c'est bien pire. Ils préfèrent effectivement retourner... [...] Qu'est-ce qui se passe, quand un détenu arrive ? Il est amené par des tortues Ninja. C'est comme ça que je les appelle les infirmières. Il est amené par des tortues Ninja jusqu'à la porte et puis après ben, débrouillez-vous. On est quand même avec une unité avec quatorze autres patients, qui sont des patients vulnérables, avec un détenu qui arrive, qui fait flamber la fantasmagorie des infirmiers, qui sont principalement des infirmières. Elles sont trois, plus deux agents de service et qui se disent « d'accord, il est arrivé avec quatre tortues Ninja et une fois qu'il a passé la porte, c'est à nous de faire avec ». Et on fait quoi ? Il a fait quoi ? Il a fait quoi ? Là, on imagine tout. Éventuellement, on file le dossier. Alors, est-ce qu'il vaut mieux savoir ou pas savoir ? Moi je dis de toute façon que dans les deux cas c'est pareil, parce que si on sait, et que c'est un truc bien grave, c'est la catastrophe, il faut l'enfermer, il faut pas qu'il sorte. Donc il est en chambre d'isolement. Et puis si on sait pas, vu la façon dont on va le regarder quand on va se méfier, c'est pareil, parce qu'on est à deux doigts qu'il se passe quelque chose. S'il est revenu en hospitalisation, c'est parce qu'il va pas bien mais en plus, on va le regarder d'un œil méfiant, parce qu'on se demande ce qu'il a fait. Donc il va aller encore moins bien, rapidement. Donc ce n'est pas facile hein. [...] Évidemment, je grossis le trait, mais en même temps, ce n'est pas caricatural quand même » (Psychologue, CMP, hôpital psychiatrique).*

Sous l'effet de motivations plus juridiques que sanitaires, certaines structures publiques confient alors aux seuls psychiatres le suivi des condamnés soumis à une injonction de soin, quand bien même leur personnalité et/ou problématiques justifieraient plutôt un suivi psychologique, parce que leur statut et leur niveau de qualification fonctionneraient comme une garantie sécurisante face aux risques professionnels. Les psychologues perçoivent cette exclusivité comme une injuste dépréciation de leurs compétences et de leurs expériences professionnelles. Ils soulèvent également les effets contre-productifs pour certains condamnés, dont les défenses se trouveraient renforcées face à cette assimilation entre passage à l'acte et maladie mentale.

*« [Un CMP local] doit imposer forcément la rencontre avec un psychiatre, parce que c'est une contrainte de soins donc, éventuellement, je sais pas ce qui est sous-tendu derrière, la dangerosité ou je ne sais pas et donc du coup... [Il faut que ce soit un médecin] Il faut que ce soit... voilà. [...] Et du coup « il faut que je voie un psychiatre ? Mais je suis pas fou ! Je voyais un psychologue avant... » (Psychologue, SMPR).*

*« L'injonction, on l'envoie plus facilement chez le psychiatre. [Et ce qui vous semble... ?] Aberrant. Aberrant, tout simplement. Aberrant oui. [Pour quelles raisons vous considérez qu'il n'y a pas lieu, nécessairement, de...] C'est pas qu'il y a pas lieu, c'est que, comme c'est pratiquement exclusivement vers les psychiatres, je... je me dis, d'abord que c'est médicalisé, la démarche, première chose. Ensuite, c'est induire, chez les personnes que l'on envoie là-bas euh... là encore de la pathologie parce que la réaction c'est « je suis pas fou. J'ai rien à faire là ». Alors que la démarche du psychologue est tout autre quand même. Et ça, ce sont des distinctions qui ne sont pas faites par les juges. [Il y a des effets peut-être de réputation. C'est peut-être pas le mot adéquat mais ce sont des médecins donc... ils ont fait des études de médecine] Voilà, c'est ça. [Ils sont jugés, non pas plus compétents mais...] Si, si ! [...] Bien sûr, il y a une aura des psychiatres auprès des gens de justice. Oui, absolument » (Psychologue, expert).*

*« Un jour, je me suis rendue compte que je n'avais plus jamais de demande d'injonction ou d'obligation de soins. Là, j'ai découvert qu'il avait été décidé, pourtant je participe théoriquement à toutes les réunions de fonctionnement, qu'il avait été décidé, vraisemblablement en réunion médicale, que toutes les injonctions et obligations de soins, étaient regroupées par le médecin référent et que c'était le médecin qui dispatchait ça entre les médecins. [À la fin, le fait de dire « ça doit être des médecins », comment est-ce qu'ils le justifiaient ?] Je ne sais pas. Pour moi, c'est un dysfonctionnement qu'il n'y ait pas de réunion pluridisciplinaire qui est mise en place. C'est d'autant plus un dysfonctionnement que c'est une question qui vraiment, a été l'occasion de rencontres multiples multidisciplinaires, autour de cette difficulté dans laquelle on se trouve, parce que on n'a pas beaucoup de moyens. Ces gens sont obligés. On a même discuté, est-ce que les infirmiers peuvent faire des attestations de suivi pour les injonctions, obligations, etc. ? Donc ce sont des questions qui ont été abordées maintes fois. Je dois dire, il me semble que c'est depuis la dernière chefferie, il y a trois ans. Petit à petit, les choses ont été mises en place comme ça, alors que depuis 16 ans, ce n'était pas comme ça que ça marchait » (Psychologue, CMP).*

## **B- L'institutionnalisation de consultations spécialisées : entre nécessité pratique et risque d'une filière ségrégative**

Face à ces difficultés de prise en charge, la création de consultations spécialisées en milieu ouvert, assurées par les thérapeutes exerçant habituellement en détention, fait débat parmi les professionnels de santé. Les acteurs judiciaires, principalement les CPIP, y voient de nombreux avantages. Certains vont même jusqu'à imaginer un service sanitaire rattaché à l'institution judiciaire ou pénitentiaire, spécialisé dans la prise en charge des personnes sous main de justice, mais aussi plus prompt à collaborer, à échanger des informations. Toutefois, les points de vue sont loin d'être unanimes, les JAP insistant plutôt sur la nécessité de maintenir le principe de la liberté de choix du thérapeute. Ces consultations spécialisées ne devraient au mieux constituer qu'une offre de soin supplémentaire, facultative, et non une filière ségrégative absorbant l'ensemble des mesures pénales.

*« Après, ça supposerait que les équipes soignantes soient formées à ce qu'est l'obligation de soins et que dans les CMP notamment, il y ait des équipes dédiées, ce qui a pu être fait dans certains endroits mais pour les obligations de soins, parce que je reste convaincue qu'une obligation de soins, ne se travaille pas côté soignant, de la même manière qu'un névrosé basique qui va avoir besoin d'aide quoi. Il faut les approcher différemment et les amener à adhérer progressivement. Je pense qu'il y a des psys qui sont tout à fait prêts à ça, travailler avec ce public particulier et puis y en a d'autres non. Et ils restent très figés sur leurs positions, faute de demande de l'intéressé. Voilà ce que j'en pense » (CPIP).*

*« Moi ce que je déplore, c'est qu'on n'ait pas – y compris pour les injonctions de soins – on n'ait pas finalement, associé au SPIP, un service qui soit un service psychologie-psychiatrie justice. C'est-à-dire, des psychologues et des psychiatres, qui soient psychologues et psychiatres de formation, qui s'ils aient envie de se spécialiser dans la psychopathologie... voilà, si ils veulent mais par contre, qu'ils soient euh... qu'on ait une espèce de service spécialisé qui soit pas dans l'opposition et qu'on puisse échanger, pas forcément sur le fond des choses mais des entretiens » (CPIP).*

*« [Que les thérapeutes en détention, continuent à suivre, en tout cas pour le public détenu hein, les personnes à la sortie. Ça vous semble être quelque chose qui devrait être plus construit ?] Alors, pas systématisé. J'ai l'impression à la maison d'arrêt... je vois un certain nombre de cas où voilà, ça se fait et je trouve que ça rentre un petit peu dans la liberté de chacun, de choisir son soignant. Si ça se passe bien en détention, le condamné assez facilement, il peut y avoir ce suivi en sortie de détention mais je crois pas que ce soit pertinent de le systématiser parce que « vous monsieur, vous êtes sortant de détention. Vous allez forcément voir celui que vous avez vu deux fois en détention », alors même qu'il n'y a pas eu d'accroche ou quoi, je trouve que c'est un peu enfermant » (JAP).*

*« Je pense que cette orientation, elle peut pas être institutionnelle. Elle est nécessairement liée au lien avec le thérapeute et moi, le problème que je vois finalement peut-être plus, c'est le problème inverse. C'est-à-dire justement, parce qu'il y a l'aspect institutionnel du secteur de psychiatrie et de la compétence territoriale, du secteur de psychiatrie, on a des gens qui ont un suivi en détention avec un soignant, qu'ils vont reprendre un rendez-vous de jonction, si je puis dire vers l'extérieur et puis « non, vous dépendez pas du secteur où je suis, donc on va vous adresser... ». Moi c'est plutôt ce problème-là que je note, plutôt que l'inverse, c'est-à-dire trop de suivi, c'est plutôt une rupture avec ce qui a pu se faire en détention, qui est pas nécessairement voulue, ni par le patient, ni par le médecin. Et à l'inverse parfois, c'est nécessaire qu'il y ait une rupture, qu'il y ait un changement. Et d'ailleurs, c'est préparé par le soignant, etc. Mais je trouve que ça doit pas être institutionnalisé, en ce sens que ça dépend vraiment de la relation soignant/patient et de la décision qu'ils vont prendre à deux finalement de l'intérêt du soin » (JAP).*

À l'identique, le risque de constitution d'une filière spécifique a longtemps fait figure de repoussoir pour les soignants investis dans la prise en charge des condamnés, car ce procédé ne ferait qu'accentuer les effets de stigmatisation, acter le désinvestissement des services de droit commun et surcharger les praticiens des SMPR. Déjà, en 2001, le rapport du jury de la conférence de consensus indiquait que « Les patients concernés doivent pouvoir être accueillis comme les autres par l'ensemble des secteurs de psychiatrie. [...] La pertinence de structures spécifiques accueillant exclusivement les auteurs d'agressions sexuelles n'est pas établie. Elle risquerait de renforcer la stigmatisation dont ils font déjà l'objet et favoriserait le désengagement des secteurs ».

« Moi je suis contre. Arrêtez de spécialiser les choses, de classifier, d'étiqueter » (Psychologue, CMP).

« Alors, moi je ne suis pas très pour les centres de soins spécialisés, parce que je trouve que c'est stigmatisant, mais en tout cas de pouvoir... qu'il y ait des moyens... Voilà, qu'il y ait un accueil correct » (Psychologue, SMPR).

« Faudrait pas trop surcharger les SMPR. Ils ont déjà énormément de travail à faire en interne, sans leur demander en plus de traiter l'ambulatoire. On peut les relayer. Normalement on est là pour les relayer dans les CMP. On est assimilé fonctionnaire, on a des missions de service public, on doit les assumer jusqu'au bout. C'est incompréhensible qu'on puisse refuser certaines missions qui nous sont données par la société. Ou alors, dans ce cas-là, on va le faire en ville, mais on arrête de travailler dans l'hôpital public » (Psychiatre, expert).

Sur l'ensemble du territoire, des soignants exerçant en milieu ouvert comme en détention ont dès lors mal perçu l'ajout de nouvelles missions aux CRIAVS en 2009, leur donnant la possibilité d'accueillir et de prendre en charge des patients, craignant dès lors que ces centres de ressources se transforment en centre de soins. « En venant combler personnellement sur un plan pratique, les lacunes qu'ils étaient censés pallier à partir de leur travail d'information et de collaboration, ces dispositifs prennent le risque de perdre les fondements même de leur existence. En somme, cette évolution, si elle s'avère mise en pratique tendrait à entériner les lacunes persistantes de la psychiatrie auprès de ce type de public (sur le plan démographique – manque de psychiatres - mais aussi économique) et, par ricochet le caractère intrinsèquement spécifique de ces prises en charge, justifiant par là même le renvoi de ces patients vers des psychiatres identifiés comme étant « spécialistes auteurs d'agressions sexuelles », ce qu'ont toujours récusé précisément ces psychiatres. Par ailleurs, la distanciation (à l'égard de la pratique) nécessaire au travail d'information, de mise en lien, requise par les centres ressources, pourrait s'en trouver fortement mise à mal »<sup>631</sup>. Toutefois, confrontés au « principe de réalité », la plupart des soignants du SMPR que nous avons interrogés jugent leur implication en milieu ouvert d'autant plus inévitable qu'une filière ségrégative s'est constituée de fait.

« Alors là, j'ai évolué beaucoup. L'option qu'on avait nous au départ... parce qu'on n'avait pas le choix et j'étais le premier à défendre le fait que cette culture-là soit transmise à l'ensemble de la communauté psychiatrique et que la prise en charge, soit de secteur. Je pense que c'est une bêtise. Ça c'est une bêtise, et j'ai évolué [...]. J'étais différent de certains de mes collègues, parce que je pense que ça, c'est pas possible. Je pense qu'il faut créer, mais au moins dans les secteurs ou inter-secteurs, des unités, des groupes, des projets un peu aguerris, qui font pas que ça mais qui font beaucoup beaucoup. [...] Type consultation spécialisée, voilà, et pas de secteur. [...] En tous les cas, je pense moi, que dans les secteurs comme [ville], là je pense que la consultation spécialisée s'impose. C'est un choix radical hein. J'ai pas pensé comme ça au départ. Je voulais pas entendre parler de... [Quand vous dites que vous vouliez pas en entendre parler, c'était pour que finalement, ils soient réintégrés dans le droit commun ?] Oui, voilà, voilà. Pour que tout le monde se partage tout le monde, pour qu'on soit pas dans une position euh... haute, etc., qu'on sorte de la question de la prison aussi, parce que nécessairement quand même, pour une part, notamment des CRIAVS, ils émanaient de la prison, pour une part hein. [...] Donc l'idée c'était effectivement, que ça soit... mais c'était un leurre, une utopie, un truc... voilà. Pour des sortants de prison, y en n'a pas tant que ça, y en n'a pas tant que ça, alors, qu'est-ce que vous voulez mobiliser ? Y en a, mais pas tant que ça quand même. On mobilise un secteur qui est déjà débordé, pour voir cinq pelés et un tondu par an ? Alors qu'ils ont une file active de 1 500, et on va les former ? » (Psychiatre, SMPR).

« En fait, ça c'est un débat. Moi je pense que... j'étais longtemps partagé, par rapport en fait, à ce qui peut être nommé comme post-pénal, comme spécificité à ce public-là en sortant de prison. Ça, ça m'interroge beaucoup. Par contre, je constate la réalité. Mon quotidien, ma petite lorgnette me fait constater que ça permet d'éviter bien des problèmes pour les sortants de prison. Alors pas forcément après, en termes de consultations spécialisées... après, il faut entendre ce qu'on entend derrière ça mais qu'il y ait quand même à un moment donné, un lieu-ressource, pour les prises en charge, je pense que c'est pertinent » (Psychologue, SMPR).

<sup>631</sup> Alvarez J., Gourmelon N., *op. cit.*, 21.

« [Certains ont l'air de mettre en avant le risque de filière un peu ségrégative. C'est un danger pour vous ?] Malgré tout, on est dans cet entre-deux où on est très contingent du contexte général et si notre idéal c'est toujours le même, c'est que ma foi, il ne faut pas être dans une filière ségrégative, ce sont des patients qui relèvent d'un soin général auprès des dispositifs de soins généraux. L'état actuel de l'accueil des personnes obligées ou enjointes fait que on va, dans les temps qui viennent, probablement vers quelque chose qui va être de cet ordre-là. (Psychiatre, SMPR).

« Récemment, la semaine dernière, le coup de téléphone au CMP. J'ai entendu encore les histoires de lettres de motivation. Je rentre plus dans un CMP que c'est pratiqué. Quand j'entends ça, des fois c'est... Alors tout ça, voilà, on a dit bon, si y a une consult fléchée, ça serait peut-être pas... C'est le principe de réalité quoi. Voilà, c'est un peu ça, mais il faudrait pas après que ça s'engouffre et qu'on se retrouve uniquement dans une problématique, qui serait du coup du côté de l'obligation, et non plus en fait du soin » (Psychologue, SMPR).

« Je partirais d'un constat, c'est que personne veut les voir. Maintenant à..., très clairement, le CMP de... dans le centre-ville dit « nous, terminé, obligation, injonction de soin, on ne veut pas ». Alors, ce n'est pas une règle officielle mais c'est une règle tacite. Le CMP de..., ils se disent « y a le SMPR qui est là, donc même quand il y en a un d'incarcéré à [autre ville d'un autre département], ça n'a rien à voir avec nous, c'est le secteur qui revient sur... Est-ce que dans le SMPR y a quelqu'un qui pourrait le voir ? ». Donc, ils partent du principe que c'est nous, mais pas parce qu'on est SMPR et qu'on est dehors. Tu prends dans n'importe quelle ville... moi quand j'étais à [ville], ou à [ville], y avait un psycho qui acceptait de les voir, prrrt, allez hop, terminé, c'est... c'est lui qui les voit. [Un psychiatre local] pour tout [le CMP de...], je pense que c'est lui qui les voit. À [ville], y a un psycho qui accepte de les voir, je pense qu'il doit tous les voir. Je pense que c'est acté... La filière ségrégative, c'est quelque chose qui existe déjà en fait. C'est même pas dire « on crée quelque chose », on fait par défaut. [...] Y a ceux qui l'ont perçu ou assumé, ou voulu tout de suite, et qui ont créé des dispositifs spécifiques. T'as [ville] et [ville] qui ont des structures et qui ont fait le choix par contre, de bien montrer qu'ils faisaient partie du secteur du droit commun et qu'ils sont dans l'hôpital ou dans les CMP. Et puis y a ceux qui veulent vraiment faire des structures à côté. [Nom d'un psychiatre ayant créé une consultation spécialisée], il est vraiment à côté lui, il n'est pas... » (Psychologue, SMPR).

Désormais, les psychiatres et psychologues du SMPR poursuivent régulièrement leurs prises en charge en milieu ouvert. Ils assurent des permanences extérieures par demi-journées, même si le dispositif n'est pas considéré en tant que tel comme une « consultation post-carcérale », ce qui n'est pas le cas dans tous les départements.

« Y a des collègues qui sont au SMPR, mais d'autres départements, qui à un moment donné, avaient une possibilité de consultation au CMP et puis à un moment donné, ils ont plus les locaux, donc ils ne font plus de consultations hors détention. Du coup c'est le secteur. C'est compliqué. Si nous on n'avait pas... alors, c'est pas nommé en consultation post-pénale parce que ici, on a quand même des locaux, on est quelques-uns à être volontaires et puis on nous le permet aussi, administrativement parlant, etc. Et puis ça arrange sans doute aussi, faut pas se leurrer, ça arrange aussi des collègues de secteur... Je pense que les psy du SMPR travaillant au CMP, l'autre jour, y a un coordonnateur qui me disait « c'est vous qui voyez le plus, par rapport au privé ou d'autres CMP. C'est les psy du SMPR au CMP du... qui régulent le plus... » (Psychologue, SMPR).

Cette continuité présente aux yeux de ces professionnels de santé d'indéniables atouts pour les condamnés lorsque le lien thérapeutique est réel, qui se voient ainsi épargner la honte, la crainte et la fatigue d'avoir à répéter de nouveau leur histoire et les infractions commises. Pour les plus isolés sur le plan social et familial, elle permettrait de maintenir un cadre rassurant, d'échanger dans un rapport de confiance déjà établi sur les difficultés rencontrées durant la période si critique qui suit la libération. Certains condamnés, pressés de laisser derrière eux ce passé douloureux, préféreraient toutefois changer de thérapeute pour supprimer tout lien avec l'environnement carcéral.

« Parce que certains demandent à nous voir, parce que c'est l'angoisse du dehors, l'angoisse de l'extérieur, l'angoisse de la sortie. Ce n'est pas tant en fait, tout de suite l'injonction de soin, par rapport aux faits sexuels commis. Certains ont fait un sérieux bout de chemin autour de ça, et ils sont loin de ces questions-là à un moment donné, ils sont plus dans ces problématiques-là, en tant que telles. Et donc, ils se retrouvent en fait avec « comment je vais retrouver le dehors ? Je suis seul ; on m'interdit tel ou tel département.

*J'arrive ici, donc du coup, je suis parachuté à [ville] ». Parce que ça aussi c'est une vraie question. Ils ne le savaient pas non plus qu'ils étaient en interdiction, interdit de département ou de lieu, souvent ça se fait au détour des procédures pendant la peine, quand ils font des demandes de perms, ou des demandes d'aménagement de peine. Et puis en fait, quand ils découvrent que leur projet de sortir « vous n'irez plus dans le [département], la [région] terminée, mais par contre vous vous basez sur [ville] », certains disent « faudrait que je vous vois, vous êtes le seul, le seul repère pour moi. J'ai fait 15 ans de cabane, 18 ans de cabane, je sors ». Donc certains en fait je les rencontre au CMP mais en fait, on est sur des questions du côté de l'angoisse de la sortie « mais comment je fais, du côté de ma vie sociale ? ». Parce que tant d'années en prison aussi, ça modifie les repères. Donc du coup, l'injonction de soin pour certains, au fond, ils sont contents de l'avoir, mais pas telle qu'on peut la situer, par rapport en fait au registre sexuel » (Psychologue, SMPR).*

*« Je situe toujours aussi, parce que la majorité des personnes que je rencontre ici, c'est des personnes que j'ai connues en détention, donc je situe aussi la continuité des soins. C'est-à-dire que moi le suivi, il commence pas parce qu'il est venu au CMP. Il vient au CMP parce que en fait, on a eu une histoire commune à un moment donné en détention. Donc ils ont fait ce choix-là. Certains me disent « écoutez, vous êtes le psy de la prison. Moi je suis sorti de prison. Vous voir à l'extérieur, c'est encore penser à la prison. Je préfère que vous donniez le nom d'un confrère ». Et puis d'autres au contraire « non, ça me rassure. J'ai pas à raconter à nouveau mon histoire, etc., et de voir d'autres psy ». C'est une richesse qu'on a à ..., concernant le SMPR, de pouvoir assurer la continuité des prises en charge thérapeutiques » (Psychologue, SMPR).*

*« Ça fait peu de temps que je suis au centre de détention. Enfin, ça fait deux ans et quelque mais je m'aperçois que c'est compliqué de rompre après avec les patients. Même si d'emblée on dit que ça va être court « ça va être pour un temps défini, le temps de votre installation », souvent ça perdure. Et une injonction de soin c'est peut-être encore plus particulier. Pourtant, l'engagement du thérapeute, c'est pas un engagement égal à celui du patient mais je sais pas, je me dis peut-être le fait d'avaliser un accord signé pour le soin. En tout cas, je pense que je me sens plus engagé à prolonger » (Psychiatre, SMPR).*

*« Et de changer de praticien aussi parfois c'est compliqué. Parce qu'il faut reprendre tout et ça c'est dur aussi » (CPIP).*

*« Moi je trouve ça vraiment bien qu'ils continuent avec le même soignant, au moins dans les premiers temps. Après, ça se dilue parce que soit ils déménagent, soit c'est compliqué avec les horaires ou les obligations du médecin qui vient au CMP qu'une fois par semaine, mais au moins au début, ça leur fait quelques repères dans leur nouvelle vie dehors. Non moi je trouve ça bien » (CPIP).*

« A toujours une bonne relation avec le docteur ... (psychologue traitant) qu'il connaît depuis trop longtemps mais aimerait changer pour couper le lien avec la détention. Attend de déménager pour ne pas changer plusieurs fois de thérapeute » (notes manuscrites du CPIP, D81).

La mobilisation des soignants du SMPR est évidemment rassurante pour les acteurs judiciaires et les médecins coordonnateurs. Ils y voient la garantie d'une prise en charge immédiate et effective dès la sortie, par un interlocuteur qu'ils connaissent plus fréquemment que d'autres confrères, particulièrement du secteur privé. Sur un plan judiciaire autant que thérapeutique, le respect du cadre serait également mieux garanti par des thérapeutes aguerris, qui ont pu établir des liens de confiance avec le condamné au fil du temps, qui sont dès lors au fait de sa personnalité et, espèrent-ils, des risques potentiels. Dans certains cas, l'assurance de leur intervention à la libération pourrait même faciliter l'obtention d'un aménagement de peine auprès du JAP.

*« Le boulot il nous est facilité quand ils sortent de détention. Très souvent, ils sont suivis au SMPR et ils sortent avec un rendez-vous derrière. Donc ça (elle siffle), pour nous c'est... Ils arrivent « j'ai rendez-vous avec monsieur untel », les choses sont faites. Sinon en général, on les envoie au CMP mais on sait très bien que le CMP est saturé. Ils se font envoyer balader » (CPIP).*

*« Alors, ce qui est le plus sécurisant, c'est quand les gens continuent les soins et sont suivis sur la consultation post-pénale, pour deux raisons essentielles, c'est que 1) y a une continuité des soins. Ça, c'est quand même drôlement bien et puis des thérapeutes que je connais, en qui on peut avoir plus que totale confiance, dont je connais le travail. Et puis on peut se parler facilement ; on peut s'appeler. C'est tout facile quoi » (Psychiatre, médecin coordonnateur).*

*« Il n'y a aucune difficulté pour un type, sortant de prison, qui a commencé des soins en prison, et qui va les poursuivre à l'extérieur. Il arrive en fait, que le psy ou le psycho qui le voyait en détention, exerce en CMP, et poursuit les soins à l'extérieur en CMP. Voilà, ça, ça se met en place assez facilement. Moi je le vois sur les demandes d'aménagement de peine. Parfois, je conditionne l'aménagement de peine, le fait qu'il poursuive à l'extérieur, qu'il justifie à l'extérieur, la poursuite des soins commencés à l'intérieur. À l'audience suivante, ils viennent avec le certificat du médecin, enfin de leur traitement au SMPR, qui atteste qu'il le suivra dans le cadre du CMP. [...] Une fois j'ai voulu parler, discuter avec [un psychiatre du SMPR], après une réunion justement d'une condamnée qu'il suivait et qui a quand même un profil très très lourd, et que j'envisageais de libérer... enfin libérer, d'aménager la peine quoi, C'est vrai que c'est... voilà quoi. Dans la discussion, j'espère qu'il voyait bien de qui je parlais, mais à aucun moment il n'a prononcé le nom même. Mais dans le même temps, sans prononcer le nom... Non, il prend acte de ce que je dis. Le fait que moi je le relâche, que si il, lui-même, personnellement, poursuit le suivi à l'extérieur, parce que... parce que sinon, elle le fera pas quoi » » (JAP).*

Pour autant, les soignants du SMPR récusent une spécialisation trop accentuée. En 2011, les inspections générales chargées d'évaluer le dispositif de l'injonction de soin précisait, tout en recommandant ce type de consultations, qu'une telle organisation ne pouvait « être systématiquement préconisée. Leur existence est révélatrice de la part des centres de droit commun de lacunes qu'il s'agit de combler »<sup>632</sup>. Le remède pourrait dès lors s'avérer pire que le mal, du fait d'une déresponsabilisation des centres de soin, au détriment de condamnés systématiquement dirigés dans une filière qui les distinguerait radicalement des autres patients, sinon de la communauté dans son ensemble. Au sujet de leurs collègues autant que pour eux-mêmes, les soignants les plus formés, du fait de leur expérience en milieu carcéral, doutent par ailleurs de leurs capacités à ne travailler qu'auprès de délinquants sexuels, dont la prise en charge n'est pas sans générer de la fatigue sinon parfois de la souffrance professionnelle. Ces consultations post-carcérales doivent donc à leurs yeux opérer au titre d'une phase transitoire et, une fois les premiers mois de liberté passés, conduire progressivement les condamnés vers une prise en charge de droit commun.

*« Ça me fait penser, à propos de ne pas avoir recours à des équipes spécialisées, qui ne feraient que ça parce que ça, nous en prison... à la fin, je faisais attention de ne pas avoir une journée de consultation d'AVS. C'était... ça devenait insupportable. Voilà, ne faire que ça... » (Psychiatre, SMPR).*

*« Moi je ne suis pas très pour les centres de soins spécialisés. [...] Je suis là [en CMP] une demie journée par semaine. Je vois quelques-uns que je suivais en milieu carcéral, parce que je pense que... Alors, certains c'est parce que je me dis que si on lâche la main et qu'il faut qu'ils attendent 3-4 mois, ils vont disparaître de la circulation. Donc ça peut être un temps relais, ou ça peut être que ce qui se travaille, peu importe que ce soit dans les murs ou dehors. Y a du boulot, ils sont investis dedans » (Psychologue, SMPR).*

Leurs consultations en milieu ouvert n'auraient donc rien de systématique. Aucun protocole formalisé ne prédéterminerait leurs décisions à ce sujet. Elles concerneraient surtout les publics qu'ils jugent « incasables », parce qu'ils ont eux-mêmes rencontré des difficultés durant leur suivi et/ou qu'ils anticipent de vraisemblables refus de leurs confrères.

*« Je les vois, parce que je sais très bien qu'ils trouveront personne d'autre dehors, d'autres pys, donc c'est pas la peine de leur dire « écoutez, on ne se verra pas dehors », parce que je sais de toute façon que c'est courir à l'échec. Donc je préfère les voir. [...] Y a des patients qui vont avoir des prises en charge extrêmement complexes et qui pour nous vraiment, vont être difficiles à la prison. On a du mal pour certains... y en n'a pas beaucoup. Je pourrais dire que je les vois pas dehors, je ne suis pas obligée de les voir (rire) mais je me dis que ça sert à rien de les envoyer sur le secteur, puisqu'ils vont mettre à mal tout le monde. Ils nous ont mis nous à mal, dans la prison, alors qu'on est une équipe, qu'on est formé, qu'on connaît la question, alors dehors, c'est voué à l'échec d'emblée, donc il vaut mieux que je les voie, même si je sais que je vais ramer dehors mais il vaut mieux que je le voie, plutôt que de me décharger sur un collègue avec qui, de toutes façons, je sais que ça va être compliqué » (Psychologue, SMPR).*

<sup>632</sup> Inspection générale des Affaires sociales et Inspection générale des services judiciaires, *Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soin*, op. cit., 71.

« [Généralement, ces thérapeutes du SMPR les suivent en continu ou c'est juste un relais vers un autre médecin par la suite ?] Les deux. Y a les deux. Y a les deux. Ils les suivent pas tous. Je sais qu'en addicto, ils les suivent pas. Apparemment, de ce que j'ai pu voir, deux-trois types, on leur donne juste le numéro du CHU. Du coup, je leur demande de contacter avant, etc., mais y a pas vraiment toujours un suivi je pense. Ça dépend des services. Oui et puis je pense et puis je pense qu'ils choisissent. Mais c'est vrai qu'en addicto, non. Par contre, sur les suivis psychologiques et psychiatriques, souvent j'ai vu le docteur [psychiatre du SMPR], qui va suivre son patient après, à l'extérieur. Madame [psychologue] elle fait ça aussi. Un condamné y a pas longtemps comme ça aussi, avec un suivi dedans-dehors par le même thérapeute, mais ça a pas l'air d'être systématique. Parfois, le SMPR se contente de donner les coordonnées du CHU ou du CMP et après, à charge pour la personne de se débrouiller quoi. [...] Donc eux-mêmes, font un espèce de filtre pour les cas les plus lourds peut-être... » (JAP).

Ils justifient également cette absence de continuité systématique par le bénéfice thérapeutique d'un changement de praticien pour certains de leurs patients, quand bien même le condamné se trouve alors confronté à un nouvel interlocuteur, auquel il devra de nouveau restituer l'ensemble de son parcours, son intimité et ses difficultés. Cette substitution ne signifierait pas reprendre les soins « à zéro », mais permettrait au contraire de relancer une thérapie en perte de vitesse, d'explorer à l'aide d'une approche différente d'autres problématiques.

« Si la personne elle est sur un registre, on va dire, uniquement d'un certain confort, après, il faut voir la posture. Parce que moi, y a des personnes, quand je les ai vues par exemple, pendant 10 ans au centre de détention, je leur dis que ça a pas grand sens qu'on continue à se voir, même si je peux comprendre que c'est surtout... que ça évite bien des angoisses mais je vais les accompagner, pour qu'ils prennent contact avec un autre psy et qu'il s'agit pas au fond, de recommencer tout à zéro, comme ils peuvent le penser mais en fait, de travailler d'autres questions, reprendre certaines questions mais avec un autre regard, etc. Parce que sinon, à un moment donné, ça a plus de sens, ça tourne dans le vide. On s'est déjà vu pendant 10 ans, voilà, et puis après... » (Psychologue, SMPR).

Lorsqu'ils ne poursuivent pas leur suivi, ces soignants accompagnent néanmoins le futur sortant de prison dans ses démarches pour trouver un thérapeute à la sortie. Ils expliquent le déroulement de l'injonction en milieu ouvert, notamment le rôle du médecin coordonnateur, un interlocuteur supplémentaire dont ils ne cernent pas toujours la fonction (v. *infra*). Ils font parfois jouer leur réseau, surtout lorsqu'aucun médecin coordonnateur n'a encore été nommé. Certes, selon l'article R3711-17 du code de la santé publique, le médecin traitant devrait « dans la mesure du possible », être nommé avant la libération d'un condamné détenu. Il dispose également que « la personne peut bénéficier de permissions de sortir ou, le cas échéant, d'autorisations de sortie sous escorte afin de rencontrer le médecin coordonnateur et son médecin traitant ». La mission d'évaluation du dispositif recommandait que ces permissions soient utilisées « systématiquement, y compris pour les détenus les plus dangereux, quitte à les faire accompagner d'un travailleur social, afin qu'ils puissent prendre contact avec le médecin coordonnateur et le praticien traitant »<sup>633</sup>. Pour autant, plusieurs soignants ont évoqué des nominations tardives, voire très tardives, avec parfois plusieurs mois d'attente, surtout dans l'hypothèse d'un aménagement de peine. En effet, selon les articles R3711-24 du code de la santé publique et R61-5 du CPP, la période pendant laquelle le condamné se trouve en permission de sortir, placé sous le régime de semi-liberté, d'un placement extérieur ou d'un placement sous surveillance électronique ne s'impute pas sur la durée du suivi socio-judiciaire. Or, le juge de l'application des peines n'est alors pas contraint de mettre à exécution les obligations résultant de l'injonction de soin, préférant parfois le cadre de l'obligation dans un premier temps, ce qui toutefois générerait de la confusion selon des thérapeutes interrogés.

« [Est-ce qu'il y a un protocole ou des réflexions qui ont été engagées, pour ce passage de l'intérieur à l'extérieur ?] On essaie effectivement nous, de poser les choses, avec la personne déjà en premier lieu. C'est-à-dire souvent on lui explique la mesure, et au-delà de la mesure, souvent le contexte juridique plus large. Peut-être aussi parce qu'on se rencontre souvent. Les CPIP rencontrent les détenus mais de façon espacée dans certains cas et à l'approche des sorties, donc je pense que c'est pour ça aussi que des

<sup>633</sup> Inspection générale des Affaires sociales et Inspection générale des services judiciaires, *Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soin*, op. cit., 71.

personnes nous demandent « qu'est-ce que c'est que ça ? La peine socio-judiciaire ». Ensuite, on explique ce que c'est, comment ça va se passer, le médecin coordonnateur, le fait qu'il y aura cet interlocuteur-là, ce qui est pas très simple à imaginer pour les patients. Ensuite, avec le patient, en fonction du projet, là où parfois ça devient complexe, parfois les incertitudes très longues quant au devenir des personnes qui sortent, d'essayer de penser à la suite. Notre idée nous c'est très clairement d'un soin qui le nécessite. Qui le nécessite c'est soit parce qu'il y a un engagement psychothérapeutique, soit justement parce qu'il y aura cette période un petit peu de flou à la sortie sur le contexte de réinsertion et que du coup, rajouter à ça l'incertitude du soin, donc nous, c'est rencontrer la personne à l'extérieur. On propose à la personne de continuer avec nous à l'extérieur ou bien c'est, avec la personne, trouver avec elle, ou lui dire où trouver un interlocuteur » (Psychiatre, SMPR).

« [Sur le passage milieu fermé/milieu ouvert, pour les injonctions de soins, y a un protocole qui est en place, entre les soignants de la détention et puis l'extérieur ?] Moi je dirais qu'il n'y a rien de formalisé à ma connaissance. [...] Moi je serais tentée de penser qu'il y a une question de personnes parce que sur le secteur, moi je vois ça par rapport à d'autres, si on peut indiquer une personne précise, qu'on identifie déjà en tant que personne, et dans sa pratique, pour qu'il n'y ait pas trop de césure quand même, ça va être vachement plus facile que, je ne sais pas quoi, on donnerait l'adresse d'un CMP à l'autre bout de la France, qu'on ne connaît pas. Quand les gens essaient d'aller loin, vont loin, j'ai un réseau national, donc il m'arrive de contacter des collègues, par mon réseau personnel, par l'ARTAAS. Et inversement, d'être contactée par des collègues de l'ARTAAS. C'est aussi ça l'ARTAAS hein. [...] Du coup, j'essaie de voir ceux que je connais. Je connais des adresses et éventuellement des noms, mais au moins des adresses [...] Donc il y a quand même un effet de réseau. Voilà, mais un réseau qui est pas lié au SMPR, qui est lié à l'investissement associatif. Enfin, ça s'entremêle aussi » (Psychologue, SMPR).

« [Ce transfert entre guillemets, d'un thérapeute en détention à l'extérieur, quand vous faites le choix de ne pas continuer à suivre la personne, comment ça se passe concrètement ?] Je donne des coordonnées en fait aux personnes. J'appelle le CMP avec le patient. On convient d'un entretien qu'on appelle le CMP, pour savoir comment fonctionne le CMP, dans quel cadre. Je fais des transmissions orales, soit dans la ville où la personne va, je connais quelqu'un, auquel cas, j'ai directement le thérapeute au téléphone avec le patient toujours. On a créé une fiche de liaison en fait, justement pour la sortie, pour l'injonction de soin, où du coup, je remplis avec le patient, en gros, ben, ce qu'on a fait, pendant le suivi, par exemple s'il a participé à des groupalités, s'il y a eu une prise en charge par exemple de relaxation, groupalités spécifiques ou non spécifiques. On remplit ensemble et y a une partie que je remplis seule, où j'indique si je trouve que c'était une prise en charge complexe ou pas, si je pense qu'il faut une prise en charge en cosuivi ou une prise en charge seule possible, et des éléments du parcours judiciaire de là où il en est, et j'envoie au CMP de secteur, voire même, pour certains patients, je les donnais sous enveloppe, quand tout avait été rempli avec eux et lu avec eux. Je leur donne l'enveloppe, et ils arrivent avec l'enveloppe. [Et ça, éventuellement en lien avec le médecin coordonnateur ?] Je ne sais jamais qui est le médecin coordonnateur. [Ah d'accord ! Parce qu'il me semblait que désormais, dès le stade de la détention, il devait être plus ou moins nommé] Oui, ça, je l'ai su une fois parce que c'était le Dr [médecin coordonnateur], et qu'il s'était déplacé à la prison, mais sinon, je le sais après en fait. [...] Donc je ne peux pas prendre contact avec le médecin coordonnateur et puis même, il y a beaucoup de patients qui sortent sous des mesures bracelet, CSL, le médecin coordonnateur, il est pas nommé tout de suite en fait. Il est nommé après. Y a beaucoup de sorties comme ça, pendant deux, quatre mois... et c'est après, quand l'injonction de soin démarre. Des fois un an après. [...] C'est-à-dire que là pour le coup, où l'injonction de soin ça demande à ce qu'il y ait de la clarté dans les places, pour le coup, on se retrouve totalement dans la confusion, parce que c'est pas forcément obligation de soins. Y a quand même un SPIP, mais à ce moment-là, il demande pas d'attestation et puis du coup, l'injonction de soin démarre et il faut donner des attestations. Y a le médecin coordonnateur qui arrive, alors que les choses se sont déjà poursuivies en fait depuis des mois, que nous c'est calé avec le patient » (Psychologue, SMPR).

Lorsque le SMPR ne parvient pas à identifier un thérapeute, ou lorsque le condamné n'a pas été préalablement suivi du fait de l'absence d'incarcération, c'est alors le médecin coordonnateur qui se voit bien souvent obligé d'intervenir face à des refus répétés de prise en charge. Ils font jouer leurs propres réseaux, tentent eux aussi de rassurer et de convaincre les CMP et les praticiens libéraux.

« Il y a encore besoin, un peu moins actuellement, de dire au collègue « l'injonction, c'est pas l'obligation », parce qu'il dira « ah, ça sert à rien. On perd notre temps », alors je lui explique que l'injonction, c'est quand même beaucoup plus contrôlé et que si le patient... enfin, le justiciable ne vient pas régulièrement, de toute façon, on demandera au juge de l'application des peines d'intervenir. Et ça, il

*a pas trop envie, il aime pas trop. Retourner en incarcération, c'est pas vraiment satisfaisant pour eux. On réexplique ça à nos collègues et les collègues « ben oui, mais il va pas obligatoirement avoir de demande au début ». Moi je leur dis « c'est pas ça ». La question c'est pas au début, quelle est sa demande à lui mais pourquoi est-ce que la justice a pensé qu'il avait besoin de soins. Qu'est-ce que le juge attend ? Que je picole moins, que je fasse moins de conneries. Est-ce que vous êtes capable de le faire ? Comment vous êtes capable de tenir ? Voyez, c'est ça les contraintes de soins » (Psychiatre, médecin coordonnateur).*

*« [Et vous, en cas de refus, vous faites un peu fonction d'interface pour essayer de lever le... ?] Oui, j'essaie toujours. Je prends mon téléphone, j'appelle. J'essaie d'explicitier, de décrire, parce que des fois, y a des praticiens qui connaissent pas. Notamment des libéraux... toujours bien le cadre du suivi judiciaire, d'une injonction. J'explique et des fois, ça permet de lever des problèmes, des fois pas, quand clairement, les confrères disent « Ah non, non, non, moi je refuse de travailler avec la justice ». C'est souvent la phrase qui revient « je refuse de travailler AVEC la justice ». Je leur explique que si je suis là, c'est pour que justement, ils ne travaillent pas avec la justice » (Psychiatre, médecin coordonnateur).*

*« [Est-ce que les médecins coordonnateurs interviennent parfois ?] Oui. J'en ai eu un, qui avait eu des problèmes avec... Il avait beaucoup bougé. Du coup, avec le CMP, ça passait plus. Il était parti, revenu, enfin... et il n'arrivait plus à avoir de rendez-vous. On lui disait que c'était complet, qu'il n'y avait pas de place et il avait une injonction de soin. C'est le médecin coordonnateur qui est intervenu pour débloquer la situation » (CPIP).*

*« Moi je sais qu'il y en a un des médecins coordonnateurs, qui a fait des pieds et des mains pour essayer de trouver un thérapeute à un de mes gars » (CPIP).*

*« Sinon en général, on les envoie au CMP mais on sait très bien que le CMP est saturé. Ils se font envoyer balader [...] Donc moi ça m'est arrivé de contacter le médecin coordonnateur. Là, le médecin coordonnateur, nous sert de relais pour lui-même contacter quelqu'un. Ça, ça arrive... ça permet quand même dans certains cas... les médecins coordonnateurs, ils arrivent quand même à imposer quelque chose » (CPIP).*

En définitive, le groupe de thérapeutes assurant la prise en charge de ces condamnés apparaît relativement restreint, même s'il nous est impossible d'en déterminer précisément le nombre. Du fait de cette absence de relais, quelques praticiens, à l'exception des soignants du SMPR, occupent des positions multiples, assurant des missions d'expertise, de soin et de médecin coordonnateur.

*« Je vois par exemple le médecin... , il peut être médecin coordonnateur et il peut être aussi psychiatre. Donc comme il connaît la mesure, c'est une mesure de justice, voilà. Pareil pour le docteur... Quand on regarde les dossiers, c'est toujours à peu près... je sais pas si vous avez fait attention, c'est les mêmes médecins. Vous avez fait attention ? Tantôt médecin, tantôt médecin coordonnateur. Donc voilà. Donc c'est très limité. Alors, est-ce que c'est parce que les autres pys ne veulent pas prendre ce type de profils ? On s'interroge quoi » (CPIP).*

## **§2- Le déroulement du suivi médical**

Lorsqu'un thérapeute est pressenti, le médecin coordonnateur doit s'assurer de son consentement pour prendre en charge la personne (art R3711-14 CSP). Celui-ci doit lui confirmer son accord par écrit dans un délai de quinze jours. En l'absence de réponse ou face à un refus, le coordonnateur doit inviter le condamné à choisir un autre psychiatre ou psychologue. Par son intermédiaire, le JAP communique au thérapeute la copie de la décision ayant ordonné l'injonction, éventuellement les rapports d'expertises, le réquisitoire définitif, la décision de renvoi devant la juridiction de jugement et/ou toute autre pièce utile du dossier (art. L3711-2 CSP) même si, nous l'avons vu, les soignants ne sont pas spécialement en demande de telles informations (v. *supra*). Depuis quelques années, le même code prévoit textuellement que les services chargés de dispenser des soins en milieu pénitentiaire communiquent les informations médicales qu'ils détiennent au médecin coordonnateur, censé les transmettre au traitant, sans que soient opposables les dispositions de l'article 226-13 du code pénal (art. L3711-2 CSP). Au titre du déroulement du suivi thérapeutique, nous aborderons la fréquence des changements de thérapeute au fil du temps (A), les réactions des professionnels de santé dans l'hypothèse d'absences répétées ou d'un manque

d'investissement du condamné (B) puis l'évolution des soins au long cours, lorsque le temps judiciaire excède le temps sanitaire (C).

### A- Des changements fréquents de thérapeutes

S'il nous a été impossible d'identifier le statut du thérapeute dans quelques dossiers, la grande majorité des condamnés de notre échantillon a dans un premier temps été suivie par un psychiatre (72,4% des condamnés soumis à une injonction de soin), plus rarement par un psychologue (20,2%). Un praticien exerçant dans le privé apparaît une fois sur dix (10,7%). Faute de choisir librement leur thérapeute, il n'est pas rare que des condamnés regrettent d'être suivis par des praticiens avec lesquels ils n'arrivent pas à établir des liens de confiance et/ou des modalités d'échange propices à la libération de leur parole. Au risque de thérapies « vides », peu oseraient solliciter un changement de thérapeute, même si les textes autorisent une telle démarche (art. R3711-19 CSP).

*« La plus-value de l'injonction de soin, je sais pas s'il y a une plus-value hein. Je... je... je m'interroge. Parce qu'en fait, les personnes, on leur attribue... Des fois, ils ont pas le choix du thérapeute dans le cas de l'injonction de soin. On donne quelqu'un, avec qui ça se passe pas bien. Ils ont un médecin coordonnateur qui, aussi pareil, où... où ils se rendent 3 fois par an pour rendre des comptes, mais pas forcément pour installer... Je ne sais pas s'il y a une plus-value dans l'injonction de soin » (CPIP).*

*« [Est-ce que vous avez déjà eu des suivis un peu problématiques en termes de suivi médical et comment ça se traduit ?] Moi j'en ai pas eu mais euh... c'est juste des désaccords avec le médecin, le thérapeute, parce qu'ils sont pas à l'aise mais ils ont pas le choix en fait, dans l'injonction de soin. Dans l'obligation, ils changent. Ils peuvent changer. On peut leur dire, les orienter vers une personne en libéral, s'ils ont les moyens, mais pour l'injonction de soin, c'est compliqué. Comme des fois, pour certains, le thérapeute est déterminé par le médecin coordonnateur, pour l'avoir gratos, c'est compliqué. Ils ont pas trop le choix donc... Je pense que ça pourrait être bénéfique pour le coup, les gens ils y vont vraiment pour... pour avoir l'attestation, mais pour dire qu'ils y sont allés quoi. Y a rien qui se joue, ça va être un échange de paroles, mais sans réelle réflexion. Y aura rien. [Ça veut dire que c'est plus difficile de changer de thérapeute, parce que ça mettrait le médecin coordonnateur en...] Après, si, on peut aller très loin. Moi je sais pas... Ils peuvent écrire au juge, dire au juge voilà... mais ils ne le font pas, parce qu'ils ont toujours peur. Ils se disent que ça va être encore... Y a très peu de gens qui sont vraiment acteurs du... Ils peuvent effectivement faire la demande au juge pour dire voilà « j'aimerais changer de thérapeute », mais ils le feront pas, parce qu'ils pensent que ça va leur être préjudiciable. [Et ce comportement un peu d'attentisme de la part des condamnés est quelque chose que vous retrouvez moins dans l'obligation de soins ? Vous avez l'impression que dans la quête de suivi en injonction de soin, les condamnés ils attendent ?] Non ils ont peur et justement pour le coup, c'est eux qui nous relancent. Parce qu'ils ont peur que ça leur... [Mais ils attendent quand même, que ça vienne du médecin coordonnateur ?] Oui parce qu'on leur a dit » (CPIP).*

« Il voit un psychiatre, le Dr..., mais il a l'impression qu'il ne l'écoute pas ». Le CPIP lui conseille d'en parler au médecin coordonnateur, qui lui demandera de maintenir ce suivi pour la prescription médicamenteuse mais de voir une psychologue qu'il a déjà rencontré dans le CHRS pour le suivi psychologique. Le CPIP fait état dans ses notes des difficultés que rencontre le condamné avec son médecin traitant car il "expédie ses RDV". Le condamné « va demander un changement au médecin coordonnateur ». Quelques mois plus tard, le condamné indique au CPIP en entretien que la psychologue a fait un courrier au médecin coordonnateur pour changer de psychiatre. Le CPIP mentionne également un appel téléphonique du condamné qui lui indique s'être présenté au rendez-vous avec le psychiatre. Celui-ci était absent. Le CPIP note « est un peu stressé. Lui dit que je vais en référer à... ». Lors du rendez-vous suivant, il note que le condamné "lui a dit ce qu'il pensait à savoir que le suivi ne lui convenait pas ». Lors du rendez-vous suivant avec le médecin coordonnateur, le CPIP note « a dit au Dr... qu'il voulait changer de psychiatre. Le Dr doit le tenir au courant » (Extraits des notes manuscrites du CPIP, D87).

« Avec son psy "ça ne passe plus". Il le regarde mal avec un œil qui regarde le sortant de prison. Il ne sait pas s'il veut changer. Appel de Mr : "son psy actuel l'énerve". Il va faire les démarches avec le psy qui le suivait en prison » (Notes manuscrites du CPIP, D66).

La résignation des condamnés n'empêche pas de fréquents changements de thérapeutes au fil du temps, cette fois involontaires, du fait de la longueur des mesures, mais aussi de déménagements du condamné modifiant le CMP d'affectation, de mutations des professionnels ou de réorganisations des services. Ainsi, plus de la moitié des condamnés de l'échantillon visés par une injonction de soin a connu un changement de thérapeute pendant le suivi (57,2%), un sur quatre plusieurs fois (26,2%). S'il ne nous a pas toujours été possible d'identifier précisément le nombre de changements, douze condamnés au

moins ont changé deux fois de thérapeute (14,3%), deux condamnés trois fois, quatre condamnés quatre fois.

Changements de thérapeute pendant le suivi en milieu ouvert

	Effectifs	Fréquence
Non-réponse	7	
Aucun changement	36	42,9%
Un changement	26	31,0%
Plusieurs changements	22	26,2%
Condamnés soumis à une injonction de soin	84	

Outre que cette succession de soignants entrave inévitablement la continuité et la qualité des soins, elle aurait pour effet pervers de disqualifier l'ensemble du système de prise en charge auprès des condamnés qui s'engagent à contre-cœur dans de tels suivis.

« Concernant les soins, Mr... continue à voir régulièrement son thérapeute, le Dr..., psychiatre libéral à... Il est cependant inquiet car le Dr... est à la retraite effective depuis une année mais continuant à prendre malgré tout en charge avec l'accord de la sécurité sociale certains patients dans une cessation progressive. Mr... se montre très inquiet devant la possibilité de cet arrêt connaissant maintenant le Dr... depuis de longues années, craignant surtout d'être adressé à un autre confrère et d'être dans l'obligation de reprendre toute son histoire et les faits pour lesquels il a été condamné par la justice » (Rapport du médecin coordonnateur, D18).

« Mr... regrette le départ en retraite de Mme... [sa psychologue]: "ça va être difficile de repartir à zéro". Il se projette dans cette nouvelle phase de son parcours de soin en évoquant ce qu'il souhaiterait encore évoquer et élaborer dans une nouvelle prise en charge » (Rapport du médecin coordonnateur, D60).

« Il assume son suivi socio-judiciaire mais malheureusement celui-ci est un peu chaotique, en effet, il est à chaque fois confié à l'interne du service et il change donc de médecin tous les six mois » (Rapport du médecin coordonnateur, D36).

« Il a été pris en charge dans le cadre des consultations du service de psychiatrie de l'hôpital psychiatrique de... Il a commencé en... 2006 à rencontrer le Dr [A], psychiatre des hôpitaux. Il l'a rencontrée en... 2006. Puis, suite à une réorganisation médicale dans le service, notre sujet sera suivi à partir du mois de mai 2006 par le Dr [B], au CMP de... à... Il est à noter que la décompensation intervenue le... se traduit par la présence d'une crise d'épilepsie, secondaire à une alcoolisation. Après cette hospitalisation en 2007, notre sujet sera à nouveau suivi régulièrement par le Dr [B] au CMP de... à... [...] Puis à partir du moins de... 2008, notre sujet a été suivi par le Dr [C], toujours dans le même service. Ce changement est lié au départ du Dr [B] » (Rapport du médecin coordonnateur). Dans une expertise réalisée après la libération, l'expert ajoute une prise en charge, après le Dr [C], un suivi par le Dr [D]. « Depuis sa sortie, le suivi a été émaillé, il est vrai et à sa décharge, d'un certain nombre de changements de référents médicaux en lien avec les changements d'affectation des différents médecins. [...] Mr dit assez peu de choses de son suivi psychiatrique et/ou psychologique, ayant du mal à qualifier simplement comment il ressent les choses, comment il peut vivre le suivi, ces entretiens. De même, il est dans l'incapacité de pouvoir parler autour d'un éventuel changement en lui. Il lui est plus facile de parler des ruptures de suivi en lien avec les changements de référents, dans une légère attaque, voire une disqualification du système » (Psychiatre, expert, D98).

« Durant son incarcération, il a investi dans une relation psychothérapique auprès de Mr..., psychologue, et semble vouloir, dès lors, s'engager de manière durable dans le soin imposé par le SSJ. Actuellement, et tout au long des entretiens durant cette année écoulée, Mr n'a jamais remis en cause ces suivis. Par contre, la prise en charge psychiatrique a été très compliquée du fait des changements nombreux de médecins traitants. En effet, entre le mois de janvier et le mois de juin..., Mr a changé trois fois de psychiatre de manière totalement involontaire. Il a vécu ces changements parfois de manière revendicatrice, voire persécutive et n'a pu s'engager dans une véritable relation thérapeutique. Depuis l'été Mr rencontre régulièrement son psychiatre traitant, le Dr... Depuis, il semble apaisé par ce suivi, il a pu parler de son anxiété, sa peur de "mal faire" et demander un soutien médicamenteux. Il la rencontre à un rythme d'une fois par mois qui semble plutôt adapté. En conclusion, Mr assume à ce jour son injonction de soin scrupuleusement. Il a enfin trouvé auprès du Dr... un psychiatre traitant stable qui permettra sans doute une évolution favorable à long terme, mais celle-ci n'est pas acquise à ce jour » (Rapport du médecin coordonnateur, D95).

## B- Les réactions des thérapeutes en présence d'un suivi irrégulier et/ou non investi

Ces changements de thérapeute résultent parfois de l'attitude du condamné, notamment lorsqu'il ne se présente pas ou très irrégulièrement aux dates fixées pour les consultations. Dans notre échantillon, des absences figurent dans un tiers des dossiers, plusieurs environ une fois sur six (17,9%). Deux groupes de condamnés se distinguent à nouveau, avec des « absentéistes » plus jeunes que la moyenne et plus souvent condamnés pour des infractions sexuelles commises à l'encontre de victimes majeures. 30% des condamnés pour ce type de faits ont été absents à plusieurs reprises, contre 11,4% en présence de viols ou d'agressions sexuelles sur mineurs, 0% des détenteurs d'images pédopornographiques et des exhibitionnistes. Ceux qui ont été qualifiés de « pédophiles » apparaissent comme les plus assidus (3,2% absents à plusieurs reprises), à l'opposé des « psychopathes » (52,4%) et, dans une moindre mesure, des « état-limite » (40%) ou « psychotiques » (33,3%). Les personnes affectées de déficiences intellectuelles sont également surreprésentées (42,9% d'entre elles), plus souvent en raison de simples oublis que par mauvaise volonté. Ce sont surtout les condamnés les plus jeunes qui peinent à s'inscrire dans un suivi régulier au long cours. 62,5% de ceux qui avaient moins de 25 ans au moment de la condamnation ont manqué plusieurs rendez-vous auprès de leur thérapeute, contre 15,4% des 25-30 ans, moins de 10% des plus âgés. Si la taille de notre échantillon ne permet aucunement de confirmer statistiquement l'influence de tels facteurs, ceux pour lesquels apparaissent un parcours institutionnel précoce et des rapports conflictuels avec divers professionnels de l'enfance et de l'adolescence ont également plus souvent été absents<sup>634</sup>. Face à de tels défauts d'assiduité, le thérapeute peut procéder à un signalement auprès du médecin coordonnateur et/ou des acteurs judiciaires (1), voire décider de mettre un terme au suivi (2).

### 1- Le signalement au médecin coordonnateur et/ou aux acteurs judiciaires

Comme pour tout patient, le thérapeute est soumis au code de déontologie médicale et le JAP ne peut intervenir dans le déroulement des soins qu'il détermine (art. R3711-18 CSP). Toutefois, en cas de refus ou d'interruption du suivi, il est habilité à informer directement le juge de l'application des peines ou l'agent de probation sans pour autant violer le secret médical (art. L3711-3 CSP). Il peut également informer le médecin coordonnateur de « *toutes difficultés survenues dans l'exécution du traitement* », qui est alors habilité à prévenir le JAP ou l'agent de probation. En pratique, les soignants privilégient un signalement au médecin coordonnateur, par téléphone ou par écrit, sans en référer aux autorités judiciaires.

*« Oui, ne serait-ce que lundi dernier. J'ai un collègue qui m'a appelé, parce que on a un justiciable qui est un peu compliqué. Oui, spontanément, on se voit, on se met d'accord sur la stratégie « fais pas ci, fais pas ça », on lui donne une chance, deux chances, et puis après, tant pis, on va appeler. Je lui dis, on demandera au juge d'intervenir pour cadrer la prise en charge. L'année dernière, j'ai une jeune collègue qui m'a appelé, en disant qu'elle était très inquiète, parce que le mec est arrivé alcoolisé. Il racontait des trucs qu'il faisait avec sa femme qui lui paraissaient complètement tordus. Elle me dit « là... ». Moi j'avais rien perçu de ça. J'avais rien perçu de ça pendant les entretiens que j'ai... [téléphone] Oui, donc je l'avais vu, ça avait l'air de fonctionner. Le mec avait des difficultés, il trouvait plus de job, avec la compagne ça allait pas bien. Donc, j'avais rien noté de particulier. Elle me dit « attends, je suis en grande difficulté. Il arrive alcoolisé, il a des propos qui sont inquiétants » (Psychiatre, Médecin coordonnateur).*

Nous en avons découvert dans peu de dossiers, sept au total (8,3% des condamnés visés par une injonction de soin), mais faute d'information systématique des acteurs judiciaires, y compris par le médecin coordonnateur, leur fréquence est vraisemblablement sous-estimée.

« Chère confrère, je vous adresse ce courrier afin de vous informer que Monsieur... né le..., ne s'est présenté à aucun des deux rendez-vous qu'il avait sollicités sur notre CMP, les [date] et [date] Je n'ai jamais rencontré ce patient puisqu'il s'agissait des premiers rendez-vous avec lui dans le cadre de son injonction de soin, depuis son emménagement sur notre secteur. Pour information, il semble que le dernier psychiatre qu'il ait rencontré était le Dr... [...]. Je m'adresse donc à vous pour pouvoir

<sup>634</sup> 31,6% de ceux placés dans l'enfance en foyer ou famille d'accueil ont été absents à plusieurs reprises, 50% de ceux ayant connu des problèmes disciplinaires à l'école.

envisager la conduite à tenir dans ce contexte médico-légal bien particulier. Dans l'attente de votre réponse, je vous adresse mes confraternelles salutations » (Courrier du médecin traitant au médecin coordonnateur, D8).

Dans un courrier adressé au JAP, le médecin coordonnateur indique : « D'autre part, j'ai été informé par le Dr... que Mr... avait aussi annulé le jour même le rendez-vous qu'il avait avec elle le [date] ». Dans un rapport annuel, il l'informe que l'auteur ne s'est « encore une fois pas rendu au rendez-vous fixé par la psychiatre », celle-ci l'ayant informé par courrier. « Elle rappelle qu'elle n'a pu le rencontrer que trois fois en tout depuis le début de l'injonction de soin et sa sortie de prison. Elle ajoute que, compte tenu du caractère excessivement sporadique des consultations et de l'absence de demande de soins de la part de Mr..., elle met fin au suivi » (Médecin coordonnateur, D10).

Le médecin coordonnateur mentionne dans son rapport au JAP un échange téléphonique à l'initiative de la psychologue suite à « un entretien particulièrement difficile avec Mr... qui s'est mis en colère et a quitté la séance en claquant la porte dans un réel *acting out* » (Médecin coordonnateur, D56).

Dans un signalement adressé par courrier au JAP et au SPIP, le médecin coordonnateur indique avoir été contacté par le psychologue traitant : « ce dernier m'a fait part de ses inquiétudes par rapport à l'état actuel de Mr. Lors de l'entretien que j'ai eu avec le patient le ..., ce dernier m'a indiqué qu'il discutait régulièrement par internet (par webcam) avec les enfants de sa fille : ..., 12 ans, ... 11 ans et ..., 10 ans. Il semble par ailleurs investi dans de multiples sites de rencontres par internet. L'attitude du patient a profondément changé depuis qu'il sait que son dispositif de surveillance électronique va bientôt lui être retiré. Dans ce contexte, il apparaît très important de resserrer le suivi de Mr » (Signalement du médecin coordonnateur, D91)

Tous les thérapeutes n'auraient pas le même seuil de tolérance face aux absences des condamnés. La plupart ne réagit pas dès le premier rendez-vous manqué. La première démarche consiste à le contacter lorsqu'il ne le fait pas lui-même, par avance ou les jours suivants, s'en justifiant généralement par des raisons professionnelles, familiales ou de santé. Les thérapeutes interrogés insistent en effet sur les difficultés à respecter des dates de consultations souvent déterminées à l'avance lorsque les condamnés affrontent des conditions de vie précaires, qui les amènent notamment à accepter au jour le jour et souvent à la dernière minute quelques heures ou journées de travail. Leur situation sociale influence inévitablement l'investissement dans les soins, lorsque s'assurer de conditions minimales d'existence occupe tout l'espace psychique.

« A rencontré son médecin traitant [psychiatre au CMP] deux fois dans l'année, avant que celle-ci ne mette fin au suivi du fait d'absences répétées de l'auteur. Puis, il a rencontré un infirmier au CMP mais le médecin en charge a refusé de prendre en charge le suivi de l'auteur. Depuis, et malgré un certain nombre de démarches, l'auteur n'a plus de médecin traitant. J'ai donc adressé un rapport de situation en septembre dernier pour informer que le suivi avec le Dr... avait pris fin à l'initiative de cette dernière pour le motif que le patient ne s'était pas présenté à plusieurs rendez-vous avec elle cette année, sans l'en informer. Elle n'avait finalement pu rencontrer Mr... que deux fois cette année, une fois en mars et une fois en septembre. Mr..., qui avait été convoqué en urgence, ne niait pas du tout cela, mais indiquait qu'il lui était de plus en plus compliqué de concilier son suivi avec son emploi sur..., tout en résidant à.... Il expliquait qu'il n'avait pas des horaires de travail fixes et que les RDV du Dr... donnés plusieurs semaines à l'avance, tombaient parfois sur des périodes où il devait finalement travailler, raison pour laquelle il les annulait. Il disait qu'à d'autres moments, ces RDV avec le Dr... étaient trop décalés par rapport au moment où il finissait son travail ce qui faisait qu'il devait retourner de... à..., puis refaire un aller-retour sur... pour voir le Dr..., ce qu'il ne trouvait pas cohérent » (Rapport du médecin coordonnateur, D30).

*« Certains peuvent manquer un rendez-vous, d'ailleurs très souvent, c'est déjà de l'ordre de l'anticipé. Les personnes qui travaillent, je sais qu'elles peuvent ne pas venir. Elles m'en ont prévenu et je sais, jusqu'à présent, je croise les doigts, ça s'est toujours passé de la même façon : elles m'ont appelé le lendemain ou le surlendemain, pour reprendre rendez-vous, en justifiant le manqué » (Psychiatre, SMPR).*

*« Moi, c'est ce que je dis toujours « occupez-vous en priorité de votre logement, de votre hébergement et puis vous viendrez me voir après ». Alors, que le psy soit le premier rendez-vous, on s'en fout. Le psy, c'est pas une urgence. C'est le social qui est une urgence. Quand je vois des personnes qui viennent ici et qui après me disent « il fait chaud ici. Je peux rester là ? Vous pouvez pas appuyer ma demande pour appeler le 115 ? ». Ça m'est arrivé de le faire, donc à un moment donné, on est... voilà. [...] Pour le centre d'hébergement. Ça m'est arrivé de le faire, ou des personnes qui sont dans des situations compliquées ou qui m'attendent au parking « Parce que je sais pas où aller monsieur... Je sais pas où aller ». C'est des réalités où nous, on a une place un peu particulière dans un suivi psy, et puis on peut faire des entretiens, etc., mais après, il y a des réalités sociales. [...] Et alors, on fait quoi quand sur le parking, le mec il attend ? Il vous a vu dans l'après-midi. Il est là... On peut pas faire grand-chose. De ma place après, voilà... Moi je conseille, je dis telle ou telle adresse, mais certains ne souhaitent pas rencontrer d'anciens taulards, où ça va être encore l'alcool, où ça va être la violence. En plus, c'est les replacer dans un contexte qui est pour eux... Heureusement qu'il y a des associations à..., comme..., etc. [Qui sont bien mobilisées ?] Oui, et puis ça permet quand même... voilà, mais ils peuvent pas prendre tout le monde et tout faire. Il y a aussi... c'est ça et puis, façon de parler, ça me fait doucement rire parce que des fois, il y a l'injonction de soin, c'est une chose, oui, oui. Oui, y a la problématique sexuelle. Mais au fond, c'est pas le quart du problème. Y a tout ça quoi » (Psychologue, SMPR).*

Procéder à un signalement immédiat reviendrait aussi à les transformer en « contrôleur » au détriment de leur position de soignant. Cette confusion des places, renforcée dans l'hypothèse de répercussions négatives au plan pénal, altérerait inévitablement le lien thérapeutique. Ces thérapeutes sont d'autant moins prompts à réagir que les manquements véritables à l'injonction, au-delà de quelques rendez-vous manqués, sont marginaux. Leur réactivité dépend néanmoins de la personnalité du condamné, des risques qu'ils pourraient présenter, pour les autres mais aussi pour eux-mêmes, dans l'hypothèse de situations de vulnérabilité au moment des ruptures de suivi (séparation, perte d'emploi, idées suicidaires, etc.). En cas d'incarcération antérieure, les psychiatres et psychologues du SMPR sont souvent plus à même d'analyser la « gravité » des absences en question, car plus au fait du fonctionnement habituel de patients qu'ils suivent de longue date. Certains préfèrent aborder le sujet avec leur chef de service avant de contacter le médecin coordonnateur. Ce signalement dépend également des rapports d'interconnaissance et de confiance qu'ils ont pu établir avec lui, à l'occasion du suivi mais aussi de rencontres organisées par le CRIAVS et/ou les soignants du SMPR. Au-delà de deux ou trois absences, la plupart auraient néanmoins tendance à le prévenir.

*« [En cas d'absence] En premier lieu, j'appelle la personne (rire). Mais ça, c'est vraiment délicat, parce qu'il y a des personnes ici, que je suis depuis un moment et puis à un moment donné, y a un rendez-vous qui est manqué. Bon, je vais pas sauter sur le téléphone. Par contre, dans la semaine, quand cette personne-là elle appelle pas, voilà, des fois ça fait cogiter. J'ai pas envie d'entendre les nouvelles dans le journal moi. Enfin, c'est des angoisses de fond. Et puis comme des fois ça a pu arriver, travaillant à la maison d'arrêt, c'est arrivé qu'il y ait des personnes, qu'on retrouve en fin de semaine non pas au CMP mais à la maison d'arrêt. Même pour d'autres choses. C'est pas forcément dans des situations de récidive ou de choses comme ça. Donc en premier lieu la personne. Je laisse toujours une... on va dire une petite marge. Et puis, quand il y a le coordonnateur... voilà. [...] Moi les absences elles sont justifiées. Elles sont justifiées, donc voilà. Ou parfois, quand j'appelle dans la semaine, c'est vrai que je laisse un ou deux jours. Je laisse pas non plus trop de marge. Il répond et il me dit de quoi il en retourne. Et puis des fois, ils ont déjà fait la démarche. N'étant pas toujours au CMP, je sais pas si... des fois, les secrétaires elles envoient un mail. Des fois, ça se croise tout ça. Non, j'ai jamais été amené à rencontrer des non-respects d'injonction de soin » (Psychologue, SMPR).*

*« [Est-ce que vous êtes au courant, de la moindre absence chez le médecin coordonnateur ou chez le médecin traitant ou est-ce que... ?] Ah si, on est au courant, parce qu'ils font le rapport assez rapidement. Alors, au bout de deux absences chez le médecin traitant, y a un rapport qui est fait au médecin coordonnateur, qui le signale au juge de l'application des peines. C'est très rapide, ça va très vite. Nous, on nous l'envoie en copie et on nous demande de bien vouloir rencontrer la personne assez rapidement. Parce que des fois, y en a qui disent « j'y suis allé » et puis au final... Il nous dit « oui, j'ai vu mon psy » et puis derrière, ce document arrive, donc on contacte la personne pour nous donner des explications et c'est de là qu'on donne des explications au juge de l'application des peines » (CPIP).*

*« Très clairement, dans l'injonction de soin, on est tenu de prévenir le médecin coordonnateur. Pas au premier rendez-vous raté hein mais quand on voit que le temps passe et que la personne ne reprend pas contact, moi je préviens le médecin coordonnateur que je suis sans nouvelles. [Dans vos rapports avec le médecin coordonnateur, pour les suivis, une fois la personne libérée, vous êtes amenée à souvent le contacter ? Non, c'est vraiment s'il y a un souci au fond ?] Oui. Alors, y a quand on se croise. Ça a l'air con mais que son patient vienne pas, ni le mien, il peut nous arriver de papoter cinq minutes, ou alors il me laisse un mot en disant « ça serait bien qu'on se voie ». Mais c'est plutôt si y a problème. [Sur l'évaluation du problème, vous le contactez dès qu'un patient ne vient pas à son rendez-vous ? Enfin, à quel moment vous considérez qu'il y a un manquement, justifiant de prévenir ?] Quand tout d'un coup je me dis « mais ça fait longtemps que je l'ai pas vu ». Je me fie pas à ma sensation. Je l'ai fait la semaine dernière... Je regarde dans mes notes et je m'aperçois que je l'ai pas vu depuis octobre. Donc j'envoie un petit mail au médecin coordonnateur disant « je n'ai pas vu Mr machin depuis le mois d'octobre. J'étais en vacances au mois de novembre. Il est pas venu à son rendez-vous de décembre, sans prévenir et n'a pas repris contact depuis ». C'est la teneur de mon mail. Donc on arrive là aux premiers jours de février. Depuis mi-octobre... [Est-ce que vous vous adaptez suivant le profil entre guillemets, de la personne ?] Ce monsieur en l'occurrence, vu le nombre de récidives, parce que c'est quelqu'un qui a une carte de fidélité bien remplie. Moi je le connais depuis des années, dedans, dehors, bon. Et que là en plus, il a un autre procès au-dessus de la tête, je trouve ça assez inquiétant. D'abord je pense que c'est de ma responsabilité de prévenir le médecin coordonnateur et je me dis aussi que le médecin coordonnateur, à partir du moment où je le contacte, comme il me fait confiance... C'est pour ça qu'il y a une question vraiment de confiance*

et de... On n'est pas ami ni rien hein mais comme il sait que c'est une clinique que je connais plutôt bien, je pense qu'il doit pouvoir se dire « si elle me fait signe, c'est qu'il faut faire quelque chose ». Je m'affole pas. C'est quelqu'un que lui connaît bien et que moi je connais bien depuis longtemps. [Le type dont vous parliez tout à l'heure, multirécidiviste et qui a pas donné de nouvelles, c'était quel type d'infraction ?] C'est des agressions sexuelles sur des femmes. Il tripote, il tripote. [Et si ça avait été des agressions, enfin, des actes de violence simplement ?] C'est pareil. Mais là en l'occurrence, ce patient, il est déjà arrivé de par le passé, que je sois sans nouvelle et puis hop, je le retrouvais à la maison d'arrêt. Y a au moins eu deux fois ça. [...] Pour ça, il faut toujours évaluer la situation. Du coup, le signaler au médecin coordonnateur, après on peut en discuter ensemble en se disant « est-ce qu'il faut s'affoler ? Pas s'affoler ? ». Je sais que c'est déjà arrivé avec ce monsieur-là. Le médecin coordonnateur lui envoie un petit courrier en lui disant « Vous n'avez pas vu Mme... depuis un bout de temps, il faudrait que vous repreniez contact » et ça marche tout de suite » (Psychologue, SMPR).

« [Imaginons un suivi problématique. Quels seront les éléments qui vont faire que vous allez contacter le médecin coordonnateur ? Est-ce que c'est dès que la personne manque un rendez-vous, deux rendez-vous ? Est-ce que ça peut être très variable ?] Moi déjà effectivement, c'est variable. C'est-à-dire que ça va pas être la même réponse, en fonction de la personne, de là où on en est aussi dans nos rencontres. Certains peuvent manquer un rendez-vous, d'ailleurs très souvent, c'est déjà de l'ordre de l'anticipé. Les personnes qui travaillent, je sais qu'elles peuvent ne pas venir. Elles m'en ont prévenu et je sais, jusqu'à présent, je croise les doigts, ça s'est toujours passé de la même façon : elles m'ont appelé le lendemain ou le surlendemain, pour reprendre rendez-vous, en justifiant le manqué. Ensuite, ce sera aussi le contenu de quelque chose qui serait inquiétant, et là encore, bon, je croise les doigts parce que c'est pas quelque chose auquel j'ai pu être confronté, en tout cas dans l'immédiateté, un risque de réitération par exemple, que je pouvais percevoir du fait de la clinique, il est pas bien et il me dit des choses qui me font m'inquiéter. Mais plus, là encore, sur des moments de fragilité particuliers, qui me font penser que le médecin coordonnateur doit être au courant aussi de ça, parce qu'il y aura peut-être dans un temps plus ou moins long, des questions à se poser sur l'avenir de la personne et sur le cadre même de la mesure et comment la tenir. Je pense à quelqu'un qui est sorti là du CD il y a quelques mois maintenant, qui avait eu un petit épisode de confusion qui a été incarcéré et la semaine dernière encore, je l'ai revu un petit peu de façon rapide mais je pense que c'est un problème somatique. Il est en CHRS. Il a un projet à plus ou moins long terme de maison de retraite. C'est pas encore gagné, quelqu'un qui avait été condamné pour une très lourde peine avec autour de lui, des mesures maximum de sécurité. Là j'ai appelé le coordonnateur, pour qu'il sache au préalable ces questions-là, qu'il soit au courant et au fait également, qu'il soit pas averti par je ne sais quel biais, SPIP ou autre, sur un mode qui serait de l'inquiétude. En tout cas, une autre forme d'inquiétude. Je vais lui transmettre aussi, quelque chose qui est pas forcément de la rassurance totale mais situer où est l'inquiétude quoi » (Psychiatre, SMPR).

« [Concernant ceux que vous suivez à l'extérieur, en cas de manquement, reste à définir ce qu'est un manquement, mais à partir de quel moment vous allez soit alerter le médecin coordonnateur, ou peut-être – je sais pas si vous le faites – directement le JAP ou l'agent de probation ?] J'ai jamais eu le cas en fait. J'ai jamais eu besoin de signaler. Sur les rendez-vous, c'est pas le premier, deuxième ou troisième manqué qui fait ça. En plus, mes patients je les connais du CD. [...] Par exemple, j'ai un monsieur qui a... ultra suivi de partout là, qui va sûrement être réincarcéré. Sur l'injonction de soin, pendant une période de 2 mois, je l'ai pas vu. C'est pas grave, il a loupé 2-3 rendez-vous. Mais au CD, il faisait pareil. Je le voyais, il disparaissait 2-3 mois et il revenait. Bon, ça s'est vérifié dehors. Le fonctionnement est identique, donc c'est pas une question du nombre de rendez-vous ou autre, c'est plus au regard de son fonctionnement, et de ce que je connais de lui. Après, moi je fais la démarche de les rappeler et de leur dire « revenez », mais je leur fais pas un rappel en disant « attention, vous avez une injonction de soin ». Je leur dis « vous avez loupé votre rendez-vous, comment est-ce qu'on fait ? [Donc il vous est jamais arrivé de prévenir un médecin coordonnateur. Et si la situation se présentait ?] Il y a eu une situation, un auteur d'agression sexuelle. Mais ça n'avait rien à voir avec le manquement au rendez-vous mais alors, j'ai prévenu le médecin coordonnateur, parce que c'était un patient extrêmement violent et extrêmement hostile et qui proférait des menaces, qui pour moi étaient réalistes et qui se sont réalisées, mais qui se sont passées... qui se sont passées dans le judiciaire. Il avait une interdiction de territoire mais il retournait dans sa ville. C'était pas l'interdiction de territoire, c'était pas mon problème, mais pour un litige entre sa fille et son compagnon, où il y aurait eu une histoire de viol et qu'il comptait lui régler son compte. À ce moment-là, j'ai prévenu le patient, ça s'est mal passé d'ailleurs : il est sorti en claquant la porte et tout et du coup, j'ai prévenu le médecin coordonnateur. J'étais inquiète parce qu'il y avait des choses qui étaient à risque, qui se sont réalisées après. [Dans ces situations, si ça se représentait, votre interlocuteur, c'est automatiquement le médecin coordonnateur ?] Non, c'est mon chef de service [...] Non, en premier lieu, quand je suis inquiète

*pour un patient, c'est pas forcément le médecin coordonnateur vers qui je me tourne. Pour moi, un patient pour lequel il y a des risques suicidaires, s'il y a réincarcération, tout ça, le médecin coordonnateur, il peut pas grand-chose pour moi, donc je vois plutôt avec mon chef de service pour que soit il voie le patient, soit qu'il le voie une fois qu'il sera réincarcéré, soit pour un conseil... voilà. Parce que je le connais et les médecins coordonnateurs, je les connais pas tous. C'est plus facile pour moi de décrocher le téléphone et d'appeler [un médecin coordonnateur] : je le connais mais les autres, je les côtoie très peu » (Psychologue, SMPR).*

Contacté directement le JAP ou un agent de probation serait donc l'exception plus que la règle, généralement pour des questions sans rapport direct avec les soins, mais relevant plutôt du champ d'intervention socio-judiciaire.

*« [Vous prévenez aussi les agents de probation en cas d'absence ?] Ah non, non. Moi j'ai lutté, lutté, lutté. D'ailleurs, avec ce même médecin coordonnateur, on avait fait remonter un courrier au JAP. Enfin, je lui avais signalé, il avait écrit au JAP, pour bien faire préciser que le SPIP n'avait pas à se mêler de l'injonction de soin » (Psychologue, SMPR).*

*« [En cas d'absences, vous vous adresseriez uniquement au médecin coordonnateur, pas nécessairement au SPIP et au JAP ?] Je passerais par le médecin coordonnateur oui oui. Par rapport au SPIP, je réfléchissais. Est-ce que ça m'est arrivé de joindre le SPIP ? Ça a pu m'arriver peut-être très ponctuellement, mais sur des choses très... je pense très concrètes. J'ai plus de souvenir en tête mais... [Sans rapport avec le soin ?] Voilà, sans rapport avec le soin, plus du côté du social mais non, pas sous ce registre-là » (Psychiatre, SMPR).*

*« [Est-ce qu'il vous est arrivé de contacter le JAP, les agents de probation, le médecin coordonnateur, de difficultés potentielles ?] C'est exceptionnel. Exceptionnel. Je vais vous dire pourquoi. Parce que le simple fait de pas faire de certificat pour le SPIP, ça alerte toute la chaîne et donc forcément, la personne va être menacée que son sursis tombe, etc. Donc, rien que de pas donner les certificats, dans 90% des cas, c'est suffisant pour alerter la machine judiciaire. Alors, ça m'est arrivé d'être confronté à un cas où y a eu urgence. C'est-à-dire que la personne, en quittant mon cabinet, elle a dit « je m'en vais tuer ma femme. Elle s'est vraiment trop mal comportée envers moi, elle a dit des choses insupportables me concernant, donc je m'en vais la tuer ». Donc là, bien évidemment, on est pris par l'urgence. Il le fera peut-être pas mais c'est très possible qu'il le fasse. Donc, une fois tous les 2 ans, ou tous les 3 ans, ça m'arrive d'alerter la justice directement, en disant « là, y a quelqu'un qui a quitté mon cabinet et il est très, très, très inquiétant ». Mais c'est exceptionnel » (Psychiatre, expert).*

*« [Est-ce que vous avez des contacts directs parfois avec les médecins traitants ou est-ce que c'est toujours... ?] En injonction jamais. En injonction, jamais je pense qu'on aura ça quoi. Si vraiment le médecin il se dit « on est à côté de la plaque », mais ça m'étonnerait parce qu'ils sont, ils savent que cette personne a été condamnée pour des faits assez graves. C'est vraiment dans le cas d'une erreur judiciaire mais encore... Je pense à mes... On n'aura jamais ça, je pense pas. [Dans le cadre des injonctions de soins en particulier, est-ce que vous avez déjà eu des contacts avec des médecins traitants ?] Non, à titre personnel, non » (CPIP).*

*« [Et est-ce que parfois, il vous est arrivé d'être contacté directement par le médecin traitant, sans passer par... ça peut se présenter ?] Exceptionnellement. Ça a dû nous arriver mais je sais pas... deux, trois fois. C'est pas jamais, mais c'est vraiment très très exceptionnel » (CPIP).*

*« J'ai pas de lien moi avec le médecin traitant. [Vous n'en avez jamais ?] Non, c'est vraiment exceptionnel. Dans le cadre de l'injonction de soin, jamais. [Donc ça vous est jamais arrivé d'être informé de défaillances, par le médecin traitant ?] Non. [Il passe toujours par le médecin coordonnateur ?] Oui » (CPIP).*

*« [Ça vous arrive jamais, d'être appelé par un médecin ou un psychologue, Si, ça vous arrive ?] Alors, pas au niveau du CMP. Moi j'ai jamais eu de contact direct avec le CMP, sauf ceux qu'on voit en détention, parce que y en a certains qui interviennent en détention et ça arrive qu'on les croise » (JAP).*

*« [Est-ce qu'il est arrivé que vous soyez contacté par un médecin ?] Non. Aucun non. [...] non, non, on n'a pas de relations du tout quoi. Alors, je pense que eux, ça leur vient même pas à l'esprit et puis nous du coup, ça serait aller à la pêche aux informations. Je pense qu'on n'en aurait pas d'informations (JAP).*

*« On a parfois... moi j'ai eu le cas d'un, on a le... je pense aussi parce que le médecin coordonnateur était celui-là, mais on a le praticien qui directement fait un écrit au JAP. Moi je l'ai vu une ou deux fois, alors qu'il y a un médecin coordonnateur. Je pensais au schizophrène que j'ai eu pendant 10 ans. Voilà, y a eu un problème à un moment donc retour en UMD et c'est direct le médecin... Y a dû y avoir copie au médecin coordonnateur à un moment, mais y a eu des moments où le doublon était directement fait au JAP » (CPIP).*

Les rares signalements réalisés directement auprès des acteurs judiciaires interviendraient essentiellement lorsque ces soignants ont des difficultés à identifier le médecin coordonnateur, soit parce qu'il n'a pas été nommé, soit parce qu'il ne les contacte pas malgré les textes exigeant qu'il recueille leur accord au démarrage de toute prise en charge (v. *infra*). C'est ainsi que dans l'un de nos dossiers, nous avons trouvé la mention d'un appel téléphonique au CPIP pour connaître l'identité et les coordonnées du médecin coordonnateur. On retrouve l'importance des rapports d'interconnaissance dans l'un des extraits d'entretiens suivants, lorsqu'un thérapeute du SMPR évoque une situation du même genre, précisant avoir contacté le JAP parce qu'il le connaissait, parce qu'ils s'étaient déjà croisés.

« Appel du Dr... : veut savoir qui est le médecin coordonnateur car ça se passe mal avec Mr dans le service en ce moment. Reste évasive mais a visiblement des éléments importants à communiquer et veut passer par le médecin coordonnateur » (Notes manuscrites du CPIP, D64).

*« La seule fois où j'ai pris mon téléphone pour appeler un JAP, c'est qu'il y avait un médecin coordonnateur, qui clairement ne faisait pas son boulot et qui avait jamais pris contact avec moi. [...] Donc j'ai appelé une JAP que je connaissais, parce qu'on s'étaient croisées, je sais plus, à la maison d'arrêt dans des réunions. Donc je l'avais appelée elle, parce que je la connaissais. Je ne savais pas qui avait la mesure, mais en lui disant « et je fais quoi moi, dans une telle circonstance ? Le médecin coordonnateur était aux abonnés absents. Donc elle m'avait informée, je dirais d'une manière générale. Elle s'était largement saisi de la situation, puisque ce médecin coordonnateur n'a plus sévi après mais voilà, moi j'avais appelé quelqu'un pour avoir des conseils de comment on se dépatouillait, mais pas pour la situation précise de ce patient » (Psychologue, SMPR).*

*« Moi, y a des injonctions de soins où je ne saisis même pas qu'il y a un coordonnateur en fait, par le coordonnateur lui-même. [...] Du coup, ce que je dis à la personne, c'est que pour le moment, moi j'ai pas de coordonnateur qui a pris contact auprès de moi. Par contre, il faut qu'il entende que s'il y a un souci, du coup, c'est directement le JAP, voire le SPIP. Faut pas non plus qu'il pense pour autant que... Mais y a aussi tout un dispositif et même s'il paraît être... voilà, un peu rigide, mais c'est important que les choses soient nommées. Y a des textes, c'est pas pour rien. On exige des choses des patients, etc. [Oui mais alors, comment vous faites. Ne le connaissant pas, ne sachant pas qui il est, vous avez un patient, un rendez-vous, deux rendez-vous, trois rendez-vous et il vient pas ?] C'est le JAP. [...] Et puis quand il n'y en a pas [de médecin coordonnateur], si j'ai connaissance du nom du CIP, quel qu'il soit, même s'il est contrôlant ou s'il est plus sur un versant social, etc., peu importe, je viens signifier ces choses dans le... Et puis autrement, c'est le JAP. Moi, ça m'est jamais... pour le moment, ça m'est jamais arrivé d'aller jusqu'au JAP. [En 15 ans de carrière] J'ai jamais eu moi. J'ai jamais eu à appeler le SPIP ou le JAP, à être dans ces démarches-là » (Psychologue, SMPR).*

## **2- L'interruption du suivi médical**

Au cours de l'exécution de l'injonction de soin, le médecin traitant peut également décider d'interrompre le suivi (art. R3711-20 CSP). Il doit alors en informer sans délai le médecin coordonnateur, ainsi que la personne par lettre recommandée. Dans nos dossiers, ces interruptions ou menaces d'interruptions de suivis résultent principalement d'absences répétées. Dans quelques cas, le comportement du condamné lors des consultations en est à la source, voire son positionnement affiché quant aux infractions commises ou une éventuelle récidive.

« Dit ne pas obtenir de rendez-vous avec le Dr..., du fait du refus de ce dernier, un contact va être pris avec ce praticien pour permettre la reprise d'un suivi ». « Est informé qu'il est impératif qu'il se présente au rendez-vous avec le Dr..., ce dernier ayant accepté après contact de ma part de fixer un nouveau rendez-vous ». « Ne s'est pas présenté au rendez-vous prévu le... et n'a pas prévenu selon le Dr... qui ne redonne plus de rendez-vous (voir courrier joint). Manifestement désinvolte par rapport au suivi. Il lui est précisé très clairement, vu sa mise en échec délibéré dans le secteur public, qu'il lui appartient de trouver un psychiatre ou un psychologue dans le secteur privé » (Rapport du médecin coordonnateur, D82).

Lors d'un contact téléphonique avec le médecin coordonnateur, celui-ci apprend au CPIP que le Dr..., qui a vu une seconde fois le condamné, refuse de continuer le suivi. Le CPIP note « Mr... confirme le refus du Dr... et l'explique par le fait qu'il refuse de reconnaître les abus sur ses nièces. Pour lui, ce soir-là il était ivre mort et dans ce cas-là il dort. Donc il n'a pas pu commettre les abus dont il est accusé » (notes manuscrites du CPIP). Il a ensuite été orienté vers le Dr..., sans produire dans un premier temps le moindre justificatif. Lors d'un entretien, il indique au CPIP que le Dr..., qu'il aurait vu deux fois, ne pourrait plus le suivre du fait de l'incompatibilité de ses horaires de travail. « N'a pas de justificatif de ce rdv et a laissé dans sa voiture celui qui avait déjà oublié la dernière fois ». Il indique alors au CPIP avoir contacté un psychiatre trouvé dans l'annuaire. Le CPIP contactera ensuite par téléphone le Dr... pour connaître la raison de l'arrêt du suivi. Celui-ci indique qu'il s'est présenté une fois en mars, que le Dr lui a proposé un suivi mais qu'il n'est jamais revenu. Le Dr... en a informé le médecin coordonnateur. Celui-ci indique également qu'il ne connaît pas le psychiatre évoqué par le condamné pour le remplacer » (Notes manuscrites du CPIP, D93).

« Il a ensuite raté son premier rendez-vous avec le psychiatre, en évoquant un malentendu avec la secrétaire du CMP. [...] Il ne voyait pas l'intérêt de ce suivi et ne ressentait pas le besoin d'évoquer son quotidien. Il reste d'une manière générale peu enclin à les évoquer spontanément et sur la réserve lorsqu'on l'interroge autour de ces derniers. Dans ce domaine aussi Mr... ne voit pas trop l'intérêt du suivi pour l'instant, mais accepte de "jouer le jeu" pour reprendre ses termes, avec le psychiatre qui le suit. Il est pour l'instant dans une position d'attente passive. On peut craindre dans ce contexte que la psychiatre qui le suit se retrouve rapidement dans l'impasse avec Mr... Ce sur quoi Mr... a déjà été mis en garde ». [...] Mr... a été long à mettre son suivi en place après sa sortie de détention. Il respecte difficilement et plus ou moins partiellement, les obligations inhérentes à son injonction de soin. Il se présente certes aux consultations de son psychiatre, mais son engagement réel dans le processus de soins est minime. [...] Même si la personnalité semble mieux structurée au regard des carences de l'enfance évoquée dans les premières expertises et si les interdits semblent mieux intégrés, Mr... flirte encore avec les limites et semble encore avoir besoin de cadre. Un recadrage par rapport aux soins serait peut-être nécessaire » (Rapport du médecin coordonnateur). Un an plus tard, le médecin coordonnateur fait état dans son rapport de plusieurs absences aux rendez-vous de contrôle comme auprès du médecin traitant, au point qu'il adressera un courrier au JAP pour le signaler après avoir été contacté par le thérapeute. Dans son rapport, il indique ainsi : « elle rappelle qu'elle n'a pu le rencontrer que trois fois en tout depuis le début de l'injonction de soin et sa sortie de prison. Elle ajoute que, compte tenu du caractère excessivement sporadique des consultations et de l'absence de demande de soins de la part de Mr..., elle met fin au suivi ». [...] Au total, Mr... ne respecte pas les obligations inhérentes à son suivi et n'est objectivement plus engagé dans un processus de soins ». Dans un autre rapport adressé six mois plus tard, il signale que le condamné a « retrouvé un nouveau psychiatre, mais ce dernier ne souhaitait pas s'engager dans l'immédiat à assumer ce suivi car le condamné n'était pas venu à son troisième rendez-vous sans le prévenir » (Rapport du médecin coordonnateur, D10).

Le médecin coordonnateur note que le condamné a initialement souhaité reprendre contact avec le Dr... [son thérapeute après une précédente incarcération], se projetant dans un soin régulier à un rythme d'une séance par semaine. Mais ce psychiatre s'est récusé dans ce suivi. Mr... avait en fait été éconduit de la consultation du Dr... après une première consultation, évoquant le fait que ce médecin ait très mal pris sa récidive et est basé, selon son refus de s'engager dans des soins sur la question même de la réalité de cette récidive, comme si le sujet ne pouvait pas être crédible ». [...] Mr... a gardé effectivement selon les termes qu'il utilise, en se méfiant cependant du clivage qu'il peut engendrer et dont il peut jouer, l'impression d'avoir été rejeté, comme si on lui avait signifié qu'il était incurable. Réellement désespéré, nous l'avons donc adressé auprès d'un autre médecin, qui après l'avoir rencontré, a accepté de s'engager dans ce suivi. Depuis, Mr... est vu de façon régulière auprès de la consultation du Dr... Il semble avoir réellement investi ce thérapeute, dit se sentir à l'aise, bien accueilli, écouté, surtout pouvoir parler librement. Au cours de l'été, le sujet semble avoir traversé une période plus difficile avec une réaction dépressive, il semble avoir été rassuré par le fait que le Dr..., informé de son état, lui ait proposé de le voir de façon plus rapprochée. Vis-à-vis des soins individuels, les premières évaluations apparaissent plutôt rassurantes et intéressantes dans le sens où le sujet a pu trouver un lieu où il est accueilli, écouté. [...] Mr respecte donc pleinement le cadre de l'injonction à laquelle il est soumis, se rendant régulièrement à la consultation du Dr..., consultation réellement investie avec un transfert tout à fait intéressant auprès de ce thérapeute » (Rapport du médecin coordonnateur, D50).

Si nous nous sommes ici concentrés sur les manquements des condamnés, ces quelques exemples de suivis ineffectifs ou aléatoires ne doivent pas conduire à passer sous silence l'émergence de véritables adhésions aux soins, bien au-delà d'une simple conformité formelle, attestée par la régularité des rendez-vous. Dans quelques cas, les prises en charge se prolongent au-delà même du suivi socio-judiciaire.

*« Non, j'ai jamais été amené à rencontrer des non-respects d'injonction de soin et même des personnes, comme je vous le disais au départ, qui continuent, en dehors d'un espace de contrainte de soins. Donc je le souligne aussi. C'est pas parce qu'il y a une fin de l'injonction de soin, qu'il y a une fin du suivi » (Psychologue, SMPR).*

*« Là j'ai deux patients, ça va s'arrêter. Ben, on s'est aperçu que c'était la fin, mais du coup, ça a dépassé, parce que du coup, on prenait plus trop garde à l'injonction de soin. Le temps du psychique et le temps du soin, prend le dessus des fois sur le temps judiciaire » (Psychologue, SMPR).*

« Il rencontre également un psychiatre, le Docteur... : il s'agit d'un suivi entamé au cours de la détention. Dans le cadre de ces entretiens et avec moi-même, Mr... est toujours authentique. Il évoque avec beaucoup d'honnêteté et de sincérité ses états émotionnels, ses affects mais également se projette dans l'avenir, que ce soit dans des projets professionnels, dans les relations avec sa fille mais aussi dans une vie probablement affective de qualité. [...] L'évolution psychologique de Mr..., son inscription dans la réalité à travers un projet professionnel adapté, son engagement auprès du psychiatre qu'il rencontre maintenant à un rythme de toutes les six semaines, sont le témoin, me semble-t-il, d'une évolution favorable. [...] Mr... respecte tout à fait les contraintes de son suivi socio-judiciaire et en particulier de son injonction de soin » (Rapport du médecin coordonnateur, D12).

« Mr... a évoqué des suivis antérieurs assez longs auprès de différents thérapeutes à des moments où il était soit en détention, soit en milieu libre. Lors de notre 1<sup>ère</sup> rencontre en..., Mr... était déjà suivi par le Dr..., psychiatre libéral, au rythme d'une séance tous les 15 jours. Nous avons bien sûr décidé de conserver ce thérapeute pour les soins à suivre dans le cadre de l'injonction de soin à laquelle il a été condamné pour une période de 5 ans. [...] Au printemps..., le Dr... m'a fait part de sa cessation d'activité professionnelle, attestant au passage de la régularité de la présence de Mr... auprès de sa consultation ainsi que d'un réel investissement dans un travail psychothérapeutique chez ce sujet. Le Dr... avait orienté et relayé sa prise en charge auprès du Dr..., qui malheureusement lorsqu'il a appris les conditions particulières du cadre juridique, a préféré ne pas s'investir dans ces soins pénalement ordonnés. J'ai donc réorienté personnellement Mr... auprès du Dr..., médecin psychiatre libéral, qui m'a confirmé par retour de courrier son acceptation du suivi. Mr... a vu à plusieurs reprises le Dr... avec lequel le contact s'est bien passé, pouvant investir positivement ce nouveau thérapeute ». (Rapport médecin coordonnateur). « Il a entrepris une réelle réflexion par rapport aux faits et il semble impliqué dans son suivi psychologique ». « Très impliqué dans sa thérapie. Psychiatre = mieux qu'au CMP ». « M... apprécie ce nouveau thérapeute. Il explique que c'est grâce à ce suivi qu'il a réussi à s'en sortir » (notes manuscrites du CPIP, D23).

« Il a attesté un suivi avec le DR ..., psychiatre, à raison de rendez-vous tous les deux mois. Le prochain est prévu courant décembre et Mr ... n'envisage pas de cesser pour l'instant ce suivi » (Rapport de fin de mesure du CPIP, D36).

« Mr... est suivi régulièrement par le Dr..., psychiatre, exerçant au CMP de.... Il évoque ce suivi spontanément plutôt positivement, a l'impression d'être aidé, écouté, évoque le besoin de parler à quelqu'un dans un lieu neutre, emploie lui-même ce terme tout particulièrement afin de pouvoir reparler des faits, mais aussi de sa vie carcérale passée. [...] Mr... respecte pleinement son engagement dans le processus d'injonction de soin. Il semble tirer profit des entretiens réguliers dans le sens d'un étayage, mais aussi d'un lieu de parole qui lui permet de s'exprimer dans les suites de sa sortie de détention, étant en cours de reconstruction dans un projet de vie. Malgré la légère immaturité affective, ce suivi est visiblement une aide précieuse, d'ailleurs perçue comme tel par le sujet » (premier rapport du médecin coordonnateur). « Vis-à-vis des soins, Mr... continue à suivre régulièrement le soin auprès du Dr..., psychiatre intervenant au CMP de..., de façon assez espacée mais adaptée à son état maintenant complètement stabilisé depuis de longs mois. [...] Mr... sait que son injonction de soin arrive bientôt à son terme, celle-ci étant prévue le..., nous avons convenu de nous revoir une dernière fois en début d'année, le sujet envisageant déjà la possibilité de poursuivre de façon très espacée les entretiens avec le Dr.... Au total, Mr... respecte toujours pleinement le cadre de l'injonction de soin, son état reste stable avec une très bonne insertion notamment professionnelle mais aussi sociale » (dernier rapport du médecin coordonnateur). « Monsieur ... a toujours honoré ses RDV auprès du psychiatre et du médecin coordonnateur. Il affirme qu'il continuera à voir le Dr .... Il en ressent le besoin pour la situation passée mais aussi actuelle » (rapport de fin de mesure du CPIP, D43).

« Il est suivi par le Dr ... au CMP et voit la psychologue toutes les deux semaines. Il est satisfait du suivi et est volontaire dans le travail d'introspection. Il a résolu un conflit interne et souhaite poursuivre l'analyse après la fin de la mesure » (Rapport de fin de mesure, CPIP, D69).

« Mr ... effectue un suivi thérapeutique très riche avec le Dr ..., psychiatre. Mr explique qu'il souhaiterait continuer ce travail thérapeutique avec le Dr ... après la fin de la mesure. Il semble que le SSJ de Mr ait été très positif et constructif. Mr a su exprimer ses questionnements, angoisses, il a été acteur de son suivi. Il a respecté le cadre de sa mesure judiciaire. Son discours est réfléchi et il souhaite continuer le suivi [...]. Son inscription aux groupes de parole du CMP reflète également la volonté de Mr à continuer dans sa dynamique d'introspection » (Rapport semestriel du CPIP, D75).

« Concernant les soins, il respecte pleinement le cadre de l'injonction de soin, se rendant régulièrement en consultation auprès du docteur..., psychiatre rencontrée dans le cadre de sa détention et qui a souhaité poursuivre les soins avec lui. Il semble malgré tout très attaché à cette consultation et à la personne du docteur.... Les limitations indéniables sur le plan intellectuel entravent grandement les capacités d'élaboration, d'analyse, le condamné ayant de plus une immaturité certaine. Le lien est régulier mais malheureusement les limitations intellectuelles et la grande immaturité du sujet entravent considérablement le travail thérapeutique et les capacités d'évolution du sujet. Malgré tout, ce lien nous apparaît intéressant et a en tout cas un effet stabilisant, apportant un étayage a minima » (rapport du médecin coordonnateur, D85).

### C- Les soins dans la durée : des « bricolages » à défaut de relèvement

Si certains condamnés poursuivent ces prises en charge au terme de l'injonction, l'une des difficultés posées par le dispositif concerne les durées parfois excessivement longues des suivis socio-judiciaires, sans rapport avec une temporalité raisonnable pour l'engagement de soins. Comme indiqué précédemment, 15% des condamnés de notre échantillon l'ont été à un SSJ supérieur ou égal à dix ans. Au-delà du suivi thérapeutique amorcé en détention, deux d'entre eux devront poursuivre des soins pendant vingt ans, un troisième pendant quinze ans. Dès lors qu'un relèvement apparaît plus qu'aléatoire (v. *supra*), les professionnels de santé s'interrogent sur la pertinence et même sur la possibilité de soins sur de si longues périodes, sur leur capacité à mobiliser le condamné et à s'impliquer eux-mêmes dans des suivis aussi longs<sup>635</sup>. Ils s'inquiètent de leur propre essoufflement après des années de prise en charge. Cette inquiétude est amplement partagée par les CPIP, d'autant qu'ils sont confrontés aux mêmes interrogations concernant la durée de leurs propres suivis (v. *infra*). Les propos de nos interlocuteurs dévoilent de nouveau le sentiment d'une « perte de sens » de la mesure au fil du temps,

<sup>635</sup> V. également Alvarez J., Gourmelon N., *op. cit.*, 170.

déjà évoquée dans la première partie de cette étude, mais qui se pose avec plus d'acuité encore en milieu ouvert. Sur des périodes aussi longues et faute de relèvement, le suivi médical prendrait progressivement la forme d'un simple contrôle social, renforçant dès lors l'impression d'une instrumentalisation judiciaire des soins et des soignants.

*« Ce que je veux dire en clair c'est que je vois de plus en plus de gens qui ont déjà beaucoup travaillé. Le temps passant, j'ai l'impression que les années passant, là je vois en tant que médecin coordonnateur, des gens arriver, après de longues années de détention et qui réellement, ont déjà investi un vrai travail, ont sacrément cheminé. Ce qui repose toute la question de la poursuite des soins dans le cadre de l'injonction, de quand on arrête, de qui a une boule de cristal pour dire il faut continuer pendant un an, deux ans, cinq ans, dix ans, quinze ans. Il y a toutes ces grandes, grandes, grandes questions-là » (Psychiatre, médecin coordonnateur, expert).*

*« [Ça vous semble quelque chose de possible ça, d'avoir un suivi comme ça, aussi long ?] « Non, ça n'a pas de sens. Je pense que ça n'a pas de sens. Surtout, ce qui n'a pas de sens, c'est de poser un quantum comme ça, une temporalité. S'il y a vraiment un truc qui échappe au soin, c'est le temps enfin. À l'évaluation, on sait jamais ce que dure le soin [...] Moi je trouve qu'il faudrait aller vers plus d'individualisation, c'est-à-dire qu'il faut être cohérent. On peut pas, à la fois dire que on a le souci d'individualiser et puis pas du tout individualiser sur une question aussi individuelle que ça. Enfin, il y a quelque chose qui n'est pas cohérent. Et effectivement, ça pourrait être intéressant qu'il y ait peut-être des... si on reste dans ce schéma-là qu'il y ait des évaluations. Après, par quel biais, oui, le médecin coordonnateur mais qu'il y ait davantage de... et peut-être un retour vers les juridictions, pour revoir les choses avec un magistrat » (Psychologue, expert).*

*« [Ça vous semble possible comme ça, des soins... de dire que pendant 20 ans, 30 ans... ?] Je dirais que c'est de la maintenance, d'une certaine façon. [...] y a des patients que j'avais suivis pendant 30 ans. Épisodiquement. Des gens que j'avais vus dans une situation de n'importe quoi et puis ça a été mieux. Et puis je les ai revus, et puis ça a été. Et puis je les ai revus, etc. Donc, c'est des suivis au long cours. [Quand vous dites 'maintenance' dans votre regard de médecin, mais on peut se dire du côté de la justice. Est-ce que c'est pas dans ces cas-là, plutôt du contrôle social ?] C'est du contrôle social. C'est du contrôle social et à mon avis, c'est une coquille vide parce qu'on contrôle quoi dans le fond ? Le corps social va être content parce que ça existe, mais dans la réalité, l'efficacité de ça ? C'est peanuts hein. Vous croyez pas ? (rire) » (Psychiatre, expert).*

*« [On peut avoir des personnes qui vont être condamnées à 15 ans de détention et qui après, vont avoir une injonction de soin de 10, peut-être 20 ans. Est-ce qu'à un moment, c'est pas un problème au fond d'avoir des suivis aussi longs ?] Si, parce que c'est plus du suivi là. C'est plus du suivi, c'est de la surveillance. Le suivi, la durée du suivi, ça devrait être délégué au thérapeute, voilà. [Qui détermine...] Qui à un moment donné dit voilà... On peut arrêter ce suivi, y a des choses qui ont été résolues, d'autres qui sont mises en place, sinon c'est de la surveillance » (Psychologue, expert).*

*« Mais moi je vais pas me coltiner... Voir quelqu'un tous les 3 mois, ça n'a aucun sens. Ça, c'est faire plaisir à la justice. Moi, je suis pas au service de la justice, je suis au service de la personne et quand ça n'a plus de sens, eh ben on arrête » (Psychologue, SMPR).*

*« Quelquefois, les injonctions de soins, quand ça dure depuis un moment, à un moment donné, le travail thérapeutique et tout ça, ça s'arrête aussi. On peut pas demander aux gens d'être suivis à vie quoi. Je trouve qu'il faut aussi permettre... Tout ce qu'on fait, c'est pour que le gens ils reprennent une place dans la société, donc à un moment donné, il faut les laisser avoir cette place-là et un petit peu savoir quand... moi, je vous dis, je le suis depuis 10 ans. Je pense que... Alors peut-être qu'un jour il récidivera, mais je suis pas sûre que de le voir tous les 3 mois, c'est ça qui l'empêche de récidiver hein. À mon sens, il n'a plus besoin de suivi » (CPIP).*

À défaut de relèvement, tous procèdent à des sortes d'arrangements avec le cadre, à des « *bricolages* » disent-ils, en espaçant les rendez-vous ou en pratiquant des « *pauses thérapeutiques* » comme en milieu carcéral<sup>636</sup>. Ces suivis purement formels ne sont pas sans effet pervers, dès lors qu'ils mobilisent inutilement des soignants dans un contexte de pénurie de personnel.

*« C'est ce qu'on fait avec les SPIP, c'est-à-dire qu'on élargit le suivi. C'est-à-dire que d'un commun accord... moi je vois quand le thérapeute me dit « écoute, là il va bien, ça roule. Vraiment, le faire venir tous les mois ». De toute façon, on peut passer tous les deux mois, on peut passer tous les trois mois. C'est ce qu'on fait généralement. Alors nous, on est contraints par l'ordonnance, à les voir tous les trimestres, donc ça on maintient » (Psychiatre, médecin coordonnateur).*

*« [On parlait de personnes que vous pouvez suivre sur le long terme. Est-ce que ça vous est déjà arrivé de demander la fin anticipée d'une injonction de soin, parce que vous estimez que le travail est fait ?] Ben non. Dans les cas de SME oui mais là non. Mais aussi parce que les médecins, d'eux-mêmes, ils espacent. Donc quand ils voient les gens une fois tous les 3 mois, et que eux n'en parlent pas, c'est vrai que moi, j'y ai pas pensé. J'y ai pas pensé, c'est vrai. Sur les obligations j'y pense et sur l'injonction, j'y ai pas pensé. [...] Peut-être que c'est inconsciemment ça que j'ai... J'ai pas réfléchi à la question. Je me suis pas posé... je me suis jamais dit « il faudrait demander la levée ». Mais aussi, quand je parlais de ceux avec qui ça se passe bien depuis longtemps, là j'en ai deux. Parce que eux, ça leur pose pas problème non plus d'y aller. Ils se plaignent pas d'y aller donc, du coup, mais effectivement, le médecin soignant a espacé et le médecin coordonnateur ne contredit pas la chose, donc voilà » (CPIP).*

*« Pourtant, là j'en ai un que... moi je suis arrivée à [ville] en 2006 et je le suis depuis 2006. Je l'ai suivi en semi-liberté puis en libération conditionnelle, puis maintenant en suivi socio-judiciaire. Il a un suivi socio-judiciaire de 10 ans, sachant qu'il avait commencé avec une psy, dès le début de sa peine. Donc ça doit faire à peu près 15 ans qu'il est suivi et tout ça. Moi maintenant, je le vois plus que tous les 3 mois, parce que à un moment donné, voilà... Il bosse, il a une compagne, mais il continue à aller voir la psy de temps en temps, parce que le médecin coordonnateur en parle, mais ne fait jamais la démarche de dire » (CPIP).*

*« On devrait, à un moment donné, les rapports à six mois des experts, on devrait effectivement à un moment donné, là aussi tous autour de la table à un moment donné et de dire « faut arrêter. On va suspendre ». [...] On éteint et on suspend. [...] Puis moi, médecin coordonnateur, je vais le revoir dans six mois et pendant six mois, il est pas tenu d'aller voir son thérapeute. Déjà c'est quand même intéressant de savoir s'il va continuer d'y aller ou non, mais il n'est pas tenu. Je le revois dans six mois, et dans six mois, on refait une évaluation » (CPIP).*

Selon la personnalité des JAP et des CPIP, faire accepter l'espacement des consultations ne serait pas toujours évident, la tentation d'une ouverture de parapluie opérant tout au long de la mesure. Toutefois, quelques magistrats ont précisé comprendre une telle logique, qui leur a d'ailleurs été expliquée par les soignants du SMPR à l'occasion de rares réunions d'échanges d'informations. Ils sont par ailleurs conscients que la montée en charge du dispositif générera des difficultés croissantes de prises en charge si les services sanitaires ne se voient pas à l'avenir mieux dotés.

*« Mais les textes prévoient aussi qu'on puisse lever l'injonction. Tout le monde. C'est toujours l'ouverture de parapluie. Ou on commence à me dire que c'est du bricolage, où le JAP acceptait qu'il voie moins souvent le thérapeute, même éventuellement une fois par an » (Psychologue, SMPR).*

*« Ça pose aussi toute la question, à un moment donné, de la continuité de la prise en charge thérapeutique, c'est-à-dire qu'à un moment donné, il faut peut-être faire des pauses. Et la pause, comment faire passer au magistrat, même parfois au SPIP, l'idée que la pause, elle est un moment du lien thérapeutique, c'est-à-dire il fait partie de la thérapie. C'est pas qu'on s'arrête. On n'arrête pas la thérapie, elle fait partie du lien thérapeutique. Et ça, c'est plus complexe et plus compliqué » (CPIP).*

*« Je me souviens de monsieur [médecin coordonnateur] qui nous disait « Pour moi, il y a des gens au CD, que je rencontre régulièrement, ou même à l'extérieur, pour qui la thérapie, c'est de ne plus avoir de thérapie pendant deux ans ». Moi je m'exprimais pour et je disais « moi, ça me convient parfaitement ».*

<sup>636</sup> V. également Inspection générale des Affaires sociales et Inspection générale des services judiciaires, *Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soin*, 2011, 107 et s.

*Moi je comprends le type, au cours de l'instruction on lui dit « il faut voir un psy. Tu verras des experts ». Le détenu il voit un expert. Il en voit un. Après on lui dit « T'as un SSJ, tu vas revoir un psy ». Y en a marre des pys. Moi je pense que ça me sortirait des yeux aussi, surtout quand je considère que j'en n'ai pas besoin. Il faut le faire, il faut le faire et lui [le médecin coordonnateur], c'est de dire « moi, je fais une pause pendant deux ans et d'ailleurs, c'est très souvent profitable ». En fait, la thérapie imposée dans un premier temps et puis dire « on se donne une respiration. On se revoit dans 6 mois, dans 8 mois et puis on refait un point », ça permet de réenclencher des choses sur un autre mode opératoire. Et ça, c'était très intéressant d'entendre ce genre de choses. Eh ben, ce genre de discours, on le retrouve pas tel que dans les rapports des médecins coordonnateurs mais on a un petit peu ça, par rapport à l'adhésion, par rapport au progrès, par rapport à ce qu'il peut dire, par rapport à son évolution » (Magistrat du parquet).*

*« L'autre chose qui est déroutante, c'est la durée du suivi qui peut être extrêmement longue. Pour le moment, en gros, les très gros suivis, c'est les suivis cour d'Assises, pour lesquels on n'a pas encore suffisamment de recul en fait, parce que ce sont des gens qui sortent là, ces 3-4 dernières années grosso modo, qui sont concernés. Donc pour le moment, on va pas voir ce que ça donne les 20 prochaines années. On sait pas encore ce que ça donne, mais moi, il me semble que suivre – je sais pas ce que peuvent dire les médecins hein, c'est eux qui vont pouvoir le dire – mais suivre quelqu'un psychiatriquement, quelqu'un qui n'est pas malade vraiment sur des troubles de la personnalité, etc., pendant 20 ans, je sais pas ce que peut en dire un médecin. Je sais pas du tout si c'est possible, si ça a du sens, si ça a de l'intérêt si... voilà. Et judiciairement encore moins » (JAP).*

Si la plupart des acteurs judiciaires interrogés semblent comprendre et accepter ces pauses thérapeutiques, certains critiquent en revanche le refus des soignants d'en attester par écrit, ce qui n'est pas sans lien avec leur volonté de se protéger en cas de nouveau passage à l'acte, l'essentiel étant d'avoir dans le dossier des pièces justifiant que l'espacement du suivi n'est pas de leur fait, mais bien le résultat d'une décision prise par le thérapeute, qui devra dans le pire des cas s'en expliquer lui-même.

*« On a des messieurs qui ont des pauses thérapeutiques où là, c'est indiqué quand même. Parce qu'on voit bien des messieurs qui ont pris 20 ans. Moi je comprends. On fait pas forcément des soins pendant 20 ans. Est-ce que ça a un sens ? Sur les très longues peines, c'est un vrai... et je pense qu'il faut aussi que les médecins nous indiquent clairement... c'est pas suffisamment clair je trouve. Moi j'entends qu'il puisse y avoir, et le juge l'entend aussi, qu'il puisse y avoir des pauses thérapeutiques, mais il faut ramer pour avoir un papier du psy, qui dise « c'est une pause thérapeutique. On l'a choisie et on reprendra après ». Il faut à un moment donné, du souffle un peu, parce que ça a plus de sens après » (CPIP).*

*« Moi j'ai vu aussi des pys qui, dans le cadre d'une obligation de soins, avaient suivi la personne pendant un certain temps et ils faisaient une attestation, en disant que à ce stade, le suivi s'arrêtait. Mais dans le cadre d'une injonction de soin, j'ai l'impression que c'est beaucoup plus compliqué » (CPIP).*

## **Section 2- Les pratiques des médecins coordonnateurs : des passeurs de frontières ?**

Sur le plan juridique, la liste des médecins coordonnateurs est établie tous les trois ans par le procureur de la République après avis du conseil départemental de l'ordre des médecins et du directeur général de l'agence régionale de santé (art. R3711-1 CSP). Les psychiatres souhaitant figurer sur cette liste, éventuellement dans plusieurs ressorts judiciaires, doivent être inscrits à un tableau de l'ordre des médecins, exercer en qualité de spécialiste depuis au moins trois ans ou avoir exercé en qualité de spécialiste pendant au moins cinq ans, ne pas avoir de condamnation figurant au bulletin n° 2 du casier judiciaire ou fait l'objet de sanctions disciplinaires pour des agissements contraires à l'honneur, à la probité ou aux bonnes mœurs (art. R3711-3 CSP). Peuvent également être inscrits sur cette liste et sous les mêmes réserves, les médecins ayant suivi une formation, délivrée par une université ou par un organisme agréé de formation médicale continue, répondant aux conditions fixées par un arrêté du ministre de la Santé. Le médecin coordonnateur est désigné par une ordonnance du juge de l'application des peines (art. R3711-8 CSP). Depuis 2008, cette désignation doit intervenir, « dans la mesure du possible », avant la libération d'un condamné détenu. S'agissant des personnes condamnées à quinze ans de réclusion ou davantage, pour des crimes commis sur une victime mineure, d'assassinat ou de meurtre, de torture ou actes de barbarie, de viol, d'enlèvement ou de séquestration, cette nomination anticipée est

même obligatoire. Il ne peut en aucun cas s'agir du médecin traitant du condamné, ni d'un psychiatre ayant préalablement réalisé une expertise judiciaire à son sujet. Il ne peut devenir son médecin traitant par la suite, ni procéder à une expertise judiciaire ultérieure. Une fois nommé, le JAP lui adresse la copie des pièces de la procédure « utiles à l'exercice de sa mission » (art. R3711-10 CSP).

Les textes applicables lui confient plusieurs missions (art. L3711-1 CSP). Outre la détermination du psychiatre ou du psychologue traitant en accord avec le condamné, que nous avons abordé précédemment et sur laquelle nous ne reviendrons pas, il est chargé de conseiller le psychiatre ou psychologue traitant, du moins « *si celui-ci en fait la demande* ». Cette simple faculté vise à ne pas transformer le médecin coordonnateur en instance de contrôle du contenu des soins. Selon un avis du Bureau du Conseil national de l'Ordre des Médecins, publié en amont du vote de la loi de 1998, il ne doit pas être, « *notamment par le biais du partage d'informations, dans la situation d'un médecin contrôleur vis-à-vis du médecin traitant.* ». Il est également prévu qu'il collabore à « *la réalisation d'évaluations périodiques du dispositif de l'injonction de soin ainsi qu'à des actions de formation et d'étude* ». Sa tâche principale est bien évidemment de contrôler la bonne exécution de l'injonction de soin et de signaler tout manquement au juge de l'application des peines ou à l'agent de probation. Cet intermédiaire s'apparente dès lors à un « *porteur de frontières* » (« *boundary spanner* »), pour reprendre les termes de H.J. Steadman<sup>637</sup>, dont le rôle est de mettre en relation « *two or more systems whose goals and expectations are likely to be at least partially conflicting [...]. At each organizational boundary there is a person whose role it is both to interact with the other people inside their own organization and to negotiate system interchanges with another organization* ». Lorsque nous avons interrogé les différents professionnels sur l'intérêt et la plus-value de l'injonction de soin par rapport aux autres soins pénalement ordonnés, tous ont insisté sur l'introduction du médecin coordonnateur. Les soignants y voient un moyen d'exclure toute incursion judiciaire dans le soin, tandis que les acteurs judiciaires y voient au contraire un moyen d'accéder par son intermédiaire à davantage d'informations sur le déroulement du traitement (v. *supra*). Dès la création du dispositif en 1998, ces attentes se sont confrontées à la pénurie de médecins volontaires (§1), dont les pratiques et l'investissement varient localement (§2). À quelques exceptions, leurs relations avec les acteurs judiciaires sont ténues, limitées le plus souvent au signalement des condamnés défaillants (§3).

### **§1- La pénurie de médecins coordonnateurs investis**

Depuis 1998, de multiples rapports institutionnels ont souligné les difficultés de recrutement des médecins coordonnateurs, ce qui n'a pour autant jamais empêché l'extension régulière du champ d'application de la mesure. En 2007, le rapport de la Commission d'analyse et de suivi de la récidive présidée par J.-H. Robert recensait 90 médecins coordonnateurs pour 181 tribunaux de grande instance (TGI). Elle proposait en conséquence d'étendre le *numerus clausus* initialement fixé à 15 condamnés par médecin, d'autoriser les experts à suivre d'anciens expertisés et de revaloriser leurs indemnités, dont le montant était alors de 426€ bruts par personne suivie et par an. Suite à l'extension du champ d'application du SSJ en 2007, le ministre de la Justice augmenta à 20 le nombre maximum de personnes suivies par coordonnateur et porta l'indemnité annuelle à 700€ bruts<sup>638</sup>. Depuis 2003, du fait de l'absence de médecins coordonnateurs dans près de la moitié des juridictions, les textes prévoient également que le juge puisse désigner à titre provisoire et pour une durée qui ne peut excéder un an un médecin remplissant les conditions pour le devenir, après avoir préalablement recueilli son consentement et celui du procureur de la République (art. R3711-9 CSP). Alors que le nombre de SSJ prononcés a quadruplé entre 2000 et 2007, un rapport parlementaire soulignait en 2009 la persistance de la pénurie de médecins coordonnateurs, puisque 40 TGI et 17 départements en étaient encore dépourvus, certains se trouvant dès lors obligés de suivre une quarantaine de condamnés, bien au-delà du maximum prévu par les

<sup>637</sup> Steadman H. J., « Boundary Spanners: A Key Component for the Effective Interactions of the Justice and Mental Health Systems », *Law and Human Behavior*, 1992, vol. 16, no. 1, 77.

<sup>638</sup> Arrêté du 24 janvier 2008 pris pour l'application des articles R. 3711-8 et R. 3711-11 du code de la santé publique relatif aux médecins coordonnateurs.

textes<sup>639</sup>. Leur rôle d'interface était donc « *le plus souvent virtuel* ». E. Blanc notait ainsi qu'au TGI de Créteil, 20% des SSSJ n'avaient donné lieu à aucun rapport du médecin coordonnateur dans le délai légal d'un an, voire après deux ans pour certains. Il recommandait en conséquence la suppression du seuil de 20 condamnés ainsi qu'une nouvelle revalorisation de leur rémunération. En 2010, on ne recensait que 220 coordonnateurs, avec des disparités départementales très importantes : 16 départements et 32 tribunaux de grande instance étaient encore totalement dépourvus de coordonnateur<sup>640</sup>. On trouvait parmi eux 207 psychiatres (dont trois pédopsychiatres), essentiellement du secteur public, sept généralistes, deux médecins légistes, un médecin du sport, un sexologue, un cardiologue et un gastro-entérologue. Une quinzaine de départements ne disposait que d'un seul praticien, de sorte que certains suivaient plus de 70 condamnés, parfois après avoir réalisé des expertises à leur sujet malgré l'interdit textuel. Face à cette pénurie, la mission d'évaluation du dispositif insistait en 2011 sur l'inexécution de certaines mesures, évaluées à 15% de celles prononcées à Paris<sup>641</sup>. Elle estimait qu'une centaine de coordonnateurs supplémentaires serait nécessaire pour assurer le fonctionnement du dispositif dans les conditions prévues par le législateur. Elle invitait donc de nouveau à la suppression du plafond de mesures. « *En effet, si l'on considère qu'un patient réclame en moyenne trois à quatre heures de suivi annuel (consultation, coordination et tâches administratives incluses), en suivre une cinquantaine requiert quatre à cinq semaines de travail, ce qui peut être considéré comme compatible avec d'autres responsabilités et d'autres types de consultations (on sait qu'un psychiatre libéral reçoit en moyenne 354 patients par an, à raison de neuf fois par patient)* »<sup>642</sup>. Elle recommandait également d'autoriser les experts à assurer par la suite cette fonction pour un même condamné. « *Il semble à la mission, après qu'elle a entendu nombre de médecins exerçant les trois fonctions, que, pour un même patient, seule l'interdiction du cumul coordonnateur/traitant et celle de l'exercice successif des fonctions de coordonnateur puis d'expert doivent être conservées. La proximité des fonctions d'expert judiciaire puis de coordonnateur, chargé de procéder en quelque sorte à des expertises longitudinales du condamné, mérite en revanche d'être soulignée. La prise en charge initiale du patient par un coordonnateur qui l'a préalablement expertisé peut y gagner en pertinence et en rapidité* »<sup>643</sup>. Si cette dernière proposition n'a pas été retenue, un médecin coordonnateur peut désormais suivre simultanément soixante personnes<sup>644</sup>. Plus récemment, la loi de programmation relative à l'exécution des peines de mars 2012 dénombrait 237 médecins coordonnateurs au premier septembre 2011, toujours très inégalement répartis sur le territoire, 17 départements en étant encore dépourvus. La loi de programmation évaluait à 1 750 le nombre de mesures non exécutées en 2012, soit plus de 30% des injonctions en cours, et à 119 le nombre de médecins coordonnateurs supplémentaires nécessaires. Le législateur a dès lors introduit un « contrat d'engagement » pour susciter des vocations. Il permet aux internes en psychiatrie de bénéficier d'une rémunération supplémentaire lorsqu'ils acceptent de suivre une formation en sciences criminelles, en psychiatrie légale ou criminelle, en psychologie légale ou criminelle, relative à l'expertise judiciaire ou à la prévention de la récidive. Ils doivent par ailleurs s'engager pour une durée minimale de deux ans à intervenir auprès des personnes placées sous main de justice dans les ressorts manquant d'experts ou de médecins coordonnateurs (art. L. 632-7 du code de l'éducation).

Le département dans lequel nous avons réalisé la recherche ne se trouve pas à l'heure actuelle en situation de pénurie, huit psychiatres étant inscrits en 2016 dont la moitié située dans l'agglomération de l'étude. La situation n'en demeure pas moins tendue au regard du nombre de mesures prononcées, et surtout de l'afflux croissant de condamnés libérés. En effet, près de 70% des condamnés de notre échantillon ont été libérés à partir de 2010 (30,5% entre 2005 et 2010). Or, certains médecins coordonnateurs ont pris leur retraite, d'autres ont mis un terme à leur fonction ou ne souhaitent pas suivre jusqu'à 60 condamnés. L'un de ceux que nous avons interrogés en suit jusqu'à une quarantaine.

---

<sup>639</sup> Blanc E., *Rapport d'information n° 1811 sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes majeures placées sous main de justice*, Assemblée nationale, 2009.

<sup>640</sup> Inspection générale des Affaires sociales et Inspection générale des services judiciaires, *Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soin*, 2011, 57.

<sup>641</sup> *Ibid.*, 87.

<sup>642</sup> *Ibid.*, 88.

<sup>643</sup> *Ibid.*

<sup>644</sup> Arrêté du 24 janvier 2008, modifié en 2011, pris pour l'application des articles R. 3711-8 et R. 3711-11 du code de la santé publique relatif aux médecins coordonnateurs.

Comme au sujet des thérapeutes, nos dossiers révèlent de fréquents changements de médecins référents. On en trouve trace dans un tiers des dossiers des condamnés soumis à une injonction, plusieurs pour six condamnés (deux pour cinq d'entre eux, trois pour le sixième).

*« Et puis le travail des médecins coordonnateurs, y a aussi un... y a aussi des discussions pour... parce qu'eux ils disent « être médecin coordonnateur, c'est du travail ». C'est vraiment un rôle très particulier, parce qu'eux aussi ils vont rencontrer les condamnés, donc c'est une charge et certains ont dit « moi, je prendrai 8 ou 9 dossiers en tant que coordonnateur, pas plus ». [Y a assez de médecins coordonnateurs dans l'ensemble ?] Pour l'instant, oui je pense que ça va mais ffff... c'est très tenu tout ça. C'est bien parce qu'il y a quand même beaucoup de bonnes volontés. [Et il n'y a pas de difficultés pour trouver des thérapeutes aussi ?] Si, les mêmes que pour les médecins coordonnateurs. Tout est très tendu » (Magistrat du parquet).*

Confrontés au nombre insuffisant de médecins inscrits sur la liste locale, les JAP se trouvent régulièrement contraints de les orienter vers des coordonnateurs situés à une centaine de kilomètres de leurs domiciles, sinon davantage. Ces déplacements sont souvent mal vécus, *a fortiori* lorsque le condamné n'est pas en demande de soin. Ils sont coûteux pour ceux qui ont de très faibles revenus, qui n'ont pas nécessairement de véhicule et pour lesquels un trajet en train constitue une charge conséquente. Ceux qui parviennent à trouver un emploi doivent obtenir au moins une demi-journée de congé pour s'y déplacer, au risque que l'employeur, qui n'est pas nécessairement au fait de leur situation pénale, leur demande de s'en justifier. Ils vivent d'autant plus mal ces rendez-vous qu'ils ne comprennent pas toujours le sens de l'intervention du coordonnateur. Quelques psychiatres en font état dans leurs rapports annuels ou semestriels, mais leur mécontentement n'est pas perçu ou présenté comme légitime, du moins dans les extraits suivants, mais plutôt comme le signe d'une mauvaise volonté. Les médecins coordonnateurs nous ont toutefois indiqué en entretien s'adapter à leur situation socio-professionnelle bien souvent précaire, en acceptant le plus souvent avec souplesse un report de rendez-vous.

*« En plus, avec les complications liées au... parce que là, y en a pas mal de [ville de l'étude] qui vont à [autre ville située à une centaine de kilomètres], ou à [ville située à environ 80 kilomètres], donc c'est contre-productif au possible. [Des personnes qui ont des difficultés à se déplacer ?] Ben oui. Ça coûte de l'argent. Ils travaillent, ça leur prend du temps, ils sont obligés de poser des journées. Enfin, c'est difficile pour les gens de rajouter ça aux soins purs » (CPIP).*

« Il est toujours ponctuel aux rendez-vous, très courtois, voire obséquieux mais, lors des premiers entretiens, il m'informait d'une voix monocorde mais dans une revendication "appuyée" qu'il voulait changer de médecin coordonnateur à cause de la distance entre [son domicile] et [ville située à une centaine de kilomètres]. Ce discours revendicateur s'est ensuite déplacé sur d'autres sujets mais Mr... se positionnait à chaque fois comme "une victime"... » (Rapport du médecin coordonnateur, D26).

"Il est à noter qu'à deux reprises, Monsieur... ne s'est pas présenté à des rendez-vous programmés. Dès le premier entretien, Monsieur... qui avait eu beaucoup de difficultés à prendre contact avec un psychiatre, avait manifesté son hostilité aux rendez-vous que je lui proposais à [ville située à une centaine de kilomètres de son domicile]. Il argumentait ses faibles moyens financiers et ses difficultés à s'y rendre une fois par trimestre environ. De manière tout à fait contemporaine, Monsieur... a manqué de compliance auprès du Docteur... Tout au long de ces derniers 12 mois, il a donc cherché constamment à s'émanciper de la prise en charge avec le psychiatre traitant et des rendez-vous trimestriels avec moi-même » (Rapport du médecin coordonnateur, D37).

« Il aurait pu venir au RDV qu'il a fait annuler au prétexte qu'il serait à 200kms. [...] Il semble souvent faire montre d'une certaine inauthenticité » (Rapport du médecin coordonnateur, D76).

« Mr ne se rend pas au RDV du MC en évoquant ses difficultés financières pour se rendre à [ville citée à une centaine de kilomètres], habitant à ... . Il a repoussé à plusieurs reprises les RDV dans l'attente de percevoir les ASSEDIC » (Notes manuscrites du CPIP, D67).

*« Moi les justiciables, je leur dis... ils ont un besoin d'insertion « le boulot, si vous êtes au travail et qu'il y a un rendez-vous, vous prévenez, on se démerdera toujours pour trouver un moment où vous pourrez venir » (Psychiatre, médecin coordonnateur).*

*« La première fois, on les convoque. Après effectivement, moi je m'adapte à eux hein. C'est-à-dire que je prends en compte, ben, les gens qui travaillent. Là, clairement, le monsieur que j'ai vu tout à l'heure, il m'a dit « moi je bosse beaucoup, je finis tard ». « Pas de problème, j'ai une consult le mardi, qui finit super tard. À quelle heure vous finissez ? » « 18h 30 » « Nickel, j'ai pas fini, donc on peut se voir » (Psychiatre, médecin coordonnateur).*

Si l'augmentation des indemnités a fini par convaincre quelques nouveaux volontaires, les psychiatres qui acceptent cette charge ne seraient pas toujours formés aux spécificités des publics en question. Quelques praticiens précisent en tête de leurs rapports l'obtention de diplômes universitaires en médecine légale, psychiatrie criminelle, victimologie, criminologie, ou encore en droit pénal, souvent lorsqu'ils réalisent par ailleurs des missions d'expertise. Pour bon nombre de ceux qui ont assuré le suivi des condamnés de notre échantillon, nous ne disposons toutefois d'aucune information de ce genre. Cette exigence de formation semble d'autant plus essentielle que les textes incluent parmi les missions des médecins coordonnateurs une fonction d'évaluation, de conseil et d'appui des thérapeutes qui le souhaiteraient. Elle est d'autant plus promue par les magistrats qu'ils y voient un moyen d'améliorer la qualité des prises en charge thérapeutiques, mais aussi de s'assurer d'un interlocuteur mieux formé et partant plus sensible aux problématiques judiciaires.

*« Moi je trouve que la plus-value du médecin coordonnateur, elle est plutôt dans sa connaissance du système judiciaire. Plus que dans la connaissance de la pathologie du condamné ou plus que dans la connaissance du déroulement du suivi. Je pense qu'en fait, ce qui le... ce qui le... ce qui le démarque, c'est que, en cas de difficulté, il va pouvoir voir l'intérêt que ça peut avoir, pour l'intérêt... pour l'institution judiciaire. Il a un rôle d'alerte, voilà... Alors que nos médecins, l'ensemble des thérapeutes, vont pas forcément savoir quoi faire de cette mesure judiciaire. En tout cas eux, ils vont s'investir dans la relation avec le patient, parce que pour eux, c'est un patient avant tout, alors que justement, le médecin coordonnateur va garder en tête, que c'est un patient condamné, qui est soumis à un certain nombre d'obligations. [...] Pour moi non, le médecin coordonnateur, je m'attends pas forcément à ce qu'il soit plus... enfin, particulièrement au fait de ce qui se dit entre le soignant et le condamné. Je suis pas absolument persuadée qu'il soit au fait de voilà, du déroulement du suivi, des orientations qui sont prises. En revanche, lui il aura... il a... j'imagine, en tout cas, son titre fait qu'il a une... un lien particulier avec l'institution judiciaire et pour moi, c'est ça la plus-value. Le fait de pouvoir traduire ce qui se passe, en tout cas les informations qui... auprès du juge » (JAP).*

*« Puisque le médecin coordonnateur rencontre les personnes qui sont sous injonction de soin et je pense qu'ils sont peut-être... Je ne sais pas mais j'imagine qu'ils ont eu une formation quand même peut-être un peu particulière. [...] Normalement, voilà. Et qu'ils sont plus sensibilisés et qu'ils sont plus aptes à savoir, si l'intéressé suit vraiment. Parce que je pense que le conseiller d'insertion et de probation, il peut... il peut facilement se faire embarquer et pas pouvoir maîtriser grand-chose, à ce que lui raconte le probationnaire. Je pense que le médecin coordonnateur, il aura plus de facilités à détecter quelqu'un qui essaie de l'embobiner et il pourra peut-être faire remonter l'information au JAP » (Magistrat du siège).*

*« Y a une possibilité de former à la va vite, à l'arrache, des médecins. La loi le prévoit. Du coup, que des médecins non psychiatres, puissent faire fonction de médecin coordonnateur, avec des formations spécifiques et accélérées. Je pense qu'il faut être psychiatre, qu'il faut être clinicien, faut connaître la pathologie mentale, faut connaître les structures de soins, faut connaître la psychiatrie, faut connaître l'aide aux soins. Non mais, clairement et avoir un minimum de... euh... connaissances juridiques. Du coup, il faut être un peu polyvalent. Ce qu'est le médecin coordonnateur, c'est-à-dire qu'il faut... je pense que c'est difficile d'être médecin coordonnateur, si on ne comprend rien au droit pénal, et qu'on n'a aucune notion de droit pénal et d'organisation dans le système de la justice, parce que c'est un peu compliqué quand même. Je suis à peu près au clair mais j'ai besoin de piqures de rappel des fois (rires) » (Psychiatre, médecin coordonnateur).*

Si les avis ne sont pas unanimes, plusieurs des soignants interrogés se sont également dits en attente d'un tel appui du coordonnateur, d'échanges au-delà des seuls contacts en cas de difficultés avec le condamné. Ce soutien serait particulièrement nécessaire lorsque les suivis sont assurés par des praticiens libéraux plus isolés et/ou par des thérapeutes peu aguerris à ce type de prise en charge.

*« Et je disais d'accompagnement, parce que pour moi c'est vraiment aussi ce rôle de... c'est l'interface, mais par rapport aux soins, c'est le tiers aussi le médecin coordonnateur et il est très présent en arrière-plan des entretiens. C'est-à-dire que... et encore, on a cette chance quand on est dans le public, service public, d'être une équipe, a priori de travailler en équipe, donc de pouvoir, si ce n'est de parler avec les collègues, savoir que des collègues sont là, pas être dans une face à face unique. Quand je travaillais en libéral, le médecin coordonnateur avait une pertinence encore plus importante. Alors, c'est pas du côté de la crainte hein au sens de la dangerosité mais c'est vraiment du côté de l'échange, du côté de la perversion du champ, la perversion du champ pervers, le fait qu'il y ait un espace possible, pour que il y ait du sujet,*

*qu'on soit pas dans moi et l'autre à la fois. Le patient et le thérapeute, qui imagine le thérapeute et qui met le thérapeute à la place de penser comme lui et d'être comme lui » (Psychiatre, SMPR).*

*« Dans l'idéal pour moi, c'est vraiment une interface entre la santé et la justice. C'est un interlocuteur privilégié vers lequel on peut se tourner, soit pour obtenir les expertises mais pas que ; pour parler de la prise en charge, des difficultés, au-delà de la question de l'attestation, c'est celui aussi à qui on peut faire appel. Par exemple, pour un de mes patients pour lequel j'ai un déni des faits, j'ai appelé le médecin coordonnateur je lui ai dit « est-ce que tu peux lui faire une petite piqûre de rappel la prochaine fois que tu le vois, pour voir quels effets ça va faire dans le suivi, pour moi derrière après ? ». Ça reste malgré tout quelque part, un travail en équipe même si on n'est pas sur les mêmes places » (Psychologue, SMPR).*

*« Pour moi précisément, le coordonnateur, donc comme sa fonction l'indique, c'est la coordination. Donc en fait, c'est à la fois de veiller non seulement la mise en place de l'injonction de soin, du bon déroulement de celle-ci. Qu'elle puisse quand même apporter une certaine écoute à la personne, si elle rencontre des difficultés dans... elle-même, dans l'articulation santé/justice. Qu'effectivement, ça peut être une personne-ressource si on a des... des... soit des questions cliniques, soit des manquements, par exemple à des rendez-vous, quand on s'interroge » (Psychologue, SMPR).*

À défaut de véritables formations, tous les médecins coordonnateurs ne seraient pas en mesure de remplir ce rôle de conseil et peu le feraient en pratique, à quelques rares exceptions.

*« Après, y a le truc aussi... comment dire ça... ça fait un peu prétentieux de dire ça comme ça mais j'ose le dire : moi ça fait plus de 15 ans que je travaille avec ce public-là. Bon, je veux pas être dans une position plus haute mais quand je vois des coordonnateurs, que je connais par ailleurs, qu'ont pas du tout de clinique, ou de prise en charge des AVS, etc., même si on peut échanger sur d'autres choses, j'ai pas le réflexe de contacter le coordonnateur, pour discuter d'une clinique d'AVS, dont je connais le parcours, avec tout le respect que j'ai pour le coordonnateur. C'est pas du tout cette question-là, mais du coup, à un moment donné bon... [Ça va pas être sur conseil, ça sera uniquement sur l'angle, s'il y a des problèmes d'absence ?] Pour moi oui du coup. Après... » (Psychologue SMPR).*

*« Après, dans des situations plus compliquées, ou les sujets eux-mêmes complexes, ou des situations complexes, on a des échanges fréquents. Y en a plusieurs. J'ai en tête des sujets un petit peu compliqués, où régulièrement, j'ai des échanges avec les médecins, les thérapeutes, pour échanger. [Et même eux vous contactent ?] Ils peuvent appeler oui. [Et ça peut être pour quel type de questions ?] Souvent, ça peut être pour des conseils, entre guillemets. On tombe presque dans l'analyse de pratiques. Je pense que c'est plus... Ils peuvent m'utiliser mais de façon tout à fait adaptée, comme dans ce cadre-là presque, un peu. De pouvoir parler des difficultés qu'ils ont dans la prise en charge, des butées. Ça peut être aussi intéressant, de servir... à ça. [...] C'est dans l'esprit du texte et notre fonction, d'être vraiment une ressource, pour le médecin thérapeute » (Psychiatre, médecin coordonnateur).*

Croisés, nos entretiens donnent effectivement à voir de rares praticiens très investis dans la fonction, également présents ou intervenants à l'occasion des temps d'échanges ou des formations organisées par le CRIAVS, assurant parfois quelques heures de cours à la faculté de médecine. Ces médecins sont souvent cités en exemple, salués par les acteurs judiciaires comme par les soignants pour leur capacité à produire l'articulation santé-justice telle qu'eux-mêmes l'envisagent. Pour autant, d'autres psychiatres ne démontrent pas le même investissement, y compris dans les suivis individuels, au point de n'avoir parfois aucun contact avec les thérapeutes. Nous n'avons pas eu la possibilité de creuser cette question, faute d'avoir obtenu des entretiens auprès de ceux qui ont pu être cités, mais investiguer les caractéristiques de ces praticiens et les raisons pour lesquelles ils acceptent cette charge sans véritablement s'y investir, voire ne respectent pas les prévisions légales exigeant *a minima* un rendez-vous trimestriel, présenterait un grand intérêt. Leur existence est le seul argument qui amène à tempérer l'hypothèse d'une ouverture généralisée de parapluie, dès lors qu'ils semblent bien insensibles aux risques professionnels qu'ils encourent en cas de récidive médiatique d'un condamné placé sous leur contrôle.

*« Je pense que le vrai médecin coordonnateur, il me semble qu'il y en avait un certain nombre. Je sais pas ce que c'est devenu depuis parce que certains sont passés dans le privé, etc., y a eu plein de choses. Je pense que [ville] était plutôt privilégiée par rapport à d'autres lieux. Qu'il y avait aussi des grandes variations de prononcés d'injonction de soin, qui étaient peut-être liées aux moyens et qu'il y avait des*

zones totalement démunies, où il n'y avait plus rien, où tout le monde faisait tout, même dans la région, voilà... Je pense à la [département limitrophe] parce que j'ai l'impression qu'il y avait... le médecin expert et le médecin coordonnateur, c'était le même et... Quand vous pensez à un modèle, avec un soignant, un expert et un coordonnateur et que vous avez un département où il n'y a plus que deux psychiatres publics, vous vous dites... et que vous arrivez pour prêcher la bonne parole, il est étonnant qu'on ne reçoive pas des pierres ou des tomates ! C'est étonnant, parce que... ça aussi il faut intégrer ça. J'ai pas la réponse mais autant j'ai trouvé qu'il y avait des gens qui avaient des cultures, certains avaient des cultures, on va dire médico-psycho, de psychiatrie légale et de pathologie de l'agir, on va dire ça comme ça, autant la culture psychiatrique... J'ai mis beaucoup de temps à dire ça parce que dans mon temps, moi j'étais plutôt d'un optimisme, la réforme d'études médicales, la réforme n'a pas changé grand-chose et tout. C'est vrai pendant assez longtemps mais là... c'est un vieux con qui parle et qui a pris sa retraite, mais à la fin, j'étais un peu consterné quoi. Consterné par... [Et ils avaient des contacts fréquents ces médecins coordonnateurs avec les thérapeutes, les magistrats ?] Je serais tenté de répondre oui pour certains. Pour d'autres, j'étais inquiet quand je suis parti de... c'était lié au fait que ça manquait de médecin coordonnateur parfois, qu'on ait confié cette fonction-là, à des gens qui savaient même pas où ils habitaient. [Pourquoi ils ont accepté ?] Oui, ben c'est relativement... C'est pas mal payé, voilà » (Psychiatre, SMPR).

« La seule fois où j'ai pris mon téléphone pour appeler un JAP, c'est qu'il y avait un médecin coordonnateur, qui clairement ne faisait pas son boulot et qui avait jamais pris contact avec moi. J'avais jamais signé l'engagement que prévoit la loi, comme quoi j'étais ok, etc. Y avait jamais eu aucun contact. Donc moi, j'étais censée m'adresser au médecin coordonnateur, sauf que je connaissais son nom, juste parce que le patient l'avait vu 2 ans avant. Bref, un médecin coordonnateur totalement défaillant, ce que je trouvais scandaleux, pas vis-à-vis de moi mais vis-à-vis de la personne qui était censée avoir cet accompagnement. Donc j'ai appelé une JAP que je connaissais, parce qu'on s'étaient croisées, je sais plus, à la maison d'arrêt dans des réunions. Donc je l'avais appelée elle, parce que je la connaissais. Je ne savais pas qui avait la mesure, mais en lui disant « et je fais quoi moi, dans une telle circonstance ? Le médecin coordonnateur était aux abonnés absents. Donc elle m'avait informée, je dirais d'une manière générale. Elle s'était largement saisi de la situation, puisque ce médecin coordonnateur n'a plus sévi après mais voilà, moi j'avais appelé quelqu'un pour avoir des conseils de comment on se dépatouillait, mais pas pour la situation précise de ce patient » (Psychologue, SMPR).

« Moi, y a des injonctions de soins où je sais même pas qu'il y a un coordonnateur en fait, par le coordonnateur lui-même. Je le sais, parce que c'est le patient qui me le dit « Au fait, j'ai vu un coordonnateur ». Il y a des coordonnateurs qui ne se sont jamais manifestés, de tout le temps de l'injonction de soin. Donc qui vérifient même pas... Ils vérifient peut-être à travers le patient, ou le SPIP. Je sais pas comment ils font, en tout cas, moi je n'ai même pas signé l'engagement. Pas plus tard là, j'ai signifié à une personne « tiens, y a le coordonnateur qui me demande une attestation » « Ah bon ? Qui ça ? ». Je suis pas engagé dans l'injonction de soin. En quoi, à un moment donné... je ne sais pas directement la nomination du coordonnateur. Alors, même si on se croise, on se connaît, à un moment donné, y a aussi une façon de parler, y a des règles. [...] En plus, là précisément, ça m'agace un peu parce que je considère que la situation-là il doit y avoir justement une attention particulière du côté du cadre et donc du coup, ce que je dis à la personne, c'est que pour le moment, moi j'ai pas de coordonnateur qui a pris contact auprès de moi. Par contre, il faut qu'il entende que s'il y a un souci, du coup, c'est directement le JAP, voire le SPIP. Faut pas non plus qu'il pense pour autant que... Mais y a aussi tout un dispositif et même s'il paraît être... voilà, un peu rigide, mais c'est important que les choses soient nommées. Y a des textes, c'est pas pour rien. On exige des choses des patients, etc. Donc y a ça au niveau des coordonnateurs. Après bon, le biais, c'est qu'on se connaît aussi donc des fois, on se rencontre sur d'autres lieux, donc on peut discuter rapidement. [Oui mais alors, comment vous faites. Ne le connaissant pas, ne sachant pas qui il est, vous avez un patient, un rendez-vous, deux rendez-vous, trois rendez-vous et il vient pas ?] C'est le JAP. [...] Et puis quand il n'y en n'a pas [de médecin coordonnateur], si j'ai connaissance du nom du CIP, quel qu'il soit, même s'il est contrôlant ou s'il est plus sur un versant social, etc., peu importe, je viens signifier ces choses dans le... Et puis autrement, c'est le JAP. Moi, ça m'est jamais... pour le moment, ça m'est jamais arrivé d'aller jusqu'au JAP. [En 15 ans de carrière] J'ai jamais eu moi. J'ai jamais eu à appeler le SPIP ou le JAP, à être dans ces démarches-là » (Psychologue, SMPR).

« Enfin, vu les conditions, comment... comment dire, vu le peu de communication. Quand on vous envoie quelqu'un, et le peu de suivi qu'il y a, le peu de contact, le peu d'info qu'on vous donne, je me demande à quoi sert l'intervention. [L'objectif c'était avec le médecin coordonnateur, plus de communication, etc. et au fond, ça pour vous, c'est pas là finalement ?] Du tout, du tout. Moi, les quelques fois où j'ai eu des cas, je me suis sentie très isolée. [...] À l'époque où ça a été mis en place, j'ai vu, j'ai regardé ce que serait...

*et je me souviens, j'étais à ... à l'époque, je me disais « ah très bien ! Un interlocuteur, voilà quelqu'un qui va... ». Et puis, euh... et puis rien. Rien du tout. C'est-à-dire, pas de rencontres d'organisées et là encore, pas d'info. Donc je sais qu'il y a un médecin coordonnateur quelque part, mais je ne sais pas si je peux le solliciter, je ne sais pas... Je ne le vois pas se manifester non plus. Je ne sais pas ce qu'il coordonne. Il y a des entités là oui, qui existent mais... [Et donc vous n'avez jamais été, quand il vous est arrivé de prendre en charge ce type de public, d'être contactée par le médecin coordonnateur ?] Non pas une fois. Non, jamais. [Et qu'est-ce que vous en attendriez d'un médecin coordonnateur si vous aviez des rapports réguliers ?] Eh bien... ben justement, qu'il me sollicite déjà d'une part, et puis avant tout, qu'on échange sur... qu'il donne des infos, qu'on échange sur ce qu'il peut se faire, sur ce qu'il souhaite sur cette coordination, comment il... comment il la conçoit, comment il la mène. À [autre ville], c'était le docteur... donc qui était médecin coordinatrice. Euh... moi j'ai tenté de la rencontrer mais non, ça n'a pas été possible. [Et quand vous dites échanger, c'est échanger plutôt sur le cadre, ou même potentiellement, sur je dirais, vraiment le suivi thérapeutique, que mettre en place, etc. ?] Bien sûr, oui, oui, oui. Toujours dans cette idée de travailler voilà, autour, avec » (Psychologue, expert).*

En toute hypothèse, les professionnels insistent sur la nécessité de laisser ce type de mission à la seule charge de médecins et, pour la plupart des soignants interrogés, à des médecins psychiatres. Si quelques-uns les jugent visiblement plus compétents que les psychologues, ce n'est pas l'argument essentiel qui justifie cette situation de monopole. En l'absence d'intervention d'un médecin, les praticiens se retrouveraient de nouveau confrontés aux difficultés posées par le secret médical, sans compter que les psychiatres thérapeutes n'accepteraient pas nécessairement de dévoiler des informations à un psychologue. Un soignant interrogé note à l'inverse que certains psychologues refuseraient d'adhérer au dispositif à cause du statut de médecin du coordonnateur, sur la base de débats portant sur la paramédicalisation, de pratiques thérapeutiques et de conceptions du soin différentes. Ceux-ci défendent alors l'hypothèse d'un psychologue coordonnateur.

*« [Certains disent qu'on pourrait aussi confier cette fonction de médecin coordonnateur à des psychologues. Il n'y aurait pas forcément besoin que ce soient des médecins...] Non mais, ils vont se heurter au secret médical. Si c'est un médecin coordonnateur, c'est bien la qualité de médecin qui fait que il peut obtenir, des éléments que n'obtiendrait pas un conseiller de probation ou un psychologue. Donc à mon avis, on va se heurter à la même difficulté. C'est pas qu'ils soient pas compétents pour apprécier un certain nombre de choses mais [...] je doute qu'un médecin psychiatre thérapeute, accepte de donner des éléments à un psychologue » (Magistrat du siège).*

*« [Est-ce que le fait que ce soit un médecin, qui assure cette fonction de coordination, c'est quelque chose d'important ?] Oui [Pourquoi ?] Parce que... ben, euh, si le médecin coordonnateur il est n'est psychiatre, c'est difficile pour lui de pouvoir juger de l'efficacité du suivi » (CPIP).*

*« Connaissant les médecins, c'est un corps particulier on va dire. Y a beaucoup de... Je vais tacler mais y a beaucoup d'ego chez les psychiatres et tout ça, et je pense que s'ils avaient pas quelqu'un qu'ils estiment à leur niveau, en l'occurrence un autre psychiatre, ils ne prendraient pas ça » (CPIP).*

## **§2- Des pratiques diversifiées**

Lors d'un entretien, l'un des médecins coordonnateurs a qualifié sa mission de « *facilitateur de prise en charge* », au service de l'ensemble des intervenants comme du condamné lui-même.

*« Plus précisément, c'est la place du médecin coordonnateur, qui est au centre, qui fait vivre la mesure et qui crée du lien, c'est le but de sa fonction, articule, crée du lien, peut se mettre en relation avec le SPIP, avec le thérapeute, avec le juge. Enfin, moi je le vois comme quelqu'un qui peut faire vivre la mesure quoi. Faire dépasser les barrières, barrages, résistances. [...] J'avais trouvé ce mot-là un jour, je dirais facilitateur de prise en charge [...]. Pour moi, le médecin coordonnateur, c'est celui qui reste à disposition de tout le monde déjà. Enfin, c'est l'élément central. C'est celui qui est au milieu du dispositif, que tout le monde peut saisir. Du coup, quand je suis nommé, je me fais connaître auprès [du] sujet bien sûr, mais du thérapeute, du SPIP. Clairement je dis « vous pouvez me joindre à tout moment, m'interpeller à tout moment, moi je suis là pour ça » (Psychiatre, médecin coordonnateur).*

La lecture des rapports figurant dans les dossiers, comme les entretiens que nous avons réalisés, révèlent toutefois une grande diversité des pratiques.

*« Les médecins coordonnateurs, ben, fffff, ils sont... ils sont pas euh... ils sont pas déçonnants, je trouve pas moi. Ils sont différents. Ils ont des postures vraiment très différentes » (Psychologue, thérapeute).*

Les magistrats, comme l'agence régionale de santé, ne semblent pas spécialement viser une harmonisation ou la diffusion de « bonnes pratiques ». Les médecins coordonnateurs ne sont pas nécessairement en relation sur un même site, encore moins au niveau régional ou national, si ce n'est occasionnellement par le truchement de manifestations (colloques, formations, etc.) organisées par des CRIAVS et leur fédération, des associations comme l'ARTAAS, des compagnies d'experts, etc. Localement, ni les magistrats ni l'ARS n'auraient pris l'initiative de les réunir, par exemple pour présenter aux nouvelles recrues les attentes judiciaires sur le plan des contrôles, pour construire un protocole de signalement ou définir le contenu des rapports. Ils n'auraient pas davantage de retours sur la satisfaction des magistrats en question, à l'exception de très rares échanges initiés à l'initiative du CRIAVS. De leur côté, les juges d'application des peines ne se sentent guère en droit d'imposer des manières de faire au médecin, ce qui expliquerait l'absence de « consignes » ou, *a minima*, d'informations plus précises sur leurs attentes.

*« Alors, c'est un boulot que je ne connaissais absolument pas. J'y suis venu un peu... C'est le procureur qui était venu faire une intervention et j'avais un collègue qui en faisait et qui m'a dit « si, c'est intéressant », et donc c'est comme ça que je me suis retrouvé inscrit, parce qu'il cherchait des gens pour faire la jonction. J'avais envoyé ma candidature et puis (rires) ça a tout de suite été retenu, on va dire ça comme ça. Donc c'est un boulot que je ne connaissais absolument pas et qu'on découvre par tâtonnements au début. C'est-à-dire qu'on nous a pas... moi, on m'a pas appris. On m'a pas dit « vous êtes sur la liste donc on va vous réunir, tous les médecins coordonnateurs et puis on va vous apprendre ce que vous allez devoir faire ». Ça, j'ai pas eu ça ! [Y a même pas d'instance entre médecins coordonnateurs ?] Non, le CRIAVS de temps en temps, fait des réunions. On écoute un peu ce que les juges demandent, mais ça reste là. Donc c'est un peu... on fait comme on pense que ça doit être fait, franchement, mais on m'a pas appris ce que c'était réellement qu'un médecin... [...] Je ne sais absolument pas, après 7 ans de fonctionnement, je ne sais pas si ça leur va ou pas. [Y a aucun retour ?] Rien ! Le seul retour que j'ai (éclate de rire), ça va vous paraître bizarre, c'est qu'il signe ma note d'honoraires. Tous les ans, j'envoie, par justiciable, un rapport avec la note d'honoraires. Parce que je suis payé par l'ARS. C'est pas la justice qui paie, c'est l'ARS. Et donc l'ARS me dit « pour que je vous paie, il faut que votre note d'honoraires soit validée par le juge ». Donc tant que ma note d'honoraires n'est pas validée par le juge, je peux pas me faire payer par l'ARS. C'est une fois par an, c'est le rituel. Ce qu'on est en train de faire en ce moment, récupérer les notes d'honoraires, c'est un peu galère. Il en manque toujours deux ou trois, donc on râle. Donc le seul retour que j'ai, c'est la signature du juge, sur la note d'honoraires. [Y a jamais eu de discussion sur... ?] La seule fois où il y a des discussions, c'est quand j'alerte le juge. J'envoie un courrier, en disant « je suis inquiet, je pense que ça serait bien que vous le voyiez ». Donc j'apprends qu'il a été vu, quelquefois le SPIP m'envoie éventuellement un rapport et puis c'est tout hein. [Vous disiez que c'est l'ARS qui vous rémunère, mais l'ARS ne fait pas non plus, vis-à-vis des médecins coordonnateurs, un travail d'explication ?] Non, non, l'ARS, rien du tout. Moi, une fois par an, j'ai le message de l'ARS disant « attention, il faut que vous envoyez vos notes validées par le juge de l'application des peines à telle date, si vous voulez être rémunéré » pour le travail que l'on fait. Bon ben, voilà. Donc on reçoit une fois par an, un bulletin de paie de l'ARS, ça se résume à ça. [Y a pas eu de mise en place, au niveau national, de formations pour les médecins coordonnateurs ?] J'en n'ai jamais vu passer. [Et vous n'avez pas d'obligation de formation spécifique ?] J'en ai jamais eu. J'ai été nommé. D'ailleurs, quand vous voyez les nominations, on est sur une liste. On nous a demandé si on voulait y être moi j'ai mis mais rien... [Donc on n'a même pas fait un petit guide, le guide du médecin coordonnateur ?] Le CRIAVS avait essayé... nous avait donné des trucs mais non, non, on n'a rien de... Quelquefois je dis y a peut-être des nouvelles façons de faire, mais nous, on n'est pas au courant. Franchement, je vais pas chercher non plus. C'est-à-dire que je ne suis pas dans une démarche de « est-ce que ça a changé ? ». [...] Tant qu'on me dit rien, et tant qu'a priori, ça a l'air d'aller, ben on continue comme ça mais (éclat de rire) ... [...] Franchement, je vous le disais, je ne sais pas si ce que je leur envoie leur va. Je suppose que oui, parce qu'ils continuent à m'adresser des dossiers, donc je suppose que ça leur va mais j'en sais strictement rien » (Psychiatre, médecin coordonnateur).*

*« [Et il y a un protocole éventuellement avec les médecins coordonnateurs ?] Avec les médecins coordonnateurs non, pas ici, pas ici. C'est compliqué de donner des instructions à un médecin, pour un juge. Non mais vraiment. Autant avec le SPIP, on a des protocoles, on a des instructions, qu'il faut qu'on fasse d'ailleurs, mais bon bref, c'est un peu structuré. Mais moi, je serais hyper mal à l'aise de donner des instructions à un médecin » (JAP).*

Une fois nommé, le médecin coordonnateur doit convoquer la personne soumise à une injonction de soin dès le mois suivant (R61 CPP), pour un entretien au cours duquel il lui fait part des modalités d'exécution de cette mesure et l'invite à choisir un médecin ou psychologue traitant (art. R3711-12 et R3711-17-1 CSP). Une fois l'accord de ce dernier obtenu, le médecin coordonnateur lui transmet les pièces du dossier (jugement, réquisitoire, décision de renvoi et expertises ; art. L3711-2 CSP). En parallèle du suivi thérapeutique, il doit convoquer la personne au moins une fois par trimestre pour réaliser un bilan de sa situation (art. R3711-21 du CSP). Il doit également transmettre au JAP un rapport annuel comportant *« tous les éléments nécessaires au contrôle du respect de l'injonction de soin »*, biennuel lorsque la personne a été condamnée pour un crime mentionné à l'article 706-53-13 du code de procédure pénale (art. R3711-21 du CSP). Ce rapport *« dresse un bilan précis de la mise en œuvre de l'injonction de soin. Le cas échéant, il comporte des éléments d'appréciation sur l'évolution de la personne au regard de son besoin de soins ainsi que des propositions sur les modalités de poursuite de la mesure »* (art. R3711-21 du CSP). Ces missions le placent dans une position incertaine entre expert et thérapeute (A). Leurs modes relationnels avec les soignants et les condamnés sont divers. Il en va de même concernant la forme et le contenu de leurs rapports annuels ou semestriels (B).

#### **A- Une position incertaine entre expert et thérapeute**

Nous étudierons dans un premier temps les modalités de leurs échanges avec les condamnés (1), puis les contacts pris avec les soignants en vue de la rédaction des rapports d'évaluation adressés au JAP (2).

##### **1- Les relations avec le condamné**

Une fois nommé, les codes de procédure pénale et de la santé publique disposent que le médecin coordonnateur doit convoquer le condamné dans les trente jours (art. R61 CPP), pour un entretien au cours duquel il doit lui faire part des modalités d'exécution de la mesure et l'inviter à choisir un médecin ou psychologue traitant (art. R3711-12 et R3711-17-1 CSP). Selon les coordonnateurs interrogés, ils expliquent leur mission, en insistant sur le fait que bien qu'auxiliaires de justice, aucune information couverte par le secret médical ne sera transmise aux autorités judiciaires, sauf les cas prévus par la loi. Dans un avis préalable à l'adoption de la loi de 1998, publié le 29 septembre 1997, le Bureau du Conseil national de l'Ordre des Médecins indiquait en effet que *« Si on peut admettre un certain partage du secret des informations concernant la personne condamnée, son traitement et l'évolution de son état entre le médecin traitant et le médecin coordonnateur, il est indispensable d'avoir la garantie que ce dernier ne sera tenu de transmettre au juge d'application des peines que des conclusions " administratives " sans indiquer les raisons d'ordre médical qui les motivent »*. À l'instar des JAP et des CPIP (v. *infra*), ils rappellent dans un premier temps les obligations à la charge du condamné en ce qui concerne le respect des convocations auprès de lui et son assiduité aux consultations du thérapeute, sa mission de contrôle et d'évaluation, sinon d'alerte en cas de manquement.

« Pour cette première année de suivi, nous lui avons rappelé le cadre de son suivi socio-judiciaire, notre fonction, nos devoirs et les siens » (Rapport du médecin coordonnateur, D51).

« Ce premier entretien aura avant tout pour but de formaliser et de rappeler au sujet la réalité de l'injonction, de lui réexpliquer le cadre du dispositif ainsi que l'importance du respect de l'ensemble de ces dispositions » (Rapport du médecin coordonnateur, D33).

*« Parce que, je précise bien au justiciable, que moi je ne vais pas transmettre au juge de l'application des peines, les éléments de registre psychiatrique, médical. Ce n'est pas ce que me demande le juge. Il me demande comment ça évolue de façon favorable ou pas. Alors, il m'arrive de dire qu'il a une intégration de la culpabilité intéressante, y a le respect des règles qu'il ne faisait pas avant. Ça je souligne. Par contre, qu'il ait pu réfléchir sur comment il a pu arriver à violer untel, untel, ça le regarde pas le juge. Et le*

*thérapeute m'informe. Une fois par an, on fait le point, comment ça évolue et ça reste là. Et moi je m'engage auprès du justiciable « ça restera comme ça » (Psychiatre, médecin coordonnateur).*

*« Et puis, vis-à-vis du sujet, je pense que c'est aussi un rappel du cadre, de la loi. Je prends beaucoup de temps, surtout au début, avec les gens, pour leur rappeler à quoi ils ont été condamnés. Qu'est-ce que c'est qu'un suivi socio-judiciaire, qu'est-ce que c'est qu'une injonction, à quoi je vais servir. Enfin, j'essaie de décrire tout le processus et le cadre. [Et ils arrivent à faire la distinction entre expert, médecin coordonnateur et traitant ?] Oui. Oui, ça me paraît... oui. Oui, les gens font clairement la part des choses » (Psychiatre, médecin coordonnateur).*

Ces explications seraient d'autant plus nécessaires qu'un certain nombre de condamnés peine en réalité à percevoir le rôle exact du médecin coordonnateur parmi les multiples interlocuteurs qu'ils ont à rencontrer, notamment ce qui le différencie d'un thérapeute.

*« Souvent, ils sont plutôt satisfaits de ce qui s'y passe et tout ça, avec parfois, comme je disais tout à l'heure, une confusion sur la dimension suivi ou qui, tout d'un coup, oublient qu'il y a un rapport qui peut être rédigé par le médecin coordonnateur, où c'est pas hyper clair dans leur tête. Et moi j'aime bien que les choses soient claires pour les gens en fait. Qu'ils cernent bien les espaces en fait, pour qu'il y ait pas de confusion » (CPIP).*

« Pendant ces premiers mois, les troubles de la compréhension importants vont nécessiter de ma part des recadrages très précis par son incapacité à comprendre mon rôle de médecin coordonnateur, rôle de surveillance et de coordination » (Rapport du médecin coordonnateur, D95).

Certains le perçoivent comme un thérapeute « bis », oubliant parfois qu'il est chargé d'établir chaque année un rapport d'évaluation adressé au JAP, d'autant qu'ils n'en sont pas destinataires. D'autres l'assimilent au contraire à un contrôleur qui ferait doublon avec le CPIP.

*« Eux, ils ont parfois du mal à faire la différence. [Faire la différence entre ?] Entre le médecin coordonnateur et le médecin soignant. [...] Mais je crois aussi, parce qu'il doit y avoir des médecins coordonnateurs qui... qui... enfin, qui travaillent comme ils travaillent d'habitude avec les gens quoi. Enfin qui parlent... qui les font parler de la même manière ou je sais pas... enfin. Donc du coup, le type il a pas l'impression qu'il y ait une différence. [Et dans ces cas-là, qu'est-ce que vous leur dites aux personnes que vous suivez quand elles... ?] Ben, je leur explique, mais... (rire), je leur explique mais y en a, pour qui ça reste pas très clair » (CPIP).*

*« Eux, ils ont du mal à repérer le sens d'un médecin coordonnateur. Ils comprennent pas. Ils ont l'impression... ils disent, c'est un doublon du SPIP, ce qui revient très souvent « c'est un doublon du SPIP, à quoi il sert ? », et au fond, même s'il note, il fait un rapport, ils n'ont pas connaissance du rapport » (Psychologue SMPR).*

*« Ce qui veut dire que le condamné doit avoir du mal à saisir la différence lorsqu'il est convoqué par l'un ou convoqué par l'autre. Il faudrait pas que la différence la plus palpable pour lui, soit plus souvent chez l'un que chez l'autre » (Magistrat du siège).*

*« Après, la prise en charge, j'essaie de leur expliquer la différence entre le médecin coordonnateur et le médecin chargé du suivi, parce que des fois, c'est pas si clair que ça dans leur tête » (CPIP).*

« Il déclare se sentir plus à l'aise pendant les entretiens. Lors des premières consultations, il éprouvait le sentiment d'être "en garde à vue" » (Rapport du CPIP, D35).

« Mr ... nous a fait part d'un réel blocage avec le médecin coordonnateur. "J'aimerais lui dire des choses mais je me bloque, je n'ai pas confiance, j'ai peur qu'il retourne les choses contre moi » (Rapport semestriel du CPIP, D55).

« Mr a su exprimer que les consultations avec le Dr ... [médecin coordonnateur] étaient pénibles pour lui. Outre le fait de se rendre à ..., il exprime ressentir le poids d'un jugement plus que d'un écoute. Il lui a été rappelé la particularité du positionnement du médecin coordonnateur et son rôle » (Rapport semestriel du CPIP, D62).

Dans certains cas, les rapports entre le condamné et son médecin coordonnateur ne seraient pas si différents des liens établis avec un thérapeute, surtout dans l'hypothèse de suivis socio-judiciaires de longues durées, la personne s'exprimant alors amplement sur son état psychique, ses difficultés sur un plan socio-économique ou affectif, etc.

« Il utilise d'ailleurs le cadre de ces entretiens plus comme des consultations psychiatriques que des entretiens de contrôle. Il y exprime souvent son mal-être lié à sa solitude et à ses revenus limités, et me fait part de son besoin d'être aimé. L'humeur est toujours fluctuante et dépressible. Ces difficultés sont sans doute majorées par une consommation régulière de toxiques qui augmentent sa morosité » (Rapport du médecin coordonnateur, D4).

*« [Par rapport au médecin traitant, vous allez quand même leur poser des questions sur leur état ? Est-ce que c'est comme un rendez-vous avec un traitant ? Qu'est-ce qui différencie les choses ?] Oui, c'est vrai que des fois... Ça, c'est une super question. Non mais elle est pas simple. Je pense que ma réponse va pas être simple. Euh... parce que je pense qu'on peut euh... alors, quand même, si je me base par rapport à des suivis que je peux avoir, c'est pas pareil. On n'est pas dans une... et puis, on se voit tous les 3 mois, donc le touchant de cette fonction-là, c'est de la discontinuité mais mine de rien, apparaît avec le temps, une sacrée continuité. Notamment quand les gens ont été condamnés à 4 ans, 5 ans, 6 ans, 7 ans. Y a des gens-là, que je vois... oui, depuis 6-7-8 ans. Donc, ça crée des liens, 4 fois par an, ça crée quand même des liens et c'est là où je me rends compte, d'où votre question qui est hyper intéressante, qu'on finit par tisser des liens qui vont un peu s'approcher des liens qu'on pourrait avoir avec des patients, entre guillemets, ordinaires en tant que thérapeute. C'est-à-dire que naît derrière, ça c'est incroyable mais c'est inhérent à toute relation humaine, il y a des éléments transférentiels, qui apparaissent et qui naissent avec le temps forcément. Ça apparaît avec beaucoup plus de temps que dans une relation ordinaire où on peut voir quelqu'un toutes les semaines, où le transfert va vite s'installer. Mais j'ai toujours été... bon, c'est un cas, il est pas généralisable mais humainement, ça m'avait vachement ému, d'un monsieur qui avait été retrouvé dans un état pitoyable, quasiment mort à son domicile, emmené par le SAMU aux urgences et le seul nom qu'il a pu donner, c'est le mien. C'est un monsieur que j'avais particulièrement investi et il me l'avait bien rendu mais il a pas donné... Il avait deux sœurs, pas très loin [...], son thérapeute c'était [nom du psychiatre], qui l'avait très investi. Le premier nom qu'il a donné, c'est le mien. Ça m'avait super touché. Mais bon, il avait bien vu que j'étais pas indifférent à sa situation » (Psychiatre, médecin coordonnateur).*

La confusion ne peut que croître dans l'hypothèse d'un espacement du suivi au fil du temps, le médecin coordonnateur les recevant alors quasiment aussi souvent que le thérapeute lui-même. Certains coordonnateurs, certes minoritaires, convoquent par ailleurs les condamnés plus de quatre fois par an, au point de les rencontrer plus souvent que le psychiatre ou psychologue traitant. Dans les premiers rapports des médecins coordonnateurs de notre échantillon, nous avons ainsi trouvé la mention de huit rendez-vous dans un dossier, six dans deux dossiers, cinq dans dix autres. Dans leurs derniers rapports annuels, nous avons également identifié sept rendez-vous dans un dossier, six dans deux dossiers, cinq dans cinq dossiers. Il s'agit fréquemment du même médecin coordonnateur, au sujet de condamnés qui ne semblent pourtant pas présenter, à la lecture du dossier, une dangerosité plus manifeste, ou plus fréquemment absents aux consultations de leurs thérapeutes. Dans un cas, une situation de vulnérabilité particulière apparaît cependant, dès lors que le condamné avait tenté pour la seconde fois de mettre fin à ses jours suite à la perte d'un emploi. Dans une autre hypothèse, il s'agissait d'un condamné psychotique qui se trouvait proche d'une véritable rupture de soin.

« Nous avons expliqué à Mr... qu'il doit respecter la fréquence des injections de neuroleptiques proposées par son thérapeute soit toutes les trois semaines. Il objecte qu'il se sent lourd dans son corps, mais l'esprit reste vif, ce que nous lui soulignons. Il accepte finalement de se montrer compliant et même d'envisager de reprendre sa participation à l'ergothérapie ». Le médecin renvoie à un courrier de la psychiatre traitante qui souligne que le condamné « tente depuis 2 à 3 mois de retrouver une position de toute puissance pour décider du traitement qu'il souhaiterait mensuel et non pas toutes les trois semaines. Il espace ainsi les injections en esquivant les RDV psychiatriques préalables (se présente lors d'un jour férié ou à un horaire où il sait que l'infirmier de garde ne peut être appelé). L'équipe soignante doit donc en permanence maintenir la vigilance nécessaire pour résister à ses attaques du cadre de soins. Ce dernier doit rester extrêmement ferme ». Dans son courrier, celle-ci indique « ce cadre judiciaire nous permet de travailler plus librement avec lui, lui renvoyer pas exemple son intérêt ou pas quant à l'accompagnement soignant possible [...]. Au fil des années, nous constatons sa sensibilité particulière à la mesure judiciaire de contrainte de soins au regard de laquelle les mesures administratives de contrainte de soins ont finalement très peu de poids dans ses représentations psychiques. En conclusion, la garantie qui nous apparaît la plus efficace afin que Mr... s'investisse *a minima* dans des soins correspond à la mesure judiciaire d'injonctions de soins. Nous demandons à ce qu'elle puisse être maintenue dans le long terme. L'injonction de soin soutient par ailleurs l'équipe soignante pour porter un cadre thérapeutique devant être extrêmement ferme au regard des antécédents de passages à l'acte du patient ». Dans son rapport, le médecin coordonnateur indique que « Mr... présente une maladie mentale chronique qui nécessite un suivi thérapeutique régulier. Au vu de son anamnèse, le cadre du SSJ aide à maintenir M dans ce cadre de soins nécessaires » (Rapport du médecin coordonnateur, D64).

« Alors nous, on est contraints par l'ordonnance, à les voir tous les trimestres, donc ça on maintient, mais quelques fois, y en a certains, je veux les voir aussi souvent que le thérapeute, mais ils vont bien. [Certains, vous les voyez aussi souvent que les thérapeutes ?] Ben oui, une fois tous les trois mois, je les vois aussi souvent qu'eux. Vous savez, sur les suivis de plusieurs années, on devient l'un des référents... [Essentiel ?] Ah oui, complètement. À tel point que quelquefois, il y a des confusions. Moi je vois, des fois ils arrivent « il faudrait me remplir mon dossier de MDPH » « Attendez, je suis pas votre thérapeute, c'est pas mon job ». Ils sont trop démunis, on le fait... on se refait pas, mais... [Oui, parce que ça doit pas être simple à comprendre pour eux, le rôle d'un médecin coordonnateur ?] Oui, enfin, il faut leur réexpliquer, leur dire le rôle de chacun. Certains comprennent bien. Moi j'en ai vu certains qui sont arrivés en rouspétant « mais qu'est-ce qui se passe ? » « Oui, on m'a fait payer votre consultation ». J'ai dit « effectivement, vous n'avez pas à la payer. Effectivement, j'agis là en tant qu'auxiliaire de justice, pas en tant que médecin, donc vous n'avez pas à payer de consultation ». Certains sont très au fait... pas tous hein » (Psychiatre, médecin coordonnateur).

« [Et donc quatre fois par an ?] Oui. Alors quelquefois, ça peut être plus, quand ça commence à déconner et puis quand c'est des patients qui sont un peu flippants ou dangereux, là on n'est pas très tranquille hein. Dernièrement j'en ai eu un, en plus il était accompagné d'un acolyte qui visiblement, était un ancien détenu du... Waouh, je me suis dit, bon... » (Psychiatre, médecin coordonnateur).

« Après, je trouve que ce qu'il y a d'un peu compliqué pour les probationnaires, c'est vraiment de comprendre le rôle du médecin coordonnateur. En fait, je trouve qu'il y a une difficulté, parce que les médecins coordonnateurs disent que pour pouvoir rendre un rapport, ils ont besoin de voir les gens régulièrement, ce que je peux comprendre. Mais du coup, ça fait beaucoup de rendez-vous, beaucoup d'interlocuteurs pour les personnes. Entre le psy qui les suit et puis y a des médecins coordonnateurs... Là, ça c'est un peu calmé, mais pendant un moment, qui faisaient un peu des excès de zèle quoi, qui les convoquaient autant que les psychologues qui les suivaient. Donc ils avaient une fois par mois, un rendez-vous avec le médecin coordonnateur et une fois par mois, un rendez-vous avec leur psy. Ouais, ça, je trouve que ça peut être compliqué pour les personnes, parce que ça multiplie les rendez-vous. Quelqu'un qui a une injonction de soin, il a un rendez-vous au SPIP, c'est tous les mois au début. Souvent les suivis socio-judiciaires, dans un premier temps, c'est tous les mois. Le rendez-vous du psy tous les mois et le médecin coordonnateur tous les 2-3 mois. Pour quelqu'un qui a un travail, c'est beaucoup quand même, ça fait beaucoup d'interlocuteurs au final » (CPIP).

« Là où j'étais avant, le médecin coordonnateur les voyait une seule fois par an en fait. Donc c'était bien identifié que c'était plus un rôle d'expert et puis de point sur la mesure. Ici, ils peuvent les voir jusqu'à... des fois ils les voient tous les 3 mois ou tous les 4 mois, et du coup, comparer au suivi qui peut être mis en place, qui est pas toujours un suivi rapproché par le psy, des fois, y a quand même des flous chez eux, entre la dimension thérapeutique et la dimension plus d'évaluation quoi. Donc ça, j'essaie de reprendre avec eux et effectivement, des fois c'est pas hyper, hyper clair » (CPIP).

« Ce qui est dramatique, le risque c'est de se prendre pour le juge, mais l'autre risque, c'est de se prendre pour le thérapeute et de se balancer des trucs... encore une fois, c'est toujours le même mais bon... Je sais pas s'il est mort, mais c'était dramatique. Parfois j'ai appelé le juge et j'ai dit « c'est pas possible ». [Vous vous étiez le thérapeute ?] Oui, oui. « Non, non, c'est pas possible » (Psychiatre, SMPR).

« Y en a un qui était très particulier [...]. C'est lui justement qui les voyait tous les mois, c'était même trop quoi. Il prenait à la limite, la place du médecin référent. Mais là, ils restent sur des convocations tous les 3 mois à peu près » (CPIP).

Si de telles situations semblent extrêmement rares, quelques professionnels ont évoqué des suivis thérapeutiques assurés par le médecin coordonnateur lui-même, lorsque leurs démarches demeurent vaines et qu'aucun thérapeute ne donne son accord. Dans une situation, le condamné, par ailleurs récalcitrant face à la démarche de soin, refusait de voir un autre thérapeute pendant le congé maternité de sa psychologue, de sorte que le médecin coordonnateur a préféré assurer la transition lui-même. D'autres situations de ce type peuvent également se présenter en toute fin de suivi, lorsque le thérapeute ne peut plus assurer la prise en charge ou après un déménagement du condamné, le coordonnateur estimant inutile de nommer un nouveau confrère pour quelques séances seulement.

« Pour une personne, je sais que... et d'ailleurs, c'est pour celui qui a récidivé. Il allait plus en rendez-vous avec le psychiatre, parce qu'il devait pas avoir envie de se remettre en cause et puis je sais que le médecin coordonnateur, avait décidé de prendre lui-même le suivi en fait. Dans le sens où il le voyait certainement plus longtemps. C'est lui qui faisait les entretiens. Parce que, la fin de peine était proche. Il devait peut-être rester 6 mois de suivi et qu'il n'allait pas désigner un autre médecin » (CPIP).

« Mais on est aussi là dans une... dans un système qui est lui aussi vicié. Moi j'ai vu des médecins coordonnateurs, être aussi le thérapeute, parce qu'ils ne trouvaient pas de thérapeutes pour leurs... pour la personne, le patient ou le condamné. Alors, c'est extrêmement rare mais je connais des médecins coordonnateurs qui, à un moment donné, ont fait office de thérapeute. Problème, gros problème » (CPIP).

« La thérapeute lui a signifié son absence pour des raisons de congés maternité, elle lui a proposé que sa prise en charge soit relayée auprès d'un de ses collègues. Mr... a fermement refusé et l'application des peines s'est tournée vers nous avec une demande d'avis concernant cette situation particulière. En accord avec Mme... [psychologue], nous avons pensé qu'il était préférable, compte tenu du fonctionnement extrêmement rigide du sujet de suspendre le temps de ce congé maternité le suivi, période pendant laquelle je revois de façon plus régulière Mr... » (Rapport du médecin coordonnateur, D56).

Ces situations sont souvent déplorées par les soignants, dès lors qu'elles induiraient de la confusion dans un système qu'ils envisagent au contraire comme une clarification des places de chacun.

« Quand je disais meilleur rôle, je voulais dire, ne pas marcher sur les plates-bandes de l'autre. C'est à ce niveau-là que je disais ça. C'est pas au sens où le meilleur rôle où c'est cool, c'est facile. [...] Il doit pouvoir à la fois dire non au justiciable, au patient justiciable, en disant « ça, vous le traiterez chez le thérapeute » » (Psychologue, SMPR).

« Il coordonne (rire). Non, interface. Moi je la trouve assez claire cette mission. Il est pas soignant, donc il a pas à entrer dans l'histoire individuelle, histoire familiale, histoire de vie de la personne. Il a resitué les faits, resitué l'obligation. Alors après, je sais bien que [un médecin coordonnateur] que je connais bien, il parle de clinique. Je pense qu'il y a quelque chose de clinique, puisqu'ils font avec leurs compétences soignantes, mais quand j'entends... Je me souviens plus d'ailleurs de qui c'était mais un médecin coordonnateur qui présentait une situation de médecin coordonnateur et je m'étais dit, mais qu'est-ce qu'il reste comme place au thérapeute ? Parce que, il connaissait vraiment des tonnes de choses de la vie de... enfin, vraiment de la vie affective, professionnelle, enfin, de toute sa bio et je me disais, comment le patient sous main de justice il va se retrouver. Parce que tout l'objectif de ça, c'est de se différencier. C'est se dire ce que fait l'un, ne fait pas l'autre. J'ai des gens qui sont dans la confusion de la différenciation de dire « non, c'est pas moi ». [...] L'objectif de tout ce maillage, c'est d'être différent. Donc quand le médecin coordonnateur se met à déborder sur l'aspect thérapeutique, en entrant un peu trop dans l'histoire de vie de la personne, ben y a une emprise, ou y a de l'incompétence, je sais pas. Peut-être les deux. L'emprise rend incompetent peut-être » (Psychologue, SMPR).

« Il faut dire « stop. Ça, ça se traitera avec le traitant ». Y a aussi un truc un peu pavlovien « C'est un psy, donc je parle ». Donc de pouvoir dire oui, mais pas de la même chose. Voilà. Mais effectivement, il faut trouver ses repères. C'est compliqué. [...] À partir du moment où je dis « tout se déroule bien, la personne vient régulièrement, elle est investie », au fond, il a l'essentiel, c'est-à-dire que les soins ont lieu, le boulot se fait. Du coup, quand on n'en dit pas trop, y a pas d'hésitation, parce que lui il va répéter en quelque sorte où il va. Il est un peu comme un rein qui filtre, je sais pas. [...] Au fond, quand les choses sont claires, parce que tout le montage là, il fonctionne bien si chacun reste à sa place. Si le patient justiciable, il en dit trop au médecin coordonnateur, le jour où le thérapeute va lui poser une question il va dire « ah non mais ça, j'en ai déjà parlé avec le médecin coordonnateur ». C'est à tout ça qu'on doit veiller. Ce qui est compliqué, c'est de vraiment rester dans sa mission, et seulement sa mission. Ce qui est compliqué, puisqu'on traite de l'humain » (Psychologue, SMPR).

Plutôt qu'un thérapeute « bis », les soignants et des CPIP rapprochent la mission du médecin coordonnateur de celle qui est confiée à un expert, davantage tournée vers l'évaluation au long cours des évolutions de la personne, de son investissement dans le soin.

« [Si vous deviez le rapprocher, soit d'un expert, soit d'un thérapeute, c'est ni l'un, ni l'autre ? Il se rapproche plutôt d'un côté ou de l'autre ?] Je dirais que c'est un expert au long cours mais qui connaît bien... qui voit régulièrement d'une manière cadrée. C'est un expert qui gère son temps. C'est pas un expert quasi à la demande du juge. Attendez, je sens ce que je veux dire mais j'y arrive pas. Il agit pas au coup par coup, donc il a son cadre à lui mais qu'il contrôle, contrairement à l'expert, qui doit répondre à une

question. Donc c'est un expert au long cours, un expert vigilant... voilà, c'est un peu ça » (Psychiatre, SMPR).

« Il a le rôle un petit peu quand même d'expertise, parce qu'il ne fait pas juste le rôle d'interface » (CPIP).

« Pour moi, ce que devrait être son rôle ? Pour moi, c'est un rôle de... d'évaluation, ça c'est sûr. Je parle pas de ce que, j'allais dire, j'entreverrais de difficultés que recouvrent ces fonctions. Pour moi c'est l'évaluation, l'accompagnement. [L'évaluation de quoi ?] L'évaluation de l'engagement dans les soins, de la pertinence des dispositifs de soin, au regard de ce que perçoit le médecin coordonnateur sur l'évaluation du coup de l'évolution aussi de la personne, ce qui le rapproche du coup, d'un rôle presque expertal dans cet aspect-là, l'évaluation de l'évolution » (Psychiatre, SMPR).

« Et il est peut-être plus proche de l'entretien expertal – je l'imagine comme ça – que de l'entretien clinique, enfin thérapeutique. C'est-à-dire qu'il est dans un recueil d'informations, sur là où en est la personne quand il la rencontre. C'est dans ce sens-là que je disais que c'est plus proche de l'expertise. Le positionnement est pas le même, mais voilà, de faire un état des lieux quatre fois par an pour... bon. Et puis si c'est pas clair, il peut contacter le soignant » (Psychologue, SMPR).

Pour la plupart, les médecins coordonnateurs se positionnent effectivement comme un expert plutôt qu'un thérapeute, ce qui semble d'ailleurs plus conforme à l'esprit de la loi. Dans le cadre de rendez-vous durant en moyenne une demi-heure, parfois davantage, mais parfois beaucoup moins aux dires des condamnés, ils leur posent des questions sur leur situation familiale, sociale, professionnelle, sur le déroulement de leur thérapie, sur leurs liens et les sujets abordés avec le thérapeute, souvent avec une attention particulière aux réflexions engagées sur le passage à l'acte. Quelques-uns se limiteraient toutefois à un contrôle purement administratif, se contentant de vérifier par les attestations l'assiduité aux consultations du thérapeute. Certains demandent au condamné de fournir chaque fois leurs attestations de présence, d'autres préfèrent au contraire vérifier l'assiduité auprès du soignant lui-même.

« [Ça dure combien de temps généralement un rendez-vous ?] Une demi-heure. Sauf la première fois où c'est trois quarts d'heure/une heure. Après, je les vois une demi-heure. [Quand vous les voyez, sur quel type de questions... ?] On va bien sûr parler de leur état de santé, de leur évolution. Après je balaie super large. Je dirais, c'est un peu une mini-expertise à chaque fois. Je vais rebalayer vraiment leur actualité sociale, professionnelle, familiale, leur investissement. On va parler aussi du soin, comment ça se passe, comment ils avancent. Vraiment, j'essaie de balayer pas mal de choses. [Et vous leur demandez des attestations ?] Oui. Alors ils me les donnent » (Psychiatre, médecin coordonnateur).

« [Comment ça se passe, quand vous recevez, en tant que médecin coordonnateur un condamné ? Qu'est-ce qui fait la différence avec un rendez-vous avec un thérapeute ?] Moi je lui demande, quand il arrive, comment il va, comment ça se passe, s'il y a des événements particuliers qui se sont passés. Au niveau de l'appart, est-ce qu'il a toujours le même appart ? Au niveau du job, est-ce qu'il a un job ? Est-ce que c'est toujours le même job ? Comment il se sent, comment ça se passe avec le thérapeute. Est-ce qu'il a l'impression que ça lui sert à quelque chose ? Comment ça avance, et puis voilà, c'est aussi simple que ça. [Y a une durée moyenne ?] J'imagine que ça peut être très variable. Oh en moyenne, c'est des consult classiques de 20 à 30 minutes. Classiquement c'est ça [...]. « [Donc lui, vous lui demandez pas l'attestation ?] Non, parce que moi j'ai l'attestation, le suivi avec le collègue. C'est-à-dire, le collègue, je suis en contact avec lui. Généralement, je lui envoie les papiers par lesquels, s'il vient pas, s'il y a un changement, il faut m'alerter. Mes collègues sont très respectueux de ça. Et donc moi je suis en contact, et tous les ans minimum, j'ai un contact avec eux. Tous les ans, au minimum, j'ai un contact avec eux, pour savoir. Moi, je leur dis comment je trouve que ça se passe et ils me donnent eux leur avis » (Psychiatre, médecin coordonnateur).

« Alors en fait, les attestations, dans ma pratique, c'est toujours le patient en fait qui la demande. Je suppose que derrière, c'est pour remettre au coordonnateur, etc. Certains coordonnateurs n'en demandent pas. Ils savent « vous voyez toujours Mr... ? », ça suffit, parce qu'on se connaît et on sait comment les uns, les autres travaillent. Je pense que c'est ça aussi qui simplifie les choses » (Psychologue, SMPR).

« [Est-ce que vous avez des informations sur comment se passe un rendez-vous avec un médecin coordonnateur ?] Non, en fait ils nous disent qu'ils ont un rendez-vous. Nous on le sait, on connaît les dates. Pour certains, ils ramènent les justificatifs et ça peut durer que 10 minutes hein. Y en a qui vont voir

*le médecin coordonnateur qui est à [ville située à une centaine de kilomètres]. Ils prennent le train et ça peut durer que 10 minutes » (CPIP).*

*« C'est purement administratif. Purement administratif, qui est de... de récolter des... alors... de récolter des pièces, des éléments et puis c'est tout. Point. Parce que ça dure pas longtemps, pareil, la visite chez le médecin coordonnateur » (CPIP).*

*« Ce que j'en retiens plus, c'est la façon dont en parlent les personnes, parce que j'essaie un peu de savoir ce qui se passe pendant ces entretiens, pour savoir en quoi ils sont différents des entretiens que j'ai avec eux. Je sais pas trop quel crédit on peut attribuer à ces retours-là, mais ce qu'il apparaît souvent c'est que « c'est comme avec vous. On parle du travail, des problèmes » (CPIP).*

*« Par rapport aux probationnaires, une injonction de soin, c'est très, très fort, le fait de voir et le thérapeute et le médecin coordonnateur, même si certains disent « c'est juste 5 minutes, pour que je rende les papiers des visites que j'ai eues chez mon thérapeute », mais ça... ça a un sens hyper fort. Injonction de soin, ils comprennent pas pourquoi injonction de soin, parce que « je vais voir un thérapeute ». Oui, mais on veut s'assurer » (CPIP).*

*« On a le sentiment des fois, que ça reste factuel, avec les mêmes questions « ça va ? Vous êtes toujours au même endroit ? Ça se passe bien ? », etc. Et du coup après, ça perd de son sens là encore. Donc, le gars qui se décarcasse... parce que ça aussi, pour prendre rendez-vous, il faut aussi s'absenter de son travail. Comment on fait pour pas être repéré par le patron ? Donc, prendre rendez-vous pour le SPIP, pour le coordonnateur, pour le psy, etc., ça fait un peu beaucoup » (Psychologue, SMPR).*

Enfin, au terme du suivi socio-judiciaire, le médecin coordonnateur se fait passeur de relais entre le soin pénalement obligé et le soin pleinement consenti lorsqu'il estime la poursuite du traitement nécessaire. Il doit en effet informer le condamné, en liaison avec le médecin traitant, de la possibilité de poursuivre la thérapie, lui indiquer les modalités et la durée qu'il estime nécessaires et raisonnables au regard de l'évolution des soins en cours (art. L3711-1 CSP).

« Interrogé sur la question, le patient nous dira qu'il ne souhaite pas continuer son suivi après l'arrêt de l'injonction de soin qui surviendra mi-janvier. Toutefois, il compte intégrer un groupe de parole en septembre... Il est actuellement en train de faire des démarches pour intégrer ce groupe. [...] Nous avons informé le patient sur la possibilité de poursuivre les soins malgré la fin de l'injonction de soin qui surviendra en janvier. Nous avons aussi invité Mr... à reprendre contact avec le Dr... ou moi-même en cas de besoins » (Rapport du médecin coordonnateur, D35).

## **2- Les prises de contacts auprès des thérapeutes**

En amont de la rédaction de leurs rapports annuels ou semestriels, ils contactent généralement le thérapeute par téléphone ou sollicitent un bilan écrit. Nous avons toutefois eu l'occasion de préciser que quelques-uns, minoritaires, ne prendraient même pas la peine de les solliciter, fondant alors leurs rapports sur leurs seules appréciations et vérifiant le respect de la mesure par un contrôle des attestations, sans aucunement investir les autres missions prévues par le code de la santé publique. Leurs rapports (v. *infra*) ne font pas toujours état des contacts établis avec les thérapeutes, de leur fréquence et de leur nature. Si ces données ne reflètent pas la réalité, mais bien la proportion d'écrits précisant ces informations, on en trouve trace pour 38% des condamnés soumis à une injonction de soin.

*« Je sais qu'ils font un bilan avec le soignant, régulièrement. Après je sais pas selon quelles modalités, s'il y a un contact fréquent, très fréquent, selon telle ou telle situation. Ça, je peux pas dire comment ils travaillent entre eux en fait » (JAP).*

Dans les faits, outre les cas les plus extrêmes évoqués plus haut, les médecins coordonnateurs sollicitent peu les thérapeutes, à quelques exceptions, qui concernent les médecins coordonnateurs les plus investis dans leur fonction et qui, nous l'avons vu, ont développé des rapports d'interconnaissance et de confiance avec les soignants. Lorsque le condamné n'est pas défaillant, leurs relations demeurent dans bien des cas minimales, sinon exceptionnelles.

« C'est-à-dire, le collègue, je suis en contact avec lui. Généralement, je lui envoie les papiers par lesquels, s'il ne vient pas, s'il y a un changement, il faut m'alerter. Mes collègues sont très respectueux de ça. Et donc moi je suis en contact, et tous les ans minimum, j'ai un contact avec eux. Tous les ans, au minimum, j'ai un contact avec eux, pour savoir. Moi, je leur dit comment je trouve que ça se passe et ils me donnent eux leur avis. [...] Une fois par an, on fait le point, comment ça évolue et ça reste là » (Psychiatre, médecin coordonnateur).

« [Est-ce qu'au-delà des attestations du médecin traitant, vous échangez avec eux et si oui, comment ?] Oui, au minimum une fois par an, à l'occasion des rapports puisqu'on doit faire des rapports annuels. On pourrait en faire plus mais, s'il n'y a pas de particularité, je fais un rapport annuel et du coup, à cette occasion-là, je prends contact avec le thérapeute, bien sûr sans rentrer, ni trahir le secret professionnel, médical, juste dans les grandes lignes, une petite appréciation, sur l'évolution globale quoi. [C'est par téléphone ?] C'est par téléphone. [Et vous avez le sentiment qu'ils répondent assez facilement ou c'est variable ?] Oui, oui, oui. Y a pas de réticence particulière » (Psychiatre, médecin coordonnateur).

« [Les contacts avec le médecin coordonnateur dans votre pratique, ils sont fréquents ?] Ils sont très variables. Parmi mes patients, j'ai la chance d'être avec des médecins coordonnateurs qui... soit que je connais bien, soit qui sont accessibles, aussi sur des situations qui sont parfois complexes, mais j'allais dire, je croise les doigts, qui pour l'instant n'ont jamais été pour moi quelque chose d'extrêmement problématique. Du coup, ceux avec lesquels j'ai des liens, ça se passe bien. Alors, ce sont des liens soit du coup, ne passent pas par des appels réguliers, parce que on sait que si besoin, on peut se parler et qu'on fera directement, soit pour d'autres avec lesquels on n'échange pas vraiment souvent mais qui sont très, comment dire, carrés dans leur pratique et qui vont m'appeler une fois par an, pour faire leur évaluation, pour me demander mon avis quand même sur, non pas ce qui se passe dans les entretiens mais sur le fait que ça se déroule bien » (Psychiatre, SMPR).

« [Quand vous prenez en charge quelqu'un qui est sous le dispositif de l'injonction de soin, les médecins coordonnateurs ne vous contactent pas, pour avoir votre regard sur le suivi ?] Les médecins coordonnateurs, c'est encore plus exceptionnel. J'ai déjà contacté un magistrat dans l'urgence, mais être contacté par un médecin coordonnateur, c'est encore plus exceptionnel » (Psychiatre, expert).

« [Vous aviez des contacts parfois, avec les médecins coordonnateurs ?] Très peu ou pas. [...] J'avais très peu de contacts avec eux » (Psychiatre, expert).

« Mr ... m'a confié avoir rencontré une femme de son âge, mais de façon assez particulière, c'est à dire dans la salle d'attente du CMP où il va consulter Mme ... [psychologue]. Cette rencontre est quelque peu singulière car elle a placé Mme ... dans une situation difficile, étant donnée qu'elle assure le suivi de cette femme. D'un côté, nous pouvons constater que la rencontre est d'ordre spontanée et naturelle, mais qu'elle a lieu dans un endroit non neutre, un espace protégé. J'ai longuement discuté avec Mme ... de cet événement, qui peut effectivement être perçu comme une effraction, un équivalent de passage à l'acte, symboliquement de nature incestuelle, donc transgressive. Fort heureusement, Mme ... vient de prendre sa retraite, relayant ses deux suivis sur des personnes différentes (Rapport du médecin coordonnateur, D24).

Le fait que le médecin coordonnateur s'apparente davantage à un expert qu'à un thérapeute « bis », du moins dans l'esprit de la loi, n'est pas sans incidence sur la nature des échanges qu'ils peuvent établir au fil du déroulement de la mesure avec le psychiatre ou psychologue traitant, au-delà d'éventuelles alertes en cas d'absences répétées aux consultations. Toutefois, la question du secret médical impactant l'ensemble des rapports interprofessionnels, nous traiterons plus précisément de ce sujet dans la suite de ce rapport, dans le cadre de l'analyse des difficultés posées par l'articulation santé-justice.

## **B- Les rapports adressés au JAP : des pratiques rédactionnelles diversifiées**

Nous l'avons noté au sujet du sens et de la plus-value attribués par les professionnels au dispositif de l'injonction de soin, la principale avancée qu'ils soulignent est la nomination du médecin coordonnateur, qui leur permettrait d'accéder directement au dispositif de soin. Leurs attentes concernant les rapports qu'ils rédigent sont dès lors conséquentes, car ils espèrent mesurer par ce biais non seulement le respect formel de l'injonction, mais également l'investissement du condamné dans les soins et son évolution, pour donner ainsi du « sens » et un véritable « contenu » à cette obligation, mais aussi la crédibiliser aux yeux du condamné, par le contrôle affermi qu'ils peuvent réaliser.

« Il est suivi par le SPIP et par le médecin coordonnateur, qui font tous les deux un rapport euh... et moi mon rôle, c'est de vérifier le respect des obligations au vu de ça. Donc concrètement euh... c'est mon interlocuteur, celui qui peut me dire les choses, sur l'évolution du condamné, sur le respect des convocations, sur le respect des soins, du soin qui est fait avec le soignant. Voilà, pour moi, c'est un petit peu ce rôle-là qui est celui de l'interface, de celui qui va me dire si la personne respecte ou non ses obligations. Donc de quelle manière elle évolue » (JAP).

« Avec le médecin coordonnateur, qui est lui-même médecin, lui il va avoir accès, il va pouvoir demander plus de comptes, entre guillemets, aux personnes qui suivent l'intéressé, les probationnaires, et donc avoir un retour. Et dire effectivement, s'il y a un engagement dans un soin qui a commencé, qui continue, etc., ou si c'est quelque chose de tout à fait superficiel et qui n'est pas véritablement ce que l'institution judiciaire attendait de... de l'injonction de soin pour le coup, puisqu'elle est dans ce cadre-là. [...] [Dans le déroulement du suivi socio-judiciaire, qu'est-ce que vous en attendez ?] Pour moi, c'est vraiment ce... ce contrôle sur le contenu du soin entrepris, qui permet de le garantir au mieux et qu'il n'y aura pas de nouveau passage à l'acte » (Magistrat du siège).

« Moi je pense que l'injonction de soin, participe de la volonté d'avoir... comment dire... une démarche qualitative. C'est surtout ça en fait. Puisqu'il y a le médecin traitant, quel qu'il soit, psychiatre, psychologue ou autre, mais il y a le secret médical qui constitue une première barrière. Et donc, mise à part une attestation disant qu'il est venu. [...] Mais on n'a pas de retour sur l'aspect qualitatif et je pense... enfin, je suis même persuadé, que cette démarche qualitative, elle a été introduite alors, pas pour nos clients habituels qui sont ceux du tribunal correctionnel mais évidemment, pour ceux qu'on pense être les plus dangereux, à la fois parce qu'ils ont été plus ou moins identifiés comme tels. Alors, plus ou moins, c'est par rapport au crime commis puisqu'on a souvent affaire à des criminels et puis surtout à leur parcours, la nécessité de procéder à des évaluations et toutes les difficultés que ça génère. Moi, ce que je vois dans les dossiers, c'est que les rapports réguliers, faits par les médecins coordonnateurs, nous donnent une vraie plus-value. En tout cas, nous au parquet, on a un regard plutôt satisfait de cette injonction de soin » (Magistrat du parquet).

« Et aussi normalement, comme le médecin coordonnateur il rend un rapport, va un petit peu plus loin aussi. Il vérifie. Il fait pas que récupérer les papiers, donc c'est bien aussi pour... pour avoir et la vision du thérapeute, qui lui, ne peut pas faire de rapport. Le thérapeute ne fait pas de rapport sur l'évolution de l'intéressé et comme c'est sur des mesures qui sont très lourdes, avec des faits qui sont quand même importants, c'est pas pour des bonbons qu'on met une injonction de soin, c'est important pour le magistrat, et même pour nous, de savoir s'il y a une évolution ou pas, et ça, y a que celui qui fait l'injonction de soin... » (CPIP).

« [À quoi vous jugez un bon ou un mauvais rapport annuel ? Un peu comme une bonne et une mauvaise expertise ?] Je donne un avis hein (rire). Ben j'aime bien, voilà, que... savoir si les échanges sont... ouais si les échanges, s'il y a des échanges, apparemment il y a du concret, y a des choses qui se disent, si la personne verbalise beaucoup, si c'est pas un suivi de façade quoi. Savoir si le probationnaire est vraiment dans l'échange avec le praticien et puis savoir aussi si... s'il est capable de... de dire quelles sont ses fragilités, quel était son état psychique... quelle était sa vie au moment du passage à l'acte. S'il était sous tension, s'il était nerveux, s'il arrive à verbaliser ça déjà. S'il peut dire tout ça, c'est important je trouve et puis comment il va aujourd'hui, s'il a sécurisé les choses qui allaient pas. C'est important de savoir ça, et puis s'il a une vie qui lui paraît satisfaisante, des projets » (CPIP).

En revanche, toujours dans l'objectif de s'extraire du cadre judiciaire pour protéger l'espace du soin, les thérapeutes ne sont pas en demande de ces rapports. Certains regrettent en revanche que le condamné lui-même n'en soit pas destinataire.

« Moi j'ai fait une formation au CRIAVS il y a quelques mois et en fait, avec des médecins qui étaient des médecins psychiatres, qui me disaient, ce que je ne savais pas, c'est que le médecin coordonnateur n'envoie pas son bilan au psy qui le suit. Et les pys en fait, ils sont pas en demande. Pour eux, ils font leur suivi de leur côté, le médecin coordonnateur fait son suivi de..., mais y a pas... La seule communication qu'il y a c'est qu'avant de faire son rapport, souvent il appelle le psy, pour savoir si ça se passe bien, si la personne vient aux rendez-vous mais ça s'arrête là les relations qu'il y a. Je pensais qu'il y avait plus de liens, alors que les médecins référents, n'ont pas connaissance des rapports qui peuvent être faits par le médecin coordonnateur » (CPIP).

« Eux, ils ont du mal à repérer le sens d'un médecin coordonnateur. Ils comprennent pas. [...] Et au fond, même si il note, il fait un rapport, ils ont pas connaissance du rapport. [...] Moi je trouve que c'est dommage. Même s'il s'agit pas du même rapport à l'expertise. Il faut que les coordonnateurs, d'une certaine manière, ils sachent que les détenus, ils ont accès aux expertises d'instruction, et ils peuvent avoir accès aux expertises post-sentencielles, ne serait-ce déjà, d'emblée, leurs conclusions et la totalité de l'expertise post-sentencielle, ils peuvent avoir accès par l'avocat. Et donc, la plupart du temps en fait, ils ont connaissance de ça. Donc après, ils arrivent devant un coordonnateur qui fait un bilan sur eux, annuel, et ils savent pas. Parfois certains disent « mais qu'est-ce qu'il pense de moi ? Le bilan, vous, vous l'avez ? Et qu'est-ce qui a été transmis au fond ? ». Moi non plus je ne sais pas et je me dis que ça mériterait au moins d'être un peu parlé, puisque le coordonnateur, il est aussi nommé pour voir l'évolution du sujet, dans l'aide à l'injonction de soin. Au fond, personne n'en sait rien, sauf le JAP, par le biais de ce rapport transmis. Ça mériterait peut-être un peu d'être au moins échangé » (Psychologue, SMPR).

Le sujet peut certes être abordé par les CPIP à l'occasion de leurs entretiens, mais la plupart nous ont indiqué ne pas nécessairement en faire précisément état auprès du condamné, mobilisant ces rapports uniquement pour étayer leur propre évaluation des évolutions du sujet. Quelques-uns nous ont cependant indiqué le lire de rares fois au condamné, en cas d'évaluation positive du coordonnateur, de façon à valoriser leurs efforts.

« [C'est quelque chose que vous utilisez dans votre suivi ? Soit vous personnellement pour apprendre des choses, ou alors après, dans les échanges avec la personne ?] Ouais mais souvent c'est concordant, donc en fait... Si, par exemple dernièrement, je lui ai lu au probationnaire et puis il était content quoi de voir que... parce qu'ils savent pas trop non plus. Faut se mettre aussi à leur place, ils savent pas. Ils vont voir un psychiatre, ce qui est quand même important, quel positionnement ils peuvent avoir, qu'est-ce qu'il pense de lui ? De voir ça, ça les rassure aussi » (CPIP).

« [Et ça vous arrive de mobiliser le rapport du médecin coordonnateur dans vos entretiens avec une personne ?] Non, j'ai pas fait. [D'évoquer les retours que vous avez eus, ou en tout cas, de vous appuyer, même sans l'évoquer, sur les éléments que vous avez obtenus ?] Pas directement mais je vois pas ce rapport avec les gens, non. [...] Ou je l'évoque... si, quand ça va vraiment très bien je leur dis, parce que ça leur fait plaisir, d'entendre qu'il y a aussi un retour positif. Dans ce cas-là, oui, mais sinon, non » (CPIP).

« Après, ce qui est aussi très important, c'est le médecin coordonnateur qui fait son rapport. Le magistrat l'a, la personne condamnée peut, le cas échéant l'avoir. Nous, notre compétence professionnelle c'est comment prendre les informations que le médecin coordonnateur va communiquer dans son rapport, mais sans les ressortir brut de décoffrage. C'est-à-dire comment nous, on peut les intégrer dans une évaluation que l'on a, les fondre dans cette évaluation pour que ce soit pas... Je veux dire, on nous demande pas à nous de ressortir l'évaluation du médecin coordonnateur. On nous demande autre chose, un autre type d'évaluation. Et puis, pour la personne suivie, je pense que c'est très important qu'elle n'ait pas l'impression que tout d'un coup, y a une information et tout le monde l'a. Parce qu'il pourrait imaginer que l'information qu'il a donnée au thérapeute, ben finalement, le CPIP l'a aussi. Là aussi, y a un gros travail à faire en lui disant comment on va aborder l'investissement qu'il a. Si c'est en lui disant « le médecin coordonnateur a dit que vous étiez pas... », non, ça c'est le boulot du JAP, c'est pas le nôtre. Donc y a un vrai travail à faire, qui est plus ou moins bien fait par les CPIP, parce que c'est plus ou moins compliqué aussi, mais je pense qu'on doit prendre l'information et on doit le fondre dans l'évaluation que l'on a » (CPIP).

Si nous les avons évidemment tous consultés, nous avons enregistré dans notre base statistique, à l'aide de variables pré-codées et textuelles, les informations tirées du premier rapport du médecin coordonnateur figurant dans chaque dossier ainsi que celles contenues dans le dernier rapport disponible. Aucun rapport ne figurait dans huit dossiers, un rapport dans 13 dossiers, plusieurs dans 63 d'entre eux. Au total, nous disposons donc de 139 rapports annuels. Ces rapports sont très divers, en taille et en contenu, les plus réduits provenant généralement de ceux qui nous ont été présentés comme les moins investis dans le dispositif, mais pas systématiquement. Certains ne font qu'une vingtaine de lignes, dans quelques cas encore moins. Même lorsque les rapports sont peu conséquents, il n'est pas rare d'y trouver des copier-coller d'une année sur l'autre. Dans quelques cas, heureusement marginaux, même les dates de rendez-vous avec le condamné étaient identiques, le coordonnateur ayant manifestement oublié de

les modifier... La lecture de ces rapports confirme les avis très partagés des CPIP et des magistrats sur leur réelle plus-value au regard des attentes évoquées plus haut.

*« Y en a qui sont, voilà, c'est du copié-collé. Comme nous ça peut nous arriver de faire du copié-collé. Mais je me dis pour un rapport par an, le médecin coordonnateur... quand on en fait 4 ou 5, mais un seul par an, ils sont plus étoffés, plus travaillés » (CPIP).*

*« Des fois ça apporte rien du tout. Enfin si, y en a qui sont très courts mais quand tout va bien, quand ça roule et voilà, eh ben ils sont très courts [...] Y a plein de choses qui servent à rien. Y a des fois des redites d'un rapport sur l'autre. C'est du remplissage quoi. [Sur le parcours biographique ?] Oui » (CPIP).*

*« Sachant que les rapports des médecins coordonnateurs, les rapports annuels, pour un certain nombre sont beaucoup des copié-collé hein. On a très peu de choses qui retracent... enfin une dynamique qui retrace une évolution... Enfin bon, je dis ça comme ça » (CPIP).*

*« C'est assez court en général. Un bilan d'une personne qui est suivie régulièrement, ça prend une demi-page. Écrit gros. Quand le cas est un peu plus complexe, c'est plus développé mais ça dépasse rarement une page. [Est-ce que des fois, vous voyez des différences entre certains rapports et d'autres ? Est-ce qu'il y en a qui à vos yeux sont plus satisfaisants que d'autres ou c'est toujours un peu la même chose ?] Moi je trouve que c'est toujours un peu la même chose » (CPIP).*

*« Ce que je trouve intéressant moi, c'est le retour qu'on a une fois par an. On attend longtemps, mais bon, c'est pas grave, c'est assez intéressant. Après, c'est plus ou moins intéressant, en fonction de qui rédige. On va être clair, on a des retours où on se dit « ah, tout ça pour ça, j'apprends rien ». On n'a même pas un éclairage scientifique vraiment... J'ai pas la prétention de savoir lire toutes les expertises, mais bon, ça nous apprend des trucs. Soit ça nous conforte, on se dit « bon, je suis pas passée à côté de ça », ou ça soulève d'autres choses, et puis il y a les... malheureusement y en a certaines... on a quelques médecins coordonnateurs qui rendent des écrits, pffff, presque en 15 lignes » (CPIP).*

*« [Est-ce que vous notez des différences entre médecins coordonnateurs ou c'est un constat là encore, comme pour les experts ?] Oui. L'analyse fait une demi-page, ou quand elle fait 4 pages, c'est pas... ça a pas le même... le même impact » (CPIP).*

Certains médecins coordonnateurs réalisent une synthèse du suivi pour l'ensemble de l'année, d'autres notent au contraire leurs impressions à la suite de chaque rendez-vous, sur un mode quasi télégraphique. La trame prend souvent la forme d'une « mini expertise », certes très épurée, même si certains médecins coordonnateurs produisent des rapports de plusieurs pages. Dans les écrits les plus étayés figurent généralement une anamnèse, une petite synthèse de l'histoire et du parcours du condamné, sur le plan familial, scolaire et professionnel, *a fortiori* lorsqu'ils ont été rédigés au terme de la première année de suivi. Ces éléments apparaissent environ une fois sur deux dans les premiers rapports adressés au JAP, plus qu'une fois sur six dans les derniers. Ceux qui se positionnent véritablement sur un registre évaluatif, à la manière d'un expert, procèdent à une synthèse des principaux enseignements des expertises produites au fil du processus pénal.

*« [Dans votre rapport annuel, quels sont les éléments dont vous rendez compte ?] Globalement euh... le premier bilan je fais un peu une note de synthèse. Je reprends toute l'histoire. Je fais une synthèse depuis le début, c'est-à-dire au moment de la phase de l'instruction, parce que du coup, c'est un document qui me sert aussi, mais je me dis qui peut servir à l'institution judiciaire. Je reprends toute l'histoire, et du coup, c'est vraiment un document qui reprend toute la biographie du sujet, son histoire. [Un peu comme une expertise en fait ?] Tout à fait. Un peu différente quand même. Sur un mode un petit peu différent. Je fais une méta-analyse des expertises, un truc un peu... qui me sert aussi beaucoup parce que ça laisse une trace importante » (Psychiatre, médecin coordonnateur).*

*« Vous voyez, ça se présente comme ça [montre un rapport], c'est-à-dire que d'abord on précise qu'il est venu à ses entretiens. Entretiens et comportement, donc on reprecise un peu le contexte. Ensuite, comment ça se passe. Ensuite comment il travaille, qu'est-ce qu'il fait, comment il est hébergé et comment se passe le suivi, avec quel médecin, quel thérapeute, avec lesquels généralement j'ai pris contact et on parle un peu du suivi. C'est des trucs très... C'est court mais en même temps c'est un registre de l'évaluation. [C'est pas simplement indiqué « il est venu à ses rendez-vous » ?] Non, c'est un peu plus compliqué. [Si c'est des*

*troubles de la personnalité, ça relèverait pas du secret là ?] Ah si, si, mais on indique juste « impulsif... ». [Sans évoquer des troubles ? Mais après là, au fond, la position du médecin coordonnateur est presque plus d'expert ?] C'est un peu ce qu'on nous demande. C'est un regard... un peu ça. Enfin, moi qui ai fait des expertises, on n'est pas très très loin. C'est pas une expertise, mais c'est un avis un peu expertal malgré tout » (Psychiatre, médecin coordonnateur).*

« Monsieur .. semble avoir durement souffert de maltraitements tant du côté de sa mère que de son père. Dans sa petite enfance, le sujet a subi de la violence tant physique que psychologique de sa mère, qui en a eu la garde lorsque le couple parental s'est séparé. Les violences étaient telles qu'une enquête d'une assistance éducative a été diligentée lorsque le sujet avait 4 ans, et avait mis en évidence des manques évidents d'hygiène, de graves carences tant affectives qu'éducatives, faisant apparaître un état préoccupant de la mère du sujet, malade d'une addiction à l'alcool sévère, dont elle décèdera d'ailleurs lorsque le sujet était âgé de 6 ans. Du fait des maltraitements Monsieur... sera placé et confié au foyer de l'enfance, puis sera placé en famille d'accueil. Nous retrouvons plusieurs placements en foyer et famille d'accueil, du fait a priori des troubles du comportement présentés par le sujet et de ses modes relationnels rendant impossible la poursuite des placements. En 2000, le père de Monsieur... obtiendra de nouveau la garde de son fils avec une mesure d'AEMO qui ne sera pas initialement reconduite, puis remise en place devant un nouveau signalement et une nouvelle enquête dans une procédure d'assistance éducative. Ces enquêtes ont pu mettre à l'évidence des faits de violence, maltraitements exercés du père sur son fils » (Rapport du médecin coordonnateur, D2).

« Concernant son histoire personnelle, nous retrouvons des antécédents traumatiques personnels, le sujet aurait été victime lorsqu'il était âgé lui-même de 11/12 ans (âge des jeunes garçons agressés), de faits de viol de la part du fils d'un des amis de son père, qui se serait déroulé sur une période de plusieurs mois, dont il aurait gardé une profonde honte, n'osant en parler à personne » (Rapport du médecin coordonnateur, D23).

Une fois sur deux dans les premiers rapports, mais environ une fois sur dix dans les derniers, le psychiatre ajoute quelques informations sur son histoire sentimentale, surtout lorsque l'expert entend pointer une instabilité affective et éclairer le passage à l'acte.

« Sa vie sentimentale avant son incarcération est marquée par une grande instabilité. Il rencontre... à 27 ans avec qui il va vivre quelques mois mais elle le quitte à cause de ses infidélités dit-il. Il vit ensuite avec une autre jeune femme plus âgée que lui pendant quelques mois. C'est avec une troisième compagne qu'il aura une fille en 2007, fille qu'il ne connaît pratiquement pas puisqu'il a été incarcéré en 2006 » (Rapport du médecin coordonnateur, D1).

« Sur le plan sentimental et familial il a vécu maritalement pendant 4 ans avec..., avec qui il a une fille..., 6 ans, qu'il voit régulièrement. Ils sont séparés depuis fin 2006. "Elle est partie". Il dit qu'à l'époque des faits leur vie intime répondait peu à son attente : "Elle me repoussait à chaque fois..." » (Rapport du médecin coordonnateur, D7).

« À partir de 2001, Monsieur... vit en couple avec une femme. le couple vit dans une bonne harmonie, dit-il. Ensemble, ils ont une petite fille. En 2006, sa compagne est victime d'une première fausse-couche. En 2007, alors qu'elle est enceinte de 5 mois de triplés, elle fait à nouveau une fausse-couche. Durant cette période, la vie sexuelle et affective du couple est très perturbée : il semble que ce soit dans cette période que les agressions sexuelles de Mr... envers des jeunes garçons vont se multiplier » (Rapport du médecin coordonnateur, D12).

« Sur le plan de la vie affective et amoureuse, ... a eu des premières relations sexuelles à 17 ans dans un contexte assez ordinaire. En 1979, il rencontre... Le couple se marie et deux enfants vont naître de cette union [...] Le couple va divorcer en 1984. Rapidement, Mr... va rencontrer... et ils vont se marier, auront deux enfants [...]. En 2006, au décours de la condamnation, ... va demander le divorce. Mr... va décrire une vie de couple harmonieuse avec... les premières années. Cette vie de couple s'est dégradée quand cette jeune femme s'est engagée dans un processus professionnel prenant. À ce moment-là, elle était moins disponible, notamment pour satisfaire la vie sexuelle de Mr... qui, dit-il, "s'est vengé de sa femme en violant" » (Rapport du médecin coordonnateur, D16).

« Il faut noter sur le plan de la vie sentimentale, l'existence de vécus complexes avec une coloration particulière où il résulte que le sujet a le sentiment d'avoir toujours été malmené, "mené en bateau" pour reprendre sa propre expression. Il a l'impression qu'on lui a toujours fait miroiter ce qu'il attendait, ce dont il rêvait, c'est à dire une famille et des enfants, qu'il s'était fait beaucoup abandonné ou trahir. Il explique de façon intéressante que sont probablement apparus en lui une colère, voire une haine portée contre les femmes, ayant peut-être un lien avec les actes pour lesquels il a été condamné » (Rapport du médecin coordonnateur, D24).

À l'exception des coordonnateurs dont les rapports sont extrêmement pauvres, la plupart décrivent ensuite le contexte affectif et social au temps du suivi. La situation du condamné sur le plan de l'hébergement est précisée environ trois fois sur quatre. La question de l'emploi est presque systématiquement abordée, souvent à la suite d'un rappel de son niveau de diplôme et, dans les rapports les plus développés, de son parcours scolaire. Les plus détaillés décrivent ses démarches pour trouver un emploi, sa capacité à s'y maintenir dans le temps, perçues comme le gage d'un engagement vers la réinsertion. Ils soulignent également les difficultés qu'ils rencontrent pour décrocher un emploi, parfois la souffrance psychique générée par l'inactivité et un sentiment d'inutilité. Ces difficultés ne sont pas sans lien avec leur casier judiciaire. Dans un cas, le port d'un bracelet électronique mobile entrave également cette insertion professionnelle.

*« Mais je balaie beaucoup plus largement le champ social, des relations, interpersonnel, sentimental, professionnel, parce que c'est quand même des paramètres aussi importants. La stabilité augure quand même pas mal de la suite hein » (Psychiatre, médecin coordonnateur).*

« Il effectue une scolarité avec orientation vers un BEP agricole, puis échoue au Bac Professionnel de bureautique en 1994. Il effectue le Service National, puis décroche un premier emploi en tant qu'agent de sécurité où il restera 6 ans. C'est peu de temps avant son inculpation qu'il avait trouvé un emploi mieux rémunéré, dit-il. Actuellement et depuis la fin de son incarcération, Mr... vit à... et travaille régulièrement, d'abord en CDI dans une entreprise puis, après un licenciement pour motif économique, il travaille en intérim en tant que caviste pour une grande entreprise de la région... en travail de nuit. Il semble vouloir construire une vie professionnelle et sociale et affective dans la norme » (Rapport du médecin coordonnateur, D25).

« Sur le plan social, Mr... réside toujours dans le même appartement mais restant toujours sans occupation particulière sur le plan professionnel, reconnaissant là aussi qu'il ne s'est pas vraiment donné tous les moyens nécessaires pour rechercher du travail et ayant même été à nouveau radié des ASSEDIC pour non-présentation à des rendez-vous et non-actualisation de son dossier. Sur le plan social et professionnel, la situation du sujet reste de même extrêmement fragile » (Rapport du médecin coordonnateur, D31).

Sa situation sociale reste toujours aussi préoccupante, étant toujours hébergé au domicile de sa mère dans des conditions de promiscuité puisque sa mère accueille aussi sa plus jeune sœur elle-même en difficulté, étant probablement elle aussi atteinte de troubles psychologiques et de limitation. De même, se trouve au domicile, le fils de son autre sœur, plus ou moins abandonné au domicile de la grand-mère maternelle". Il note M. semble n'avoir que peu de contact et peu d'amis, décrivant une vie où il se retrouve assez reclus dans sa chambre, passant ses journées devant la télévision. La situation de ce sujet nous apparaît toujours bien précaire tant sur le plan de l'hébergement que de l'insertion, Mr... étant toujours sans emploi ni activité particulière » (rapport du médecin coordonnateur, D52).

« Sur le plan professionnel, Mr... reste malheureusement sans activité, décrivant des difficultés à pouvoir trouver un emploi malgré, dit-il, des démarches régulières. Il est plutôt dans une période de désespoir avec l'impression que tout est organisé autour de lui pour lui rappeler avant tout ce qu'il a fait et l'impression que cela ne s'arrêtera jamais alors qu'il a le souhait de tourner la page. Sa situation sur le plan social et professionnel reste bien délicate et précaire, le sujet vivant difficilement l'inactivité et le chômage (premier rapport annuel). « Mr a retrouvé un emploi ayant trouvé un CDD pour un laboratoire, il assure la livraison des..., n'étant certes pas du tout passionné par ce métier et espérant pouvoir retrouver quelque chose qui lui convienne mieux. Lors de notre dernière rencontre, Mr... était dans ses projets de "tourner la page" pour reprendre son expression, rêvant de nouveaux lieux, un ailleurs qu'il imagine plutôt dans le sud, vieux projet qu'il n'a jamais mis en application. Il dit ne pas trop savoir pourquoi il est attaché à ce rêve, évoquant essentiellement le climat et surtout le désir de changer de repère, ce qui cependant pourrait l'aider à terme. Par rapport à l'année..., Mr a su trouver un emploi certes en CDD et sur un temps partiel mais qui l'a sorti de l'inactivité sur le plan professionnel » (dernier rapport annuel du médecin coordonnateur, D96).

« Notre sujet a obtenu son permis de conduire en 2012, ce qui lui a permis d'obtenir un travail à temps plein, alors que jusque-là, il travaillait à temps partiel à.... Il estime que le travail qu'il a obtenu chez Mr [nom de l'employeur] à... a été possible grâce à la confiance qu'il a reçue de [nom de la première association de réinsertion pour laquelle il a travaillé dans le cadre d'un contrat aidé]. Il précise : "Lorsque j'ai été à [association de réinsertion], ils ont été super fiers de moi. Ils m'ont dit que j'avais une bonne conscience professionnelle. J'étais seul sur mon pont. Pour moi, c'était important de bien faire mon travail. Je me suis rendu compte que j'étais capable. Dans son travail, notre sujet répare des voitures pour qu'elles puissent passer le contrôle technique. Il estime que son patron lui fait confiance, ce qui, pour lui, est important. Il décrit également une ambiance un peu familiale avec son patron, ce qui lui permet de se sentir reconnu, sentiment qu'il a peu éprouvé dans son enfance. Dans la description de son travail, notre sujet fait preuve de sérieux, évoque des valeurs d'entraide et de loyauté. Ainsi, notre sujet précise que le travail est difficile physiquement [...], mais il estime qu'il a une dette vis-à-vis de ce patron et se voit mal partir pour une meilleure place, tant qu'il n'a pas aidé son patron à consolider son entreprise » (rapport du médecin coordonnateur, D81).

« À la suite des différents rendez-vous au cours de l'année, le médecin note « Il travaille en CDD mais de manière assez régulière; seul le port du bracelet électronique, n'a pas permis selon lui qu'il décroche un CDI. Il a été en arrêt de travail pour problèmes de santé plusieurs semaines fin... et a dû s'arrêter à nouveau fin janvier pour quelques semaines. [...] Sur le plan professionnel, il est au chômage pour six mois au moins, ayant dépassé la durée maximale autorisée pour un CDD » [...] Il a travaillé pendant 18 mois mais est actuellement au chômage sans promesse d'emploi à terme car le PSEM auquel il est toujours soumis est trop contraignant. Il vit mal cette période d'inactivité qui provoque stress et troubles du sommeil peu favorables à son équilibre psychique. [...] Il supporte à nouveau très mal le PSEM qui est vécu de manière persécutive et qu'il rend responsable de son impossibilité à retrouver un emploi fixe et stable » (Rapport du médecin coordonnateur, D16).

À la suite de chaque rendez-vous, le médecin note : « M.... a travaillé pendant plusieurs années le département de la..., avant de s'installer à... en septembre 2005 [...] M.... s'est inscrit au pôle-emploi. Il a été radié de la fonction publique et s'oriente vers le privé, dans le domaine administratif. [...] M.... va débiter une formation en informatique, d'octobre à décembre prochain. L'humeur est stable. Le sujet semble être prêt à envisager une nouvelle carrière professionnelle. [...] M.... vient de terminer sa formation informatique. Au niveau professionnel, Mr... a vécu un échec professionnel cette année avec une promesse d'embauche en tant que secrétaire pour une administration qui a été annulée suite à la demande du casier judiciaire. Il semblerait que ce soit la deuxième fois que le patient rate un emploi pour ce motif. Sinon, Mr... accumule les petits contrats en CDD et il a maintenant trois contrats de travail pour un total de 23 heures par semaine dans le nettoyage. Mr... a fait cette année des démarches pour faire supprimer les éléments de son casier judiciaire. Cette demande de radiation lui a été refusée une première fois mais Mr... souhaite tout de même porter cette demande en audience pour faire supprimer les éléments de son casier judiciaire de manière à pouvoir trouver un emploi sans qu'il lui soit refusé dans un second temps pour le motif de son casier judiciaire. Dans le même ordre d'idée, Mr... a fait des démarches auprès de la CNIL pour faire supprimer des données relatives à son procès sur des sites qui les conservaient. Mr... semble avoir obtenu gain de cause, ce qui fait que ces données n'apparaissent plus lorsqu'on tape son nom sur Google » (rapport du médecin coordonnateur, D35).

« Pendant son incarcération de 4 mois, Mr... a suivi une formation passeport de compétences en informatique européenne. Il indique "depuis sa sortie, (...) Mr a fait pas mal de recherches pour trouver un emploi et a finalement travaillé deux mois dans la livraison pour un restaurant puis il a travaillé 15 jours à Leader Price. Mr... a toujours l'intention de travailler dans la vente de cosmétiques à domicile à son compte. Lors des périodes où il ne travaille pas, Mr... est très investi dans une association qui fait de la sécurité dans l'événementiel et assure la gestion de parkings. Le patient y intervient en tant que bénévole. Il souhaite être agent de sécurité mais ne sait pas s'il pourra à cause de la nécessité de casier judiciaire vierge » (rapport du médecin coordonnateur, D65).

Plus de six fois sur dix, les coordonnateurs adoptent la même démarche concernant la situation conjugale, en évaluant la bonne évolution du sujet à l'aune de sa stabilité affective, mais aussi pour en déduire son état sur le plan de la sexualité (v. *infra*). Du fait des ruptures sentimentales générées par l'incarcération, une relation amoureuse n'apparaît plus que dans un dossier sur six au moment de la libération (16,2% contre 41,4% au moment des faits). 12 des 41 condamnés en couple au moment des faits (29,3%) ont maintenu cette relation ou, dans de rares cas, en ont engagé une nouvelle durant leur détention<sup>645</sup>. Cette configuration concerne très majoritairement les condamnés à de courtes ou moyennes peines d'emprisonnement. Moins d'un condamné sur dix (7,7%) à une peine égale ou supérieure à dix ans de réclusion était investi dans une relation amoureuse lors de la libération. Plus d'un tiers était en couple en fin de prise en charge ou, pour les dossiers en cours, au moment de l'étude. Plus de la moitié étaient toujours seuls, l'information n'étant pas disponible dans 8 affaires. Lorsqu'il n'est pas en couple, les médecins coordonnateurs les plus prolifiques explorent ses relations avec son entourage, ses parents et une éventuelle fratrie, de façon à identifier un isolement qui paraît préjudiciable, tant sur le plan psychique que sur un versant plus criminologique. La question du (non) rétablissement de liens avec les enfants apparaît aussi régulièrement, *a fortiori* en présence de violences sexuelles intrafamiliales.

« Mr... est seul actuellement. Il n'a pas de relation affective stable ni de relation amoureuse. Cette situation de célibat le met sans doute à l'abri de risque de trop grande passion amoureuse. Mais la solitude qu'il subit actuellement est sans doute aussi en elle-même assez dépressogène » (rapport annuel du médecin coordonnateur, D4).

Au fil de ses rendez-vous, le médecin note : "À la période de l'examen le sujet vit avec une compagne... 55 ans [...]. Sur le plan familial ses parents résident à..., il dit avoir des bonnes relations avec eux : "Ils sont encore gentils, on passe les fêtes ensemble...". [...] Il vit toujours avec sa compagne mais est confronté à des difficultés sur le plan de la sexualité : "Les rapports sexuels c'est bloqué, elle essaie de me toucher je fais un écart..." Distorsions cognitives avec vécu persécutif, crainte d'être accusé de viol à tort dit-il : "La loi c'est pour les femmes, avoir de l'argent..." [...] Relations harmonieuses avec l'amie dont il paraît toujours dépendant mais toujours un dysfonctionnement sexuel : "J'ai très confiance en elle mais je ne sais pas ce qu'elle a dans sa tête... la loi est pour les femmes, le moindre problème c'est la prison...". Reconnaît une activité autoérotique. [...] Aurait un projet de demande de garde alternée pour sa fille. [...] Toujours abstinent : "cela ne me dérange pas du tout". Persistance de l'inhibition sexuelle. [...] Relation durable avec l'amie malgré le problème de sexualité : "J'ai fait un effort, je la prends plus dans mes bras." » (premier rapport annuel). « propos habituels sur "la loi faite pour les femmes" qui explique selon lui le refus d'avoir des relations sexuelles avec sa compagne de peur d'être accusé de viol : "elle comprend" dit-il. [...] Relation conflictuelle avec son ex-compagne : "Je ne veux plus la voir, elle fait que des conneries, cela fait 2 ans qu'elle a pas payé la garderie et la cantine... elle fait la malheureuse, elle va avoir des aides.". Voit sa fille régulièrement. Se dit satisfait de la relation avec sa compagne actuelle malgré l'absence de relation sexuelle : "elle comprend, elle va avoir 58 ans...". [...] Poursuite de la relation avec l'amie sans vie intime, se dit inhibé à ce niveau "tant que l'affaire n'est pas finie". Paraît se positionner dans ses fonctions paternelles » (dernier rapport annuel du médecin coordonnateur, D7).

« Il est à noter que depuis sa condamnation, Mr... a perdu contact avec sa famille. Il n'a reçu durant sa détention que des visites de son ex-compagne afin de maintenir un lien avec sa fille. Il voit sa fille très régulièrement, une fois tous les quinze jours, le droit de visite pourra s'élargir encore davantage à sa demande. Les relations avec celle-ci sont de bonne qualité de part et d'autre, semble-t-il. Par ailleurs, Mr..., depuis sa sortie de prison, a retrouvé une vie sexuelle de type homosexuel. Il n'évoque pas de pulsions particulières vers les jeunes enfants mais plutôt vers les hommes de son âge et de sa génération. Actuellement, il aurait une relation affective stable avec un homme » (premier rapport annuel). « Il est célibataire mais fréquente un jeune homme avec qui il revendique une relation amoureuse stable et "harmonieuse". Il rencontre régulièrement sa fille le week-end et entretient de bonnes relations avec son ex-compagne. Par contre sa famille a coupé les ponts avec lui depuis sa condamnation » (dernier rapport annuel du médecin coordonnateur, D2).

« Il n'a plus aucun contact avec son épouse, le sujet pense que celle-ci continue à chercher à lui nuire et en tout cas à le maintenir très à distance de ses enfants. Il existe à ce sujet un point indéniable de souffrance, Mr... aimerait renouer avec ses enfants, bien sûr avec l'autorisation de la justice. Il entend d'ailleurs faire une requête en ce sens avec l'aide de son avocat, afin de pouvoir obtenir un droit de visite. Il peut me confier qu'il a eu de rares messages réels de sa fille via des SMS lui souhaitant par exemple son anniversaire. Mr... me dit écrire régulièrement à ses enfants mais pense que ses courriers sont parfois détournés ou retenus. Mr... a reconstruit sa vie sur le plan sentimental vivant dans la région de... en maison individuelle avec un ami. Il peut m'expliquer que le travail entamé auprès d'un psychologue, Mme..., dès son arrivée en... lui a permis d'évoluer, surtout d'assumer et de vivre de façon harmonieuse pourrait-on dire son homosexualité (premier rapport annuel). « Sa situation sentimentale reste stable. Sur le plan familial, il entretient des liens toujours réguliers téléphoniques avec sa fille devenue majeure en début d'année 2014, il reste par contre sans nouvelle de son fils qui visiblement est dans un refus obstiné de reprendre tout contact. Il devrait normalement recevoir sa fille courant août, ayant choisi cette date car plusieurs membres de sa famille seront présents, sa mère et l'une de ses sœurs avec certains de ses enfants, étant un peu dans l'appréhension de ce face à face avec sa fille, peur qu'elle

<sup>645</sup> V. également Alvarez J., Gourmelon N., *op. cit.*, 160.

ne soit déçue, peur qu'il ne fasse pas suffisamment bien pour reprendre ses termes. Il faut noter que le sujet a été extrêmement surpris par l'appel téléphonique de son ex-femme, qui après des années de guerre acharnée, reprend contact, et sollicite son aide pour la prise en charge de leurs deux enfants devenus majeurs. Mr... a eu des propos quelque peu sarcastiques, s'étonnant de façon certes adaptée, de cette reprise de contact après qu'elle ait eu des mots si durs à son encontre » (dernier rapport annuel du médecin coordonnateur, D18).

« Il est séparé d'une femme avec laquelle il a eu un enfant, ... , âgé actuellement de 13 ans dont il n'a plus de nouvelles depuis 6 années en raison des différentes histoires pour lesquelles il a été condamné. À ce sujet, il reste dans une assez grande ambivalence, aimerait pouvoir avoir de ses nouvelles mais craint littéralement que son ex-compagne, qui avait déclenché une tourmente judiciaire à son encontre, ne le réattaque ou ne le remette en cause pour des faits d'agression sexuelle. Le sujet, sur le plan familial, reste par contre en lien et proche de ses parents, qui se sont séparés lorsqu'il était âgé de 14 ans, voyant aussi ses 2 frères, ... et..., ainsi que son demi-frère du côté de sa mère, ... , âgé de 21 ans, ainsi que sa demi-sœur, ... , âgée de 17 ans du côté de son père. Il se rend assez régulièrement dans la région de... où vit sa famille » (rapport du médecin coordonnateur, D23).

« Il évoque le fait d'avoir repris des nouvelles de son fils, âgé de 24 ans, qui a accepté une rencontre. Il évoque un moment fort sur le plan émotionnel avec une très grande satisfaction et un plaisir de renouer avec ce fils dont il n'avait pas eu de contacts dit-il depuis plus de 12 ans. Il a pu aussi retrouver ses parents, accompagnés de sa sœur, décrivant une reprise de relation dans une bonne ambiance, qui apparaît plutôt soutenante. Sur le plan sentimental, il a pu évoquer une relation récente avec une femme de son âge, qu'il connaissait depuis de longue date, il est resté assez réservé cependant comme pour se protéger. Revu lors de la dernière consultation, Mr... a confirmé le bien-fondé de cette position expliquant que cette amie s'était écartée de lui, ce qu'il ressentait comme une nouvelle déception, plus exactement comme un abandon (premier rapport annuel). « Nous notons que le sujet a déménagé fin... pour gagner la maison secondaire de ses futurs beaux-parents qu'il rénove entièrement avec en échange le droit d'y résider. Son lien sentimental avec son amie se développe au fil du temps, de façon très rassurante pour lui, ce qui est un gage de stabilité indéniable » (dernier rapport annuel, D24).

« L'auteur n'a plus de contacts avec son père et avec son frère : "Les rapports se sont dégradés depuis l'incarcération "il (son père) n'a jamais voulu me reparler". Il est l'aîné de deux enfants "j'ai pas de nouvelles non plus, mais on était déjà brouillé (avec son frère) à cause de mon ex-belle-sœur". Il n'a plus de contacts non plus avec ses enfants : "Il a 4 enfants (de 22 à 12 ans) d'un premier mariage (1988-2002) : la séparation est la conséquence "de l'incarcération et les faits que j'ai commis". Il n'a aucun contact avec ses enfants "mon ex-femme les a empêchés de venir me voir en incarcération, en sortant j'ai repris contact et 6 mois après elle a commencé à râler pour un ancien crédit à la consommation, le ton est monté et elle a bloqué le contact avec les enfants. J'ai des contacts avec eux comme amis (Facebook) mais pas sous mon vrai nom" » (rapport du médecin coordonnateur, D36).

« Au cours de l'année, il a renoué des liens avec sa fille aînée... 13 ans qui a demandé à le revoir et qui, après quelques mois passés chez la mère, est à nouveau placée en famille d'accueil ainsi que les deux autres enfants. Par contre, sa fille cadette refuse maintenant de le rencontrer après un entretien où elle lui a demandé des explications sur les raisons de sa condamnation. Avec son fils..., les relations sont inchangées. Les trois enfants sont placés et Mr est soulagé. [...] Sur le plan affectif, il a rencontré il y a plusieurs mois une femme plus âgée, mère de deux enfants adultes avec qui il vit officiellement. Cette relation semble le satisfaire et le rassurer. Il est moins anxieux » (rapport du médecin coordonnateur, D95).

Le passé pénal, comme les conditions d'exécution de la peine en milieu ouvert, ne sont pas sans influence sur la construction de nouvelles relations sentimentales. Certains condamnés éprouvent des difficultés à révéler les faits commis à leur nouvelle compagne ou nouveau compagnon. Les interdictions de paraître et/ou de fréquenter des mineurs rendent également difficile toute reprise de contact avec les enfants ou la stabilisation de liens affectifs quand la compagne a ou travaille à domicile auprès d'enfants.

Au fil de ses rendez-vous, le médecin coordonnateur note, parfois en reprenant les propos du condamné : « "Je fréquente Virginie, qui va avoir 31 ans [qui a un fils mineur]. [...] Il voit sa petite amie quand l'enfant n'est pas là. [...] Il n'a plus de copine actuellement. Il y a eu une rupture d'avec son amie tout en restant en bon terme... Ça devenait compliqué, comme elle est assistante maternelle... Il ajoute : "c'est un coup dur pour elle comme pour moi, comme je suis en conditionnelle et que je ne pouvais pas la voir comme je voulais... il n'y avait pas de vie de couple » (Rapport du médecin coordonnateur, D59).

« Depuis sa sortie de détention, le sujet vit de façon assez précaire, n'ayant pas de travail, ayant un logement précaire. Rapidement le sujet a rencontré une jeune femme de son âge, ayant tissé un lien qu'il décrit comme amoureux avec l'intention de s'établir avec elle. En juin dernier, par rapport à cette situation, il semblait en difficulté dans sa relation avec son amie, perturbé par les limitations de droit de garde de son amie vis-à-vis de son enfant et de sa propre interdiction d'approcher des mineurs, compliquant la vie de couple » (Rapport du médecin coordonnateur, D85).

« Après sa sortie de prison, il va rencontrer en 2011 une jeune femme qu'il a rapidement épousé et auprès de laquelle il semblait avoir trouvé apaisement et stabilité affective mais le couple a divorcé très rapidement après que la justice ait interdit à Mr de rester au domicile conjugal pendant la présence à ce domicile du fils de madame. Dans une nouvelle position de défi, il a préféré se séparer de cette femme plutôt que d'accepter cette injonction » (Rapport du médecin coordonnateur, D93).

« Mr... nous a informé qu'il a fait la demande au JAP de pouvoir aller chercher sa petite fille en [département] deux WE par mois (en avril et en mai). La demande de suppression d'interdiction de paraître en... ayant été refusée, il l'a respectée. Mais explique que de ce fait, il ne voit pas sa petite fille, ce qui l'affecte beaucoup surtout qu'il ne la pas vue depuis sa sortie de prison. Il a revu à sa sortie Mme... , la mère de... (sa fille), avec qui il s'était pourtant séparé en 1992 et jusqu'en 2005 où elle a repris contact avec lui au centre de détention. En 1992, il s'était mis en concubinage avec Mlle..., la mère des 2 filles qu'il a agressées sexuellement. Il s'est marié avec Mme... en 1996 et il a divorcé en 2005. Mme... avait à l'époque 4 enfants, 3 filles et 1 garçon. [...] Après sa sortie, Mr... a entretenu quelques temps une relation avec Mme... (la mère de sa fille), ils avaient des rapports intimes réguliers lorsqu'ils se voyaient, soit à peu près tous les 15 jours. M.... ensuite rompu avec Mme... , puisqu'il a rencontré quelqu'un d'autre

[...] qui a 45 ans et deux garçons de 23 et 22 ans. Il l'a rencontrée au travail (au restaurant du cœur). Mr... semble très attaché à cette personne à qui il n'arrive pas à avouer ses antécédents judiciaires. Parallèlement, les relations entre Mr... et Mme... (la mère de sa fille) sont devenues de plus en plus ténues pour ne se résumer qu'à des appels téléphoniques ponctuels » (rapport du médecin coordonnateur, D30).

Les CPIP ont quant à eux des avis mitigés sur l'intérêt de ces précisions biographiques, sociales et familiales. Beaucoup les jugent redondantes par rapport aux informations qu'ils collectent eux-mêmes durant leur propre suivi. Certains considèrent toutefois qu'en disposer présenterait toujours un intérêt, car elles permettraient de confronter les sources d'informations et de conforter ou au contraire nuancer leur impressions.

« On a quelques médecins coordonnateurs qui rendent des écrits, pffff, presque en 15 lignes, oui, qu'il habite avec sa mère, etc... [...] Mais je me dis que c'est limite un rapport social, parfois de pas très bonne qualité quoi et là, ça ne nous apporte rien. Mais j'avoue que pour certains, c'est intéressant. Parfois, on est conforté dans notre analyse, alors ça fait du bien et ça nous guide aussi parfois, parce qu'il y a des doutes aussi sur, pourquoi on a du mal à aborder tel truc. Voilà, on se pose des questions aussi et parfois, ça nous aide. C'est ça que j'y vois moi » (CPIP).

« [Au niveau des rapports annuels, qu'est-ce qu'ils contiennent en fait ?] Souvent les dates auxquelles ils ont vu les personnes. Il peut y avoir des éléments sur la situation sociale. Ils relatent aussi si la personne va ou pas aux rendez-vous avec le médecin traitant et puis, ils peuvent se prononcer un petit peu sur oui, l'inquiétude, pas inquiétude... voilà, sur... mais ça reste assez... [Est-ce que c'est des rapports qui vous sont utiles ou qui... ?] Quelquefois on est cité. C'est assez valorisant (rire). Non, c'est intéressant. De toute façon, tous les éléments qui sont donnés sur une personne, ça reste des éléments intéressants. Oui, c'est intéressant je trouve. [...] Souvent c'est des choses factuelles. C'est le contenu des entretiens... enfin, pas le contenu des entretiens mais la manière dont se déroulent les entretiens, des trucs sur la situation sociale, familiale, que nous on connaît déjà et puis, les difficultés qu'il peut y avoir, en terme social. Ça aussi en général on les connaît » (CPIP).

« [Est-ce que globalement ces rapports, ils répondent aux attentes ?] Des fois ils sont assez succincts mais par exemple, dernièrement... en fait, il va détailler des choses : Monsieur untel il travaille à tel endroit, il vit en couple, sa vie quoi grosso modo aujourd'hui. Et puis à la fin, il y a 2-3 lignes de conclusion « monsieur untel est bien intégré sur le plan socio-professionnel. Sa vie est plus stable qu'au moment des faits et il semble bien inséré professionnellement et le bilan est positif ». Ça c'est pas mal, parce que ça permet de dire que c'est mieux quoi, et puis c'est concordant avec ce que nous on a dans notre dossier. Ça permet de rassurer. Ou alors, il va pointer du doigt... bon ça, généralement quand il y a des... des facteurs de risque, il va les pointer mais il va aussi parfois, parler de la relation avec le SPIP, son positionnement. Ça peut être aussi intéressant de voir ça » (CPIP).

La plupart souhaiterait toutefois qu'ils se focalisent davantage sur la situation et l'évolution sanitaire des personnes, sur son investissement dans les soins, la qualité des échanges avec son thérapeute. On retrouve alors l'importance qu'ils accordent aux avancées sur le plan de l'analyse du passage à l'acte, de l'intégration d'un sentiment de culpabilité, d'une empathie envers les victimes. Les éléments relatifs à l'hébergement, l'emploi ou encore la situation familiale pourraient constituer un véritable apport, mais dans l'hypothèse d'une interprétation de leurs effets sur la psyché, en tant que potentiel facteur de risque ou au contraire de protection.

« [À quels éléments vous faites référence ? Qu'est-ce que vous attendez des rapports ?] Ce que j'en attends. Ben, c'est déjà les éléments sociaux qu'ils rappellent mais nous voilà, on les a déjà généralement. Non mais c'est plutôt sur... parce que moi je vais sur les gens « qu'est-ce que vous arrivez à échanger ? ». Souvent, ce que j'essaie de voir avec eux, c'est qu'est-ce qu'ils font de leur injonction de soin. Qu'est-ce qu'ils arrivent à échanger. Est-ce que c'est facile ou pas. Déjà, s'ils arrivent à rentrer en contact, ne serait-ce que pour se poser la question de continuer comme ça ou pas. [...] Parfois, nous on sait pas trop, on a des bribes et on essaie d'interroger et donc moi, ce que je trouve intéressant souvent, c'est quand on a des retours sur l'éventuel investissement dans le soin déjà, savoir si vraiment il y a un investissement ou pas. La notion d'évolution et même l'évolution sur la situation. Moi je m'en fiche qu'on me dise que monsieur il a déménagé, etc. Ce qui m'intéresse plus, c'est le regard du médecin coordonnateur qui parfois revient « il s'est séparé d'elle, mais cette fois-ci, il a pas réitéré. Il a appris les leçons de ce qui s'était passé et il a vécu ce nouveau bouleversement social... ». Là c'est intéressant. C'est-à-dire qu'on en a quand même certains aussi qui tirent une analyse d'évolution sur l'année qui a pu se produire. Il a pu y avoir des

*bouleversements, bouleversements qui parfois se font écho à ce qui s'était passé et on se dit « ouh la, ouh la, ouh la. On est sur une nouvelle séparation. C'est ce qui a donné lieu au meurtre de la fois précédente ». [...] On n'a pas les choses précises dans les... mais on a au moins leur analyse, sur ce qui peut être facteur de. Ce que je trouve intéressant, c'est quand on a une analyse sur les facteurs, sur ce qui change et qui est facteur de risque, qui a été bien vécu ou pas bien vécu ou a priori, bien appréhendé par la personne. Ou aussi, sur les capacités à. On a aussi ça « ben oui, monsieur... sauf que les capacités d'introspection, elles sont limitées ». Parfois on l'a vu ; parfois on s'est aussi leurré et on se dit « c'est pas possible » et on porte parfois...[...] Ouais, c'est ces éléments-là qui sont intéressants. C'est-à-dire qu'ils ont quand même... quand y a une vraie analyse, y a une reprise du parcours, y a une analyse sur le parcours annuel, que nous on n'a pas forcément. On n'a pas cette lecture. On fait des liens forcément, à force. On n'est ni psychologue, ni psychiatre mais y a des moments, on fait forcément des liens, des liens logiques, mais y a des choses qu'on voit pas » (CPIP).*

*« [Est-ce qu'il y a des éléments dans ce rapport que vous recherchez, que vous aimez bien trouver ?] Oui, s'il y a une évolution. Si le médecin sent, comme moi qu'il y a une évolution ou sent, comme moi qu'il y a encore beaucoup de réticences à ça ou qu'il reste bloqué. Enfin, des choses comme ça quoi » (CPIP).*

*« Moi je suis un peu dubitatif, par rapport à... C'est vrai que j'imagine bien que ce suivi psy, peut pas se centrer, de façon constante sur les faits, et que bien évidemment, la prise en compte de la vie des personnes, au moment où elle les aborde, elle est très importante dans la prévention du renouvellement des faits, mais j'ai pas l'impression quand même que la problématique à dominante sexuelle, etc., est trop abordée. Et ça ne ressort pas non plus très nettement, dans les comptes rendus annuels des médecins coordonnateurs, parce que ceux-là, je les regarde. On a plus par contre, des éléments d'ordre social, etc., qu'on connaît déjà. Après, ça peut être aussi sous le coup du secret médical, qu'ils s'aventurent pas là-dedans dans leurs rapports annuels. Je ne sais pas. [Qu'est-ce que vous aimeriez trouver dans ces rapports annuels, en plus ou en moins ?] Qu'ils puissent nous dire un petit peu, dans quelle mesure cette... le problème initial est abordé ou pas, ou s'il y a des résistances, si ça paraît... ce qu'il en est de la reconnaissance de la culpabilité ou pas. Est-ce qu'il y a une évolution ? Qu'est-ce qu'on peut craindre ? » (CPIP).*

*« [Qu'est-ce que vous avez envie de lire dans ces rapports-là ?] Ce que j'ai envie de lire, c'est si y a une évolution véritable au niveau psychique en fait, s'il y a quelque chose qui est en train de se passer. L'évolution quoi. Pas tellement... parce que des fois, ils font un point sur l'évolution sociale, mais là c'est pas forcément leur champ de compétence pour le coup. Et ils ont parfois tendance à se réfugier dans ces données-là, pour pas parler du cœur du problème, parce que toujours le problème de pas trop vouloir dévoiler ce qui se passe. Moi ce qui m'intéresse vraiment, c'est si y a... si ils me disent « oui, il s'est investi » quoi et qu'est-ce qui se passe » (CPIP).*

*« [Qu'est-ce que vous attendez dans ces rapports annuels ?] Ben, c'est que ce ne soit pas le même que l'année précédente. Voilà, déjà c'est bien. Euh, que ça nous éclaire un petit peu, parce que nous on a notre impression sur le déroulé, et éventuellement le... l'évolution de la personne mais c'est bien d'avoir un avis, médical justement de psychiatre. C'est par le thérapeute qu'il a ça le médecin coordonnateur, mais c'est de savoir, lui, de son œil de psychiatre, il a une vision différente de nous, de l'évolution de la personne et il a des éléments que le probationnaire ne nous a pas donnés, qu'il a donné au médecin coordonnateur ou au thérapeute, qui sont importants pour notre suivi. Moi j'aime bien lire les rapports annuels du médecin coordonnateur, pour voir si ça ressemble un petit peu à l'impression que j'ai moi, de mon suivi, par rapport au suivi qui se fait. [Et tous les rapports que vous recevez répondent aux attentes que vous venez de présenter ?] Non. Non parce que parfois, c'est creux. « Il est venu ». Ok, il est venu, mais moi, c'est pas ça qui m'intéresse, c'est savoir s'il y a une évolution réelle de la personne ou pas. [Donc là encore, ça dépend des médecins coordonnateurs, ou des personnes ?] Des médecins coordonnateurs, ou des personnes aussi, parce qu'il y en a, des médecins coordonnateurs, de toute façon, je lui dirai rien. Forcément, nous il nous parle, donc on a des éléments, mais pas au médecin coordonnateur » (CPIP).*

Dans l'ensemble, ces informations d'ordre clinique leur semblent relativement pauvres, sinon très pauvres, ce que les CPIP expliquent souvent par l'insuffisance perçue des éléments transmis par les thérapeutes (v. *infra*).

*« Et là aussi, le fait que le type il retravaille, c'est un rapport social. Retirer de, quel intérêt, quel impact ça a sur sa structuration psychologique et ce qu'il pense de, le fait qu'il ait retrouvé un boulot, ça c'est un travail d'expert mais on ne le retrouve pas toujours. [...] C'est sans doute compliqué pour eux, parce que s'ils ne veulent pas marquer... enfin, piétiner les plates-bandes du médecin thérapeute, quel est, pour le*

*médecin coordonnateur, savoir où est la... ? Parce que le médecin coordonnateur, c'est vrai qu'il est dans un rôle, comme le JAP qui est entre l'insertion sociale et la sanction pénale, comme tous les gens qui sont comme ça, un peu, à mi-chemin je dirais ou à l'intersection de deux sphères, mais d'un autre côté, il peut quand même... Un magistrat qui irait dire au médecin thérapeute « c'est là-dessus que vous devez bosser », le thérapeute lui dirait « dites donc, je vous dis pas comment il faut vous prononcer ». Chacun a sa compétence » (CPIP).*

*« Et pareil, quand on voit les comptes rendus. Vous avez vu, certains comptes rendus, c'est du copié-collé, ce n'est pas du... [...] Parce que ça doit lui poser une question d'éthique. Parce que ce fameux psychiatre, il est tenu au secret professionnel, le thérapeute. Donc il fait le lien et encore, il donne des éléments très factuels hein. Venu, pas venu, voilà. Et le médecin coordonnateur fait une synthèse très succincte sur la présence aux entretiens, sur éventuellement... je pense qu'il reprend une petite phrase sur le risque de récurrence ou bien sur la dangerosité à la fin, parce que les conclusions sont jamais très longues. Je sais pas si vous en avez lues. Et voilà, y a juste ça. C'est une espèce de relais. » (CPIP).*

Le versant sanitaire et psychique n'est pour autant pas toujours occulté. Les médecins coordonnateurs évoquent notamment la question de la consommation d'alcool ou de drogues dans un peu plus de la moitié des rapports, généralement en présence d'une problématique addictive antérieure. Les médecins s'attachent à vérifier l'abstinence, avec la mention de quelques rappels à l'ordre ou à la « vigilance », suite à des déclarations du condamné ou lorsqu'ils soupçonnent eux-mêmes une reprise de toxiques.

« L'humeur reste toujours fluctuante et dépressible. Ces difficultés sont sans doute majorées par une consommation régulière de toxiques qui augmentent sa morosité. Il reste vulnérable et fragile surtout lorsqu'il consomme des toxiques. Il n'a à ce jour aucune velléité d'arrêter ces consommations » (Rapport du médecin coordonnateur, D4).

« Un rappel à la vigilance vis-à-vis de l'alcool lui a été fait » (Rapport du médecin coordonnateur, D14).

« M... est toujours régulièrement suivi par Mr..., psychologue, qu'il rencontre mensuellement environ. L'abstinence alcoolique semble assez fluctuante mais actuellement il serait sobre » (Rapport du médecin coordonnateur, D15).

« Il reconnaît qu'il consomme un peu d'alcool (nous lui avons posé la question directement après avoir perçu son haleine œnolisée) » (Rapport du médecin coordonnateur, D21).

« L'évolution du mode de vie de... depuis sa sortie d'incarcération est préoccupante. Le mode de vie est fluctuant et l'on note la reprise d'alcoolisations ponctuelles importantes sur plusieurs jours, sachant le risque de perte du contrôle de soi chez un sujet impulsif » (Rapport du médecin coordonnateur, D31).

Le médecin note au fil de ses rendez-vous : « Comme il avait mis l'accent sur le fait que ses passages à l'acte sexuel transgressifs intervenaient lors d'abus d'alcool [...] nous avons échangé avec sa psychiatre en sorte qu'une hospitalisation au CHS lui permette d'évoluer vers l'abstinence. [...] Mr... a suivi une cure. Depuis sa sortie, il a pu diminuer sa consommation de vin : une bouteille quotidienne. Mr a fait une demande de cure en centre de suite. [...] Semble avoir consommé de l'alcool. Chute au sol dans le bureau en se penchant. [...] Sa demande en post cure n'a pas été acceptée. Il boit du vin en excès séquentiellement et avait demandé à être ré-hospitalisé mais le Dr... a refusé, estimant que "ses abus n'étaient pas réguliers". [...] "Je bois encore de l'alcool : vin, bière, de temps en temps moins que lorsque j'ai commis mes actes". Il a refait une demande de post cure. [...] M ... est hospitalisé en centre de cure. Ce séjour lui a été bénéfique pour son appétence alcoolique » (Rapport du médecin coordonnateur, D76).

Aborder la sexualité du condamné en lien avec sa situation sentimentale vise également, sur un plan clinique, à mesurer les effets psychologiques d'une éventuelle frustration sexuelle qui, sans que cela soit pour autant formulé comme tel, est implicitement mise en lien avec la potentialité d'un nouveau passage. Ils questionnent également la prise de conscience et la reconnaissance d'éventuelles déviations sexuelles. À la manière des experts qui expliquaient le passage à l'acte par une homosexualité refoulée (v. *supra*), la capacité des condamnés à assumer leur orientation sexuelle est perçue comme une évolution positive. Concernant les condamnés considérés comme « pédophiles », ils évaluent la persistance et l'ampleur des fantasmes de cette nature.

« Mr... reconnaît son attirance pour les "jeunes garçons" et se qualifie de bisexuel (premier rapport annuel). « Au total, Mr... présente une conscience de ses orientations sexuelles et connaît ses "vulnérabilités" » (dernier rapport du médecin coordonnateur, D5).

« La sexualité du sujet semble être orientée vers une homosexualité mais il n'a jamais eu de relations homosexuelles : "c'est simplement que quand je regarde un film porno je me masturbe en pensant que je suis à la place de la fille". La fantasmagorie pédophile était toujours active ainsi que les fantasmes d'agression » (rapport du médecin coordonnateur, D11).

« Lors de son adolescence, il a fait une expérience homosexuelle mais également hétérosexuelle. Par contre, durant toute son adolescence et jusqu'à l'âge adulte, il va rechercher des plaisirs, dit-il, auprès de jeunes garçons. [...] Par ailleurs, Mr..., depuis

sa sortie de prison, a retrouvé une vie sexuelle de type homosexuel. Il n'évoque pas de pulsions particulières vers les jeunes enfants mais plutôt vers les hommes de son âge et de sa génération. Actuellement, il aurait une relation affective stable avec un homme [...]. Il n'évoque pas de pulsions particulières vers les jeunes enfants mais plutôt vers les hommes de son âge et de sa génération » (rapport du médecin coordonnateur, D12).

« Il dit avoir réussi à aborder ses comportements sexuels déviants avec son thérapeute pour comprendre au mieux ses agissements d'autant qu'il se ressent actuellement comme hétérosexuel. Il dit regretter ses comportements antérieurs sans éprouver une culpabilité excessive » (rapport du médecin coordonnateur, D14).

« Mr... a reconstruit sa vie sur le plan sentimental vivant dans la région d'... en maison individuelle avec un ami. Il peut m'expliquer que le travail entamé auprès d'un psychologue, Mme..., dès son arrivée en... lui a permis d'évoluer, surtout d'assumer et de vivre de façon harmonieuse pourrait-on dire son homosexualité. Il s'agit d'une question importante, car ce choix d'objet sexuel est visiblement pleinement assumé, et participe à la bonne stabilité de sa vie affective et sexuelle » (rapport du médecin coordonnateur, D18).

« Mr... assume parfaitement son suivi socio-judiciaire dont il semble tirer bénéfice. Il ne s'est pas cependant encore engagé dans une sexualité partagée. Sa sexualité étant d'ailleurs actuellement inexistante. Lors du premier entretien M.... reconnaissait qu'il se sentait encore extrêmement fragile à l'égard de la pédopornographie, il avait toujours une fantasmagie active et se sentait toujours vulnérable à l'égard d'internet. Lors des entretiens d'août et surtout de décembre il est apparu beaucoup moins en difficulté, il ne se dit plus attiré par les images pédopornographiques "je me suis rendu compte que je n'avais pas besoin de ces images-là, ce qu'il me reste à comprendre c'est pourquoi car je ne me sens pas pédophile et je ne suis absolument pas attiré par l'homosexualité, alors que je n'avais que des images de garçons (Premier rapport). « Très nette évolution dans sa problématique il a acheté un ordinateur, "c'était toujours ma crainte de retrouver Internet, je n'ai plus de fantasmes de pédophilie mais je ne dis pas que je suis couvert, je reste vigilant » (dernier rapport du médecin coordonnateur, D21).

« De sa vie affective et sexuelle, il évoque une première relation homosexuelle à l'âge de 16 ans qui ne lui permettra pas de se reconnaître dans une identité sexuelle de ce type mais ne s'est jamais engagé de manière affective dans aucune relation qu'elle soit hétéro ou homosexuelle. De ses relations hétérosexuelles d'ailleurs, il dira "c'était juste pour se vider". [...] Sur le plan affectif et sexuel, il a pu nouer des relations homosexuelles, soit d'un soir, soit de quelques jours. Il semble qu'il soit plus ou moins engagé dans une relation affective stable (premier rapport). « Il est engagé dans une prise en charge thérapeutique avec le Dr... qu'il rencontre régulièrement à raison d'une fois par mois. Il se confie davantage sur sa vie affective et sexuelle et semble actuellement clairement orienté dans une identité sexuelle de type homosexuelle : il a noué une relation stable dit-il avec un jeune homme rencontré sur internet » (dernier rapport du médecin coordonnateur, D26).

« Sur le plan des rapports intimes Mr... m'avoue qu'ils ont, avec sa nouvelle compagne, une sexualité plutôt importante avec des rapports quotidiens ce qui lui convient tout à fait. Le patient se dit satisfait de cette sexualité et n'exprime aucune frustration sur le plan sexuel. Il n'avoue pas de conduites masturbatoires, n'exprime aucune attirance particulière à l'égard des jeunes filles et on ne repère pas d'élément susceptible de penser le contraire. Il ne se dit pas envahi par ses pulsions sexuelles. Il dit n'avoir aucun recours à la pornographie » (premier rapport). « Mr... fait état d'un réel épanouissement sexuel. La sexualité avec sa compagne le satisfait complètement. Il dit ne plus avoir d'attirance pour les adolescentes et on ne repère pas de fantasme déviant pédophile ou de viol lorsqu'on l'interroge sur ses choix d'objet sexuel. Par contre, en ce qui concerne le repérage et l'éviction des situations à risques, ainsi que la prise de conscience des mécanismes psychiques impliqués dans le genèse des agressions sexuelles, la compréhension reste encore très peu avancée chez Mr... , probablement du fait d'un manque d'implication dans son suivi, en tout cas cette année. Il peut juste repérer une dimension de quête affective concomitante à la genèse des faits et dire maintenant que le consentement qu'il avait l'impression d'avoir de la part de ces victimes n'était pas du fait de leur trop jeune âge » (dernier rapport du médecin coordonnateur, D30).

S'agissant d'éventuels pathologies ou troubles de la personnalité, certains médecins coordonnateurs se contentent de reprendre le contenu des expertises sans se prononcer eux-mêmes. D'autres présentent une synthèse des expertises, mais pour ensuite la confronter à leur propre diagnostic, de façon à confirmer ce dernier, trancher les contradictions entre experts ou en déduire une évolution de la personne depuis les premiers constats posés. D'autres encore n'indiquent que leurs propres observations en la matière. Ils précisent par ailleurs bien souvent les différents traitements médicamenteux prescrits par le psychiatre traitant, voire la présence de pathologies sur un registre somatique.

« Sur le plan clinique, par rapport aux divergences d'appréciation tant clinique que psychopathologique dans les expertises pré-sententielles, le suivi sur l'année 2012, confirme l'hypothèse d'un trouble de la personnalité de type *borderline*, pris dans un parcours de vie extrêmement chaotique, associant de graves carences affectives, avec des éléments traumatiques associant violence physique, psychologique, en bas âge du fait de sa mère, placements multiples ayant participé à cette structuration particulière, émaillée de rupture et de discontinuité » (Rapport du médecin coordonnateur, D2).

« Il souffre très probablement de troubles graves de la personnalité de type état limite qui crée un contexte de grande fragilité psychologique avec un très mauvais contrôle pulsionnel. Il exprimait et exprime toujours au fil des entretiens un mal-être fluctuant avec une grande difficulté à se situer dans le contexte social ordinaire : les inconnus rencontrés dans le bus ou sur les trottoirs sont parfois mystérieux, étranges, voire dangereux pour lui. L'humeur est fluctuante et toujours à la limite d'une morosité avec une dépressivité certaine » (Rapport du médecin coordonnateur, D4).

« Les expertises réalisées en 2004, 2009, 2010 et 2011 mettent en évidence l'absence de pathologie mentale mais aussi des traits de personnalité tout à fait spécifiques, à savoir : haute estime de soi, absence de remise en cause, besoin de contrôle et de domination, froideur et détachement. L'ensemble de ce tableau entre probablement dans un fonctionnement de type pervers narcissique » (Rapport du médecin coordonnateur, D16).

« L'expert note une immaturité psycho-affective et une légère tonalité perverse de la personnalité de Monsieur... , ainsi que des aménagements de type psychopathique en secteur et concernant le champ de la sexualité. [...] Selon l'expertise psychiatrique du... réalisée par le Docteur..., la répétition des agressions sexuelles et viols paraissent s'inscrire dans une problématique d'aspect pervers, peu ou pas amendée au fil des années. L'expert relève également des éléments d'aspect immature » (Rapport du médecin coordonnateur, D25).

« Mr... est actuellement hospitalisé au CHS de Blain avec un cadre de soins très strict. Il est en attente d'un transfert en Unité pour Malades Difficiles à... Mr... a bénéficié d'une tentative de prise en charge dans un centre de postcure psychiatrique (le...). Les multiples transgressions du cadre de soins ont nécessité son retour au CHS de... Les difficultés thérapeutiques sont en lien avec la persistance d'une symptomatologie psychotique toujours notable et ce, malgré des soins adaptés, associés à des conduites addictives (cannabis, alcool) et des traits de personnalités de type psychopathique (impulsivité, immaturité, intolérance à la frustration). Ces difficultés ont nécessité la mise en place d'un protocole thérapeutique sévère et important ; devant, la persistance du risque de passage à l'acte hétéro-agressif, un séjour en UMD a été décidé et est nécessaire. Actuellement, si Monsieur... présente une relative amélioration de son état clinique, ce n'est qu'au prix d'une prise en charge intensive, incompatible avec le milieu ouvert. Mr... accepte l'hospitalisation en UMD afin de pouvoir mieux se stabiliser. En conclusion, Mr... présente un état clinique toujours préoccupant, l'indication de l'hospitalisation en UMD est tout à fait justifiée et adaptée » (Rapport du médecin coordonnateur, D40).

« L'analyse des six rapports d'expertises à ma disposition confirme indéniablement l'existence de troubles psychiatriques dans le registre d'une pathologie psychotique de type schizophrénique nécessitant un traitement neuroleptique au long cours. [...] Ce sujet souffre d'une psychose schizophrénique » (premier rapport). « Ce patient qui souffre d'une psychose schizophrénique est toujours traité sous neuroleptique retard, traitement qui permet de contrôler de façon très satisfaisante cette maladie. En effet, lors de notre dernière entrevue fin avril 2014, le sujet ne présentait aucun signe franc de la maladie, aucun phénomène hallucinatoire, ni propos délirants n'étaient perceptibles et la symptomatologie dissociative étant plutôt bien contrôlée avec un discours tout à fait cohérent et adapté à la réalité. L'évolution de M. reste tout à fait satisfaisante » (dernier rapport du médecin coordonnateur, D49).

« L'ensemble des différentes expertises tant pré-sentencielles que post-sentencielles retrouvent de façon harmonieuse les mêmes éléments sur le plan de la personnalité du sujet et font penser sans aucun doute à une organisation plutôt perverse de la personnalité. [...] Comme il peut évoquer le fait d'habiter actuellement à 400 m de la prison, mais hors les murs, il travaille actuellement à la rénovation de l'ancien palais de justice, Mr... semblant s'amuser de ces événements qui sont certes cocasses, mais en tirant indéniablement un certain plaisir devant son interlocuteur ; ce qui corrobore tout à fait les éléments des différentes expertises, évoquant un fonctionnement et une personnalité de nature perverse. [...] Il conclut "les éléments de personnalité restent pour l'instant les mêmes sans grande évolution malheureusement avec probablement un fonctionnement encore empreint d'une grande perversion » (Rapport du médecin coordonnateur, D56).

Les médecins coordonnateurs sont surtout très sensibles, au-delà des états pathologiques, au positionnement du condamné quant aux faits qui ont valu condamnation, à l'expression de sentiments de culpabilité, de honte, d'empathie envers la victime et à leur prise en compte de l'altérité en général. Ils cherchent, à partir de la réaction des condamnés à leurs questions sur les infractions commises et la condamnation, à décoder l'expression de leurs affects, d'éventuels regrets, à identifier ce qui pourrait ressembler à une minimisation ou à une rationalisation du passage à l'acte. Ils précisent parfois son degré de compréhension de la gravité des faits, des mécanismes expliquant le passage à l'acte, mais aussi d'acceptation de la peine prononcée. Ces appréciations, parfois appuyées par une citation des propos du condamné, figurent cependant bien plus fréquemment en début de suivi, puisque le sujet apparaît dans 70% des premiers rapports étudiés, contre une fois sur quatre environ dans les derniers écrits produits. Les expertises servent là encore bien souvent d'étalon pour mesurer l'évolution du positionnement des condamnés quant aux faits et aux victimes.

*« Alors, il m'arrive de dire qu'il a une intégration de la culpabilité intéressante, y a le respect des règles qu'il ne faisait pas avant. Ça je souligne. Par contre, qu'il ait pu réfléchir sur comment il a pu arriver à violer untel, untel, ça le regarde pas le juge » (Psychiatre, médecin coordonnateur).*

« Âgé alors de 16 ans, ... reconnaît immédiatement les faits qui ont été dénoncés par cette jeune fille. Il reconnaissait en particulier avoir ressenti de vives pulsions, envie d'avoir un rapport sexuel qu'il avait visiblement planifié, étant à l'affût les jours précédents, recherchant une jeune fille qui lui plaisait bien, ayant déjà pensé à la contraindre en la forçant à aller dans les sous-sols des immeubles. Il est assez difficile avec Monsieur... de reparler des actes pour lesquels il a été condamné, du moins de ma place, le sujet ayant le souhait dit-il de tourner la page, ce que l'on peut certes comprendre. Il dit que cette problématique est évoquée avec son thérapeute, le Docteur... qu'il connaît depuis sa période de détention » (Rapport du médecin coordonnateur, D2).

« Mr... exprime peu d'affects concernant la compréhension des faits qui lui sont reprochés à cette époque-là ainsi qu'au cours de l'incarcération. On retrouve par contre trace, dans l'expertise psychiatrique du... réalisée par le Professeur..., de tentative de rationalisation pour expliquer les mécanismes de ses passages à l'acte (en... et en...). Mr... situe toujours ses passages à l'acte dans une irruption émotionnelle incontrôlable, toujours en relation avec une histoire d'amour passionnelle et contrariée (infidélité, rupture). Sur la base de ce postulat, Mr... développe ensuite une argumentation qui tend à minimiser, voire à banaliser le passage à l'acte. [...] Dès les premières rencontres, l'attitude de Mr... évoquait ce que j'avais pu observer dans la lecture des expertises précédentes. En effet, il argumentait et rationalisait toujours dans un sens de banalisation, voire d'annulation des faits reprochés » (Rapport du médecin coordonnateur, D4).

Au fil de ses rendez-vous, le médecin coordonnateur note : « Le sujet reconnaît partiellement les faits pour lesquels il a été condamné mettant en avant le rôle de l'alcool et les insatisfactions ressenties dans sa vie sexuelle : "J'avais bu de l'alcool avec des jeunes, je n'étais pas trop bien dans ma peau, je suis facile à emmener quelque part et après quand j'avais bu, il y avait une jeune fille, j'étais avec elle dans la chambre, juste des attouchements... La mère a porté plainte...les gendarmes l'ont crue...". Il a conscience du caractère transgressif de ses actes et exprime un sentiment de honte et sa peur de la prison. Il a contacté à plusieurs reprises le clinique pour obtenir rapidement un rendez-vous. [...] Le positionnement par rapport aux faits évolue peu, la reconnaissance est partielle mais avec malgré tout un sentiment de honte et une peur de la prison qui limite le risque de nouveau comportement transgressif d'autant que le sujet est abstinent » (Rapport du médecin coordonnateur, D7).

« Monsieur... reconnaît les faits qui lui sont reprochés, il parle d'un crime de viol en réunion : "on était dans les caves, elle était assez ouverte, elle était d'accord, mais y en a un qui l'a pénétrée avec un manche à balai. J'ai été mis là-dedans parce que j'avais rien fait pour l'aider. Monsieur... juge son procès équitable mais sa condamnation un peu sévère : "j'ai pris cinq ans fermes alors que j'étais encore mineur et que j'étais pas directement responsable" » (Rapport du médecin coordonnateur, D8).

« Lors de notre première rencontre, Mr... reconnaît les faits sauf la notion de sodomie qu'il dénie massivement. Il reconnaît la gravité des faits qu'il a commis et trouve son comportement incompréhensible et d'une bêtise affligeante. Mr... explique que sur le moment, et au regard du comportement de la jeune fille, il pensait qu'elle était consentante, car elle ne semblait pas s'opposer. Mais, il reconnaît maintenant à distance la dimension de contrainte et de menace, le caractère très relatif du consentement de la victime, et que sa déficience la rendait vulnérable. Il éprouve une certaine compassion et de l'empathie à l'égard de la victime. Et semble avoir une certaine culpabilité par rapport à la victime et aussi à son entourage. Il dit qu'il ne pourra jamais réparer ce qu'il lui a fait, même si le caractère traumatisant de ses actes sur la victime n'est encore que partiellement perçu par le patient [...] Pour expliquer ces actes, Mr... met aussi en avant l'effet de groupe où il dit s'être senti d'une certaine manière "autorisé" en voyant des "collègues" faire. Il explique que s'il avait été seul, il ne serait jamais allé voir cette fille et n'aurait jamais pensé à faire ça avec elle. Enfin, il affirme que si la situation se reproduisait, même sous couvert de groupe, il ferait maintenant la part des choses. Il dit regretter les faits, il éprouve un sentiment de honte » (Rapport du médecin coordonnateur, D10).

"M... évoquait sans grande réticence, voire même avec une certaine complaisance les faits qui lui sont reprochés : "je volais. Dans une salle de sport j'avais trouvé ses clefs et son adresse, à la suite de ça je me suis renseigné quand il était chez lui. J'ai été chez lui plusieurs fois, je l'attendais chez lui je me cachais, j'ai fait sonner le téléphone il a décroché, je suis arrivé derrière et j'ai essayé de le violer mais je n'ai pas pu, je pouvais pas, deux connaissances à moi qui se sont fait violer aussi par un cousin, j'ai repensé à eux. Il s'est un peu défendu, je suis parti. Il nous informe qu'il a été réincarcéré "parce que j'ai volé des trucs de jeunes, des jeux, des cartes d'identité, des clefs". On retrouve une certaine jubilation dans ses propos comme s'il cherchait à susciter la peur et l'effroi chez l'interlocuteur » (Rapport du médecin coordonnateur, D11).

"Durant l'enquête, Mr... a nié les faits et n'a été confondu que par les prélèvements ADN. Ce n'est qu'au cours de la garde à vue qu'il a fini par reconnaître les faits. Pendant sa détention, Mr... a été suivi par le Dr... Au cours de cette prise en charge, il semble avoir reconnu les faits de manière plus authentique mais en les banalisant et en ne s'interrogeant jamais sur son propre fonctionnement psychique et sa responsabilité. Il va mettre en avant durant toutes ses consultations l'insatisfaction de sa vie intime pour expliquer ses crimes et se dédouaner. [...] Mr... respecte scrupuleusement les rendez-vous. L'injonction de soin de Mr... , dans le cadre du suivi socio-judiciaire, est bien respectée actuellement même si le patient n'a pas véritablement fait un travail intrapsychique lui permettant d'accéder à un sentiment de responsabilité et d'implication dans les contraintes qui lui sont imposées actuellement. Son implication, sa responsabilité dans les conséquences de son mode de vie actuel ne sont jamais mis en avant par Mr... Cependant, il respecte à ce jour tout à fait les obligations de son injonction de soin, la prise en charge peut donc être poursuivie selon les termes actuels » (Rapport du médecin coordonnateur, D16).

« Enfin, Mr... évoque le fait que cette affaire a éclaté au moment où le couple était en pleine séparation, dans un conflit visiblement violent. Il dit que les enfants ont été instrumentalisés par leur mère dans le but de se voir retirer tout droit de garde. Questionné sur la modification dans le temps de ses propos et aussi de la reconnaissance des faits qui lui sont reprochés, Mr... explique que lorsqu'il a signé ses aveux, il n'était pas lui-même, qu'il était soumis aux pressions de la garde à vue. Il pense aussi avoir été "diabolisé" lors de son procès, qu'il y a eu une confusion majeure entre son homosexualité reconnue et énoncée et de l'autre côté une accusation de pédophilie. Pense être aussi tombé un peu dans les remous des histoires médiatisées concernant la pédophilie, ce qui explique à ses yeux la sévérité du jugement par rapport aux faits. Enfin, concernant les faits qui lui ont été reprochés pour lesquels il a été condamné, on retrouve toujours comme l'avait souligné lors de son expertise en 2007 le Dr..., un positionnement assez flou, le sujet ayant une façon de formuler les choses de telle sorte qu'il n'est ni dans la reconnaissance, ni dans le déni des faits, restant dans un entre deux nébuleux et indistinct. Lorsque l'on cherche à aller plus loin dans la compréhension de ce qui a pu se passer, Mr... reprend alors la thématique de l'éducation sexuelle et des prescriptions médicales qui avaient été faites du moins concernant son fils, évoquant aussi "des actes indistincts dans le sens de la maladresse". Dans tous les cas, il se défend catégoriquement de toute intentionnalité dans le registre de l'abus, niant toute dimension, y compris à l'époque, pédophile. Mr... reste aussi dans une dimension de cumul de preuves en sa faveur, sur d'un côté sa bonne foi et le respect de ses obligations, éléments bien réels, et de l'autre côté quelque chose autour de sa non-dangerosité. Il aurait voulu ainsi que j'établisse une attestation dans ce sens comme avait pu le faire nombre de médecins, psychologues, autres intervenants, lors de sa procédure. D'un côté, nous ne pouvons que constater une réelle stabilité du sujet, des avancées certaines sur le plan psychologique concernant l'évolution de sa personnalité, le fait qu'il puisse assumer et vivre en harmonie dans son choix homosexuel, les éléments de stabilité socio-professionnelle. Mr... respecte pleinement le cadre de son injonction de soin. D'un autre côté, reste les difficultés à aborder pourrait-on dire "franchement et ouvertement" les faits pour lesquels il a été condamné avec une position qui reste effectivement bien floue (Rapport du médecin coordonnateur, D18).

« À la lecture du réquisitoire, Mr... reconnaît tous les faits. La notion de viols caractérisés, le rapport de force, la contrainte, l'emprise qu'il avait sur ses victimes du fait de la différence d'âge, victimes qu'il reconnaît d'ailleurs comme telles. Il regrette : "j'ai gâché leur vie... j'ai perdu 10 ans de la mienne". Il culpabilise "Énormément... j'ai reproduit ce que j'avais subi". Il n'entretient plus de correspondances épistolaires avec... (victime 1) mais dit qu'elle lui aurait écrit pour le revoir. Il a mis fin à la correspondance. Mr... semble donc avoir cheminé depuis l'époque du jugement où il niait les faits et la notion de viol, jusqu'à maintenant. Néanmoins, Mr... continue à penser au fond de lui-même, même s'il reconnaît authentiquement qu'il n'avait pas à faire ce qu'il a fait, que ces deux jeunes filles ne lui ont jamais réellement opposé un refus ferme. Il argumente en disant : "... (victime 2), elle ne m'a jamais dit non" et pour... (victime 1), il précise "... , elle a insulté le Tribunal lorsqu'ils m'ont condamné, elle m'a écrit lorsque

j'étais en prison, elle voulait me revoir... il ajoute : "mais j'ai mis fin à la correspondance". Manifestement il n'a pas encore pleinement conscience de l'emprise qu'il avait sur ces 2 jeunes filles » (premier rapport).

« Il éprouve toujours un sentiment de honte à l'égard des actes pédosexuels qu'il a commis. L'interdit pédosexuel est maintenant bien compris, reconnu et totalement accepté. La loi est reconnue comme telle, et est, elle aussi, acceptée. Mr... accepte maintenant la qualification de viol dans son sens juridique ; même s'il ne se reconnaît pas comme violeur au sens commun d'une agression sexuelle violente mais aussi en référence à l'agression sexuelle qu'il a lui-même subie. Mr... trouve normal d'être puni pour ce qu'il a fait. Il trouve la peine appropriée au bémol près qu'il trouve anormal ce qu'il se passe en prison ; faisant référence aux sévices sur les "pointeurs", qu'il n'a toutefois pas subis lui-même. Il reconnaît l'implication de sa problématique personnelle et propre dans la commission des faits, la dimension d'attirance pour les jeunes filles ainsi que ses besoins importants au niveau sexuel et la dimension de quête affective qui dérivait vers des gestes sexuels. On peut indiquer qu'en terme de reconnaissance des faits, le positionnement du patient est tout à fait correct. Il a une reconnaissance totale des faits, il reconnaît sa responsabilité pleine et entière dans la genèse et la commission des faits et n'invoque plus le pseudo-consentement des victimes. Ces dernières sont reconnues comme telles, Mr... éprouve une culpabilité authentique à l'égard de ses victimes. Il fait une sorte de parallèle entre ce qu'elles peuvent ressentir par rapport à ce qu'il peut ressentir lui-même encore à son âge par rapport à l'agression qu'il a subie lorsqu'il avait 7 ans, même s'il ne s'agit pas du même type d'agression » (dernier rapport du médecin coordonnateur, D30).

« Interrogé sur les faits derniers pour lesquels il a été condamné mais aussi sur les autres histoires, Mr... dit bien peu de choses par rapport à l'ensemble des faits. Il formule juste l'idée d'avoir cédé à des pulsions sexuelles, évoquant une attirance incontrôlable et irrésistible, dans l'immédiateté, qui le poussaient à agir. Dans son discours spontané, aucun sentiment de honte n'apparaît, ni de culpabilité particulière sans pourrait-on dire de remise en question, en dehors peut-être du rappel à l'ordre et à la loi qui semble avoir été entendu, notamment qu'en cas de récidive, la peine d'emprisonnement serait longue. En dehors de ce rappel à la loi, bien peu de choses semblent agir sur lui, comme si tout cela n'était pas grave ou sans grande importance, comme s'il n'existait pas d'accès chez lui à la dimension de l'altérité, Mr... n'évoquant à aucun moment par exemple la figure des victimes, leur traumatisme, leur souffrance, ne s'interrogeant nullement sur leur devenir ». (rapport du médecin coordonnateur, D44).

« Lors de notre premier entretien, en ce qui concerne les faits, Mr... les reconnaissait mais il lui était quasiment impossible d'en reparler, faisant preuve de réactions assez brutales, étant énervé, irritable avec un contact pourrait-on dire peu agréable dans le sens où le sujet a pu s'amuser ou rire de blagues "salaces", montrant très rapidement son côté misogyne à l'égard des femmes pour ne pas dire vulgaire » (rapport du médecin coordonnateur, D52).

« Le patient a beaucoup de mal à s'exprimer sur les faits, il est assez réticent quant à l'évocation de ces derniers. Il dit reconnaître les faits, mais ils semblent encore l'objet d'une dénégation. Il dit que les faits se sont toujours déroulés alors qu'il était très alcoolisé et sur le moment il ne pensait aucunement aux conséquences que ça pouvait avoir [...]. Il précise néanmoins qu'il n'était pas particulièrement attiré par les petites filles et ajoute qu'il ne l'est toujours pas. Actuellement, il est plus dans le regret et aussi dans la culpabilité. Il éprouve un sentiment de honte. Il ne pensait pas aux conséquences que ça pouvait avoir pour la jeune fille et ne ressentait aucune forme de culpabilité. Actuellement, il a beaucoup de mal à prendre la réelle mesure du caractère traumatisant des actes qu'a subis la jeune fille et des conséquences réelles sur le développement psycho-affectif et la sexualité de cette dernière » (premier rapport). « Il y aborde [avec son thérapeute] des éléments autour de son quotidien, de son travail, de sa vie en générale, et de son fils. Hormis cela, Mr... dit ne plus aborder les faits avec son psychologue et qu'il préfère laisser tout cela très loin derrière lui et ne plus y penser car pour lui c'est une souffrance inutile. Il est dans une reconnaissance moins banalisante, à savoir qu'il a toujours dit jusqu'ici qu'il n'avait pas le choix de reconnaître, ce que certains auteurs appellent la reconnaissance banalisante. Il dit maintenant qu'il a tout de même commis les faits ce qui est une reconnaissance authentique. Le patient éprouve un sentiment de honte à l'égard de ce qu'il a commis. Par contre, hormis l'alcool, Mr... a encore beaucoup de mal à reconnaître l'implication d'une problématique propre à lui-même dans la commission des faits. [...] La victime est reconnue comme telle, le patient éprouve un sentiment de honte à l'égard de ce qu'il a commis et quelques ébauches de culpabilité pour la jeune fille » (dernier rapport du médecin coordonnateur, D62).

« À propos des faits, il explique les motivations de ses agressions sexuelles et viols sur la personne de... entre 1992 et 1999 par un excès de tendresse pour elle. Il met en avant également la faible demande sexuelle de son épouse et aurait parfois argumenté de la nécessité pour une jeune fille d'acquiescer de l'expérience auprès d'un homme expérimenté comme lui. Les expertises réalisées au début de la procédure et au cours de la détention mettant en lumière une personnalité fonctionnant sur le clivage (clivage entre tendresse et sexualité) mais aussi son besoin d'emprise sur l'autre et de manipulation. La dimension pédophilique et incestueuse est présente dans ses passages à l'acte et dans leur organisation. Enfin, l'incapacité à reconnaître à l'autre sa place de sujet est au premier plan. L'ensemble de ce tableau renvoie à une dimension perverse de son fonctionnement sexuel au moment des faits. Il est toujours ponctuel aux rendez-vous, mais les premières rencontres ont été caractérisées par une indifférence hautaine, un détachement par rapport aux faits pour lesquels il a été condamné et sur lesquels je me devais de l'interroger, mais aussi une tentative d'impliquer sa victime dans la responsabilité des faits. Le rappel du cadre de l'injonction de soin a été nécessaire pour que le patient se repositionne de façon plus adaptée. Cependant, les faits lui semblent si lointains qu'il voudrait oublier et n'accepte leur évocation qu'avec beaucoup de réticence » (rapport du médecin coordonnateur, D94).

« Concernant les faits pour lesquels il a été condamné, il les reconnaît ce jour sans aucune forme de déni, y compris les faits de viol, qu'il avait initialement et fermement dénié en conservant une immense honte et probablement une réelle culpabilité. Nous avons pu reprendre ces faits [...]. Nous voyons donc à ce jour tout le cheminement parcouru par Mr... qui reconnaît l'intégralité des faits pour lesquels il a été condamné, en percevant leur gravité, leur violence, les conséquences sur la victime, et ayant visiblement une profonde honte et une grande culpabilité qui apparaît dans ce récit auprès de nous » (rapport du médecin coordonnateur, D96).

Alors que la stabilité familiale et professionnelle, les addictions, les troubles psychopathologiques et le positionnement quant aux faits et aux victimes sont implicitement présentés comme des facteurs influents en termes de risques de récidive, rares sont les médecins coordonnateurs qui se prononcent spécifiquement et explicitement sur ce point. Une évaluation de la dangerosité et/ou des risques de

récidive apparaît formellement dans une quinzaine de dossiers seulement. Ils se contentent parfois de citer les conclusions des expertises, sans jamais se prononcer eux-mêmes. Aucun ne mesure l'ampleur des risques en question. Ils évoquent au mieux des risques « présents », « persistants », « limités », « contenus » ou « amoindris », mais qui ne sont qu'extrêmement rarement considérés comme nuls.

*« [Vous vous prononcez aussi sur les risques de récidive ou la dangerosité ?] Pas systématiquement. C'est même plutôt rare. [Donc c'est un compte rendu au fond de l'évolution de la personne, pendant l'année ?] C'est ça. (Psychiatre, médecin coordonnateur).*

« Le positionnement par rapport aux faits évolue peu, la reconnaissance est partielle mais avec malgré tout un sentiment de honte et une peur de la prison qui limite le risque de nouveau comportement transgressif d'autant que le sujet est abstinent [...] Humeur correcte, pas d'élément psychopathologique notable faisant craindre une récidive de comportement transgressif » (rapport du médecin coordonnateur, D7).

« Mr... s'est engagé dans son suivi socio-judiciaire, sa dangerosité actuelle apparaît assez limitée » (rapport du médecin coordonnateur, D15).

« M... respecte toujours scrupuleusement ses rendez-vous."/>"En conclusion, Monsieur... respecte les obligations de son injonction de soin dans le cadre de son suivi socio-judiciaire même si, on ne note pas de changement profond dans son fonctionnement psychique : sa vie affective stable permet cependant un apaisement et diminue le risque d'hétéro-agressivité » (rapport du médecin coordonnateur, D16).

« On ne peut en la matière que relever les récurrences très rapides après libération sans qu'apparemment, aucun travail de réflexion n'ait réellement eu lieu. [...] En conclusion, l'expert note une situation de dangerosité certaine avec une histoire de récidive sans analyse de ses récurrences et des soins qui ne paraissent pas réellement investis dans l'analyse de ce qui favorise les faits reprochés » (rapport du médecin coordonnateur, D25).

« En conclusion, Mr... semble avoir cheminé depuis le jugement où il niait les faits, jusqu'à maintenant où il les reconnaît en totalité. Ce patient se soumet sans aucune difficulté aux obligations du suivi et semble réellement adhérer au travail thérapeutique mis en place dans le cadre de l'injonction de soin. Sa dangerosité paraît donc amoindrie mais le dispositif de l'injonction de soin dans le cadre du suivi socio-judiciaire reste bien sûr toujours nécessaire » (rapport du médecin coordonnateur, D30).

« Risque de récidive : il est présent tant à cause du peu d'évolution de la personnalité de l'intéressé que par le facteur aggravant de la reprise des conduites addictives. L'intolérance à la frustration, l'impulsivité, la désinhibition provoquée par la consommation de psychotropes restent des facteurs péjoratifs. Pendant les entretiens, il peut faire illusion en donnant l'impression d'un travail de réflexion sur sa propre dynamique. Dans la réalité, les risques de récidive restent présents » (rapport du médecin coordonnateur, D31).

« M... assume son suivi socio-judiciaire et il semble actuellement abstinent. Sa dangerosité et ses risques de récidive sont limités » (rapport du médecin coordonnateur, D36).

« S'il n'y a pas en effet à ce jour de danger à caractère sexuel, ce jeune homme n'est pas exempt de risque de passage à l'acte soit hétéro-agressif, soit auto-agressif dans ce contexte de vécu persécuté des conséquences liées à sa condamnation » (rapport du médecin coordonnateur, D37).

« L'ensemble des experts semble assez d'accord sur la persistance d'une dangerosité et d'un risque de récidive qui bien sûr ne peut être considéré comme nul » (rapport du médecin coordonnateur, D56).

« Il faut lui rappeler régulièrement que ses délits ont été mis en lien avec sa problématique alcoolique et que les risques de récidive sont très clairement corrélés à cette addiction. [...] Il existe toujours une fragilité à l'alcool qui ne permet pas d'écarter la récidive » (rapport du médecin coordonnateur, D57).

« Cette première approche clinique incline en faveur de la persistance d'une dangerosité chez un sujet ne présentant pas actuellement d'activité délirante. Malgré nos rappels et les signalements faits aux greffes et au SPIP, nous n'avons pas revu l'intéressé dont la dangerosité nous paraît indubitable notamment eu égard à la persistance d'aspect psychopathologiques persistants » (rapport du médecin coordonnateur, D64).

« La dangerosité de Mr... paraît donc contenue, le risque de récidive amoindri » (rapport du médecin coordonnateur, D65).

« La vie sexuelle avec son amie est toujours aussi pauvre, source d'insatisfaction, de frustration avec le risque chez ce sujet immature de récidive de comportement transgressif » (rapport du médecin coordonnateur, D75).

« Actuellement, notre sujet ne présente pas de facteur de risque de comportement délictueux. Sa personnalité est devenue plus mature, avec intégration de la notion de culpabilité et prise de conscience que les efforts qu'il fait, portent leurs fruits » (rapport du médecin coordonnateur, D81).

« Les préoccupations du sujet sont centrées sur son devenir, la précarité de sa situation socioprofessionnelle, les interrogations concernant la possibilité de continuer à vivre en France. Ces éléments sont des facteurs de vulnérabilité sans autre élément notamment psychopathologique faisant craindre une récidive de comportement transgressif bien que le risque demeure avéré (RDV du...) Actuellement pas d'élément psychologique notable, pas d'élément évocateur d'un risque de récidive transgressive sur le plan de la sexualité, pas de conduite addictive notable mais le sujet apparaît désinvolte, peu responsable, sans réelle

remise en cause dans son non-respect de l'injonction de soin et le risque de récidence de conduite transgressive dans d'autres domaines ne peut être écarté (RDV du...) » (rapport du médecin coordonnateur, D82).

Tous les médecins coordonnateurs ne s'astreignent toutefois pas à fournir autant d'éléments sur la situation de l'intéressé.

*« Mais le médecin coordonnateur nous remet un rapport. Donc, même si on attend chaque année... c'est nos étrennes, c'est déjà pas mal. [...] Y a pas de plus-value euh... y a pas de plus-value psychiatrique quoi. Y a pas d'information ou d'évolution, non. Il reprend... enfin, la plupart en tous cas, ils reprennent les rendez-vous, les 3 ou 4 qu'ils ont eus dans l'année. Ils rappellent qu'il est suivi par telle personne » (CPIP).*

Certains se contentent d'attester du respect formel de l'injonction de soin, de la présence aux rendez-vous du thérapeute comme des leurs. Ils abordent systématiquement son assiduité aux rendez-vous qu'ils fixent, mais jugent aussi de sa complaisance sur la base de sa ponctualité, de sa propension à prévenir le coordonnateur avant toute absence. Sa « politesse » ou sa « courtoisie », sa capacité à parler « sans réticence » et avec « authenticité », l'expression libre de ses affects ou l'intérêt porté à ces rencontres témoigneraient tout autant de son acceptation du cadre judiciaire. La nécessité de relancer après chaque absence, des attitudes « contestataires », « revendicatrices », « désobligeantes » ou « manipulatrices », la disqualification du coordonnateur lui-même ou d'autres interlocuteurs, soignants ou judiciaires, des entretiens « laborieux » faits de réponses factuelles ou laconiques aux questions posées, appuient à l'inverse la conclusion d'une piètre évolution du sujet.

« Il est régulier dans les rendez-vous: lorsqu'un empêchement survient, il me prévient à temps pour que l'on puisse déplacer le rendez-vous. À ceci près malgré tout, que la première rencontre a été difficile à organiser. ... me contactait téléphoniquement et avait un discours négatif, à la limite de la provocation. Par contre, dès que les rendez-vous se sont mis en place, cette attitude a disparu » (premier rapport). « Dans le cas d'un empêchement, il me prévient à temps et se montre intéressé par le contenu de nos entretiens » (dernier rapport du médecin coordonnateur, D4).

« Lors de ces entretiens, il n'a pas montré de réticence particulière, s'exprimant facilement et spontanément » (rapport du médecin coordonnateur, D5).

« Alors qu'il a déjà été l'objet d'une relance de notre part cette année, pour un rendez-vous oublié Mr... ne s'est à nouveau pas présenté à notre dernier rendez-vous (le ...), sans prévenir, et n'avait pas donné réponse à notre relance au moment de la rédaction de notre rapport annuel » (premier rapport). « Pour faire suite à mon dernier rapport du..., je tenais à vous informer que Mr... a annulé le jour même le rendez-vous qu'il avait avec moi le... Il mettait en avant un rendez-vous professionnel dont il n'avait été informé que la veille » (rapport du dernier médecin coordonnateur, D10).

« Dans le cadre de ces entretiens et avec moi-même, Mr... est toujours authentique. Il évoque avec beaucoup d'honnêteté et de sincérité ses états émotionnels, ses affects mais également se projette dans l'avenir » (rapport du médecin coordonnateur, D12).

« C'est un homme d'un contact agréable extrêmement courtois » (premier rapport) « Mr... s'est toujours présenté très ponctuellement, c'est un homme d'un contact agréable extrêmement courtois » (dernier rapport du médecin coordonnateur, D21).

« Lors de notre premier contact, Mr... s'est montré extrêmement agréable, étant même légèrement obséquieux, dans une recherche indéniable de conformité, venant coller ce qu'il peut percevoir de l'attente d'autrui » (rapport du médecin coordonnateur, D23).

« Il est toujours ponctuel aux rendez-vous, très courtois, voire obséquieux mais, lors des premiers entretiens, il m'informait d'une voix monocorde mais dans une revendication "appuyée" qu'il voulait changer de médecin coordonnateur à cause de la distance entre... et... Ce discours revendicateur s'est ensuite déplacé sur d'autres sujets mais Mr... se positionnait à chaque fois comme "une victime"... (premier rapport annuel). Il est toujours ponctuel aux rendez-vous et courtois. Il montre plus d'authenticité dans les échanges et a abandonné la position plaintive qui était la sienne et ne cherche plus à se faire passer pour une victime » (dernier rapport du médecin coordonnateur, D26).

« On constate tout d'abord que sur cinq convocations seules deux ont été honorées. L'incapacité du sujet à respecter une règle est évidente, ses absences n'ayant d'autre explication que l'oubli du rendez-vous » (rapport du médecin coordonnateur, D31).

"Nous avons eu beaucoup de difficultés à pouvoir rencontrer Mr... qui ne s'est pas présenté à deux convocations qui lui avaient été adressées en recommandé. Il semble que ce loupé soit à la fois lié à l'intention du sujet de ne pas se présenter et à son laisser aller et à l'abandon de la gestion de ses affaires courantes. Nous avons fait part par courrier de toutes ces difficultés à Mme le Juge... Convoqué initialement dès le mois de septembre, ces difficultés ont fait que Mr... n'a finalement été rencontré pour la première fois que le... Il a fallu que Mme... , CIP, qui s'occupe de l'intéressé l'accompagne afin que puisse avoir lieu ce premier rendez-vous. Ce premier entretien s'est déroulé de façon tout à fait étrange et peu habituel par rapport au cadre. Mr... s'est montré extrêmement provocant, cherchant indéniablement à tester le cadre, les limites, étant désobligeant, critiquant dès qu'il peut en avoir l'occasion le cadre, l'institution judiciaire, les médecins, cherchant surtout dès qu'il en a l'occasion à dévaluer la position de l'autorité judiciaire ou celle des médecins. Il semble cependant qu'il ait entendu le dernier rappel à l'ordre qui lui a été signifié par Mme [JAP], disant qu'il se tenait comme tout à chacun, à respecter la loi, même s'il contestait sur le fond le bien-fondé du suivi socio-judiciaire et de cette injonction [...] Mr... ne respecte que très partiellement l'injonction de soin à laquelle il est soumis, surtout

le cadre de l'injonction de soin, ayant eu beaucoup de mal à pouvoir accepter ce dispositif et rentrer en relation avec moi au début du suivi. Le sujet reste dans un état d'esprit très particulier, toujours aussi critique vis-à-vis des institutions, de ses condamnations et du suivi socio-judiciaire avec injonction de soin, testant le cadre et les limites de façon incessante » (rapport du médecin coordonnateur, D33).

« Lors des différents examens, Mr... s'est toujours présenté ponctuellement, poliment. Je le rencontre régulièrement, il est toujours ponctuel malgré l'éloignement géographique (il vient en transport en commun n'ayant toujours pas passé le permis de conduire) » (rapport du médecin coordonnateur, D36).

« Mr s'est présenté à nous avec un contact un peu particulier, étant enfermé dans une grande froideur et une grande distance, se présentant de façon énigmatique. Le contact était malgré tout possible, il a fallu beaucoup de sollicitations et de contacts pour qu'un dialogue puisse s'établir, que le sujet s'autorise à parler. [...] Seul son contact reste toujours un peu particulier, le sujet restant assez froid, distant, présentant du moins en surface des capacités de verbalisation et de mentalisation plutôt faibles » (rapport du médecin coordonnateur, D50).

« Le sujet reste bien peu loquace, ayant une expression spontanée quasiment nulle, répondant de façon très laconique aux questions qui peuvent être posées. Il est donc bien difficile, voire impossible d'avoir accès à ce que le sujet peut penser, peut ressentir, Mr... restant dans des généralités, des choses extrêmement factuelles. [...] Dans nos entretiens, le sujet reste courtois, voire obséquieux, il cherche surtout à témoigner de sa bonne foi et du respect de son engagement dans une parole assez limitée qui se cantonne souvent à des choses factuelles sur des modalités avant tout opératoire [...] Par rapport aux incidents qui ont été relatés avec sa CIP, Mr... reste toujours dans des rapports de force, testant en permanence le cadre d'une part mais aussi l'existence littéralement de l'autre en tant que suet, continuant à utiliser des processus de disqualification et de destructivité qui sont souvent effectivement perçus comme de la provocation. [...] Revu récemment fin mai, Mr... apparaissait avec un contact meilleur qu'à l'accoutumé, étant plus spontané, sans cette tendance au contrôle permanent et à la manipulation de l'autre, qui est souvent perceptible chez lui » (rapport du médecin coordonnateur, D56).

« Mr... a pu s'exprimer sans réticence, facilement revendicatif vis-à-vis du cadre de soins imposé. La contrainte aux soins lui est douloureuse et pénible, tout en reconnaissant la nécessité. Mr... se montre souvent très actif, souvent dans la récrimination, avec une participation satisfaisante » (rapport du médecin coordonnateur, D74).

S'agissant du suivi thérapeutique, certains médecins coordonnateurs précisent les dates exactes des rendez-vous, relevées à partir des attestations ou plus rarement d'un bilan écrit du thérapeute, d'autres mentionnent plus globalement leur fréquence (« x » fois par mois, toutes les « x » semaines). D'autres encore se contentent de mentionner un suivi « régulier », « soutenu », voire, sur un mode plus qualitatif, « investi ». Dans le cas contraire, ils font état des absences, sinon parfois de leurs motivations.

*« Sur l'évolution, je balaie large, sur le plan pas que soins. Je donne toujours plusieurs paragraphes, par rapport à l'évolution du sujet dans sa santé, mais dans son inscription, dans son évolution aussi, vis-à-vis du soin. [Et vous indiquez les visites chez le thérapeute ?] Je les nomme, c'est-à-dire que je vais pas les lister. Moi je les ai et de toute façon, les juges les a aussi. Par contre, je dis juste si c'est satisfaisant ou non satisfaisant, c'est-à-dire dans le sens où le sujet respecte ou respecte pas, ou respecte pas trop bien. Je donne plutôt un qualificatif que l'engagement dans le soin. [Quand même la qualité. C'est pas que la quantité] Même pas la quantité » (Psychiatre, médecin coordonnateur).*

« Mr... respecte tout à fait les obligations de son injonction de soin. Il se montre régulier tant auprès de son psychiatre traitant qu'auprès de moi » (premier rapport). « Il rencontre toujours le Dr... mais à un rythme moins soutenu ce qui semble moins étayant pour lui » (dernier rapport du médecin coordonnateur, D4).

« M.... consulte régulièrement M...., Psychologue au CMP de.... Celui-ci confirme le suivi régulier et satisfaisant de son patient » (rapport du médecin coordonnateur, D14).

« Il est actuellement suivi par Mr..., psychologue au CMP de..., qu'il avait également rencontré au CD., les rencontres ont lieu tous les deux mois : "il me suit depuis 2005 et donc on a commencé à espacer les visites" » (rapport du médecin coordonnateur, D15).

« Il continue à respecter les obligations de son injonction de soin, à savoir rencontrer un psychiatre traitant, le Dr... sur le Centre Hospitalier de... qui lui prescrit un traitement essentiellement hypnotique actuellement » (premier rapport). « Il rencontre toujours régulièrement son psychiatre le Dr... qui lui prescrit un traitement psychotrope pour l'aider à surmonter son anxiété et ses troubles du sommeil » (rapport du médecin coordonnateur, D16).

« Le sujet continue par contre de respecter son injonction en étant reçu une à deux fois par mois par le Dr..., psychiatre à... » (rapport du médecin coordonnateur, D18).

« Son suivi psychothérapeutique s'organise auprès du CMP de... auprès du Dr... Il bénéficie enfin d'un suivi régulier... » (rapport du médecin coordonnateur, D19).

Au-delà de l'assiduité, certains médecins coordonnateurs, mais pas la totalité, se prononcent sur l'adhésion et l'investissement dans les soins et sur l'évolution du sujet au fil de la thérapie, à la fois sur le plan des troubles de la personnalité, des déviations sexuelles, mais aussi du positionnement quant aux faits. Outre les informations collectées auprès des thérapeutes (v. *infra*), ils questionnent et retranscrivent parfois dans leurs rapports la manière dont les condamnés ressentent la thérapie, s'ils en trouvent bénéfique ou au contraire s'en désintéressent.

« Son thérapeute le Docteur... a été joint téléphoniquement et confirme, de sa place, cette évolution très favorable, à la fois dans le lien thérapeutique tissé avec lui mais plus globalement dans son évolution avec un phénomène indéniable d'apaisement des tensions, de l'impulsivité, le sujet étant clairement dans un mouvement plus constructif. Monsieur... respecte donc pleinement le cadre de l'injonction de soin à laquelle il est soumis avec une évolution, au vu de son passé et de l'importance de la part traumatique de son histoire, des plus favorables » (rapport du médecin coordonnateur, D2).

« Au total, M... présente une conscience de ses orientations sexuelles et semble adhérer au suivi thérapeutique. Pour les rdv avec le MT : "il est suivi mensuellement par le DR... qui confirme l'implication de M... dans ce suivi et la prise de conscience de ses difficultés » (rapport du médecin coordonnateur, D5).

« Mr... a été long à mettre son suivi en place après sa sortie de détention. Il respecte difficilement et plus ou moins partiellement, les obligations inhérentes à son injonction de soin. Il se présente certes aux consultations de son psychiatre, mais son engagement réel dans le processus de soins est minime. Toutefois, Mr... ne voit pour l'instant pas l'intérêt de ce suivi dans un domaine comme dans l'autre. Il ne ressent en effet pas le besoin d'évoquer son quotidien et n'y voit pas un grand intérêt. En ce qui concerne les faits, il ne présente pas de réticence active à en parler avec son psychiatre mais reste d'une manière générale peu enclin à les évoquer spontanément et sur la réserve lorsqu'on l'interroge autour de ces derniers. Dans ce domaine aussi Mr... ne voit pas trop l'intérêt du suivi pour l'instant, mais accepte de "jouer le jeu" pour reprendre ses termes, avec le psychiatre qui le suit. Il est pour l'instant dans une position d'attente passive. On peut craindre dans ce contexte que la psychiatre qui le suit se retrouve rapidement dans l'impasse avec Mr... Ce sur quoi Mr... a déjà été mis en garde » (rapport du médecin coordonnateur, D10).

« Mr... exprime assez peu de choses par rapport à ce suivi psychiatrique si ce n'est qu'il respecte ses obligations et le cadre qui lui est imposé. Il ne voit pas spontanément de souffrance particulière ni de problématique notamment sur le plan de la sexualité, il se pose lui-même la question de savoir pourquoi lui est imposé un suivi sur un si long terme (fin prévue en...) » (rapport du médecin coordonnateur, D18).

« Il se dit tout à fait satisfait du travail réalisé avec son psychiatre traitant qu'il voit très régulièrement environ tous les 15j. » (rapport du médecin coordonnateur, D21).

"Il est suivi par M..., Psychologue au CMP... à... Il le consulte une fois par mois. [Ce psychologue] confirme une évolution "stable" de M... à l'élaboration somme toute limitée » (rapport du médecin coordonnateur, D22).

« Mr... respecte pleinement le cadre de l'injonction de soin à laquelle il a été condamné. Nous notons un réel investissement dans ce travail psychothérapeutique dont a pu témoigner son premier thérapeute le Dr... (premier rapport). Mr... a vu à plusieurs reprises le Dr... avec lequel le contact s'est bien passé pouvant investir positivement ce nouveau thérapeute » (dernier rapport du médecin coordonnateur, D23).

" Mr... poursuit les soins auprès de Mme... qu'il rencontre une à deux fois par mois de façon régulière ayant pu poursuivre son travail et surtout revivre et ressentir un étayage visiblement soutenant et contenant. Mr... respecte pleinement son engagement dans le processus de l'injonction de soin étant vu régulièrement en consultation par Mme..., psychologue. Il ressent visiblement l'effet positif du cadre de soin, souhaitant lui-même poursuivre les soins, ressentant un besoin d'étayage et de soutien (premier rapport annuel). Concernant les soins, Mr... se rend toujours aussi régulièrement auprès de la consultation du Dr..., médecin psychiatre, exerçant au CMP du..., rattaché au secteur... Le thérapeute contacté par téléphone atteste du suivi régulier, sans une grande implication mais note un apaisement significatif du sujet, qui semble ne plus présenter de trouble ou de désordre particulier sur le plan psychique. Du coup, les entretiens se répètent de façon assez ritualisée dans l'évocation de choses avant tout factuelles, concernant son quotidien. L'évolution de Mr... reste très favorable et rassurante. [...], le sujet respecte toujours aussi pleinement le cadre de l'injonction de soin à laquelle il est soumis. Son évolution reste favorable et stable (dernier rapport du médecin coordonnateur, D24).

« Il est supposé rencontrer le Docteur... environ toutes les 6 semaines mais n'y trouve aucun soutien et aucune aide selon ses dires et tient un discours très critique vis-à-vis de cette obligation de soins » (rapport du médecin coordonnateur, D37).

« Le Dr... décrit un suivi assez superficiel dans un premier temps nécessitant un engagement plus authentique de la part de Mr... si celui-ci veut continuer le suivi! » (rapport du médecin coordonnateur, D39).

« Vis-à-vis du soin, nous ne pouvons que reprendre les mêmes remarques du premier bilan dans le sens où Mr... a toujours été réticent vis-à-vis du soin, respecte certes le cadre de la consultation mais ne semble pas du tout investi dans une démarche thérapeutique, ne percevant pas l'intérêt, je pense, du soin psychique et du travail d'introspection. [...] Au total, nous pouvons dire que Mr... respecte le cadre de l'injonction de soin à laquelle il est soumis avec les mêmes réserves, dans le sens d'une implication *a minima* du fait qu'il ne perçoit pas l'intérêt du travail psychique, ainsi du fait de ses mécanismes de défense en lien avec sa personnalité (premier rapport). « Mr... respecte le cadre de l'injonction de soin à laquelle il est soumis, son engagement dans le processus thérapeutique n'est pas modifié depuis les derniers bilans. Depuis juin, il continue de voir de façon tout aussi régulière Mme..., psychologue exerçant auprès du CMP et rencontrée initialement dans le cadre de sa détention. [...] M semble en quelque sorte s'être rangé au respect de ce cadre et honore ses RDV. Nous retrouvons par contre les limitations qui étaient les siennes de par son fonctionnement psychique, entraînant les mêmes complications dans l'investissement d'un travail que l'on pourrait qualifier d'authentique ou plutôt d'effectif. Mr... dit avant tout vivre ses entretiens comme une contrainte, certes bien réelle, restant

plutôt dans une attitude de méfiance, ayant d'ailleurs très probablement peur ou étant inquiet par la possibilité d'un soin psychique (dernier rapport du médecin coordonnateur, D56).

« Ce suivi est plus investi comme un soutien. On ne peut pas dire que M présente un fort investissement et un fort engagement dans son suivi et dans la démarche de compréhension plus approfondie des faits et de sa problématique » (rapport du médecin coordonnateur, D62).

Tous ne se prononcent pas explicitement sur l'évolution de la personne au fil du suivi. Dans les premiers rapports disponibles, il est fait état d'une évolution positive (22,4%) ou partiellement positive (11,8%) dans environ un dossier sur trois. Une fois sur dix, l'état du condamné est présenté comme stable. Dans trois dossiers seulement, le médecin évoque au contraire une évolution plutôt négative. Ces appréciations positives (33,3% des rapports) ou partiellement positives (11,1%) sont un peu plus fréquentes dans les derniers rapports dont nous disposons. Dans deux cas, le médecin notait l'absence d'évolution, mais aucune évolution négative.

*« [Pour revenir sur les rapports annuels des médecins coordonnateurs, est-ce que vous trouvez qu'il y a des éléments qui vous intéressent ou est-ce que globalement, ça reste vraiment... ?] Là aussi, il y a une variante de l'un à l'autre quoi. Au départ oui, puisqu'il y a toujours des éléments mais quand elle change pas beaucoup, poursuite du suivi, donc on a exactement la même, en donnant des éléments qu'on connaît, du style « il a changé de travail » ou « il est au chômage », disons que la conclusion est sensiblement la même. Et si on regarde bien, ça change que les deux dernières années où on dit que l'évolution est positive. Je sais pas. Moi j'ai pas beaucoup de pratique, mais j'ai pu constater ça quoi, les deux dernières années, l'évolution elle est positive. Et sinon, c'est à peu près la même chose » (CPIP).*

« L'évolution psychologique de Mr..., son inscription dans la réalité à travers un projet professionnel adapté, son engagement auprès du psychiatre qu'il rencontre maintenant à un rythme de toutes les six semaines, sont le témoin, me semble-t-il, d'une évolution favorable. Mr... respecte tout à fait les contraintes de son suivi socio-judiciaire et en particulier de son injonction de soin » (rapport du médecin coordonnateur, D12).

« Au total, M.... présente donc une évolution satisfaisante avec une insertion socioprofessionnelle et affective adaptées. Il accepte son suivi socio-judiciaire sans difficulté" (rapport du médecin coordonnateur, D14).

« Au total, M.... présente donc une évolution satisfaisante tant au niveau social, professionnel qu'affectif. Il réussit à reconnaître ses "vulnérabilités". Le maintien du suivi psychothérapeutique apparaît ainsi "bénéfique" à son devenir » (rapport du médecin coordonnateur, D19).

« M.... assume parfaitement son suivi socio-judiciaire dont il semble tirer bénéfice » (rapport du médecin coordonnateur, D21).

« Au total, M.... présente donc une évolution plutôt satisfaisante avec une insertion socioprofessionnelle adaptée. Il apparaît que le cadre de la loi lui assure un étayage structurant mais son efficacité intellectuelle limite l'intégration d'une culpabilité réelle » (rapport du médecin coordonnateur, D22).

« Le sujet ne présente pas ce jour d'éléments inquiétants, bien au contraire, son investissement dans le soin d'une part et une très bonne insertion sociale d'autre part apparaissent plutôt comme des éléments rassurants quant à son évolution » (rapport du médecin coordonnateur, D23).

« L'évolution est globalement positive chez ce sujet qui souffre d'une psychose schizophrénique, sortant d'une longue peine de prison, confronté aux difficultés d'une réinsertion sociale et professionnelle. La symptomatologie qui était préoccupante autour du mauvais contrôle pulsionnel, des passages à l'acte, des troubles du comportement semble s'apaiser » (rapport du médecin coordonnateur, D49).

« Mr... reste pour l'instant sans grande évolution par rapport aux différentes descriptions faites de lui dans les différents rapports d'expertise, ce sujet apparaissant toujours aussi impulsif, instable, irritable avec une instabilité psychomotrice certaine, étant toujours en mouvement, s'exprimant de façon brusque, maladroite, parfois brutale. Son discours est empreint d'éléments choquants, agressifs, vulgaires, le sujet ne percevant pas la teneur potentiellement choquant pour son interlocuteur de ses propos, comme si le sujet était sans filtre, ni grand contrôle » (rapport du médecin coordonnateur, D52).

« L'évolution de M.... continue à se dérouler de manière très satisfaisante. Il s'agit d'un homme de 35 ans qui s'est réellement remis en question et a réorganisé sa vie autour du travail pour l'instant. Il a fait évoluer ses relations avec ses parents qui, aujourd'hui, se rendent compte des efforts faits par leur fils, alors que jusque-là, ils étaient restés sceptiques sur sa capacité à perdurer dans l'effort à travers le temps. Notre sujet ne présente plus de traits d'immaturité psycho-affective. Le suivi psychologique se passe dans de bonnes conditions et, parallèlement, notre sujet continue à réfléchir sur lui-même. Si Monsieur... sent qu'aujourd'hui il est mieux reconnu par sa famille, il est lui-même reconnaissant auprès des personnes qui l'ont aidé à se reconstruire. L'investissement de son travail, les bonnes relations qu'il entretient avec son patron, l'absence de conduite addictive, l'amélioration des relations avec ses parents, la capacité de se remettre en cause sont des éléments très positifs concernant l'évolution ultérieure » (rapport du médecin coordonnateur, D81).

Même pour ceux dont l'évolution est jugée très positive, nous avons déjà eu l'occasion de signaler qu'aucun médecin coordonnateur n'a pour autant proposé la levée de l'injonction de soin. Le sujet de la poursuite des soins est le plus souvent passé sous silence (63,2% des premiers rapports, 74,6% des seconds) ou leur maintien présenté comme nécessaire (respectivement 36,8% et 25,4%).

« On peut noter actuellement une symptomatologie dépressive notable, nécessitant un accompagnement thérapeutique soutenue. Au total, Mr... présente une conscience de ses orientations sexuelles et semble adhérer au suivi thérapeutique. Le maintien du suivi psychothérapeutique et psychiatrique est donc nécessaire et doit être maintenu » (premier rapport). « Au total, Mr... présente une conscience de ses orientations sexuelles et connaît ses "vulnérabilités". Le maintien du suivi psychothérapeutique et psychiatrique lui permet de mieux appréhender ses difficultés et doit donc être maintenu » (rapport du médecin coordonnateur, D5).

« Il apparaît nécessaire de continuer à l'accompagner dans un travail psychothérapeutique afin "d'assouplir" ses défenses... » (rapport du médecin coordonnateur, D19).

« Compte tenu du profil psychologique de Mr... , où dominait l'instabilité affective, l'intolérance à la frustration, l'immaturation, cet étayage est bien sûr à poursuivre, le sujet pouvant rester vulnérable sur le plan affectif » (rapport du médecin coordonnateur, D24).

« Si on note une évolution globalement favorable de Mr... , il apparaît nécessaire de lui rappeler le cadre de la loi et de ses contraintes. Visiblement, il a repris "conscience" de celles-ci et se mobilise pour les respecter. Dans ces conditions, le maintien du suivi semble nécessaire afin "d'imprimer" au mieux la bonne évolution en cours » (rapport du médecin coordonnateur, D39).

### §3- Les signalements aux autorités judiciaires

Selon l'article L3711-1 du code de la santé publique, le médecin coordonnateur doit transmettre au juge de l'application des peines ou à l'agent de probation les éléments nécessaires au contrôle de l'injonction de soin. Il doit signaler « *immédiatement* » tout refus ou interruption du traitement, éventuellement les « *difficultés survenues dans l'exécution du traitement* » signalées par le thérapeute (art. L3711-3 CSP). En réalité, ces signalements ne sont pas immédiats car, à l'instar des thérapeutes, ils n'y procèdent généralement qu'après plusieurs défaillances. Ce signalement est par ailleurs souvent précédé d'un « recadrage » destiné à convaincre le condamné de respecter à l'avenir la mesure (A). Ce n'est le plus souvent qu'en cas d'absences répétées, face à l'absence d'effet des mises en garde du coordonnateur, que le JAP est informé (B).

#### A- Une fonction de recadrage en amont du signalement

Outre les consultations manquées auprès du thérapeute, un absentéisme aux rendez-vous fixés par le médecin coordonnateur apparaît dans les mêmes proportions. On trouve trace d'absences des condamnés dans un peu moins d'un tiers des dossiers de notre échantillon (31), plusieurs environ une fois sur cinq (21). Des corrélations apparaissent entre les deux types de défaillances. 88% de ceux qui n'ont jamais été absents aux consultations de leur thérapeute ne l'ont jamais été non plus aux rendez-vous du coordonnateur. 85,7% de ceux qui l'ont été une fois chez le premier ne l'ont jamais été chez le second. En revanche, 50% de ceux qui ont manqué plusieurs consultations ont été à plusieurs reprises absents aux entretiens du coordonnateur. Sans doute plus conscients des enjeux sur le plan de leur avenir judiciaire, plus d'un tiers (35,7%) d'entre eux ont néanmoins systématiquement répondu à ses convocations. Du fait des concordances entre l'assiduité aux rendez-vous fixés avec le thérapeute et le respect de ceux prévus avec le coordonnateur, il n'est guère étonnant de retrouver une nouvelle fois parmi ceux qui s'astreignent plus difficilement au suivi et contrôle du second des condamnés plus jeunes, auteurs de violences sexuelles sur majeurs, au passé pénal plus lourd mais pas nécessairement pour des infractions à caractère sexuel. En effet, 56,3% de ceux qui avaient moins de 25 ans au moment de la condamnation ont manqué plusieurs rendez-vous auprès de lui, contre 31,8% des 30-40 ans, 0% des plus âgés. 9,1% des délinquants sexuels sur mineurs étaient concernés, contre 40% en présence de victimes majeures. Parmi les multi-absentéistes, ceux considérés comme « pédophiles » sont rares (6,5% plusieurs fois absents), suivis par les « pervers » (12,8%), à l'inverse des « psychopathes (42,9%), des « états limites » (50%) et des « psychotiques » (50%). Figure également parmi ceux-ci le public affecté de déficiences intellectuelles, souvent à la suite d'oublis de rendez-vous (42,9%, contre 17,4% lorsque l'intelligence fut située dans les limites de la normale, 24% en cas de faible niveau d'intelligence). Ces

absences multiples sont également plus fréquentes en présence d'un placement dans l'enfance (36,8%), de problèmes disciplinaires à l'école (42,9%), de toxicomanie ou d'abus de drogues (66,7%, 21,9% en cas d'alcoolisme). Il s'agit également plus souvent de condamnés ayant des antécédents. 33,3% des récidivistes ont manqué plusieurs rendez-vous (contre 18,2%), 38,1% de ceux dont le B1 du casier comportait trois mentions ou plus, 27,3% de ceux ayant deux mentions (contre 17,9% de ceux sans antécédents).

Ceci étant, certaines des absences en question étaient totalement justifiées, souvent pour les raisons professionnelles dont il a déjà été question. Dans l'ensemble, les praticiens interrogés notent que les manquements véritables, par des condamnés rétifs à toute forme de prise en charge, seraient bien plus l'exception que la règle. Conscients de la coordination entre les différents acteurs, dont la réactivité pourrait aboutir à une réincarcération, la plupart des condamnés se plieraient au cadre.

*« [Au niveau des rendez-vous avec le médecin coordonnateur, ou le médecin traitant, est-ce que vous avez beaucoup de cas où il y a beaucoup d'absences ou est-ce que c'est plutôt suivi ?] Non, généralement c'est suivi et puis de toute façon, c'est vrai que dans l'injonction de soin, c'est là la grosse différence avec l'obligation de soins, il n'y a pas le temps d'avoir trop d'absences, parce que c'est quand même remonté vite au médecin coordonnateur, qui redescend très vite au SAP et là c'est convocation quand même. Pour ça, sur les absences, non, parce que justement, y a une coordination rapide entre la justice et le médecin. Et ça, ils le savent aussi » (CPIP).*

Rapide, la réaction du coordonnateur n'est pas pour autant immédiate, dès la première absence non signalée. Lorsque le condamné n'a pas prévenu en amont de son désistement ou les jours suivants, le psychiatre tente dans un premier temps de le relancer lui-même. Face à des personnes véritablement « récalcitrantes », ils procèdent par ailleurs à des « recadrages », par un rappel du cadre judiciaire et des conséquences potentielles de l'absence d'assiduité sur le plan pénal, ce qui suffirait le plus souvent à les convaincre. Lorsque le condamné ne leur semble pas particulièrement dangereux, ces manquements ne sont signalés qu'à l'occasion du rapport annuel ou semestriel.

*« Et après, une des fonctions, parce qu'il y a un certain nombre de sujets, on va dire, des récalcitrants euh... oui, je ne sais pas si c'est le bon adjectif, mais qui peuvent jouer les arrêts de jeu, qui peuvent mettre beaucoup de mauvaise volonté ou qui, de par leur processus de pensée, invalident et entravent le soin, de par le déni, le clivage. Eh ben, une des grandes fonctions pour moi médecin coordonnateur, c'est d'être là, présent sur le terrain, pour voir les sujets un peu plus du coup, régulièrement, faire en eux que le cadre puisse faire advenir le soin. C'est vraiment le truc du médecin coordonnateur. [...] Par exemple, quand le thérapeute m'informe. Du coup, je vais me mettre un peu en alerte vigilance. Ça rentre dans l'ordre, tant mieux. Ça insiste, je peux reconvoquer moi-même. Parce que j'en ai un actuellement, je suis en train de faire ça avec lui. [...] Du coup, je suis un peu au milieu, pour resserrer les boulons et donner un peu de cohérence... » (Psychiatre, médecin coordonnateur).*

*« Ah oui. Oui, ne serait-ce que lundi dernier. J'ai un collègue qui m'a appelé, parce que on a un justiciable qui est un peu compliqué. Oui, spontanément, on se voit, on se met d'accord sur la stratégie « fais pas ci, fais pas ça », on lui donne une chance, deux chances, et puis après, tant pis, on va appeler. Je lui dis, on demandera au juge d'intervenir pour cadrer la prise en charge. L'année dernière, j'ai une jeune collègue qui m'a appelé, en disant qu'elle était très inquiète, parce que le mec est arrivé alcoolisé. Il racontait des trucs qu'il faisait avec sa femme qui lui paraissaient complètement tordus. Elle me dit « là... ». Moi j'avais rien perçu de ça. J'avais rien perçu de ça pendant les entretiens que j'ai... [Téléphone] Oui, donc je l'avais vu, ça avait l'air de fonctionner. Le mec avait des difficultés, il trouvait plus de job, avec la compagne ça allait pas bien. Donc, j'avais rien noté de particulier. Elle me dit « attends, je suis en grande difficulté. Il arrive alcoolisé, il a des propos qui sont inquiétants ». À ce moment-là, j'ai dit « ok, je m'engage à le revoir et à faire le point avec lui ». Donc j'ai reconvoqué plus vite, on n'a pas attendu trois mois. On a refait le point. Effectivement, il a confirmé que ça se passait pas très bien et autres, je lui ai dit « resserrez les boulons, parce qu'on va pas pouvoir continuer comme ça ». Donc j'ai rappelé la collègue, pour lui dire que je l'avais vu et de rester très vigilante. Ensuite, j'ai reçu un courrier du thérapeute de son épouse qui disait qu'il écrivait des choses extrêmement inquiétantes. À ce moment-là, j'ai reconvoqué le justiciable pour lui dire que là, y a des trucs qui déconntent » (Psychiatre, Médecin coordonnateur).*

*« Là, en ce qui concerne la personne à laquelle je pense, quand il ne le voit pas, ou quand le thérapeute prévient le médecin coordonnateur qu'il n'est pas venu, la secrétaire du médecin coordonnateur m'appelle en me disant « est-ce que vous pourriez joindre Monsieur... pour qu'on puisse prendre un autre rendez-vous ? », pour qu'il aille devant le médecin coordonnateur. Et ça, c'est un médecin coordonnateur... intelligent, qui prend en compte la... personne. C'est-à-dire, c'est quelqu'un de très problématique et que, si on l'envoie dans le mur tout de suite, ben c'est l'envoyer vraiment dans le mur » (CPIP).*

« Il a été nécessaire de rappeler l'obligation de suivi à Mr... qui avait "négligé" les contraintes de son suivi [...]. Il reprend son suivi avec le Dr... qu'il avait interrompu de lui-même » (rapport du médecin coordonnateur, D39).

« Il changera une troisième fois de thérapeute et manquera de nouveau plusieurs rendez-vous avec celui-ci, de sorte qu'il sera menacé par son thérapeute et le CMP de ne plus avoir d'autres dates de consultations. Une dernière chance lui a été donnée, le sujet ayant été enjoint très fermement lors de notre rendez-vous du mois de septembre, à se présenter quoi qu'il arrive, en lui rappelant aussi ses obligations et les risques qu'il encourrait en cas d'inobservance en particulier du suivi socio-judiciaire. [...] L'accrochage auprès de son thérapeute reste fragile, il faut être extrêmement vigilant à ce que le sujet ne décroche pas de cette consultation » (Rapport du médecin coordonnateur, D31).

« Concernant les soins, depuis le premier bilan réalisé en... , Mr... a rencontré régulièrement de Dr... dans le cadre de son injonction de soin au CMP.... Nous notons cependant un relâchement du suivi à la fin... avec un recadrage nécessaire, visiblement suivi d'effet dans le sens où Mr... s'est rapproché de la consultation du Dr..., qu'il revoit depuis de façon régulière, au rythme d'une séance par mois » (Rapport du médecin coordonnateur, D2).

« Mr... est suivi par le Dr..., psychologue qu'il était censé voir une fois par mois. [...] Mr ne l'a pas vu depuis plus de 3 mois. Je lui signifie que pour moi il ne s'agit plus d'un soin ni d'une prise en charge psychothérapique [...]. Il n'a qu'une seule obligation, c'est l'injonction de soin. Je lui demande de revoir les choses avec le Dr... et d'avoir un suivi plus régulier la prochaine fois, ce qu'il s'engage à faire sans protester, en se montrant même compliant. Mr m'explique avec ses mots qu'il n'avait pas le sentiment ni l'intention de s'émanciper du soin mais disait juste vouloir prioriser son insertion sociale et professionnelle. [...] Mr... ne semble pas mesurer, ou fait mine de ne pas mesurer, l'importance ni le sens d'une prise en charge d'ordre psychologique, qu'il voit plus comme une contrainte sans réel intérêt que comme une aide dont il pourrait bénéficier. Ses capacités intellectuelles faibles et sa dénégation partielle des faits rendent l'adhésion au suivi difficile. Ainsi Mr... se soumet bien plus au suivi qu'il n'y adhère pour l'instant. [...] Néanmoins, on ne peut pas dire que M ne respecte pas du tout ses obligations et le fait d'avoir des contraintes en termes d'abstinence alcoolique, d'insertion sociale et professionnelle semble maintenir le patient dans une dynamique plus propice à un meilleur contrôle de sa pulsionalité » (Rapport du médecin coordonnateur, D62).

« Le premier psychiatre choisi informé du cadre judiciaire a "refusé catégoriquement de poursuivre les soins". J'ai donc réorienté Mr... auprès du Dr... avec lequel le contact a été d'emblée bon. Il a fallu cependant à plusieurs reprises recadrer ce suivi, M pouvant espacer les RDV. Mais il se présente aux RDV » (Rapport du médecin coordonnateur, D66).

Ce n'est qu'après plusieurs absences, deux ou trois le plus souvent, et/ou en cas d'échec des recadrages, que les médecins coordonnateurs se résignent à prévenir selon les cas le JAP lui-même ou l'agent de probation (v. *infra*). Ils semblent néanmoins nettement plus vigilants et réactifs lorsque la personnalité du condamné, les faits commis et ses antécédents leur laissent supposer une plus forte dangerosité.

*« Moi je me mets auxiliaire de justice, parce que j'ai appris ça lors de ces réunions-là. On était réellement des auxiliaires de justice. Bon ça, ça m'a plus précisé donc mon positionnement moi, c'est... ma référence, c'est le SPIP et le juge, qui attend de moi que je l'avertisse, si jamais y en a un qui déconne, un justiciable qui déconne, qui fait plus son suivi, qui ne vient plus me voir et que je pense que là, ça peut plus continuer comme ça, sinon y a un risque de gros problèmes. Là, c'est par rapport au juge et moi, je me positionne comme auxiliaire de justice, par rapport à ça, c'est-à-dire d'alerter si besoin, le SPIP ou le juge de l'application des peines quand je trouve que le patient ne suit plus son traitement ou si je trouve que malgré les aides ou les conseils donnés au justiciable, il n'en tient pas compte, que son état se détériore malgré tout et qu'il ne fait pas les efforts pour. Et si malgré les différents rappels il ne vient pas, à ce moment-là j'interpelle. Mon positionnement est celui-là. [...] On est très vigilant. Moi c'est mon positionnement, maintenant je sais pas les autres collègues, comment ils fonctionnent mais je suis très... beaucoup plus rigide avec eux. C'est-à-dire que si vous faites le con, moi, n'y a pas photo hein, je demande au juge d'intervenir tout de suite, parce que c'est trop dangereux. C'est rare, mais moi, j'en ai deux ou trois là, bon... [Vous êtes particulièrement vigilant ?] Ah ouais... et puis même vis-à-vis du collègue, parce que je sais que ça va pas être facile. [Donc vous préférez mettre un peu cartes sur table directement pour qu'il soit... ?] Ah oui, oui, je veux pas... en disant bien au collègue, « si ça ne se passe pas bien, d'une part, tu ne te mets pas en danger. Tu me dis que c'est pas facile, que c'est pas possible et puis on verra ». Et si jamais c'est pas possible, je dis au juge « je suis désolé mais là, ça déconne trop » (Psychiatre, médecin coordonnateur).*

*« [Est-ce que vous êtes au courant, de la moindre absence chez le médecin coordonnateur ou chez le médecin traitant ou est-ce que... ?] Ah si, on est au courant, parce qu'ils font le rapport assez rapidement. Alors, au bout de deux absences chez le médecin traitant, y a un rapport qui est fait au médecin*

coordonnateur, qui le signale au juge de l'application des peines. C'est très rapide, ça va très vite. Nous, on nous l'envoie en copie et on nous demande de bien vouloir rencontrer la personne assez rapidement. Parce que des fois, y en a qui disent « j'y suis allé » et puis au final... Il nous dit « oui, j'ai vu mon psy » et puis derrière, ce document arrive, donc on contacte la personne pour nous donner des explications et c'est de là qu'on donne des explications au juge de l'application des peines » (CPIP).

## B- Des signalements en présence d'absences répétées

Les dossiers de notre échantillon font état d'un signalement dans une affaire sur cinq (22,7%), plusieurs dans 6% des cas. Dans ses rapports ou à l'occasion de ces contacts ponctuels, le médecin sollicite parfois un recadrage du JAP si les siens sont restés vains, voire, dans de rares cas, demande à être dessaisi du suivi.

« L'année dernière, j'ai une jeune collègue qui m'a appelé, en disant qu'elle était très inquiète, parce que le mec est arrivé alcoolisé. [...] Donc j'ai reconvoqué plus vite, on n'a pas attendu trois mois. On a refait le point. Effectivement, il a confirmé que ça se passait pas très bien et autres, je lui ai dit « resserrez les boulons, parce qu'on va pas pouvoir continuer comme ça ». Donc j'ai rappelé la collègue, pour lui dire que je l'avais vu et de rester très vigilante. Ensuite, j'ai reçu un courrier du thérapeute de son épouse qui disait qu'il écrivait des choses extrêmement inquiétantes. À ce moment-là, j'ai reconvoqué le justiciable pour lui dire là, y a des trucs qui déconcent et à ce moment-là, j'ai appelé la SPIP en disant « moi je suis très embêté, mais voilà ce que je constate ». La SPIP avait rien vu et tombait un peu des nues et donc, on a décidé d'un commun accord, qu'il soit convoqué par le juge de l'application des peines. [...] Quand il y a des justiciables, on sent que ça commence à tourner vinaigre, on dit attention, voilà les problèmes qu'il y a ... [...] Quand le thérapeute nous dit « je l'ai pas revu, il devait venir en consult, il vient pas ou il vient une fois sur deux ». Moi quand je le vois « vous continuez comme ça, ça va pas le faire » mais on se précipite pas. Non, moi j'envoie au juge... je sais pas une fois par an, maximum » (Psychiatre, Médecin coordonnateur).

« Même si la personnalité semble mieux structurée au regard des carences de l'enfance évoquée dans les premières expertises et si les interdits semblent mieux intégrés, Mr... flirte encore avec les limites et semble encore avoir besoin de cadre. Un recadrage par rapport aux soins serait peut-être nécessaire » (rapport du médecin coordonnateur, D10).

« Je l'ai vu pour un premier entretien le ... Il s'est présenté très altéré, en lien avec sa maladie et une prise de toxiques. Après discussion avec son thérapeute (Dr ... ), il apparaît nécessaire de rappeler à ce patient la loi et que la consommation de toxiques lui est formellement interdite du fait de la facilité au passage à l'acte... Je crains que nous soyons face à une personne pour qui le cadre de la loi est une notion floue et peu "canalisante", au risque de devoir l'expérimenter... » (Courrier du médecin coordonnateur au JAP, D40)

« La prise en charge de Mr... dans le cadre de l'injonction et dans ma mission de médecin coordonnateur paraissait satisfaisante depuis quelques mois et ce malgré les problèmes conjugaux récents. Son brusque départ en septembre 2013 vient en contradiction avec cette appréciation. J'ai eu l'occasion de le joindre par téléphone et de m'étonner qu'il soit autorisé à quitter la région mais il mettait en avant la nécessité de travailler là même où il avait quelques chances de trouver du travail. Je vous ai adressé un courrier pour demander la suite à donner à ma responsabilité de médecin coordonnateur auprès de ce patient » (rapport du médecin coordonnateur, D93).

« Mr... me semble impossible à canaliser à contrôler et à convaincre ; j'ai bien mesuré sa limitation intellectuelle mais cette déficience n'explique pas totalement sa désinvolture à mon égard. En conséquence de tous ces événements, je considère que je n'arrive absolument pas à remplir la mission qui m'a été confiée pour des raisons qui tiennent sans doute à la culture de Mr..., à ses problèmes de compréhension et à ce que je représente sans doute pour lui. Je crois qu'il est indispensable pour la bonne poursuite de l'injonction de soin qu'un autre médecin coordonnateur soit désigné afin que ce patient ait une chance de respecter son suivi socio-judiciaire » (rapport du médecin coordonnateur, D1).

Aucun protocole de signalement n'a été collectivement déterminé par les JAP, les CPIP et les médecins coordonnateurs au niveau local. Les pratiques sont là encore très variables selon les psychiatres. Certains envisagent le JAP comme leur unique interlocuteur (1), tandis que d'autres privilégient des rapports par ailleurs plus informels avec les agents de probation (2). Dans les deux cas, leurs relations sont le plus souvent minimales, restreintes à la gestion ponctuelle des défaillances constatées.

## 1- Un interlocuteur privilégié : le JAP

En pratique, les contacts entre les juges d'application des peines et les médecins coordonnateurs se limitent aux rares occasions de signalement direct des condamnés les plus opposants. Comparés aux échanges avec les CPIP, leurs modes relationnels sont empreints d'un plus grand formalisme, nombre de ces signalements étant réalisés par courrier, sans véritable discussion entre le magistrat et le médecin, même si les dossiers révèlent quelques exceptions.

« Me tenir informé du suivi de ... . En effet, je viens d'avoir au téléphone le docteur ..., médecin coordonnateur ; il l'a convoqué à trois reprises et ne s'est pas présenté » (Courrier du JAP au SPIP, D34).

« [Vous signalez au CPIP ou au JAP ? Ou les deux ?] Au JAP. Souvent, quand je ne sais rien auprès du CPIP, je me dis « Je vais alerter le JAP ». [Par courrier, par téléphone ?] Par courrier. [Il arrive parfois de l'appeler le JAP ?] Quand je pouvais l'avoir oui. [Maintenant c'est plus... ?] Ce n'est pas facile. Enfin, ça dépend des JAP. [Vous avez pas leurs numéros directs ?] Non. Enfin si, moi j'ai le numéro, je passe par le greffe. [Oui mais vous n'avez pas nécessairement le numéro direct] Non. Y a des gens avec des dossiers, et des gens avec moins de dossiers (rire). On va répondre gentiment comme ça. Bon, après, chacun ses pratiques mais avec des JAP, c'était très facile, y compris des gens qui ont été décriés, quand même, qui étaient très accessibles. En l'occurrence monsieur [JAP], je l'avais toujours au téléphone, un JAP avec qui c'était très agréable de travailler, et qui prenait le téléphone et de vive voix, je trouve que c'est plus facile. On peut se dire tout un tas de trucs qu'on peut difficilement écrire. Moi j'aime bien le téléphone. Après, y a des gens qui veulent que ça passe que par le courrier. [...] Ceci dit, voilà, je m'y suis plié et du coup, j'utilise et le courrier, et le mail, parce que le mail est un petit peu plus rapide. Quand c'est urgent, je balance sur la boîte du greffe et le JAP concerné direct » (Psychiatre, médecin coordonnateur).

Comme la copie de leurs rapports annuels, l'information est ensuite redirigée par les magistrats vers les agents de probation, accompagnée des suites à donner. Les JAP ne seraient pas plus prompts à initier des échanges avec les coordonnateurs, au point que ces derniers regrettent de ne pas toujours être informés d'événements importants sur le plan de leur propre suivi, notamment dans l'hypothèse d'une réincarcération. Nous reviendrons sur le positionnement incertain des CPIP dans le dispositif de l'injonction de soin, mais l'on constate que les JAP tendent à leur déléguer la mise en œuvre pratique de l'articulation santé-justice, le juge assurant plutôt une position d'arbitre, surestimant sans doute l'étendue des échanges entre le SPIP et les médecins, et jugeant dès lors inutile d'assurer eux-mêmes la transmission d'informations aux seconds.

« [En cas d'absence, vous n'êtes pas prévenue directement ?] Non. Ah ben non, ce n'est pas à nous qu'il doit en faire état, c'est auprès du juge. Il dépend du juge. Nous, on n'est rien pour le médecin coordonnateur. C'est le juge. Il dépend du juge. [Donc les conditions, les signalements en cas d'absence, c'est...] C'est au juge (CPIP).

« [Par rapport au suivi, est-ce que vous avez des rapports avec les médecins coordonnateurs ou pas ?] Non, aucun pour moi. [Même en cas de suivi problématique ? Est-ce que vous avez eu des médecins coordonnateurs qui vous auraient contacté ?] Non. Dans un cas bien particulier, ils alertent le JAP, qui m'envoie le courrier du médecin coordonnateur qui se préoccupe de la situation, mais jamais directement, non » (CPIP).

« Quand l'obligation de soins est rompue, c'est-à-dire que l'intéressé y va une fois sur deux, ou ça se passe pas bien ou il y va plus, eh ben le médecin coordonnateur est informé rapidement. Mais le médecin coordonnateur ne nous informe pas, il informe le JAP. « Monsieur untel n'est pas venu » ; on l'a comme ça la redescende d'information [C'est rare que l'information du médecin coordonnateur vienne au CPIP ?] Oui, honnêtement oui, ça va direct au juge. En général, c'est quand même ça » (CPIP).

« [Et au niveau des liens avec le JAP, comment ça se passe ?] Ben c'est sous forme d'écrit, principalement. Le JAP désigne le médecin coordonnateur, donc il conçoit une ordonnance de désignation. La personne est convoquée par le médecin coordonnateur et puis, tous les ans, le médecin coordonnateur renvoie un rapport au juge de l'application des peines pour signaler comment ça se passe. [Et si jamais la personne n'est plus en relation avec son psy, ne va plus aux rendez-vous, le psy a l'obligation de le communiquer au médecin coordonnateur qui le communique au juge de l'application des peines ?] Mais c'est purement

écrit. On peut pas parler de relation quoi. Et nous on reçoit après... le juge de l'application des peines nous communique le bilan annuel » (CPIP).

« [Concernant maintenant le médecin coordonnateur, et puis vos relations avec. Est-ce que le médecin coordonnateur il est plutôt en lien avec le juge de l'application des peines ou plutôt en lien avec le SPIP ?] Plutôt en lien avec le juge de l'application des peines, et on a même des médecins coordonnateurs qui nous expliquent que la loi est très claire : ils rendent compte au juge de l'application des peines, mais qu'ils n'ont rien à rendre au CPIP. Mais même, que la personne suivie, n'a pas de compte à rendre au CPIP. Voilà, cet élément-là. C'est la loi. Elle est restrictive dans l'application mais c'est ça. Donc on a des médecins coordonnateurs ou des thérapeutes, qui nous disent « prrrt, rien à vous, médecin coordonnateur, le JAP, le CPIP, il est pas là » (CPIP).

« La seule fois où il y a des discussions, c'est quand j'alerte le juge. J'envoie un courrier, en disant « je suis inquiet, je pense que ça serait bien que vous le voyiez ». Donc j'apprends qu'il a été vu, quelquefois le SPIP m'envoie éventuellement un rapport et puis c'est tout hein. [Et vous dites, par courrier. Vous avez pas nécessairement de contacts téléphoniques ?] Ah non, non mais attendez, quelquefois... non mais la justice est remarquable. Il m'est arrivé deux fois d'alerter le juge en disant « il vient plus aux injonctions. Je sais plus où il est, on est inquiet » « Ah ben, il est incarcéré depuis quatre mois ». [L'information est pas rebasculée ?] De temps en temps ça revient, mais non rarement on n'a plus de nouvelles. Normal, il est réincarcéré et on le savait même pas. [Vous n'avez pas d'échanges téléphoniques particuliers avec le juge...] Avec le juge non ; le SPIP un peu » (Psychiatre, médecin coordonnateur).

« Y a des cas où on a été embêté hein. Moi j'ai un cas qui m'a embêté dans l'injonction de soin, un jeune qui était suivi pour pédophilie, qui avait récidivé alors qu'il était encore sous injonction de soin. J'ai appris qu'il avait été incarcéré et qu'il s'était suicidé pendant son incarcération. J'ai rien eu, c'est les journaux ! Une fois, c'est un thérapeute qui m'a dit « t'as vu, il a été réincarcéré et il s'est suicidé ». Je suis tombé des nues, sachant que... moi, je me rappelle, j'avais envoyé dans les comptes rendus, j'étais inquiet, je le trouvais pas bien mais j'arrivais pas à mettre le doigt dessus. J'avais dit « attention, risque dépressif » et à tel point que quand l'injonction de soin s'était finie, il avait mandat de continuer à me voir. J'avais dit oui, mais dans le cadre thérapeutique, il était venu une fois et j'avais dit waouhh, et j'avais pas réussi à voir ce qui se passait. Ce qui s'est passé, c'est qu'il récidivait et qu'il pouvait pas s'empêcher de récidiver, dans un contexte pété, névrotique, pas obligatoirement pervers. Enfin, on était dans une problématique extrêmement complexe, mais alors, rien. [Donc on a quand même une institution judiciaire qui est encore très centrée sur son propre fonctionnement ?] Ils m'avaient demandé mes comptes rendus. J'avais tout envoyé mais j'ai pas eu de retour, j'ai pas eu...rien. Est-ce qu'on a merdé quelque part ? Est-ce qu'il aurait fallu faire autrement ? Donc y aurait matière parfois, à discuter un peu plus ? » (Psychiatre, médecin coordonnateur).

« [Dans le cadre de l'injonction de soin, est-ce que vous avez des contacts avec le médecin coordonnateur ?] Rarement. Alors, on les a... récemment, j'en ai un qui m'a appelée, parce que l'intéressé n'était pas venu deux fois de suite. Moi j'étais convaincue quand ils étaient incarcérés que le juge de l'application des peines les informait mais non. « Eh ben non, monsieur untel il est détenu là » et je lui ai dit « il reste en mandat de dépôt, parce que il est possible qu'il soit recondamné à telle audience. C'est reporté, donc je vous dirai ». Dans ces cas-là je leur dit « mais vous êtes pas informé... ? », je tombe des nues, je suis pas au courant « parce que je pensais que vous étiez informé par le juge de l'application des peines » « ah non » » (CPIP).

« Pour le moment, moi j'ai pas eu beaucoup à les rencontrer. J'en ai rencontré deux-trois... ben à la réunion CRIAVS et par hasard un petit peu ». [Quand vous dites qu'il n'y a pas énormément de contacts, vous voulez dire de façon générale, dans des réunions ou des...] Oui, voilà, des situations particulières. Pour le moment, ils ont pas eu besoin de me joindre. Mais parce que ça s'est trouvé comme ça. J'ai pas eu, depuis que j'ai repris le cabinet, des difficultés sur... Y a eu un dossier où la personne venait pas chez le médecin coordonnateur, mais c'était avant que j'arrive. Je passe les détails mais toujours est-il qu'assez rapidement, j'ai vu le gars en retrait de CRP. Il est incarcéré actuellement, parce qu'il était un peu en fuite au cours de l'été, enfin... En fait, on n'a pas eu besoin de se contacter, entre guillemets, parce qu'il y avait tellement d'autres choses à gérer dans sa situation, que finalement c'était pas le plus important le médecin coordonnateur. Donc pour le moment, ils ont pas eu l'occasion de me contacter, dans le cas de situations individuelles. Après, ils me font tous leur rapport semestriel, annuel, etc. Moi j'essaie, parce que c'était pas forcément bien... très clair avant, j'essaie vraiment de... là encore, pour moi, on travaille tous dans la même optique, donc dès que je reçois un rapport du SPIP, j'envoie une copie au médecin coordonnateur

*et vice versa, pour que vraiment les informations circulent entre les deux, même si je sais qu'entre les médecins coordonnateurs et les SPIP, il y a des liens. [Ils échangent plutôt avec vous ou plutôt avec... ?] Plutôt entre eux. [Plutôt avec le CPIP ?] Plutôt entre eux, oui, oui. En s'appelant ou... dans certaines situations, j'ai pu voir qu'ils se rencontraient, donc je sais qu'ils ont des liens. Après, je pense que c'est un peu intuitu personae SPIP aussi » (JAP).*

## **2- Les contacts établis avec les agents de probation**

En réalité, les relations entre CPIP et médecins coordonnateurs ne sont guère plus fréquentes, même si les pratiques des seconds varient considérablement. Lorsqu'ils existent, ces contacts sont visiblement plus informels, sous la forme d'échanges téléphoniques. La plupart des sollicitations des médecins vise cependant le règlement de difficultés ponctuelles lorsque, après un rendez-vous manqué, ils ne disposent pas des coordonnées des condamnés pour les relancer.

« [Est-ce que vous avez des contacts avec eux ?] Très très rarement. Très rarement. Moi je sais que... moi j'ai eu... après, oui, non, très rarement, très rarement » (CPIP).

« Mais même les médecins coordonnateurs, en fonction de qui est le médecin coordonnateur, on n'a pas les mêmes relations. Moi je sais que j'ai des relations avec un des médecins coordonnateurs, surtout avec son secrétariat, par rapport au suivi de la personne. Avec d'autres, j'ai pas du tout de relations » (CPIP).

« Là, en ce qui concerne la personne à laquelle je pense, quand il ne le voit pas, ou quand le thérapeute prévient le médecin coordonnateur qu'il n'est pas venu, la secrétaire du médecin coordonnateur m'appelle en me disant « est-ce que vous pourriez joindre Monsieur... pour qu'on puisse prendre un autre rendez-vous ? », pour qu'il aille devant le médecin coordonnateur » (CPIP).

« Je pense au fameux psychiatre dont on parlait tout à l'heure. C'est quand même arrivé un certain nombre de fois. Soit il nous laissait un message « vous direz à monsieur qu'il a rendez-vous à telle heure », parce qu'ils nous prennent pour le secrétariat. Je le rappelle en lui disant que je ne suis pas sa secrétaire et que c'était important, que ça, ça se voit avec l'intéressé » (CPIP).

« [Dans le cadre de l'injonction de soin, est-ce que vous avez des contacts avec le médecin coordonnateur ?] Rarement. [...] Souvent, c'est plus des choses comme ça, des histoires de contact. En général, avant d'appeler le secrétariat, ils nous appellent nous, avant d'appeler le SAP. Parce que y a un problème d'adresse « oui, il a changé d'adresse » ou il a plus le bon numéro de téléphone. C'est souvent ça. Y a pas... y a assez peu... enfin, moi j'en n'ai pas, dans ce sens-là en tout cas » (CPIP).

« Re-convoqué le... et le..., les rendez-vous ont été annulés par le patient avec beaucoup de difficultés pour fixer à nouveau des dates de rencontre. Monsieur Mr... me communique régulièrement un numéro de téléphone mais il s'avère que ce n'est jamais un numéro où il peut être joignable » (rapport du médecin coordonnateur, D1).

Quelques médecins coordonnateurs privilégient toutefois cet interlocuteur plutôt que le JAP et n'hésitent pas à aborder plus largement la situation des personnes en cas de défaillances, pour échanger des impressions, confronter les difficultés qu'ils rencontrent dans leurs prises en charge respectives, discuter de l'intérêt d'une saisine du magistrat. Ces contacts se résument toutefois à la gestion des incidents, ce qu'a pu regretter l'un des médecins coordonnateurs que nous avons rencontré, conscient de l'intérêt qu'il y aurait à engager des discussions plus régulières.

« Avec le juge non ; le SPIP un peu. [Vous êtes davantage en contact avec le SPIP ?] Oui. D'ailleurs avec le SPIP, on a quelques difficultés. D'abord, c'est important qu'on sache qui est le SPIP. Ce que je demande aux justiciables c'est « quel est le nom de votre SPIP ? ». Alors, au début ils savent pas trop, ça change régulièrement. Et souvent, moi j'aime bien avoir le numéro de téléphone du SPIP parce que quelquefois, quand on sent pas le truc, on dit « on est un peu inquiet ». On les appelle en disant « là, ça chauffe ». Moi, ça m'est arrivé il y a deux mois parce que ça déconnait. Le SPIP me disait « moi, y a aucun problème » « Ben attendez, y a ça et ça qui se passe », des choses comme ça. Donc le SPIP, on a plus souvent » (Psychiatre, médecin coordonnateur).

« [Du côté des JAP et des agents de probation, au-delà du rapport annuel, vous pouvez avoir des échanges téléphoniques, ou par mail, des rencontres ?] JAP ou CPIP. CPIP, oui. C'est à discrétion, en fonction...

ben, quand tout va bien, tout va bien, donc. En un mot, j'ai pas de lien systématisé. Ce qui peut être un reproche, j'y songe d'ailleurs. Je me disais que ça serait peut-être bien. Enfin, j'en aurais envie, de systématiser des liens avec les CPIP, dans l'esprit, essayer de faire une revue de dossiers. Passer une fois tous les semestres ou... je pense que ça serait intéressant. Enfin, je serais assez ouvert à ça en tout cas. [...] Mais à l'heure actuelle... ? Rien de systématisé. Après, on s'appelle en cas de nécessité et forcément c'est là quand c'est compliqué, quand il y a un problème, quand il y a des rendez-vous qu'ils loupent, quand il y a de la violence. Avec les CPIP, on se connaît un petit peu, avec certains, certaines « voilà, c'est un entretien qui a été difficile ». Ou des fois, c'est moi qui appelle en disant « j'aimerais avoir votre avis, votre évaluation, parce que du côté des soins, c'est très difficile. On note beaucoup de réticence, beaucoup de rendez-vous loupés, beaucoup de mauvaise volonté. Comment ça se passe avec vous ? ». Et des fois, le CPIP peut dire « Ah ben non, c'est très différent ». On voit bien que des fois on a des approches et des regards et des points de vue, qui peuvent être très différents. Du coup, c'est intéressant de les croiser quoi » (Psychiatre, médecin coordonnateurs).

« [Et a contrario parfois les médecins coordonnateurs vous contactent ?] Si on voit par exemple [nom d'un médecin coordonnateur], c'est le top. C'est le top. Parfois il nous contacte en disant « il n'est pas venu. Y a eu un truc particulier ? Pourquoi, comment ? Est-ce que la prochaine fois, vous pouvez lui dire qu'il m'appelle ? » et inversement, nous on peut l'appeler en lui disant « on le sent plus. On a l'impression qu'il s'est passé quelque chose ». Sans dévoiler, mais il nous donne des éléments et puis des réflexions, qui nous permettent ensuite d'avoir une interprétation, une analyse, une évaluation du comportement de l'intéressé. Avec d'autres, c'est le bunker et vous n'y accédez pas quoi (CPIP).

« [Est-ce que vous avez des contacts avec les médecins coordonnateurs ?] Ça m'est arrivé une fois, sur les 6 derniers mois. C'est un médecin qui a appelé, pour s'inquiéter qu'une des personnes qu'elle suivait, il ne l'avait pas vu depuis peut-être bien 6 mois. [Et c'est tout ? Vous avez pas de relations, d'échanges ?] Non. [Donc le médecin coordonnateur, il est plus en contact avec le JAP qu'avec le SPIP ?] Et encore, par écrit, je pense ». [Lorsque le condamné ne se présente pas au rendez-vous du médecin traitant, ou du médecin coordonnateur, est-ce que vous êtes informée ? Comment ça se passe ?] Non, je sais pas. [Le JAP non plus ?] Le JAP, ça peut arriver qu'il nous demande un rapport, en précisant qu'elle a eu un appel. Enfin, que le JAP a eu un contact avec le médecin coordonnateur qui signale qu'untel ne vient plus depuis tant et elle nous demande un rapport pour savoir si nous, il vient, et comment ça se passe. [Le médecin coordonnateur qui vous a appelée pour faire le point sur la personne, c'était vraiment rare alors ?] Oui, c'est rare. Oui. Mais c'était même surprenant parce que pour la personne [...] moi j'avais déjà noté depuis août, j'avais déjà fait un rapport d'incident au juge de l'application des peines, pour signaler qu'il ne venait pas à mes rendez-vous, il en avait manqué deux et que c'était pas normal parce qu'en général, quand il ne venait pas au rendez-vous, il prévenait et comme de ne plus aller aux soins non plus, en quatre mois j'ai pas eu de réponse du JAP. Et puis, le médecin coordonnateur m'a appelée un matin, à 10 heures, en me laissant un message sur mon répondeur, en me disant ben, que en gros, j'avais 24 heures pour le rappeler, sinon il appelait le juge, parce que j'étais absente ce jour-là, et puis j'ai eu un message du juge le lendemain, me disant que le médecin coordonnateur avait contacté le juge pour indiquer que monsieur ne venait plus aux convocations, enfin aux rendez-vous avec lui et qu'il avait prévenu le SPIP. Donc, ça m'a mis un peu en porte-à-faux, alors que en fait, je venais d'avoir le coup de fil du médecin coordonnateur juste la veille en fait. Donc oui, l'information au SPIP a été faite, sauf que j'ai d'abord lu le mail du JAP avant. Donc j'ai pas forcément saisi au départ, mais j'ai rectifié. J'ai refait un rapport de situation, mais c'est pour dire que ça s'est fait au dernier moment, parce que le médecin coordonnateur a dû avoir un petit peu chaud, en se rendant compte qu'il l'avait pas vu depuis plus de 6 mois quand même. Et voilà. Finalement, il avait décidé de déménager dans le.... Ça s'est fait très très vite soi-disant, sauf que tout le monde a réagi 6 mois après quoi » (CPIP).

« Après, ça va dépendre des médecins coordonnateurs. Y en a qui sont plus accessibles que d'autres, mais y en a un que j'ai vu plusieurs fois, où on avait fait le point sur un autre suivi, justement c'était assez difficile. Moi j'étais... c'était assez difficile de savoir si on était sur euh... sur de la manipulation ou sur véritablement des modes de fonctionnement qui étaient liés à des limitations intellectuelles ou psychiques. Donc c'était intéressant quand même d'échanger avec le médecin coordonnateur directement sur ça. Sachant que c'est un mélange des deux au final. [...] On en avait parlé plusieurs fois. [...] Mais après, la grosse majorité des nouvelles, je l'ai de... par les suivis quoi. [...] Là, quand c'est arrivé, j'avais déjà eu un lien avec le médecin coordonnateur. On avait essayé de le repêcher plusieurs fois, parce qu'il venait à peu près, bon an mal an à mes rendez-vous. [...] On avait vu ensemble, on en avait parlé. On a parlé carrément du moment où on allait envoyer le rapport incident en fait. On en a parlé ensemble, parce qu'on arrivait à un moment où justement... c'est celui-là pour lequel je vous disais qu'on ne sait pas trop si c'est

*de la manipulation ou de l'incapacité et où, à un moment donné, il fallait... Donc il y a eu conjointement, le rapport incident... parce qu'il venait pas aux rendez-vous mais y avait plein de choses à mettre en place, en œuvre et il faisait pas. Il s'est fait virer de deux foyers. Enfin, ça a été... Et parallèlement, le rapport du médecin, sur l'aspect soins. Évidemment, moi je l'ai fait, mais j'ai pas détaillé ce qui se passait. Je savais que le médecin coordonnateur le ferait dans son compte rendu à lui » (CPIP).*

*« [Est-ce que lui il prend contact avec vous ?] Quelquefois. Ben, la dernière fois, il était inquiet pour la personne et il m'a appelée. Une autre fois, c'est un type qui se sentait suicidaire et en fait, il m'appelait pour savoir comment je la sentais moi. Et moi aussi. Du coup, on a fait chacun notre rapport, pour le signaler au juge. Donc c'est intéressant. [Et ces relations un peu privilégiées, c'est quelque chose que vous avez avec tous les médecins coordonnateurs ? Ou il y a des différences selon les médecins coordonnateurs ?] Y en a avec qui j'ai jamais eu de contacts mais c'est pas privilégié, c'est selon le besoin, et comme ils ont pas tous le même... Alors, y en a sans doute qui préfèrent... des médecins qui préfèrent... enfin, qui nous appellent plus facilement que d'autres » (CPIP).*

### **Section 3 – Le contrôle judiciaire de l'injonction de soin**

Les modalités du contrôle judiciaire du respect du suivi socio-judiciaire en général et de l'injonction de soin en particulier sont régies par les articles 763-1 et suivants du code de procédure pénale. Les condamnés concernés sont placés sous le contrôle du JAP situé dans le ressort duquel ils ont leur résidence habituelle. Ce magistrat est tenu de les convoquer pour leur rappeler la durée du suivi socio-judiciaire, la peine encourue en cas de manquement, leurs obligations et, le cas échéant, leur notifier d'éventuelles obligations complémentaires (art. 763-3 et R61 du CPP). Dans le cadre de ce type de mesure, les obligations et/ou interdictions sont généralement multiples. Si l'on regroupe celles prononcées par la juridiction de jugement et par le JAP dans notre échantillon, quatre condamnés sur dix étaient interdits de paraître dans certaines villes ou départements (39), correspondant le plus souvent aux lieux de résidence de leurs victimes, la moitié d'entrer en relation avec elles (51). Outre l'obligation d'indemniser ces dernières (53), ont également été prononcées des interdictions d'entrer en relation ou de fréquenter des mineurs (27), de fréquenter certains lieux (11), d'exercer une activité professionnelle ou bénévole impliquant un contact avec des mineurs (22), de porter ou de détenir une arme (18), de fréquenter des débits de boisson (20). Plus de quatre condamnés sur dix devaient par ailleurs respecter les contrôles liés à leur inscription au Fichier judiciaire des auteurs d'infractions à caractère sexuel (FIJ AIS, 44 condamnés)<sup>646</sup>. Des obligations de travail ou de formation apparaissent dans les mêmes proportions (40).

Le rappel des obligations peut intervenir dans « *les jours précédant* » la libération en cas de peine privative de liberté, au plus tard dans les huit jours suivant celle-ci (art. R61-4 du CPP). Le magistrat indique alors au condamné le nom du médecin coordonnateur qu'il devra rencontrer au plus tard dans un délai d'un mois (art. R61 du CPP). Il désigne parallèlement le service pénitentiaire d'insertion et de probation chargé de « *veiller au respect des obligations imposées au condamné* » (art. 763-1 du CPP). Tout au long du suivi, « *le condamné voit peser sur lui un devoir de coopération* »<sup>647</sup>. Outre son assiduité aux rendez-vous fixés par ses différents interlocuteurs (CPIP, médecin coordonnateur, thérapeute), il doit justifier l'accomplissement des obligations prononcées (art. 763-2 du CPP). Sous l'autorité du directeur du service pénitentiaire d'insertion et de probation, l'agent de probation doit s'assurer qu'il « *se soumet aux mesures de contrôle et respecte les obligations qui lui sont imposées* » et mettre en œuvre les « *mesures propres à favoriser la prévention de la récidive* » (art. D575 du CPP).

Il peut proposer au JAP de modifier certaines mesures de contrôle et doit rendre compte de leur respect ou de leur violation. À ce titre, il doit adresser au magistrat mandant un rapport d'évaluation dans les trois mois suivant la saisine du SPIP, un rapport de fin de mesure un mois avant son échéance, ainsi qu'un rapport annuel lorsque la durée de la mesure excède deux ans. À titre complémentaire, le JAP peut également ordonner, d'office ou sur réquisitions du procureur de la République, éventuellement à la

<sup>646</sup> Gautron V. « Les fichiers de police », *Répertoire de droit pénal et de procédure pénale*, Paris, Dalloz, juin 2015.

<sup>647</sup> Pradel J., Senon J.-L., « Entre répression, prévention et soins : la loi du 17 juin 1998 et ses applications », *op. cit.*

demande du coordonnateur ou du SPIP, des expertises pour l'informer sur l'état psychologique de la personne (art. 763-4 du CPP). En outre, les agents de probation peuvent adresser des rapports ponctuels en cours d'exécution de la mesure « *en cas de difficulté dans l'application des orientations générales ou des instructions particulières données par l'autorité judiciaire* », « *de modification de la situation du condamné susceptible d'avoir des implications sur le respect de ses obligations et interdictions* », de « *changement significatif des modalités de la prise en charge du condamné* » ou encore, « *dans les plus brefs délais* », « *en cas d'incident dans le suivi de la mesure* » (art. D575 du CPP).

Il n'est pas question de nous étendre ici sur l'ensemble des caractéristiques de la prise en charge assurée par les CPIP, d'autant que plusieurs recherches ont été réalisées sur le sujet<sup>648</sup>. Sur bien des aspects, l'accompagnement des suivis socio-judiciaires ne diffère pas des autres mesures. Comme pour l'ensemble de la clientèle pénale, les agents de probation doivent mobiliser leur énergie sur diverses problématiques sociales, aussi prégnantes que les difficultés rencontrées sur un plan psychique, qui peuvent en outre s'alimenter mutuellement. Il en va ainsi en matière de logement. Certes, un condamné seulement était SDF lors du démarrage du suivi en milieu ouvert. Le soutien de l'entourage familial s'est avéré essentiel pour une proportion non négligeable de condamnés, surtout les plus jeunes. 16,2% des condamnés de l'échantillon ont été hébergés par leurs parents (40% de ceux qui avaient alors moins de 25 ans), 3% par un autre membre de la famille, 4% par un proche. Seuls 17,2% d'entre eux disposaient d'un logement personnel. Près d'un condamné sur deux a bénéficié d'un hébergement institutionnel en foyer (43,4%), essentiellement en CHRS et, dans une moindre mesure, dans un hôtel social. Deux condamnés ont immédiatement été hospitalisés d'office à leur sortie de détention. Dans plusieurs dossiers, la précarité du logement, éventuellement la proximité d'autres personnes en grande difficulté sur un plan social et/ou pénal, se sont présentées comme des entraves à la réinsertion, alimentant le processus de désaffiliation sinon la rechute dans l'alcool. Pour parer le risque de telles rencontres, certains condamnés se réfugiaient dans un isolement tout aussi problématique. Bon nombre d'entre eux finiront néanmoins par trouver un logement personnel (59,6% au terme du suivi ou au moment de l'enregistrement dans notre base de données). Moins de 10% bénéficiaient encore d'un hébergement dans une structure associative ou publique, 10% vivaient chez leurs parents, 8% chez un autre proche. Deux condamnés étaient alors SDF.

« Mr a été hébergé chez sa sœur mais la cohabitation s'est révélée rapidement conflictuelle notamment en relation avec des alcoolisations probables que le patient dit exceptionnelles. Il se dit abstinent mais j'ai eu l'occasion d'échanger avec son psychiatre ces derniers jours et il semble qu'il présente parfois des états d'alcoolisation qui prouvent le contraire. Nous avons donc prévu de mettre en place une surveillance biologique que le patient a d'ailleurs acceptée. [...] La précarité sociale dans laquelle il vit du fait de l'absence de logement risque de favoriser les rencontres à risque et les comportements à risque. Plus on vit dehors et sans logement et plus les risques d'alcoolisation sont importants. [...] Mr... respecte ses obligations et à la volonté et le désir de se soigner mais sa vulnérabilité à l'alcool est grande et son mode de vie actuel représente un facteur de risque supplémentaire qu'il ne faut pas sous-estimer : un accès à un logement stable paraît indispensable pour pouvoir définir une prise en charge thérapeutique cohérente en rapport avec son addiction (rapport du médecin coordonnateur, D54).

« "Avant je consommait beaucoup d'alcool", "je sais que j'ai l'alcool méchant". Mr... semble avoir pris conscience de sa difficulté et de sa dépendance à l'alcool. Il est actuellement abstinent mais il reconnaît cependant qu'il reste extrêmement fragile face à ce toxique : "il faut que je me surveille tout le temps, mais à l'association [CHRS] c'est difficile, il y a beaucoup de sollicitations, cette nuit ça a été le bazar, mon colocataire a bu, il a fumé du shit..." (rapport du médecin coordonnateur). « Mr a rencontré des difficultés au niveau de son hébergement au CHRS. La cohabitation est difficile, Mr a changé de colocataire, il est avec... (shit, alcool, visite). Il se sent fragile par rapport à l'alcool. Il en a parlé avec son référent. On lui demande de tenir encore. [...] Incident avec le colocataire : soirée poker, alcool. Mr a prévenu le centre d'accueil du CHRS. Les invités se sont fait virer mais un soir il s'est embrouillé avec le colocataire. Ils se sont bagarrés. Il a eu ensuite un autre colocataire mais qui est actuellement réincarcéré. Cet incident a entraîné une mise à pied de 15 jours. Mr est hébergé à droite à gauche mais finalement indique qu'il est hébergé par un autre résident à [CHRS], qui a tué l'amant de sa femme, avec problématique alcoolique. Réflexion faite sur la situation de l'intéressé au regard du logement et avis du supérieur hiérarchique, nous avisons Mr qu'il doit trouver une solution d'hébergement jusqu'à lundi autre que celle provisoire actuelle qui est contraire au règlement de la structure et risque de le mettre en difficulté. [...] Le..., Mr m'appelle et me dit qu'il a dormi dans un local à poubelles » (extraits des notes du CPIP, D61).

« L'éducateur du CHRS lui a dit de faire attention à ne pas raconter pourquoi il a été incarcéré. Mr dit "rester à l'écart car beaucoup consomment de l'alcool ou du cannabis ou lui taxent du tabac" » (notes manuscrites du CPIP, D87).

Si les statistiques disponibles au niveau national ne permettent pas de véritables comparaisons, de rares études locales, néanmoins réalisées dans d'autres sites que celui de notre étude, tendent à laisser penser que le public du suivi socio-judiciaire affronte de plus amples difficultés que la moyenne des condamnés.

<sup>648</sup> V. notamment de Larminat X. *op. cit.* ; Dubourg E., *op. cit.* ; Milburn P., Jamet L., *op. cit.*

En effet, s'appuyant sur l'analyse de dossiers traités dans deux SPIP, Xavier de Larminat a identifié un logement personnel pour 50% des probationnaires suivis en milieu ouvert, étant précisé qu'au maximum 10% des condamnés de son échantillon l'avaient été pour des infractions à caractère sexuel<sup>649</sup>. 44,7% étaient sans emploi dans l'un des services qu'il a étudiés, 28% dans le second. Dans notre échantillon, quatre condamnés sur dix disposaient d'un emploi (39,4%), 6% étaient en formation, 42,4% sans emploi, 3% retraités. Parmi les sortants de prison, ce sont ceux qui ont bénéficié d'un aménagement de peine qui ont le plus souvent immédiatement travaillé (59,5% d'entre eux, contre 10% en cas de sortie sèche). La situation professionnelle des condamnés de notre échantillon apparaît d'autant plus précaire qu'il s'agissait majoritairement de contrats « aidés »<sup>650</sup> (51,3%), bien souvent fournis dans le cadre d'un placement extérieur. Un quart disposait d'un CDI (25,6%), 5,1% d'un CDD. 2,6% étaient intérimaires ou saisonniers, 5,4% artisans ou commerçants. Au fil du suivi, leur situation professionnelle ne s'est guère améliorée. Au terme de nos enregistrements, le taux d'emploi passe en effet de 39,4% à 46,5%. La proportion de chômeurs a donc très légèrement diminué (27,3% contre 33,3%). On trouve toutefois une plus forte proportion de retraités (6% contre 3%) et autres inactifs (15,2% contre 9%). Ceci étant, la proportion de contrats aidés a diminué (23,9% contre 51,3%) au profit de CDI (50% contre 25,6%), 10,9% étaient en CDD (contre 5,1%), un peu moins de 5% en intérim ou saisonniers (4,3% contre 2,6%). Parmi les condamnés au sujet desquels nous disposons de l'information, 14,5% gagnaient moins de 500€ par mois (contre 33,3% en début de suivi). Près de la moitié gagnait 1 000€ ou davantage (48,4%, contre 33,3%), 19,4% 1 500€ ou davantage (contre 13,3%). Une bonne part vivait toutefois des allocations adultes handicapés (18,2% contre 10% en début de suivi), 14,1% du RSA (14,1% en début de suivi). Près de 10% étaient sous tutelle ou curatelle (contre 6% en début de suivi). Parmi les entraves à la réinsertion sociale, le casier judiciaire constitue un obstacle évident malgré des contre-exemples, mais également dans quelques cas les interdictions de paraître.

« La restriction géographique est pénalisante pour son emploi (CDD qui devient CDI) puisqu'il livre dans toute [l'agglomération de...] d'autant que son employeur n'est pas informé » (rapport semestriel du CPIP, D12).

« Mr a avoué qu'il lui était arrivé de traverser le département de... alors qu'il sait qu'il en a l'interdiction. Il met en avant des contraintes de temps et le fait que son employeur n'est pas au courant de sa condamnation. Nous lui avons conseillé d'en référer au JAP et de lui demander la levée éventuelle de cette interdiction si elle était justifiée par des motifs professionnels » (rapport semestriel du CPIP, D56).

« Depuis sa sortie, il travaille comme cariste pour la société..., d'abord en intérim puis en CDD. Son employeur s'est engagé auprès de lui à l'embaucher en CDI en... . Concernant son insertion professionnelle, l'employeur de Mr... nous a contacté. Ainsi, s'il était tout à fait satisfait du travail accompli par l'intéressé, le passé pénal de Mr... les effrayait quelque peu car, selon leurs termes, ils n'ont "pas l'habitude de ce type de public". Ils nous ont confirmé leur intention d'embaucher prochainement M... de manière définitive » (rapport semestriel du CPIP, D24).

« Monsieur... a occupé [...] les fonctions d'adjoint administratif au ministère de... . Il a été suspendu en... suite à la découverte des faits motivant la présente condamnation. [...] Engagé en qualité d'agent de service, il n'effectuait que 3h de travail par jour. Toutefois, cela lui a permis de reprendre une activité et un rythme de travail. Depuis novembre dernier, il exerce au sein du groupe... en tant qu'agent de propreté. Il travaille 1h par jour, les lundis - mercredi et vendredi. [...] En... , l'intéressé a été sélectionné, suite à deux entretiens, pour un travail de secrétaire dans un cabinet d'huissier de justice. Au regard des mentions inscrites, il n'a pu obtenir le poste. Mr... a véritablement été déçu par ces événements qui lui ont donné beaucoup d'espoir. Il s'était projeté dans ce nouveau travail et organisé pour débiter à la date demandée. En effet, il a mis fin à son CDI chez... À ce jour, il lui reste donc son contrat avec..., de 3h par semaine. Mr... poursuit ses recherches d'emploi ; espérant trouver un travail plus administratif que ce qu'il fait actuellement. [...] Monsieur pense faire une requête en effacement du casier judiciaire, pour pouvoir accéder à des postes à hauteur de ses qualifications » (extraits des rapport du CPIP, D35).

*« Y a un jeune là, qui trouve pas de boulot. Évidemment ça revient sur le tapis quand il cherche du boulot et qu'il a interdiction de fréquenter tout lieu fréquenté par des enfants. J'en ai un autre aussi, qui avait cette interdiction. Ça le bloquait pour le travail, et du coup on en reparlait. Donc le pourquoi de la chose et en quoi ça avait un sens. Des fois, j'ai un peu du mal à trouver du sens à ça mais voilà quoi. [À trouver du sens aux interdictions ?] Ben oui. J'en ai un, ça fait presque dix ans et il a deux petits-enfants. Il peut emmener ces enfants nulle part. Pas à la piscine, pas... ça a quel sens ça ? Et les rapports médicaux... enfin, c'est quelqu'un qui a beaucoup évolué quoi, c'est pas... pour moi, y a aucun... vraiment je dirais que j'aurais une totale confiance en cette personne-là, concernant les enfants quoi » (CPIP).*

<sup>649</sup> Larminat (de) X., *Hors les murs*, op. cit., 47.

<sup>650</sup> Contrats uniques d'insertion, contrat d'accompagnement à l'emploi, contrat d'emploi consolidé, etc.

Si la prise en charge des problématiques sociales apparaît essentielle, nous nous concentrerons toutefois essentiellement sur le rôle et les pratiques des agents de probation concernant le contrôle de l'injonction de soin (§2), même s'il convient au préalable d'insister sur quelques spécificités du suivi des condamnés à un SSJ (§1). Nous analyserons ensuite les pratiques de signalement des manquements aux JAP, ainsi que la réaction de ces derniers, notamment en ce qui concerne la mise à exécution de la peine privative de liberté encourue (§3).

### **§1- La prise en charge des condamnés à un suivi socio-judiciaire : des mesures spécifiques ?**

Si la prise en charge des suivis socio-judiciaires s'avère sur bien des points similaire à celle des autres types de mesures, le suivi de ces condamnés apparaît néanmoins plus intensif, du fait d'une plus grande vigilance eu égard à la gravité des faits commis et à leur nature sexuelle (A). En outre, si la philosophie de l'amendement moral imprègne l'ensemble des mesures de probation, et suppose dès lors de questionner systématiquement le passage à l'acte pour aboutir à l'expression d'authentiques sentiments de culpabilité et d'empathie envers la victime, la place accordée aux faits n'en est pas moins particulière dans l'hypothèse d'un suivi socio-judiciaire (B).

#### **A- Un suivi plus intensif**

Lors de nos entretiens, chaque CPIP interrogé suivait au maximum une dizaine de mesures de SSJ. Précédemment, le service fonctionnait en pôles spécialisés, de sorte qu'un petit nombre d'agents concentrait l'essentiel de ces suivis. Depuis lors, les cadres intermédiaires veillent malgré tout à l'affectation des dossiers, sélectionnant autant que possible les référents en fonction de la personnalité des probationnaires, mais aussi des professionnels eux-mêmes, de leurs façons de travailler.

*« Le rôle du cadre, faut vraiment qu'au début il explique que c'est un dossier difficile. Je te le confie, mais c'est un dossier difficile », parce qu'autrement, on est toujours aussi dans l'évaluation. Si je viens en lui disant que je comprends pas, j'arrive pas à voir où est le fil à tirer, il va quoi ? Il va croire que je suis pas bon ou il va croire que, etc., ou... Plus que le suivi socio-judiciaire, c'est un état d'esprit dans un service de dire, on peut sur un dossier, qu'il soit SSJ ou un autre, on peut effectivement ramer, parce qu'on trouve pas la porte. Et donc ça, c'est important. [...] Mais dans l'affectation qu'on a des dossiers, on fait attention. [...] Je vois avec mes collègues du milieu ouvert, puisqu'il y a une pré-affectation avant qu'ils sortent, je vois avec mes collègues du milieu ouvert, je fais le point avec mes collègues du milieu fermé sur les profils, sur les machins, sur les trucs. Et puis après, je vois avec mes collègues du milieu ouvert. Alors, j'ai la chance de connaître les deux milieux maintenant. Je leur dis « untel, untel, untel. Par contre, pas untel quoi ». Pas untel, parce que si je mets untel, vu le profil du mec, c'est bon, ça part en vrille tout de suite. C'est pas qu'il faut accompagner le mec et réussir à tout prix, mais je sais que voilà... vu le profil du gus, c'est bien que... Et le SSJ, c'est pareil. C'est-à-dire qu'à la fois, chaque CPIP a sa particularité mais chaque suivi socio-judiciaire l'a aussi. Donc y en a où ça va être plutôt effectivement quelqu'un « vu le profil du gus, il est bien » et puis l'autre c'est « ah ben non, plutôt lui, parce que il a une approche plus... ». Et c'est ça aussi que permet l'évaluation. Elle est là. C'est-à-dire que, au lieu de considérer que l'individualité ou la subjectivité du CPIP, va entraîner une inégalité de traitement, au contraire, on va pouvoir effectivement ajuster au mieux les prises en charge, parce que justement, on part sur un postulat que les CPIP travaillent pas tous de la même manière. Ils ont chacun leur petite spécificité, etc., et on distribue pas les dossiers... on devrait pas les distribuer comme un jeu de cartes quoi. C'est pour ça que certaines mesures, on distribue, en essayant de faire cette adéquation. Après, y a la charge de travail qui entre en ligne de compte quoi » (DPIP).*

Pour trois des agents de probation interrogés, la prise en charge des SSJ ne serait pas fondamentalement différente, ceux-ci cherchant à s'extraire du cadre juridique pour individualiser leurs interventions selon les problématiques des condamnés qu'ils accompagnent.

*« [Est-ce que le suivi des condamnés à un SSJ est différent ?] Pas forcément, ça dépend du profil. Y a des éléments de risque en fait. Non, pas forcément. D'ailleurs, parfois les publics... enfin, comment dire... le risque est parfois moins faible que dans le cadre d'un autre motif de condamnation et une mesure qui paraît moins forte comme un sursis avec une mise à l'épreuve [...]. C'est vrai que le suivi judiciaire, on a quand même un œil attentif sur cette mesure, parce que d'abord ils sont moins nombreux et puis les enjeux sont*

*énormes. Soit y a une peine de prison encourue qui est importante, et puis le motif de la condamnation est criminel » (CPIP).*

*« Ce n'est pas différent des autres mesures. Le principe il est pas différent... enfin, ffff..., la prise en charge, c'est la même. Si ce n'est qu'effectivement, si on est submergé et qu'on m'affecte trois SME et un SSJ, et je vois que les SME vont attendre un mois, un mois et demi, le SSJ, dans la pile, c'est le premier que je vais convoquer. [...] Le suivi, il est d'emblée, quand même plus... plus rapproché » (CPIP).*

Toutefois, la majorité reconnaît une plus grande vigilance, sous la forme de convocations prioritaires et de suivis généralement plus rapprochés. Le faible nombre de mesures par agent facilite cette plus grande attention, justifiée selon certains par la nature des faits, qui induirait une plus forte dangerosité, et/ou les conséquences judiciaires en cas de manquement. Sur le plan des délais de convocation, les CPIP s'attachent à convoquer rapidement les justiciables après leur sortie de détention, dans un délai le plus souvent compris entre quinze jours et trois semaines une fois la mesure affectée par les cadres.

*« Quand j'ai un premier dossier SSJ, que la personne est passée devant le JAP la première fois, j'essaie de convoquer cette personne très vite. Quinze jours, et en fait, y a une certaine sensibilité pour les dossiers SSJ ici. C'est des dossiers, de personnes qui sont qualifiées de dangereuses, donc on a peur de louper quelque chose et on les convoque tous les mois. Moi je les convoque une fois par mois, au moins les trois premiers mois, et puis je fais une évaluation après. Mais voilà, la prise en charge au départ, c'est de convoquer la personne très rapidement, pour faire un point sur sa situation sociale, familiale, professionnelle et c'est de là que j'ajuste après la fréquence des entretiens » (CPIP).*

*« C'est un suivi particulier du fait de la mesure et que forcément, une attention plus particulière sera portée sur les SSJ que sur les SME, je pense. En tout cas, moi me concernant, oui. J'y fais un peu plus attention. On est plus vigilant au respect des convocations, à la régularité. Forcément que... y a peut-être une inégalité de traitement entre tous, ça c'est clair, mais entre un CEA qui est là depuis déjà pas mal d'années et puis un SSJ qui a fait... voilà, qui a une grosse condamnation avec un suivi pour 10 ans, l'investissement dans le suivi va pas être le même. Le questionnement, le travail sur les faits, va forcément être autre. On s'adapte forcément à la peine » (CPIP).*

*« On est peut-être un peu plus regardant forcément sur les mesures où il y a une injonction de soin puisque c'est pas... c'est pas un petit sursis avec mise à l'épreuve pour conduite sans permis. C'est juste ça et je prends tout le monde pareil [...]. Je suis plus les SSJ que les petites mesures, si on peut dire petites mesures quoi. Les SME oui, aussi, mais c'est pas le même travail du tout » (CPIP).*

Comme pour tous types de mesures, le premier entretien, généralement compris entre trois quarts d'heure et une heure, donne lieu à une présentation de la mesure, des obligations et interdictions qui y sont rattachées, à expliquer également le rôle des différents interlocuteurs que les condamnés seront amenés à rencontrer, particulièrement celui du médecin coordonnateur. Ils procèdent également à une première évaluation de la situation familiale, sociale, professionnelle et sanitaire, notamment pour déterminer la fréquence ultérieure des rendez-vous et les objectifs du suivi.

*« Je convoque la personne rapidement, dans un délai grosso modo de 3 semaines, par une convocation envoyée à son adresse. je fais une évaluation de sa situation, donc je... je lui demande dans quelle situation sociale il est. Quelle est sa vie, s'il est marié, célibataire. Ensuite s'il a des enfants, où il vit, qu'est-ce qu'il fait dans la vie, quels diplômes il a. Enfin, je reprends tout au niveau socio-professionnel et puis après, j'essaie d'évaluer avec lui quels sont ses besoins au niveau... au niveau, ben au niveau social ou économique, etc., pour fixer par la suite des objectifs dans le cadre du suivi. Et puis il y a tout le volet aussi évidemment, de soins, dans le cadre du soin, voir si déjà y a eu des premiers contacts avec le médecin coordonnateur, ou avec le thérapeute qui a été... qui est habilité à le rencontrer, à le suivre dans le cadre de la... du suivi médical. Et puis voilà, et après on démarre comme ça. Après, je détermine, enfin, sous l'autorité de mon cadre et puis du juge de l'application des peines, la fréquence des rendez-vous » (CPIP).*

*« Le premier entretien, c'est la prise de contact. [...] Donc je lui pose tout un tas de questions en lui disant bien que ce n'est en aucun cas de la curiosité malsaine, c'est parce que, comme je vous le dis, et je le répète. c'est vraiment la personne qui m'intéresse. Je veux savoir vraiment vous, qui vous êtes. Euh, parce que on va se voir pendant longtemps et que je puisse savoir, où vous en êtes maintenant et si jamais je sens des fragilités à un moment, que je sache le pourquoi du comment. Vraiment, le premier entretien, il dure*

trois quarts d'heure, une heure. Je balaie très large, les frères, les sœurs, les parents, les petites copines. Est-ce que vous travaillez, vous travaillez pas. Les problèmes de santé et tout. Et je lui dis après, comment ça va se passer le suivi. Je lui dis quand même les obligations « du fait de votre condamnation, vous avez telle obligation ». Donc on les reprendra à chaque fois. Je lui explique vraiment comment ça va se faire » (CPIP).

« Si c'est un SSJ simple, voilà, on va dire ça comme ça, je vais lui expliquer ce qu'est le SSJ déjà... enfin, m'assurer de voir ce qu'ils en ont compris, le rôle du médecin coordonnateur, un peu les enjeux et après je vais leur demander de me parler de leur vie. Après, moi j'ai une manière de travailler... J'essaie de laisser pas mal la personne parler et voir où elle, elle a des choses importantes et de glaner toutes les infos... Le premier entretien, l'objectif c'est quand même de créer un lien quoi » (CPIP).

« Le premier rendez-vous ben en fait, je lui explique l'objectif, le cadre de la mesure. Je lui rappelle qu'il est soumis à une injonction de soin. Je lui explique ce que c'est qu'une injonction de soin, en lui expliquant qu'il n'aura pas le choix. Je lui rappelle qu'il a un médecin coordonnateur qui des fois sont assez loin de chez eux mais il faudra honorer ces rendez-vous là. Qu'il sera convoqué dans un premier temps tous les mois, pour certains tous les mois, et que suite aux trois mois, on fait un rapport de suivi au juge et qui déterminera la fréquence du suivi, en sachant que pour certains, je vais garder tous les mois. C'est pour déjà les rassurer parce qu'effectivement, y a des gens qui travaillent. On pose ça, on fait un entretien classique. On fait toute la situation familiale. Je m'attache pas à ce que j'ai déjà couché, comme si c'était un premier dossier. Je revois la situation familiale au niveau de l'hébergement, au niveau professionnel, au niveau administratif et puis ensuite, je lui demande est-ce qu'il sait pourquoi il a un suivi socio-judiciaire » (CPIP).

« On fait une biographie, courte et puis un point sur la situation actuelle. Après, on explique le cadre de la mesure de ce suivi judiciaire. Voir s'il y a déjà un médecin qui a été choisi, s'il y a déjà une rencontre avec le médecin coordonnateur et puis voilà, expliquer comment ça va se dérouler sur la durée. [...]. C'est assez similaire d'un entretien à l'autre. Maintenant, quand le suivi est long et que je sais qu'il va encore durer, ben, il faut innover un petit peu, parce que sinon on s'ennuie. Parfois, les problèmes sont déjà résolus ou en phase de résolution, donc y a pas grand-chose à travailler mais faut quand même se fixer des objectifs d'un entretien à l'autre. Essayer de voir sur quel point on peut un peu plus insister. Mais bon, globalement, les entretiens sont quand même assez similaires » (CPIP).

Dans la conduite de leur entretien, certains CPIP indiquent suivre une trame globale sans nécessairement s'appuyer sur la grille d'entretien établie au sein du service.

« C'est pas toujours de la même façon. Y a un schéma qui est un peu général. Après, il y a toujours une individualisation, mais quel que soit le type de mesure, il faut commencer un peu par faire connaissance avec la personne, quant à sa situation sociale, professionnelle, familiale, etc., etc., les problèmes qui peuvent se poser. Et puis ensuite, je fais donc une évaluation de la situation. Je vois un petit peu ce qu'il en est. J'explique ce dont il va s'agir, comment les choses vont se passer, les obligations générales qui sont communes à tous, quelle que soit la nature des mesures, les obligations particulières. Enfin, le point. Et puis j'envisage la fréquence des rendez-vous dans un premier temps, qui est plus rapprochée au début que elle ne pourra l'être par la suite. Voilà un peu comment ça se...[...] Il existe dans chaque service et ici aussi, un questionnaire, etc. Je l'ai en tête moi mais je remplis pas le questionnaire de A à Z, en posant les questions, etc. On parle. La personne évoque spontanément, ou je l'amène un peu à évoquer sa situation familiale. En général, j'essaie de pas prendre de notes, ou juste un minimum sur une feuille comme ça, parce que je retiens pas tout. Si on aborde pas tout au premier entretien, c'est pas grave. Après, je reviens, mais j'ai des points de repère. Mais je suis pas du tout partisan de faire les questions-réponses, en suivant les grilles. Ils ont déjà assisté à ça de nombreuses fois, donc c'est censé contribuer à les mettre à l'aise (rires) » (CPIP).

« Donc l'entretien, il se passe... souvent je leur demande où ils en sont dehors, enfin, comment ça se passe dehors, parce que ça fait pas longtemps qu'ils sont sortis en principe et c'est pas ordonné on va dire. Voilà. C'est pas un entretien cadré, avec des questions précises. Je laisse venir, de façon à ce que les gens aussi... enfin, voient qui ils ont en face d'eux s'habituent à ma tête, ma manière de parler. C'est qu'après, à l'entretien suivant, que je vais un petit peu plus loin. [...]. Je commence toujours quasiment, en demandant comment ça va, avec des termes plus ou moins différents chaque fois, ça varie un petit peu, mais savoir, voilà... Et puis après, ben ça dépend ce qu'il me dit. Et puis je cherche quand même toujours à savoir où ça en est par rapport aux soins et par rapport aux exigences du juge, mais au cours de l'entretien quoi. Je

*fais pas... il est pas organisé mon entretien. [...] ça peut aller jusqu'à une heure. Oui. Ben oui, le temps de faire le tour. À partir de là où il en est, on part du quotidien, mais après la personne va se demander pourquoi il en est là, donc. Pourquoi il en est là, par exemple de son parcours professionnel. Il cherche ce qu'il a, pourquoi. Il parle de ce qu'il a fait. Enfin, voilà. Ça prend du temps » (CPIP).*

À la manière des experts, tous ne procèdent pas de la même manière pour évaluer le profil des intéressés lors de cette première rencontre. Si certains préfèrent consulter les pièces du dossier (jugement, réquisitoire, ordonnance de renvoi, expertises, etc.) après ce premier rendez-vous, avec pour objectif de conserver une plus grande neutralité, la plupart y procèdent en amont, notamment pour ne pas commettre d'impairs lors de leurs échanges avec le condamné. Ils complètent souvent ces informations par une prise de contact avec leurs collègues exerçant en détention.

*« Je ne fais pas toujours la même chose mais je ne lis pas forcément... alors, je vois les faits. Quand c'est quelqu'un qui sort de détention, souvent j'essaie de voir ce que dit la collègue. Notamment, ça donne parfois une indication sur est-ce qu'il y a un entourage ou pas est-ce qu'il y a une prise en charge ultra rapide ou pas. [...]. Je vais pas forcément, je vais même assez rarement voir tout le réquisitoire, etc. D'abord parce que souvent j'ai pas forcément... c'est pas d'abord... c'est un peu une excuse. J'ai pas forcément le temps. Je reçois le dossier, je convoque rapidement, je le remets dans le hamac. Parfois j'ai pas forcément le temps, parfois je ne veux pas. C'est-à-dire que j'aime bien voir les gens la première fois. Même parfois je leur dit, je leur dit « écoutez... »... Soit je les met à l'aise parce qu'on en voit qui sont hyper stressés. On les met à l'aise sur le fait qu'on va se voir pendant longtemps, que les faits, c'est pas forcément... sauf si eux ils ont des éléments à exprimer, y a pas de souci mais aujourd'hui c'est pas le sujet. On va d'abord faire connaissance, la mesure, etc... Je lis pas forcément. C'est pas la première chose que je fais forcément, lire le réquisitoire, la condamnation, les expertises psy. J'aime bien laisser euh... et souvent je leur dis. C'est assez rigolo parce que souvent, ça aide pour la fois d'après, à rebondir sur d'autres choses. Je trouve finalement, que c'est une approche plus dynamique parce qu'en fait, on laisse les gens venir, on fait un premier contact, une première idée, surtout sur l'aspect social, comment ils vivent, comment ça s'est passé en détention, ou juste la condamnation, etc. Si je lis en gros les faits, je creuse après et ça permet de rebondir après sur des choses qu'ils ont dites soit en disant qu'il y a un gros décalage entre le discours et ce que je lis. Donc ça permet de rebondir sur les choses. Parfois, ça permet de revenir sur les choses plus facilement « la dernière fois vous m'avez dit ça, sauf que c'est pas vraiment ce que j'ai lu quand même. Depuis, j'ai lu votre dossier, et je suis un petit peu surprise de votre discours ». Moi j'aime bien faire ça comme ça. En plus y a des dossiers, ça vous plombe hein. [...]. Voilà, des fois je trouve que c'est bien d'être un peu neutre et de laisser les gens venir [...]. On peut pas se permettre d'être bien longtemps sans connaître le dossier. Enfin bien, c'est un bien grand mot mais... sans savoir un minimum, mais pas forcément au premier rendez-vous. Ça c'est clair, pour moi c'est presque un avantage de les laisser venir. Ensuite en général je vais sur le jugement, le réquisitoire et les expertises quand même. Et les expertises, j'aime bien regarder la dernière que si j'en ai une lointaine. Parfois y en a plusieurs. J'aime bien faire les extrêmes pour voir » (CPIP).*

*« Ça dépend vraiment des situations. Quelquefois, je vais vraiment rentrer en profondeur, en lisant les expertises, tout ce qui est aussi... parce qu'on a parfois tout ce qui est la phase d'instruction, le réquisitoire définitif, etc., pour vraiment rentrer dans le dossier. Et puis, quelquefois, ça m'est arrivé aussi de recevoir quelqu'un qui allait avoir un suivi socio-judiciaire un petit peu comme ça, au pied levé, de rien savoir et de recevoir d'abord la personne et après, de m'attacher aux pièces judiciaires. Et quelques fois, il y a un vrai décalage en fait, entre la personne qu'on a en face et ce qu'on apprend après. Et c'est vrai que des fois, quand on les lit les pièces judiciaires avant, même si on a de la pratique et tout ça, ben on est quand même influencé, avant de recevoir la personne. Et c'est vrai que ça m'est arrivé de faire l'inverse, un peu par hasard et d'avoir été un peu décontenancée après avoir parlé à la personne [...]. Le côté de regarder les faits, de bien lire, ça évite aussi de passer à côté de... de poser des questions qu'on devrait pas poser ou de... voilà, des fois on peut commettre des impairs aussi à pas lire un dossier. Donc c'est vrai que dans la pratique, j'ai plutôt tendance quand même à lire en détail et de préparer un entretien, parce que les suivis socio-judiciaires, souvent ils sortent quand même de longues années d'incarcération, donc c'est important aussi de s'imprégner du profil, de ce qu'ils ont... Le réquisitoire, l'instruction définitive, les expertises oui, parce que souvent il y en a plusieurs donc on peut voir des fois quand même l'évolution, et puis les rapports des collègues aussi je lis, pour savoir ce qui s'est passé en détention, les relations qu'il a pu y avoir avec le SPIP. Oui, je pense que c'est important aussi quoi » (CPIP).*

« Je regarde avant le dossier, mais pas en profondeur. Tout simplement parce que je veux laisser la personne un peu dire ce qu'elle veut, sans moi, avoir des préjugés. Donc je lis quand même des choses. Je sais un peu pourquoi les gens sont là, mais je vais pas chercher... enfin, lire tous les détails [...]. J'ai été longtemps en CD. Donc y en a beaucoup que j'ai eu là que en fait, j'ai connu au CD et qui sont sortis de... pendant les 5 ans. Je suis sortie en... moi donc y en a beaucoup que je connaissais, que j'avais suivi au CD. Donc c'est un peu différent. Ceux que je connais pas, je leur dis que je connais pas bien leur dossier et que j'irai voir le dossier après, de façon à les laisser un peu... Je leur dis que j'ai regardé et puis je leur pose des questions, ce dont j'ai besoin, voilà. C'est qu'après, à l'entretien suivant, que je vais un petit peu plus loin [...] Enfin, les expertises qui marquent l'évolution. Le jugement bien sûr, sur quoi s'appuie le jugement, l'expertise, les rapports des collègues [...]. Après. Ça me joue des tours parfois, c'est vrai mais... mais à la limite, ben tant pis, je prends le risque » (CPIP).

« Quand je reçois un dossier SSJ, mais c'est vrai que j'ai tendance à faire ça avec tous mes dossiers, je le lis en intégralité [...]. Je lis tout ce qu'il y a à lire en fait et je me fais une synthèse en général. Une synthèse des éléments qui me paraissent importants. Parfois je fais de la chronologie, c'est-à-dire que le fait de poser chronologiquement la vie de la personne, permet de voir l'enchaînement des choses, des trous éventuels, faire des liens sur des choses qu'on puisse passer. J'ai tendance à faire ça et puis je vois aussi si y a des trous, si y a des zones d'ombre, des choses comme ça et puis après, je fais mon premier entretien avec la personne et je la laisse me raconter les choses et du coup, comme j'ai une connaissance déjà des éléments du dossier, qui valent ce qu'ils valent, je vois un peu s'il y a des décalages, s'il y a des choses qui... C'est ma manière d'entrer dans un dossier. [...] Il y a le jugement mais les jugements parfois sont creux. C'est pas forcément là où ça va nous apporter quelque chose. L'idéal, c'est d'avoir le réquisitoire de renvoi définitif, qui là, permet de voir plus le passage à l'acte en fait. Et puis l'expertise, parce que ça retranscrit beaucoup la parole et ce que la personne peut dire de ça. Ça peut permettre de se faire une idée plus vite d'où il vient, de son parcours et puis tout ça. Et après, on creuse. Après, ça dépendra toujours de la qualité de l'expertise. Ça, c'est deux pièces que je regarde avec attention quand je les ai et après, moi j'aime bien regarder les éléments, pour les gens qui sortent de détention, quand même regarder ce qui s'est passé dans la détention ». [...] Le casier, oui. Quand je regarde un casier, je regarde les dates de jugement, mais beaucoup plus, les dates de commission des faits [...]. ça permet vraiment de voir les phases, des périodes en fait, où il y a toute une commission, et de centrer, de mieux comprendre certaines choses. Donc oui, j'épluche le B1 [...]. J'estime que le minimum de respect vis-à-vis de la personne que j'ai en face de moi, c'est d'avoir lu le dossier, de le connaître et de pas faire « bonjour, vous avez quel âge ? Vous êtes célibataire », quand j'ai un dossier quand il a été suivi pendant 10 ans » (CPIP).

Durant les six premiers mois du suivi, la moyenne calculée pour l'ensemble de l'échantillon est de 4,3 convocations, ce qu'il faut pondérer par le fait que quelques condamnés commençaient tout juste leur suivi au moment de l'étude du dossier. De l'avis des CPIP interrogés, les rendez-vous seraient le plus souvent mensuels, au moins durant les trois premiers mois, qui correspondent à une phase d'évaluation des personnes. Une fréquence plus resserrée semble nettement plus rare, puisqu'elle n'a concerné que quatre condamnés, dont un condamné reçu tous les 15 jours environ (D16), trois autres environ toutes les trois semaines (D52, D49, D34). Dans le premier cas, les très nombreuses visites au SPIP s'expliquent essentiellement par les difficultés techniques, mais aussi sur le plan de l'insertion professionnelle, posées par un placement sous surveillance électronique mobile (PSEM). Dans les trois autres affaires, il s'agit de suivis immédiatement émaillés de défaillances ou de comportements jugés à risque, par des condamnés atteints de déficiences intellectuelles et/ou de sévères troubles psychiatriques, générant de plus amples difficultés pour les maintenir dans un accompagnement régulier.

#### Dossier n°16

Il s'agit d'un condamné pour viol sur majeur, sans le moindre antécédent. Il présentait selon l'ensemble des experts interrogés (6) des traits pervers, serait narcissique, manipulateur et égocentrique. Malgré l'absence d'évolution de sa personnalité durant la détention, ils n'ont toutefois pas pointé des risques majeurs de récidive, du moins plus importants que la moyenne des condamnés. Ceci étant, le JAP a décidé à la libération d'un placement sous surveillance électronique mobile, deux mesures généralement réservées aux condamnés jugés les plus dangereux. Dans son ordonnance, le JAP rappelle le contenu des expertises, notamment quant aux risques de récidive, mais également « son absence de remise en question sur les faits, et les "éléments pervers de sa personnalité" ». Le JAP s'appuie également sur la « persistance de l'auteur à vouloir vivre dans un chalet à..., à proximité des victimes, et alors que trois décisions du JAP (relatives à des aménagements de peine) lui signifiaient l'inadaptation du projet d'installation en ce lieu », ainsi que sur les « incidents survenus pendant des permissions de sortie » durant lesquelles l'auteur s'est rendu dans cette ville alors qu'il n'y était pas autorisé. Il apparaît selon lui que son installation « dans un chalet, en zone rurale, dans un certain isolement, à proximité immédiate des lieux de commission des faits » serait « peu propice à sa réinsertion sociale mais, en revanche, propice au passage l'acte transgressif ». La fréquence des entretiens n'apparaît pas sans lien avec les difficultés de mise en place du bracelet mobile, le CPIP évoquant dans ses notes la multiplicité des rappels GPS et des alarmes de violations du fait de l'absence de réseau, difficilement supportés par le condamné, au point

de justifier plusieurs changements de matériel par la suite. Les notes du CPIP indiquent également qu'il a dû mettre fin à une formation AFPA « pour cause d'incompatibilité avec le dispositif PSEM ». Ses démarches vont toutefois aboutir à une embauche en intérim en tant que mécanicien monteur, son employeur étant informé de sa situation judiciaire mais non du port d'un bracelet mobile. Il adressera toutefois un courrier au JAP pour lui faire part de dysfonctionnements, notamment l'obligation de « s'arrêter toutes les 20 minutes pour capter un signal. Son chef lui aurait dit "il va peut-être falloir commencer à bosser..." » (notes manuscrites du CPIP). Ces difficultés ne sont pas allées sans générer des tensions et des récriminations du condamné, le CPIP notant à une occasion un « Début d'entretien très difficile. M... était particulièrement énervé, voire même provocateur. "Remettez-moi en taule [...] On s'achame sur moi" » (notes manuscrites du CPIP). Il finira par se trouver de nouveau sans emploi. « L'inactivité qu'il subit du fait du PSEM, selon lui, le pèse » (rapport semestriel du CPIP). Par la suite, la fréquence des rendez-vous est devenue mensuelle. Tout au long de la prise en charge, ce condamné s'est présenté à l'ensemble de ses rendez-vous médicaux et avec le CPIP, a régulièrement indemnisé ses victimes et respecté l'ensemble de ses obligations. « Il est ponctuel et justifie du bon respect de ses obligations. En plus des convocations au SPIP, les échanges téléphoniques sont nombreux. Monsieur... appelle le SPIP à chaque fois qu'il rencontre une difficulté avec le matériel, en l'espèce des appels nocturnes du Pôle car il y a une perte de GPS. [...] Monsieur... conserve son comportement à chaque entretien. Il est respectueux du cadre. Il évoque spontanément les faits lui ayant valu condamnation. Il revient sur son passage à l'acte » (rapport semestriel du CPIP).

## Dossier 52

L'un des condamnés rencontrés toutes les trois semaines au démarrage du suivi a été condamné pour viol sur mineur de 15 ans et agression sexuelle sur mineur de 15 ans par personne ayant autorité. Mineur, il avait été condamné une dizaine d'années plus tôt pour des agressions sexuelles commises avec son frère sur leurs deux sœurs. Alcoolique, atteint de déficiences mentales légères, un expert saisi en amont de la libération évoquait à son sujet « un haut risque de récurrence avéré nécessitant une surveillance judiciaire étroite » et l'absence d'évolution de sa personnalité durant la détention. Sur le plan du suivi par le SPIP, les convocations du CPIP sont respectées, ainsi que les rendez-vous avec le médecin traitant et le médecin coordonnateur. Faute de revenus, il n'est pas en mesure d'indemniser les victimes. Toutefois, les notes manuscrites du CPIP révèlent des difficultés relationnelles et comportementales. À plusieurs reprises, celui-ci le qualifie de « très » ou « hyper nerveux » durant les rendez-vous, avec un discours « toujours négatif sur les femmes qu'il croise », « grossier », notamment au sujet d'une assistante sociale de pôle emploi avec laquelle il s'est « pris la tête ». Dans un rapport semestriel, le CPIP note : « Nous sommes frappés depuis le premier entretien par les propos et le comportement particulièrement misogyne et dédaigneux à l'égard des femmes, surtout lorsqu'il s'agit comme il le dit des "bonnes femmes derrière les guichets" ! Même si les capacités intellectuelles de Mr... ne lui permettent de toute évidence que peu d'élaboration ou de mentalisation, nous reprenons de façon systématique avec lui ses propos, son manque de respect et lui expliquons pourquoi il peut être mal reçu dans certaines administrations s'il s'adresse ainsi à ses interlocuteurs ». Il "dit qu'il a les nerfs et que parfois il pense à se foutre en l'air", "qu'il sait qu'il peut être "dangereux car impulsif", que "s'il est nerveux et que quelqu'un l'agace, n'importe quoi peut voler" ». Selon le CPIP, il aurait par ailleurs « assez tendance à rendre les autres responsables de toutes ses difficultés, "les bonnes femmes" qui ne font pas leur travail, les patrons qui l'ont viré comme ça sans raison... ». Dans un rapport au JAP, le CPIP conclut Mr « n'est globalement que la victime d'un système défaillant et surtout de ceux qui le font fonctionner, incompetents. Inciter Mr à effectuer des démarches reste compliqué ; il ne s'y oppose pas mais ne comprend pas forcément leur pertinence et surtout tend par son comportement agressif et dédaigneux à y mettre rapidement un terme, ses interlocuteurs ne souhaitant pas donner suite ». « Sur l'adhésion au suivi, la réponse de Mr... : "vivement que ça s'arrête" ». Il précise également qu'il respecte l'injonction mais n'en percevrait « ni l'intérêt, ni la nécessité ». Son incapacité à évoluer, rattachée le plus souvent à ses déficiences intellectuelles, sera évoquée tant par les experts que par le CPIP. Dans un rapport semestriel, ce dernier indique : « Nous restons très lucides sur le fait qu'il y a peu de chances d'observer un changement en la matière, Mr... ne semblant pas comprendre en quoi ses propos peuvent être choquants, agressifs et particulièrement irrespectueux pour son interlocuteur... Au regard de ce que nous constatons en terme de capacités et de comportement et après la lecture du bilan du Dr..., nous sommes assez sceptiques sur une évolution à court voire moyen terme de Mr ». Le médecin coordonnateur note quant à lui que les limitations intellectuelles du sujet « perturbent bien sûr les soins dont le sujet pourrait bénéficier dans le cadre socio-judiciaire ». Il précise qu'il « reste pour l'instant sans grande évolution par rapport aux différentes descriptions faites de lui dans les différents rapports d'expertise, ce sujet apparaissant toujours aussi impulsif, instable, irritable avec une instabilité psychomotrice certaine, étant toujours en mouvement, s'exprimant de façon brusque, maladroit, parfois brutale. Son discours est empreint d'éléments choquants, agressifs, vulgaires, le sujet ne percevant pas la teneur potentiellement choquante pour son interlocuteur de ses propos, comme si le sujet était sans filtre, ni grand contrôle ». Malgré ces difficultés, le suivi thérapeutique lui est apparu comme « une bonne chose pour l'étayage qu'il propose, voire l'impact, plus éducatif dont le sujet a malgré tout besoin ». Hébergé par sa mère, ce condamné est resté dans une situation précaire tout au long du suivi. Le médecin coordonnateur note dans son dernier rapport que « sa situation sociale reste toujours aussi préoccupante, étant toujours hébergé au domicile de sa mère dans des conditions de promiscuité puisque sa mère accueille aussi sa plus jeune sœur elle-même en difficulté, étant probablement elle aussi atteinte de troubles psychologiques et de limitation. De même, se trouve au domicile, le fils de son autre sœur, plus ou moins abandonné au domicile de la grand-mère maternelle ». Il semblait n'avoir que « peu de contacts et peu d'amis, décrivant une vie où il se retrouve assez reclus dans sa chambre, passant ses journées devant la télévision. [...] La situation de ce sujet nous apparaît toujours bien précaire tant sur le plan de l'hébergement que de l'insertion, Mr... étant toujours sans emploi ni activité particulière ».

## Dossier 34

Le deuxième condamné reçu un peu plus souvent qu'une fois par mois l'a été à plusieurs reprises pour dégradation ou destruction par incendie. Selon les experts, il souffre « d'une addiction à l'alcool considérable » qui « semble reposer sur une pathologie psychiatrique plus ancienne, plus profonde et plus grave. [...] Son rapport à la réalité semble perturbé », ce qui évoque aux yeux de l'expert des troubles proches de la psychose (borderline) ayant d'ailleurs justifié plusieurs hospitalisations en psychiatrie. Il donne par ailleurs « le sentiment d'un très grand dénuement intellectuel, psychique et social ». Durant le suivi, il ne répondra pas à plusieurs convocations du JAP, au point de justifier un mandat d'amener, et des CPIP. À l'identique, dans un rapport annuel, le médecin coordonnateur note : « Nous avons eu beaucoup de difficultés à pouvoir rencontrer Mr... qui ne s'est pas présenté à deux convocations qui lui avaient été adressées en recommandé. Il semble que ce loupé soit à la fois lié à l'intention du sujet de ne pas se présenter et à son laisser aller et à l'abandon de la gestion de ses affaires courantes. Nous avons fait part par courrier de toutes ces difficultés à Mme le Juge... Convoqué initialement dès le mois de septembre, ces difficultés ont fait que Mr... n'a finalement été rencontré pour la première fois que le... Il a fallu que Mme... CIP, qui s'occupe de l'intéressé l'accompagne afin que puisse avoir lieu ce premier rendez-vous ». Il a été plusieurs fois hospitalisé en psychiatrie pour des cures de sevrage. Le CPIP note à ce sujet que son comportement en cure « a été détestable. Monsieur... est passé par différents établissements et structures mais n'a jamais été volontaire dans sa démarche de soin ». Selon le médecin coordonnateur, il aurait été renvoyé deux fois des centres de soin « pour des transgressions du cadre avec des ré-alcoolisations dans l'enceinte même de l'hôpital ». Tous

les professionnels notent ses difficultés à respecter le cadre judiciaire. Le médecin coordonnateur indique ainsi que le "premier entretien s'est déroulé de façon tout à fait étrange et peu habituel par rapport au cadre. Mr... s'est montré extrêmement provocant, cherchant indéniablement à tester le cadre, les limites, étant désobligeant, critiquant dès qu'il peut en avoir l'occasion le cadre, l'institution judiciaire, les médecins, cherchant surtout dès qu'il en a l'occasion à dévaluer la position de l'autorité judiciaire ou celle des médecins. [...] Mr... ne respecte que très partiellement l'injonction de soin à laquelle il est soumis, surtout le cadre de l'injonction de soin, ayant eu beaucoup de mal à pouvoir accepter ce dispositif et rentrer en relation avec moi au début du suivi. Le sujet reste dans un état d'esprit très particulier, toujours aussi critique vis-à-vis des institutions, de ses condamnations et du suivi socio-judiciaire avec injonction de soin, testant le cadre et les limites de façon incessante ». [...] Vis-à-vis des soins, il s'inscrit pour l'instant dans une grande discontinuité, pouvant bénéficier de-ci, de là d'une consultation, d'un bref temps d'hospitalisation à..., puis à..., sans une organisation réelle et surtout cohérente ainsi qu'adaptée des soins dont il aurait besoin au regard de l'addiction et du trouble de la personnalité qu'il présente. Lors de notre dernier entretien en date du..., j'ai insisté une nouvelle fois de façon importante sur la nécessité qu'il puisse s'inscrire dans un cadre régulier, qu'il prenne contact avec le praticien hospitalier contacté au CMP dont il dépend ». Au fil du temps les rendez-vous avec le CPIP s'espaceront, environ une fois tous les deux mois. En fin de mesure, celui-ci indiquait que « Reste aujourd'hui à savoir si Monsieur... pourra se rendre responsable et maintenir les efforts effectués, en l'absence de cadre judiciaire ». Du fait de sa consommation d'alcool, il n'aurait pas « la capacité de se lever tous les matins et de maintenir un rythme de vie régulier ». Il soulignait des « troubles du comportement avérés en cas d'alcoolisation et il peut très bien se mettre en danger dès lors que ses idées ne seront plus claires. Monsieur... reste un personnage fragile et la question de sa dépendance à l'alcool se pose sérieusement ».

#### Dossier 49

Le troisième condamné reçu un peu plus souvent que tous les mois, puis une fois tous les deux mois les six derniers mois du suivi a été condamné pour tentative de viol et tentative de meurtre, condamné lorsqu'il était mineur pour vol avec violence et vol. Malgré des contradictions entre experts, plusieurs évoquent une pathologie psychotique, schizophrénique, avec des hallucinations auditives. Fréquemment hospitalisé en psychiatrie avant la commission des faits, sa dangerosité serait, selon les experts, avérée en cas de rupture du traitement. Ils l'ont jugé « impulsif », « intolérant aux frustrations, agressif et immature ». Les risques de récurrence étant conditionnés à la prise du traitement, les experts ont recommandé en phase post-sentencielle « une surveillance médicale longue », avec un traitement neuroleptique au long cours. Le suivi en milieu ouvert fut complexe, avec la mention d'une assiduité aléatoire aux rendez-vous convenus avec le CPIP. En début de suivi, ce dernier a mentionné dans ses notes de fréquentes absences, soit parce que le condamné avait oublié, soit parce que selon lui il travaillait. Selon un rapport semestriel d'évaluation, le condamné « a du mal à respecter ou les jours ou les heures de RDV. Il vient en absence ou en retard, oublie mais passe très facilement au bureau dès qu'une question le soucie, ou il téléphone. Il se perd facilement dans ses divers RDV venant par exemple me voir quand il a une convocation ailleurs. Il semble plutôt perdu que de mauvaise volonté. [...] Pour ce qui concerne ses difficultés à respecter les rendez-vous, je me montre particulièrement vigilante à vérifier ce qu'il en est. J'ai des contacts fréquents avec M., contacts qui vont au-delà du rythme mensuel. J'essaie malgré tout de lui apprendre à s'organiser pour respecter ce qui est prévu ». Puis, la situation va progressivement s'améliorer, le CPIP indiquant un an plus tard au JAP que le condamné « répond sans problème aux convocations du SPIP. Il sait appeler le service pour changer un RDV ou en demander un, en temps et en heure, ce qui est nouveau. Il vient aux heures prévues ce qui est le signe d'une réelle amélioration de son comportement et le signe qu'il s'inscrit un peu mieux dans la réalité ». Toutefois, trois ans après, le CPIP évoque plusieurs absences, nécessitant de « le re-solliciter plusieurs fois ». À cette époque, il adressera un rapport d'incident au JAP pour qu'il effectue un rappel à la loi, « nécessaire dans l'intérêt du suivi et de la meilleure compréhension par l'intéressé du sens de sa peine, de la loi ». Des difficultés similaires apparaissent sur le plan sanitaire. Il ne s'est pas présenté à la première convocation du médecin coordonnateur et s'est trompé de jour pour le rendez-vous suivant, ce que le psychiatre signala au JAP. Dans son rapport annuel, il indiqua que « cette difficulté avec les rendez-vous, c'est structurel chez lui et qu'il sera sans doute difficile de le faire évoluer en la matière ». En revanche, le condamné ne semble pas avoir manqué de rendez-vous auprès de son thérapeute, le CPIP notant en début de suivi que le condamné lui « apporte régulièrement ses convocations avec le Dr..., psychiatre qui le voit chaque mois [...] De même, il respecte ses autres soins médicaux et se rend toutes les 4 semaines pour recevoir l'injection nécessaire à la stabilisation de sa maladie schizophrénique. Il exprime avec besoin de ce traitement pour se sentir bien. Et de fait, il me paraît parfaitement stabilisé actuellement ». Selon le médecin coordonnateur, l'évolution était « globalement positive chez ce sujet qui souffre d'une psychose schizophrénique, sortant d'une longue peine de prison, confronté aux difficultés d'une réinsertion sociale et professionnelle. La symptomatologie qui était préoccupante autour du mauvais contrôle pulsionnel, des passages à l'acte, des troubles du comportement semble s'apaiser ». La situation va s'améliorer, le condamné respectant cinq ans plus tard tant les rendez-vous auprès du thérapeute que du médecin coordonnateur. Selon le CPIP, « Mr... poursuit les soins et son traitement, voit le psy, le MC ». Dans un rapport au JAP, il note alors qu'il « reconnaît que sans son traitement, il ne pourrait pas vivre "une vie normale". Il est conscient que pour son équilibre et celui de sa famille, il doit prendre son traitement régulièrement. L'analyse qu'il fait aujourd'hui de son suivi, est qu'il est indispensable ». Dans son dernier rapport, le coordonnateur indiquait quant à lui que « l'évolution de Mr... reste tout à fait satisfaisante, le sujet respectant pleinement le cadre de l'injonction de soin à laquelle il est soumis », qu'il « continue à être suivi toujours aussi régulièrement dans le cadre de la consultation psychiatrique de secteur auprès du Dr... sur le CMP. Ce patient qui souffre d'une psychose schizophrénique est toujours traité sous neuroleptique retard, traitement qui permet de contrôler de façon très satisfaisante cette maladie. En effet, lors de notre dernière entrevue, le sujet ne présentait aucun signe franc de la maladie, aucun phénomène hallucinatoire, ni propos délirants n'étaient perceptibles et la symptomatologie dissociative étant plutôt bien contrôlée avec un discours tout à fait cohérent et adapté à la réalité ».

Si la nature de la mesure génère une attention particulière durant les premiers mois, la phase d'évaluation du profil et de la propension du condamné à respecter ses obligations serait régulièrement suivie d'un relâchement, la fréquence des rendez-vous étant alors indexée aux besoins des personnes.

*« Au départ, c'est la mesure qui impacte. C'est-à-dire qu'au départ, effectivement, c'est un suivi socio-judiciaire. Et puis, ensuite, c'est l'avantage de l'évaluation, c'est le profil, c'est ce qu'on évalue de la personne, etc. [...]. Mais au départ, ce qui est premier, c'est la mesure. Et puis au bout de 3-4 mois, c'est la raison pour laquelle il faut, même si ça râle beaucoup, il faut ce travail d'évaluation, parce que au bout de 3-4 mois, on doit être en capacité de dire... tout d'un coup, de laisser passer la mesure et de voir le*

*profil de l'intéressé. La mesure est jamais perdue de vue totalement mais le profil prend le dessus sur la mesure. Mais ça, ça nécessite une évaluation et ça nécessite des axes de travail qui sont définis, validés par le cadre, validés par le magistrat, pour que ça soit pas une petite popote de quelqu'un qui décide comme ça que. Et qui est aussi une protection, c'est-à-dire si le magistrat a été ok avec le fait que tout d'un coup, un suivi socio-judiciaire on le voie plus que tous les 4 mois, parce qu'on voit pas l'intérêt de le voir tous les mois, etc. Et puis c'est aussi... on revient à la responsabilité professionnelle c'est-à-dire de dire « moi je pense qu'il faut le voir que tous les 4 mois, mais je vais vous dire pourquoi ». Après, vous partagez ou vous partagez pas, mais je vais vous dire pourquoi » (CPIP).*

Si l'on constate effectivement dans notre échantillon une diminution de la fréquence des rendez-vous au fil du temps, il n'est guère possible d'en tirer des analyses fiables, car il s'agissait pour certains dossiers de suivis encore en cours et non du terme du SSJ. Tous les agents mentionnent un espacement progressif des convocations, mais les pratiques semblent disparates. Certains évoquent un suivi mensuel la première année, puis un suivi tous les deux mois, voire tous les trois mois. D'autres fixent des rendez-vous tous les mois pendant trois mois, qu'ils espaceront ensuite selon l'évolution de la situation du justiciable, avec un possible retour en arrière en cas de difficultés, voire de demandes en ce sens du condamné lui-même. Pour tenir compte d'éventuelles contraintes professionnelles, ils font le plus souvent preuve de souplesse dans la fixation des dates et horaires des convocations.

*« Je cale ça avec eux. Le délai entre le rendez-vous du moment et le prochain, je le vois moi-même. [...] Je leur propose. Soit y a pas de souci, soit... voilà. Je peux imposer. Je peux imposer aussi quand j'ai quelqu'un qui n'est pas venu régulièrement, à qui je colle un rendez-vous. [...] Quand ils sont plusieurs fois pas venus et que j'en ai un peu marre, j'aime bien le 9 heures là » (CPIP).*

*« En général tous les mois ou tous les deux mois. [...]. Je leur laisse la possibilité de choisir « vous me dites quand est-ce que vous êtes disponible ». Parfois, ça leur fait un petit peu de se dire « bon, ben je peux choisir » (CPIP).*

*« Je vous dis pour moi, parce qu'il y a différentes pratiques. Moi je fais à la fin de l'entretien « on se voit dans un mois ou dans deux mois » même si j'avais dit au juge « oui, on se voit tous les deux mois ». Ok, le juge valide. Sauf que là, je sens que ça va pas, donc du coup, je le vois un mois après. En fonction de mon agenda, de mes capacités aussi. Je suis pas fixe en disant « vous, ce sera 9 heures demain matin », enfin 9 heures dans un mois, tel jour [...]. C'est d'un commun accord. Sauf le premier rendez-vous où je connais pas la personne, donc je lui envoie la convoc [...]. Pour un SSJ, c'est souvent 2 mois, sauf si c'est un très vieux SSJ, en fin de SSJ, on le voit tous les 3 mois mais on l'a mis dans le rapport annuel de toute façon. Mais c'est la fréquence, tous les 2 mois pour les SSJ qui sont déjà bien installés quand même hein. On met pas un SSJ tous les 2 mois la première année. C'est tous les mois » (CPIP).*

« Il reconnaît une attitude passive, dit qu'il n'a plus d'énergie et se sent "submergé". Il a demandé des rendez-vous moins espacés au SPIP afin d'être soutenu dans son désir de rétablir sa situation, et s'engage à les honorer car il craint plus que tout un retour en détention » (rapport ponctuel du CPIP, six derniers mois du suivi, D8).

« Monsieur respecte l'injonction de soin. Il s'est présenté à toutes les convocations du SPIP. Nous poursuivons le suivi à raison d'une convocation tous les deux mois, car c'est un suivi qui se déroule sans difficulté » (rapport ponctuel du CPIP, six derniers mois, D9).

« En raison du respect du cadre du suivi socio-judiciaire, je propose des entretiens tous les deux mois, jusqu'au prochain rapport semestriel » (Rapport semestriel du CPIP, six premiers mois, D11).

« Le SPIP propose de maintenir une convocation à deux mois. Nous sommes optimistes sur l'évolution de Monsieur..., mais restons néanmoins vigilants quant à la fragilité de l'intéressé » (rapport semestriel du CPIP, six derniers mois, D12).

« Monsieur... se présente aux convocations du SPIP qui sont fixées tous les trois mois » (rapport annuel du CPIP, D18).

« Mr... semble être un homme qui possède des capacités de réflexion, de compréhension et de remise en question qui peuvent lui permettre d'évoluer positivement concernant sa problématique et d'éviter de récidiver. Il apparaît très désireux de répondre aux obligations judiciaires. Il me semble cependant pertinent de maintenir des convocations mensuelles afin de lui rappeler le cadre légal et de pouvoir évaluer sur du plus long terme son évolution. Proposition de maintien des convocations tous les mois au SPIP » (rapport semestriel du CPIP, six premiers mois). « L'évolution positive et le respect des obligations amènent le SPIP à proposer une fréquence des rendez-vous trimestrielle, tant que les éléments positifs repérés le resteront » (rapport annuel du CPIP, deux ans plus tard, D21).

« Proposition de poursuivre au rythme d'un rendez-vous par mois jusqu'à la fin de l'année, puis de passer à un rendez-vous tous les deux mois si la mesure continue à bien se dérouler » (notes manuscrites du CPIP, six premiers mois, D26).

« M... est suivi par le SPIP de... depuis le... Après des convocations mensuelles, il l'était tous les deux mois depuis trois ans. Il s'est présenté aux convocations à part quelques oublis » (rapport de fin de mesure du CPIP, D33).

« Je propose pour l'instant de poursuivre des rencontres mensuelles pour tenter d'amener Mr... à comprendre en quoi son comportement était abusif vis à vis de ses petits-enfants » (rapport semestriel du CPIP, six premiers mois, D41).

« La poursuite de convocations mensuelles semble être pertinente au regard de la fragilité psychologique de Mr, de ses problèmes de santé importants et du besoin qu'il exprime de se sentir cadré, contenu par la loi » (rapport semestriel du CPIP, six premiers mois). « Mr... est toujours convoqué tous les mois et demi et ce rythme est adapté pour le moment » (rapport semestriel du CPIP, six derniers mois, D51).

« Je propose de maintenir le suivi mensuel compte tenu du profil mentionné dans les expertises et du possible changement de sa situation familiale (accueil de sa fille) » (rapport semestriel du CPIP, six premiers mois). « Le rythme des entretiens mensuels nous permet de poser le cadre judiciaire et de rappeler l'interdit. Nous proposons de maintenir ce rythme, tant la portée de notre action semble limitée par ailleurs... » (rapport semestriel du CPIP, six derniers mois, D56).

« Je propose le maintien du suivi mensuel car cela permet de lui rappeler son interdiction d'entrer en contact avec les mineurs et plus précisément l'interdiction qu'il a de rencontrer le fils de sa compagne » (rapport semestriel du CPIP, six premiers mois, D59).

« Monsieur est très ponctuel aux convocations. Il justifie à chaque RDV du respect de ses obligations (travail, soin et indemnisation des parties civiles). Monsieur respecte ses différentes obligations. C'est quelqu'un d'assez sérieux. Nous l'avons vu tous les mois depuis le début de la mesure et nous préconisons un suivi tous les six semaines » (rapport ponctuel au JAP, D84).

« Mr... a toujours ce besoin de domination sur son interlocuteur. Il joue avec les mots et use de ses capacités intellectuelles et artistiques pour charmer et dominer. Sur son site internet, Mr se présente comme « dangereux récidiviste dans la contemplation du monde qui l'entoure, ... est un touche à tout ». Cette autodéfinition est provocatrice et inquiétante. Le suivi de cette mesure continuera à être mensuel » (rapport d'évaluation du CPIP, six premiers mois, D97).

« Ces quelques impressions me permettent de considérer comme indispensable de maintenir un lien régulier entre Mr et notre service. À ce titre, je pense utile de l'amener à se rendre à mes convocations sur une fréquence d'une fois tous les deux mois » (rapport semestriel du CPIP, six premiers mois, D99).

Au démarrage comme durant les six derniers mois de suivi étudiés, la fréquence des rendez-vous ne semble pas indexée à la nature des faits commis, aux caractéristiques des victimes (majeures ou mineures), aux antécédents judiciaires, à la situation au regard de l'emploi, à la présence d'addiction ou encore aux troubles psychopathologiques éventuellement repérés, à l'exception des « psychotiques » et « *borderlines* », un peu plus fréquemment reçus. À l'exception des cas dans lesquels le condamné apparaît manifestement récalcitrant à toute forme de suivi, la fréquence des rendez-vous semble relativement standardisée, fonction des types de mesures et des capacités du SPIP à les recevoir. Le type de soin pénalement ordonné n'est pas sans incidence, les rendez-vous étant globalement plus fréquents en cas d'injonction par rapport aux simples obligations. 50% des condamnés à une obligation de soins ont été vus au maximum tous les trois mois durant les six premiers mois, contre moins de 10% de ceux condamnés à une injonction de soin<sup>651</sup>. Si les différences s'estompent au fil du temps, des rendez-vous mensuels ont été maintenus pour un condamné sur cinq à une injonction de soin (19% contre 0% en cas de simple obligation).

Si ces suivis globalement plus intensifs peuvent évidemment se justifier par les problématiques particulières qu'affrontent les condamnés concernés, la périodicité plus resserrée des rendez-vous n'est pas sans lien, une nouvelle fois, avec l'angoisse d'une récidive et d'une mise en cause professionnelle, d'autant que les agents se sentent peu protégés par leur hiérarchie, du moins au-delà du personnel d'encadrement le plus proche. Ils évoquent selon les cas des affaires médiatisées qui ont pu marquer leur service, des expériences antérieures qu'eux-mêmes ou leurs collègues ont pu affronter, donnant lieu à ce qu'ils vivent comme des « interrogatoires » de la part des forces de police et/ou d'inspecteurs missionnés par l'administration centrale. Si la plupart tentent de résister aux mécanismes d'autoprotection qui en découlent, refusant de modifier leurs pratiques, peu parviendraient à totalement s'extraire de ce contexte insécurisant, ce qui se traduirait notamment par des signalements plus fréquents, au chef de service ou au JAP, par une plus grande vigilance dans la tenue des dossiers, au travers d'une collecte plus systématique des justificatifs (fiches de salaires, attestations des soignants, etc.), de façon à démontrer si besoin la régularité et l'ampleur de leurs contrôles.

<sup>651</sup> Dans ces hypothèses, il s'agit généralement d'un transfert de dossier d'un autre service en milieu ouvert.

Au sujet d'un condamné dans une affaire de pédophilie fortement médiatisée au niveau national et local, figurait ainsi avant toutes les notes d'entretien un papier manuscrit sur lequel le CPIP avait noté : « À vérifier systématiquement : date prochaine piqûre et justificatif (traitement anti-hormonal), soins réguliers, a-t-il croisé des enfants (réaction et rappel des interdictions), logement, projet professionnel, activités quotidiennes, réseau social, versement des d-i au fond de garantie » (Notes manuscrites du CPIP, D87).

« On est passé sur une notion de responsabilité. Il faut des responsables à tout. La personne qui commet l'acte, c'est la personne qui est responsable. Mais non, c'est pas suffisant maintenant, faut trouver quelqu'un qui est à côté, qui a été... [...]. C'est vachement violent. [...]. Vous demanderez à n'importe qui d'entre nous, quand vous avez un fait divers médiatique, la première chose qu'on pense, on se dit « pourvu qu'il soit pas suivi par le SPIP ». Et l'expérience nous l'a montré, c'est-à-dire qu'effectivement, sur des choses très médiatiques, le ministre, la première chose qu'il fait, c'est qu'il saisit le dossier [...]. On n'est pas du tout protégé par notre hiérarchie hein. C'est le nom qui est mis, c'est ton nom, c'est pas le nom du chef de service ou machin, c'est le tien » (CPIP).

« On fait beaucoup plus attention. Déjà, on fait un point sur tous les dossiers. Juste après, on vérifie qu'on les a bien tous vus ces derniers temps, qu'on n'en a pas oublié, parce que c'est important. Sur des questions qui ont été posées là, c'est des choses auxquelles les gens font attention forcément, la régularité du suivi. [...]. En fait, ça a augmenté le stress de se dire que parmi tous nos dossiers, y a forcément des petites bombes, et que ben, on peut pas... on peut pas... on peut pas être sûr de tout et que... ben voilà, à n'importe quel moment, on peut aussi faire du mauvais travail, ou faire un travail qui va pas suffire et puis de toute façon, considérer qu'il y a récurrence malgré tout quoi et du coup, se sentir un petit peu impuissant (rire). Mais, ça rend plus vigilant en fait » (CPIP).

« C'est très lourd. [...] Un jour, ça finira par nous marquer. Ça marque plein de gens, parce que c'est fatigant quoi. C'est un regard très négatif sur les prises en charge. C'est de l'événementiel, c'est facile quoi, alors qu'ils savent pas tout ce qui se passe derrière quoi. Et les médias ils participent à tout ça, donc... c'est fatigant. Pour l'instant, ça n'a pas modifié ma pratique mais ça pourrait le devenir parce que ça ne m'a pas touchée directement » (CPIP).

« Mais si forcément, on est plus frileux. Forcément [...]. Par rapport à l'ouverture des parapluies notamment. Par rapport à ces obligations de suivi, de tout bien tenir les machins. On nous en a mis un peu beaucoup sur le dos » (CPIP).

« Et ce que ça modifie dans ma pratique, pour répondre à votre question, ben je vous ai dit déjà, je refuse de tomber dans ce piège-là quand même, parce que tant que je fais ce métier en tout cas, c'est pas pour le faire avec la peur de la récurrence. Après, c'est très très désagréable, quand on voit un fait divers. On se dit « pourvu que ce soit pas dans mon effectif », parce qu'on n'a aucune envie d'aller... de se taper, d'être convoqué au commissariat pour aller s'expliquer [...]. Je pense que ça a des effets, peut-être que je ne les identifie pas dans la relation que je peux créer avec les suivis. Cette incertitude sur ce qui pourrait se passer si... pour moi hein. On n'est pas du tout protégé en fait. Mais pas du tout protégé psychologiquement de ça. [...]. « Et là mon collègue [...] ça lui est arrivé hier. Il a passé l'après-midi à se faire interroger par sa hiérarchie sur le suivi qui avait été fait et tout. Et voilà, il est en miettes le soir quoi. C'est très insécurisant, tout simplement alors qu'on aurait besoin à l'inverse, d'avoir l'impression qu'on serait soutenu s'il y avait un pépin. C'est pas du tout ce que dégage l'administration au niveau hiérarchique, parce que... et là, on retourne dans les injonctions contradictoires qui sont « il faut faire de la gestion de flux mais faudrait quand même avoir fait un super suivi sur ceux qui récidivent ». Le problème, c'est qu'on le sait qu'après. Je sais plus comment vous aviez formulé la question... Honnêtement, je pense que ça a contaminé partout durablement. Oui, durablement, et que c'est l'une des raisons qui fait que les gens ont de moins en moins envie de faire le métier, parce que c'est trop insécurisant » (CPIP).

« [Est-ce qu'aujourd'hui, les CIP sont dans une protection ?] Oui, parce qu'ils s'interrogent « qu'est-ce qu'on doit écrire ? Pas écrire ? », complètement. Y a une protection. C'est dommage, la question de la responsabilité individuelle ou pas. Moi j'ai vu un truc qui était quand même extrêmement clair. Les dossiers sont affectés individuellement et la deuxième affectation est faite au DIP. Il faut pas enlever ce processus là parce que les cadres de proximité sont soumis en deuxième affectation. C'est-à-dire en clair que si le premier degré déconne, le deuxième doit prendre le relais. [...] Tout le questionnement qu'on a eu, sur comment on fait glisser une responsabilité, si elle existe, de service, responsabilité de l'État, de ministère, des différentes strates, c'est le service public, on peut l'appeler comme on veut, à une responsabilité individuelle dans un suivi. C'est complètement fou. [...] Alors, pas interroger le système, pas interroger le

manque de moyens, interdiction d'interroger tout ça. Non, c'est parce que vous savez pas faire, c'est parce que vous êtes pas formés. Si vous étiez formé à la criminologie . [...] Et c'est là que le truc il bascule et qu'on se dit, on essaie tout azimut, tous les outils, tout ce qui existe, donnez-nous ça, on va se protéger quoi [...]. Et après, il y avait peut-être deux positionnements à avoir : la protection tout azimut, sur tous les pans, sur l'approche, le dossier sur l'aspect forme et fond. On se protège de tout. J'ai écrit, je l'ai signalé. Le reste, c'est votre problème. Ou se dire non, on arrête tout. Maintenant, on fait effectivement un vrai travail de fond et on essaie de passer comme ça. Le risque, il existe toujours. Effectivement, il faut essayer de mettre en place des choses pour qu'il y ait un minimum de risques. On pourra pas l'enlever totalement, mais il faut qu'on travaille pour, parce qu'effectivement, il faut que tout le monde soit d'accord, toute la chaîne soit d'accord. Sur le diagnostic et comment on le met en place. La première des réactions, moi je l'ai eue aussi, c'est dans la protection complète, de tout. Pour le coup, quand je dis tout, tout vraiment et justifier tout. [...] Mais aujourd'hui [...] je suis arrivé sur le truc complètement inverse. [...] Mais quand même, il y a une parenthèse [...]. Disons que je me sens de faire un vrai boulot » (CPIP).

« [Des faits qui ont été fortement médiatisés, qui ont impliqué des JAP, des CPIP. Est-ce que ça a eu un impact sur votre manière de travailler ?] Ben... ça a forcément un impact, parce qu'on a l'impression que le boulet, il est passé juste à côté et que, un peu plus, et c'était pour nous. [...] Dans mon précédent SPIP, j'étais collègue avec une personne qui suivait en libération conditionnelle quelque un justement qui... c'était l'affaire de... Il se trouve que la personne était en conditionnelle, par une personne dans mon service. C'était un suivi qui se passait très bien. Elle avait même espacé les rendez-vous, elle le suivait plus que tous les 3 mois, parce que la libération conditionnelle se passait bien, etc., et là, tout à coup, on vient tout éplucher. Évidemment ça remet en cause, parce qu'on se dit qu'est-ce qu'on n'a pas vu. Et c'est important parce qu'on est soutenu par un service aussi, et c'est important de se dire que les rapports qu'on a fait, certes, on a écrit un rapport pour éventuellement demander un suivi à 3 mois, mais il a été validé par le chef de service, donc il a quand même aussi validé la position qu'on avait eue et ça a été validé aussi par un juge de l'application des peines au-dessus. On n'est pas tout seul quoi. Mais c'est vrai que ça a des impacts parce que du coup, on va plus être... [...] on veut se couvrir quelque part. C'est humain. Donc le moindre truc, on va avoir tendance à le signaler immédiatement au juge, en disant « voilà, il le sait » (CPIP).

« On a des collègues [en détention] qui nous contactent parfois quand ils voient à qui est attribué le suivi. Y en a qui parfois appellent, qui nous parlent, en nous disant « écoute, ce type-là on a tous cru qu'il allait recommencer à peine sorti. Je te le dis. Fais attention à ton dossier ». Aussi bien sur la récidive que « fais attention à ton dossier ». C'est-à-dire « ne le laisse pas traîner », parce qu'on sait pertinemment que si y a une merde... voilà. Mes collègues, je le sens bien aussi à ça, c'est « il faut être vigilant par rapport à lui » et tout ça, ou alors c'est « c'est quelqu'un de fragile ». Y a aussi ça « Il sort, c'est quelqu'un de fragile. Il va pas avoir beaucoup de monde derrière, ça serait bien qu'il soit vu rapidement ». On a aussi des collègues qui nous appellent pour ça « Il est sorti hier. Je vu que c'était toi. Je sais pas si tu prévois de le convoquer mais je pense... » » (CPIP).

Comme nous avons eu l'occasion de brièvement le préciser lors de l'analyse des pratiques d'évaluation des risques, plusieurs faits divers médiatiques, suivis d'une mise en cause de la profession, ont impacté les pratiques rédactionnelles des CPIP, que ce soit dans les rapports adressés aux JAP ou dans leurs propres dossiers. Certains tendent à noter davantage d'informations dans leurs rapports dès qu'il s'agit d'un SSJ ou d'un dossier présumé « sensible ».

« Je vais un peu plus loin dans les rapports annuels en fait. C'est ce qui nous est demandé par rapport aux suivis socio-judiciaires. Dans les rapports annuels, j'essaie de donner une dynamique quand même sur l'évolution de la situation, sur l'évolution de la personne, mais plus sur sa situation familiale, sociale, professionnelle et sur son positionnement par rapport aux soins. La façon dont il semble l'appliquer ou pas » (CPIP).

Quelques-uns prennent des notes abondantes et sans filtre pendant ou à l'issue de l'entretien. Ils n'hésitent pas à inscrire dans leur dossier des éléments factuels, anodins, voire des réactions, des expressions du justiciable sur les faits ou les victimes, des appréciations ou des impressions subjectives sur son comportement.

« Monsieur est très peu expansif, voire "agacé" dès que l'on aborde un sujet précis (cf. sa famille, horaires de travail, etc...) ». « Énérvé ». « S'est montré contrarié ». « Toujours sans logement et le supporte de plus en plus mal. Se plaint que la justice ne fait rien pour lui » (extraits des notes manuscrites du CPIP, D1).

« Reconnaît une conso quotidienne d'alcool (bière, whisky...) => lui dit que je trouve ça inquiétant. Ne se considère pas comme dépendant. À voir... » (extraits des notes manuscrites du CPIP, D2).

« Prend très mal le fait que difficultés à suivre son raisonnement. Me fait des remarques personnelles "bcp de fautes à l'oral de conjugaison, grammaire", "je n'ai pas la chance de raisonner et d'appr. comme lui"... met un terme à l'entretien, ne répond pas aux questions mais part dans des délires philosophico-sociétaux. [...] Lui demande de s'excuser au prochain RV car a posé des considérations et questions perso à mon égard ». « S'excuse du dernier RV, très condescendant » (extraits des notes manuscrites du CPIP, D4).

« Moral pas bon. N'a envie de rien. Ne sort pas ». « Le moral est meilleur, malgré le rejet de sa demande de passeport par la préfecture (qu'il a relancée sans succès après la réponse que lui a faite le JAP » (extraits des notes manuscrites du CPIP, D5).

« Dit qu'il n'a plus d'énergie, se sent "submergé" et ne fait aucune démarche... ». « a le sentiment "de couler". Je lui explique en quoi le suivi psy peut l'aider. Mais dit qu'il a déjà du mal à parler avec les gens qu'il connaît, donc c'est encore plus difficile avec un psy ». « A du mal à parler de lui et a tendance à se murer derrière une carapace... On lui aurait déjà dit ! » (extraits des notes manuscrites du CPIP, D8).

« Immature, envie les assistés. "Vous vous rendez compte, c'est ma famille qui m'aide, je ferais comment si elle n'était pas là ?" Se déresponsabilise et rejette la faute de tous ces maux (lesquels ??) sur l'administration » (notes manuscrites du CPIP, D32).

« Très variable selon le moment. Venu à 15 h, à l'heure. D'emblée réticent. Répond du bout des lèvres aux questions. Se montre très agacé pour finir par dire qu'il n'est pas l'homme à répondre à mes questions « ne me demandez pas des choses impossibles, vous n'avez qu'à téléphoner, j'ai déjà fait 9 ans ce n'est pas 3 ans qui me font peur », terminant la tirade par un menaçant « vous ne me connaissez pas », ce à quoi j'ai répondu qu'il ne me connaît pas non plus et que j'en référerai au JAP, à quoi il a répondu « très bien » et est sorti. [...] C.T de Mr : il s'est excusé pour son comportement du... ». « Il se montre coopérant aux entretiens, bien que peu loquace. Un suivi très encadré nous semble nécessaire [souligné au stabylo]. Mr dit que je le fais chier à demander des relevés de compte. Il dit que ça l'embête que je vois ses dépenses. Il dit : « vous voulez savoir avec qui je couche ? ». Il dit qu'il les apportera si il veut. [...] Se présente sur convocation. En fait, tout va bien quand on ne se dit rien, sinon il s'énerve » (extraits des notes manuscrites du CPIP, D82).

*« Par contre, dans les dossiers SSJ, il faut tout noter. Il faut tout noter, et puis signaler dès lors qu'ils se sont pas présentés aux entretiens. Si bien qu'au bout de 2 entretiens, on le signale au juge de l'application des peines. Oui, parce que s'il y a une récidive, c'est des dossiers sur lesquels on viendra nous chercher. En fait, on nous le dit, notre responsabilité elle est de plus en plus engagée. [...] On voit qu'il y a quand même euh... on est de plus en plus... Je suis déjà passée trois fois devant des policiers [lors d'une précédente affectation], pour des dossiers donc effectivement, s'il y a une récidive, ça peut ne pas faire de bruit, mais ça peut être une affaire médiatisée, ou une affaire assez grave, voilà, et ces dossiers-là sont beaucoup plus euh... déjà ils partent à l'inspection. Ils sont lus et relus. Y a des choses qu'on peut nous renvoyer « pourquoi vous n'avez pas signalé ? Pourquoi vous n'avez pas dit ? Pourquoi vous n'avez pas fait remonter ? ». Oui, on peut être mis en cause dans ce genre de dossiers » (CPIP).*

*« [Et à l'inverse, est-ce qu'il y a des choses que vous ne notez pas ? Que vous gardez pour vous ?] Ah non, rarement. Même quasiment pas. Ça, je m'en suis rendue compte à la... parce qu'on a été auditionné pour une affaire de récidive, pour un SSJ et... et en fait, le gendarme posait des questions sur des ressentis, qui étaient lointains et là, je me suis rendue compte en fait que j'aurais dû prendre des notes, à côté... enfin, peut-être pas sur un calepin mais au moins, mettre des choses un peu plus subjectives sur le suivi, parce que c'étaient les questions en fait qu'on nous posait et moi j'étais très objective, par rapport à ce qui se passait et c'était très fidèle à mes entretiens en fait, ce que j'ai pu retranscrire au gendarme. Alors que les questions étaient un peu plus subjectives et du coup, je m'interdisais un peu de répondre à ces questions-là, parce que je me disais « c'est pas pro. C'est mon ressenti, je peux pas dire ça. J'en sais rien, c'est pas validé, je peux pas le confirmer ». [...] Et puis même, être entendue par la gendarmerie, ça travaille un peu, mine de rien. [...] C'était surtout pour savoir si notre impression de la... du prévenu, était la même que eux. On aurait mal travaillé, après ça se serait transformé, mais ils voulaient avoir des compléments d'information d'abord. [Pour mener leur enquête après ?] Oui. Pour confirmer leur enquête. [Et dans ce cadre-là, ils vous posaient des questions sur le ressenti ?] Oui, comment est-ce qu'on le percevait. C'était vraiment très précis. C'était difficile de répondre parce que ça peut engager beaucoup en fait, de dire ce genre de choses. C'est tellement subjectif, enfin... [...] Je pouvais aussi ne pas y répondre. Je ne me suis pas privée de dire que je... je... je ne pouvais pas répondre ou je ne savais pas. C'est délicat après aussi de... Ça peut monter très vite. Parfois, on peut avoir une mauvaise parole, enfin, pas mauvaise mais on ne sait jamais comment faire pour gérer un entretien avec les autorités hein. C'est pas facile. Tout ce qu'on peut dire pourra être retenu contre nous » (CPIP).*

« On peut ne pas tout dire. Et puis, ce qu'il faut faire attention aussi, c'est que ben, y a du subjectif quand même. Enfin, le ressenti d'une personne, il ne sera pas forcément le même qu'une autre, donc il faut aussi, ce qu'on dit, l'étayer aussi par des faits quoi. Parce qu'on est quand même dans une relation de personne à personne hein donc, objectivement, y a des gens avec qui ça passe, si ça passe pas avec d'autres, ça passera avec d'autres collègues. Il faut aussi en avoir conscience. [Vos impressions, c'est quelque chose que vous pouvez noter ?] Oui, ça je le note dans les notes, parce que du coup, les notes elles sont pas accessibles aux justiciables. Elles peuvent pas être utilisées nos notes. Si ils ont accès au dossier, on enlève nos notes. Oui, vraiment, les impressions que j'ai sur la personne et tout ça, je les marque dans les notes. Je les utilise pas forcément mais je les marque. Pour moi aussi après, ça me permet au fil du suivi, de voir si j'ai toujours le même avis, si ça évolue. Si, si, moi je marque ce genre de choses » (CPIP).

« Je prends beaucoup pendant. Énormément. [...]... je suis pas physionomiste et j'oublie assez rapidement. Enfin, c'est-à-dire que si j'enchaîne un certain nombre d'entretiens, le soir j'ai du mal à faire la restitution d'entretiens comme ça. [...] Moi les notes, j'en ai vraiment besoin et après, moi je prends facilement des notes en regardant les gens et tout est écrit droit. Moi je fais beaucoup d'entretiens. Je sors de l'entretien, je mets dans la pile la prochaine convocation, je range le truc et point. Les notes ont été prises pendant. [...] Je note pas mal moi, voilà, on est tous différents là-dessus. Ce qu'ils peuvent me dire, j'essaie de prendre beaucoup de mots, d'expressions. Je peux noter parfois, si j'ai une analyse sur le coup ou agacée par, je note. Ce que je note, soit des choses très factuelles. Si on est sur une histoire de logement, voilà, logement, où est-ce qu'ils en sont. Le soin, voilà, rendez-vous tant. Des choses très factuelles sur le plan social, la santé, et je note aussi euh... quelqu'un qui va me dire que tiens, il s'est inscrit dans telle activité. [...] Parfois c'est des déclics aussi. C'est des trucs comme ça. Ça m'arrive de noter des choses qui peuvent être anodines mais qui peuvent me permettre, quand j'ai quelqu'un en face de moi qui va moins bien, qui s'est refermé eh bien de constater qu'il y a quelques mois, il faisait ça beaucoup « vous faites plus de jardinage ? » et puis on se rend compte qu'il fait plus ça, il fait plus ça. Ah tiens ! Bizarre, y a plus tout ça ; c'est des trucs qui le passionnaient à une époque. Qu'est-ce qui va pas ? Et puis ça permet quand même... C'est des choses qui peuvent paraître anodines, mais comme je sais que d'un entretien à un autre, je risque d'avoir oublié qu'il fait du jardinage et qu'il en reparle pas... Ces choses-là et puis les expressions. Notamment, quand on parle des faits, etc., là je suis assez... j'aime bien noter la façon dont on parle des victimes, la façon dont on parle des faits. Ne serait-ce aussi parfois, parce que déjà ça me permet de le revivre « tout à l'heure vous avez dit que » ou j'entends et puis la fois d'après « la dernière fois, vous m'avez dit que. Là si je l'ai noté comme ça, c'est que vous l'avez formulé comme ça ». [...] Je m'interdis pas forcément d'écrire grand-chose y compris le fait que j'y mets... mais je fais attention à ce que je mets. Exemple de la personne alcoolisée. Parfois je mets OH ? Y a un collègue qui m'a dit « c'est quoi OH ? » « C'est alcool ». C'est le signe chimique je crois. Je me suis posée la question et parfois je mets, en fin d'entretien, ça m'arrive de noter « ai vu monsieur. Se déclare abstinent », et des doutes, je le mets « odeur d'alcool évidente. À revoir, à reparler ». Mais je mets « il me semble que », je mets... voilà, je demande à l'intéressé, il m'a dit que non, j'émet des doutes. Pour moi, il y a telle chose. Ça, je m'interdis pas de le mettre. Je sais que j'ai des collègues que ça, ils mettent pas, parce que pour eux, y a pas de certitude. Et moi je l'écris, de façon à ce qu'on voie, soit que j'ai interrogé l'intéressé et que lui il me dit que non et franchement, j'ai des doutes. Je trouve qu'après, c'est comment on l'écrit, parce qu'après effectivement, notre dossier, ça peut être les Assises, pour de nouveaux faits, ou y a un incident. Moi je pense qu'on peut écrire beaucoup de choses. Il suffit... il faut faire juste attention à comment on l'écrit quoi. Si c'est « monsieur est alcoolisé », je prends cet exemple-là, c'est plus euh... c'est peut-être arrivé aussi, parce que je pense toujours au fait qu'on n'est pas toujours là, qu'on est un certain nombre de gens à tourner en permanence. Je mets « agressif ; agacé par tel type de question » ou ça m'arrive de mettre « monsieur m'a laissée particulièrement mal à l'aise ». Et en général, je développe, je développe. Il m'arrive de mettre « je ne sais pas pourquoi ». Quand j'écris quelque chose comme ça et que je sais pas l'expliquer, je mets, sinon je l'écris pas. En général je mets « je sais pas pourquoi » ou « a évoqué ça et ça » ou alors « l'entretien a mal fini ». Ça je le mets aussi « a claqué la porte. Je l'ai mis dehors pour telle et telle raison » ou « l'entretien s'est pas bien passé à partir de ce moment-là, soit j'ai évoqué tel sujet, soit je sais pas pourquoi. J'ai pas compris » (CPIP).

« Idéalement, il faudrait que je reprenne mes notes à chaque fois, et que je choisisse vraiment ce que je mets, ce que je ne mets pas, sachant qu'en plus, on a toujours cette incertitude de ce qui sera fait des dossiers. Si ça sera récupéré, comment le mot que j'ai mis là pourra être interprété ? En même temps, ça me soûle d'être dans une paranoïa d'une éventuelle récurrence et que oui, j'aurai un interrogatoire. Tout ça je sais et en même temps, je n'ai pas envie de vivre dans cette angoisse-là, professionnellement parlant je veux dire, donc je reste convaincue que c'est plus intéressant de faire des entretiens dans les démarches, que de faire des notes parfaites. [...] À l'écrit, un rapport aura plus une dimension d'analyse que ce que

*vous trouverez dans mes notes. Et puis des fois quand même, dans mes notes je peux mettre des choses comme « elle paraissait pas bien aujourd'hui » ou « elle est énervée », des choses, plus de l'ordre... voire, de temps en temps, je le mets rarement, mais un ressenti si vraiment moi j'ai... j'ai... parce que pour détecter des personnalités vraiment perverses, faut quand même tenir compte de son ressenti. Donc si vraiment moi je ressens un truc comme ça, je peux le noter. Par contre, j'évite de le mettre trop... mais j'ai une manière de le noter, qui va me permettre de pas oublier. Pour moi, mais ça, ça sera pas dans le rapport. Parce que je me permettrais pas... ça reste... Donc voilà la différence » (CPIP).*

Ayant toujours en tête une saisie potentielle du dossier, beaucoup évitent cependant les appréciations personnelles, subjectives, *a fortiori* dans les rapports adressés au JAP. Anticipant une mauvaise interprétation du juge au préjudice de la personne et/ou des reproches qui pourraient leur être adressés en cas de récidive effective, ils s'interdisent d'inscrire sur papier ce qu'ils considèrent être du « ressenti », privilégiant des informations factuelles, objectives. Ils notent éventuellement d'autres observations plus qualitatives dans un document ou un carnet qui n'est pas laissé dans le dossier, voire utilisent des termes codés qu'eux seuls sont capables de décrypter. La rétention d'informations opère encore davantage sur le logiciel APPI, même si les JAP n'ont qu'un accès restreint aux informations saisies, car l'informatisation accentue les craintes d'une surveillance et d'un contrôle hiérarchiques<sup>652</sup>.

*« Je fais très attention... enfin, très attention... Globalement, je fais attention à ce que je mets dedans. Je suis méfiante. C'est une histoire ; je suis ancienne dans la fonction. J'ai été sous l'autorité de juges. J'ai vu des avocats ou des procureurs venir et puis prendre le dossier et lire dedans. Donc il est hors de question que j'y mette des choses... que j'y mette mes doutes ou que j'y mette mes questionnements ou des choses... enfin, je mets du concret quoi. [Et vos doutes ou vos questionnements, c'est des choses que vous formalisez dans certains rapports au JAP notamment ou que vous ne formulez pas du tout ?] (silence). Euh... je formule pas mes doutes, non. Je trouve une formulation pour dire qu'il est pas... qu'il a pas... enfin, qu'il y a encore du travail à faire, mais je dis pas « j'ai l'impression qu'il reboit un petit peu ». Ça, je le marque pas, parce que le juge pour le coup... Mon impression à moi, c'est que si je mets ça, jamais il accordera des choses qui au contraire pourraient faire avancer » (CPIP).*

*« Après, il y a plein d'éléments sur le ressenti que je ne note pas quoi, que je ne note pas, parce que ça reste du ressenti et ce sont des choses qui ne sont pas très... [Vous notez pas du tout ? Vous avez vos petites notes personnelles...] Ah mais j'ai un cahier des fois (rire). J'ai un cahier sur lequel je note des choses. [C'est juste pour vous ?] Oui, oui, pour moi » (CPIP).*

*« On ne peut pas tout noter. Enfin, moi je ne note pas tout. Y a des choses que je garde. Ce qu'il y a aussi c'est que c'est un genre de contrat qu'on a... que j'ai avec le proba. [...] Donc il y a des éléments qu'on peut mettre et des éléments qu'on préfère garder, mais qu'on peut évoquer avec les collègues mais tout doit pas... Parce que de toute façon, le juge peut mettre le nez, peut demander ça. Les forces de police aussi peuvent avoir accès au dossier. Il peut y avoir différentes personnes et c'est pas nécessaire que ce soit inscrit » (CPIP).*

Au titre des précautions prises par les agents pour éviter toute mise en cause ultérieure, le SPIP et la direction de l'établissement pénitentiaire signaleraient parfois les individus considérés comme dangereux à la préfecture en amont de la libération, sans que nous soyons en mesure de déterminer si cette procédure est antérieure ou postérieure à la loi du 15 août 2014. Désormais, l'article L132-10-1 du Code de la sécurité intérieure autorise en effet l'information du préfet par le biais des états-majors de sécurité<sup>653</sup>, « des personnes condamnées sortant de détention, désignées 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 ». L'article R132-6-1 du même code précise que le procureur de la République désigne les personnes visées après avis favorable du juge de l'application des peines. Cette disposition a été contestée par les syndicats de la magistrature (SM) et des avocats de France (SAF) dans

<sup>652</sup> Larminat (de) X., « La technologie de mise à distance des condamnés en France. La centralisation informatique des données socio-judiciaires », *op. cit.*

<sup>653</sup> Gautron V., Retière J.-N., « L'implication des juridictions dans les dispositifs locaux de coproduction de la sécurité », in Danet J. (coord.), *La réponse pénale. Dix ans de traitement des délits*, Rennes, PUR, octobre 2013, 365-400.

le cadre d'une question prioritaire de constitutionnalité<sup>654</sup>. Si le Conseil Constitutionnel ne s'y est pas opposé, car les objectifs visés correspondraient à « *un objectif d'intérêt général* », il a considéré que le législateur n'avait pas suffisamment délimité les contours de tels échanges, de manière à ce qu'ils ne portent pas une atteinte disproportionnée au droit au respect de la vie privée. Le législateur a donc modifié les textes applicables dans la loi n°2017-258 du 28 février 2017. Désormais, les JAP et les SPIP peuvent transmettre des informations liées « *au comportement de ces personnes en détention et aux modalités d'exécution de leur peine qu'ils jugent utiles au bon déroulement du suivi et du contrôle de celles de ces personnes dont le comportement est susceptible de constituer une menace pour la sécurité et l'ordre publics* » (art. L. 132-10-1 CSI).

*« Moi qui étais très brouillon et très bordélique, je note plus, ça c'est sûr. Maintenant, quand on pense qu'il y a une dangerosité, on fait, on demande un rapport commun, avec la direction de l'établissement, un rapport à la préfecture. [À la préfecture ?] Oui, préfecture et parquet. [Avant la libération ?] Avant la libération, pour dire que la personne est dangereuse. C'est un rapport commun, qui est fait, préfet et parquet, sous un double égide, SPIP/direction de l'établissement, qui couvre, très franchement. On dit « monsieur il sort de taule, mais c'est une bombe ». Voilà, on le dit. [...] Tout le monde a voulu se couvrir et maintenant on dit, si machin est dangereux, on va te faire un petit rapport. C'est terrible de dire ça. [Et ça, c'est systématique ?] S'il y a une dangerosité. Non, c'est rare mais... [C'est vraiment pour les individus...] Très très dangereux oui » (CPIP).*

## **B- L'analyse du passage à l'acte : une dimension omniprésente mais complexe**

Les missions et les pratiques des agents de probation sont encore, en milieu ouvert, imprégnées de la philosophie de l'amendement moral, l'expression d'authentiques sentiments de culpabilité et d'empathie envers la victime étant perçus comme le gage d'une bonne réinsertion. Au sujet de la probation en général, Xavier de Larminat note ainsi que « *La logique de responsabilisation vise plus encore à faire endosser explicitement par le justiciable le discours que l'institution a construit pour lui. Il est notamment attendu qu'il exprime des remords vis-à-vis de l'infraction commise et témoigne d'une certaine forme de compassion à l'égard des éventuelles victimes. Faire profil bas et se conformer aux attentes de l'agent de probation ou du JAP – ne serait-ce que pour donner le change et faire illusion – est considéré comme un signe probant de maturité et de responsabilité. À l'inverse, le fait de reconnaître les faits, mais d'assumer le poids de ses actes sans manifester de regrets apparents est généralement perçu comme un indice révélateur du fait que la prise de conscience ne serait pas totalement aboutie* »<sup>655</sup>. Pour autant, questionner le passage à l'acte à l'occasion de leurs échanges avec les condamnés est loin d'être évident et naturel, surtout dans l'hypothèse de SSJ précédés de longues années de détention. Les faits peuvent être anciens, voire très anciens. Ils ont par ailleurs été abordés à de multiples reprises au fil du processus pénal, de la garde à vue à la fin de l'exécution de la peine privative de liberté, par des policiers, des magistrats, des experts, des thérapeutes et des agents de probation, auxquels vont s'ajouter des médecins coordonnateurs.

*« La particularité des suivis SSJ, c'est que le SSJ... le SSJ intervient la plupart du temps, après une longue peine de privation de liberté. Euh... donc après des faits qui ont été commis il y a un temps certain. S'il s'agit de crime, viol, etc., ils ont généralement passé 7 ou 8 ans, voire 10 en prison. Si on ajoute à cette période la durée de l'instruction, les faits peuvent remonter à 12 ans, alors qu'en matière de mise à l'épreuve, on est sur des choses beaucoup plus récentes, de l'ordre de 3-6 mois désormais. Ben, ça change beaucoup de choses, parce que justement, dans la difficulté à aborder des faits pour nous, qui se sont déroulés depuis autant de temps, c'est plus compliqué, parce que on peut imaginer que ça a déjà été envisagé... depuis le temps » (CPIP).*

<sup>654</sup> Medjkane M., « À propos du partage d'informations entre autorités administrative et judiciaire », *AJ Pénal*, Dalloz, , 2017, n° 4, 198 et s. ; Gautron V., « Les mesures de sûreté et la question de la dangerosité : la place des soins pénalement ordonnés », *op. cit.*

<sup>655</sup> Larminat (de) X., « Un continuum pénal hybride », *Champ pénal/ Penal field* [En ligne], Vol. XI | 2014, mis en ligne le 18 novembre 2014. URL [<http://champpenal.revues.org/8965> ; DOI : 10.4000/champpenal.8965].

Il faut par ailleurs ajouter à la fréquence du *turnover* des thérapeutes et des médecins coordonnateurs de réguliers changements de CPIP, inéluctables en raison de la longueur de ce type de mesure, des déménagements des condamnés et des mutations des professionnels, sans compter une réorganisation éventuelle du service. Si cette succession d'agents référents pose des difficultés, elle peut parfois s'avérer nécessaire. À l'instar des professionnels de santé concernant les soins (v. *supra*), les CPIP doutent de leur capacité à mobiliser le condamné sur de si longues périodes et s'inquiètent de leur propre essoufflement au fil du temps<sup>656</sup>.

*« De deux choses l'une, soit il s'agit d'un tout début de mesure de suivi socio-judiciaire, où je suis le premier à intervenir, soit ce sont des dossiers qui ont déjà été suivis par d'autres personnes donc c'est quand même une prise en charge en cours. C'est quand même assez fréquent, parce que vu la durée de ces suivis socio-judiciaires, qui peuvent aller jusqu'à... oui, 20 ans, même plus, je sais plus trop. Enfin très souvent, c'est quand même de l'ordre de 10 ans, 10-15 ans oui, ben les personnes peuvent être amenées à déménager pendant cette période-là. Et puis même, au niveau de l'organisation des services fait que, y a changement, trop souvent, mais quelquefois c'est incontournable, de CPIP. Pour ceux qui sont nouveaux, c'est quand même les dossiers les plus intéressants, quand on les prend dès le départ » (CPIP).*

*« C'est aussi une des conséquences du temps, la question du SSJ, c'est la question de la durée. Qu'est-ce que suivre quelqu'un pendant 20 ans ? La question c'est, à un moment donné, comment on peut faire en sorte que on change de CPIP et de référent ? Mais comment ça se passe ? C'est-à-dire, comment on s'inscrit malgré tout dans une continuité, tout en changeant de CPIP ? [...] Est-ce qu'on décide que tous les 5 ans on change ? Ou bien on dit, au bout de 3 ans, si un CPIP veut, il vient et puis on voit au niveau de la CPI. Donc ça nécessite toute une réflexion, un partage et la mise en place d'une procédure. Le problème c'est quand on a la charge de travail que l'on a. Ça malheureusement, c'est un luxe qu'on n'a pas quoi » (DPIP).*

*« Sur des mesures aussi longues oui. Je ne vois pas... j'aurai pas trop l'occasion d'y être confronté mais je me verrais pas conserver des situations ; là où ils ont encore 10 ans quoi. Quand bien même je resterais dans ce service-là, je pense que ça serait très compliqué pour moi, de conserver des suivis pendant 10 ans, les mêmes personnes. Ah oui, très certainement oui. [À quelles difficultés vous seriez éventuellement confronté dans le temps ?] La difficulté de n'attendre plus rien, d'avoir fait le tour de la situation, et en fait, de n'être confronté qu'à du contrôle pur et simple quoi. Je convoquerais ces personnes-là « qu'est-ce que vous faites ? ». Ça m'intéresse pas. Ça m'intéresse pas et puis, le temps passant, et cet essoufflement et ma difficulté à donner du sens, et ma difficulté à donner du sens, donc l'essoufflement » (CPIP).*

Chaque agent nouvellement nommé se trouve dès lors face à un condamné qui a bien souvent répété à d'innombrables reprises sa trajectoire biographique, ainsi que les détails des faits qui lui ont été reprochés. Tous ont bien conscience du caractère contre-productif de ce dévoilement répétitif de l'intime, d'événements de vie et d'actes pour lesquels ils éprouvent fréquemment de la honte. Il générerait diverses réactions des justiciables : agacement, énervement, production d'un discours construit, plaqué, identique pour chaque interlocuteur.

*« Comme ces suivis socio-judiciaires peuvent être très longs, on peut avoir des changements d'agent de probation, mais aussi dans les CMP... C'est vachement compliqué pour eux. Des fois ils me disent « j'ai vu cinq personnes ». [...] Je me doute que c'est pas simple et puis surtout sur des gens très tordus, vous pouvez avoir un triple discours, un quadruple, un quintuple discours, enfin... (CPIP).*

*« C'est contre-productif, c'est pour ça que le travail à mener, c'est bien quand c'est dans la continuité. C'est-à-dire que si vous suivez quelqu'un pendant 5 ans, vous partez en mutation, moi je le récupère. Il est évident que ce qui est contre-productif, on revient à la même chose, c'est de lui dire « alors monsieur, vous vous appelez... vous avez quel âge ? Vous êtes marié ». Le mec il dit attendez, ça fait 5 ans... Donc la continuité, le travail sur la continuité, c'est comment faire en sorte qu'on ne revienne pas là-dessus. Mais qu'on s'inscrive dans une dynamique qui est mise en place. [...] Comment effectivement, donner l'impression à la personne qu'il y a une continuité ? Qu'on saucissonne pas et surtout qu'on intègre comme positif le parcours qu'il a déjà fait » (CPIP).*

---

<sup>656</sup> V. également Alvarez J., Gourmelon N., *op. cit.*, 170.

« C'est un peu agaçant à mon avis, pour certains, de répéter toujours la même chose. Mais c'est pour ça que lire la biographie faite par le psy, souvent c'est bien utile, parce qu'elle est complète. Dans les derniers rapports aussi, souvent on a les informations. Mais je suis pas très précise dans les questions que je vais poser à ce niveau-là, parce que je me dis que les informations elles doivent bien être dans le dossier, quelque part. Les questions que je pose, c'est juste pour leur montrer que je sais. Ils me l'ont dit, j'ai retenu. En fait, on retient mieux ce qu'on a posé comme questions, que ce qu'on a pu lire. Moi en tout cas. Mais c'est plus un confort. Mais je peux comprendre que soit agaçant pour eux, de répéter » (CPIP).

« Ça dépend des personnalités. Y a des gens, ça va pas les déranger, ils déroulent leur truc... Y a des personnes, c'est insupportable quoi, de recommencer à chaque fois. Donc moi pour ça aussi souvent, c'est pour ça que je lis le dossier, pour pas faire d'impair, pas insister sur les enfants si finalement on se rend compte que les enfants ils ont été placés. Plutôt actualiser la situation [...]. Y a toujours une enquête de personnalité. Les enquêtes psychologiques reviennent aussi sur le parcours, la famille. Donc, ces informations-là, je les aurai assez facilement. [...]. Tout ce genre de choses qui apportent plus de choses sur la personnalité, sur les difficultés qu'il peut rencontrer, plutôt que le curriculum vitae. On l'a assez facilement, donc ça sert à rien [...]. Après quelquefois, ce qu'il y a, ce genre de questions anodines, ça peut permettre aussi de, ben de créer aussi le dialogue quoi. Parce que poser des questions de but en blanc, si on n'a pas déjà posé un petit peu de questions de ce genre avec quelqu'un qui parle pas, c'est un peu compliqué d'attaquer direct, en disant... Et puis, ça permet de tester. C'est-à-dire que par ce genre de questions, quand vous posez des questions sur l'identité, y a des personnes qui vont répondre juste la réponse et y a des personnes qui vont parler (CPIP).

« Ben moi je leur dit hein, « je vais reposer les mêmes questions mais ce sera de toutes façons, sous des angles différents puisque c'est... je vais pas jouer au flic, je vais pas vous faire toc, toc, toc. Ce sera pas comme au procès, où vous allez être obligé de redire quelque chose, mais pour prouver autre chose. Là, c'est pour vous connaître. Vous me dites ce que vous voulez dire, ce que vous voulez pas dire. Moi j'ai besoin d'avoir certains éléments aussi ». Et je leur amène ça, en disant « comme je n'ai pas les rapports, moi j'ai besoin de l'entendre de votre bouche. Moi, ce qui m'intéresse, c'est ce que vous vous en dites. C'est ce que vous dites de vous. Et vous êtes pas obligé de tout dire aujourd'hui. On a le temps ». Mais c'est vrai que ça aussi, c'est le côté lourd et c'est pour ça qu'on évite de les balader à droite, à gauche. Ça fait répéter toujours la même chose » (CPIP).

À moins que le justiciable les évoque spontanément, certains CPIP évitent donc d'aborder les faits à l'origine de la condamnation dès le premier entretien.

« C'est un peu lourd, enfin. C'est pour ça que moi j'insiste pas au premier entretien là-dessus. Je leur laisse un peu de marge de manœuvre, enfin de choix dans le moment où ils vont le dire, parce que je trouve ça... En plus, en ayant travaillé en détention, on voit bien le nombre de fois incalculable où ils ont reparlé de tout ça. En plus, y en a qui le répètent sans problème mais c'est tout construit, donc c'est d'un intérêt moyen. Autant attendre un petit peu et avoir d'autres choses » (CPIP).

Cette première rencontre donne certes lieu à une explication du cadre judiciaire, des interdictions et obligations attachées à la mesure, mais les agents cherchent en premier lieu à nouer le contact, pour permettre l'émergence progressive d'un rapport de confiance. Reparler immédiatement de la condamnation serait prématuré, ces agents se concentrant plutôt sur les difficultés pratiques des condamnés à la sortie de détention, sur le plan de l'insertion et de l'hébergement. Ils semblent d'autant moins pressés d'aborder précisément les faits que la longueur des suivis laisse amplement le temps d'y revenir.

« Pour ce qui est des faits, c'est plus compliqué d'aborder ça immédiatement. Y a plus de matière. On fait connaissance. Ouais, ouais. Mais je pense que ce qui nous permet de tenir dans la durée... enfin, bizarrement, c'est qu'on va pas... on va rarement jusqu'au bout. » (CPIP).

« Surtout pas [dès le premier rendez-vous]. Surtout pas, sauf si la personne a très envie de dire. Ou commence très fort en disant « Moi, dans cette histoire-là, j'y suis pour rien ». On peut pas laisser ça comme ça. On parle déjà un peu mais... » (CPIP).

« Je parle rarement des faits, parce que j'estime que on a le temps et que, de prime abord, comme ça... enfin, je trouve que c'est important d'abord d'installer la confiance... Enfin, de créer de la confiance c'est

beaucoup dire, mais une relation en tout cas, parce que, de les prendre à froid quand ils sortent de 5 ans, 10 ans, 15 ans d'incarcération, qu'ils ont raconté 15 000 fois leur histoire, enfin, c'est lourd. Enfin, j'imagine quoi [...]. Quelquefois, ça vient spontanément. Les personnes ont spontanément besoin... voilà, mais quand ça vient pas spontanément, je considère qu'on a le temps d'y revenir. Moi, ce que je trouve important surtout quand il y a eu une incarcération longue, c'est déjà de parler de la situation actuelle, de voir est-ce qu'ils ont des difficultés sur le plan social, au niveau du logement, au niveau de toutes les démarches administratives, parce que souvent, ils sont un petit peu perdus dans toutes les démarches entre le compte bancaire, entre la carte de bus [...]. Donc déjà, premier entretien, c'est prise de contact et puis tout ce qui est pratico-pratique quoi. On parle aussi des obligations. Je leur mets pas de suite la pression en disant « l'indemnisation... ». Y a plein de choses à régler avant [...]. Moi, vraiment, le premier entretien, c'est prise de contact, expliquer comment ça va se passer aussi. Réexpliquer, s'ils n'ont pas bien compris, le médecin coordonnateur qui c'est, le psy qui c'est. [...] Établir un premier contact, régler les questions pratico-pratiques, parler un petit peu de leur situation familiale, si ils veulent. Je pense que ça sert à rien non plus d'aller au-delà, parce que voilà, ça va durer. Il va falloir qu'on ait des choses à se dire pendant longtemps hein. Donc, on a le temps » (CPIP).

« Y en a certains, c'est parce que c'est lui qui m'en parle déjà [des faits], dès le départ, mais je trouve que c'est assez refroidissant. Ça freine [...]. Pour la prise de contact, c'est un peu limite. C'est un peu trop agressif limite un peu « purée, je suis de nouveau au procès ». Et ça, comme c'est un moment qui a été très très violent, quel que soit le probationnaire. Le moment du procès est très très violent. On en parle aussi, on parle de la détention aussi. Donc j'évite, sauf s'il m'en parle directement [...]. Je sais qu'il y a des collègues qui prennent les faits, enfin, qui mettent les pieds dans le plat comme moi j'appelle, dès le premier entretien. Le plus important, c'est de créer la relation. Le premier entretien est primordial. C'est de lui que dépendra la suite. Donc si je prends déjà la personne à rebrousse-poil... [...]. Si on commence d'un mauvais pied, ça va pas le faire quoi. D'une, le travail pourra pas se faire, et de deux, on ira tous les deux en traînant les pieds, chacun de notre côté. Lui c'est plus facile, il dit « j'y vais pas », que moi j'y suis donc quand on me dit « il est là » je vais pas dire « j'y vais pas ». Même si des fois on le pense » (CPIP).

« La première étape de la prise en charge est d'établir une relation positive avec Monsieur... en valorisant ses démarches administratives, professionnelles et médicales. Les convocations au SPIP sont mensuelles » (rapport semestriel du CPIP, D29).

« Mr... est une personne réservée, qui s'ouvre progressivement pendant les entretiens. Il a besoin de se sentir en confiance vis-à-vis de l'autre pour parler de lui. Il est donc nécessaire de s'adapter à son rythme et de ne pas précipiter les choses » (rapport semestriel du CPIP, D35).

« Le suivi est relativement récent et la fin de la mesure très lointaine. [Le dossier devant être prochainement réaffecté], nous nous sommes volontairement limitée lors des entretiens au contrôle strict du respect des obligations. En effet, lors de la notification de ses obligations, Mr avait fait état, devant le JAP, de la difficulté qu'il avait eu en détention pour créer une relation de confiance et travailler sur son passage à l'acte. Nous n'avons que très peu évoqué avec lui les faits » (rapport semestriel du CPIP, D53).

« Se montre très amer envers la justice, la pénitentiaire mais correct pendant l'entretien. [...] Il se montre ouvert au dialogue et capable d'une certaine remise en cause de son comportement. S'il reconnaît une certaine impulsivité, il dit que la détention l'aurait "changé" et qu'il arriverait mieux à se maîtriser... Mais le suivi est trop récent pour se prononcer sur sa réelle évolution [...] Les premiers entretiens ont surtout permis une mise en confiance pour permettre au suivi de s'installer dans la durée » (notes du CPIP, D57).

« Mr... est gêné de parler des photos pédopornographiques. Il est ok pour en parler plus tard, "quand il sera plus en confiance" » (notes manuscrites du CPIP à l'issue du premier entretien, D86).

Comme le dévoile ce dernier extrait, quelques CPIP indiquent toutefois évoquer les motifs de la condamnation et questionner le condamné dès la première rencontre, mais le plus souvent très brièvement, pour « fixer le cadre », pour « tâter le terrain » sans nécessairement approfondir immédiatement le sujet.

« [Est-ce que le positionnement par rapport aux faits, c'est quelque chose qui revient régulièrement dans vos entretiens ?] Ah, on en parle souvent. Particulièrement pour les SSJ. Pour les SSJ et particulièrement pour les AICS. [C'est quelque chose que vous évoquez dès le premier entretien ou qui vient au fur et à mesure ?] Dès le premier. On fixe le cadre et voilà, on parle de ce qu'il a fait, pourquoi il est là et je reviendrai, au fur et à mesure des entretiens, pour creuser un peu, pour voir s'il y a un changement et puis, s'il y a eu des tentations » (CPIP).

« Assez vite quand même. Peut-être pas le premier, quoique, souvent si quand même, mais oui, on aborde les faits rapidement. Parce que pour moi, les premiers entretiens sont les plus importants. Après, c'est là qu'il va... Peut-être pas le premier entretien, parce que c'est vrai que c'est l'entrée en relation avec la

*personne et qu'il faut vraiment qu'elle soit à peu près à l'aise, parce que c'est pas évident de parler de tout ça. Mais très vite oui, quand même » (CPIP).*

Face à un véritable déni, un agent nous a indiqué procéder parfois à la lecture du jugement.

*« [Au premier rendez-vous] je lui demande est-ce qu'il sait pourquoi il a un suivi socio-judiciaire. Donc j'attends une réponse mais je rappelle pas les faits en début de mesure, en disant « vous êtes en suivi socio-judiciaire parce que vous avez commis des faits... », je dis « vous avez un suivi socio-judiciaire qui est une mesure longue », ce qu'il encourt, mais après je demande à la personne si elle sait pourquoi y a un suivi socio-judiciaire. Et là, ça éclaire pour beaucoup. Ou y en a beaucoup, ils ont fait des années de détention derrière. C'est difficile de reparler... Y en a qui disent « je sais pourquoi. C'est dans la continuité de ma peine d'emprisonnement ». Y en a qui refusent d'en parler « J'ai déjà beaucoup parlé de ça » ou ils ont déjà fait un travail parce qu'ils ont déjà eu un suivi à l'intérieur de la prison. Ils ont déjà parlé x fois des faits ; ils veulent pas en parler. Donc moi des fois, pour certains, quand je sens que... quand j'ai lu les rapports précédents et que j'ai été plus ou moins éclairée par les rapports précédents de détention, je relis un peu le jugement. Je lis pas tout hein, je lis une partie du jugement, pour rappeler aux gens, et des fois ça se passe mal. Des fois ça se passe mal, parce qu'elle a l'impression de revivre le jugement. C'est terrible mais voilà. Je le fais pas pour tout le monde. Je le fais vraiment par rapport aux personnes que j'ai vues, qui ont été dans le déni pendant toute la détention et qui considèrent qu'ils ont déjà fait un travail sur eux, que la détention a fait que voilà, les choses se sont aguerries entre guillemets. Je relis et ça détermine pas mal de choses après » (CPIP).*

*« Reste peu bavard par rapport aux faits. Se braque dès que j'insiste. Dit que les faits son anciens et qu'il en a déjà beaucoup parlé. Lui fait remarquer que l'on est dans un cadre judiciaire et que c'est normal d'en parler avec lui puisque je ne le connais pas. Réponse : "si on en parle à chaque fois, cela ne va pas le faire". Elle était consentante au début, je n'étais pas le premier. Lui fait remarquer qu'il avait un rapport d'autorité sur elle : "je ne voyais pas les choses de cette manière". "J'ai fait une grosse connerie, j'ai payé ma dette". Lui fait remarquer qu'il a encore une mesure judiciaire » (notes manuscrites du CPIP à l'issue du premier entretien, D94).*

En toute hypothèse, le suivi ultérieur ne pourrait faire l'impasse sur l'évocation des faits, et ce dans une temporalité malgré tout relativement brève, avec des rappels plus ou moins réguliers selon le profil et le positionnement de l'intéressé, même si le sujet semble moins présent au fil du temps. Les agents disent généralement saisir des « fenêtres d'opportunité », lorsque les faits sont évoqués par le condamné lui-même, même à demi-mot.

*« C'est pour ça qu'il faut en parler mais il faut trouver les occasions. Moi je vais pas parler tous les mois à quelqu'un des faits ou lui remettre des faits sous les yeux. Pourquoi il est là, pourquoi il vient me voir, pourquoi il est venu là et au SPIP tous les mois ? Ça, je pourrais pas » (CPIP).*

*« Il faut que ça vienne assez vite quoi. On va peut-être aborder ça dans les trois premiers, quatre premiers, cinq premiers entretiens mais... voire même dès le deuxième, voire même dès le premier. Pas souvent quand même » (CPIP).*

*« Je les reprends pas à chaque entretien. Je les reprends pas pendant 20 ans sinon ça n'a plus de sens, forcément [...]. C'est au feeling en fait. Y a une mini trame mais y a aussi beaucoup de feeling et beaucoup de « sur le moment » [...]. J'évoque toujours les faits, au moins à un moment ou à un autre. Plus ou moins abruptement, en fonction de ce qui se passe, de la personne aussi » (CPIP).*

*« Comme je l'ai dit, le premier, je laisse venir, mais ça vient quasiment tout le temps ; dès le début ils en parlent, mais j'oblige pas à venir là-dessus au premier entretien. Par contre, si c'est pas venu au premier, au deuxième oui. Oui, je pense que c'est indispensable. Après, c'est pas systématique parce que aussi, il y a... il faut beaucoup de temps. C'est très long, donc moi je reviens pas tout le temps, tout le temps sur les faits. Après, ça dépend aussi de ce que dit le médecin coordonnateur. J'ai un monsieur là, on arrive presque à une dizaine d'années, pas loin. Ben voilà, on va plus sur les faits. De temps en temps, mais c'est incidemment, c'est pas... je systématise pas ça » (CPIP).*

*« Ça dépend des gens en fait hein. On voit bien qu'il y a des gens qui en ont marre et que ça bloque plutôt qu'autre chose. Je dirais qu'au premier entretien, le fait de pas les aborder, on distingue, alors c'est pas systématique, c'est pas l'idée de mettre les gens dans des cases, mais je trouve que parfois on distingue,*

*soit des gens où on sent qu'ils sont presque prêts à en parler. D'ailleurs, certains en parlent. Et puis parfois on sent, que c'est douloureux, qu'il y a de réels regrets, on sent que c'est compliqué, soit qu'ils estiment, ok, ils reconnaissent ça, pas ça, soit ils se sont toujours pas remis de ce qu'ils ont fait, soit... enfin bon. Mais ils y vont d'eux-mêmes. [...]. Parfois je me dis « mais qui je suis pour aller les emmerder là-dessus ? ». [...]. L'idée, c'est pas d'y revenir abruptement justement » (CPIP).*

L'attention portée au positionnement du condamné quant aux faits commis, à son rapport aux victimes en particulier et à l'altérité en général, ressort également des rapports d'évaluation que les CPIP adressent plus ou moins régulièrement aux JAP, comme des appréciations inscrites dans leurs dossiers. Tous n'y accordent cependant pas la même importance, ou du moins ne jugent pas utile d'en faire précisément état dans leurs écrits professionnels. Aucune précision sur ce point n'apparaît dans 33 dossiers, mais notre enregistrement ne portait précisément, rappelons-le, que sur les écrits produits les six premiers et six derniers mois (au jour de l'étude) du suivi. Nous ne pouvons en déduire que le sujet n'a pas été abordé en entretien, mais seulement qu'ils ne considèrent pas ces éléments comme un indicateur d'évolution devant être systématiquement adressé au JAP, à chaque rapport de suivi. S'agissant des rapports incluant au contraire des appréciations sur le sujet, celles-ci ne reposent généralement pas sur une division binaire, opposant reconnaissance totale et déni. Nous avons eu l'occasion de préciser dans la première partie de l'étude que l'ensemble des professionnels se disent prudents quant à l'interprétation de leur discours. Du fait des enjeux judiciaires, certains peuvent présenter des remords « de façade », « ambigus », témoignant d'une prise en compte artificielle des souffrances des victimes (v. *supra*). D'autres peuvent au contraire se maintenir dans le déni parce qu'il leur est psychologiquement impossible de supporter cette mise en mots. À l'occasion de leurs entretiens, les CPIP tentent dès lors de décrypter leurs propos sur les faits et les victimes, mais également d'interpréter leurs réactions lorsqu'ils se décident à leur poser des questions sur le sujet (silence, énervement, refus de répondre, pleurs, etc.). Ils cherchent à mesurer, avant d'en rendre compte au magistrat mandant, l'authenticité des sentiments de culpabilité, de honte, de regret et d'empathie envers la victime, ou au contraire d'éventuelles tentatives de banalisation, de minimisation, de déresponsabilisation. Il est souvent question de condamnés qui se réfugieraient derrière l'alcool pour expliquer le passage à l'acte. Parmi les autres événements mobilisés au titre de facteurs explicatifs, réels ou supposés, on retrouve également dans quelques écrits des relations conjugales compliquées ou un contexte de séparation, des difficultés professionnelles, des problèmes sexuels, un sentiment de rejet de la part des femmes, des violences sexuelles subies par l'auteur, etc.

« Aborder les faits est toujours un moment difficile. Monsieur... se met dans une posture de fragilité et se met à pleurer afin d'éviter le sujet ». « Lors des entretiens, il était difficile d'évoquer les faits valant condamnation. Il se mettait parfois à pleurer. Les rares fois où nous avons pu échanger sur les faits et notamment la récidive, Monsieur... avait expliqué ne pas avoir intégré le caractère transgressif de ses actes. La deuxième condamnation et incarcération lui avait permis de comprendre ce qu'il avait fait. Il paraissait mettre un point d'honneur à "rester dans ses bottes". Il ajoutait fuir les situations à risque par peur d'être submergé par les émotions » (rapport semestriel du CPIP, six premiers mois). « Remet en question sa responsabilité dans les faits (victime d'un "destin") » (notes manuscrites du CPIP, six derniers mois, D3).

« Il a ajouté "je ne savais pas que ce n'était pas bien. [Co-auteur] nous a entraîné. Elle ne nous a pas montré qu'elle n'était pas consentante". Y allait à tour de rôle. "C'est bon, j'ai été jugé j'ai compris..." (notes manuscrites). « Au niveau des faits : "Il faut faire avec"... "Je sais que c'est grave mais il y a plus grave. Il y en a qui l'ont vraiment violée..." ». Lui rappelle sa condamnation et lui rappelle la définition du viol. Il s'agit d'un crime. Remplace également la place de la victime mais ne semble pas avoir de reconnaissance. "Dans le quartier, les grands le font donc les petits aussi...". Pour lui, il s'est donc fait influencer et semble se cacher derrière son innocence. Or, il avait tout de même 16 ans au moment des faits » (notes manuscrites). « Positionnement vis-à-vis des faits commis : Mr... manifeste très peu de culpabilité vis-à-vis des faits commis et peu de reconnaissance envers la victime. Il ne semble pas mesurer la gravité des faits qui lui sont reprochés. Il a ajouté "Il y a plus grave...". Mr... explique avoir été influencé par ses fréquentations et a tendance à se réfugier derrière une certaine naïveté. "Je ne savais pas que ce n'était pas bien..." » (rapport ponctuel du CPIP, D8).

« Sa tendance à minimiser les faits semble toujours d'actualité, mes questions par rapport aux faits, au regard qu'il y porte actuellement dérange visiblement qui plus est dans un contexte où tout va si bien (*sic*)... voire trop bien. Il est beaucoup plus facile d'occulter les faits et sa responsabilité » (rapport ponctuel du CPIP, D9).

« Concernant les faits, il est assez difficile d'en parler avec Monsieur..., celui-ci évitant le sujet. Pour autant, lorsque nous y arrivons, son discours est plutôt rassurant et il semble conscient de la gravité de son acte. Il semble également conscient de l'influence du groupe dans les faits commis. Par ailleurs, il n'a pas, semble-t-il, une image de la femme dévalorisée » (rapport semestriel du CPIP, D10).

« Concernant les faits, il a ajouté "j'ai fait une très grave connerie, je vais respecter toutes personnes que j'ai en face de moi", "je n'arrive pas à accepter ce que j'ai fait ». « Explique qu'il en est arrivé là car il n'avait plus de relations avec sa femme. Ne se pardonne pas ce qu'il a fait. Il sait comment ça s'est produit mais ça n'excuse pas ce qu'il a fait subir aux victimes. Reparle de ses

pannes sexuelles. => "De toute façon, je n'ai pas pénétré les victimes, mais c'est quand même un viol » (notes manuscrites, six premiers mois). « Monsieur... a évolué positivement depuis le début du suivi. Il s'ouvre de plus en plus et arrive désormais à parler des faits avec une certaine analyse des événements passés, actuels et futurs. Il est désormais capable d'évoquer les victimes, leur ressenti. Il explique ne plus être l'homme qui est passé à l'acte ». « Il évoque spontanément les faits lui ayant valu condamnation. il revient sur son passage à l'acte. Les explications sont invariablement les mêmes » (Rapport semestriel du CPIP, six derniers mois, D16).

« Monsieur reconnaît les faits d'agressions sexuelles sur sa belle-fille. Il évoque une période difficile (arrêt de travail lié à une dépression), des relations conflictuelles au moment des faits avec sa compagne associées à une consommation de cannabis, d'héroïne et d'alcool. Il éprouve un sentiment de forte culpabilité et il lui est difficile de mettre des mots sur le passage à l'acte. Il poursuit l'accompagnement psychologique dans l'objectif de comprendre ses actes » (rapport semestriel du CPIP, six premiers mois, D20).

« Concernant les faits, il évoque de nouveau ses alcoolisations répétées lors des passages à l'acte. Il semble important de revenir sur son appétence lors du prochain entretien » (notes du CPIP). « Sur les faits, et bien qu'il décrive ses actes comme ridicules et précisant ponctuellement qu'"on ne peut pas tout mettre sur le dos de l'alcool", Monsieur... se cache malgré tout et plus souvent derrière l'alcool pour expliquer son geste. Il dit avoir bu avec sa petite amie du moment. Ils se sont amusés et monsieur a commis les faits. Cependant lorsque nous le renvoyons au fait commis le jour suivant, Monsieur ne nous répond pas. Il admet avoir fait un acte "anormal" mais ne souhaite pas revenir dessus et préfère orienter l'entretien vers son problème d'addiction. Or, il conclut en déclarant qu'il pense régulièrement aux victimes » (rapport ponctuel du CPIP, D38).

« Le passage à l'acte et les faits qui sont reprochés à M... ont finalement été peu évoqués avec l'intéressé et restent plutôt mystérieux. Il s'agit de la seule condamnation de l'intéressé et s'il a reconnu tardivement les faits, il conserve une tendance à rendre sa fille... , à l'origine de la dénonciation, responsable de l'opprobre jetée sur lui et sa famille. Il est évident que M... conserve un sentiment de honte et qu'il cherche à se présenter comme un citoyen honnête, soucieux et inquiet de l'évolution de la société actuelle » (rapport de fin de mesure du CPIP, D45).

« Reparlons des faits : "ça a commencé en se chatouillant et ça a dérapé", c'est tout ce dont il se souvient, "j'ai été accusé de pédophilie, je sais plus vraiment", dit que si quelqu'un lui en parle négativement, l'accuse, il ne supportera pas ». « Conséquences sur la victime : aucune idée "n'a pas l'air d'être démoralisée" dit-il, sa fille l'a vu récemment. "J'ai payé ma dette, c'est tout". « Quid conscience des faits, leurs conséquences sur la victime ? très limitée » (notes manuscrites durant les six premiers mois). « Les discussions sur les faits, sa condamnation ont généralement vite "tourné court", Mr les minimisant, en reportant la responsabilité en ce qui concerne ses sœurs sur son père qui les a laissées seules. "J'ai payé ma dette, c'est tout" est sa phrase type pour clore le sujet. Notons qu'il n'a de toute façon probablement que très peu de capacités d'élaboration et d'introspection » (Rapport semestriel du CPIP, D52).

« Nous avons abordé avec Mr... les faits pour lesquels il a été condamné. Le discussion se tarit très rapidement puisqu'il n'a rien d'autre à dire que le fait qu'ils ont été commis sous l'emprise de l'alcool et "sans alcool, ça n'arrivait pas". Mr refuse tout autre angle de discussion sur ce sujet que l'alcool comme unique cause d'un passage à l'acte » (rapport semestriel du CPIP, six premiers mois). « Mr... se présente aux convocations du service et demande le report des RDV lorsqu'il ne peut pas être présent. La réflexion de Mr sur son passage à l'acte est toujours aussi limitée. Les entretiens se bornent à faire le point sur sa situation personnelle comme sociale qui évolue favorablement. Il est difficile d'aller au-delà » (rapport semestriel du CPIP, six derniers mois, D56).

« A un discours très clair sur les faits : "les victimes étaient jeunes", "la solitude, une distance sociale" (notes manuscrites). « Mr... ressent une honte et une culpabilité réelles en ce qui concerne les faits d'agression sexuelle. Il croit avoir compris son attirance pour les enfants (sincérité, absence de jugement, dévalorisation) » (rapport semestriel du CPIP, D73).

« Regrette que celui qui les a dénoncés n'ait pas été condamné. Ne veut pas parler de ce qu'il ressent. Me propose de l'écrire pour le prochain RDV » (notes manuscrites du CPIP, six premiers mois). « Mr reconnaît avoir commis les faits reprochés. Il est très réticent lorsqu'il s'agit de les évoquer. Il explique avoir commencé par échanger, via son téléphone portable des photos d'adultes. Des photos de mineurs se seraient glissées progressivement dans ces échanges sans qu'il ne le désire réellement. Il insiste sur le fait que leur vision ne lui provoquait aucun plaisir et il ne s'attribue aucun attrait de type pédophilique. Il avait conscience de l'interdit, accepte la condamnation et s'estime chanceux de ne pas avoir été condamné à une peine d'emprisonnement. Il ne comprend pas ce qui a pu le conduire à commettre cette "connerie". Mr déclare ne plus avoir internet » (rapport ponctuel du CPIP, D86).

« En entretien, Mr se montre ouvert au dialogue lorsqu'il s'agit d'aborder sa situation actuelle. Par contre, il adopte une attitude plus fermée pour évoquer les faits. Concernant son passé, il se livre au fil des entretiens et revient sur son enfance chaotique, ses placements successifs en famille d'accueil... Plus globalement, nous nous interrogeons sur le fonctionnement de cette famille, où le silence semble être la règle. Ainsi, il n'a jamais évoqué les faits avec ses enfants. De même il n'a aucune idée de ce qui a été dit à ses petits enfants, nés pendant son incarcération, pour justifier son absence. Selon lui, "il ne faut pas allumer l'incendie" (*dixit*) et compte beaucoup sur le temps et la vertu de l'oubli. Il dit avoir vécu son incarcération comme "une sortie de route" (*dixit*) et il a repris une vie normale depuis. Il explique, selon lui, que ses enfants en veulent avant tout à leur demi-sœur, qu'ils rendent responsable de l'incarcération de leur mère, et n'a jamais eu un reproche de leur part. Cette "inversion des rôles" qui fait passer la partie civile de victime à bourreau, nous interroge sur la réflexion menée sur son passage à l'acte. Par contre, lors de nos entretiens, il n'a jamais cherché à atténuer sa propre responsabilité concernant son épouse, elle était selon lui sous son emprise et n'était pas en mesure de s'opposer à lui » (rapport semestriel du CPIP, D94).

« J'aborde les faits sur sa fille. Il me dit que cette question de renvoi au passage à l'acte revient souvent avec la psychologue et qu'il ressent toujours la même souffrance et la même honte à l'idée de ce qu'il a commis. Il aimerait renouer des liens familiaux de père à fille "normaux" avec sa fille qu'il a déjà croisées sans oser l'aborder et tout en sachant qu'il n'a pas le droit sur une période de 5 ans. Mr accepte sans réticences mes interrogations. Cela traduit chez lui, non pas un sentiment de banalisation mais davantage, à mon sens, de reconnaissance de sa responsabilité (notes manuscrites du CPIP, D99).

La question de la reconnaissance des faits, au sens le plus strict du terme, tend à devenir moins centrale au fil du suivi, pour la simple raison que la plupart des condamnés ont fini par admettre leur responsabilité. Parmi les 78 condamnés pour lesquels nous disposons de l'information en amont du jugement, rappelons que 41,4% avaient totalement reconnu les faits dès ce stade, 28,3% partiellement, tandis que 15,2% n'avaient ni reconnu ni nié l'infraction. À peu près la moitié de ceux qui reconnaissaient alors partiellement les faits (57,7%) et de ceux qui n'avaient ni reconnu ni nié (42,9%) finiront par totalement les reconnaître. Parmi ces derniers, environ un sur quatre a continué à nier (28,6%), quatre sur dix ont reconnu partiellement. En définitive, et pour l'ensemble de l'échantillon, une reconnaissance totale apparaît dans plus de sept affaires sur dix (73,7%). Une fois sur cinq environ (18,2%), la reconnaissance fut jugée partielle. Six condamnés seulement ont continué à nier toute implication. Dans certains cas, le fait qu'ils s'acquittent sans rechigner des dommages-intérêts et/ou respectent leurs autres obligations est interprété comme le signe d'une reconnaissance implicite.

*« Je pense quand même que chez les auteurs de violences sexuelles, quand même, la plupart reconnaissent facilement les faits. Ils sont pas tant que ça à reconnaître... au moins, il y a toujours une reconnaissance partielle, même s'ils ne reconnaissent pas forcément tout. Ceux qui sont vraiment dans un refus, ou dans un déni, même s'ils nous interrogent beaucoup, ils ne sont quand même pas si courants que ça. Ceux que je vois arriver par exemple... ça m'est arrivé, qui arrivent au CD, une fois condamnés et qui reconnaissaient aucun fait. Une fois qu'ils sont condamnés, c'est là où ils s'autorisent à tout lâcher, à dire » (Psychologue, SMPR).*

« Concernant les faits d'atteintes sexuelles sur certains de ses petits-enfants, il reste convaincu de ne pas avoir commis d'actes répréhensibles. Il pense que ses gestes ont été mal interprétés. Selon lui, il jouait seulement avec les enfants, leur faisant des "chatouilles". Il déclare avoir reconnu les faits sur les conseils de son avocat pour être "tranquille" » (rapport semestriel du CPIP, six derniers mois). « Peu d'évolution tant dans le positionnement par rapport aux faits que le fonctionnement personnel et relationnel. Pas de remise en cause, tant à se positionner plutôt comme une victime mais pas d'élément psychopathologique faisant craindre une récurrence transgressive » (dernier rapport annuel du médecin coordonnateur, D41).

« Mr nie les faits qui lui sont reprochés et exprime clairement son hostilité à l'égard des enfants. Il a d'ailleurs ajouté "je ne veux plus les voir". Il a donc construit sa vie et son réseau autour de personnes adultes et âgées. À travers cette organisation et ce choix de vie, il évite toute situation à risque en se protégeant d'éventuelles pulsions vis-à-vis des enfants » (rapport semestriel du CPIP, D55).

« Mr... réfute les accusations dont il a fait l'objet mais reconnaît avoir eu des comportements inadaptés avec sa fille... ; il dit souhaiter être aidé et accompagné pour "comprendre ça" » (dernier rapport du médecin coordonnateur, D19).

« Ne reconnaît pas les faits. Très remonté. Ré-aborde l'affaire lors d'un entretien, dit que "cela ne va pas se passer comme ça" et qu'il va "prendre un nouvel avocat pour ouvrir à nouveau le dossier" (notes manuscrites, six premiers mois, D40). « Bon contact, pas d'emportement. A très peu abordé la question de son innocence ». « Dit qu'il serait très répressif vis-à-vis des auteurs de viols qu'il faudrait fusiller sans même les juger ». « Retour à nouveau sur cette affaire où il n'a rien à voir... » (notes manuscrites, six derniers mois). « Mr ayant depuis le début de cette affaire et malgré 3 jugements le reconnaissant coupable toujours clamé son innocence qu'il réitère quasiment à chaque entretien. Les experts soulignent la présence d'"un tel déni, l'absence de changement dans le discours du sujet et dans sa position par rapport aux faits et sa condamnation". Le comportement de Mr apparaît paradoxal dans le sens où d'un côté, il est toujours dans un déni complet ce qui peut rendre certains entretiens difficiles mais de l'autre, il demeure soucieux de respecter au mieux ses obligations » (rapport semestriel du CPIP, six derniers mois, D46).

« Mr dit que "c'était pour viol sur une femme de 40 ans, qui était consentante mais ça n'a pas pu être prouvé par l'avocat qui manquait d'arguments" (premier rapport annuel du médecin coordonnateur, D64).

« Il est à noter que Mr... ne reconnaît pas sa culpabilité dans les faits reprochés puisque, pour lui, la victime était consentante » (rapport du CPIP, six premiers mois, D71).

En présence d'un véritable déni, les CPIP nous ont indiqué éviter de les questionner frontalement et trop régulièrement sur le sujet, privilégiant alors la dimension socio-éducative de leur mission, même si cela ne les empêche pas de réintroduire la question des faits de temps à autre.

*« C'est important mais je vais pas m'arrêter qu'à ça. On peut passer au-dessus quoi. Certains, ils y viendront, mais plus tard quoi » (CPIP).*

*« La personne, si elle est dans le déni, je vais pas faire... ça va pas être mon cheval de bataille d'essayer qu'elle avoue quoi. Parce que bon, ça mène à rien ça, c'est pas... Enfin, en tout cas, pour moi c'est pas l'objectif, parce que de toute façon, elle pourrait me le dire... même si je la forçais à me le dire, elle pourrait me le dire mais pas le penser. Et puis souvent, elles sont dans le déni, parce que c'est très perturbant pour eux de... ce serait trop perturbant de s'avouer ce crime quoi. Donc ça va pas être ça l'objectif, ça va être plutôt de sécuriser les choses, de manière à ce qu'elle récidive pas. C'est pas un frein et puis souvent c'est*

le déni de toute façon. Ce type de public, ils sont dans le déni. Enfin, déni plus ou moins complet quoi. Parce qu'en fait, souvent, il y a de l'ambivalence. Dans leur déni, il y a souvent de l'ambivalence. C'est contradictoire dans leur discours, donc on peut travailler là-dessus » (CPIP).

« C'est central. « Je reconnais pas les faits ». Donc il va falloir l'aborder autrement, forcément. On va pas lui dire « Bon alors, vous avez fait ça » « Ben non, je l'ai pas fait » « Ah oui, mince, c'est vrai ». C'est important de savoir s'il reconnaît les faits ou s'il les reconnaît pas. S'il les reconnaît, est-ce qu'il se sent coupable ou il dit « je les reconnais, mais c'est pas de ma faute. C'est pas moi qui suis venu ». Voilà, y a tout ça. Mais c'est hyper important. Y en a combien qui ont dit au départ « C'est pas moi... En fait si, peut-être un petit peu. J'avoue ». Là, on se dit « Ah, ça commence à mûrir ». Au risque de s'écrouler aussi, y en a qui disent « Non, c'est pas moi », pour se protéger. Et y en a qui disent, juste par fanfaronnade. Si, de toute façon il faut évoquer ça, par rapport à l'évolution de la mesure et de la personne » (CPIP).

« [Vous avez aussi des personnes qui sont dans une sorte de déni par rapport aux faits, est-ce que c'est des choses qui jouent sur votre prise en charge ? Comment vous réagissez par rapport à ces éléments ?] En fait, je vais pas affronter ça de face. Parce que déjà, ça peut être une attitude de début, pour plein de raisons : parce qu'ils me connaissent pas, etc. et puis après, je regarde tout ce qu'il y a autour, ce qui se passe. Le type qui est dans le déni mais qui rembourse par exemple, c'est que quelque part, y a une reconnaissance. Enfin, qu'il rembourse sans râler, sans se plaindre, c'est que quelque part, il a quand même l'impression que c'est pas. Y en a, tout le temps, ils font tout pour pas payer, ils sont dans le déni : ça colle. Je veux dire, ça va ensemble. Y a ce qu'ils disent et y a leur attitude qui fait que c'est peut-être pas un déni aussi franc que ça. Et puis y a des fois où ça avance, l'air de rien, où ils font comme si ils avaient toujours été... toujours reconnus, alors que au début c'était « non, non, j'ai jamais fait ça » et tout d'un coup, ils m'en parlent comme s'ils m'avaient toujours dit que ça s'était passé comme ça, mais que c'était à cause de ça. Enfin, y a toujours de bonnes raisons mais... enfin voilà, et donc voilà, c'est des choses qui... enfin... comment je pourrais dire ça ? Le déni, c'est pas une chose parmi d'autres, dans le fonctionnement. C'est pas une preuve de quoi que ce soit pour moi. C'est plus facile quand ils disent tout de suite mais des fois, ils disent tout de suite et pour autant, ça bouge pas [Donc le déni, ne vous empêche pas nécessairement de travailler après avec la personne ? C'est pas quelque chose qui bloque ?] Non. Au début si. Au début, je savais pas comment faire, mais c'était en détention. C'était compliqué mais après quand on a du temps... et c'est vrai que ces mesures-là, elles sont longues en général, donc c'est pas la peine non plus d'aller à un blocage pour ça » (CPIP).

« [Cette question de la reconnaissance des faits, pour vous, elle joue un rôle, elle peut avoir une influence sur votre prise en charge ?] Sur ce que j'aurai à travailler plus tard. Après, quelqu'un qui est dans le déni... Quand on a un déni qui est ancré depuis 15 ans, il faut pas trop se leurrer sur le fait que on va changer quelque chose en abordant... Quand c'est très figé comme ça... du coup, c'est une information que j'ai en tête. Je ne... Je cautionne pas le discours de déni, en disant « y a quand même eu 2 jugements en cour d'appel. Y a x jurés qui vous ont reconnu coupable ». Je laisse pas faire croire que la justice croit à son discours d'innocence mais par contre après, j'y reviens pas à tous les entretiens ; ça n'a aucun intérêt, si ce n'est renforcer les résistances ». Donc lui, on a travaillé tout ce qui était autour : la sociabilité, l'insertion professionnelle, qui peuvent tout à fait permettre à une personne de pas récidiver » (CPIP).

Dans ce dernier extrait d'entretien, un CPIP explique, au sujet de deux condamnés qui n'iaient la commission de l'infraction, qu'il introduit progressivement et indirectement la question des faits en s'appuyant d'abord sur les violences qu'ils ont eux-mêmes subis dans le passé.

« La prise en charge des faits... enfin, c'est aussi ce qu'ils en disent. C'est-à-dire que certains, c'est insupportable de reconnaître les faits, donc ça sert à rien d'aller, de facto, mais c'est aussi... Je vois, une surveillance judiciaire que j'avais eue. J'avais voulu parler des faits et en fait, il m'avait tenu un discours qui était... voilà, en disant « il avait 10 ans. Il violait déjà ses frères donc il était demandeur ». Des propos qui étaient pas très soutenables quand même. Et puis j'avais laissé tomber et plusieurs mois plus tard, je me suis plutôt basée sur lui et en fait, là, il a pu sortir des choses qui étaient très intimes, sur ce que lui-même avait été victime, etc., et du coup, on avait pu revenir sur les faits, mais par lui en fait, lui-même avait été victime. Et en fait, ça avait été une autre manière d'aborder les faits, que de l'aborder de... et au final, il avait fini par parler et ça avait été plus intéressant que d'y aller de franco, avec quelqu'un qui est dans le déni. Et au final, il avait fini par reconnaître que lui avait été victime et que, en grandissant, ben du coup, il était resté à... Lui il avait grandi, mais les personnes avec qui il avait des relations grandissaient pas elles par contre. Parce que finalement, les adultes lui faisaient peur et que du coup, c'était plus facile d'aller vers des enfants mais en se basant sur lui et pas par le prisme de la victime en fait. Mais ça, il a

*fallu des mois, et puis j'avais laissé tomber et puis, par un entretien on a réussi à ouvrir cette porte-là. Et un que je suis actuellement aussi, et qui est là pour... pareil, récidive sur des mineurs, où c'est pareil. Et puis lui, il tient un discours idéal, c'est-à-dire « cette fois j'ai compris »... parce qu'il a récidivé dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire, sur sa nièce alors qu'il avait interdiction de voir les mineurs. Il a repris une peine et de nouveau un suivi socio-judiciaire. Là, autant vous dire que les expertises c'était « risque avéré de récidive. Il faut lui mettre un traitement inhibiteur de libido ». La totale, parce qu'il avait récidivé dans les 6 mois de sa sortie. Du coup, ça fait quand même plus d'un an que je le suis, il a un discours idéal hein. « Non, non, j'ai pas de pulsions ». Il a interdiction de fréquenter les mineurs, « non, non, je les fréquente pas. Là, j'ai fait un vrai travail. La dernière fois, j'avais pas fait de vrai travail », etc. Et en fait c'est pareil. On est revenu sur lui. Il a fini par dire que lui aussi avait été victime, etc., et du coup, par ce biais-là, et que maintenant avec le psy – il n'en avait jamais parlé – et c'est intéressant parce qu'il se livre plus que le discours très plaqué qu'il sortait, pour faire plaisir à tout le monde et du coup, on a vraiment l'impression de... là, d'avancer pour le coup. Alors que le discours plaqué, moi j'avais... enfin, il disait ce qu'il croyait que j'avais envie d'entendre en fait et que la justice avait envie d'entendre, mais je sentais pas de sincérité dans ce qu'il pouvait dire » (CPIP).*

Enfin, cet axe d'intervention se révèle d'autant plus complexe que les agents de probation se trouvent parfois pris en étau entre les attentes et représentations contradictoires des magistrats et celles des soignants. Les psychiatres et psychologues ont plutôt tendance à penser qu'ils se font trop insistants, générant un renforcement contre-productif de ce qu'ils analysent comme un mécanisme de défense.

*« Je pense qu'il y a déjà leur formation crimino qui font qu'ils se mettent à questionner et à être très préoccupés par cette question-là, plus que le volet social finalement. Y a cette crainte je pense autour de la récidive et cette pression. Ils ont eu des affaires quand même je pense qui les ont bousculés et je pense qu'ils ont peur que ça leur tombe dessus. Et puis, je pense que c'est un manque... voilà, un manque de... de formation des fois et ils ont l'impression qu'en étant tout le temps sur leur dos qu'ils vont avoir accès à tout, alors qu'en fait, ils ne font que rigidifier les mécanismes de défense. Et c'est complètement contre-productif. On parlait avec [psychiatre] hier de la formation des SPIP la semaine prochaine. Il faut qu'on leur dise que quand ils attaquent frontalement le déni, plus ils rigidifient les mécanismes de défense, plus ils nous empêchent de travailler. Du coup, ça sert à rien, c'est contre-productif » (Psychologue SMPR).*

À l'inverse, un magistrat du siège a pu regretter que les faits passent au second plan au fil de l'exécution de la peine, du moins en matière délictuelle, les CPIP axant selon lui l'essentiel de leurs interventions sur d'autres dimensions.

*« Parce que oui, répéter 20 fois la même chose, ok mais en revanche, je suis pas certain qu'on le ramène aux faits. Parce que quand on discute avec le SPIP, et avec les JAP aussi, c'est le tribunal. Une fois que le tribunal a rendu la décision, les faits on s'en fiche et les faits ne réapparaissent que lorsqu'il y a des manquements au suivi. Moi c'est vrai que dans les discussions que j'ai, mais sérieuses avec les JAP, ou les discussions qui sont tout aussi sérieuses avec le SPIP lorsqu'on se rencontre moi j'ai vraiment... et c'est aussi une des raisons pour lesquelles dans la motivation, je rappelle toujours, lorsque je motive les faits et leur contexte même très rapidement, mais qu'on sache très rapidement ce qu'il en est, parce que je sais qu'ensuite, les faits ils vont passer au second plan. Ils ne vont pas passer au second plan dans les procédures criminelles, etc., mais dans les procédures correctionnelles, pour moi les faits ils sont passés au second plan hein. Ils ne réapparaissent que en cas de problème. Et le SPIP est très fier. Quand on discute, y a une sorte de mépris sur le fait » (Magistrat du siège).*

## **§2- Entre retrait et incursion dans le déroulement des soins : le positionnement incertain des agents de probation**

Si le dispositif de l'injonction visait une clarification des prérogatives et une articulation des pratiques des différents intervenants, il n'en demeure pas moins confus en ce qui concerne le positionnement attendu des agents de probation. Théoriquement, ceux-ci se trouvent exclus du contrôle de l'injonction de soin, désormais confié au médecin coordonnateur. En pratique, les agents ne se sont pas totalement dessaisis de cette mission, qu'ils investissent différemment, en fonction également des attentes des juges de l'application des peines (A). En résulte une certaine confusion des rôles, mal comprise et mal vécue

par les condamnés, contraints de répéter leurs méfaits et de révéler des éléments de leur intimité à de nombreux interlocuteurs au fil des années (B).

### **A- Les missions et pratiques des CPIP dans le déroulement de l'injonction**

Théoriquement, les CPIP n'ont plus véritablement à investir la mesure de soin, confiée au médecin coordonnateur, et doivent se concentrer sur le versant socio-éducatif et de plus en plus criminologique de leurs missions. Ce segment d'intervention est délégué aux coordonnateurs, qui certes occupent cette fonction en résonnant comme des psychiatres, mais dont les pratiques de contrôle de la mesure ne sont pas si différentes de celles des CPIP.

*« Pour moi, le rôle du médecin coordonnateur tel que je le vois, c'est euh... je veux pas dire que c'est le même que le SPIP, mais euh... pour moi, un petit peu » (JAP).*

Si les agents de probation ont salué et saluent encore l'apparition de ce nouvel interlocuteur, qui faciliterait dans bien des cas l'accès aux soins et le contrôle de la bonne exécution de la mesure, ils se situent désormais dans une position incertaine, ne sachant pas toujours comment trouver « *leur véritable place dans le dispositif* »<sup>657</sup>. Du fait des maigres relations entretenues avec bon nombre de médecins coordonnateurs, les CPIP ont même parfois le sentiment d'être « *un peu exclus* » du dispositif, *a fortiori* lorsque les premiers insistent auprès des condamnés sur le fait qu'ils n'ont plus à leur rendre compte de la thérapie.

*« [Pour l'obligation de soins], on a un rôle, puisque c'est à nous de transmettre au juge, la manière dont ça se déroule et s'il adhère ou pas. [...] Le problème, c'est que nous on est un peu exclus [de l'injonction] (CPIP).*

*« Et en sachant qu'il y a des médecins coordonnateurs qui leur disent « vous n'avez pas à fournir l'attestation au SPIP, c'est à moi ». En fait, il faut leur donner à eux les attestations. Donc on leur demande pas. C'est pour ça qu'ils restent en vase clos j'ai l'impression le médecin coordonnateur et puis... voilà, ils savent comment ça fonctionne, donc ils resteraient, voilà, entre eux » (CPIP).*

*« On n'a même pas à leur demander [les attestations]. Certains ils sont, ils sont très carrés et ils veulent même pas nous dire quand est-ce qu'ils avaient rendez-vous avec le psy, parce que le médecin coordonnateur leur a dit que, ils avaient rien à dire au SPIP et que voilà, on avait pas à leur demander ce genre de chose » (CPIP).*

*« D'ailleurs avec le SPIP, on a quelques difficultés. [...] ce qui m'étonne quelquefois, c'est que le SPIP va exiger de la part du justiciable qu'il lui prouve son suivi médical. Alors, quelquefois ça me met en colère et je dis « celui qui doit être sûr qu'il est bien suivi, c'est moi, c'est pas vous. Vous, vous vous occupez de l'insertion sociale, de l'insertion professionnelle mais le suivi médical, c'est mon job. [...] Quelquefois, le SPIP veut savoir mais ça aboutit à rien, ça alourdit la charge. [...] Alors, on me dit « pourquoi ? ». Moi je dis, je ne demande pas, je dis c'est aberrant, c'est pas le rôle... Et un certain nombre de justiciables savent. Moi ça m'est arrivé de dire au SPIP « c'est pas votre job ». Ça les énerve hein... Parce que tous les SPIP n'ont pas la même formation j'ai cru comprendre » (Psychiatre, médecin coordonnateur).*

Si l'extrait précédent dévoile que les agents n'entendent pas nécessairement se dessaisir de cet axe d'intervention, ce qui génère des tensions que nous précisons par la suite, cette situation s'explique dans une large mesure par les attentes des juges de l'application des peines, qui leur confient le signalement, l'évaluation mais aussi la gestion concrète des incidents ou difficultés ne justifiant pas la mise à exécution de la peine encourue en cas de manquement. Ces professionnels se trouvent alors dans une position délicate : rendre compte de l'exécution d'une mesure sans disposer en amont d'informations pour se prononcer.

---

<sup>657</sup> Alvarez J., Gourmelon N., *op. cit.*, 113 et s.

« Je pense que ça vient aussi du JAP c'est-à-dire que le JAP, il a bien l'intention que le CPIP il contrôle l'obligation de soins. Donc je pense que eux sont pris dans des injonctions un peu contradictoires » (Psychiatre, médecin coordonnateur).

« Moi je trouve ça regrettable que dans le cadre d'une injonction de soin, les attestations de présence ou de consultation, ne soient plus communiquées au CPIP tout simplement parce que... là encore, c'est un signal d'alerte pour le CPIP qui peut... voilà, si monsieur n'y va plus à son suivi médical et qu'il se trouve qu'il va manquer le dernier rendez-vous, etc., enfin... [...] C'est important que ce soit par le thérapeute ou par le médecin coordonnateur que le CPIP ait cette information » (JAP).

« On a même des médecins coordonnateurs qui nous expliquent que la loi est très claire : ils rendent compte au juge de l'application des peines, mais qu'ils n'ont rien à rendre au CPIP. Mais même, que la personne suivie, n'a pas de compte à rendre au CPIP. [...] Ce qui, de temps en temps, nous amène, quand ça se passe pas bien un suivi socio-judiciaire dans ces conditions-là, qui nous amène à voir un JAP qui nous demande un rapport et nous on dit « rapport sur quoi ? Sur le respect de l'obligation de soins ? On est en dehors du circuit, on applique la loi, ok. Qu'est-ce que vous voulez qu'on ait comme avis, sur le fait qu'il ne respecte pas son SSJ ? Si vous voulez savoir si le type il bosse, s'il a du boulot, s'il recherche vraiment du boulot, ok, on peut mais maintenant, ne venez pas nous demander notre avis ». [...] On a des situations où effectivement, l'application stricto sensu de la loi, des textes hein, où le SPIP, il n'intervient pas dans le circuit du SSJ. Mais par contre, le JAP à un moment donné, il vient me voir « vous pourriez voir pourquoi l'intéressé il va pas à son rendez-vous ? ». Si on était méchant on lui dirait « vous le convoquez et puis vous lui demandez. Ça fait deux ans qu'on nous dit qu'on n'est pas dans le circuit, donc... » (CPIP).

Malgré leur mise à l'index textuelle, quelques agents de probation contrôlent les injonctions comme les simples obligations de soins, même si le flou qui entoure leurs missions alimente des pratiques très diverses, au niveau local comme dans d'autres sites<sup>658</sup>. Sur le plan formel, tous réexpliquent lors de la première convocation le dispositif de l'injonction de soin, les missions des différents intervenants, notamment du médecin coordonnateur, leurs droits concernant le choix du thérapeute, leurs obligations sur le plan de l'assiduité et les conséquences judiciaires éventuelles en cas de non-respect de la mesure. Même s'il s'agit d'une prérogative attribuée au coordonnateur, qu'ils n'entendent absolument pas concurrencer, il peut leur arriver d'intervenir dans la phase d'orientation vers un soignant, ou plutôt vers un service de santé (CMP, etc.), lorsque se posent des difficultés d'accès aux soins ou lorsque les condamnés évoquent auprès d'eux une insatisfaction ou des difficultés relationnelles avec leurs thérapeutes. Dans cette dernière hypothèse, ils invitent *a minima* le condamné à s'en ouvrir auprès du coordonnateur, pour éventuellement obtenir un changement de praticien.

« Je rappelle l'importance de le respecter, et l'importance de la conséquence judiciaire s'ils le font pas, très basiquement, parce que ça, des fois ils oublient. Quand c'est quelqu'un qui est un peu réticent. Après, souvent les SSJ ça se passe bien quand même [...]. Après, pour ceux à qui ça pose difficulté, c'est à la fois rappeler les enjeux pour qu'ils en aient bien conscience, parce que des fois ils ont du mal à mesurer bien, que si la peine d'emprisonnement pourrait être mise en place... » (CPIP).

« [Est-ce que ça vous arrive d'intervenir dans le choix d'un médecin traitant ?] Non, non. Je donne les coordonnées du CMP. Je lui dis que si jamais il veut, il peut consulter un libéral. J'explique la différence entre psychologue et psychiatre mais je me permettrais jamais d'intervenir dans le choix. C'est tellement personnel en plus. Je peux avoir de bons échos d'un psychologue ou d'un psychiatre chez l'un, mais pas chez l'autre. Non, non, je me permettrais jamais d'intervenir. Et puis même au niveau de l'alcool, [...], enfin, y a d'autres... voilà, mais je me permettrais pas de dire plutôt un que l'autre » (CPIP).

« Normalement, c'est soit le médecin coordonnateur, soit nous qui le dirigeons vers... en général, s'il a pas... mais la plupart du temps... Enfin non, je dis des bêtises parce que en sortant de détention, souvent il a déjà un contact. Normalement ils leur donnent. Ou alors, si c'est pas le cas, on peut les aider à choisir et le médecin coordonnateur aussi. De toute façon, il valide ; c'est lui qui a le dernier mot. [Est-ce que ça vous est déjà arrivé de contester le choix d'un médecin traitant ?] (silence). Non... enfin, de le penser, ça m'est déjà arrivé, de le dire non. [À quelle occasion ça vous est déjà arrivé de le penser ?] Ben parce que, ça m'est déjà arrivé que la personne arrivait pas du tout à verbaliser avec le médecin traitant. Donc je lui

<sup>658</sup> Alvarez J., Gourmelon N., *op. cit.* ; Ventéjoux A., Hirschelmann A., « Soins pénalement ordonnés et positionnements professionnels : des pratiques au carrefour de la santé et de la justice », *op. cit.*

*ai dit d'en faire part au médecin coordonnateur et le médecin coordonnateur lui a changé de... C'est plutôt comme ça que ça se passe pour l'injonction de soin. [C'est systématiquement le médecin coordonnateur qui intervient pour...] Oui, ben oui. Mais par contre, ça peut arriver que, soit je dis à l'usager de dire directement au médecin coordonnateur. La plupart du temps ils le font. Mais si eux ils osent pas, j'appelle. Parce que quand même, il faut que ça se passe à peu près bien. Parce que si la personne elle a des nœuds au ventre, avant d'aller voir le médecin traitant, le psychiatre, enfin le médecin habilité eh bien, ça peut être compliqué assez rapidement. Ça se dénoue au fur et à mesure mais... » (CPIP).*

*« Ceux qui sortent de détention très souvent demandent... y a le lien. C'est-à-dire que le soignant du SMPR, soit le suit dehors au moins au début, soit donne les coordonnées de quelqu'un en CMP. [...] Après sinon, ils nous demandent à nous. Donc on les envoie, soit au CMP, soit au service d'addicto à l'hôpital quand il y a besoin. C'est nous qui orientons oui... qui orientons... On leur dit ce qui existe, après... on leur dit aussi ce qu'on pense nous et puis après, c'est de leur choix. [Est-ce que ça vous est déjà arrivé au contraire, de contester le choix d'un médecin traitant ?] Pas directement, parce que je les connais pas non plus. [...] Non, puisqu'il y a le médecin coordonnateur. Ben oui, ça sert à ça, bien sûr. Sinon, moi je vois pas trop à quoi il peut servir » (CPIP).*

*« [Tout à l'heure, vous nous avez dit que vous n'interveniez a priori pas, sauf pour des orientations vers le CMP, c'est ça ?] On leur dit « Allez au CMP, allez aux [CSAPA], allez au [CSAPA] », mais on donne pas de nom. « Allez vers un médecin libéral ; un médecin traitant, ça peut être suffisant pour vous, ou éventuellement un thérapeute, où il y aurait un peu plus à creuser que le médecin traitant ». Ça on peut, mais donner des noms, non » (CPIP).*

*« [Est-ce que vous intervenez des fois, pour les aider à trouver des médecins traitants ?] Ah non, non, ça par contre, on n'a pas le droit. On peut leur dire « allez en CMP ou s'il y a pas de place en CMP, voyez avec un psychiatre, libéral, un psychologue mais malheureusement c'est pas remboursé ». On peut les orienter vers des structures s'il y a des problématiques, mais nous, « allez voir Mr machin, on n'a pas le droit » (CPIP).*

*« [Est-ce que vous, vous intervenez éventuellement dans l'orientation ?] Moi j'interviens pas. S'il n'y a pas de médecin traitant au tout début de la mesure de suivi socio-judiciaire, je lui dis qu'il va d'abord pouvoir choisir son praticien, et que si jamais euh, il y arrive pas, ou que si le médecin qu'il a choisi ne veut pas le suivre dans ce cadre-là, il faut qu'il en parle au médecin coordonnateur et qu'ensuite lui, il pourra être amené à prendre contact avec le médecin qu'il avait choisi avec qui il avait un souci, ou bien lui proposer quelqu'un d'autre. [Donc vous, vous intervenez pas ?] Non, à part lui dire qu'il est libre de choisir, avant qu'il y ait un rendez-vous de fixé avec le coordonnateur. [Est-ce que à l'inverse, ça vous est arrivé de contester, de pas être d'accord avec un médecin qui avait été choisi par le condamné ?] Non, jamais. [De discuter son choix en tout cas, non ?] S'il me dit que c'est son pneumologue ou son angiologue, je vais pas être d'accord, forcément mais en général, ils choisissent les psychologues ou les psychiatres » (CPIP).*

Tous les agents ne vont pas au-delà, considérant qu'il appartient au seul médecin coordonnateur de sensibiliser le condamné à l'intérêt des soins, d'évaluer son adhésion à la thérapie et les effets de cet investissement sur le plan psychopathologique. D'autres s'approprient cependant cette dimension, sur le modèle de l'incitation au soin assurée par leurs collègues en milieu fermé. En cas de scepticisme sur l'intérêt des soins ou en présence de critiques affichées, ils tentent à nouveau de les convaincre de l'intérêt des soins, en rapportant cette nécessité thérapeutique à leurs problématiques personnelles passées et actuelles, psychologiques mais aussi sociales. Lorsqu'ils nouent de véritables rapports de confiance, au point que les condamnés abordent en entretien des choses qu'ils n'osent dire à leurs thérapeutes, les agents tentent de les convaincre d'aborder le sujet avec ces derniers. Dans de très rares cas, lorsque le condamné ne s'y résigne pas, l'agent propose de le contacter lui-même pour lui transmettre ce qu'il ne parvient pas à dire. Dans quelques dossiers, les CPIP recommandent également aux condamnés de solliciter des consultations plus rapprochées, parce que ceux-ci en manifestent le désir, mais aussi parfois lorsque l'agent lui-même juge le suivi trop espacé.

*« [Quelle est pour vous, la différence, qu'est-ce qui différencie, quelle est la plus-value de l'injonction de soin par rapport aux autres soins finalement ordonnés ?] L'intérêt que j'y vois moi, c'est qu'on polarise pas les choses dans notre entretien. Moi en tout cas. Du moins, sur le contenu du soin, j'y vais pas du tout quoi euh... euh... puisqu'il y a un médecin » (CPIP).*

« En relisant le dossier, si je vois les soins, il adhère, même de façon contraignante, euh... pfff, je travaille plus sur son... sur son... parce que l'adhésion aux soins, par nature, quand c'est une injonction, si c'est pas volontaire, on le fait par contrainte, on le fait, voilà, parce qu'on est obligé. Ils y adhèrent pas forcément, mais ils le font parce qu'ils savent qu'ils encourent une peine d'emprisonnement. Donc je reviens pas trop sur l'injonction de soin, sachant que c'est quelque chose de douloureux mais qu'ils le font quand même. Donc j'essaie d'instaurer une relation de confiance, pour... mais ça, ça met du temps. Sans parler des faits, j'essaie de voir comment il se sent aujourd'hui, comment il se positionne dans la vie, comment ils s'en sortent, voilà, ils vivent leur vie d'homme ou de femme, et en plus en suivi socio-judiciaire. Et après, c'est vraiment très longtemps après que j'aborde les soins parce que je vois que la personne elle y va et elle en justifie donc je lui dis « on travaille sur l'intérêt des soins », s'il en trouve un intérêt, si ça lui... s'il en tire quelque chose. Même au départ, ça peut être contraint mais parce qu'au fil des entretiens, y a quelque chose qui se joue quand même. Il en tire un bien-être mais j'accentue mes entretiens là-dessus, en sachant que pour les soins, les personnes... alors, y en a qui en parlent très librement, qui disent « mon psychiatre, ça se passe ; j'apprécie bien le thérapeute » et y a des gens qui ont pas des capacités d'élaboration pour entrer dans une psychothérapie. Alors ces gens-là, on va pas non plus travailler des choses. Ils sont limités en fait, dans leur réflexion » (CPIP).

« Mon rôle ça va être d'essayer d'aider à leur faire comprendre ce qu'est une démarche thérapeutique, parce que souvent, ils comprennent pas forcément ce que c'est [...], ... de leur expliquer comment ça fonctionne et de leur donner des idées de ce dont ils peuvent parler, de ce dont il pourrait être important en fait. Du coup, commencer à effleurer des sujets [...]. Donc déjà faire un peu ce travail préparatoire [...], faire le travail éducatif, c'est-à-dire ce qui se fait, ce qui se fait pas, pour laisser la place, au niveau psy, à quelque chose d'un peu plus élaboré » (CPIP).

« J'essaie de lui expliquer, expliquer en quoi ça a un sens et qu'est-ce que ça peut lui apporter à lui, au-delà du côté obligatoire, mais il a pas le choix. Qu'est-ce qu'il peut éprouver lui et en quoi il peut s'appuyer là-dessus, pour aussi se sentir mieux. Essayer d'y voir le positif. J'essaie toujours de leur montrer ça, parce que la difficulté c'est que ceux qui disent que ça sert à rien, ils sont dans la plainte, et beaucoup là-dedans, alors que... alors que ils peuvent tourner les choses à leur avantage, à leurs intérêts. Moi je pense que à tout le monde ça peut être utile de prendre du temps pour réfléchir à ce qu'on est, ce qu'on fait » (CPIP).

« Contrairement aux obligations de soins, on peut faire la comparaison quand même. Dans les obligations de soins, le rôle c'est d'essayer de montrer l'intérêt non seulement social, mais pour la personne, c'est-à-dire le bien-fondé pour essayer de, de, de travailler sur le problème qui est à l'origine, pour la première fois ou pour la énième fois, de passage à l'acte, qui ont souvent la même origine : alcool, violence, stupés, etc. Donc, pour amener à cette démarche-là. Il en va différemment du suivi socio-judiciaire, puisque la démarche, de toute façon, ils sont obligés de la faire. Enfin, dès le départ, c'est cadré. Après, c'est plus dans le sens. Parce que je leur demande quand même assez souvent comment ça se passe, etc., et en fonction de ce qui est dit, j'essaie, autant que faire se peut, de travailler avec eux, la question de l'intérêt, soit direct, par rapport aux difficultés qu'ils ont pu connaître, soit par rapport aux difficultés actuelles qu'ils peuvent avoir, pour les inciter un peu à s'en emparer. Que ça devienne un peu leur affaire. Que ça soit pas seulement vécu comme une obligation. C'est une obligation mais je les incite à en faire quelque chose pour eux. [...] Lorsque le problème se pose, lorsque le problème émerge, ce qui n'est pas toujours le cas, parce qu'on peut très bien avoir des personnes qui consultent, sans s'impliquer, ou je sais pas, mais lorsque les personnes le parlent, l'indiquent, oui, j'essaie de, de, retravailler ça. Pas seulement au regard de leur problématique, du risque de récurrence, de renouvellement, etc., mais aussi, comme je le disais tout à l'heure, des bénéfices qu'elles peuvent en retirer, sur les difficultés qui se posent à elle aujourd'hui sur le plan relationnel ou d'autres points » (CPIP).

« Mr... me dit que le psychiatre a convenu de le recevoir en consultation tous les 3 mois, périodicité qui me semble relativement faible au regard des besoins reconnus par l'intéressé lui-même. Je lui demande de s'ouvrir sur ce sujet au praticien, bien qu'il poursuive ses rencontres tous les 15 jours avec la psychologue, Mme... » (rapport semestriel du CPIP, D55).

« Nous revenons sur la situation et sur sa manière de réagir d'une manière assez violente, voire disproportionnée à la situation [des conflits avec son ancienne compagne, la mère de son fils]. Nous lui demandons d'évoquer ce problème avec son psy » [notes du CPIP, D57].

« Toutes les exhibitions étaient sous alcool. "Regardez-moi". Stress+cannabis+colère. La 1<sup>re</sup> fois a fait exprès de se faire arrêter (c'étaient des pulsions suicidaires, mais personne pour entendre...). Aujourd'hui face à une pulsion forte irait aux urgences psychiatriques et sait qu'il serait soutenu par son psychiatre. Mr aime trop les enfants pour leur faire du mal sexuellement dans la réalité. Pour lui photo=virtuel ». Le CPIP évoque également la voix qu'il entend et note : « M. lui dit "ta gueule" parfois.... Le condamné n'a toujours pas parlé à son psy de la voix qu'il entend. Estime avoir le temps et évoque déjà beaucoup de choses avec son soignant. Dit ne pas être trop embêté, lui ordonne de se taire (à la voix...). [...] Il a fêté son nouveau travail avec ses

amis. Ils ont bu. Il s'est senti abandonné quand ses amis sont partis. A continué de boire ++ sans se rendre compte (bière et whisky aromatisé) jusqu'à 3-4g. Est sorti en ville. N'a aucun souvenir. Aurait voulu frapper tout le monde mais pas du tout capable de le faire. La police l'a emmené à l'hôpital. Y est resté trois jours en psychiatrie. Selon lui, explosion liée aux trois années où il a accumulé secret et stress par rapport à sa situation judiciaire. Le lendemain a tout dit à sa mère, ce qui a été un gros soulagement. Mère a bien accueilli (même si difficile pour elle. Cf. a un cancer). Je l'invite à parler à son psy de toute cette colère accumulée depuis l'enfance » (extraits des notes manuscrites du CPIP, D86).

« Parlons de l'intérêt du suivi psy. Le psychologue ne veut parler que du pourquoi, ne parle pas d'avant ni d'après. Toujours les mêmes questions posées par le psycho. N'arrive pas à parler au psycho : aimerait lui dire qu'il ne veut plus parler des faits. Lui propose de dire au psycho qu'il veut parler du présent. [...] Parlons du suivi psy. Dit que pour le psychologue il faut parler des faits, du coup Mr ne dit rien, angoisse d'y aller. Prochain rdv psycho+ psychiatre le... Ne souhaite pas que je prenne contact » (extraits des notes manuscrites du CPIP, D91).

« Le psychiatre qui la suit est un interne qui va partir. Les entretiens sont assez courts (10 à 15 minutes) et il n'ose pas aller vers les vrais problèmes. Mme aurait aimé reprendre avec sa psychiatre qui la suivait depuis... mais impossible vu le secteur géographique. Mme n'a pas mis en place de suivi psychologique rapproché car elle ne voit pas en quoi cela l'aidera concrètement dans sa situation actuelle. Nous l'avons de nouveau clairement invitée à trouver un soignant à qui elle pourrait faire confiance ou un espace qui lui permette d'évacuer les tensions qu'elle est en train d'accumuler » (rapport semestriel du CPIP). « Relais la demande du JAP d'un suivi plus rapproché. Évoquons la possibilité de l'ethnopsychiatrie. Elle a évoqué devant le MC le fait qu'elle voyait peu le psychiatre traitant. Le MC voulait lui demander de passer le suivi à quelqu'un d'autre. Ce qui l'inquiète, c'est de devoir re-raconter son histoire » (notes manuscrites du CPIP, D89).

Tandis que les CPIP qui établissent une stricte frontière entre leurs missions socio-éducatives et les soins ne réclament plus d'attestations de suivi signées par le thérapeute, ce qui relève textuellement du coordonnateur, il n'en va pas ainsi pour ceux qui s'attribuent au contraire la charge de contrôler et d'évaluer la bonne exécution de la mesure. Pour accomplir cette mission, ils s'estiment insuffisamment informés car, en l'absence de tels justificatifs, leur évaluation ne peut reposer que sur la seule parole des condamnés, pas toujours jugée très fiable, certains refusant même d'évoquer la thérapie ou ne livrant que quelques bribes.

*« C'est compliqué parce que on sait pas toujours. Ça c'est le truc premier. On sait pas toujours, parce qu'il y a des gens euh... d'abord quand on les interroge un peu sur ce qui se passe, soit ils nous renvoient en disant que ça ne nous regarde pas, comme ça l'affaire est close. Donc on peut pas savoir. Soit y en a d'autres qui sont... ben qui ont du mal à savoir un peu qu'est-ce que... « ben si, on parle de ça et puis de ça ». Alors, la façon dont ils en parlaient, on se dit ils parlent de la pluie et du beau temps. Sauf que certains me disent « tout ça et tout ça, ben voilà » et avec la stagiaire l'autre jour, la stagiaire me disait « oui, bon, en gros, ça n'a aucun intérêt ». Je lui ai dit « t'en sais rien. Toi il te dit qu'il parle de tel et tel thème, c'est peut-être banal. Mais ce qu'il se rend peut-être pas compte, c'est que le psychologue ou le psychiatre est en train, depuis x séances, de lui faire parler de ça et de ça et de ça, choses dont il a peut-être pas parlé depuis longtemps ». Donc, c'est compliqué de savoir. [...] Le retour... les gens sont pas forcément conscients de ce qui se passe. Je pense que... voilà, moi je... je, j'ai pas été confrontée à ça mais je suppose qu'on n'est pas toujours conscient dans un suivi thérapeutique ou psychiatrique, de ce qui se joue » (CPIP).*

*« Oui, ce qu'ils en disent, je trouve ça important, mais après, c'est toujours aussi que ce qu'ils en disent, parce que il se peut que ça se voit pas ce qui se passe réellement » (CPIP).*

« Mr nous justifie sa présence aux consultations médicales mais il ne livre aucune information sur les pistes et réflexions engagées avec le psychiatre. La personnalité de Mr peut être déstabilisante en entretien. Il est parfois difficile pour le SPIP de trouver "un point d'accroche" avec l'intéressé qui a tendance à se livrer sur son histoire et son parcours qu'en entretien psychologique. Toutefois, Mr se présente aux convocations du SPIP et nous justifie du respect des obligations. Il semble adhérer au suivi psychologique et vouloir s'investir dans une thérapie » (rapport semestriel du CPIP, D90).

Lorsque le condamné ne fournit pas de lui-même l'ensemble des attestations collectées, y compris celles remises par les thérapeutes, certains agents continuent d'exiger qu'il justifie de son assiduité aux consultations de leurs thérapeutes, se contentant pour quelques-uns de simples « cartons » indiquant la date des rendez-vous.

*« Quand il y a une injonction de soin, on considère que les soins, c'est que la responsabilité du médecin coordonnateur et du coup, on demande pas la copie des justif. Là, vous aurez aucun moyen de savoir ce qui se passe en fait, de savoir si c'est honoré ou pas et tout. [...] Moi je continue à demander la copie des justificatifs et à vérifier, parce que je peux réagir un peu plus vite que le médecin coordo en fait, tout simplement. J'aime bien savoir » (CPIP).*

« Monsieur... s'étant présenté sans justificatif de suivi médical, je lui ai demandé d'en produire un rapidement. J'ai reçu une attestation du Docteur..., médecin psychiatre le... » (rapport semestriel du CPIP, D40).

« Mr apporte régulièrement ses convocations avec le Dr, psychiatre qui le voit chaque mois (ci-joint une attestation concernant tous les RDV honorés depuis sa sortie d'incarcération) » (rapport semestriel du CPIP, D49).

« Pour les soins, a eu deux rencontres au CMP (ne produit que les rdv pour la deuxième et la troisième à venir). Lui demande une attestation pour la prochaine fois qu'il n'a pas osé demander » (notes manuscrites du CPIP, D83).

Certains ne le font plus, regrettant néanmoins d'être privés de cette source d'informations. Les autres considèrent au contraire qu'ils seront informés suffisamment rapidement en cas d'absences réitérées, directement par le coordonnateur ou par l'intermédiaire du JAP. Ils se contentent éventuellement de les interroger sur leur présence aux derniers rendez-vous, sans réclamer le moindre document.

*« Parce que des fois, il y a eu des absences et on n'est pas au courant. On n'est pas au courant. Nous, on n'a pas forcément de justificatif, on a un carton. C'est facile hein. Certains nous montrent une attestation de suivi régulière mais certains ont le suivi par le médecin coordonnateur. Ok, pas de souci. On voit le carton, sauf qu'on voit pas s'ils sont revenus ou pas. Ça peut arriver qu'on se fasse... Mais en l'occurrence oui, y a eu une fois où le médecin coordonnateur m'avait montré les cartons. La fois d'après « au fait, les cartons... vous me l'avez montré mais si vous y allez pas... ». C'est de bonne guerre, il faut bien essayer (rire) » (CPIP).*

*« On n'est pas infor... sauf si il nous dit « j'avais rendez-vous avec untel et pffff, j'y suis pas allé » « Vous avez prévenu ? » « Non » « Il faudrait peut-être le faire ». C'est les probationnaires eux, qui nous disent, parce que nous on vérifie « vous avez vu le médecin coordonnateur ? » « Votre thérapeute ? » « Oui, le tant. Je le revois le tant », « Ok ». Mais nous maintenant, on n'a plus à demander les justificatifs, selon lesquels il voit le thérapeute, puisque c'est vraiment le médecin coordonnateur qui chapeaute ça. C'est lui qui vérifie le respect des rendez-vous avec le thérapeute » (CPIP).*

*« Parce qu'on n'a même pas à leur demander. [...] Petit à petit, en fait, on en parle, parce que c'est important dans le rendez-vous, de savoir comment les entretiens se sont déroulés, sans parler du fond mais s'il veut rien dire, on va pas insister. [Et vous avez eu ce genre de retours avec beaucoup... avec beaucoup d'auteurs ou... ?] Oui, de plus en plus. Ils veulent plus nous justifier de leur rendez-vous avec le psychiatre, à partir du moment où il y a une injonction. Parce que certainement que... enfin, dès le début du suivi, on leur demandait des attestations pour avoir une base, pour parler « vous l'avez vu telle date. Comment ça s'est passé ? Ça a pas trop posé de problème vis-à-vis de votre travail ? ». Enfin, c'est un moyen d'entrer un petit peu en communication. Et puis du coup, ils ont dû demander à leur médecin des attestations, que les médecins ont refusé, parce qu'ils devaient certainement se satisfaire d'une... enfin, y avait un lien avec le médecin coordonnateur et qu'ils n'avaient pas à remettre des attestations au SPIP. Du coup, ben ça met des barrières de discuter du soin, avec les personnes condamnées à une injonction de soin » (CPIP).*

*« De toute façon, ça c'est le médecin qui doit en référer au médecin coordonnateur et c'est le médecin coordonnateur qui va dire. Avant on avait les attestations de suivi, maintenant on les a quasiment plus, puisque tout passe par le médecin coordonnateur. Donc moi, à chaque entretien, je lui demande « vous avez été au rendez-vous de... ? » et souvent ils nous disent « ouais, j'étais au rendez-vous ». Je fais comme si j'étais en charge d'y veiller si vous voulez, mais en fait, j'ai pas de pouvoir là-dessus ou peu. Si je vois que ça traîne et que ça commence à être inquiétant, je vais voir avec le médecin coordonnateur, mais grosso modo, pour moi c'est plus le rôle du... [Et pour vous, c'est plutôt confortable ou inconfortable de pas avoir ces éléments-là, sur le... ?] Moi je trouve ça inconfortable. J'aime autant à la limite qu'il y ait un double contrôle quoi. [Que vous soyez aussi destinataire des attestations ?] Mais bon, c'est comme ça. On s'adapte (rire). Mais oui, je trouve que c'était mieux, parce que ça fait partie de la mesure de justice le contrôle des obligations, donc faut pas se réduire à ça, évidemment mais ça fait partie, donc c'est une partie prenante du suivi » (CPIP).*

*« Moi je vérifie pas, enfin, je demande pas « est-ce que vous y êtes allé ou pas, est-ce que vous l'avez loupé ou pas ? ». On en parle comme ça mais non, j'estime que c'est pas mon rôle là-dessus, puisqu'il y a un médecin coordonnateur. On en parle, mais pas d'une manière très formelle, moins formelle que les SME, où il y a l'obligation de soins. Non mais de toute façon, la plupart, ils le font spontanément hein. Et même, ils me disent quand ils ont loupé le rendez-vous » (CPIP).*

*« La différence avec une obligation de soins, c'est qu'il y a l'intervention du médecin coordonnateur, donc qui va piloter quand même tout le dossier médical. Sur [ville], depuis quelques années maintenant, on ne demande plus les justificatifs de soins aux personnes puisque du coup... alors qu'avant, les personnes devaient fournir les justificatifs de soins et au médecin coordonnateur et au SPIP, alors que maintenant, tout ce qui est volet médical, ben incombe au médecin coordonnateur » (CPIP).*

*« Ce qui est intéressant, c'est que pour beaucoup, je leur demande pas d'attestation, parce que je sais que s'ils n'allaient pas chez le... le... le psy, on l'aurait su très vite, parce que le psy aurait fait un rapport de carence au médecin coordonnateur, qui lui, refait un rapport au juge et le juge derrière, il nous aurait tout transmis. Je suis quasiment sûre que la plupart des gens qui sont en injonction de soin y vont, sans leur demander d'attestation. [...] En fait, il faut leur donner à eux les attestations. Donc on leur demande pas » (CPIP).*

Certains agents considèrent qu'il ne leur appartient pas seulement de vérifier le respect formel de l'injonction, mais d'évaluer, afin d'en rendre compte aux magistrats, l'adhésion et l'investissement des justiciables dans la thérapie, ainsi que les effets de la mesure sur un plan cognitif et comportemental. À cet effet, ils les interrogent sur la qualité des échanges avec les thérapeutes, voire sur les sujets abordés à ces occasions lorsqu'ils semblent disposés à en parler, sur ce qu'ils estiment en retirer, en positif ou en négatif, sur les réflexions intérieures que la thérapie engendre.

*« Je vais considérer que ça se passe bien euh, si le suivi est régulier, s'il est d'accord ou content d'y aller et s'il adhère. S'il y a une évolution. S'il arrive à parler et à se libérer et essayer de trouver des solutions pour éviter certaines situations ou... ou... voilà, pour trouver les clés, voilà, pour avancer. Après, souvent ils arrivent à en parler. En général, ceux qui en parlent assez bien, en général, c'est que ça fonctionne » (CPIP).*

*« Les personnes qui manquent les rendez-vous ou qui trouvent toujours des prétextes pour les annuler et les reporter. Après, ils nous disent si le contact est bon avec le praticien » (CPIP).*

*« Y a le fait d'y aller. En général ils y vont mais il y a aussi ce que eux en disent aussi. Je leur demande pas qu'est-ce qu'ils se disent mais comment ça se passe. [...]. Oui, ce qu'ils en disent, je trouve ça important » (CPIP).*

*« Ça tient pas au médecin, ça tient aussi à la personne. La personne dit facilement où elle en est ou elle dit « justement, ça j'en ai parlé avec le médecin. Il m'a dit ça... ». On sent que ça travaille dans sa tête, entre ce que lui dit le médecin, ce que je lui dis moi, ce que lui réfléchit. Et puis il redit, ce à quoi il a pensé, les conclusions qu'il en a fait, ou les réflexions qu'il en a eues après avoir été voir le médecin. « Depuis que je le vois, il me dit ça. Je me suis aperçu que... » (CPIP).*

*« Déjà on sent la réticence à y aller. Ils en loupent... ils loupent des rendez-vous. Ils ont du mal à prendre un autre rendez-vous, ils traînent et puis ils disent « ça sert à rien ; ça m'apporte rien ». ce qui est pas forcément vrai mais en tout cas, son sentiment c'est ça. Y en a oui » (CPIP).*

*« Le critère d'un suivi médical qui se passe, déjà c'est quelqu'un qui honore les rendez-vous. [...] Après, un suivi qui se passe bien, on va le voir... enfin, on voit parfois les effets d'un suivi qui est réellement investi [...], que je le vois, je vois des évolutions dans son rapport, sa manière d'appréhender, même de se percevoir, de voir ce qu'il va pouvoir faire. Donc là je sais que c'est un suivi qui se passe bien. La fréquence des rendez-vous, c'est quand même un indice hein. Quelqu'un qui est vu tous les 3 mois alors qu'il y a pas eu un moment... le suivi qui a été investi c'est que, le psychiatre arrive pas forcément à créer le lien et que là, on est plus dans quelque chose pour respecter l'obligation, avoir un contrôle comme ça, mais c'est pas forcément. [...] Des suivis de soins qui sont pas investis, on va le voir évidemment, si il rate les rendez-vous, s'il s'arrange toujours pour avoir des excuses pour pas y aller, s'il cherche à obtenir un espacement et puis dans le discours « non, mais ça me sert à rien ; je suis pas à l'aise, j'arrive pas à lui parler. Il me comprend pas, il me juge... J'ai pas envie », tous ces discours-là. Ou alors des gens qui en disent rien, voilà, qui donnent juste le certif. Là je suis encore sortie du SSJ, je repense trop largement. Pour les gens avec qui ça ne passe pas plus que ça, c'est l'évitement de rendez-vous essentiellement. Et du coup, le discours est pas... Sur les SSJ, ils connaissent tellement bien le truc. Y a aussi le discours d'adaptation hein. Ils peuvent dire « oui, oui, c'est bien... » mais après, dans les actes derrière, ça suit pas » (CPIP).*

*« On suit le mécanisme. On l'a dans le discours de la personne. C'est vraiment la personne qui donne des éléments, qui a permis les réflexions qu'il a pu mener avec le psy et en fait, la personne se sent tellement différente et bien, qu'elle en parle librement. Qu'il y a pas besoin de le questionner en fait. Elle nous donne vraiment des éléments sur le déroulé, ce qui a pu... Et on le voit, on l'entend. Voilà, c'est comme ça. [Des suivis problématiques] Moi j'en ai pas eu mais euh... c'est juste des désaccords avec le médecin, le thérapeute, parce qu'ils sont pas à l'aise » (CPIP).*

*« Je cherche à savoir si... si ça leur apporte quelque chose, et quoi. Si ça passe ou si ça passe pas avec le médecin et pourquoi, ce qui bloque. Je sais pas trop comment dire ça moi. Si ils sentent une utilité « est-ce que vous sentez que ça vous apporte quelque chose ? Est-ce que ça vous est utile ? ». je cherche à comprendre pourquoi, ce qui l'énerve ou pas » (CPIP).*

Une évaluation précise de l'adhésion aux soins figure toutefois dans seulement un quart des dossiers au démarrage du suivi (25%), un peu moins souvent les six derniers mois (19%), dans leurs notes et/ou les rapports adressés au JAP. Une fois sur deux, le sujet n'y est pas abordé. Dans les autres cas, les agents se contentent de préciser si le condamné respecte les rendez-vous, leur fréquence, d'éventuelles difficultés concernant la nomination ou le changement de thérapeute ou de coordonnateur. Lorsqu'ils se prononcent sur l'adhésion aux soins, les agents citent régulièrement les rapports des coordonnateurs ou rapportent les propos des condamnés durant leurs entretiens, leurs ressentis par rapport à la thérapie et aux thérapeutes, sans nécessairement se prononcer eux-mêmes explicitement. Ils s'agit souvent de rendre compte de l'authenticité de l'engagement du condamné dans les soins, au-delà du respect formel des dates de consultations.

« Concernant les soins, Mr... est suivi par M..., psychologue, qu'il rencontre toutes les 3 semaines (rapport ponctuel de situation au JAP). « Voit son psy cet après-midi, ça se passe très bien avec Mr... » (notes manuscrites du CPIP, D6).

« Au niveau des soins, il voit le Dr... ce jour. Il ne compte pas s'investir dans ce suivi. Au Centre de Détention, Mr... explique avoir été suivi par Mr... Il a ajouté "cela m'a peu apporté". Dans le cadre de son injonction de soin, il a rencontré le Dr..., médecin coordonnateur, le... et le... Il ne semble pas trouver d'intérêt à ce suivi ni même s'y investir a minima. Il a d'ailleurs ajouté "au moins, j'ai vu la mer à...". Il avait également un premier rendez-vous avec le Dr..., Médecin psychiatre, le... Pendant toute sa scolarité et en détention, Mr... explique avoir rencontré plusieurs psychologues. "J'ai toujours fait des bêtises et été un enfant turbulent" a-t-il déclaré. Aujourd'hui, il indique se sentir bien et ne pas avoir besoin de suivi psychologique » (rapport ponctuel du CPIP, D8).

« Il répond aux questions mais trouve que ça ne sert à rien, ni le suivi psy. "C'est seul que j'ai réfléchi" » (notes manuscrites du CPIP, D10).

« Mr... s'est mobilisé concernant son obligation de soins dès la première convocation à laquelle il a répondu au SPIP. Ainsi, le..., il a immédiatement sollicité le CMP... après notre entretien afin d'obtenir un rendez-vous. Il s'est trouvé confronté à un refus de suivi de la part du Docteur... qui l'a orienté vers le Docteur... Ainsi, Mr... est suivi par le Docteur... en tant que médecin coordonnateur [dates des rendez-vous avec le coordonnateur] et le Docteur..., psychiatre, mensuellement. L'intéressé se déclare satisfait de pouvoir échanger avec les médecins. Il explique qu'il se sent à l'aise pour verbaliser, essayer de comprendre, trouver des réponses et dire ses "pulsions" afin d'éviter une reproduction » (rapport semestriel du CPIP, D21).

« Concernant son injonction de soin, M... poursuit son suivi avec Mr..., psychologue au CMP... mensuellement et avec le Dr..., médecin coordonnateur, trimestriellement. Dans le cadre de son rapport de suivi médical pour l'année..., le Dr... indiquait en conclusion "Au total, M... présente donc une évolution plutôt satisfaisante avec une insertion socioprofessionnelle adaptée. Il apparaît que le cadre de la loi lui assure un étayage structurant mais son efficience intellectuelle limite l'intégration d'une culpabilité réelle. Suivi à maintenir" » (rapport ponctuel du CPIP, D22).

« Monsieur... a dit au médecin qu'il n'avait pas besoin de parler. [...] Dans son discours, Monsieur n'apparaît pas volontaire pour les soins mais il finira par entrer dans le dialogue » (rapport semestriel du CPIP, D29).

« En ce qui concerne les soins, la démarche qui était investie s'est trouvée perturbée par les déménagements successifs (problèmes de sectorisation, de temps de déplacements) et les délais très longs pour obtenir des rendez-vous. [...] Il s'est montré négligent vis-à-vis des rendez-vous et des démarches administratives, persuadé que son investissement professionnel et sa visible réinsertion sociale suffisaient à justifier cette évolution. Il a semble-t-il compris maintenant qu'il doit se montrer plus vigilant et redonner de l'importance à la démarche de soins » (rapport semestriel du CPIP, D30).

« Jusqu'à sa dernière incarcération, l'obligation de soins a été un sujet sensible. Mr... a maintenu son attitude de défense par rapport au soin et en fait plus précisément au fait de reparler constamment de sa condamnation et de ses motifs. Il nous a fallu du temps pour instaurer une relation minimale de confiance avec lui et il ne semble être parvenu à établir cela ni avec le Dr... précédemment en charge de son suivi et encore moins avec le Dr..., médecin coordonnateur. M... leur a toujours reproché de le convoquer, l'un pour rien à savoir des entretiens de moins de cinq minutes, l'autre en ne lui posant qu'une seule et même question, "comment allez-vous ?". Il semble cependant que la relation avec Mr..., psychologue rencontré à la maison d'arrêt, soit plus productive. En tous les cas, Mr... en parle comme soutenant, plus productive et n'y montre aucune opposition » (rapport de fin de mesure du CPIP, D37).

« Ce dernier rendez-vous avait comme objectif de faire le point sur le suivi et d'évoquer ses projets. M... a clairement exprimé qu'il avait compris (sur la fin) l'intérêt de la prise en charge dans le cadre de l'injonction de soin mais qu'il ne comprenait pas l'intérêt des rendez-vous avec le SPIP. Il n'y voyait aucun intérêt d'autant qu'il avait compris que les actes commis étaient interdits mais que c'était à cause de sa maladie qu'ils étaient commis. Même après lui avoir rappelé qu'il s'agissait d'une mesure judiciaire qui incluait l'injonction de soin mais qui ne se réduisait pas uniquement à cela, il n'en est pas paru très convaincu. Néanmoins, il s'est montré, au fur et à mesure de l'entretien, plus participant qu'au début où il souhaitait "un bonjour - au revoir". Il lui a été rappelé que les rendez-vous avaient aussi pour but de vérifier non seulement de la poursuite des soins, même si le médecin coordonnateur de toute façon informait le juge (ce qu'il avait répondu presque en préambule de l'entretien) mais de voir avec lui s'il en percevait l'intérêt pour protéger de "potentielles victimes" mais aussi pour le protéger lui aussi puisqu'il risquait une incarcération en cas de récidive. C'est tout de même un discours qu'il a eu du mal à entendre » (rapport de fin de mesure du DPIP, D40).

« Concernant son obligation de soins, il rencontre mensuellement, le Dr..., psychiatre au CMP de... et le Docteur..., médecin coordonnateur. Mr... dit être satisfait de se rendre à ces rendez-vous et de pouvoir échanger avec les spécialistes. Il explique cependant qu'il sera soulagé de ne plus être contraint d'aller les consulter lors de sa fin de peine » (rapport de fin de mesure du CPIP, D41).

« Depuis sa libération, M... consulte régulièrement un psychiatre, le Dr... Il est évident, et il ne s'en est jamais caché, qu'il n'a respecté l'obligation de soins que pour répondre à l'injonction judiciaire. Il estime depuis le début n'avoir plus besoin d'un quelconque suivi » (rapport de fin de mesure, D45).

« Mr... se rend au RDV de son médecin traitant. Il produit les justificatifs qui lui sont demandés et notamment relatifs à l'injonction de soin. Mr... respecte l'injonction de soin en se rendant aux consultations du Dr... ainsi qu'à celles avec le Dr... [médecin coordonnateur]. Il a bien intégré le caractère obligatoire de ce suivi même s'il n'en perçoit ni l'intérêt ni la nécessité » (rapport semestriel du CPIP, D52).

« Mr... respecte ses obligations. Il se présente aux RDV avec son médecin psychiatre et respecte les convocations du médecin coordonnateur. Mr... semble avoir intégré le rôle du médecin coordonnateur. « En détention, il était suivi par le Dr.... Dit que cela l'a aidé à canaliser sa violence, notamment par rapport à la justice [...]. Il est suivi au CMP par le Dr... ». « Concernant l'obligation de soin, Mr... s'en remet beaucoup au Dr... pour "chercher et trouver" les causes de ses troubles » (rapport semestriel du CPIP, D53).

« Pour les soins, il dit avoir contacté un médecin-psychiatre mais ne se souvient pas de son nom. Ce sera à reprendre. Mr semble avoir compris l'intérêt d'un suivi car a commencé un travail en détention alors qu'il n'avait pas fait de démarche antérieurement dans ce sens. De même, il semble avoir intégré le rôle du médecin coordonnateur » (notes manuscrites). « Sur le fond, dit qu'il en est content, qu'il peut ainsi s'exprimer. A plus de facilité à parler maintenant car cela lui a fait du bien en détention où c'était la première fois qu'il s'adressait à ce type de professionnel » (notes manuscrites du CPIP, D83).

« Dans un premier temps, il dit que le suivi psy ne lui sert plus. Puis il dit quand même que depuis son incarcération cela lui a bien servi. À l'époque des faits, il n'était pas équilibré. Il vivait dans un contexte peu sain avec des prostitués. Il dit que le travail sur lui-même lui a fait comprendre que les relations avec les mineurs étaient interdites. Il dit ne plus avoir de pulsions pour les mineurs » (notes manuscrites, D88).

Leur évaluation de la qualité ou en tout cas des avancées permises par la thérapie est une nouvelle fois étroitement tributaire des réflexions engagées plus précisément sur le passage à l'acte, sur des déviances et/ou des troubles psychopathologiques qu'ils associent à celui-ci, dans un objectif de prévention de la récidive.

« Il a entrepris une réelle réflexion par rapport aux faits et il semble impliqué dans son suivi psychologique » (rapport ponctuel du CPIP, D23).

« Mr... bénéficie d'un suivi médical avec une médication lourde. Il est parvenu grâce à une prise en charge thérapeutique à une reconnaissance pleine et entière de sa culpabilité et responsabilité dans cette affaire, ne trouvant pas dans l'addiction alcoolique qui était la sienne une quelconque excuse à son passage à l'acte » (rapport semestriel, D54).

« Ce suivi semble réellement investi, Mr étant volontaire pour comprendre son passage à l'acte et les événements marquants de sa vie » (rapport semestriel du CPIP, D60).

« Il indique participer à un groupe de parole à [CHU] pour personnes dépendantes, être suivi par le Dr... depuis 4 ou 5 ans mais sans en justifier. Il a évoqué un suivi avec un psychiatre, le Dr... mais ne plus le poursuivre, ce dernier lui ayant indiqué qu'un suivi psychiatrique ou psychologique n'avait pas d'intérêt pour lui et qu'il lui serait plus profitable d'aller faire de l'humanitaire à l'étranger... toujours selon les dires de Mr et sans justificatifs. Mr... indique clairement que les faits et sa condamnation n'ont jamais été abordés avec un psychiatre, excepté l'expert pendant l'instruction. Concernant l'obligation de soin spécifique, il la balaie en évoquant ses suivis en addictologie. Il précise bien que les faits ne font pas l'objet d'un suivi et que de toute façon le Dr... ne considérerait pas nécessaire un suivi psychologique ou psychiatrique, sachant qu'il n'a jamais mentionné sa condamnation à ce praticien qu'il ne voit plus depuis décembre... » (rapport ponctuel). « Nous notons [...] son refus d'envisager de rencontrer un thérapeute autrement que pour évoquer son strict problème d'alcool » (rapport ponctuel du CPIP, D68).

« Mr... respecte l'obligation de soins. Il réfléchit aux conséquences de ses actes » (rapport semestriel). « Mr indique y aller par obligation, ne pas aimer les psychiatres » (notes manuscrites du CPIP, D72).

« Mr... assure de sa volonté de s'inscrire dans un processus de soin pour trouver des réponses à ses actes et se prémunir d'une éventuelle récidive » (rapport semestriel du CPIP). « Mr... a repris contact avec le Dr... qui l'avait suivi pendant plusieurs années

quand il était mineur et avec qui il est en confiance, et il en a justifié. Il dit une récidive impossible au vue de son évolution. Les faits sont selon lui liés à son immaturité et il pense être très loin d'un tel comportement maintenant » (rapport de fin de mesure, D78).

En définitive, on peut aisément comprendre les difficultés qu'éprouvent les condamnés à distinguer le rôle des CPIP et celui des médecins coordonnateurs, qui procèdent de façon relativement similaire (v. *supra*).

### **B- Le condamné face à la multiplicité des interlocuteurs : un risque de lassitude**

Alors qu'ils espèrent souvent pouvoir « tourner la page » à leur sortie de détention, au motif d'avoir « payé leur dette » envers la société, les condamnés ont régulièrement le sentiment d'être constamment ramenés à ce qu'ils ont fait, à ce qu'ils ont été, sans jamais pouvoir complètement se tourner vers l'avenir, ou ne serait-ce que se concentrer sur les difficultés de leur quotidien. Durant des années, sinon plusieurs décennies, ils seront en effet questionnés à d'innombrables reprises sur le passage à l'acte à l'origine de la condamnation, par des CPIP, des JAP, des médecins coordonnateurs, mais aussi des thérapeutes.

*« Et quelque part je me dis, les longs suivis socio-judiciaires, c'est-à-dire qu'à un moment donné, est-ce que ce n'est pas contre-productif? Parce que c'est toujours ramener la personne à un acte qu'il a commis il y a 15 ans, il y a 20 ans. Parce que quand il vient ici, bon voilà, mais ça lui rappelle quand même... Et je sais pas, de temps en temps je me dis, au bout d'un certain temps, ils devraient aussi le reconnaître et savoir aussi lâcher du lest, parce que c'est toujours les ramener à ce qu'ils ont fait quoi » (CPIP).*

*« Voilà, et puis certains disent aussi, c'est l'enfermer dans un rôle, de dire « vous êtes un violeur ». Et à la fois, on est en train de dire qu'il faut plus que vous le soyez, mais tout ce qu'on est en train de faire, c'est de lui dire « vous êtes un violeur ». Donc effectivement, à un moment donné, voilà, c'est contre-productif » (CPIP).*

« Il dit qu'il se concentre sur son travail car il veut oublier ce qui s'est passé. Il en a marre des rendez-vous, ça lui rappelle le viol, il subit la peine, il ne veut pas refaire sa vie tant qu'il y a ce suivi, il dit ne plus avoir de pulsions : "J'ai 36 ans maintenant !". Quand il parle de ses 7 ans de prison il dit avoir été traumatisé, le suivi ça lui rappelle cela alors qu'il ne veut plus y penser (notes manuscrites du CPIP, D81).

« Mr... a maintenu son attitude de défense par rapport au soin et en fait plus précisément au fait de reparler constamment de sa condamnation et de ses motifs » (rapport de fin de mesure du CPIP, D37).

« Sur le plan professionnel, Mr reste malheureusement sans activité, décrivant des difficultés à pouvoir trouver un emploi malgré, dit-il, des démarches régulières. Il est plutôt dans une période de désespoir avec l'impression que tout est organisé autour de lui pour lui rappeler avant tout ce qu'il a fait et l'impression que cela ne s'arrêtera jamais alors qu'il a le souhait de tourner la page (premier rapport annuel du médecin coordonnateur). Vis-à-vis du cadre du SSJ, Mr... se montre assez critique, parfois irascible, ayant du mal à supporter cette peine complémentaire sur une longue période, ayant l'impression que tout est fait pour lui rappeler les actes pour lesquels il a été sanctionné, "cela ne s'arrêtera jamais" alors qu'il tente désespérément de tourner la page et d'investir d'autres projets. Malgré ses critiques, le sujet se montre cependant respectueux du cadre même s'il faut lui rappeler de temps en temps » (dernier rapport du médecin coordonnateur, D96).

« Mr... décrit un épuisement face aux différents contrôles imposés par le SSJ, avec un vécu de "contraintes sans fin" » (Rapport du médecin coordonnateur, D74).

Seul un expert psychiatre nous a dressé les vertus supposées d'une telle répétition des faits et de leur parcours de vie, y compris sur de très longues périodes.

*« Y a rien de plus thérapeutique que de répéter des événements traumatisants. Le b-a ba du traitement du stress post-traumatique, c'est de répéter, répéter, répéter le vécu traumatique, pour pouvoir aller au-delà, et si on ne le fait pas, eh bien, ça se retourne contre la personne, qui répète, qui répète dans ses rêves, ou dans ses ruminations, sans cesse. Les rêves sont faits pour finalement pour aider le psychisme à mettre de l'ordre dans son économie psychique et donc on peut faire confiance dans nos rêves. S'ils sont là c'est parce qu'ils nous font du bien et si on n'arrête pas de répéter toujours les mêmes rêves, que ce soit en rêve spontané, ou en rêve réveillé dans la journée, puisque les sursauts, et on a l'impression de revivre les mêmes événements, c'est bien parce qu'on a besoin de répéter le traumatisme qui n'a pas été digéré. Donc il faut le répéter, répéter, répéter à nouveau, jusqu'à tant qu'on trouve, soit un thérapeute ou soit des circonstances de répétition, pour pouvoir aller au-delà et digérer cette information-là, pour ne plus avoir à le répéter. Donc, la répétition des événements traumatiques, c'est hautement thérapeutique. [Donc même*

*la durée très longue des injonctions de soins pour vous, ça peut être une occasion d'effectuer cette répétition à visée thérapeutique ?] Et le changement de thérapeute aussi » (Psychiatre, expert).*

En outre, durant toute la durée du suivi, les condamnés doivent s'organiser matériellement pour rencontrer de très nombreux professionnels de la sphère pénale, du champ sanitaire, mais aussi des organismes de droit commun en charge de l'emploi, du logement, de l'insertion, etc. La multiplicité des démarches à engager et des rendez-vous à respecter peut aussi constituer une véritable entrave à la réinsertion sociale, qui n'importe pourtant pas moins que la prise en charge psychothérapeutique.

*« [C'est-à-dire s'ils sont pris dans des problèmes d'emploi, de logement... Nous on le voit, même dans les dossiers, quand ils sortent de détention, le nombre de rendez-vous à prendre...] Un lapin avec les phares des voitures. Ça, c'est un des trucs que je disais toujours, c'est que vous en prenez un, vous le traitez et après vous voyez ce que vous faites, parce que entre le logement, la bouffe, le travail, la banque – très important - ah oui !, et le soin. Et il faut trouver un boulot tout de suite mais il faut pas le dire à l'employeur, il faut pas trop le dire, nanana, mais il faut quand même s'absenter pour aller parler chez CIP, le médecin, etc. On a peut-être trop dit à un moment, que certains AVS étaient très insérés, etc. Oui, après quelques années de prison, même les plus insérables, perdent un peu les trucs » (CPIP).*

*« C'est un peu comme la question sociale des SDF ou des gens totalement désocialisés. On leur demande des choses, qu'on aurait du mal à fournir, quand on est bien socialisé, bien inséré. C'est un peu ça. Moi des fois, j'aurais du mal après le travail, à aller à l'Ordre des médecins, puis ma banque, caser tout ça sans... une heure d'absence... voilà. Et chacun braillant de manière prioritaire sur mon sujet [les soins] » (Psychiatre, SMPR).*

*« Mais du coup, ça fait beaucoup de rendez-vous, beaucoup d'interlocuteurs pour les personnes. Entre le psy qui les suit et puis y a des médecins coordonnateurs... [...] Ouais, ça, je trouve que ça peut être compliqué pour les personnes, parce que ça multiplie les rendez-vous. Quelqu'un qui a une injonction de soin, il a un rendez-vous au SPIP, c'est tous les mois au début. Souvent les suivis socio-judiciaires, dans un premier temps, c'est tous les mois. Le rendez-vous du psy tous les mois et le médecin coordonnateur tous les 2-3 mois. Pour quelqu'un qui a un travail, c'est beaucoup quand même, ça fait beaucoup d'interlocuteurs au final (CPIP).*

*« Donc, le gars qui se décarcasse... parce que ça aussi, pour prendre rendez-vous, il faut aussi s'absenter de son travail. Comment on fait pour pas être repéré par le patron ? Donc, prendre rendez-vous pour le SPIP, pour le coordonnateur, pour le psy, etc., ça fait un peu beaucoup » (Psychologue, SMPR).*

Alors que ce contrôle post-carcéral s'inscrit officiellement dans une dynamique de responsabilisation des condamnés, n'y a-t-il pas plutôt un « *risque d'infantilisation de la personne qui est encouru avec des suivis aussi longs ? Également, dans la recherche de protection de la société de ses « ennemis », n'y a-t-il pas le risque d'éloigner les personnes d'une réintégration définitive à la société en leur empêchant, pendant des longues périodes après la sortie de prison, de mener une vie « normale », aussi bien au niveau professionnel que personnel ?*<sup>659</sup>. Le risque d'une telle approche, qui passe par des « *formes de psychologisation de l'intervention* », n'est-il pas de faire passer au second plan leurs besoins sur le plan socio-économique, au risque d'amplifier ou « *d'entretenir des inégalités sociales préexistantes* » ?<sup>660</sup>. Face à la multiplicité des intervenants et à défaut de relèvement de la mesure, les CPIP procèdent toutefois à une réduction progressive de la durée et/ou à un espacement de leurs propres entretiens, à la manière des « *pauses thérapeutiques* » des soignants, du moins lorsque le pronostic paraît favorable.

*« [Et vous, est-ce que ça vous est déjà arrivé de recommander pendant un suivi... ?] Alors, la fin d'un suivi non, mais j'espace les rendez-vous. Donc là, le maxi c'est 3 mois, parce que j'ai pas besoin de le voir plus. Et puis, le contenu des entretiens, maintenant... Il a suivi mes 3 grossesses, enfin voilà, à un moment donné, en 10 ans, il s'en est passé des choses entre deux personnes (rire). Il me demande pas des nouvelles de mes*

<sup>659</sup> Alvarez J., Gourmelon N., *op. cit.*, 170.

<sup>660</sup> Larminat (de) X., « Un continuum pénal hybride », *op. cit.*

*enfants mais... Au niveau social, il est totalement inséré, il bosse. Quand il a été avec sa nouvelle compagne, là oui, y a eu un moment... Il disait pas ce qu'il avait fait mais maintenant, il a fait le choix de pas le dire. Peur de dire qu'il avait été incarcéré mais pas de dire pourquoi. Il me raconte ses vacances, ses problèmes de travail, la rénovation de sa maison. Je pense que ça lui apporte pas grand-chose, et à moi non plus hein. Et du coup, on a moins de temps pour suivre les gens qui, par contre, auraient besoin d'un peu plus de suivi » (CPIP).*

*« Parce qu'il y a quand même des mesures, c'est hyper long quoi. [C'est la longueur de la mesure qui vous paraît... ?] Moi je trouve que ça perd de son sens ; ça perd de son sens complètement y en a. Y a des entretiens, ils sont pas longs. On a vite fait le tour de tout. Il a évolué. Le médecin coordonnateur le dit aussi. Moi ça fait 5 ans que je le vois et il avait des collègues avant. Il a tout mis en place, il a compris » (CPIP).*

*« J'ai un SSJ qui se termine dans 2 mois. Je le vois trois, peut-être quatre fois dans l'année. Alors, c'est pas moi qui ai déterminé le rythme parce que j'ai récupéré le dossier. Je ne vois effectivement pas l'intérêt, si ce n'est parler de la pluie et du beau temps les derniers temps, de le voir plus, parce que c'est un suivi assez long avec quelqu'un qui a vraiment évolué, qui a de réelles capacités d'introspection et qui a fait un gros boulot derrière. [...] C'est pareil avec les SSJ. Les SSJ qu'on finit par voir tous les 3 mois parce que, entre guillemets, ça roule. Soit ils respectent leur obligation. Ensuite, y en a qui veulent pas nous parler plus que ça. On n'est pas convaincu de l'introspection sur le plan du soin mais on n'y fera rien. Et puis d'autres sur lesquels ben si, y a un boulot bien fait, donc on n'a pas forcément nécessité de les voir énormément. Ce qui est difficile, c'est quand ça dure. C'est très long. [...] Mais les affaires de mœurs, moi je pense que le problème c'est la longueur du suivi. Y a un moment où on pense que ça serait bon de s'arrêter » (CPIP).*

### **§3- Le signalement et la sanction des manquements**

Après avoir détaillé les différents types de manquement constatés dans les dossiers (A), nous analyserons le processus de signalement au service de l'application des peines (B), puis les sanctions prononcées par les magistrats (C).

#### **A- Les manquements aux contrôles judiciaires**

Si nos dossiers révèlent davantage d'absences en ce qui concerne les convocations du SPIP qu'auprès des interlocuteurs du champ sanitaire, il faut naturellement tenir compte du fait que l'information s'y trouve bien mieux renseignée, les CPIP n'étant pas systématiquement au fait des absences aux rendez-vous des thérapeutes et des coordonnateurs. Dans un peu moins de la moitié des dossiers, nous n'avons trouvé trace d'aucune absence. Un seul rendez-vous manqué apparaît une fois sur six (16 condamnés), plusieurs plus d'une fois sur trois (37). Même s'il n'y a rien de systématique, on observe de nouveau des corrélations entre les différents types d'absences. 92,9% de ceux qui ont manqué plusieurs rendez-vous auprès du coordonnateur ne se sont pas présentés au SPIP à plusieurs reprises, 60% de ceux qui n'ont manqué qu'un rendez-vous de coordination. 25% de ceux qui ont systématiquement rencontré ce médecin ont manqué plusieurs convocations du SPIP, 23,2% une seule fois.

*« Y a des manquements du sujet auprès du thérapeute, auprès du CPIP et aussi auprès de moi. C'est pas toujours les mêmes. C'est-à-dire que des fois le CPIP me dit « Ah ben non, moi je le vois hyper bien. Je le vois même tous les 15 jours ; on est en train de régler plein de trucs » et puis le thérapeute il ne le voit plus. Des fois, c'est pas synchronisé, c'est pas tout en lien. Y a des sujets comme ça, qui viennent à TOUS mes rendez-vous, à l'heure, à la seconde près, mais qu'aux miens. Le CPIP le voit et le thérapeute le voit pas. Des fois, y a que le CPIP qui le voit. Tout est possible » (Psychiatre, médecin coordonnateur).*

Sans surprise, les plus âgés apparaissent de nouveau bien plus assidus. 63% des condamnés de 40 ans ou plus au moment de leur premier rendez-vous au SPIP ont respecté la totalité des convocations, contre 11,1% des 18-25 ans, 20% des 25-30 ans et 39,1% des 30-40 ans. À l'inverse, 66,7% des 18-25 ans ont raté plusieurs rendez-vous, contre 40% des 25-30 ans, 33,3% des 40-50 ans et moins de 10% de ceux ayant 50 ans ou plus. L'absentéisme des condamnés pour infractions à caractère sexuel sur mineurs est

également moins important : 56,6% n'ont raté aucun rendez-vous au SPIP, contre 37,5% en présence de victimes majeures. Ces derniers en ont plus souvent raté plusieurs (53,1%, contre 26,4% en présence de victimes mineures). Cette assiduité fut également plus manifeste pour les détenteurs d'images pédopornographiques (aucune absence pour 75% d'entre eux) et les exhibitionnistes (66,7%). Les absentéistes présentent souvent un passé pénal plus chargé. Un quart de ceux dont le casier était vierge ont raté plusieurs rendez-vous, 38% en présence d'une mention, la moitié de ceux ayant deux (50%) ou trois mentions (52%) inscrites au B1. Ce ne sont toujours pas les antécédents de violences sexuelles qui différencient ces deux groupes, les manquements concernant davantage ceux qui ont été condamnés antérieurement pour des atteintes aux biens sans (66,7% absents à plusieurs reprises) ou avec violence (85,7%), des violences (53,8%) et d'autres atteintes aux personnes (62,5%, contre 40,6% de ceux condamnés à plusieurs reprises pour infractions à caractère sexuel). On retrouve plus souvent dans le parcours biographique des condamnés régulièrement absents des événements traumatiques et des trajectoires chaotiques, traversées de violences parentales et de carences éducatives, de placements, voire de périodes de vie dans la rue, mais aussi une déscolarisation plus précoce, après une scolarité dans des établissements spécialisés, ponctuée d'incidents disciplinaires. Il n'est dès lors pas étonnant de retrouver parmi les plus assidus un public plus diplômé. 15,9% disposaient d'un baccalauréat, contre 8,1% de ceux plusieurs fois absents. 18,2% avaient interrompu leur scolarité au plus tard à la fin du collège, contre 40,5% de ceux plusieurs fois absents. Ceux qui disposaient d'un emploi au démarrage du suivi en milieu ouvert ont également plus souvent respecté les dates de convocation. Aucune absence n'a été renseignée pour 54% d'entre eux, contre 44% des chômeurs et 20% des inactifs, à l'exception des retraités ou préretraités, systématiquement présents. 41% des chômeurs et 60% des inactifs autres que retraités ont raté plusieurs rendez-vous, contre 27% de ceux disposant d'un emploi.

On observe également des différences importantes selon les troubles psychopathologiques identifiés par les experts. Ceux qui ont été présentés comme « psychopathes » ont moins souvent honoré leurs rendez-vous, moins d'un tiers ayant été systématiquement présents. À l'inverse, ceux qualifiés de « pervers » (65,2%) et/ou de « pédophiles » (62,9%) se sont plus souvent systématiquement présentés. Entre un sur cinq et un sur quatre environ ne s'est pas présenté à plusieurs reprises (respectivement 21,7% et 22,9%). Ce sont les condamnés qualifiés de « psychotiques » (75%) et ceux qualifiés de « *borderlines* » ou « états-limites » (81,8%) qui ont manqué le plus souvent plusieurs rendez-vous. Moins de 10% d'entre eux ont été systématiquement présents. Cette observation entre en résonance avec les propos des professionnels de santé qui ont insisté sur l'inadéquation du dispositif en présence de graves pathologies psychiatriques, sur les difficultés pour ces patients à respecter le cadre pénal, ce qui induirait un risque accru de réincarcération et partant une sur-criminalisation de ce public. À l'identique, les condamnés pour lesquels les experts ont évoqué des déficiences intellectuelles ont plus souvent été absents. Un sur quatre s'est systématiquement présenté aux convocations, contre 42% de ceux pour lesquels l'intelligence a été située dans les limites de la normale. La moitié a raté plusieurs rendez-vous (50% contre 36,5%).

Les motifs avancés furent le plus souvent des oublis ou des confusions de dates, des « pannes de réveil », voire dans quelques cas l'absence de réception de la convocation. Des problèmes médicaux sont fréquemment relevés, au sujet du condamné lui-même et des membres de sa famille, ou encore des contraintes d'ordre professionnel. Dans de nombreux cas, les CPIP ne se contentent pas de noter les absences des probationnaires, mais commentent leur attitude à ce sujet. Aux yeux des CPIP, comme des médecins coordonnateurs (v. *supra*), ce n'est pas tant l'absence elle-même qui importe, mais les anticipations ou réactions du condamné : s'est-il excusé, a-t-il prévenu, est-il de bonne ou de mauvaise volonté, sincère ?

« Vu Mr qui nous présente ses excuses pour sa non-venue du 23 (ayant dit-il confondu les RV, persuadé que le nôtre était le 26 = paraît sincère) » (notes manuscrites du CPIP, D15).

« Se présente et s'excuse car avait oublié. Reconnaît spontanément qu'il aurait dû tél pour s'excuser » (notes manuscrites du CPIP, D44).

« Mr... a du mal à respecter ou les jours ou les heures de RDV. Il vient en absence ou en retard, oublie mais passe très facilement au bureau dès qu'une question le soucie, ou il téléphone. Il se perd facilement dans ses divers RDV venant par exemple me voir quand il a une convocation ailleurs. Il semble plutôt perdu que de mauvaise volonté » (rapport semestriel). « Il répond sans

problème aux convocations du SPIP. Il sait appeler le service pour changer un RDV ou en demander un, en temps et en heure, ce qui est nouveau. Il vient aux heures prévues ce qui est le signe d'une réelle amélioration de son comportement et le signe qu'il s'inscrit un peu mieux dans la réalité » (rapport semestriel du CPIP, D49).

« Comme à son habitude il s'est trouvé dans l'incapacité de respecter les rendez-vous fixés. Pour le premier ce fut deux jours avant et pour le second, une heure après... Par-là même il évolue en imposant ses souhaits et son fonctionnement » (rapport du CPIP, D1).

« M... se présente aux convocations du SPIP mais avec une certaine légèreté. Il lui est arrivé d'oublier et d'appeler quelques jours plus tard, de se présenter l'après-midi au lieu du matin ou d'arriver simplement en retard. Il supporte assez mal qu'on le lui fasse remarquer et qu'on lui demande d'être plus précis et au minimum d'anticiper une éventuelle impossibilité » (rapport semestriel du CPIP, D10).

Les agents de probation n'évaluent pas la qualité du suivi du condamné à l'aune de la seule assiduité aux rendez-vous des différents interlocuteurs qu'il doit rencontrer, de son adhésion à la prise en charge thérapeutique et de son amendement sur le plan moral. Ils tiennent naturellement compte du respect des diverses interdictions et obligations qui lui sont imposées durant le suivi (travail, formation, hébergement, interdictions de paraître ou de fréquenter des mineurs, etc.). Afin de contrôler cet aspect, les agents ne vont toutefois guère au-delà des éléments d'information qu'ils collectent directement auprès de lui, sur un mode purement déclaratif. S'ils peuvent être en contact avec l'ensemble des intervenants sociaux plus ou moins directement impliqués dans l'accompagnement du probationnaire (CHRS, pôle emploi, structures d'insertion, etc.), d'immenses précautions sont prises concernant leurs rapports avec l'entourage familial et de potentiels employeurs. Les vérifications auprès de ces derniers ne concerneraient que les condamnés pour lesquels l'emploi en question risque d'entrer en flagrante contradiction avec les interdictions ou obligations accompagnant la mesure pénale, de crainte que les autres ne le perdent dans l'hypothèse où l'employeur n'aurait pas été initialement prévenu de leurs antécédents judiciaires.

*« [Est-ce qu'il vous arrive de contacter des proches de la famille ? L'employeur ?] Alors, des proches de la famille, oui. Des services sociaux, etc., etc., oui, ça nous arrive de le faire effectivement. Quand l'intéressé en parle, quand généralement... sauf si c'est en, situation de crise importante mais autrement... L'employeur, c'est autre chose. L'employeur, on maîtrise pas tellement qu'est-ce qu'il lui a dit. Est-ce que si on téléphone au nom de la justice, il va pas perdre son emploi, etc. Donc c'est très difficile, sauf lorsqu'il y a un impact direct. Par exemple, quelqu'un qui a interdiction d'être en relation avec les mineurs, et qui nous dit qu'il est chauffeur de car scolaire quoi. Chauffeur de car, mais il fait pas de transport scolaire, là par contre, on commence à se demander. Est-ce qu'on passe par direct le truc ? Généralement, on passe par lui en lui disant « mais si j'appelle votre employeur, il va me confirmer que vous faites que du transport d'adultes ou non ? ». Et si on a un vrai doute, à ce moment-là on passe par le magistrat « Il nous a dit ça. Maintenant, on n'est pas inspecteur de police, c'est pas à nous d'aller vérifier, mais il nous a dit ça quand même ». [Et autrement, la conjointe, enfin la compagne, les enfants ?] Jamais les mineurs. On ne contacte jamais les mineurs. [Et ça, c'est la routine ou pas ?] Non, c'est pas la routine. Non, parce que là aussi, on se heurte à beaucoup de courants de pensée au niveau des SPIP. Le principal c'est, y a qu'une seule personne qui est condamnée et qui a à voir avec le SPIP, c'est la personne. Après, y a d'autres courants de pensée qui disent oui mais, il est dans un environnement, il est dans un impact qui joue, qui interfère. Donc on s'entoure quand même de garanties. On pose pas comme postulat de base qu'on va appeler sa femme, pour savoir si le mec il continue à boire ou à la battre comme plâtre, etc., etc., et on fait aussi l'inverse. C'est-à-dire que il nous arrive d'avoir des appels des proches, de la famille, qui nous disent des trucs, et nous on le prend mais un peu comme l'expertise, c'est-à-dire qu'on ne dit pas à l'intéressé que sa femme nous a appelés. On le prend, au vu des éléments qu'elle nous a amenés, on voit si ça corrobore ou pas mais on ne dit pas qu'elle a appelé, parce qu'on ne sait pas quelles sont leurs relations donc on sait pas quel impact ça peut avoir » (CPIP).*

*« Ce matin, j'étais encore au téléphone avec une assistante sociale qui gère les enfants dans le cadre de mesures de protection, donc qui intervient au domicile, dans le cadre d'assistance éducative. Donc c'est croiser aussi un peu les regards. Je trouve que c'est important de croiser. On n'a pas la science infuse. Et en fait, notre mission, c'est effectivement de rendre compte et je pourrais pas rendre que mon avis. Moi j'ai besoin d'étayer aussi, avec d'autres regards, parce que on peut passer à côté, plusieurs personnes, mais alors tout seul, c'est encore... et il faut pas non plus qu'on soit dans la toute-puissance aussi. C'est-à-dire que le pouvoir... c'est surtout le juge qui a du pouvoir mais en fait, on a quand même une forme de pouvoir et du coup, il faut faire attention à comment on l'utilise aussi. Et puis, comme je le disais tout à l'heure, on est dans une relation de personne à personne et c'est possible que ça passe pas avec nous, mais que ça*

*passerait très bien avec quelqu'un d'autre. Et c'est pas parce que ça passe pas avec nous, qu'il va récidiver en sortant du SPIP quoi. Et c'est possible que ça passe très bien avec nous et c'est pas pour ça qu'il va pas récidiver. Donc c'est pour ça que c'est important de croiser les regards » (CPIP).*

« Il vit depuis... avec une jeune fille rencontrée en... Cette dernière à un jeune garçon, placé en famille d'accueil. Lorsqu'ils se sont rencontrés, elle vivait dans un foyer. Ils ont emménagé ensemble en... Le..., nous avons été contactés par le centre maternel de... Elle était hébergéE dans ce centre avec son fils. Elle a pris son logement indépendant à sa sortie. Elle vient toutes les semaines y voir son fils. C'est à cette occasion qu'elle aurait évoqué des violences de la part du condamné. Les éducateurs ont appelé le SPIP afin de relater le discours de Mlle... et dans l'objectif d'aborder la chose avec Mr. Le SPIP le recevra le... Nous reviendrons avec prudence sur sa relation avec Mlle... Situation difficile car les faits sont relatés par les éducateurs, à partir de ce que Mme leur aurait dit, et de plus elle n'envisage pas de porter plainte ? ni même de déposer une main courante. Elle aurait *a minima* pu être orientée vers une association d'aide aux victimes par le foyer... Notre intervention auprès de Mr va donc devoir être "en retenue" afin d'essayer de vérifier la réalité de ce qui nous a été transmis sans mettre en scène à aucun moment son amie afin de ne pas lui faire courir de risque à elle » (rapport ponctuel au JAP, D85).

Par ailleurs, il n'est pas attendu du condamné un simple respect formel des convocations, des interdictions et obligations qui sont mises à sa charge mais aussi, à l'instar de l'adhésion thérapeutique, un véritable investissement dans l'accompagnement et les échanges qui lui sont proposés par l'agent de probation. Dans la logique de responsabilisation qui se déploie sur la scène pénale, le condamné doit devenir « *le principal opérateur de sa sanction* »<sup>661</sup>. « *L'appropriation de sa sanction par le condamné passe par un pouvoir spécifique d'incitation dont la particularité est de s'effacer aussitôt qu'il a produit ses effets. [...] « L'idéal, ce serait que l'individu puni, soit individuellement, soit collectivement, sous la forme du conseil, accepte lui-même la procédure de châtement qu'on lui applique. Et si on lui donne une part de décision dans cette définition de la peine, dans cette administration de la peine qu'il doit subir, si on lui donne une certaine part de décision, c'est bien précisément pour qu'il l'accepte, c'est bien précisément pour qu'il la fasse fonctionner lui-même ; il faut qu'il devienne le gestionnaire de sa propre punition. Or, ceci est un vieux principe également, qui était le principe de l'amendement, tel qu'ont essayé de le faire fonctionner les pénalistes du XIX<sup>e</sup> siècle. Pour eux, un individu commençait à s'amender lorsqu'il était capable d'accepter sa propre punition, lorsqu'il était capable de prendre en charge sa propre culpabilité » (Foucault, 1990, 9) »<sup>662</sup>.*

Lors des entretiens avec l'agent de probation, le condamné « compliant » est celui qui parvient à se saisir de cet espace de parole pour évoquer ses difficultés en confiance et avec authenticité, à mettre en mots ses émotions et ressentis, à « travailler » et à modifier son rapport au monde, à avancer sur un plan social à l'aide des conseils avertis des professionnels. Le probationnaire doit être « *acteur de son suivi* ». Un CPIP ajoute toutefois que le SPIP accueille également des condamnés réticents ou hostiles au cadre et exigences judiciaires, mais pour autant investis dans des démarches individuelles de réinsertion sociale.

*« [vous entendez quoi par « quand ça ne roule pas » ?] Quand ça ne roule pas, c'est soit quand on a des annonces de euh... qu'a priori il y a des suspicions de nouveaux faits, ou alors qu'on a quelqu'un de très opposant, avec qui on arrive à travailler à rien, c'est-à-dire à jamais discuter des faits ou alors qu'effectivement, on a une obligation, une injonction de soin, qui ne se met pas... enfin, qui fonctionne pas bien. Un rendez-vous sur deux ou des choses comme ça. [...] Y en a avec lesquels on n'a pas de prise, avec lesquels de toute façon, y aura pas de travail. Mais en général on le lit dans les expertises de travail, enfin dans les rapports annuels du médecin coordonnateur. C'est-à-dire qu'il n'y a pas d'investissement ou soit qui n'a pas de capacité, soit qu'il n'y a pas d'investissement et qu'il y a un refus total de... de toute façon, il va à ses rendez-vous... » (CPIP).*

*« Un suivi réussi, on s'en rend compte quelques années plus tard, quand on l'a pas vu revenir. Mais un suivi qui s'est bien passé. Un suivi où on a pu s'écouter et se parler et puis où j'ai pu lui apporter quelque chose. On voit bien sur les 2 ou 5 ans, si... oui, si l'évolution a été bonne, s'il est satisfait de la vie qu'il a maintenant et puis, quel regard il porte sur les faits qu'il a commis et... La plupart du temps, ils finissent par nous dire que c'est terminé et qu'ils recommenceront plus mais en fait, on peut jamais être sûr de rien.*

<sup>661</sup> Larminat (de) X., « Un continuum pénal hybride », *op. cit.*

<sup>662</sup> *Ibid.* ; v. également Quirion B., « Réformer, réadapter ou responsabiliser le détenu. Analyse des enjeux normatifs rattachés à l'intervention correctionnelle au Canada », *Déviance et Société*, 2012, vol. 36, n° 3, 339-355 ; Quirion B., « Le détenu autonome et responsable : la nouvelle cible de l'intervention correctionnelle au Canada », *Revue de droit pénal et de criminologie*, 2009, n° 7-8, 818-835.

*Déjà, un suivi où il n'y a pas eu de conflit, c'est déjà pas mal. Ça arrive souvent oui. Ils sont contraints de venir, donc ça leur plaît pas trop. Y a des suivis qui restent assez bloqués. Ça marche pas entre nous, ça colle pas. Je dois en avoir un ou deux là, qui demandent régulièrement à changer de CPIP. C'est pas un motif. [...] C'est essayer de comprendre pourquoi ça colle pas. Mais la plupart, que ce soit moi ou que ce soit quelqu'un d'autre, ça fonctionnera de la même façon. C'est juste le rapport à la loi qui est un peu difficile et puis se sentir contraint et obligé de rendre des comptes, pour certains, c'est vraiment difficile. Parfois, il faut lâcher un petit peu la corde et puis voilà, les laisser libres à certains moments de fixer eux-mêmes la convocation » (CPIP).*

*« L'instabilité au niveau du logement. Ou l'instabilité au niveau du travail aussi. L'instabilité je dirais. Et puis le changement d'attitude aussi. Ça c'est des alertes. Oui, quelqu'un qui euh... qui manifeste un ras le bol et un désintérêt pour la mesure. Oui, un ras le bol quoi, une fatigue, une lassitude. [...]. Et puis l'environnement affectif. Je l'ai déjà dit mais c'est important ça » (CPIP).*

*« C'est très compliqué. C'est quoi un suivi qui se passe bien ou qui se passe mal en fait ? C'est très compliqué, parce qu'il y a plusieurs éléments qui rentrent en compte. Il y a la relation. La relation peut bien se passer ou mal se passer mais en même temps, à côté de ça, la personne, même si ça passe pas entre nous, elle peut avancer à côté de ça. Elle peut, au niveau social, faire des démarches, donc c'est ça qui est à valoriser aussi. Y a le côté personne à personne, y a le côté respect des obligations, y a le côté aussi, tout ce qui est réinsertion, etc., et du coup, il faut vraiment que le tous les voyants soient au rouge pour faire que le suivi se passe mal. Après, la relation peut très bien mal se passer, mais la personne à côté, elle peut se débrouiller toute seule aussi, pour faire plein de choses et avancer » (CPIP).*

*« [Et à l'inverse, à quoi vous dites qu'un suivi se passe pas très bien ?] C'est quand le contact est difficile, enfin, quand on n'arrive pas à se comprendre. Enfin, du moins, enfin je dirais... ouais, c'est un peu ça, c'est-à-dire qu'ils ne comprennent pas ce que je leur dis ou ce que je veux leur dire. Enfin, ils comprennent pas... ils intègrent pas les choses de la même manière, et puis j'arrive pas à trouver un moyen. J'ai un... ça reste plus du contrôle que un échange qui peut lui apporter quelque chose quoi. Là je sens que... et j'y arrive pas » (CPIP).*

*« Présence aux rendez-vous c'est quand même un indicateur en général, même si des gens peuvent venir aux rendez-vous et que ça... et qu'il se passe rien. Ça veut dire qu'ils respectent juste, mais quelqu'un qui vient pas, c'est déjà un indicateur qu'il y a des choses en tout cas qui fonctionnent pas trop. C'est pas forcément le suivi. C'est peut-être qu'ils sont pris dans leur vie par tellement de choses que du coup, ils sont plus en capacité de gérer ça, mais c'est vrai que c'est un premier indicateur. Ce qui se passe en entretien. Si la personne elle est à l'aise ou pas, si elle est plutôt souriante, si elle me dit, quand il y a des choses qui posent problème, si elle vient demander conseil ou pas. Quand ils commencent à me dire, notamment des choses qui leur font peur, des choses où ils sont en difficulté ou s'ils sont capables de dire que « ben oui là, des fois, quand même y a des émotions difficiles qui émergent et comment on les gère », là, je sais que c'est plutôt bon signe. Quelqu'un qui me dirait que tout est nickel et que tout serait parfait, je me dis bon... ça n'existe pas. Y en a qui viennent, où tout est nickel mais on sent que c'est un peu plus difficile » (CPIP).*

Comme les médecins coordonnateurs dans leurs rapports annuels (v. *supra*), les CPIP cherchent à retranscrire dans leurs écrits professionnels la qualité du suivi au travers d'une description plus ou moins fine des modalités relationnelles établies avec le justiciable. Sa politesse, sa « courtoisie », son « sérieux », sa capacité à parler « activement », sans « réticence » ou sans « retenue », sa propension à « collaborer » ou à « coopérer », comme sa « rigueur » et sa « ténacité » dans les démarches engagées, apparaissent comme autant de signes d'un processus de réinsertion bien engagé. Ils décrivent aussi des condamnés « peu loquaces », sur « la défensive », qui adoptent des attitudes contestataires, revendicatrices, qui disqualifient dans leurs discours l'ensemble des professionnels et avec lesquels les entretiens sont « laborieux ». Leur évolution est alors bien souvent présentée sous un angle moins favorable.

« Monsieur .. est respectueux de la mesure. Il se présente aux convocations et remet les justificatifs. Il est courtois et parle sans retenue » (rapport semestriel du CPIP, D12).

« Se montre collaborant à l'entretien, semblant désireux d'être irréprochable » (notes manuscrites du CPIP, D15).

« Mr... respecte les obligations générales. Il se présente aux convocations qui lui sont adressées et se montre très coopérant". (rapport annuel du CPIP, D17).

« Monsieur... répond à l'ensemble de nos convocations mensuelles. Il se montre sérieux et respectueux du cadre de la mesure » (rapport semestriel du CPIP, D20).

« Mr... est convoqué tous les deux mois. Il se présente sans aucune difficulté aux convocations et sa participation est tout à fait satisfaisante. [...] Mr... se présente avec ponctualité aux convocations du SPIP. Il se montre très soucieux du bon déroulement de la mesure judiciaire et nous justifie du respect de ses obligations. Ses capacités d'élaboration sont limitées et de ce fait le contenu des entretiens demeure assez superficiel » (rapport ponctuel du CPIP, D22).

« Mr... se montre tout à fait respectueux de la mesure comme de ses obligations. Il n'hésite pas à contacter le SPIP pour nous tenir informé de chaque élément nouveau dans sa situation. En entretien, il se montre ouvert au dialogue et évoque assez facilement son enfance, l'analyse qu'il fait de son passage à l'acte comme son parcours en détention. [...] Mr... adhère donc au suivi » (rapport semestriel du CPIP, D24).

« Globalement, la mesure concernant monsieur... se déroule au mieux, celui-ci faisant preuve d'une grande ténacité dans ses efforts, et d'une rigueur dans ses démarches, y compris vis-à-vis du SPIP » (rapport semestriel du CPIP, D26).

« Les entretiens sont difficiles car Monsieur est constamment sur la défensive, et se plaint constamment (de ne pas être aidé, les lenteurs de la Justice...). Il ne comprend pas l'objet de la mesure de SSJ, et a un sentiment d'injustice car dit avoir déjà purgé 5 ans. Il se victimise, considère qu'il n'a pas été aidé en détention, sa sortie n'a pas été préparée, une fois dehors il se serait adressé au SPIP... qui lui aurait dit de se débrouiller seul » (rapport semestriel du CPIP, D32).

« Monsieur... respecte les RDV SPIP, il est ponctuel et adopte un comportement correct durant les entretiens » (rapport semestriel). « Mr... s'est présenté aux convocations du SPIP et a participé activement aux échanges » (rapport de fin de mesure du CPIP, D36).

« Positionnement très défensif. Pas d'adhésion ni au suivi socio-éducatif ni aux soins. Entretien difficile - pas demandeur de relation d'aide. Hypothèse de travail : à "apprivoiser" en entretien mais tenir un cadre tout de même ferme. Il ne laissera passer aucune faille ou s'y engouffrera. Il essaie de faire peser la contrainte judiciaire sur le SPIP et non sur lui (cf. dde de chgt de médecin coordonnateur - convocations - demande à être reçu entre 12h30 et 12h45 mais ne se montre pas de ce fait plus coopérant - fait attention à son planning : ne pas convoquer qd est à l'AFPA) » (notes manuscrites du CPIP). « Il n'éprouve aucune difficulté depuis sa sortie de prison et pour l'instant respecte ses obligations mais reste dans un positionnement défensif quant à un accompagnement socio-éducatif » (rapport semestriel du CPIP, D39).

« Mr... est ponctuel. Il parle avec aisance de sa situation, des situations à risque et de son état du moment. [...] La mesure ne pose pas de souci. Mr respecte ses obligations générales et particulières. Il sait vers qui se tourner en cas de moment de doute » (rapport du CPIP, D50).

« Mr répond aux convocations. Il est très coopérant et aucun incident n'est à déplorer. Il fait preuve d'implication dans le suivi de la mesure » (rapport semestriel du CPIP, D58).

« Mr... respecte les convocations mensuelles au SPIP et adhère au suivi socio-éducatif. Même s'il n'y a pas de difficultés particulières quant au respect des obligations et si un accompagnement existe déjà par d'autres partenaires, le suivi régulier par le SPIP constitue un cadre utile et un "filet" sollicité par Mr. Mr est conscient de sa fragilité et a besoin d'exprimer à tous ses interlocuteurs ses difficultés » (rapport annuel du CPIP, D61).

« Sa personnalité est complexe et les entretiens sont longs et fastidieux. Mr dans un premier temps est peu loquace et a un regard très critique sur la justice et tous les intervenants qu'il rencontre. Puis au fil de l'entretien, il se libère et s'exprime sur les difficultés qu'il rencontre et ses projets » (rapport semestriel du CPIP, D66).

« Après des mois très chaotiques marqués par l'errance, parfois le découragement, Mr ... semble enfin dans une dynamique d'insertion. Lors de notre dernier entretien, il a analysé avec beaucoup de recul son parcours, reconnaissant aussi parfois sa propre responsabilité dans ses difficultés passées. L'intéressé a beaucoup mûri au cours de ces derniers mois. Il semble enfin décidé à devenir acteur de sa propre vie, alors qu'il avait plutôt tendance à mettre en échec tous les projets mis en place » (rapport de fin de mesure du CPIP, D67).

« Lors du premier entretien, Mr m'est apparu "angoissé" peut-être du fait du nouveau travailleur social en charge de son suivi. mais au fur et à mesure de l'entretien, Mr s'est apaisé, et le suivi a pu se mettre en place plus sereinement. Les entretiens avec l'intéressé durent assez longtemps car il a une certaine capacité d'élocution et de réflexion. Mr réfléchit beaucoup au sens qu'il donne à sa mesure et aux actes qu'il a posés. [...] Mr apparaît comme étant quelqu'un de stable et de cohérent dans son discours. Les entretiens démontrent clairement la volonté de l'intéressé à être acteur de son suivi, à se remettre en question et à travailler sur le sens de ses actes. Mr semble "adopter" le suivi proposé et commencer à me relater son enfance » (rapport semestriel du CPIP, D75).

## **B- Le signalement des suivis problématiques au JAP**

En présence des différents manquements évoqués, les modes de réaction des CPIP ne semblent pas enserrés dans un strict *process* déterminé par une politique de service. Ceci étant, les agents semblent emprunter des voies relativement similaires. Leurs collègues constituent souvent une ressource essentielle en première intention, pour glaner quelques conseils à l'occasion d'échanges informels, que certains agents souhaiteraient d'ailleurs plus réguliers, avec des temps dédiés. Ils sollicitent également leur chef de service, en tout cas lorsque celui-ci leur semble de bons conseils, notamment pour discuter

de l'intérêt d'un signalement au JAP. Ces cadres jouent un rôle de filtre important, dès lors qu'ils peuvent éventuellement reporter la saisine du JAP, si tant est qu'ils acceptent un transfert formel de responsabilité en actant leur décision, qui sera consignée dans le dossier de l'agent. Lorsque les défaillances constatées ne témoignent pas d'une véritable défiance à l'encontre du cadre judiciaire, qu'elles révèlent plutôt de profondes difficultés sociales, affectives, psychiques ou intellectuelles, les agents comme leur hiérarchie ne jugent pas utile d'en rendre compte immédiatement et systématiquement aux JAP, ni même nécessairement dans leurs rapports annuels. Ces derniers sont d'ailleurs les premiers à souhaiter de tels filtres, avec une gradation des réponses selon l'ampleur des violations et le profil de l'individu en termes de dangerosité. Si certains ont pu regretter des signalements parfois trop tardifs, leur charge de travail les cantonne bien souvent à une position d'arbitre, à la sanction des incidents importants. La saisine du JAP est dès lors le plus souvent précédée d'un « *recadrage* » effectué par l'agent lui-même, voire par le chef de service en sa compagnie.

*« Y a pas de pratique écrite. Y a pas de procédure entre guillemets. Par contre, j'ai l'impression qu'on a tous la même procédure. D'ailleurs on parle entre collègues. Au moment de l'entretien, y a un truc qui cloche... souvent un suivi qui part... On sent qu'il y a quelque chose qui décroche, qui va plus. Déjà, on en parle entre nous. Parfois y a ceux qui ont eu la même chose. Ça peut être aussi « t'as quel praticien ? Appelle-le, appelle-le, lui il parle facilement », parce qu'on les connaît pas forcément. Y a aussi ça, y a aussi la connaissance du praticien concerné par les collègues. Et puis après, y a la hiérarchie aussi. Alors soit on va direct au rapport, raconter les choses sur lesquelles on pense que. Peut-être que vu par le juge parfois... On sent qu'il y a un laisser-aller, les gens en ont marre mais en même temps, y a pas vraiment d'éléments pour une levée d'obligation eh ben on va au rapport au juge. Parfois on va voir le chef de service. Alors, parfois c'est arrivé, je me souviens monsieur [DPIP] me disant « on va le voir ensemble la prochaine fois », soit pensant qu'il y avait besoin d'un recadrage, soit. En même temps, monsieur [DPIP] il avait la particularité d'être dans le métier. C'est quand même un psychologue à la base donc voilà, ça aidait aussi mais y a pas de procédure. Je pense qu'on est un peu tous pareils là-dessus. On cause quand même de nos suivis entre nous, d'abord parce que ça fait du bien, parfois des drôles aussi parce qu'il y en a quand même des rigolos et puis parce qu'on s'échange des trucs. Ça fait du bien de parler et puis y a des conseils soutenants et puis après oui, y a la hiérarchie. Moi je trouve qu'on n'a pas à se plaindre ici. La hiérarchie directe, y a quand même des gens avec qui on peut se poser autour d'une table et dire « voilà, je sais plus où je vais ». On n'a pas de lieu. On n'a plus. On avait. Ça, ça pourrait être bien sans que ça devienne une obligation parce que ça je pense qu'il y a des collègues pour qui le tour de table avec tous les collègues qui écoutent les situations, c'est trop compliqué et pour le coup, je pense que ça serait perturbant. Mais après, quand on a la possibilité d'analyser la situation, je trouve que c'est un truc qui pourrait se refaire » (CPIP).*

*« C'est discuté avec les grandes lignes, dans ses grandes lignes. Et chacun voit midi à sa porte, y en a qui acceptent plus ou moins. L'avantage fondamental c'est que maintenant, le rapport passe automatiquement et ça c'est incontournable, par la validation du cadre. Et c'est à ce moment-là effectivement, où on peut trouver que le signal d'alarme est tiré un peu tard ou il est tiré un peu tôt. Moi, je prends ton rapport en tant que SPIP, mais il reste dans le SPIP. Je mets « vu » et je mets pourquoi il reste dans le SPIP. Si par hasard il y a un problème, etc., c'est moi qui assumerai la responsabilité, je valide. Maintenant, je te dis que non, ça ne vaut pas le coup de » (DPIP).*

*« Et puis je trouve ça intéressant, de parler avec des collègues, de faire... d'avoir d'autres... parce que quelquefois, on peut être coincé avec une personne dans une relation et puis c'est bien d'avoir quelqu'un qui dit « tu devrais peut-être essayer de faire ça, de parler de ça ou de proposer ça », pour un petit peu débloquer la situation » (CPIP).*

*« Dans le rapport annuel, on peut l'indiquer mais si globalement c'est suivi, moi je ne vais pas dire « il a loupé un rendez-vous sur les douze ». Non, je dis pas ça. Moi je trouve que ça peut arriver à tout le monde de louper un rendez-vous. On peut avoir un empêchement, on a le droit d'être malade, ou d'être retenu au boulot... enfin... [...]. En général, je le sais. Ben je le sais, donc j'en parle avec la personne [...]. C'est individuellement. On peut aller en parler avec notre chef, y a pas de souci. [...] Y a pas de... on n'a pas de réunion où on parle du fond. On a une réunion de service par mois. C'est une descente d'informations, de trucs très pratiques, mais rien, pas de réflexion quoi. Y a pas de lieu de réflexion dans le service. [Est-ce que ça vous est déjà arrivé de faire des rapports d'incident ou pas ?] Très rarement. Y en a un je crois, mais après l'avoir dit à la personne. [...] Parce que ça nécessite pas forcément de sanction, enfin... Si on*

*doit sanctionner les gens chaque fois qu'ils vont pas voir le médecin, on s'en sortirait pas. Il avancerait pas » (CPIP).*

*« Ben, c'est un peu comme le SPIP le fait. C'est pour ça que je les compare aussi [avec le médecin coordonnateur]. C'est que, en fonction de chaque situation du condamné, y a quand même une évaluation en opportunité. C'est pas parce que la personne rate un rendez-vous que c'est tragique. Après, un certain type de profil qui rate un rendez-vous, oui. Quelqu'un qui est dans la nature, dont on soupçonne qu'il est en difficulté, oui, c'est assez... C'est en fonction du degré d'inquiétude en fait que... mais comme le fait le SPIP. Ce sont les instructions qu'on avait données au SPIP, c'est-à-dire, c'est pas forcément au premier rendez-vous raté qu'il faut nous informer. [Et y a un protocole éventuellement qui s'est... ?] Avec les médecins coordonnateurs non, pas ici, pas ici. C'est compliqué de donner des instructions à un médecin, pour un juge. Non mais vraiment. Autant avec le SPIP, on a des protocoles, on a des instructions, qu'il faut qu'on fasse d'ailleurs, mais bon bref, c'est un peu structuré » (JAP).*

« En résumé, il a été difficile de rencontrer l'intéressé sans que cela ne soit totalement de son fait. Néanmoins, il a été nécessaire de reposer le cadre de la mesure » (rapport annuel du CPIP, D54).

« Enfin j'évoque les propos désobligeants tenus à l'encontre de Mme [CPIP] et moi-même en lui rappelant que cette affaire était réglée dans l'intérêt de la poursuite de la mesure mais que le Juge était informé et que le renouvellement de ce comportement lui vaudrait *a minima* la convocation JAP » (compte rendu d'un entretien réalisé par le DPIP, D8).

« Quand je le questionne sur ce qui a été fait pour améliorer son état [de la maison insalubre qu'il loue], il s'énerve et hausse le ton => j'ai mis fin à l'entretien. Il a refusé de partir, puis a quitté le bureau en me traitant de "conne" => rapport JAP ». « Rdv avec le directeur SPIP pour mise au point sur son comportement et les enjeux de la mesure. Reconnaît ne pas avoir respecté certaines obligations comme celle de prévenir le SPIP de ses changements d'adresse. Vu ensuite seule, et est resté calme et attentif » (notes manuscrites du CPIP, D13).

Plus globalement, la nature des informations transmises aux JAP et la fréquence de leurs échanges varient selon les agents de probation, mais également selon la personnalité des JAP, dès lors que les CPIP anticipent leurs réactions sur la base de leurs pratiques décisionnelles antérieures. Certains agents ne signalent qu'en cas de défaillances importantes, d'autres les tiendraient plus régulièrement informés, notamment *via* le logiciel APPI<sup>663</sup>. Les propos d'un magistrat du siège rappellent la ligne de clivage évoquée dans de nombreuses recherches, entre des CPIP revendiquant leur identité de travailleur social et de jeunes recrues plus sensibles à une criminologie centrée sur le contrôle et la gestion du risque, à la logique et aux attentes judiciaires. Dans certains cas, les agents de probation privilégient des contacts très informels, pour signaler des informations qu'ils jugent essentielles mais qu'ils ne souhaitent pas mentionner dans leurs rapports, soit parce que cela mettrait en échec le rapport de confiance établi avec le probationnaire, soit pour protéger des tiers, notamment au sein de l'entourage. Pour les magistrats, ces informations sont toutefois difficiles à manier, faute d'être soumises à la contradiction.

*« Ça dépend des CPIP en fait. Si on prend l'hypothèse du SME, y a des SME dans lesquels, pendant un an, on va avoir aucune nouvelle de rien quoi, pas une note, pas un rapport. Et puis c'est le jour où il y aura un gros incident qu'on aura une information. D'autres CPIP, nous tiennent régulièrement assez informés. Mais c'est vrai que souvent, c'est plutôt vers la fin de mesure quoi. C'est-à-dire vraiment pour sanctionner en fin de mesure, alors que avant, on aurait peut-être pu... on aurait peut-être pu intervenir. Mais c'est souvent dans le rapport de fin de mesure, qu'on découvre que bon ben, on n'a pas eu de nouvelles pendant un an, parce que il s'est pas passé grand-chose en réalité [...]. Mais sur les manquements aux obligations de soins, on est quand même informé, quand même assez régulièrement. Les CPIP, ils font quand même des rapports assez réguliers. Ça arrive parfois que pendant un an, on n'en ait aucun. J'en parle parce que quand ça arrive, ça me fais râler mais c'est quand même pas la règle. Je trouve quand même qu'on est informé assez régulièrement et quand on a besoin nous, d'informations, pour x raisons, ils sont assez réactifs. On a quand même des informations qui sont, je pense, assez objectives. [...] On voudrait avoir des infos et en même temps, dès que le rapport est trop long, on veut juste checker des trucs. Et en même temps, si le rapport se limite à ça, on n'est pas content non plus quoi. On est super ambivalent [...]. Enfin, on sent qu'il y a eu de la formation chez les CPIP et que dans la manière de présenter les choses et dans l'information qui est donnée, je trouve ça bien. [...] Bon, y a une question de générations qu'on voit clairement. Les vieux CPIP ont pas... Les vieux de la vieille, qui sont plus... ont un côté plus éduqué en travailleur social que le pénitentiaire, dont leur nom leur convient pas très bien quoi et les jeunes qui vont*

<sup>663</sup> Larminat (de) X., « La technologie de mise à distance des condamnés en France. La centralisation informatique des données socio-judiciaires », *op. cit.*

être sur des logiques différentes et qui vont je trouve, embrasser un peu plus largement et le côté pénitentiaire... enfin, et le côté insertion, le côté sous contrôle et le côté socio-éducatif quoi et qui vont peut-être plus aussi, être dans le partage, voilà, dans l'échange plus facile. [Les plus âgés] Eux, ils sont plus... voilà, eux ils sont effectivement... oui, on est presque l'ennemi nous. C'est euh... Ouais, ouais, ouais, c'est complexe. C'est le même rapport que les services de police peuvent avoir avec le juge d'instruction, qui va être un peu méfiant. Après, chacun doit gagner la confiance de l'autre, s'approprier, apprendre à travailler ensemble mais c'est vrai qu'il y a des services, qui ont une culture judiciaire ou pas » (JAP).

« Ça dépend quel JAP là aussi. Quand on a des JAP comme à [ville], top. On peut y aller franco de port, en disant « il y a l'officiel, le rapport que je vous transmets, celui-là c'est carré, etc. ». Et puis il y a des questionnements « et vous imaginez, si on faisait ça ? », etc., etc. Et là, y a un échange qui se passe, qui est très positif évidemment. Et puis vous tombez sur d'autres lieux où c'est tellement fermé. Vous vous dites « si je dis ça, les conséquences ? Le type va se retrouver en taule ». C'est disproportionné. Alors, c'est vrai que c'est le magistrat qui doit décider si... hein, mais y a un moment donné, dans le rendu compte, où on se dit, voilà, on va remonter les oreilles du mec et on va pas forcément le dire. Et là, on commence à être dans un système qui est... qui est périlleux quoi. Qui est périlleux, parce que normalement, tout doit se passer... transparent. [...] Là aussi, on est dans un système et le système, moi l'interprétation que je peux avoir d'un manquement de la personne condamnée, c'est une interprétation qui va pas être forcément celle du magistrat. Et le magistrat il a sa pratique, il a sa spécificité, donc y a des moments où effectivement on se pose des questions. Il s'agit pas de mentir au magistrat, ou de pas lui raconter, quand c'est un fait grave. Après, quand c'est une hypothèse, eh ben on évalue ce truc. Quand par exemple, vous avez des gens qui, quand ils viennent pas au rendez-vous, quelqu'un vient pas au rendez-vous, ils viennent assez vite. Tout de suite le recommandé, le machin, le bidule, d'autres qui passent des coups de fil en disant « attendez, je vous donne 8 jours pour passer », etc. Et si le type au bout de 8 jours vient, on va pas mettre dans un rapport que le type, il faut un petit peu le traîner pour qu'il vienne au SPIP, parce qu'on considère que vu ce qu'il est, effectivement, y en a qui donnent l'impression qu'ils sont libres hein. Donc ma liberté, c'est d'être convoqué deux fois au SPIP. Donc on a des gens, où on fait une première convocation, qui est une convocation, je dirais factice, parce qu'on sait bien qu'il va pas venir. C'est sa façon à lui de dire qu'il est pas d'accord de venir. Et puis à la deuxième, il vient. Mais c'est notre interprétation. On va pas le faire passer, parce que selon le magistrat vers qui ça va arriver, ça va prendre des proportions, il va être convoqué, il va être remonté, donc on dénature tout. Alors, y a des choses essentielles sur lesquelles c'est incontournable. Y en a avec qui il faut bien poser le cadre, en disant qui on est et pourquoi on est là. Et puis, y a ensuite, une zone d'interprétation que l'on doit avoir. Il est préférable là aussi de la partager avec quelqu'un, pour que ce quelqu'un dise « non, là la tolérance est trop importante » (CPIP).

« Mon impression à moi, c'est que si je mets ça, jamais il accordera des choses qui au contraire pourraient faire avancer. [...] Si le juge il voit qu'il y a le moindre petit truc, il va dire non [...]. Après, je prends sur moi, s'il me reproche après d'avoir trop ou pas assez dit » (CPIP).

« Oui. Oui, par exemple, ça m'est arrivé ce matin [de contacter la JAP]. C'est quelqu'un qui s'ouvre assez. Sa mère m'a appelée, pour me raconter ce qui se passait vraiment à la maison. En gros, il a compris que le périmètre c'est l'appartement, mais que ça peut être aussi le couloir, ça peut être aussi les couloirs du dessus. Donc en gros, il fait la fête avec ses copains dans le couloir, et au-dessus de l'appartement. Les voisins se plaignent, etc. Sauf que la mère a de vraies craintes de représailles et donc du coup, elle me l'a dit mais elle veut absolument pas faire d'écrit. Elle a peur. Du coup, j'ai appelé le juge pour lui dire oralement, mais ça, je l'ai pas écrit dans un rapport, parce que le rapport, il est lu à la personne. Et ça serait mettre la parole de la mère en défaut si jamais demain il est convoqué devant le juge qui lui dit « la CPIP, votre mère dit que ceci, que cela », il va la taper en rentrant chez lui quoi. Je vais donner l'information en off. Donc la juge le sait mais l'utilisera pas vraiment, pour justifier la décision qu'elle va prendre, mais elle est au courant quand même qu'il y a des soucis. Et après j'essaie d'étayer ça, parce que du coup en l'occurrence on peut se dire aussi, c'est la parole de l'un contre l'autre. Donc après, j'ai essayé par un autre biais, d'avoir des preuves du fait qu'il y a de vraies dégradations dans les couloirs, etc. Les voisins se sont plaint, l'ont reconnu, donc voilà, il y aura quand même des éléments autres mais oui, je... On peut pas tout dire » (CPIP).

« Parce que c'est une position qui est pas facile, parce qu'ils accompagnent aussi le condamné, donc y a une relation de confiance à avoir avec lui et s'aliéner... enfin, en écrivant des choses dans le rapport qui pourraient être mal perçues par le type, c'est aussi se l'aliéner et finalement, compromettre le travail. Et ça, moi j'ai eu le cas, le CPIP qui m'appelait pour me dire des choses qu'elle voulait pas mettre dans son rapport, sur une demande d'aménagement de peine mais en même temps, c'est pas dans le rapport, moi je

*peux pas en tenir compte quoi. Donc voilà. Donc du coup, je lui ai conseillé une formulation, qui lui permettait de dire, parce qu'elle voulait pas... c'est un type qu'elle suit depuis des années [...]. Y avait un aménagement de peine donc elle voulait... C'était pas de la couardise, c'était [...] une volonté de bien faire, mais en même temps, c'est bien beau de m'appeler pour me le dire mais en même temps, c'est pas dans le débat. Je ne peux pas fonder la décision que là-dessus » (JAP).*

*« Par loyauté vis-à-vis du condamné, on a un principe du contradictoire, on n'a pas à parler entre nous. C'est un peu gênant vis-à-vis de la personne, surtout quand nous, on va être amenés à prendre une décision derrière » (JAP).*

Si l'un des JAP a contesté des signalements parfois trop tardifs dans l'hypothèse d'un simple SME, le SPIP semble néanmoins plus réactif en ce qui concerne les SSJ. Si les seuils de tolérance varient selon la personnalité de l'agent et le profil de l'intéressé, la plupart des CPIP indiquent rédiger un rapport d'incident au deuxième ou troisième rendez-vous manqué auprès d'eux, après l'envoi d'une dernière convocation par lettre recommandée. Lorsque le dossier en question mobilise un médecin coordonnateur avec lequel ils ont de véritables échanges, et que des défaillances se manifestent de tous côtés, un double signalement peut être conjointement décidé.

*« C'est souvent des pratiques individuelles. Cela dit, il y a un rapport d'incident, dès que... Enfin, oui, normalement, au bout de 3 convocations manquées, il y a un rapport d'incident ou en tout cas, là, il y a explication » (CPIP).*

*« Quand c'est dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire y a un rendez-vous par lettre simple, et puis si jamais ils se présentent pas, le deuxième rendez-vous est en recommandé. Et c'est qu'à partir du deuxième rendez-vous en recommandé, s'il ne vient pas, que là on prévient le juge. On va pas à chaque fois, sortir la grosse artillerie, parce qu'ils ont le droit d'oublier, ils ont le droit d'avoir un empêchement. Je suis assez souple dans les rendez-vous. J'essaie le maximum de m'adapter à eux donc souvent je leur dis « si vous pouvez pas venir, vous appelez, pour qu'on décale », ça économise le recommandé et puis voilà... on va pas... » (CPIP).*

*« Si au 3<sup>e</sup> rendez-vous, envoyé en recommandé avec accusé de réception, là on fait un rapport d'incident au juge, en disant « on l'a convoqué une première fois en lettre simple, une deuxième fois un rappel, et une troisième fois en recommandé avec accusé de réception. Toujours pas de nouvelles [...]. Y en a qui dégagent plus vite que d'autres, des rapports d'incidents. Moi j'essaie de courir après la personne. Plus » (CPIP).*

*« Il faut qu'ils viennent. Ils ont pas le choix, ça fait partie des obligations. [...]. Au bout de deux absences, on informe le juge. On peut avoir des pratiques un peu différentes mais pour les suivis socio-judiciaires, au bout de deux absences, le juge est informé. Après, on n'a pas le choix [...]. C'est une politique de service et aussi c'est quand on... on est obligé quoi et le juge... voilà. Y a une prescription quoi » (CPIP).*

*« Souvent, s'il y a de la défection aux soins, y a de la défection ailleurs. Y a des problèmes ailleurs. Dans les cas que j'ai eus, y a eu des problèmes ailleurs. On s'est mis en lien à un moment donné avec le médecin coordo mais c'était dans un ensemble de dysfonctionnements. Y a rarement qu'une dimension à... [...] Là, quand c'est arrivé, j'avais déjà eu un lien avec le médecin coordonnateur. On avait essayé de le repêcher plusieurs fois, parce qu'il venait à peu près, bon an mal an à mes rendez-vous [...]. On avait vu ensemble, on en avait parlé. On a parlé carrément du moment où on allait envoyer le rapport incident en fait. [...] Donc il y a eu conjointement, le rapport incident... parce qu'il venait pas aux rendez-vous mais y avait plein de choses à mettre en place, en œuvre et il faisait pas. Il s'est fait virer de deux foyers. Enfin, ça a été... Et parallèlement, le rapport du médecin, sur l'aspect soins. Évidemment, moi je l'ai fait, mais j'ai pas détaillé ce qui se passait. Je savais que le médecin coordonnateur le ferait dans son compte rendu à lui » (CPIP).*

Des incidents révélés aux JAP apparaissent dans un peu plus d'un dossier sur quatre (26%), plusieurs dans 13% des dossiers. Une petite minorité concentre les défaillances : douze condamnés ont fait l'objet de deux rapports d'incidents ou davantage, six d'au moins trois signalements. Au regard de nos observations précédentes sur l'assiduité aux consultations thérapeutiques, aux rendez-vous des coordonnateurs et des CPIP, on y retrouve donc davantage d'auteurs de violences sexuelles sur

majeurs<sup>664</sup>, des condamnés plus jeunes<sup>665</sup>, plus souvent qualifiés de « psychopathes »<sup>666</sup>. Les « psychotiques » et « borderlines » ou « états-limites » ont également plus souvent fait l'objet de rapports d'incident (respectivement 37,5% et 45,5%). C'est l'absence de présentation aux convocations du SPIP qui constitue le manquement le plus régulièrement mis en avant par les agents. S'y ajoutent des absences aux rendez-vous du médecin coordonnateur, aux consultations du psychiatre ou psychologue traitant, des alcoolisations, quelques non-respects de l'interdiction d'entrer en relation avec des mineurs et de paraître dans certains lieux, avec alors une référence plus nette au risque de passage à l'acte. Il est plus rarement question de l'absence de justification de la situation professionnelle ou de manquements à l'obligation de travail, de justification de l'adresse, des revenus, de réparation des dommages de la victime ou encore de déplacements sans autorisation. Dans quatre cas, le SPIP fut préalablement saisi par des centres d'hébergement, essentiellement dans le cadre des placements extérieurs, après des violations du règlement intérieur de la structure, notamment la consommation d'alcool en son sein.

Dans ces rapports d'incident, les CPIP réclament rarement des sanctions, même s'ils sollicitent parfois un « recadrage » plus solennel, effectué cette fois par le magistrat, avec un ferme rappel des obligations et des risques auxquels s'exposent ces condamnés. Dans une logique de gradation des réponses, ces agents peuvent lui attribuer une plus grande force. Il peut tout autant s'agir d'anticiper une potentielle sanction, en laissant implicitement entendre qu'une simple mise en garde suffirait. Dans cette dernière hypothèse, il n'est pas rare que l'agent souligne parallèlement des points positifs à mettre au crédit du probationnaire, de façon à relativiser les défaillances signalées. Dans un dossier relativement ancien, le magistrat en poste a dans un cas retourné une fin de non-recevoir, considérant que cette mission relevait du SPIP.

« Monsieur .. a travaillé dans une période mouvementée qui explique ses oublis, dont il a conscience de la gravité et des possibles conséquences. Compte tenu de son attitude positive par ailleurs depuis le début de la mesure, un recadrage paraît plus opportun qu'une sanction » (rapport ponctuel d'incident, D8).

« Monsieur... a visiblement du mal à tenir le cadre. Celui-ci lui a pourtant été rappelé à plusieurs reprises. Il m'apparaît aujourd'hui important qu'il puisse être reçu par le magistrat afin que lui soient rappelés les enjeux d'une mesure telle que le SSJ. Monsieur... doit comprendre que si nous entendons ses difficultés, il a des obligations dont l'irrespect pourrait avoir d'importantes conséquences » (rapport d'incident du CPIP). À la suite d'un rappel des obligations effectué par le JAP, un nouveau rapport d'incident lui sera adressé six mois plus tard : « Monsieur .. est encore une fois à la limite du non-respect des obligations. Comme pour les entretiens avec le médecin coordonnateur, force est de constater que permettre la présence de Monsieur... aux entretiens donne toujours lieu à de multiples échanges téléphoniques et arrangements divers. Monsieur... est passé en rappel des obligations le... mais sa situation étant en voie de stabilisation à ce moment-là, il n'a visiblement pas entendu qu'un SSJ est une mesure judiciaire contraignante et qu'il ne peut rester sans adresse. En outre, je m'interroge quant à la poursuite des soins dans ce contexte particulier. La situation de Monsieur... m'apparaît préoccupante. [...] À ce stade, le SPIP conclut au non-respect du SSJ et sur un risque de passage à l'acte. Le SPIP est donc favorable à une convocation devant le magistrat (rapport d'incident du CPIP). Un troisième sera rédigé un mois plus tard : « À mon sens, Monsieur .. fuit ses obligations et semble penser que c'est aux différents services de s'adapter à sa situation compliquée, situation qu'il a lui-même provoquée. La situation reste préoccupante. Le SPIP ne peut que constater un total dysfonctionnement dans le déroulement de la mesure judiciaire de Monsieur... : aucune adresse permettant des convocations. Mr est dans la fuite de ses obligations. Le SPIP s'inquiète de cette situation et demande à ce que Mr soit convoqué très rapidement devant le JAP (rapport d'incident, D31).

« Monsieur est célibataire et sans enfant. Il est né à... et s'y rend régulièrement pour voir sa famille. Il s'y est rendu en... mais également dernièrement du... au... L'intéressé n'a pas demandé l'autorisation de ce déplacement malgré notre avertissement en.... L'intéressé envisage un nouveau déplacement en..., nous lui avons remis un formulaire de demande. Il doit y régler de histoires complexes d'héritage [...]. Nous comprenons cette situation mais n'admettons pas qu'il n'ait pas demandé l'autorisation. [...]. Nous proposons une convocation devant le JAP pour rappel des obligations, ainsi qu'une inscription au FPR » (rapport ponctuel d'incident du CPIP, D32).

« Nous lui avons fermement reprécisé le cadre de sa condamnation, cependant il nous semble nécessaire qu'il soit convoqué par le JAP. Mr n'a fourni aucun justificatif de ses revenus. Mr s'est joué depuis le début du suivi de ses obligations et ses déclarations durant l'entretien en sont une parfaite illustration. Il est d'ailleurs à noter qu'il n'a pas proposé de nous envoyer l'ensemble des justificatifs qu'il dit posséder » (rapport ponctuel d'incident du CPIP, D93).

<sup>664</sup> 38,7% ont fait l'objet de rapports d'incidents (contre 19,6% en présence de victimes mineures), 22,6% à plusieurs reprises (contre 8,9%).

<sup>665</sup> 40% des 18-25 ans au moment du premier rendez-vous avec leur CPIP et 50% des 25-30 ans n'ont pas fait l'objet de tels rapports, contre plus de 75% de ceux plus âgés. 30% des 18-30 ans ont fait l'objet de plusieurs rapports d'incidents, contre moins de 15% des plus âgés.

<sup>666</sup> 45,8% ont fait l'objet de rapports d'incident (contre 19,6% des « pervers » et 22,9% des « pédophiles »).

« Un rappel à la loi de votre part me semblerait nécessaire dans l'intérêt du suivi et de la meilleure compréhension par l'intéressé du sens de sa peine, de la loi » (rapport d'incident du CPIP). « Ayant l'honneur de vous rappeler les articles D574, D575 et D577 du CPP, il m'apparaît dès lors qu'il entre dans les missions du SPIP de faire un rappel à la loi » (réponse du JAP, D49).

Les agents sont en revanche partagés concernant la mise à exécution de la peine encourue en cas de manquement. La plupart considèrent qu'ils n'ont pas à solliciter ou à conseiller ce type de réaction au juge, du moins en l'absence de nouvelles infractions. Outre qu'une réincarcération ne leur semble alors pas nécessairement opportune, ces agents considèrent qu'une telle demande ne relève pas de leurs attributions. Leur rôle se limiterait à la transmission des éléments nécessaires pour éclairer la décision du magistrat. Quelques-uns indiquent au contraire ne pas hésiter à transmettre une appréciation sur l'opportunité d'une incarcération.

*« C'est-à-dire que moi, je demande... enfin, contrairement à certains collègues, que ce soit dans les mises à l'épreuve ou dans les différentes mesures, je demande jamais la révocation en fait. Je donne des éléments. C'est pas à moi de demander la révocation. Ça peut revenir au même, et ça peut paraître un peu ne pas prendre ses responsabilités, mais le magistrat, il est jamais obligé de nous suivre en fait. Donc moi je veux pas être plus royaliste que le roi. Si quelqu'un ne vient pas aux convocations, je dis que je suis pas en mesure d'exercer le mandat qui m'a été confié. Après, le magistrat il fait ce qu'il veut. Mais je demanderais pas la révocation d'un suivi socio-judiciaire pour non-respect de l'injonction de soin. En revanche, je proposerais au magistrat, de recevoir l'intéressé, pour procéder à ce qu'on appelle un recadrage, pour lui rappeler ses obligations. En général c'est suffisant, pour un certain temps au moins. Parce que je considère de toute façon malgré tout, que ça reste des peines supplémentaires, des mesures de sûreté et que jouer sur... enfin, envisager un retour en prison, pour non-respect d'obligations, etc., c'est vraiment l'extrême quoi. Notamment s'il n'y a pas de récidive. Enfin bon... Si encore y a une récidive, pendant une mesure socio-judiciaire. Il faut que les choses aient un peu de logique et de cohérence. C'est pas quand même supportable, c'est pas admissible. Dans ce cas-là on peut reconsidérer au moins une partie du suivi socio-judiciaire, en plus de la peine prononcée. Mais pour un non-respect d'obligation, il faut quand même tout mettre en œuvre avant d'envisager ça, qui règle rien » (CPIP).*

*« C'est-à-dire que j'essaie de ne pas réduire la personne à son acte et... et pour beaucoup, parce que moi j'ai eu beaucoup d'échecs, deux-trois échecs dans les suivis socio-judiciaires mais c'est des personnes que je voyais... [Qu'est-ce que vous entendez par échec ?] C'est des personnes que je voyais régulièrement. Pour le coup, des personnes à qui je posais des questions mais très, très, très directes « est-ce que vous avez une attirance particulière pour les enfants ? ». Mais vraiment. C'est des gens avec qui je discutais très bien. Eh ben, voilà, elles sont retournées en détention. Pendant qu'elle venait me voir, nous voir au SPIP, eh ben, elle commettait les mêmes faits quoi. C'est-à-dire qu'à aucun moment, elle s'est sentie en confiance, pour nous dire « C'est difficile. Ces jours-ci... ». Elles sont en détention. Un autre que j'avais en suivi socio-judiciaire, pareil, au niveau professionnel, y avait aucune difficulté, au contraire c'était très bien, on valorisait ça. Il nous parlait que... que... qu'il était pris un peu en otage par son ex-compagne, parce que elle l'accusait d'avoir des attouchements pour récupérer les enfants, alors qu'il commettait des faits pendant le déroulement du suivi socio-judiciaire. Y a quand même des gens avec qui ça se passe très bien. Il peut y avoir des réitérations de faits quoi. C'est compliqué. [Et vous vivez ça comme des échecs ?] Ben les deux premiers, j'ai vécu, et puis après je me dis... mais pour le coup, c'étaient des questions... les questions, je les posais directement. Et on voit rien, on perçoit rien des gens. On n'arrive pas à... sauf si on a une intuition mais on arrive pas à... c'est difficile, parce qu'après, il y a d'autres victimes quoi. C'est surtout par rapport à ça. C'est par rapport aux victimes. [Est-ce qu'il vous est déjà arrivé de demander la réincarcération d'un condamné pour un suivi des soins ?] Pour l'instant non. Pour une injonction ? Non. Y en a deux qui ont été incarcérés, parce qu'ils ont pas... ils ont recommis des faits. J'ai jamais demandé et je trouve que c'est quelque chose de compliqué aussi. [Dans quel sens ?] Parce que c'est des gens qui ont fait x années de détention, qui ont fait toute leur peine, parce qu'ils n'ont pas obtenu d'aménagement de peine. Oui, et que... des années après, demander à ce qu'on réincarcère quelqu'un... ça vraiment, si la personne ne vient pas aux rendez-vous, qu'elle a disparu des radars, oui, on fait un rapport incident. Mais dans le rapport incident, dans les conclusions, je demanderais pas la réincarcération. C'est pas la conclusion que je ferais quoi. Je rapporterais des faits en disant qu'il y a un non-respect de la mesure mais je demanderais pas une réincarcération. Le juge prendra cette responsabilité. En plus, c'est ce qu'encourt la personne naturellement mais je l'écrirais pas noir sur blanc » (CPIP).*

*« [Est-ce qu'il vous est déjà arrivé, de demander la réincarcération ?] Non, quand même pas. Non parce que on laisse quand même la chance... ; et les probationnaires sont conscients que y a l'incarcération possible. Ça, ils sont conscients. Mais nous on leur rappelle que pour non-respect du suivi socio-judiciaire,*

*il y a un risque d'incarcération quand même hein et ça, ça fait quand même réfléchir parce qu'ils ont connu la détention » (CPIP).*

*« [Est-ce qu'il vous est déjà arrivé, de demander la réincarcération ?] Non. Le petit jeune dont je vous parlais, qui a raté les 4 rendez-vous du médecin coordonnateur, j'avais demandé à ce que ce soit pas mis à exécution » (CPIP).*

*« [Est-ce qu'il vous est déjà arrivé, de demander une réincarcération ?] Enfin, ce n'est pas courant mais oui, ça arrive. Ça arrive oui. [...] Non-respect des convocations, enfin du suivi SPIP. On a l'impression que ça fonctionne pas, que de toute façon, ça servira à rien. Les multiples récidives durant la mesure. Voilà, s'il y a la commission de nouveaux faits et qu'il a vraiment pas compris » (CPIP).*

*[Est-ce qu'il vous est déjà arrivé, de demander la réincarcération ?] Oui. [Est-ce que vous pouvez nous raconter ce qui s'était passé ? Qu'est-ce qui vous avait amenée à... ?] Quelqu'un qui vient plus aux rendez-vous ou qui devient dilettante : absence aux rendez-vous, absence... négligence quoi.[...]. Trois rendez-vous : absent. Allez hop, maison d'arrêt. [...]. Je pense qu'il avait dû y avoir un rappel des obligations et puis après...[...]. Ah, et récidive, tout de suite, hop, réincarcération. Ça tombe sous le sens. [C'est vous qui avez informé de la récidive, c'est ça ?] Si. Mais je pense à un truc : pas forcément des mêmes faits. Un passage à l'acte délinquant. [Est-ce que vous avez un exemple à l'esprit ?] Oui mais il faut que je trouve un SSJ. Celui de la réitération, j'en ai eu un dernièrement mais sur la réincarcération d'un SSJ... [...] Lui c'étaient des absences aux rendez-vous et puis pas de mobilisation au niveau du travail. Démarches professionnelles, prrt, il foutait rien quoi. Et puis parfois les parties civiles aussi. Il faut qu'il paye les parties civiles. S'il paye pas y a une incidence (CPIP).*

« Mr... ne s'est pas présenté à une convocation, a adopté le même comportement et le même discours que précédemment à savoir une non-adhésion à la mesure considérant qu'il avait fait sa peine en prison et qu'il ne fallait plus rien lui demander, n'a pas fourni les justificatifs de paiement des DI, ne travaille plus depuis sa démission en... et ne justifie pas des démarches effectuées pour trouver un emploi, ne s'est plus présenté aux rendez-vous du médecin traitant depuis... (rapport ponctuel). « Outre l'obligation de soins qui n'est plus respectée, celle de répondre aux convocations du SPIP le devient très partiellement. Au regard de ce nouveau manquement, des éléments mentionnés dans le dernier rapport semestriel d'évaluation du... ainsi que de celui du..., une révocation de la mesure nous paraît inéluctable et même nécessaire. Notons que Mr... nous a d'ailleurs exprimé une "préférence" à retourner en détention plutôt que continuer le suivi en cours et la production de justificatifs qui l'exaspère. Son comportement et l'évolution négative de cette mesure depuis quelques mois interrogent. À sa libération, comme pendant toute la détention, M... bénéficiait d'un important soutien familial jusqu'à son frère qui l'employait dans son garage. Mr... cherche semble-t-il à s'affranchir de tout ce qui peut s'apparenter à un contrôle ou un accompagnement, institutionnel comme familial » (rapport d'incident du CPIP, D10).

### **C- La sanction des manquements**

Face aux défaillances du condamné, le juge de l'application des peines peut, d'office ou sur réquisitions du procureur de la République, ordonner par décision motivée la mise à exécution en tout ou partie de l'emprisonnement prévu par la juridiction de jugement (art. 131-36-1 et 763-5 du CPP). Il s'agit toutefois d'une faculté laissée à l'appréciation du magistrat, qui peut par ailleurs procéder à une mise à exécution partielle, après avoir entendu le condamné et recueilli l'avis du médecin coordonnateur (art. 712-6 du CPP). Selon l'article 763-5 du code de procédure pénale, « le fait de refuser de commencer ou de poursuivre le traitement prescrit par le médecin traitant et qui lui a été proposé dans le cadre d'une injonction de soin » constitue une violation susceptible d'engendrer une telle sanction. En 2009, le service du casier judiciaire a enregistré 85 décisions de mise à exécution de l'emprisonnement encouru, 95 en 2010. L'emprisonnement pour inobservation des obligations du suivi socio-judiciaire ne dispense pas le condamné de son exécution ultérieure. En présence de nouveaux manquements et après une mise à exécution partielle, le JAP peut de nouveau ordonner une incarcération pour une durée totale qui ne peut excéder celle fixée par la juridiction de condamnation. Il peut aussi décider par ordonnance motivée qu'il soit mis fin à l'emprisonnement « s'il lui apparaît que le condamné est en mesure de respecter les obligations du suivi socio-judiciaire » à l'avenir (art. R61-2 CPP). En pratique, le seul manquement à l'injonction de soin peut effectivement engendrer une réincarcération, à la différence des simples obligations, dont le non-respect conduirait rarement à une révocation des mesures de probation auxquelles elles sont rattachées.

« [Et vous avez constaté, dans les prises en charge de que vous avez assurées, des condamnés à une injonction de soin, qui ont été incarcérés, au seul motif qu'ils n'allaient pas voir leur thérapeute ?] Ah oui, j'en ai vu oui. Oui, oui, tout à fait. [...] Ah oui, le non-respect de l'obligation de soins dans le cadre d'un SSJ, oui, ça tombe et puis ça tombe plus dans certains endroits, y compris [dans le département] que dans d'autres hein » (CPIP).

Les JAP notent toutefois qu'ils ne peuvent alors sanctionner que les manquements formels à l'injonction de soin, c'est-à-dire en cas d'absences réitérées aux consultations des thérapeutes et/ou aux convocations des coordonnateurs. En revanche, ils considèrent qu'il est en l'état impossible, sauf à bafouer les principes fondamentaux du droit, de sanctionner un condamné qui se présenterait à chacun de ses rendez-vous, mais sans jamais investir l'espace de soin, sans jamais adhérer au suivi thérapeutique. Il en va de même en cas de simple soumission formelle au contrôle du SPIP.

« [Est-ce que c'est un plus ces rapports du médecin coordonnateur ?] Oui, parce que ça peut nous apporter un regard différent, de l'évaluation qui est plus sociale et éducative, etc., du SPIP. [...] Après, le problème, c'est quelles conclusions en tirer ? J'ai été un petit peu confrontée à ça dans le... [...] Notamment une situation, [...], j'étais très embêtée, parce que j'avais un rapport du SPIP qui me disait qu'il respectait formellement ses obligations. Très bien, un peu inquiet quand même le SPIP sur le fond et là, j'envoie le rapport du SPIP au médecin coordonnateur, [...] Je me trouve avec un rapport du médecin coordonnateur, qui me dit il est venu aux convocations, etc., pas de problèmes. Mais, et sur le fond, beaucoup d'éléments d'inquiétude sur l'évolution du personnage, sur l'évolution finalement aussi sociale que me signalait le SPIP, c'est-à-dire une remise en couple, etc., avec des risques par rapport aux faits déjà commis, etc., des situations de tension, une séparation, une suspicion de viol sur la personne. Enfin, tout un contexte comme ça pas terrible, et le médecin me confirme effectivement, qu'il y a beaucoup d'inquiétude à avoir sur son évolution, sur sa personnalité, etc. [...] Après, quelle décision j'aurais pu prendre à l'issue ? Alors que formellement, le gars il a respecté ses obligations. Après, ce qui est plus inquiétant, c'est son évolution de sa personnalité et là, on touche quand même, aux limites de la dictature. [...] Quelles conséquences je pourrais tirer, du fait qu'un médecin coordonnateur me dise « la personne, dans son discours, dans son évolution, dans sa personnalité, elle a mal évolué », pour vraiment schématiser les choses et on est inquiet. Quelles conclusions moi je pourrais en tirer ? [...] Je pense que ça me posera un véritable souci, parce que je suis pas du tout sûre que je prendrai une décision de mise à exécution, parce que il a respecté ses obligations, que le texte ne dit pas... [...] C'est pour ça que tout à l'heure, je mettais ça au même niveau que le SPIP et que je parlais de contrôle dès le départ. Parce que je suis pas sûre que les informations de fond, sur les évolutions de la personne que pourraient m'apporter le médecin, avec son regard de médecin, et avec l'entretien le soignant, je pourrais moins juridiquement et pratiquement, en tirer des conséquences et prendre une décision en conséquence. [...] En soi, sauf qu'une nouvelle condamnation, c'est pas un motif non plus dans le cadre d'un SSJ. Si le seul truc, que je suis en train de me dire, je dis une connerie, parce que juridiquement, je pourrai en tirer des conséquences... je revérifie que je dis pas de bêtise. C'est sur le PSEM. Le législateur prévoit, qu'en fonction de l'évolution de la personne, ce qui est quand même atrocement violent et très intrusif... [...] Qui n'est totalement pas notre rôle de juge. On n'est plus dans le respect des libertés publiques là » (JAP).

« De toute façon, dans le cadre du suivi socio-judiciaire, tel qu'il est cadré, euh, ils peuvent pas... enfin, s'ils décident de se soustraire, ils savent qu'ils risquent, notamment par rapport au non-respect de cette injonction-là, ils risquent quand même, que soit ramenée à exécution, une partie au moins de la peine encourue. Enfin moi, les quelques cas de révocation partielle de suivi socio-judiciaire, c'est par rapport à ça, sans qu'on s'occupe par contre, parce que ça devient beaucoup plus difficile, de l'implication. Après ça reste... il suffit simplement d'y aller quoi. Par rapport à la mesure, par rapport au magistrat. Même si le médecin coordonnateur exprime que la personne vient effectivement, parce qu'elle est obligée et que ça n'a pas de sens pour elle, et que... tout quoi. Le minimum est assuré : elle vient. Ce qui n'est déjà pas rien d'ailleurs au bout de 15 ans » (CPIP).

Seize condamnés, environ un sur six, ont été réincarcérés pendant le suivi en milieu ouvert. Dans près de la moitié des cas (7 condamnés), l'emprisonnement résulte de la commission de nouvelles infractions, à la suite d'une nouvelle condamnation ou d'un placement en détention provisoire. Deux affaires seulement révèlent de nouvelles infractions à caractère sexuel. Dans la première (D3), le condamné a été mis en examen pour des faits d'atteintes sexuelles et de viol sur mineur de 15 ans. Le juge d'application des peines, conformément aux réquisitions du parquet, a prononcé la mise à exécution de la totalité de la peine encourue pour manquement au SSJ (2 ans), au motif de la violation de son

interdiction d'entrer en contact avec des mineurs, le condamné ayant reçu régulièrement à son domicile des mineurs âgés de moins de 10 ans.

« Attendu que l'intéressé a déjà été condamné à deux reprises pour des faits d'atteintes sexuelles sur mineurs [...] ; que, suivi dans le cadre du suivi socio judiciaire depuis le..., Mr... n'en a pas moins, depuis environ deux ans, rencontré régulièrement de jeunes enfants, en parfaite connaissance de l'interdiction qu'il avait ; qu'il a, pendant toute cette période, menti au médecin coordonnateur et au SPIP ; qu'il apparaît ainsi clairement que le condamné ne tient pas le moindre compte des avertissements qui lui sont donnés par la Justice et ne respecte en rien les suivis dont il fait l'objet ; qu'un tel comportement ne peut que conduire à ordonner la mise en exécution, en totalité, de l'emprisonnement encouru ; qu'il appartiendra à la juridiction de jugement éventuellement saisie par le juge d'instruction à l'issue de l'information en cours de prononcer toute mesure utile en vue de prévenir la récidive » (ordonnance du JAP, D3).

Dans la seconde affaire (D88), le condamné l'a été pour une nouvelle affaire de corruption de mineur de 15 ans et non-déclaration d'adresse au FIJAIS. Le JAP a cette fois prononcé une mise à exécution partielle de la peine encourue (12 mois), du fait de la violation de l'interdiction d'approcher des mineurs. Dans quatre autres affaires, la réincarcération prend place dans le cadre d'une révocation des aménagements de peine. La réincarcération résulte, au moins partiellement, d'une mise à exécution de la peine d'emprisonnement encourue en cas de manquement au SSJ dans dix dossiers (D3, D10, D11, D63, D64, D65, D68, D70, D88, D98). Parmi les motivations des magistrats, figurent un non-respect des convocations du JAP (4 affaires), du SPIP (6), du médecin coordonnateur (5), des rendez-vous avec le thérapeute (1) et des manquements aux autres obligations ou interdictions (5). Il s'agissait toujours de condamnés plus jeunes<sup>667</sup>, condamnés pour des violences sexuelles sur majeurs<sup>668</sup> et impliqués dans d'autres formes de violences, plus souvent multi-réitérants<sup>669</sup>, mais pas nécessairement pour des violences sexuelles. Lorsque les magistrats procèdent à une réincarcération, il s'agit le plus souvent d'une mise à exécution partielle. Il ne s'agit pas seulement d'adapter la sanction à l'aune de la gravité des manquements, mais également de préserver la force de la contrainte judiciaire à la reprise du contrôle post-carcéral. En effet, une fois la totalité du quantum épuisée, l'institution judiciaire ne dispose plus d'aucun moyen pour sanctionner un condamné qui persisterait à ne pas respecter ses obligations et interdictions.

*« Pour le SSJ en soi, parce que ... par exemple, y a un truc qui est assez étonnant. Étonnant non, parce que c'est dans la logique du SSJ mais n'importe quelle autre mesure, dès lors qu'on révoque ou qu'on retire... voilà, qu'on prend une décision de mise à exécution totale de l'emprisonnement à la place du suivi, elle se termine. Le suivi socio-judiciaire, il ne se termine pas. Et il est même suspendu par l'incarcération, donc ça peut nous amener... Bon, alors ça, c'est déjà parfois un peu compliqué, parce que dès lors qu'on a tout retiré à quelqu'un euh... et qu'on peut plus rien faire, parce que la personne ne respecte rien, je dis pas que c'est pas bien de garder un œil sur quelqu'un qui, par définition est dangereux, mais en même temps, qu'est-ce qu'on va faire quoi ? Et donc déjà ça, pour le juge, c'est compliqué à manipuler. Je sais pas s'il est encore en cours, on a eu un dossier comme ça, où y avait plus rien. On avait raclé, mois par mois, la détention, parce qu'on savait qu'on voulait le garder sous le coude, mais à un moment donné, ben y a plus rien, donc en fait, le suivi se vide de son contenu, parce que quoiqu'on lui dise, ça servira à rien en fait » (JAP).*

« Attendu qu'il apparaît ainsi que... ne respecte pas les obligations auxquelles il est soumis, et ce en parfaite connaissance de cause, que les manquements répétés de l'intéressé, malgré les rappels et mises en garde du juge de l'application des peines, du médecin coordonnateur et du service pénitentiaire d'insertion et de probation ne peuvent que conduire à ordonner la mise à exécution de l'emprisonnement encouru ; que cette mise à exécution ne sera que partielle [18 mois sur 24] pour s'assurer de la reprise d'un suivi, toujours nécessaire, à la libération de ... » (ordonnance du JAP, D10).

« Attendu que... a violé les obligations du suivi socio-judiciaire en se rendant sur un stade de football à deux reprises ; que cette interdiction, ajoutée récemment par le juge d'application des peines, était parfaitement connue de l'intéressé, tout comme les conséquences d'une violation de cette interdiction ; que la violation de cette interdiction ne peut que conduire à ordonner la mise à exécution de l'emprisonnement encouru ; que cette mise à exécution ne sera que partielle [12 mois sur 24] pour tenir compte du respect par... des autres obligations de la mesure et s'assurer de la reprise d'un suivi, toujours nécessaire, à sa libération » (ordonnance du JAP, D11).

« Il apparaît que Mr... ne respecte pas les obligations auxquelles il est soumis ; que les manquements répétés de l'intéressé, malgré les rappels et mises en garde du médecin coordonnateur, ne peuvent que conduire à ordonner la mise à exécution de

<sup>667</sup> 44,4% des 18-25 ans, 20% des 25-30 ans, 17,4% des 30-40 ans, 12% des 40-50 ans, 4,8% des 50 ans et plus.

<sup>668</sup> 30% d'entre eux, contre 11,3% en présence de victimes mineures.

<sup>669</sup> 28% de ceux qui avaient 3 mentions ou plus au B1 ont été réincarcérés, contre 15,6% de ceux qui avaient un casier vierge.

l'emprisonnement encouru, que cette mise à exécution ne sera que partielle [6 mois sur 30] pour s'assurer de la reprise du suivi, toujours nécessaire, à la libération de ... » (ordonnance du JAP, D65).

« Mr..., au mépris de ses obligations et sans justifier qu'il ne reçoit pas ses convocations, en ne répondant pas aux convocations, se soustrait aux mesures de contrôle ; que ces manquements aux obligations du suivi socio-judiciaire justifient la mise à exécution de l'emprisonnement encouru dans cette hypothèse ; que toutefois, en se présentant à l'audience pour exposer sa situation, et même s'il n'en a pas justifié, Mr... apparaît ne pas s'être totalement désintéressé de la mesure, que cette mise à exécution ne sera donc que partielle [12 mois sur 36] » (ordonnance du JAP, D70).

« Mr... n'a pas respecté l'une des obligations essentielles de la mesure, à savoir répondre aux convocations du SPIP. Ces absences ne peuvent que conduire à ordonner la mise à exécution de l'emprisonnement encouru alors surtout que Mr... "s'abrite" derrière ses consommations d'alcool pour tenter de les justifier étant rappelé que le rapport d'expertise conclut qu'il existe un risque de récidive "si alcoolisé, il se retrouve en présence de jeunes enfants", que cette mise à exécution ne sera que partielle [5 mois sur 12] pour tenir compte du respect par Mr... de l'obligation de soins et s'assurer de la reprise du suivi, toujours nécessaire, à sa libération » (ordonnance du JAP). À sa sortie, il ne s'est pas présenté à la convocation du JAP ni à celle du SPIP. En réaction, le JAP a prononcé la mise à exécution totale de la peine d'emprisonnement soit pour une durée de 7 mois. « Mr... n'a pas respecté l'une des obligations essentielles de la mesure à savoir répondre aux convocations du JAP et du SPIP, qu'il n'a pas pu être rencontré par le travailleur social depuis sa libération, que le JAP a été contraint de délivrer un mandat d'amener pour pouvoir lui rappeler ses obligations, que les absences de l'intéressé aux rendez-vous du SPIP et à la convocation du SPIP ne peuvent que conduire à ordonner la mise à exécution de l'emprisonnement encouru ; [...] que ces manquements sont intervenus dès la libération de Mr..., que cette mise à exécution portera sur la totalité de l'emprisonnement qui reste encouru, la mise à exécution partielle ordonnée le... n'ayant pas permis de faire évoluer le comportement du condamné au regard de la mesure » (ordonnance du JAP, D68).

## Chapitre 3- Entre confrontation et articulation des pratiques : des tensions inévitables ?

Des tensions entre acteurs judiciaires, sanitaires et sociaux 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, les objectifs et les modalités de mise en œuvre de ces mesures. Nous l'avons observé en analysant la plus-value qu'attribuent les différents professionnels au dispositif de l'injonction de soin, tous ont prioritairement salué la nomination de médecins coordonnateurs, justement chargés de faciliter l'articulation des pratiques. Les thérapeutes espéraient ainsi protéger l'espace du soin des incursions judiciaires, tandis que les acteurs du système pénal en attendaient au contraire de plus amples informations sur la prise en charge médicale. Si l'intervention de ce nouvel interlocuteur a sans conteste facilité la transmission d'informations en cas d'interruption du suivi médical, cette « *utopie de la triple entente* »<sup>670</sup> ne résiste guère aux modalités pratiques et aux difficultés de mise en œuvre des injonctions de soin. En effet, des tensions persistent quant à la fréquence et à la nature des informations transmises par les professionnels de santé (Section 1). Comme le démontrent d'autres recherches, « *les relations et partenariats établis dans le cadre des soins pénalement ordonnés sont considérés comme de qualité mais apparaissent finalement peu actives, les échanges entre partenaires de la santé et de la Justice restant rares et toujours justifiés par des impasses rencontrés dans les suivis. Les acteurs de la justice (CPIP et JAP) tendent à plébisciter plus de contacts et des échanges réguliers et formalisés, tandis que les psychologues refusent de donner une quelconque dimension « clinique » à ces échanges* »<sup>671</sup>.

S'agissant de notre terrain d'étude, cela n'empêche pas certains professionnels de santé d'impulser des rencontres collectives en milieu ouvert, essentiellement par l'intermédiaire du centre de ressources pour les intervenants auprès d'auteurs de violences sexuelles (CRIA VS). Certes, ces propositions de dialogue n'incluent pas des discussions sur la situation individuelle de tel ou tel condamné, ce qui constituerait à leurs yeux une atteinte au secret préjudiciable au lien thérapeutique, mais portent plus globalement sur les conditions d'une articulation raisonnée des pratiques. Depuis des décennies, il n'est pas un rapport qui ne souligne à ce sujet, comme pour bien d'autres<sup>672</sup>, la nécessité de discussions interinstitutionnelles. Récemment, les inspections générales des affaires sociales et des services judiciaires ont ainsi rappelé que « *faute d'un cadre juridique ou méthodologique, la coordination entre professionnels de santé et professionnels de justice (CPIP et magistrats) est disparate. Lorsqu'elles existent, les réunions régulières paraissent essentielles pour permettre aux acteurs de se comprendre, par exemple aux magistrats de connaître avec précision les projets de service des équipes médicales, ou aux médecins d'appréhender la politique d'aménagement des peines des juges, sans qu'il soit besoin d'aborder les situations individuelles des personnes détenues suivies, couvertes par le secret médical* »<sup>673</sup>. Dans l'agglomération de l'étude, les initiatives des magistrats et du SPIP sont en revanche plutôt rares, alors même qu'ils se disent en attente de plus amples informations des thérapeutes. Ce sont paradoxalement les plus investis dans ces démarches collectives, essentiellement des soignants du SMPR, qui se trouvent présentés par les premiers comme les plus fermés à la discussion. Leur « ouverture » n'est bien souvent mesurée qu'à l'aune de leur propension à transmettre des informations nominatives, comme si la teneur et la qualité des échanges n'étaient pas nettement corrélées aux rapports de confiance établis préalablement, qui supposent un minimum d'interconnaissance. En retour, les professionnels de santé peuvent avoir le sentiment d'institutions pénales autocentrées, peu réceptives à leurs propres attentes,

---

<sup>670</sup> Collectif, *Les soins obligés ou l'utopie de la triple entente*, XXXIII<sup>e</sup> Congrès français de criminologie, Paris, Dalloz, 2002.

<sup>671</sup> Ventéjoux A., Hirschelmann A., « Soins pénalement ordonnés et positionnements professionnels : des pratiques au carrefour de la santé et de la justice », 102.

<sup>672</sup> Gautron V., *Les politiques publiques de lutte contre la délinquance*, Thèse, Université de Nantes, 2006.

<sup>673</sup> IGAS, IGSJ, *Évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice*, 2015, 70.

contraintes et analyses. À défaut d'espaces de discussion autorisant l'expression d'une conflictualité constructive, ces différents acteurs ne sont pas en mesure de réfléchir collectivement aux moyens d'agencer leurs interdépendances, d'assurer la complémentarité de leurs interventions sans confusion des places, de concilier la loi et la clinique, leurs identités professionnelles et leurs règles déontologiques (Section 2).

## Section 1- Des tensions sur le plan de l'échange d'informations

La nomination de médecins coordonnateurs facilite incontestablement les relations entre les professionnels de la justice et de la santé, si tant est qu'ils remplissent réellement les missions qui leur ont été dévolues. En réalité, peu d'entre eux engagent de véritables échanges avec les juges de l'application des peines et les agents de probation, comme d'ailleurs avec les thérapeutes (v. *supra*). Malgré les espoirs placés dans l'injonction de soin, les thérapeutes déplorent des incursions judiciaires toujours trop fréquentes dans le déroulement des soins (§1), tandis que les magistrats et les CPIP regrettent une rétention d'informations qui excéderait les exigences du secret médical (§2).

### §1- Des soignants déplorant la permanence des incursions judiciaires dans le déroulement des soins

La plupart des médecins coordonnateurs ne contactent le SPIP et/ou les JAP qu'en cas d'absences répétées, pour obtenir les coordonnées du condamné ou plus rarement pour régler des difficultés ponctuelles sans rapport avec les soins (v. *supra*). En entretien, les agents de probation l'ont souvent regretté, dès lors qu'ils apprécieraient profiter de leurs conseils, explications et analyses pour guider et alimenter leurs propres interventions, *a minima* dans l'hypothèse de suivis problématiques ou difficiles. Habités aux relations distendues avec le champ sanitaire, ils ne prennent guère plus d'initiative, se contentant eux aussi d'appeler le médecin coordonnateur en cas de doutes sur l'assiduité du probationnaire aux rendez-vous du thérapeute. Certaines prises de contacts interviennent également dans des situations d'urgence, lorsque le condamné présente de sévères troubles psychiatriques ou affronte une période de grande fragilité sociale et/ou psychique laissant craindre un passage à l'acte suicidaire. Dans ces deux hypothèses, les agents considèrent alors atteindre les limites de leurs compétences. À la demande des condamnés qu'ils suivent, quelques fois sans leur accord lorsqu'ils ne parviennent pas à obtenir leur consentement, il peut encore s'agir de transmettre des informations qu'ils n'arrivent à énoncer eux-mêmes, concernant leurs troubles, leur histoire, ou les difficultés qu'ils rencontrent avec leurs thérapeutes.

*« Des relations plus directes dans les suivis problématiques seraient intéressantes. Pas seulement pour avoir des informations, mais pour être aussi un peu guidé sur notre intervention. Dans la compréhension du patient d'un côté, et du justiciable de l'autre. [Est-ce que vous avez des exemples à l'esprit de dossiers où vous vous êtes dit « là, j'aurais vraiment aimé avoir, sur ce point-là ?... » ] Oui. Ben justement là, d'une personne dont je parlais tout à l'heure, qui est sortie maintenant depuis 5 ou 6 ans, qui a déjà eu sur la peine encourue, il l'a révoquée à hauteur de 6 mois pour non-respect à injonction de soin... qui confirme ce comportement par négligence, par défaut de couverture sociale. Enfin, par incapacité à mettre cette obligation en priorité, alors même qu'elle en connaît les conséquences, pour les avoir expérimentées et que je lui dis que ça se renouvellera de façon certaine si ça perdure et qui malgré tout, perdure dans ce comportement. Oui, j'aimerais comprendre oui, un peu mieux, si possible » (CPIP).*

*« Du coup, ça n'est fait que si y a problème. C'est la grosse différence. Alors que quand vous avez une réunion, vous parlez de tout le monde, même si y a pas problème et là, ça vous permet éventuellement d'être sensibilisé, avant que les problèmes arrivent et même d'avoir des échanges tout simplement, sur comment faire pour que ça aille encore mieux » (CPIP).*

*« Moi j'ai très peu de contacts téléphoniques. Que quand y a problème ; je vais pas les déranger, puisqu'ils font un rapport, quand j'ai une inquiétude, quelque chose comme ça, pour être... Enfin, je leur transmets mon inquiétude, ou mon interrogation, si je peux aller vers ça ou si ... C'est pas très souvent. Y en a avec qui j'ai jamais eu de contacts mais c'est pas privilégié, c'est selon le besoin, et comme ils ont pas tous le même... Alors, y en a sans doute qui préfèrent... des médecins qui préfèrent... enfin, qui nous appellent*

*plus facilement que d'autres mais moi en tout cas, si j'ai besoin j'appelle. Je fais pas de différence. J'ai pas toujours forcément des réponses très aidantes mais au moins, j'ai transmis des choses. [Vous avez du mal du coup, à voir la plus-value de l'intervention du médecin coordonnateur ? Ce serait plus simple, si vous échangez directement avec le médecin traitant ou y a quand même un intérêt à ce que... ?] Y a un intérêt, c'est que l'on a des infos, on a des réponses que on n'a pas du tout quand on a... qu'on n'avait pas du tout en direct » (CPIP).*

*« [Alors qu'avec les médecins coordonnateurs, vous avez l'air de dire que vous avez des contacts parfois téléphoniquement ?] Oui, oui, oui, le médecin coordonnateur plus, le médecin coordonnateur plus oui. [...] On les appelle et puis ça se passe. Parfois, on n'a pas la même vision des choses ou voilà, on partage pas tout à fait le même point de vue, mais c'est pas grave. [Vous avez des contacts réguliers avec eux ?] Ah non. [À quelles occasions vous pouvez avoir des contacts avec eux ?] Ben au moment où la personne elle est en situation de fragilité, de rupture sociale par exemple. Ou à l'inverse, si la personne a un discours délirant, inquiétant, et là, on voit tout de suite que ça relève du psy, ben là, on va l'alerter aussi sur ça. Ou alors, s'il a une attitude inadaptée, on va l'appeler et on va lui dire quoi. [Donc c'est plutôt vous qui prenez contact avec eux ?] Dans ces cas oui. Pour des risques suicidaires aussi. Là on appelle tout de suite aussi » (CPIP).*

*« J'en ai eu avec un, par rapport à un SSJ qui... mais c'est moi qui l'avait contacté, parce que je m'inquiétais un petit peu de ce qui se passait. Ou alors non... je sais même plus si c'était le médecin coordonnateur ; oui, j'ai peut-être appelé directement le médecin coordonnateur, mais c'est très rare. [Vous disiez que vous aviez peu d'échanges, en dehors de ce rapport-là, est-ce que vous, vous seriez en demande ? Est-ce que c'est quelque chose dont vous auriez besoin vous, pour votre travail, le suivi, ou est-ce que finalement, le rapport en soi est suffisant ?] Quand... c'est pas vraiment s'inquiéter... si, on peut dire s'inquiéter. Quand on s'inquiète sur un changement de situation de l'intéressé, on aimerait bien justement avoir l'avis, l'avis d'un professionnel de santé sur ce moment. Est-ce que c'est dangereux ? On aimerait bien pouvoir échanger quoi. Est-ce qu'il y a un risque de passage à l'acte ? Pas forcément de récurrence mais d'un autre passage à l'acte que sur la personne ou sur d'autres personnes. Non, parfois... C'est pour ça que je m'étais permise d'appeler le médecin coordonnateur, parce qu'une fois... il va tellement pas bien. Il parle de suicide et tout. Moi j'ai envie de voir est-ce que... comme on peut pas prendre contact avec le thérapeute, c'est le médecin coordonnateur qui normalement chapeaute, est-ce qu'il y a éventuellement un risque ? Est-ce qu'il faut faire un signalement ? Des fois on se dit qu'on aimerait bien avoir plus de retour, enfin plus d'échanges quoi. [Et en l'occurrence là, vous aviez eu un retour ? Qu'est-ce qu'il vous avait dit le médecin ?] Il m'avait dit « Vous inquiétez pas ». Il est coutumier du fait. Même moi il me le fait, en me disant « je vais me suicider demain, au revoir ». Il m'a dit « Vous inquiétez pas, je l'ai vu y a 15 jours, je le revois dans 15 jours ». J'avais dit merci parce que c'est vrai que ça me trottait. J'ai dit « Purée, qu'est-ce qui va se passer ? Est-ce que je vais apprendre dans deux jours qu'il s'est... qu'il s'est suicidé ou pas ? Est-ce que j'ai fait ce qu'il fallait ? ». Voilà, même si on a parfois des formations sur le suicide, on n'est pas des spécialistes et c'est bien d'avoir un avis de spécialiste » (CPIP).*

*« Parfois c'est arrivé, d'interpeller un médecin coordonnateur en lui disant « écoutez, je ne sais pas comment vous voyez ça mais moi ce que je constate de Monsieur, c'est une réelle difficulté à rentrer en contact avec ce professionnel-là [le thérapeute]. Est-ce que vous, vous pouvez faire quelque chose ? » (CPIP).*

*« Et puis, ça m'est arrivé de prendre contact avec le médecin coordonnateur quand j'avais du mal à avoir une relation, avec quelqu'un qui était très fermé. Donc ça m'est arrivé de contacter le médecin coordonnateur, pour avoir des pistes, pour savoir comment aborder la personne, des conseils, comment ça se passait avec lui. Quelques fois c'était... Je me rappelle d'un notamment, qui était très fermé en entretien avec moi et que le médecin coordonnateur m'avait dit qu'avec lui, c'était pareil, qu'il était à deux doigts de demander la révocation mais qu'en même temps, il avait contacté le psy référent qui connaissait cette personne depuis des années, et qui le suivait déjà en détention et le psy lui avait dit qu'avec lui, ça marchait. C'est-à-dire qu'avec lui, il était moins fermé. Du coup, le médecin coordonnateur m'avait dit « Bon, ben, du coup, je ne préviens pas le juge. Le principal, c'est que le travail soit fait avec le psy ». Et c'est vrai qu'avec le temps, la personne avait fini par être moins – même avec moi – moins dans la provocation. La relation s'était améliorée, mais c'est vrai que j'étais un petit peu déçue. Je savais pas comment réagir à toutes les provocations que je pouvais recevoir, etc., et du coup, il m'avait donné des infos. Donc oui, ça m'arrive de prendre contact – c'est pas dans tous les dossiers – mais de prendre contact avec le médecin coordonnateur. [Ça marche aussi dans ce sens-là] Oui. C'est pas très fréquent mais ça arrive » (CPIP).*

*« Alors généralement, c'est les SPIP qui nous appellent, quand ils sont inquiets « voilà, on ne comprend pas trop ». Donc ça peut être dans les deux sens. Oui. Donc ça, c'est une charge de travail non négligeable » (Psychiatre, médecin coordonnateur).*

« L'évolution reste complexe, Mr... continuant à avoir le même type de fonctionnement psychique très empreint d'une immédiateté, une grande intolérance à la frustration, avec une nette impulsivité et des rapports qui indéniablement restent bien compliqués avec les femmes, pouvant parfois exploser dans des moments de colère, ce qui a pu se passer avec des entretiens avec sa CIP. Sa CIP m'a joint téléphoniquement à la fin du printemps pour me faire part de ses inquiétudes et témoigner également du comportement violent verbalement et des explosions colériques du sujet souvent lors du premier temps de l'entretien, s'apaisant, ayant un contact très différent dans un deuxième temps. Mr peut se présenter moi avec ce fonctionnement, étant souvent dans une attitude agressive de combat, voulant probablement garder le dessus, ne pas se soumettre ce qui renvoie aux observations déjà établies par les différentes expertises et rappelle pour Mr que l'essentiel est de ne pas subir, de ne pas se retrouver l'objet soumis au désir de l'autre. Son fonctionnement psychique reste pour l'instant peu changé, très empreint d'une vive impulsivité, l'explosion colérique pouvant être menaçante en parole, vivant dans une immédiateté avec une très vive intolérance à la frustration, le sujet conservant cependant le contrôle de ses actes » (rapport annuel du médecin coordonnateur, D66).

Même si leurs relations avec les coordonnateurs sont épisodiques, parfois pauvres ou très pauvres, les CPIP indiquent ne plus se tourner vers les thérapeutes, à de très rares exceptions. Sur la base d'expériences malheureuses, ils expriment une forme de renoncement face à des « portes » qui seraient le plus souvent fermées, par des soignants perçus comme « *peu réceptifs* ».

*« [Appeler le thérapeute] C'est très rare. C'est très très rare » (CPIP).*

*« Non, c'est vraiment exceptionnel. Dans le cadre de l'injonction de soin, jamais » (CPIP).*

*« Exceptionnellement. Ça a dû nous arriver mais je ne sais pas... deux, trois fois. C'est pas jamais, mais c'est vraiment très très exceptionnel.[...] Dans ce cas-là, on a une fin de non-recevoir dans le plupart des cas » (CPIP).*

*« [Est-ce qu'il vous est quand même arrivé de contacter des médecins traitants dans le cadre d'une injonction de soin, ou pas du tout ?] Non. Non, non, c'est le rôle du médecin coordonnateur. Je passe par le médecin coordonnateur. Parce qu'en plus, c'est déjà très compliqué de contacter un psy hein. Donc, s'il est pas médecin coordonnateur, c'est compliqué. Y en a qui sont dans l'échange, mais c'est quand même pas la majorité des cas. Je vous dis, déjà la secrétaire au CMP, c'est compliqué, donc un psy... » (CPIP).*

*« Après oui, personnellement, c'est toujours... quand je dois prendre le téléphone et appeler un psychiatre, y a toujours un peu une appréhension. [...] Parce que très souvent, c'est trop compliqué de parler avec eux. Ils sont peu réceptifs à la dimension obligations de soins. Souvent ils s'enferment quand même dans le secret médical. J'ai souvent l'impression qu'ils sont un peu en défense. [...] Non, j'évite. Après, je vous ai dit hein, j'ai du mal à appeler les psychiatres. Je pense qu'il y a des collègues qui le font plus que moi. Mais je suis restée sur des souvenirs pas super. Je... je... C'est pas un réflexe que j'ai. C'est pas une interaction que j'apprécie plus que ça donc... [Vous avez eu des mauvaises expériences ici ?] Non, avant. Enfin... des mauvaises expériences... rien de dramatique, mais juste des portes fermées quoi. Tout simplement, et au bout d'un moment, vous vous laissez d'appeler pour avoir des portes fermées, ça apporte rien. Donc du coup, vous perdez l'habitude de le faire, quand vous avez pas des échanges constructifs. C'est plus ça, c'est pas... » (CPIP).*

*« Mais c'est plutôt les psychiatres qui font le suivi classique avec lesquels c'est parfois compliqué de discuter. En même temps, avec l'injonction de soin, c'est vrai qu'on y arrive un peu plus, parce que déjà ils rendent des comptes au médecin coordonnateur. Je suppose que c'est ça qui fait qu'avec certains... finalement, on discute quand même avec certains. Je pense que les injonctions les aident à nous parler à nous en tout cas. Mais y en a d'autres, c'est compliqué hein. [...]. On a du mal quoi parfois à aller vers eux ». [...] Y a certains médecins mais les contacts sont quand même rares, très rares même hein quand même. Pas de mon côté. Je suis pas sûre qu'il y ait beaucoup de collègues à avoir aussi souvent, enfin très souvent les médecins » (CPIP).*

Malgré l'appréhension d'interactions complexes et peu gratifiantes, ces agents s'y résignent cependant dans des situations d'urgence, lorsqu'ils ne parviennent pas à joindre le coordonnateur ou lorsque ce dernier n'a pas été nommé, du fait d'une simple obligation de soin ou d'un aménagement de peine. Ils questionnent souvent des collègues en amont, pour savoir si l'un d'entre eux connaît le thérapeute en question, pour s'assurer qu'ils ne risquent pas d'être sèchement remis à leur place. De façon à ne pas les heurter plus que de raison, certains réfléchissent et construisent leur discours pour maximiser leurs chances de succès.

« Ça peut être aussi « t'as quel praticien ? Appelle-le, appelle-le, lui il parle facilement », parce qu'on ne les connaît pas forcément. Y a aussi ça, y a aussi la connaissance du praticien concerné par les collègues » (CPIP).

« Moi, la personne dont je vous parlais, qui n'a pas d'injonction mais qui a une obligation, je me suis typiquement retrouvée dans une situation qui n'était pas simple, parce que dès le 2 ou 3<sup>ème</sup> entretien, j'ai eu un gros entretien avec ce monsieur-là et en fait il m'a dit... Bon, il m'a parlé de son passé, de plein plein de choses très douloureuses dont il n'avait jamais parlé et puis il m'a dit qu'il entendait des voix. Donc super... Sachant qu'il avait déjà eu un suivi. Il avait eu un premier SSJ. Il avait déjà eu des années de soins psy et il n'en avait jamais parlé à un de ses interlocuteurs. Il voulait pas parler de cette question-là au psychiatre, par crainte d'être identifié comme un fou. Donc c'est génial, on est avec cette information et on est bloqué dans le fameux truc que il voulait pas que je le dise. Donc on est là-dedans, et moi, je suis pas en mesure de traiter quelqu'un qui entend des voix. J'aurais eu un médecin coordonnateur, ça aurait été beaucoup plus simple pour moi. Si je l'avais, je lui explique les choses à son niveau, sans que ce soit le soignant et qu'on interfère dans le soin directement.[...] Donc ça j'ai pas pu le faire. J'ai essayé de travailler, pendant longtemps avec ce monsieur-là, pour qu'il le dise. Il voulait pas, il voulait pas. En fait, au bout d'un moment, j'ai quand même appelé le psy et j'ai quand même dit « y a ça ». Voilà. Le psychiatre évidemment, il était pas au courant. Il avait pas encore forcément vu ça. Après, il en a parlé directement avec le suivi et ça a été compliqué, parce que du coup, quand mon suivi... quand on en a reparlé, il y a eu un temps où il m'en voulait en tout cas. Après il a dépassé ça parce que maintenant il a un traitement qui est mis en place ; il entend plus les voix. C'est quand même beaucoup plus confortable pour lui. Après coup, il a vu l'intérêt de... parce qu'il acceptait de prendre le traitement, mais c'était un peu... c'est pas simple en fait, parce que je savais pas exactement comment il allait prendre le truc. La crainte c'était que ça passe pas quoi. Mais j'ai mis longtemps... plus d'un an et quelque hein. D'ailleurs, je pense que si je l'avais fait avant, il l'aurait pas accepté. Pendant l'année, y a du lien qui s'est créé. Il a pu... quand je lui ai dit que c'était une démarche bienveillante, il a pu l'entendre en fait [...]. Un médecin coordonnateur dans ce cas-là, je pense aurait simplifié le truc. Là, ça a réussi à se faire. [Le fait que vous en ayez pas parlé plus vite au psy, ça a joué sur votre relation de confiance avec le suivi, ou par la difficulté de contacter directement le psychiatre...] Y a les deux dimensions. Je voulais lui laisser le temps de le dire lui-même en fait. Parce que ça se passe toujours mieux, quand c'est fait volontairement et que la personne le dit au moment où elle est prête. Moi, il m'avait lâché ça, ça devait être le 2 ou 3<sup>ème</sup> entretien. On se connaissait. C'est un entretien où il a craqué. Il a sorti des trucs, viol subi quand il était à l'armée, par quatre personnes. Des choses vraiment dures quoi et qu'il traînait depuis... Je sais pas quel âge il a. Il doit avoir autour de 45 ans, et c'est des choses qu'il avait vécues à 18 ans. Et les voix avaient commencé à apparaître à ce moment-là. Il en avait jamais parlé jusque-là. On était quand même dans quelque chose... Après, l'urgence elle était relative sur la nécessité d'intervenir tout de suite, parce que il tenait quand même depuis des années. Donc ça paraissait plus intéressant que lui il soit prêt à la dire à son interlocuteur, au psychiatre, qu'il dépasse sa peur. Ça faisait partie des choses que j'essayais de bosser en entretien, sauf qu'il débloquent pas, qu'il y a eu la réorganisation, que il y a eu la menace que je perde son suivi et je me suis dit « c'est pas possible que... ». J'avais essayé de joindre le psychiatre, sans forcément être dans l'idée de lui en parler. J'avais pas réussi à le joindre à un moment donné et après, j'ai été pris dans plein de choses. Et là du coup, j'ai refait la démarche. » (CPIP).

« [Dans le cadre de l'injonction de soin, à quel moment vous prenez contact... enfin, à quelles occasions vous prenez contact avec les médecins traitants ?] C'est pas souvent hein mais euh... alors, ça a pu arriver quand il y a des rendez-vous loupés, qu'il y a eu des incompréhensions. [...] Les occasions, et là je mettrais les injonctions de soin comme n'importe quelle obligation de soins ou parfois même sans obligation mais quelqu'un qui me dit qu'il est suivi par untel est quelqu'un qui va éventuellement mal, vraiment très mal. J'ai eu le cas. J'ai eu une injonction de soin une fois. Un monsieur que j'ai contacté. Je l'ai pas eu mais j'ai laissé un message au secrétariat, en disant que j'étais inquiète. C'est quelqu'un qui avait fait plusieurs tentatives de suicide, qui avait des phases... pour le coup, il était bipolaire et une fois qui n'allait pas bien du tout. Ça m'est arrivé d'appeler et parfois, on avait des rendez-vous rapides, c'est-à-dire « dites-lui de passer à telle heure, aujourd'hui je le vois ». Il sort quand ? C'est arrivé qu'on ait ça aussi. Parce qu'on a peur « écoutez, j'ai monsieur dans mon bureau là, il me tient les propos suivants. Je l'ai jamais vu comme ça ou alors je retrouve le monsieur untel d'il y a neuf mois, avant sa tentative de suicide ». Parfois aussi on fait des liens. Il s'est passé un truc, on l'a pas vu venir. C'est plutôt ça. Ou alors, c'est qu'on a quelqu'un de très, très, très particulier et qu'en fait, on est complètement bloqué en entretien. On n'y arrive pas. On n'arrive pas à échanger, on n'arrive à rien. Donc ça, ça m'est déjà arrivé de contacter en disant « je me permets de vous appeler. Je suis avec monsieur untel ». En général, quand il y a une pathologie, je la donne, comme ça il n'y a plus de problème sur la pathologie, parce qu'on y met tellement les formes. C'est

assez pénible. « Lui il m'a dit qu'il était suivi par vous. Moi je suis juste très embêtée sur savoir si vous arrivez à parler avec lui parce que moi je n'y arrive pas. C'est des entretiens hyper pauvres, et je ne parviens pas à travailler. Est-ce que vous auriez une astuce ? Est-ce que vous y a un sujet sur lequel vous avez réussi à créer l'accroche, qui me permettrait peut-être de ? ». C'est une psychiatre qui m'avait dit « y a beaucoup de collègues, si vous les appelez qui vous diront 'ah mais le secret...'. Dites-leur que vous êtes en difficulté avec un suivi, vous verrez, ils vont être très contents de vous aider ». Ben n'empêche que ça marche pas mal. [...] » (CPIP).

Ceci étant, ceux des agents de probation qui n'entendent pas être totalement dessaisis du contrôle et de l'évaluation des soins sont parfois plus proactifs. En cas de doute sur l'assiduité du condamné, ils n'hésitent pas à contacter le thérapeute plutôt que le coordonnateur pour le vérifier. Par l'intermédiaire du second, ils tentent parfois de peser sur la fréquence des consultations lorsqu'ils jugent celles-ci trop espacées.

« Ouais, ça m'est déjà arrivé quand je me suis rendue compte qu'en gros, l'intéressé y allait une fois toutes les trois fois quoi. Que en gros, on avait un rendez-vous qui s'était beaucoup espacé. Ceci dit, est-ce que j'ai informé le juge ? Non, j'ai appelé le médecin coordonnateur, parce que j'arrivais pas à avoir le praticien. Non, c'était plus compliqué que ça. J'ai pas informé le juge. J'ai appelé le praticien. C'était un psychiatre, j'ai eu la secrétaire, qui m'a demandé dans quel cadre j'appelais. Elle l'a eu, elle est revenue vers moi et elle me dit « mais quelle est votre question ? ». Je lui ai dit « écoutez, de ce que je comprends de l'intéressé, voilà ce qu'il dit. J'aurais voulu savoir si c'était vraiment le cas et si c'était problématique ». Redescende : « ben écoutez, il y a un médecin coordonnateur, ça ne vous regarde pas ». Ok (elle siffle), je vais au médecin coordonnateur direct. Et j'ai eu le médecin coordonnateur à qui j'ai dit « écoutez, voilà la situation. En relisant les absences sur 9 mois, y a quand même un espacement assez important au regard de ce que c'était au début. Et le monsieur ne m'explique pas ça comme un espacement du praticien, parce que lui ça l'emmerde et que voilà ». Texte je lui ai dit « l'intéressé me dit comme ça. Ma démarche a été la suivante donc je viens vers vous. Est-ce que c'est problématique ? ». Et le médecin « Lui, une fois tous les trois mois ? Mais vous plaisantez. Non, non, non, pas lui, y a un problème ». Ça avait été un peu compliqué. Il se trouve que la fois d'après, le rendez-vous de coordination d'après, il a été orienté vers quelqu'un d'autre. Est-ce que c'est un hasard ou pas, je pense pas. Sur ce coup-là, je dis ça très... Je ne connais pas le psychiatre. J'en ai rien à penser. J'avais pas d'antécédent, donc point mais j'ai constaté ça la fois d'après. Le type est revenu en me disant « le médecin coordonnateur me demande d'aller voir... De toute façon, c'était plus mon secteur de CMP ». Il avait de la chance le médecin coordonnateur, il avait cet argument-là en plus » (CPIP).

Quelques dossiers conservent la trace de tels échanges, à l'occasion desquels les soignants révèlent dans de rares cas quelques bribes du suivi, mais rappellent plus souvent qu'ils ont pour seul interlocuteur le médecin coordonnateur. Dans l'un des extraits suivants, c'est justement l'absence de nomination d'un référent, du fait d'un placement extérieur, qui explique l'appel auprès du thérapeute lui-même.

« Va aux rdv très épisodiquement. Elle [psychiatre] a prévenu le MC depuis un an et demi. Situation chaotique en ce moment. Elle travaille avec du vent. Elle garde quand même un lien mais très limité. Elle a fait très récemment un bilan au MC sur les soins. Ne veut pas en dire plus au SPIP car le fait au médecin coord. » (notes du CPIP après un appel téléphonique au psychiatre traitant). « Nous avons contacté le service du Dr... pour avoir des éléments sur le respect des soins. Nous étions dans l'attente d'une réponse. Le Dr... m'a contacté ce jour. Elle nous indique qu'elle ne donnera pas d'éléments au SPIP sur les RDV honorés auprès d'elle. Elle nous informe toutefois qu'elle a rédigé un rapport très récemment au médecin coordonnateur à ce sujet » (rapport du CPIP, D98).

« Lors de son RDV avec le Dr..., Mr nous a appelé paniqué car le Dr n'a pas voulu remplir la feuille à destination du JAP. Nous avons appelé le Dr avec qui nous avons pu avoir un bref échange. Il nous a indiqué que lui ou le médecin traitant gèrerait la question de l'injection retard. Il estime qu'un suivi psychologique serait plus adapté et il a demandé à son infirmière de remettre au condamné des coordonnées de structures de soin. La mise en place rapide d'un suivi psychologique paraît en effet indispensable au regard de la grande fragilité actuelle de Mr. Une désignation anticipée du médecin coordonnateur [condamné en placement extérieur] qui interviendra dans le cadre du SSJ pourrait faciliter la mise en place d'un suivi médical et psychologique adapté » (rapport du CPIP, D87).

« Le Dr..., qu'il aurait vu 2 fois, ne pourrait plus le suivre du fait de l'incompatibilité de ses horaires de travail. N'a pas de justificatif de ce rdv et a laissé dans sa voiture celui qu'il avait déjà oublié la dernière fois. [Contacté par le CPIP par téléphone pour connaître la raison de l'interruption du suivi], il indique qu'il s'est présenté une fois en mars. Le Dr lui a proposé un suivi mais il n'est jamais revenu. Le Dr... en a informé le médecin coordonnateur » (notes du CPIP, D93).

Si l'un des psychiatres interrogés, par ailleurs expert, nous a précisé n'avoir jamais été personnellement contacté par un agent de probation, d'autres soignants ont au contraire déploré des incursions qu'ils jugent encore trop fréquentes. Leurs appels téléphoniques pour vérifier l'effectivité du suivi, mais aussi leur insistance auprès des condamnés pour qu'ils abordent tel ou tel sujet auprès d'eux, voire sollicitent un suivi plus rapproché, sont d'autant plus mal vécus que le dispositif de l'injonction devait justement leur permettre de s'extraire des attentes judiciaires. Au crédit des CPIP, les thérapeutes en attribuent parfois la responsabilité aux JAP qui, selon eux, n'entendraient pas décharger le SPIP du contrôle du versant sanitaire du SSJ, mais au contraire le maintenir en surplus de l'intervention du coordonnateur.

*« [Et vous n'avez jamais eu non plus, parce que certains de vos confrères ont pu parfois m'en parler, d'agents de probation, qui vont appeler pour savoir ce qu'il en est ?] Ils ne le font pas, parce qu'ils savent qu'on est lié par le secret médical. Si c'est pas un médecin qui me téléphone, il saura rien, à part les certificats que je fais mais il saura rien. Y a le secret... D'où l'intérêt de ces injonctions, que ce soit fait auprès d'un psychiatre. En général, si vous allez voir le psychiatre, que vous avez vos certificats du psychiatre, pour nous ça nous suffit. Vous pouvez dire n'importe quoi, tout ce que vous voulez au psychiatre, vous savez que vous avez un espace de liberté là, et que y aura pas de suite » (Psychiatre, expert).*

*« Très souvent, c'est la place du SPIP dans ces questions-là, qui va légitimement faire son travail et s'inquiéter du respect de la mesure et qui souvent, va se tourner vers le thérapeute. Là encore évidemment, il faut aussi respecter les limites que l'on a ; ça entraîne souvent beaucoup de difficultés, de tensions. En tout cas, on est obligé de répéter fréquemment aussi les choses et c'est parfois un peu usant » (Psychiatre, SMPR).*

*« [Quand vous parlez de la loi, vous voulez dire qu'à l'agent de probation, vous n'avez rien à remettre ?] Non, c'est pas ça, mais que dans la loi, il n'est pas inscrit que on doit voir le patient à telle fréquence, en lui donnant tel papier. Enfin, tout ça. [Parce que parfois, vous avez pu avoir aussi des demandes vous indiquant qu'il serait bien de le voir plus souvent ? Sur le fait qu'il n'ait pas son attestation...] Ah oui, oui, mais oui. On dit au psychologue qu'il faudrait... Moi j'ai vu aussi un patient qui avait essayé de parler du travail qu'il faisait avec moi au juge lors d'une audience et que dans les comptes rendus, c'est écrit « soi-disant psychologue... La psychologue prétend que... la soi-disant psychologue prétend que ». Je suis pas la seule dont les juges parlent comme ça. [Ces agents de probation, certains doivent se dire secret professionnel, on ne dira rien, mais vous pensez qu'ils tentent le coup en disant « j'essaie d'appeler le psychologue, on verra bien » ?] Je pense pas du tout que les gens aient de gêne de ce côté-là hein. Combien de fois, les secrétaires du CMP ont été harcelées par des agents du SPIP auxquels nous ne voulions pas répondre » (Psychologue, CMP).*

*« C'est vrai que le silence, je pense qu'il est vécu comme persécutant, des magistrats, du SPIP, enfin de certains CPIP. On en connaît un certain nombre avec lesquels on a dépassé depuis un certain temps cette question-là hein. Et puis, il y a des magistrats... Y a de la diversité aussi du côté des magistrats. Certains magistrats avec qui c'est quand même très complexe. Je parle pas en mon nom parce que j'ai pas eu de soucis, mes collègues oui. J'ai interpellé un peu au niveau du CRIAVS, pour savoir un petit peu comment se positionner et comment faire pour dépasser ça mais... avec des interpellations très directes, malgré l'injonction de soin, malgré... au-delà du médecin coordonnateur, en s'appuyant sur les textes législatifs, reprenant un article mais en l'interprétant à sa manière quoi. Bon ben là, oui, ça devient problématique dans ces cas-là. J'allais dire que généralement, j'ai le sentiment que ça marche cahin-caha » (Psychiatre, SMPR).*

## **§2- Des acteurs judiciaires déplorant le silence des soignants**

Si les CPIP et magistrats interrogés disent comprendre le sens et l'importance du secret médical, la plupart considèrent néanmoins que les informations qu'ils sollicitent n'en relèvent pas. Leurs critiques témoignent d'incompréhensions quant à la portée du secret, même si ces incertitudes concernent au moins autant les thérapeutes, *a fortiori* depuis la consécration de ce que les professionnels et responsables institutionnels appellent le « secret partagé » (A). Face aux interprétations bien différentes de la majorité des soignants, qui demeurent le plus souvent silencieux, les tensions se cristallisent sur le contenu et la fréquence des attestations de suivi (B). Les incompréhensions et critiques des acteurs judiciaires s'alimentent paradoxalement de contre-exemples, certains soignants acceptant de délivrer des informations plus précises et qualitatives. Ces précédents suffiraient à confirmer la validité juridique

et la possibilité de tels échanges sur un plan éthique, « *puisque certains le font* ». Ils révèlent surtout que quelles que soient les dispositions juridiques applicables, l'information ne peut circuler qu'en présence de rapports interindividuels de confiance (C).

### **A- Des incertitudes et incompréhensions professionnelles sur la portée du secret médical**

Lorsqu'ils se trouvent confrontés au silence des thérapeutes, ainsi qu'à de très maigres retours d'informations des coordonnateurs, les magistrats et les agents de probation ne peuvent espérer tirer profit de la principale avancée qu'ils attendaient du dispositif de l'injonction : un contrôle judiciaire renforcé et une évaluation affinée, plus qualitative, de l'investissement dans les soins et de leurs effets (v. *supra*). S'ils espéraient dépasser la question du secret médical grâce aux informations transmises par les médecins coordonnateurs, ces derniers n'ont en réalité que peu de contacts avec les thérapeutes, de sorte qu'ils ne sont pas nécessairement mieux informés. Par ailleurs, des CPIP et des magistrats déplorent des résistances de la part des soignants, qui refuseraient pour la plupart de révéler la moindre information qualitative au coordonnateur en dehors de la présence aux consultations.

*« Moi j'ai été étonnée qu'il n'y ait pas plus de lien que ça entre le psy traitant et le médecin coordonnateur. Quand on en avait parlé avec les psys, ils nous disaient « mais en même temps, nous on est très attachés au secret médical, parce que c'est le cadre de notre travail et c'est ce qui base notre relation et du coup, on peut pas parler au médecin. On dit juste 'ça va bien', 'ça va pas bien' ; 'ça avance', 'ça avance pas', mais on peut pas aller au-delà, parce que sinon, on casse... si la personne sait que ce qu'on dit dans le bureau peut fuiter ailleurs, on casse tout ce qui se dit dans le bureau ». Ce que je peux comprendre, mais du coup... après, je vois pas d'autre solution, mais que le bilan du suivi, ça soit fait par le médecin coordonnateur, alors que c'est pas lui qui fait le suivi. Et sans lien entre les deux. Et que le médecin qui le suit, n'ait jamais communication du rapport. Parce que si ça se trouve, on se dit qu'ils ont des avis complètement différents et personne n'en sait jamais rien » (CPIP).*

*« Et on a su, parce que nos collègues sont allés au CRIAVS l'an dernier. Ça c'était très intéressant et tout le monde n'a pas pu faire cette formation, que le médecin, le psychiatre, ne fait pas de compte rendu. Il n'est pas contraint... En fait, il donne juste des éléments sur la présence de la personne mais sur vraiment le fond du suivi, il n'y a pas d'échange avec le médecin. [...] On peut pas avoir d'éléments. Ils sont tenus au secret professionnel. On peut pas avoir d'éléments. Y a très peu qui acceptent de donner des éléments, pas de suivi mais au moins de personnalité, pour savoir voilà, comment aborder les choses. C'est juste ça qu'on aurait aimé mais y en a très peu qui acceptent » (CPIP).*

Comme l'indique un récent rapport d'inspection, mais au sujet des seuls soins en détention, « *certaines JAP estiment dès lors que l'information sur l'existence d'un suivi régulier est insuffisamment qualitative pour savoir si l'intéressé a engagé une véritable démarche de soins ou s'il se contente de se rendre aux consultations pour obtenir des réductions de peine* »<sup>674</sup>. Les inspections générales des affaires sociales et des services judiciaires jugent donc la coordination santé-justice « *insuffisante* ». « *Les magistrats n'ont pas toujours de visibilité sur la nature du suivi des soins en rapport avec l'infraction commise, et l'investissement des personnes détenues, de sorte qu'ils estiment ne pas être en mesure de prendre des décisions suffisamment éclairées, lorsqu'il n'y a pas d'expertise* ».

Certes, tous les CPIP et magistrats interrogés disent comprendre le sens et la nécessité de maintenir le secret médical pour que le condamné puisse s'exprimer librement durant les consultations, en confiance, sans craindre que ce qu'il confie soit transmis aux autorités.

*« [Les médecins ils sont vigilants, par rapport aux informations qu'ils transmettent, au regard du secret médical. Est-ce que c'est important cette question du secret médical ?] Ben oui. Oui, parce qu'ils vont quand même très loin avec les gens. Pour que les gens aient confiance et acceptent de se découvrir complètement, enfin, il faut qu'ils aient confiance oui. Ils ont déjà vécu le passage devant la justice hein (rire). Je pense même qu'ils doivent avoir du boulot au début, pour ce nouveau démarrage, parce que*

---

<sup>674</sup> IGAS, IGJS, *Évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice*, 2015, 69.

*justement, c'est pas rien quoi, de se lâcher sur des plans aussi profonds, enfin, sa personnalité avec quelqu'un. Si enfin... oui, je crois qu'il y a besoin de ça oui » (CPIP).*

*« Parce que j'entends que les psychiatres n'aient pas envie d'avoir des échanges trop approfondis avec nous, parce que effectivement, ils ont un... ils ont un devoir de secret médical. Je veux dire que si moi j'étais suivie et que je savais que le psychiatre parle, ça casse toute la dynamique possible. Donc j'entends tout à fait ça. Moi-même, je suis beaucoup plus à l'aise avec un médecin coordonnateur, parce que je sais qu'il est pas dans le rôle du suivi, et que là, on est sur une autre dimension. Voilà. Et la notion de secret, elle est dans ce cas-là, moins... » (CPIP).*

*« Je pense qu'eux aussi du coup, s'abritent derrière ça pour... parce qu'ils voient le patient, leur relation avec le patient et ils ne veulent pas de collaborateurs de la justice quoi, parce que ce n'est pas pour leur boulot, parce que c'est un peu comme les CPIP aussi, pour préserver leur relation de confiance avec le patient. Je pense qu'effectivement, si le patient il sait que le médecin est en lien avec le juge, il va perdre en sincérité. Enfin, que ça sera un peu plus compliqué quoi. Je pense que c'est plus facile de travailler avec quelqu'un quand on est médecin, en disant que tout ce qui se dit là, ne sortira pas d'ici. Donc là-dessus, effectivement, je suis assez... assez d'accord » (JAP).*

Une fois ce préalable énoncé, leur agacement perdure néanmoins, pour des raisons qui tiennent à leur définition du secret médical. À les entendre, les informations qu'ils sollicitent ne tomberaient pas sous le coup du secret dès lors qu'ils ne sont pas en demande d'éléments sur une éventuelle pathologie, sur le diagnostic, mais sur l'évolution de la personne, sur la fréquence du suivi, sur les conditions de prise en charge sanitaire à la sortie pour ce qui concerne le milieu fermé. Si les CPIP et magistrats nous ont tous répété ne pas s'intéresser au contenu précis des entretiens, le rapport de 2015 des inspections générales précise que *« plusieurs magistrats ont notamment fait valoir qu'ils ignorent si les praticiens abordent avec le condamné les causes du passage à l'acte ayant entraîné l'incarcération et entament avec ce dernier un travail destiné à éviter la récidive »*<sup>675</sup>. Dans les dossiers que nous avons étudiés, les évaluations des agents de probation sur l'adhésion aux soins et les effets de la thérapie révèlent toute l'importance qu'ils accordent aussi à cette dimension. Les acteurs judiciaires comprennent d'autant moins les réticences des thérapeutes lorsque ces informations s'avèrent positives (investissement dans les soins, etc.) et dont la transmission ne pourrait donc être que favorable pour le condamné, notamment pour l'obtention d'un aménagement de peine lorsqu'il est incarcéré. Puisqu'il s'agit d'éviter une répétition en favorisant la réinsertion, tous devraient dès lors *« travailler dans le même sens »*, avec le même *« but »*. À défaut, les soignants iraient à l'encontre des intérêts de leurs patients.

*« Je pense qu'il faudrait plus se parler, moins être sur le secret médical, parce que c'est pas de ça dont on parle. Et c'est à mon avis un leurre, de toujours nous mettre le secret médical. C'est pas de ça dont on parle. Moi quand je viens voir le psy, je lui dis comment on le prend en charge, je m'en fous de savoir qu'il soit schizophrène, psychotique ou ce que vous voulez. C'est pas mon propos. Mon propos c'est comment moi je fais que lui qui est soignant, me donne des indications pour que je travaille mieux avec la personne. Je ne lui demande pas sa pathologie, j'en ai rien à foutre. Sur le plan du lien de confiance entre le détenu et son thérapeute... Moi je pense que c'est pas les mêmes choses. Quand moi j'ai des collègues surveillants, c'est pas parce que je leur parle... enfin, je donne pas le contenu de mes entretiens, c'est pas la même chose. Le contenu des entretiens, c'est autre chose. Par contre, des indications pour mieux aider la personne, ça je pense que le gars il peut le comprendre si on le fait d'une façon bienveillante pour l'aider. C'est pas pour le... voilà, après... Il faut avoir un travail bienveillant avec eux. On n'est pas là pour... » (CPIP).*

*« Je pense qu'il doit être respecté, mais il doit être respecté sur des choses fondamentales et que ce secret médical, il est un peu trop utilisé, mais au même titre que d'autres mettent en avant le secret professionnel, c'est-à-dire qu'à un moment donné, on n'est plus dans le secret médical ou dans le secret professionnel, on est dans un bunker. [...] Et puis, dans le secret médical, le secret professionnel, qu'est-ce qui est substantiel et qu'est-ce qui est relatif? Parce que je crois qu'il faut jamais perdre de vue, qu'il faut respecter la personne mais le respect de la personne qui est prise en charge, c'est aussi de participer à son mieux être auprès de tous les gens, qui à un moment donné ou à un autre, interviennent auprès de lui. [...]*

---

<sup>675</sup> Ibid.

*Donc y a des choses qui ne peuvent pas et qui ne doivent pas être dites, ça c'est une évidence. Et puis y a d'autres choses qui peuvent peut-être être abordées » (CPIP).*

*« Qu'effectivement, les informations auxquelles le médecin a accès par l'échange avec son patient ne soient pas communiquées, ou des données médicales, oui d'accord mais quand on veut juste savoir quand il sort de l'hôpital ou à quelle fréquence il va le voir, ça à mon avis, ça ne relève pas du secret médical. [...] Après, qu'on ait... qu'on puisse avoir peut-être des éléments, ne serait-ce que sur l'évolution, est-ce que la personne évolue ou pas » (JAP).*

*« [Ce positionnement du SMPR, vous le comprenez ?] Je pense que c'est excessif, tout simplement parce que, par exemple, en matière somatique, on ne se pose pas la question. C'est-à-dire quelqu'un est mourant, l'UCSA, les médecins d'UCSA, ils prennent leur téléphone et ils nous appellent, pour nous demander de suspendre la peine, etc. Et quand on ne le fait pas, ils ne sont pas contents quoi. Donc, concrètement, le secret médical, par exemple pour les médecins, pour les généralistes, eux ils vont savoir alerter quand il y a un problème. Et effectivement, je comprends pas pourquoi pour les psys ça serait pas pareil finalement. [...] Mais bon, je trouve que avoir cette position de principe, elle peut être dangereuse s'il y a un vrai problème. Pour le patient ou pour un tiers d'ailleurs ». [...] On n'a aucun contact avec le SMPR. Peut-être qu'il faudra qu'on essaie d'en avoir. C'est euh... ouais, peut-être qu'il faudrait qu'on essaie de... Alors, on en a, parce qu'à force de croiser le docteur [psychiatre, chef de service du SMPR], puis c'est... voilà, [il] est accessible, qui est ouvert à la discussion, etc., mais c'est vrai qu'après, sur vraiment les cas particuliers, on n'a pas vraiment d'informations quoi. C'est assez fermé. [...] Je comprends leur position. Je comprends leur position. Après, je trouve que oui, c'est toujours regrettable, parce que plus l'information est partagée, dans les deux sens, plus nous aussi on peut échanger avec eux, en disant « voilà, en termes de préparation de la réinsertion, il a déposé une demande ; on pourrait envisager ça. Avec le SPIP on peut monter, fixer des conditions, demander au SPIP de travailler sur tel ou tel point ». Si on pouvait faire la même chose avec le SMPR je pense que ça serait dans l'intérêt de tout le monde, du condamné en premier mais... Et si nous aussi on avait un retour de l'information sur un peu la qualité du suivi. C'est-à-dire que la seule information qu'on va avoir, qu'on va dire au type « poursuivez des soins en détention », paf, il a le certificat qu'il va bien « monsieur suit régulièrement les consultations depuis telle date ». Mais après, je sais pas moi le contenu de ces consultations. Je sais même pas qui il voit en réalité, s'il voit un infirmier, s'il voit un médecin, un psychologue, voilà. [Même ça, ça serait une information ?] Ouais, même ça, ça serait... ça serait pas mal, qu'on sache la fréquence. Qu'on n'aille pas sur le fond mais juste voilà, des éléments... » (JAP).*

*« Moi je trouve effectivement, que ce... que cette absence de communication, elle... elle pose problème. Dans la plupart des cas, voilà, on n'a pas l'information, dont acte, on fait avec. Mais il y a des situations où je trouve vraiment, que ça occasionne des blocages. Je pense notamment euh... J'ai deux situations en tête, de détenus, notamment une détenue, qui avait des projets d'aménagement de peine, donc de sortie, dans un cadre thérapeutique. Sauf que les structures d'accueil, n'avaient pour interlocuteur, que le SMPR, ce qui était logique quelque part. Ça avait été travaillé avec le et la condamnée, avec des prises de contact entre soignants, voilà, et donc des échanges qui avaient été initiés au SMPR des structures d'accueil thérapeutique. Très bien, sauf que après, nous qui sommes amenés à prendre la décision euh... d'un accord ou d'un refus d'aménagement de peine, de sortie ; moi je n'avais pas de retour. En l'occurrence, parce que dans les deux projets, ça avait finalement pas abouti, ou en tout cas c'était en suspens, je ne savais même pas s'il fallait attendre une décision éventuelle ou si c'était un rejet, la structure disant au SPIP notamment, qui est un petit peu notre interlocuteur, la structure d'accueil disant « nous, notre interlocuteur, c'est pas le SPIP, c'est pas le JAP, c'est le SMPR » et le SMPR disant « nous on voit avec le condamné et c'est tout, on n'a pas à vous rendre... » [...]. Voilà, donc rejet, y a pas de projet. Effectivement, il faudrait à la suite, une sortie encadrée, avec des soins, etc., mais là en l'état, je n'ai jamais su, je ne savais pas si c'était pour tout le temps, ou si ça allait rebondir trois mois après, parce que là y aurait une place. Donc là, je trouve que ça fait vraiment... ça fait vraiment obstacle... [...] Peut-être qu'en définitive... le fait est... c'est de ne pas savoir alors qu'on doit rendre une décision donc... Peut-être que la décision aurait été la même qu'on aurait mis noir sur blanc avec le SMPR « nous avons pris contact avec la structure qui ne souhaite pas accueillir monsieur ou madame ». Bon. Et la décision aurait été la même en définitive. Mais sur le moment, se retrouver en face du condamné et qui vous dit « et vous, vous savez pas ? » « Non, et vous ? ». Personne sait, c'est quand même... Enfin, c'est... c'est... c'est déplorable quoi » (JAP).*

*« [Le secret médical] est légitime et c'est difficile de travailler avec un patient, si le patient sait que tout est répercuté systématiquement. Je pense que quelquefois, un positionnement aussi strict est un peu dommageable. Un thérapeute qui sent que la personne ne va vraiment pas bien, qu'il y a vraiment un risque*

majeur de passage à l'acte, c'est presque de la non-assistance, que de pas faire remonter l'information, qu'on puisse essayer de prévenir. C'est facile de condamner les gens après qu'ils aient commis un acte mais, d'abord ça fait une victime supplémentaire. Donc, ce qu'on cherche tous à éviter, c'est de nouvelles victimes. Donc on travaille tous dans le même sens et effectivement, quelquefois il y a des blocages qui paraissent un peu dommageables » (Magistrat du siège).

« Là encore dernièrement, j'ai appelé une structure de... en alcoologie. J'ai voulu savoir si la personne venait bien aux rendez-vous régulièrement, s'il était juste investi quoi dans son truc. Je voulais pas savoir ce qui se passait en profondeur, mais juste... ah ben non, secret médical ! Pourtant, je trouve que c'est dans l'intérêt de la personne aussi de... En plus là, je savais qu'elle le faisait. C'était juste pour... non seulement me mettre en lien, mais aussi savoir si elle était un peu investie et puis pour travailler en collaboration, pour tendre vers encore mieux. Ben non, secret médical, direct » (CPIP).

« C'est toujours la question du secret médical. Même si, on répètera toujours que nous, la pathologie, c'est pas ça qui nous intéresse. On a surtout besoin de savoir s'il adhère aux soins. Pour ça, moi j'avais pas l'impression que c'était trahir le secret médical » (CPIP).

« On ne leur demande pas qu'il nous fasse état du contenu des entretiens, c'est clair, mais juste avoir des orientations, parce qu'on ne peut pas... Comme nous, on peut pas leur dire tout ce qui s'est passé en entretien, déjà. On peut pas, parce que ça prendrait trop de temps ou alors c'est vraiment en fonction du moment, mais euh, mais le médecin a toujours été frileux à parler un petit peu de ce qu'il fait. Est-ce qu'il a peur de... ? Je sais pas mais euh, c'est pas justifié, parce qu'on travaille dans un même... dans un même but. Alors y a, secret professionnel, secret partagé. Oui, mais c'est pareil, qu'est-ce qu'on met dedans quoi ? « Il vient ». Oui ben, secret professionnel, il est venu. C'est pas un secret. On demande pas... et c'est ça qui est étrange parce que dans les expertises, y a plein de choses qui sont notées, donc on se dit... moi je comprends pas toujours la raison de ce secret professionnel. Bien sûr, on va pas parler à notre famille de ce qui se passe, ça oui, je comprends, mais on est deux professionnels qui travaillons autour d'un même individu et dans un même but. Donc là, moi je vois pas pourquoi on fait de la rétention d'information. [Et quels éléments vous aimeriez avoir justement ? Puisque vous dites que vous cherchez pas à savoir tout ce qui se passe, quels éléments pour vous seraient importants ?] Ben, c'est « est-ce qu'il vous a informé qu'il avait repris à consommer », parce que ça, ça peut être important. « Est-ce qu'il vous a juste dit qu'avec sa compagne, ça allait ou ça allait pas ? », enfin. C'est plus des échanges, pour qu'on puisse mettre en place un suivi et puis qu'on... ben, qu'on puisse comprendre pourquoi à tel moment ça va et ça ne va pas. Tout simplement « est-ce que vous avez des informations qui nous permettraient de comprendre pourquoi là, je le sens plus comme avant ? ». Mais simplement qu'il me dise, le thérapeute, parce que là, on est en train d'effectuer un travail qui est très très difficile, qui le secoue énormément, ce qui peut en effet, se retranscrire par un mal-être, mais c'est normal, parce que... Voilà « Vous avez parlé et vous êtes rendu où ? À sa petite enfance ? ». Non mais c'est juste que, là en ce moment, ce qui se joue fait que ça peut avoir des incidences sur son comportement actuel, notamment par rapport à vous. Parce que, je sais pas pourquoi, il avait fait un transfert sur vous qui le mettait en danger. Voilà, c'est juste par rapport au suivi et à la personne et à la relation qu'on peut créer justement, pour mettre en place autre chose » (CPIP).

« Ce qui est compliqué, ce que je trouve dommage, c'est que sur ces situations, en plus quand il y a une injonction de soin, ils savent qu'on est dans la brume de toute façon, qu'ils nous donnent pas la pathologie, qu'ils nous donnent pas d'éléments purement médicaux, mais quand on leur demande... quand on juste parfois pour les appeler, en leur disant que on est, on est un peu inquiet de l'évolution de l'intéressé. Y a quelque chose qui franchement... voilà. Et qu'on a en face quelqu'un qui ne nous répond pas et même de nous dire « je vois à quoi vous faites allusion mais ça... ». Même ça ils se refusent. Ou nous dire « ben oui, nous effectivement, on a constaté une évolution, mais je peux pas vous en dire plus ». Mais comment ils l'ont constaté ? Le fait qu'ils l'ont constaté, c'est qu'ils sont vigilants. En même temps, ils l'ont constaté. Ça veut dire que on va y rester vigilant. Mais même ça on ne l'a pas. Là oui, sur le coup, je trouve ça dommage, parce que concrètement, ils ne trahissent pas grand-chose. Oui, y en a qui sont ultra fermés pour le coup » (CPIP).

Ces incompréhensions révèlent la persistance de fortes incertitudes professionnelles, quelle que soit l'institution d'appartenance, quant à l'interprétation des règles relatives au secret médical et des contours de ce qu'ils ont pour habitude d'appeler le « secret partagé ». Des magistrats et des CPIP, mais aussi des professionnels de santé, médecins coordonnateurs ou thérapeutes, sont persuadés de l'existence d'un véritable « secret partagé » entre thérapeute et coordonnateur, pour certains sous réserve de l'accord du premier. Aux dires d'un magistrat, le condamné pourrait même délier son thérapeute du secret médical.

« Nous on peut redire aux condamnés, d'ailleurs hier, ça s'est posé au débat au centre de détention, « vous vous pouvez demander la levée du secret médical et demander à votre soignant, de vous faire une attestation sur le fond », etc. [Vous pouvez demander la levée du secret médical ?] Le patient... le patient » (JAP).

« [Et avec le thérapeute, il n'y a pas de problématique de secret médical ?] Non. [Vous pouvez tout vous dire ?] Ah oui. Oui » (Psychiatre, médecin coordonnateur).

« Dans mon imaginaire, le médecin coordonnateur a le droit et le devoir de discuter avec celui qui a en charge des suivis de la mesure au quotidien et doit avoir des informations précises, qu'il peut nous retranscrire, de manière plus elliptique en : il suit bien, il ne suit pas bien, etc. Ce qu'il y a d'assez amusant c'est que du coup, il récupère... comme lui a un secret partagé et qu'il ne nous fait pas partager complètement, il a un pouvoir immense, puisqu'il ne sera pas complètement précis. Il sera précis si le gars ne vient pas. Mais ça, on n'a besoin de lui pour le savoir. Qu'est-ce que ça veut dire que la personne adhère vraiment, n'adhère pas vraiment, etc. ? De sorte que si c'est pas conforté par des éléments extérieurs autres, il a un grand pouvoir. [Quand vous dites « il a un secret partagé » ?] Eh bien, il peut bien s'adresser au médecin qui est en charge d'un suivi, pas comme dans le cadre d'un SME » (Magistrat du siège).

« Non mais c'est bien. En théorie c'est bien, parce qu'il est médecin. C'est-à-dire qu'il va servir de filtre. Comme il est médecin, il peut accéder à certaines informations – ce qui est le cas – mais comme il est médecin aussi, il est lié par le secret médical, donc il va filtrer ces données-là, parce que c'est un rouage entre la médecine et la justice. Et c'est indispensable qu'il y ait ce filtre qui peut accéder à la fois, au monde médical, et au monde de la justice. Parce que, comme je vous expliquais tout à l'heure, c'est indispensable qu'on agisse de concert, la justice et la médecine, puisque dans un parcours de soins, y a des temps pour la justice, et des temps pour le soin. Et plus il y aura de rouages entre les deux systèmes, mieux se sera. Et ça graisse les rouages. Le médecin coordonnateur graisse les rouages, parce qu'il est à l'aise des deux côtés et bien évidemment, il va pas délivrer l'information brute de décoffrage qu'il aura glanée du monde médical, puisqu'il agit en tant que filtre vu que lui aussi, il est lié par le... il doit observer la déontologie médicale et il a son éthique médicale. [Vous, ça vous permet, en tant que médecin, de lui donner des informations couvertes par le secret ?] En théorie mais en pratique, je suis rarement sollicité par un médecin coordonnateur » (Psychiatre, expert).

« [Il y a un secret médical entre le médecin coordonnateur et le thérapeute ?] C'est une bonne question. Oui, il peut échanger avec le... vous me remettez ça en mémoire. Il peut échanger avec le médecin thérapeute qui peut lui, en rester... Le médecin coordonnateur est obligé de fournir les informations sur la situation et sur les différentes raisons, de manière à ce que le thérapeute soit pas, comme il l'était et ça c'était un scandale, démuné de toute information. Donc il sait de quoi il s'agit et ici en conséquence et le médecin thérapeute, peut s'appuyer sur le médecin coordonnateur, lui livrer l'information qu'il... qu'il veut, a minima. L'information a minima c'est : il vient, il vient pas. Ça, il est obligé, mais il peut faire autre chose. Il peut échanger, il peut... voilà » (Psychiatre, SMPR).

Or, le fait que la fonction de coordonnateur soit plus proche de celle d'un expert que d'un thérapeute « bis » n'est pas sans incidence sur la nature des échanges qu'ils peuvent engager, au-delà d'éventuelles alertes en cas d'absences répétées aux consultations. En réalité, ce médecin ne se trouve pas en situation de « secret partagé » avec le thérapeute. Si ce dernier est habilité à l'informer d'une interruption du traitement ou de « toutes les difficultés qu'il rencontre dans l'exécution du traitement » sans que puissent lui être opposées les dispositions de l'article 226-13 du code pénal (art. L3711-3 CSP), les informations transmises ne peuvent aller au-delà, c'est-à-dire porter sur le fond de la thérapie. En 2001, le jury de la conférence de consensus a précisé qu'il n'appartenait qu'au médecin coordonnateur, ou à l'expert en cas d'obligation de soin, de fournir au juge une évaluation de « l'effectivité » des soins et de « l'évolution » de la personne. La fonction du médecin coordonnateur consiste à « maintenir l'indépendance indispensable du soin et de la peine, dans l'articulation des missions respectives, en préservant le secret médical du médecin traitant. Le médecin coordonnateur est chargé d'une évaluation longitudinale de l'effectivité des soins. Outre les expertises déjà réalisées, il n'aura d'autres informations cliniques sur la personne que celles qui résultent de ses propres examens. Il n'est pas en situation de secret partagé avec le médecin traitant ». En 2011, le rapport de la mission d'évaluation du dispositif a rappelé qu'il n'y avait aucune dérogation au secret médical dans le cadre de l'injonction de soin, les échanges devant donc se limiter au contrôle de son effectivité, de son exécution.

Or, comme le confirme la jurisprudence tant judiciaire qu'administrative, ce secret revêt un caractère général et absolu. La Cour de Cassation l'a affirmé dès le XIX<sup>e</sup> siècle (Arrêt Watelet, 1885), particulièrement dans un arrêt de la chambre criminelle du 8 mai 1947 (Degraene) : « *L'obligation du secret professionnel s'impose aux médecins comme un devoir de leur état. Elle est générale et absolue et il n'appartient à personne de les en affranchir* ». En conséquence, le patient ne peut aucunement délier le médecin de cette obligation, y compris envers d'autres médecins lorsqu'ils ne concourent pas à un acte de soins. Ce secret couvre « *l'ensemble des informations concernant la personne* » (art. L1110-4 du CSP), « *tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris* » (art. R4127-4 du CSP)<sup>676</sup>. Selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins, il « *s'impose pour tout ce que le médecin a pu voir, entendre ou même deviner ou déduire. Même les constatations « négatives » doivent être tues. Il n'y a donc pas de différence entre le « renseignement administratif » (nom, adresse...) et « médical » (diagnostic, traitement...), entre la confiance et le renseignement « anodin ». On attend du médecin une discrétion totale (même sur ce qu'il peut avoir appris en dehors des soins qu'il donne)* ».

Si les représentations et les pratiques sont loin d'être homogènes<sup>677</sup>, la plupart des soignants réproouvent les demandes sinon les obligations croissantes de divulgation d'informations, tant en milieu fermé qu'en milieu ouvert<sup>678</sup>. Ils craignent de perdre le lien difficilement établi avec les publics qu'ils prennent en charge, de passer à leurs yeux pour des délateurs. L'impossibilité d'instaurer une réelle confiance et confidentialité se traduirait par une véritable chape de plomb, entravant la réussite des thérapies individuelles ou des groupes de paroles faute d'expression sincère et authentique des patients. Ils sont donc méfiants vis-à-vis de dispositifs qui risquent de les mettre en porte-à-faux vis-à-vis de leurs obligations, logiques et éthique professionnelles. Dans l'univers carcéral, la pression administrative se fait en effet croissante pour rompre la confidentialité. Le personnel de direction et de surveillance est de plus en plus à l'affût d'informations sur d'éventuels troubles psychiatriques, au motif affiché de la prévention du suicide, mais aussi des violences sur les surveillants ou entre détenus. Les évolutions des politiques pénales et la multiplication des dérogations au secret ont sans doute rigidifié les positionnements professionnels et institutionnels des acteurs du champ médico-social. De nombreux soignants sont réticents à l'idée de participer aux Commissions pluridisciplinaires uniques en détention (CPU), au point que plusieurs médecins et psychologues ont dénoncé leur fonctionnement dans une tribune publiée dans la presse en 2014<sup>679</sup>. Ils refusent parfois d'y siéger, y délèguent des cadres infirmiers et/ou se contentent d'une écoute passive, sans prise de parole.

*« Je ne connais pas tous les gens qui interviennent dans le SMPR. Je trouve ça hallucinant, de travailler dans le même établissement. Les psychos, je sais même pas qui c'est. C'est incroyable quand même. Et on a même eu des psychos qui nous disaient pas bonjour. [Mais qu'est-ce qui l'explique ça, selon vous ?] Alors, c'est la grande théorie... C'est la grande théorie de... mais ça, y en a même qui disent, des gens que j'aime bien hein, la grande théorie de... qui me paraît moi... j'ai du mal à saisir, sur « il ne faut pas qu'on soit assimilé au personnel pénitentiaire. Nous ne voulons pas être assimilés au personnel pénitentiaire ». Donc aucune marque, aucun lien, rien qui laisse penser qu'on pourrait être assimilé. Mais ça va loin, c'est-à-dire ça peut être, ne même pas se parler en détention. Ce qui est à mon avis, une connerie. [...] Au niveau du SMPR, et même, encore une fois, des gens que je connais très bien, avec qui je... y a des gens qui me disent « ah ben non, non, non, quand on est en détention, on se fait pas la bise ». On se fait pas la bise, parce qu'il faut surtout pas qu'on soit assimilé. J'ai du mal à le saisir. [...] Je pense que c'est un fantasme médical, d'être mélangé ou d'être mangé par l'Administration pénitentiaire. Et on a des gens qui vont jusqu'à ne nous pas dire bonjour, ce qui me paraît totalement hallucinant. [...] La seule chose où le SMPR a accepté de venir, c'est la CPU du suicide, où ils participent, où ça nous a amusés, parce qu'en fait, on s'est rendu compte assez vite que finalement, les seuls qui parlions, c'était nous. Donc c'est une présence un peu formelle. Ils peuvent, si on les interroge, dire, mais franchement... et puis, pour des tas de raisons,*

<sup>676</sup> V. également la décision du 24 septembre 2014 n° 11888 de la chambre disciplinaire nationale, confirmée par le Conseil d'État (CE, 17/06/2015, n°385924).

<sup>677</sup> Milly B., *Soigner en prison*, op. cit.

<sup>678</sup> David M., « Le secret médical en prison et ailleurs. Un concept dépassé et ringard ou un désordre des esprits ? », *L'information psychiatrique*, 2015a, vol. 91, no. 8, 662-670 ; David M., « Le secret médical tire sa révérence en 2015 », *L'information psychiatrique*, 2015b, vol. 91, no. 8, 637-639 ; Lécru A., *Le secret médical. Vie et mort*, Paris, éd. du Cerf, 2016.

<sup>679</sup> *Libération*, 13 mars 2014.

*elles sont assez malmenées. L'établissement y met pas plus que ça alors que là aussi, c'est une question de personnes. Je pense que si l'établissement y mettait un peu plus, on construirait les choses. Là honnêtement, ça fait suer tout le monde, c'est très inintéressant. Du coup, le SMPR, n'est pas très impliqué. À la maison d'arrêt, à un moment donné on s'est dit « on, arrête de parler. On les laisse parler en premier ». Parce qu'en fait, on se rendait compte qu'on parlait, on parlait et on nous disait « ah oui, oui, c'est bien » et puis finalement, c'était, oui, non mais il n'y avait rien quoi. C'était assez marrant. [...] Le fait que le SMPR vienne au CPU du suicide [...], ils y sont venus, parce qu'ils y étaient obligés, sinon ils seraient pas venus, parce qu'ils sont contre le fait de participer. Mais malheureusement, on voit bien que ce sont des positionnements personnels, des psychiatres qui adhèrent à l'échange ou pas. [...] On a été. On est toujours un peu en conflit sur... avec eux, sur des gens qui ont des pathologies » (CPIP).*

Le SMPR local est effectivement extrêmement vigilant pour qu'il n'y ait aucune confusion possible dans l'esprit de leur patient quant à leur totale autonomie vis-à-vis de l'administration pénitentiaire et plus largement de l'institution judiciaire, au point que les soignants s'interdisent de cumuler des fonctions d'expertise, ce qui n'est pas une pratique généralisée dans tous les services de ce type. Ils ne donnent par ailleurs aucune information aux experts, à de rares exceptions (v. *infra*), ce qui est accepté et compris par certains, d'autres moins. Les recommandations de la conférence de consensus de 2001 insistaient sur l'importance du secret pour une personne ne devant jamais « être réduite ni à ses actes, ni à ses symptômes. Secret médical et professionnel constituent une condition indispensable au cadre thérapeutique. Dans la prise en charge médicale, la personne est un patient et non un délinquant. ». En 2004, G. Dubret en expliquait les raisons. Selon lui, contrairement aux propos du CPIP évoqué dans l'extrait d'entretien précédent, « Lors des premières rencontres, tous les condamnés [...] sont persuadés que tout ce qu'ils vont nous dire sera rapporté in extenso au juge. [...] Bien entendu, dès les premiers entretiens, nous expliquons que nous sommes soumis aux règles du secret et que rien, dans leurs propos, ne transpirera en dehors du cabinet de consultation. Bien entendu, ils n'en croient pas un mot. [...] Le premier objectif de ses soins qui s'apparentent quand même à des soins sous contrainte, va être de tenter d'installer, à l'intérieur de cette contrainte, un espace de confidentialité. C'est le moment de rappeler que le secret médical n'est pas une prérogative du médecin, c'est une contrainte que l'éthique lui impose, condition minimale pour que s'instaure une relation thérapeutique authentique et confiante. Sans confidentialité, la première difficulté sera celle de thérapies vides, de consultations où il ne se passe rien, avec des sujets qui viendront répéter inlassablement que tout va bien. [...] Comment ne pas comprendre qu'un strict respect du secret médical est indispensable pour que ces sujets se risquent à confier à leur thérapeute les fantasmes déviants qui les hantent. Comment ne pas comprendre qu'au contraire, le délinquant ne verra dans un médecin délié du secret médical qu'une simple boîte aux lettres par laquelle il s'efforcera de diffuser les messages rassurants qu'il destine au juge »<sup>680</sup>.

*« Je pense qu'on peut pas être joueur et arbitre. Moi je travaille en milieu carcéral, donc si je me prends l'envie d'expertiser... On ne peut pas être l'expert et le soignant. Et je trouve compliqué de mélanger les deux. En tout cas, au SMPR de [ville], il a toujours été de règle que quand on travaille au SMPR, on n'est pas expert. [...] Ce qui n'est pas le cas partout et ce qui est source de grande confusion. Je pense par exemple au SMPR de [ville], ce qui est quand même source de confusion, parce que quelqu'un va en consultation au SMPR et croise le psychiatre qui l'a expertisé quelque temps avant. Je dis pas que l'expert va devenir son soignant mais rien que de se croiser dans le couloir, et arriver à convaincre déjà... enfin, d'arriver à amener les gens à faire confiance, c'est déjà un putain de boulot. Il faut être clair. Si en plus il voit, enfin il observe la porosité des gens qui se croisent, eux qui fonctionnent à la confusion, dans l'indifférenciation, je vois pas comment ils peuvent s'y retrouver » (Psychologue SMPR).*

*« On sait que le SMPR est assez réticent à donner des informations [...] Ça je respecte, parce que ce n'est déjà pas facile d'accéder aux soins quand on est en détention. [...] Ils ont énormément de mal à travailler dans le secret professionnel, parce qu'il y a toujours la pression administrative, pénitentiaire, qui essaie de savoir des choses. Donc moi, je les comprend tout à fait et je sais dans quelles conditions pénibles ils travaillent, et je veux pas leur rajouter une charge supplémentaire » (Psychiatre, expert).*

*« [Et est-ce qu'en tant qu'expert, vous avez des informations des soignants en détention ?] Rien. Et là c'est pttt, inaccessible. Rien. [Et pourquoi à votre avis ?] Oh, parce qu'alors là c'est une histoire de... chacun*

<sup>680</sup> Dubret G., « Loi du 17 juin 1998 et dangersités », in Beaupaire (de) C., Bénézech M., Kottler C. (dir.), *Les dangersités : de la criminologie à la psychopathologie, entre justice et psychiatrie*, John Libbey Eurotext, 2004, 276.

garde son... enfin, son domaine. On partage pas les infos. Y a un gros clivage parmi nos interlocuteurs. [...] Nous, on met toujours la confidentialité, toutes ces choses-là sans arrêt. Moi ça fait une semaine que j'essaie de joindre quelqu'un pour faire son expertise et il me répond « par souci de confidentialité, je ne peux pas vous donner son téléphone ». [Il est normal, ou logique, que les thérapeutes en détention, dissocient, y a le soin, y a l'expertise de l'autre, y a pas de secret partagé dans ce cadre-là ? Qu'est-ce que vous en pensez ?] C'est très partagé hein. Parce que de toute façon, il faut travailler en réseau. C'est important quand même. Et puis sinon, seul aussi la personne. Comme vous dites, il y a le soin, y a la peine. Non, je crois que y a des acteurs qui interviennent autour d'une personne et par respect pour cette personne, je trouve que ces acteurs-là doivent communiquer. [Et vous tentez jamais ? D'essayer quand même...] J'ai arrêté » (Psychologue, expert).

« [Au SMPR de..., la position est, sur le secret très...] Ah oui, très forte, oui. [...] Moi, en tant qu'expert, j'ai pas du tout envie de savoir ce qui se passe, au niveau du soin. J'ai pas du tout envie de m'immiscer là-dedans. Parce que je suis moi-même praticienne, donc je serais très gênée d'avoir des informations venant d'autres praticiens, alors que je viens là, en tant que non praticienne, vis-à-vis de cette personne-là » (Psychologue, expert).

En milieu ouvert, bon nombre de psychiatres et psychologues adoptent une position similaire, refusant de délivrer au coordonnateur des informations couvertes par le secret, notamment parce qu'ils ne sont jamais certains qu'il en sera fait bon usage.

« Ben c'est peut-être la grande désillusion hein, mais j'ai longtemps... Quand il n'y en avait pas, je me disais « ah la la, quel dommage, il n'y a pas d'interface, le soin, la justice... ». Finalement, aujourd'hui je vois ça comme un dispositif : c'est comme ça. Dans le sens où il n'y aura pas de dialogue au support et au soutien que ça puisse représenter. [Même le médecin coordonnateur, qui est pourtant un soignant ?] Oui, et quoi ? Que je lui dise, que je lui confie peut-être certaines choses que j'ai pu repérer cliniquement, et qui font que, par exemple, les mesures de justice, vont complètement à l'encontre du travail que moi je mets en œuvre avec le patient ? Et quoi ? Il se passera rien du tout. Donc non, je ne vais pas aller dévoiler des choses confidentielles d'un travail thérapeutique, à une personne tierce qui 1) peut ne rien comprendre à ce que je lui raconte ;2) peut tout à fait comprendre mais en fera quoi ? ; 3) même si cette personne comprenait ou faisait quelque chose, de toute façon, le juge s'assiérait dessus. Parce qu'on nous demande de faire un travail. Par contre, on ne veut absolument rien savoir de ce qu'on fait, et sûrement pas avoir des éléments sur ce travail de soins qu'on nous demande tellement de faire, avec toutes sortes de sécurités derrière, de prestations et de machins. Mais alors par contre, que les mesures de justice qui sont mises en place soient complètement à l'encontre du travail thérapeutique qui s'opère, ça, tout le monde s'en fiche. Donc non, le médecin coordonnateur, je vois pas du tout ce qu'il vient faire là-dedans. Effectivement, c'est un dispositif, donc il faut qu'il y en ait un. Donc je remplis un papier, je veux être très cordiale. Y en a sûrement des très sympas et des très bien. Je n'ai rien contre un médecin coordonnateur... » (Psychologue, CMP).

## **B- Des tensions cristallisées sur la délivrance d'attestations**

Du fait de leur conception restrictive des contours du secret médical, quelque peu éloignée de ce qui est prévu par le droit et de l'interprétation de la majorité des soignants, les critiques judiciaires se cristallisent particulièrement, en détention comme à l'extérieur, sur la délivrance et le contenu des attestations de suivi, dès lors qu'ils souhaiteraient y lire, au-delà de l'assiduité formelle, quelques mots sur l'investissement et l'évolution du condamné, voire *a minima* de simples précisions sur la fréquence des consultations.

« L'attestation, c'est souvent le creuset qui sert de brûlot ou, quand ça va bien, de médiation » (Psychiatre, SMPR).

« Ils sont vraiment, comment dire, très fermés. C'est une citadelle. [...] Le SMPR. Moi je regrette qu'ils aient cette position. Je pense qu'ils pourraient être un tout petit peu plus ouverts. On avait eu cette amorce de discussion au CRIAVS, où on avait dit, notamment aux médecins des SMPR qui refusaient de délivrer des attestations. Vous savez que maintenant y a un texte du code de procédure pénale qui dit que les thérapeutes doivent donner une attestation trimestrielle, où ils y mettent ce qu'ils veulent. Et nous, on peut se contenter de l'écriture qui consiste à attester qu'il va régulièrement en consultation. Ça, ça suffit, on veut pas savoir ce qu'il y a derrière. Eh ben, même ça, ils sont opposants. Sur les expertises, on trouve

*toujours la même phrase que vous avez dû lire « fidèle à sa déontologie, le SMPR refuse de communiquer le moindre élément ». Je trouve que c'est dommage parce qu'on est sur un processus... alors, au moins un expert désigné par un magistrat, pourrait dire quelques petites choses peut-être, sans vraiment aborder le fond du problème, sans dire tout un tas de trucs. Mais c'est un peu dommage qu'on n'ait pas une tendance générale qui nous serait intéressante. [...] c'est vraiment très, très fermé. Moi je trouve que c'est un peu dommage. [Et comment vous l'expliquez ?] Oh ben ça, c'est le secret médical, c'est tout » (Magistrat du parquet).*

*« Eux, ils sont très euh... fixés sur le secret professionnel. Donc, moi j'étais pas aux réunions antérieures du CRIAVS mais ce sont des choses qui ont été discutées, notamment sur les attestations trimestrielles et obligatoires pour certains crimes, etc., pour obtenir des réductions supplémentaires de peine. Ça, ça a été très compliqué d'obtenir cela d'eux puisque eux, ils considèrent que c'est le secret médical. Ils expliquent aussi qu'il peut y avoir, dans les soins, des périodes de latence où ils voient pas le gars et du coup, faire une attestation comme quoi la personne était suivie, ben c'était pas possible, parce que ça faisait partie du soin. Donc tout a été travaillé par mon prédécesseur, et par le parquet, pour expliquer que eux, ils avaient pas à se prononcer sur le fond, que c'est une attestation aussi formelle et que... voilà. Donc ils sont très respectueux du secret professionnel, donc du coup, c'est vrai qu'on n'aborde jamais le fond » (JAP).*

Nous l'avons précisé dans le précédent chapitre, certains agents de probation continuent d'en réclamer régulièrement aux probationnaires, alors même que cette démarche relève en principe du coordonnateur, ce que déplorent les thérapeutes, mais aussi les médecins coordonnateurs.

*« [Et dans l'hypothèse où vous ne remettez pas une attestation systématiquement, il est arrivée que vous soyez sollicitée par des agents de probation ou le condamné lui-même « mais moi, mon agent me demande... » ?] Oui, oui. Oui bien sûr. [...] J'ai eu des agents au téléphone. J'ai déjà discuté. Y en avait avec qui ça passait bien, d'autres moins bien. [Parce que certains peuvent être insistants ?] Oui mais enfin, y a une loi aussi. La loi ça existe. On n'arrête pas de nous dire... c'est au nom de la loi qu'on nous demande toutes sortes de choses, qui ne font pas partie de la loi. Donc il suffit de leur rappeler et puis de dire que tout va très bien madame la marquise » (Psychologue, CMP).*

*« Par contre, ce qui m'étonne quelquefois, c'est que le SPIP va exiger de la part du justiciable, qu'il lui prouve son suivi médical. Alors, quelquefois ça me met en colère et je dis « celui qui doit être sûr qu'il est bien suivi, c'est moi, c'est pas vous. Vous, vous vous occupez de l'insertion sociale, de l'insertion professionnelle mais le suivi médical, c'est mon job ». [Quand vous dites ça, vous avez des retours des thérapeutes en fait qui vous sollicitent ?] Non, c'est le justiciable. J'en vois non rarement arriver avec des tas de photocopies, des rendez-vous, des machins, il dit « je vous donne ça ». Je dis « non, moi j'ai pas besoin de ça. J'ai le thérapeute qui m'alerte, si jamais vous venez pas ». Quelquefois, le SPIP veut savoir mais ça aboutit à rien, ça alourdit la charge. [Et ça irrite peut-être aussi les thérapeutes ?] Ah oui alors, on me dit « pourquoi ? ». Moi je dis, je ne demande pas, je dis c'est aberrant, c'est pas le rôle... Et un certain nombre de justiciables savent. Moi ça m'est arrivé de dire au SPIP « c'est pas votre job ». Ça les énerve hein... Parce que tous les SPIP n'ont pas la même formation j'ai cru comprendre » (Psychiatre, médecin coordonnateur).*

En détention, depuis 2012, l'article 717-1 du code de procédure pénale dispose désormais que le médecin traitant du condamné doit délivrer au détenu, « au moins une fois par trimestre, des attestations indiquant si le patient suit ou non de façon régulière le traitement proposé par le juge de l'application des peines. Le condamné remet ces attestations au juge de l'application des peines, afin que celui-ci puisse se prononcer, en application des articles 721, 721-1 et 729 du présent code, sur le retrait des réductions de peine, l'octroi de réductions de peine supplémentaires ou l'octroi d'une libération conditionnelle ». Selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins, « en principe, aucun certificat concernant un patient ne peut être remis à un tiers (article 76 du code de déontologie médicale) : le médecin ne peut satisfaire aux demandes de renseignements ou de certificats qui lui sont adressées par un juge, par un avocat ou par la police. Dans certains cas, un prévenu ou son avocat peuvent vouloir obtenir, afin de les produire devant un tribunal, une attestation prouvant par exemple un traitement pour troubles psychiatriques ou pour maladie susceptible d'entraîner des séquelles pouvant atténuer sa responsabilité ; le médecin pourra, s'il l'estime utile, attester que l'intéressé a été effectivement soigné par lui, mais il ne devra donner aucun détail. Il appartient au juge, s'il en voit la nécessité lorsque le prévenu évoque un état pathologique, de le soumettre à l'examen médical d'un expert ». Si les

thérapeutes acceptent généralement d'en fournir, leurs pratiques s'avèrent diverses, certains délivrant une attestation à la suite de chaque rendez-vous, d'autres plus irrégulièrement, sans toujours indiquer les dates des consultations ou leur périodicité. Ces attestations sont le plus souvent laconiques, sans la moindre précision sur la nature et les évolutions de la thérapie.

« [Et vous leur demandez des attestations ?] Oui. Alors ils me les donnent. Y a deux façons de fonctionner, ça dépend des thérapeutes. Certains thérapeutes donnent des attestations à chaque fois et d'autres, notamment ceux qui travaillent à la consultation post-pénale, parce qu'ils ont pris une position qui a été concertée je pense, donnent une attestation de temps en temps, qui est libellée, je l'ai jamais mémorisée, mais atteste que monsieur untel est suivi, dans le cadre prévu, entre... [Donc vous n'avez pas d'idée nécessairement de la fréquence des rendez-vous ?] Ça me suffit. Je pars du principe que l'attestation elle est là. Elle veut bien dire ce qu'elle veut dire, c'est-à-dire, qu'il y a un cadre qui a été passé entre le thérapeute et son patient et qu'il est respecté » (Psychiatre, médecin coordonnateur).

« [Vous remettez une attestation à chaque rendez-vous ?] En fait, ça dépend de la place que ça prend dans le travail avec le patient. Y a des patients qui souhaitent en avoir à chaque fois. Y en a... qui la demandent pas. Qui la demandent pas et en fait, au bout de deux mois... voilà, ça dépend, c'est très singulier. Ça fait vraiment partie du travail donc je peux pas dire, c'est un objet qui fait partie du travail thérapeutique. [Donc ça peut être différent selon vos patients ?] Moi ça dépend de la façon dont ça se passe avec le patient. Y a certains objets qui font partie du travail, de la même façon que l'injonction ou l'obligation fait partie du travail. Donc c'est pris en compte dans le travail thérapeutique. [Mais alors, qu'est-ce qui peut faire la différence entre un patient auquel vous allez remettre une attestation systématiquement et là où ça sera pas le cas ?] Eh ben, ça dépend du travail qui est en œuvre. Si c'est quelque chose de systématique... moi je travaille pas systématiquement. Si je donne une attestation d'injonction à chaque fois, c'est qu'il y a quelque chose du côté du patient, qui vient faire appel à cette injonction. Ça m'est rarement arrivé d'avoir à chaque fois à donner ça parce que très rapidement, au début que j'ai travaillé, je me suis rendue compte que l'injonction était pour moi de donner ça. Et qu'en fait, je n'avais pas à le faire » (Psychologue, CMP).

« [La fréquence, ils ne l'indiquent pas sur l'attestation ?] Non. [...] Parfois on l'a, ça dépend qui rédige. Parfois on a, consultation mensuelle, mais dans la grande majorité des cas, c'est le certificat type, qui est rempli par le secrétariat, où ils remplissent le nom du mec à la main et puis c'est tout quoi » (.JAP).

Nombre de praticiens du SMPR, mais aussi des professionnels exerçant en CMP, refusent en effet d'en délivrer systématiquement, voire tous les trois mois comme le texte le prévoit désormais pour ce qui concerne la détention, *a fortiori* d'y préciser l'adhésion aux soins et l'évolution du patient. Comme l'indique le récent rapport d'évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice, ces professionnels considèrent qu'« on ne peut, en tout état de cause juger de la pertinence d'un suivi à sa régularité, la prise en charge pouvant admettre des périodes utiles d'interruptions. Ils estiment dès lors que porter un jugement sur l'assiduité du suivi, même positif et à la demande de la personne détenue, équivaut à trahir la relation de confiance avec leur patient. Le secret médical en effet, pierre angulaire de l'éthique médicale, vise à protéger la relation singulière entre un soignant et un patient donné. Dans cette logique, les médecins traitants considèrent qu'à la différence des médecins-experts désignés par le juge, ils n'ont aucune information à transmettre à l'institution judiciaire. Cette position a été réaffirmée à la mission par l'APSEP » (Association des Professionnels de Santé en Prison)<sup>681</sup>. Si les pratiques et les points de vue divergent (v. *infra*), les soignants récusent bien souvent la pertinence des informations sollicitées, ainsi que les (sur)interprétations qu'en font les acteurs pénaux. Non seulement la qualité d'un suivi ne pourrait se mesurer à l'aune de la fréquence des rendez-vous médicaux, mais ces précisions induiraient des évaluations tout à fait différentes selon les acteurs judiciaires. Pour certains, plusieurs rendez-vous au cours d'un même mois constitueront le gage d'un investissement dans le soin, tandis que d'autres y verront au contraire le signe d'un mal-être, de troubles importants ou persistants, voire d'une potentielle dangerosité justifiant un suivi si rapproché. On observe cette ambivalence à la lecture des deux extraits suivants, issus de rapports d'agents de probation. Alors que l'adhésion et l'investissement du condamné dans la thérapie constituent l'objectif ultime de l'injonction de soin, l'expression du souhait de les

<sup>681</sup> IGAS, IGSJ, *Évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice*, 2015, 69.

maintenir au terme du SSJ ou de continuer à voir le thérapeute de façon rapprochée devient ici un indicateur de « fragilité »...

« Il s'est progressivement approprié l'injonction de soin qu'il avait repoussée dans un premier temps. Il y a trouvé du sens, et envisage de poursuivre au-delà de la fin du délai car cette prise en charge le sécurise déclare-t-il. **C'est à la fois une bonne chose mais aussi démontre qu'il se sent encore très fragile et interroge sur l'après en cas d'arrêt.** Mais la réflexion est positive et cette sécurisation évoquée démontre une prise de conscience de sa fragilité qui est à la base d'un comportement de prévention » (rapport de fin de mesure rédigé par le DPIP à partir des notes du CPIP, D44).

« Mr... nous semble avoir évolué et fait souvent montre d'un recul et d'une certaine analyse sur sa situation personnelle. Nous ne sommes cependant pas dupe du fait qu'il sait aussi très bien ce qu'il est préférable de dire au SPIP. Néanmoins, Mr reste à notre sens très fragile. [...] Sur le plan de la récurrence potentielle, **son impossibilité à concevoir un espacement des RDV avec le psychiatre et même avec le SPIP témoigne de la fragilité qu'il parvient à lui-même percevoir** » (rapport semestriel du CPIP, D59).

« [En détention, vous remettez aussi des attestations aux condamnés, à chaque... ?] Non, pas à chaque entretien. On les donne à la demande. On a pris cette posture, qui est une posture habituelle dans le cadre du soin en général, à la demande. Très généralement, nos patients nous les demandent avant les commissions en RPS, ce qui fait qu'on n'est pas dans le rythme non plus que les textes ont défini là aussi, d'une façon un peu subreptice, d'attestation tous les trois mois. Quand on en a discuté en réunion avec les magistrats, on avait tenu cette place-là, en disant « pour nous, il n'y a pas matière à faire des attestations tous les 3 mois, adressées au magistrat ». [Directement adressées aux magistrats et non pas données à la personne ?] C'est des demandes qui arrivent parfois. C'est à la demande du patient et puis les attestations que l'on fournit, on essaie qu'elles transcrivent la réalité, c'est-à-dire que souvent, les discours des magistrats c'est aussi qu'on mette du contenu dans les attestations, pour les aider, je sais pas à quoi d'ailleurs mais... puisque ce sont pas des expertises mais du contenu. Souvent, ce qu'on nous demanderait, c'est de dire s'il y a engagement ou non dans le soin. Ben non, c'est pas notre rôle de dire ça » (Psychiatre, SMPR).

« Souvent on nous dit « indiquez un rythme, pour qu'on sache si... ». On s'y refuse absolument parce que qu'est-ce que ça veut dire ? Rien du tout. On l'a vu d'ailleurs, ça peut prêter tout à fait en contresens de la réalité. C'est-à-dire que rencontrer quelqu'un régulièrement, je sais pas moi toutes les semaines, ou toutes les deux semaines, ça veut dire que c'est grave et qu'il va mal quoi. C'est un thérapeutique, ça n'a aucune valeur particulière. Rencontrer quelqu'un tous les mois, ce n'est pas plus rassurant enfin » (Psychiatre, SMPR).

« À travers le CRIAVS, on avait établi un petit groupe de travail sur ces questions d'attestations, autour de l'injonction de soin mais du coup, qui a aussi permis de pratiquer la même chose sur la détention avec un groupe multiple, qui avait formulé, sur un terme de continuité c'est-à-dire qu'on contrôle certaines personnes régulièrement, c'est le terme 'régulièrement'. Comme il s'agit de RPS en détention, c'est depuis la date de départ. À l'extérieur, on n'est pas forcément depuis... et puis sinon, y a pas matière non plus, à refuser une attestation à quelqu'un qui la demande, alors qu'on l'a rencontré, sous prétexte qu'il faudrait montrer qu'il n'y a pas de soins à l'extérieur, donc on fournit l'attestation quand ils la demandent. S'ils la demandent, avec par contre les dates, on s'est rencontré à telle date. Les magistrats, quand on avait discuté avec eux, avaient dit « on discriminerà ». Je ne sais pas ce qu'ils en font finalement » (Psychiatre, SMPR).

« Pouvoir dire au JAP « La fréquence des entretiens chez le thérapeute, ça ne vous regarde pas ». Lui il le sait, mais ça regarde pas le JAP, c'est-à-dire qu'on soigne pas mieux parce qu'on voit les gens toutes les semaines. Il faut arrêter, parce que ça, c'est des convictions de JAP hein : plus on les voit, mieux ils se soignent. Pas du tout, c'est persécutant si on les voit trop. Enfin bref » (Psychologue, SMPR).

« Y a des bras de fer parfois, qu'on n'avait pas il y a quelques années. Pour situer, ça va faire 16 ans que je travaille au SMPR. L'évolution c'est que avant par exemple... je vais faire mon ancien là... mais quand j'ai commencé à bosser, y avait pas d'attestation. Y avait pas tout ça. Moi j'ai connu... alors maintenant, c'est systématique. Maintenant en fait, on n'a qu'à mettre le distributeur à la porte. Moi je refuse ça. Je veux bien entendre qu'il y ait l'attestation, mais ça se discute. Tout se parle. C'est-à-dire que moi, une attestation... sinon, je mets le distributeur. Il suffit de mettre son nom et il sort l'attestation hein. [C'est une attestation à chaque fois ? C'est une fois de temps en temps ? Sans préciser les dates ?] En ce qui me concerne, j'essaie d'être le plus évasif possible même. Alors, il y a l'attestation on va dire en détention et puis il y a l'attestation en CMP, etc. En ce qui concerne le CD, là, on va dire que la question de la présence à chaque rendez-vous, elle est pas exigée, contrairement des fois à ce que je peux entendre par certains SPIP, CIP, au niveau de certains patients. Je refuse de faire une attestation de présence, pour ne pas situer

*les choses uniquement dans quelque chose où il viendrait pointer. Au même titre qu'aller chez les flics, etc. Donc, à partir du moment où il y a un suivi, qui dit suivi, dit rendez-vous réguliers. Donc après, j'entends bien qu'il y a une contrainte de soins, qu'il y a des comptes à rendre. Les patients l'entendent parfaitement mais, on va dire, c'est plus ou moins souple, selon le CIP référent » (Psychologue, SMPR).*

Alors qu'il revient désormais au coordonnateur de contrôler l'assiduité en thérapie, si besoin en réclamant lui-même ces attestations, le maintien d'une vérification par le SPIP place les condamnés dans une position délicate, dès lors qu'ils se voient parfois tiraillés entre les exigences judiciaires et les pratiques des thérapeutes concernant la délivrance de tels justificatifs. Selon ces derniers, ce double contrôle s'avérerait contre-productif sur le plan des soins, tant pour ceux réellement demandeurs et investis dans leur thérapie, dont la parole se trouve alors mise en doute, que pour ceux qui l'envisagent uniquement comme une formalité nécessaire à l'obtention desdites attestations, dès lors qu'ils se saisiraient de ces contradictions pour disqualifier un peu plus le dispositif.

*« C'est une bonne remarque pour les attestations. Alors en fait, les attestations, dans ma pratique, c'est toujours le patient en fait qui la demande. Je suppose que derrière, c'est pour remettre au coordonnateur, etc. Certains coordonnateurs n'en demandent pas. Ils savent « vous voyez toujours Mr... ? », ça suffit, parce qu'on se connaît et on sait comment les uns, les autres travaillent. Je pense que c'est ça aussi qui simplifie les choses. Ce que je ne comprends pas, façon de parler, c'est que de toute façon, l'injonction de soin n'a rien changé quant au rôle du CIP, par rapport au rôle déjà désigné, dans le cadre de l'obligation de soins. On pourrait penser logiquement, qu'à partir du moment où il y a une injonction de soin, que du coup, ce qui relève du contrôle de l'injonction de soin, appartient en fait au médecin coordonnateur et puis que le CIP s'occupe du socio-judiciaire. C'est loin d'être le cas. Le CIP exige, insiste d'ailleurs d'attestations, alors qu'il y a un coordonnateur. Donc du coup, des fois le CIP se fait beaucoup plus pressant à l'obtention d'attestations et c'est inutile d'une certaine manière, puisque y a un coordonnateur. À moins qu'il n'y ait pas d'échange, c'est ce que je me dis, entre CIP et coordonnateur, mais là, y a une articulation qui se fait pas. Parce qu'en fait, on se retrouve avec les mêmes... [Difficultés ?] Oui. Du coup, à quoi ça sert ? Donc l'attestation c'est pour ça alors ? Le SPIP la demande, le coordonnateur la demande. Il suffit qu'il soit passé en placement extérieur, en foyer, etc., donc il y a des horaires. Le lieu le demande aussi. [Ah oui ?] Ça arrive. Parfois il faut faxer. Parfois il faut tamponner à l'heure de sortie du CMP. Quand c'est en semi-liberté... etc... chacun en fait, a ses exigences, selon sa fonction, selon le lieu où il travaille. Et tout ça en fait, vient vers le psy. À un moment donné, comment on travaille ? Et donc parfois, ça embolise à la fois le patient, et certains vous disent « je vous dis ça maintenant et puis on passe à autre chose » ou « Le SPIP il est pas d'accord que vous me fassiez une attestation tous les 3-4 mois et j'ai beau proposer le prochain rendez-vous sur un carton du CHU, ils veulent pas en entendre parler, c'est comme si c'était du faux », etc. Donc ils sont toujours mis en doute dans leur façon de faire. Ou certains, après, y a des tentatives. Je me rends compte que certains, on a beau expliquer, le lendemain la secrétaire me dit « tiens, y a Mr untel qui a appelé. Il avait oublié de demander une attestation ». Il a pas du tout oublié, c'est que je lui ai refusée. Et je suis pas là tout le temps. Donc certains ils viennent en demander une. [...] C'est problématique aussi dans les deux cas, par rapport aux rapports qu'ils entretiennent aux soins, parce que celui qui consent, qui dit « ça me fait vraiment du bien de parler ». Si on exige qu'il le prouve, ça affecte l'idée, cette idée du contrôle quoi. [...] Affecte d'une certaine manière, l'idée qu'il se fait lui-même du soin, en disant « en fait, ce qu'ils veulent, c'est non pas que je me soigne, entre guillemets, mais ce qu'ils veulent, c'est continuer à me contrôler, à me surveiller ». Et dans l'autre cas, celui qui vient seulement pour l'attestation, en disant « de toute façon je passe 5 minutes, un quart d'heure, une demi-heure avec le psy, de toute façon c'est du pipeau, j'en ai rien à cirer. Ce que je veux, c'est le tampon ». Jamais on ne parviendra à installer une relation... enfin jamais... ça peut entraver la possibilité effectivement, d'arriver à une relation qui puisse être vertueuse. Dans les deux cas, c'est problématique » (Psychologue, SMPR).*

Ces thérapeutes regrettent également que les magistrats, les CPIP, voire certains experts, ne leur accordent aucune confiance sur ce point, persuadés qu'ils produiraient de simples attestations de complaisance.

*« Chaque fois on essaie de dire que chacun fasse confiance à l'autre. [...]. Si on fait des attestations, c'est qu'on considère qu'il y a quelque chose qui est engagé et qui se poursuit, sous des formes qui sont très diverses » (Psychiatre, SMPR).*

« J'ai souvenir du temps où je travaillais sur le CD et qu'on essayait de rencontrer de manière institutionnelle, jamais pour parler des gens, les JAP, le SPIP, etc. [...] Je me souviens être intervenue aussi, pour expliquer qu'il fallait qu'on nous fasse confiance, parce que j'en avais un petit peu marre d'entendre, ce n'était pas dans la bouche de tout le monde, mais quand même, c'était quelque chose de récurrent, sur le coup des attestations de complaisance. Comme si les soignants étaient complices, avec les personnes détenues, pour les recevoir une fois de temps en temps et leur filer une attestation. J'avais dit « il faut qu'on se fasse confiance. Sachez que quand on reçoit les gens, régulièrement, c'est qu'on est dans le soin. Quand les gens viennent pour parler de la météo, eh ben on dit stop ». C'est pas meilleur pour le soin. « Revenez dans quelque temps, on verra si vous vous sentez prêt », mais on a autre chose à foutre que de recevoir les gens pour leur filer une attestation pour qu'ils aient leurs RPS. Et moi, quand y a un patient qui arrive et qui me dit « Je viens vous voir pour les RPS » maintenant je leur dit « c'est ballot, c'est pas moi qui les donne ». « Non mais vous voyez bien ce que je veux dire ». « Non, je ne vois pas, qu'est-ce que vous voulez dire monsieur ? ». Ou « je viens vous voir parce que je veux pouvoir sortir » « c'est pas moi qui ait la clé ». Et on remet chacun à sa place » (Psychologue, SMPR).

« Et puis en plus, l'évaluation qu'ils peuvent faire de leurs propres soins, c'est une évaluation subjective, alors que moi, je dois en faire une évaluation objective. Et plutôt que d'avoir un certificat pour dire « il progresse bien dans les soins » etc., je préfère moi, faire mon évaluation au temps t, et puis au t -2 ou 300, par un autre expert qui a été fait à l'entrée en détention, et puis voir véritablement, objectivement, comment la personne a évolué. Parce qu'on sait très bien, qu'il y a des certificats qui sont faits pour aider les détenus à se réinsérer et que forcément, en fonction de l'utilité du certificat, on sait très bien que ça n'a pas toujours une valeur juridique parfaite hein » (Psychiatre, expert).

« Mais d'autres ne s'en cachent pas « on me dit de faire des soins, je fais des soins quoi ». Après je sais pas moi non plus, ce que le médecin met dedans. C'est-à-dire, à quel point il va chercher à creuser, à quel point il va insister ou est-ce que lui-même il va pas rentrer dans le système juste de signer le papier quoi » (JAP).

En refusant de communiquer ces différentes informations, il est d'autant plus difficile pour ces soignants d'instaurer des rapports de confiance avec les acteurs judiciaires. Selon ces derniers, leur silence ne viserait pas tant la protection du cadre thérapeutique, mais plutôt à garantir le pouvoir médical de toute ingérence. Certains magistrats, agents de probation et autres personnels pénitentiaires y voient aussi un signe de défiance et de mépris à leur encontre, sinon un maigre intérêt pour leurs patients, ou encore une ouverture de parapluie, pour ne rien dire qui pourrait faire l'objet de reproches par la suite.

« Je pense que très souvent, le secret médical – je me ferais pas que des amis si je disais ça - , c'est quand même un sacré parapluie qu'on ouvre quoi. Si je vous dis pas ça, c'est aussi que on viendra pas me dire, me reprocher que... J'ai rien dit, donc... » (CPIP).

Ces critiques peuvent quelque peu surprendre lorsqu'elles proviennent des agents de probation, dès lors qu'ils sont eux-mêmes très vigilants quant aux informations qu'ils transmettent aux magistrats, avec des variations selon la personnalité du JAP et par anticipation des conséquences potentielles sur le probationnaire (v. *supra*). En retour, certains JAP analysent d'ailleurs cette rétention d'informations comme le résultat d'une recherche similaire de pouvoir, tout en voyant parfois d'un très mauvais œil la transmission d'informations au préfet dans le cadre des états-majors de sécurité (v. *supra*).

« C'est toujours la question qu'on se pose, parce que, quand on dit quelque chose à quelqu'un, ça ça fait A et B c'est comment c'est retranscrit ? Et ça c'est une question qu'on a mais vis-à-vis de tout le monde hein » (CPIP).

« Après sinon, je fais en fonction de ce que me donne le SPIP. L'information qu'on a. Parfois, on se rend compte qu'ils nous disent ce qu'ils veulent bien nous dire. Pas tous hein. Pas tous mais voilà, on voit bien que parfois, ils ont... On n'a pas de nouvelles sur un SME par exemple. Bon ben voilà, il ronronne. On n'a pas de rapport, on n'a rien, et puis d'un coup, on va recevoir un rapport complètement assassin contre le type, de faire état de plein d'incidents, de plein de trucs. Donc ça aurait été peut-être pas mal qu'on soit informé avant quoi. D'un coup, le CPIP, il en a marre du mec. [C'est une crainte, en se disant, si on transmet l'information, ça va se retourner entre guillemets contre la personne ?] Oui, y a de ça et puis... ouais, ouais, y a de ça et puis y a des logiques euh... des cultures différentes quoi. La culture de l'administration pénitentiaire, c'est pas la culture judiciaire. Donc ils s'y mettent, ils sont obligés de s'y

*mettre. [...] Par rapport à l'administration pénitentiaire [...] J'ai l'impression qu'on est perpétuellement en train de... ouais de devoir prendre notre place quoi. [Ils ont l'impression que vous venez les contrôler ?] Non, non, c'est juste que c'est chez eux quoi. C'est chez eux, donc voilà, nous on est là, c'est bien. Voilà, on est presque invités quoi (rires). [...] Mais voilà, tout ça pour dire que la place, il faut qu'on la prenne. En tout cas, nos interlocuteurs là, à [ville], nous la laissent mais faut quand même qu'on aille la chercher, faut quand même qu'on aille la chercher. Et par rapport au SMPR, je pense que c'est un petit peu la même chose. Là c'est un petit peu plus compliqué de forcer, parce qu'on a moins de leviers et puis voilà, le secret médical » (JAP).*

En définitive, chaque acteur malmène le secret des autres, toujours excessif au regard des objectifs « communs » à atteindre, tout en veillant jalousement au sien, dont le sens serait autrement plus incontestable. Sans doute les derniers choix politiques concernant le renseignement pénitentiaire en matière de « radicalisation » auront-ils pour effet de rebattre les cartes. Déjà, quelques syndicats d'agents de probation ont dénoncé une « atteinte d'un point de vue déontologique au secret professionnel des personnels en organisant de manière concrète la collecte de renseignements au sein des SPIP au profit de services extérieurs »<sup>682</sup>. L'argumentaire n'est d'ailleurs guère différent de celui des professionnels de santé. Il rappelle une évidence trop souvent passée sous silence au profit de préceptes mobilisateurs axés sur la synergie institutionnelle, le dialogue, la transparence, la coopération des forces disponibles au service d'une « prévention » dont le sens semble pourtant de plus en plus dévoyé. Le secret professionnel, qu'il concerne les acteurs de santé, les travailleurs sociaux ou les agents de probation, n'a pas qu'une signification éthique, dans la mesure où ni les uns, ni les autres, ne sont en mesure d'exercer leurs missions sans un lien de confiance minimal avec le patient/usager/condamné.

Depuis une dizaine d'années, le législateur n'a pourtant cessé de restreindre le champ des différents secrets professionnels au motif de permettre un suivi collectif et cohérent personnalisé. Les responsables institutionnels ont parallèlement promu par voie de circulaire ce fameux « secret partagé » dans le champ du travail social<sup>683</sup>, de la santé<sup>684</sup>, de la justice et de la sécurité<sup>685</sup>. Outre l'introduction des commissions pluridisciplinaires uniques et la délivrance trimestrielle d'attestations, les praticiens exerçant en détention sont textuellement obligés, depuis 2008, de communiquer les informations médicales qu'ils détiennent au médecin coordonnateur afin qu'il les transmette au médecin traitant, sans que leur soient opposables les dispositions de l'article 226-13 du code pénal (art. L3711-2 CSP). Selon Rachida Dati, il s'agissait d'« assurer un meilleur suivi médical, sans rupture entre milieu fermé et milieu ouvert, en renforçant les échanges entre le médecin intervenant en milieu carcéral et celui qui suivra le détenu à sa sortie de prison dans le cadre de l'injonction de soin. » (Assemblée Nationale, 8 janvier 2008). La ministre de la Santé évoqua quant à elle l'affaire Evrard pour s'en justifier. « Cette affaire a été marquée par un défaut de continuité dans la prise en charge d'un malade dangereux par les différents médecins qui ont été amenés à intervenir. Sans les dysfonctionnements qui ont été constatés, il est permis de penser que les choses eussent été différentes [...]. Le projet de loi remédie à cette carence en permettant au médecin coordonnateur et au médecin traitant de disposer des informations médicales détenues par les praticiens dispensant des soins en milieu pénitentiaire, dans le cadre d'un secret médical partagé. Ces informations sont nécessaires à l'accomplissement de la mission du médecin traitant, mais aussi de celle des médecins coordonnateurs, qui doivent accompagner la personne condamnée dans son choix du médecin traitant, et peuvent la conseiller à sa demande. » (Assemblée Nationale, 9 janvier 2008). En 2011, face à la persistance des tensions interprofessionnelles, la mission d'évaluation du dispositif considérait même qu'« il pourrait être intéressant, pour faciliter la tâche du médecin coordonnateur, de s'inspirer du dispositif belge qui prévoit que les « équipes de santé spécialisées » adressent un « rapport de suivi...à l'autorité compétente » qui aborde des points précisément fixés tels que « les absences non justifiées » ou « les situations comportant un risque sérieux pour les tiers ».

<sup>682</sup> Communiqué de la CGT SPIP, *Lutte contre la radicalisation : la DAP se radicalise*, 21 octobre 2016.

<sup>683</sup> Gautron V., « Le positionnement des travailleurs sociaux dans les dispositifs locaux de coproduction de la sécurité », *op. cit.*

<sup>684</sup> Gautron V., « Les mesures de sûreté et la question de la dangerosité : la place des soins pénalement ordonnés », *op. cit.* ; Lécu A., *Le secret médical. Vie et mort*, éd. du Cerf, 2016 ; David M., *Soigner les méchants. Ethique du soin psychiatrique en milieu pénitentiaire*, L'Harmattan, 2015.

<sup>685</sup> Gautron V., Retière J.-N., « L'implication des juridictions dans les dispositifs locaux de coproduction de la sécurité », *op. cit.*

Plus récemment, en 2016, la loi a autorisé les professionnels de santé à échanger sur un patient avec des confrères, « à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social » (art. L110-4 et R110-1 et s. du CSP). Ce partage peut également opérer avec des praticiens extérieurs à l'équipe de soins, mais seulement en cas d'accord de la personne. La Haute Autorité de santé a été chargée d'élaborer avec le concours des ordres professionnels des recommandations sur les catégories d'informations accessibles, mais n'a à ce jour diffusé aucune préconisation. Cette réforme induit de nouvelles incertitudes professionnelles quant à la portée du secret. Peut-on considérer que les médecins coordonnateurs et les CPIP, qui jouent effectivement un rôle dans le processus de coordination et de continuité des soins et, pour les seconds, dans le suivi social, relèvent de ces « équipes » en droit de partager des informations ? Au regard de leurs missions parallèles de contrôle, et de leur qualité d'auxiliaires de justice, il est permis d'en douter. 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<sup>686</sup> 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 retrait<sup>687</sup>. Dans un communiqué du 5 octobre 2014, l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (ASPMP) a ainsi fermement réagi au projet de loi santé finalement adopté en 2016. Comme les travailleurs sociaux, plus les soignants auront le sentiment d'être instrumentalisés pour alimenter, au mieux le contrôle social, au pire le contrôle pénal des populations qu'ils accompagnent, plus leur position de retrait s'exacerbera. D'autant que les discours ambiants, parfois simplistes et caricaturaux, tendent à disqualifier leurs analyses et leurs pratiques. En raison de l'influence croissante du modèle « *evidence-based policies* », et plus particulièrement dans le champ pénal du mouvement dit de la « nouvelle pénologie » ou du *What Works*, des praticiens, des responsables institutionnels, politiques et quelques scientifiques contestent la fiabilité de leurs méthodes d'évaluation cliniques dites « non structurées », mais aussi leurs approches thérapeutiques, résumées à tort à leur dimension psychanalytique. Ceux-ci promeuvent au contraire des méthodes d'inspiration cognitive et comportementaliste, notamment mobilisées dans les « programmes » de traitement nord-américains et canadiens. L'évolution de la législation et des politiques publiques risque donc de réactiver les positions défensives des soignants, au point de compromettre, là où ils existent, les quelques exemples d'échanges d'informations. Dans certaines hypothèses, l'information circule en effet, de façon plus ou moins formelle, au cas par cas et en fonction des relations de confiance entre le thérapeute et son interlocuteur.

### C- L'existence de quelques échanges d'informations

Les critiques des acteurs judiciaires s'alimentent paradoxalement de l'existence de quelques échanges, certains soignants acceptant de délivrer plus facilement des informations. Ils mobilisent à l'appui de leur démonstration ces contre-exemples, qui suffiraient à confirmer la validité juridique et la possibilité de telles transmissions sur un plan éthique, « *puisque certains le font* ».

*« [Et à l'inverse est-ce qu'il y en a avec qui vous parvenez à discuter ?] Ah y en a pour le coup, avec qui on discute beaucoup plus. Que ça soit sur le traitement, mais pas le fond du traitement, je suis pas médecin, mais je veux dire, sur le fait que... que... oui que ben, voilà y ait pas de traitement, y ait eu d'évoqué dans le jugement l'Androcur. Est-ce que c'est évoqué ? Oui, le fait que certains puissent nous en parler, je trouve quand même ça intéressant. Et même effectivement, quand nous on dit qu'on voit bien que la personne va moins bien, qu'il y a quelque chose qui va pas, mais parfois on met pas le doigt dessus. Y a quelque chose qui nous laisse perplexe. Y a certains médecins mais les contacts sont quand même rares, très rares même hein quand même. Pas de mon côté. Je suis pas sûre qu'il y ait beaucoup de collègues à voir aussi souvent, enfin très souvent les médecins » (CPIP).*

*« On ne peut pas avoir d'éléments. Ils sont tenus au secret professionnel. On peut pas avoir d'éléments. Y en a très peu qui acceptent de donner des éléments, pas de suivi mais au moins de personnalité, pour savoir voilà, comment aborder les choses. C'est juste ça qu'on aurait aimé mais y en a très peu qui acceptent.*

<sup>686</sup> Gautron V., « Le positionnement des travailleurs sociaux dans les dispositifs locaux de coproduction de la sécurité », *op. cit.*

<sup>687</sup> Gautron V., « Les mesures de sûreté et la question de la dangerosité : la place des soins pénalement ordonnés », *op. cit.*

[...] Certains d'entre nous arrivent à avoir des éléments, parce qu'effectivement... comment on présente les choses. Si on appelle, en demandant de but en blanc à avoir des éléments, c'est pas possible mais si on... y en a qui arrivent à avoir des éléments. Ça dépend comment... ils s'y prennent différemment et ils y arrivent. C'est toujours une question de personne » (CPIP).

« [Mais vous pensez que le médecin coordonnateur a des échanges avec le thérapeute sur la nature des soins ?] Je crois que oui quand même. Je crois que oui. J'ai vu effectivement des rapports de médecins... alors, j'ai vu de tout hein. J'ai vu de tout, mais j'ai vu des rapports de médecins coordonnateurs très très intéressants, où y a un vrai échange. C'est pour ça que... c'est que c'est possible. C'est que c'est possible. [...] Donc voilà, y a de tout mais en étant positif, on se dit à partir du moment où on a des exemples où ça se passe, y a pas de raisons pour que ça se passe pas tout le temps. Et si ça se passe pas tout le temps, pourquoi ? » (CPIP).

Plus qu'un réel collectif, le champ médical réunit en pratique un agrégat d'acteurs aux représentations, positions et intérêts parfois divergents<sup>688</sup>. En 2011, le rapport de la mission d'évaluation du dispositif de l'injonction constatait, pour le saluer, un « certain » partage d'informations, « souvent mis en œuvre, en particulier en vue d'apprécier la coopération au dispositif de la personne suivie ». Dans quelques sites, des concertations existent sur le contenu des attestations, avec parfois l'emploi d'expressions codifiées visant à éclairer le juge sur l'investissement du condamné dans la thérapie<sup>689</sup>. Dans l'un des établissements pénitentiaires étudiés par S. Saetta, le service médical distingue ainsi « trois attestations types : une attestation dans laquelle est mentionné que le détenu a été reçu un jour donné (« Monsieur..., né le..., a été reçue par le DSAVS le... »), une attestation dans laquelle est stipulé qu'il a été ou est suivi régulièrement (« Monsieur..., né le..., a été suivi régulièrement du... au... » ; « Monsieur..., né le..., est suivi régulièrement depuis le... ») et une attestation expliquant que le détenu a été reçu mais qu'il a été décidé de ne pas poursuivre la prise en charge en raison de son « manque d'implication » (« Monsieur..., né le..., a été reçu les.... À l'issue de ces entretiens d'évaluation, et au regard du manque d'implication de Monsieur... dans les soins proposés, nous avons décidé de ne pas poursuivre la prise en charge. Cependant, toute nouvelle demande de sa part sera réévaluée au regard des nouveaux éléments de sa situation »)<sup>690</sup>. À l'identique, dans certains sites visités par la mission d'évaluation, « un travail de concertation a pu être engagé entre les autorités judiciaires et les professionnels de santé sur le partage de l'information et sur le contenu de cette attestation. Dans certains cas, médecins psychiatres et JAP indiquent s'être concertés sur l'utilisation d'expressions codifiées (« prise en charge médicale », « suivi médical ») visant à éclairer le juge sur l'investissement du condamné dans la thérapie, ce qui révèle les limites du principe de l'attestation »<sup>691</sup>.

Selon certains de nos interlocuteurs, des praticiens locaux évolueraient progressivement en ce sens, ce qui n'est sans doute pas sans lien avec les pressions judiciaires à ce sujet, ou du moins certaines formes de culpabilisation, lorsque les magistrats leur rappellent les conséquences de l'absence de justificatif pour le condamné. Selon son investissement dans la thérapie, certains thérapeutes mentionneraient soit les dates précises des consultations, ce qui révélerait plutôt un défaut d'implication, soit un suivi « depuis telle date », plus positif. Ces « codes » ou « messages subliminaux » ne sont toutefois pas systématiques.

« Alors eux, ils considèrent qu'il y a violation du secret médical à établir une attestation. Alors avec [le JAP], quand on y est allé, on leur a expliqué que, pas d'attestation = un tiers de réductions en moins, donc ils feront un tiers de leur peine en plus, grâce à eux. Ça les a calmés quand même hein » (Magistrat du parquet).

« Parfois, il y a des messages subliminaux dans la manière de rédiger les courriers » (Psychologue, SMPR).

« Ou je crois que c'était juste après la loi pénitentiaire de 2010. [...] Cette loi-là, elle apparaissait peut-être complètement anodine, un détenu a le droit de demander à son thérapeute un justificatif et le thérapeute

<sup>688</sup> Milly B., *Soigner en prison*, op. cit.

<sup>689</sup> Marques A., Saetta S., Tartour T., « Des murailles de papier. La contrainte aux soins en ambulatoire », *Revue française des affaires sociales*, 2016, n° 2, 57-74.

<sup>690</sup> Saetta S., « Inciter des auteurs d'infractions à caractère sexuel incarcérés à se soigner », op. cit.

<sup>691</sup> IGAS, IGJS, Évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice, 2015, 69.

est dans l'obligation de le donner. À partir de là, je pense que pour moi il y a eu un glissement mais ils le savent très bien. Moi, en échangeant avec les psy, ils savent bien, tôt ou tard, la question du soin elle est là et qu'ils devaient aussi... alors comment dire, d'un point de vue judiciaire, on va dire qu'ils devaient d'ouvrir entre guillemets, mais le centre aussi puisque les gars, quand ils vont les rencontrer, ils leur demandent « je veux un justificatif ». Et moi je l'analyse comme ça : la toute-puissance entre guillemets... la toute-puissance hein, des pys en détention, elle a pris quand même un coup. C'est-à-dire qu'ils disaient « non, je t'écrirai pas ça. Ça fait partie du processus thérapeutique, donc j'écrirai que je t'ai suivi jusque-là, mais je ne mettrai pas les détails ». Et ça, depuis cette loi-là, on l'a vu arriver. On voit arriver les pys qui le mettent très clairement, en disant « dans le cadre du processus thérapeutique, nous sommes en pause thérapeutique » par exemple. [Donc maintenant ils mettent plus d'informations ?] Pas tous mais quelques-uns effectivement, estiment que le détenu n'a pas à pâtir de, puisque l'attente aujourd'hui de la justice est celle-ci, donc on voit arriver des justificatifs, ou même des choses encore plus claires. Ça c'est un exemple, je reviendrai après dessus, c'est pas grave mais on a aussi des justificatifs qui arrivent où on a des gars qui sont dans le déni. [...] J'ai rarement vu à l'époque, y a encore 5-6-7 ans de ça, un document d'un psy qui disait « Monsieur vous n'abordez pas les faits, donc c'est compliqué pour nous de faire le suivi ; on fera pas de suivi ». Aujourd'hui, ça peut arriver. [Mais vous dites, c'est très individuel, c'est-à-dire qu'au sein du SMPR, ils ont pas forcément une politique de service, où tous se mettent d'accord sur « dans l'attestation il y a ceci ». Ça reste encore très individuel ?] Y a un mouvement de fond qui est clair. Ils écrivent davantage, et en précisant davantage les choses. Ça c'est sûr c'est un mouvement. Après, il y a, en fonction des personnes et de leurs pratiques, des gens qui restent comme ils étaient avant : il est suivi ; il est pas suivi. [Parfois même sans préciser les dates ?] Oui : il est suivi à partir de telle date. [Pas d'infos sur la fréquence... ?] Non. Pas d'info sur la fréquence, pas d'info sur les choses qui sont abordées, pas du tout. Mais on voit arriver des justificatifs « écoutez monsieur, vous nous avez demandé effectivement, à avoir un suivi psychiatrique. Nous vous avons rencontré à telle date, telle date, telle date, sauf que aujourd'hui, on voit que... on ne va pas donner suite, puisque on vous a demandé de vous interroger ». Ça c'est très très nouveau. C'est extrêmement nouveau. [...] Y a différents cas. Ça, c'est un courrier concret de psychiatre, qu'on voyait pas encore il y a quelques années. Effectivement, c'est beaucoup plus précis que ce qu'on peut trouver dans d'autres... ou dans certains sites, où il n'y a aucun échange. [...] Voilà, c'est-à-dire que c'est un peu voilé « on t'as reçu mais on comprend. Tu évoques des difficultés mais quand on parle des faits, tu veux pas les évoquer. Donc tu dois réfléchir à ». Ça, on le voyait pas encore il y a 4-5 ans. [...] Peut-être que c'est aussi propre à [ville] mais c'est rare. Aujourd'hui, c'est posé, c'est écrit. Au moins, ça a un sens, c'est-à-dire que c'est au-delà du lien entre le thérapeute et le détenu. Là, c'est quelque part une information aussi pour la justice » (CPIP).

« Et puis après, pour les collègues de l'extérieur, ils ont ça dans le dossier, ils savent que la personne... les attestations, je trouve que c'est pas mal surtout que les soignants, ils ont trouvé une solution pour faire la différence entre les suivis très investis et ceux moins. C'est-à-dire que si c'est très investi, ils marquent « est suivi depuis le » ; si c'est moins investi, vous avez les dates. [Et ça, ça a été discuté ?] Non, c'est comme ça. Enfin, on a compris que c'était ça. Non, ça n'a jamais été discuté. C'est la tradition qui fait qu'effectivement, on a compris que quand il y a des dates, c'est pas régulier (rire), c'est plus aléatoire et quand c'est « depuis le », c'est normalement plus investi. [Par contre, sur ces attestations, y a pas de précisions ?] Y a des précisions sur d'autres établissements. Y a des psychiatres qui font des choses très très précises. Moi j'ai été parfois surprise, avec vraiment une... où ils notent la qualité du suivi de l'investissement, de la compréhension, mais c'est hyper rare, mais j'en ai vu. [C'est hyper rare. Et ça serait une avancée si...] Je trouve que c'est intéressant, parce que ça dévoile pas... ça ne dévoile pas les échanges, c'est bien normal. Après, je trouve que c'est intéressant, quand il y a une phrase qui dit « investi » ou « de qualité » ou « bonne réflexion ». Je trouve que ça pourrait... ne nuirait pas au secret médical me semble-t-il s'il y avait une qualification du suivi mais bon, on n'en est pas du tout là » (CPIP).

« Ah non, les magistrats, moi je peux comprendre qu'il y ait des échanges éventuellement, soft, entre magistrats et SMPR. Ça me choquerait pas forcément pour certains trucs hein. Je trouve qu'un type qui se met au travail et qui réfléchit sur ce qu'il a fait, et qu'il en tire une évolution, pourquoi ne pas en dire quelque chose quoi. Si lui le souhaite en tout cas. Mais ça me choque pas forcément le secret partagé, pourquoi pas, dans certaines conditions, de manière très individualisée, pourquoi pas » (Psychologue, expert, libéral).

Au-delà du contenu des attestations, les thérapeutes exerçant en détention ou à l'extérieur délivrent parfois des informations qui sont en réalité plus ou moins couvertes par le secret médical. Si des médecins et psychologues dénoncent le fonctionnement des CPU, il ne faut pas scotomiser, là encore,

la variabilité des représentations et pratiques médicales<sup>692</sup>. Même lorsqu'ils sont particulièrement fermes sur le secret médical, des médecins ou psychologues n'hésitent pas à transmettre à l'administration pénitentiaire des informations sur les risques éventuels liés à l'évolution de l'état d'un détenu, dans le cadre des CPU, de réunions spécifiques ou d'échanges informels, dans de très rares cas pour appuyer, « suggérer », l'hypothèse d'un risque immédiat de récurrence. En parallèle de la CPU, peu investie par le SMPR, des échanges collectifs plus ou moins réguliers et institutionnalisés sont organisés par les CPIP et les équipes de soin, du SMPR mais aussi du CSAPA, notamment pour évoquer la situation des futurs sortants de détention, les soignants espérant ainsi assurer au mieux la continuité des soins à la libération. On constate toutefois dans les extraits suivants que ces temps collectifs d'échanges sur des situations individuelles varient au gré des affectations, naissent et disparaissent selon l'investissement des praticiens qui les portent, leur propension à l'échange, les rapports de confiance qu'ils ont réussi à nouer avec leurs interlocuteurs.

*« Il y a une fois où je me suis positionnée vraiment, parce que j'étais très inquiète. Je pense que c'est la seule fois. Les autres fois, je ne me pose pas la question en fait, du risque de récurrence. Ce n'est pas trop mon... même si j'ai les outils, je ne le regarde pas trop. Mais par contre, y a vraiment une fois où vraiment j'étais inquiète et pour le coup, j'avais demandé au chef de service [...] qu'il fasse un courrier au SPIP, pour que le SPIP s'appuie sur mon courrier, sur ce courrier auprès du juge, pour qu'il y ait des mesures. C'est la seule fois où ça m'est arrivé, du risque de récurrence. Pour moi, elle était... c'était pas la question du déni d'ailleurs, puisque ce monsieur-là reconnaissait les faits. Alors, c'était partiel, mais simplement, pour moi, y avait très clairement un registre pédophile, une excitation permanente, tout le temps, que je n'arrivais pas du tout à travailler ou à contenir avec lui, à mettre à jour et à lui faire mettre des mots dessus, parce qu'il y avait une question de déficience chez lui... [Déficience intellectuelle ?] Oui, de déficience intellectuelle, parce qu'il refusait un traitement inhibiteur de libido et que c'était catégorique. On n'arrivait pas du tout à travailler cette question-là, parce qu'il sortait dehors, que ses deux parents étaient décédés et qu'il n'avait jamais vécu seul. Et que, du fait de sa déficience et de ses limites, et du fait que je pense que ses parents faisaient vocation de surmoi et d'interdit, et qu'il n'y avait plus rien qui pouvait faire interdit dehors en fait à ce moment-là, faisait que ça m'inquiétait, qu'il n'y avait pas d'autre famille ou que le peu de famille ne voulait pas s'en occuper du coup. Que je savais qu'il n'y avait pas de médecin coordonnateur, parce que c'était le [département sans médecin coordonnateur], donc il n'y avait rien qui pouvait contrôler une mesure et que j'avais eu le soignant qui l'avait vu avant et que il était pas très investi dans le sujet. Et que je sentais finalement qu'il n'y avait aucun espace où quelque chose allait pouvoir se travailler. Au regard de tous ces éléments-là, moi j'étais fortement alertée, à tous les plans quoi » [Et ça vous a pas mis en difficulté par rapport au secret ?] Là, j'avais été protégée, parce que du coup, c'est [un psychiatre du SMPR] et [le chef du service] qui avaient... donc les responsables qui avaient écrit et dans ce courrier-là, c'était plus au regard de la situation... C'étaient des termes assez généraux « au regard de la situation générale, et des conditions de sortie, du fonctionnement de ce monsieur », sans aller dans le détail de ce que je viens de te dire, « ... font émettre des inquiétudes, quant aux conditions de sortie ». Je pense qu'il n'y avait pas le terme de risque de récurrence. Ça venait suggérer... ça venait appuyer lui, son regard » (Psychologue, SMPR).*

*« Quand ils sont extrêmement inquiets, ils nous le disent par contre. C'est arrivé très peu de fois où ils me disaient « il sort où ? Il fait quoi ? Il faut absolument tout barricader parce que il me fait peur ». C'est déjà arrivé » (CPIP).*

*« [Il n'y a pas d'échanges ?] Alors si... y a eu... alors ça, c'est une histoire d'il y a 20 ans. Moi, quand je suis arrivée à la maison d'arrêt [...], je venais d'un établissement où on avait les psychiatres qui fonctionnaient normalement, c'est-à-dire qu'ils vous parlaient. Ça paraît un peu particulier, parce que c'est rare mais on échangeait régulièrement et ils vous disaient les choses... voilà, comme ça. On avait un échange quoi. Et quand je suis arrivée à la maison d'arrêt, je me suis dit « mais nom de Dieu, comment c'est possible que personne se parle là-dedans ? ». Je trouvais ça choquant, parce que j'étais pas habituée en fait que personne se parle là-dedans ». Je trouvais ça choquant, parce que j'étais pas habituée en fait. Donc, je suis allée voir toute l'équipe du psychia... du psy, en leur disant « on se verrait pas là, pour discuter, parce que moi, je comprends pas bien », etc. Bon, ça a été un petit peu... j'ai un souvenir très précis de la scène. Et le psychiatre était très mal à l'aise je pense et on m'a dit « oui, on va étudier ça ». En fait, l'idée était, moi mon idée en tout cas, c'était travailler sur une rencontre institutionnelle, et pas*

<sup>692</sup> Milly B, *op. cit.* ; Lancelvée C., *Quand la prison prend soin : enquête sur les pratiques professionnelles de santé mentale en milieu carcéral en France et en Allemagne*, Thèse, EHESS, 2016.

une rencontre personnelle. Ce qui s'est passé, c'est que ça s'est fait à titre personnel. On s'entendait très bien avec les infirmiers, donc on échangeait très régulièrement, mais y a jamais... Très bizarrement, les psychiatres nous ont dit « les infirmiers veulent pas ». C'était assez rigolo, parce que c'étaient les seuls qui nous causaient. Et y a jamais eu de rendez-vous institutionnel et ils ont jamais voulu, je pense que ça venait des psychiatres essentiellement, pas des infirmiers mais il y avait des échanges quand même. [...] Ensuite, ça a évolué parce que il y a eu ces réunions institutionnelles avec le CSAPA. Le psychiatre du CSAPA lui, a eu une position différente en disant « à la maison d'arrêt, tous les mois on se voit, le psychiatre, la psychologue, l'infirmière, l'assistante sociale », et on échangeait des dossiers. [Carrément sur des dossiers ?] Carrément sur des dossiers. Chacun faisait une liste et on échangeait pour voir où on mettait le gars, ça oui. Mais du coup, c'était un peu... Quand moi je suis arrivée ici, ont été mis en place des réunions tous les deux mois et demi, le CSAPA intervenant moins malheureusement qu'à la maison d'arrêt, mais on faisait quand même une réunion, avec... alors, les psychologues complètement dehors, ne voulant absolument pas se mélanger à nous, les infirmiers du tout. Donc il y avait les trois psychiatres et parfois, l'assistante sociale du CSAPA. À l'arrivée de cette nouvelle juge, la CAP a changé, elle s'est mis le jeudi. Ça a fait un an. Or, c'était le créneau qui était choisi sur la réunion du SMPR, et ça fait un an qu'on leur demande de changer de créneau. On attend. La psychiatre, qui était très enthousiaste sur les échanges est partie. Je pense que tout ça, ça joue aussi. Et du coup, l'équipe a changé, enfin en tout cas, elle est partie et elle, elle était assez moteur cette femme. Changement de personnes, changement de date, de jour. Ça fait un an qu'on attend des réunions. [Donc en fait, c'est vraiment une question de personnalité ? Même au sein du champ médical ?] Oui. Et puis après, de personnes. Moi je suis très surprise par exemple, on connaît très bien les infirmiers de l'UCSA, on échange beaucoup. [...] Je pense que malheureusement, y a des personnes, c'est terrible. C'est-à-dire que je pense que ils ont essayé de faire des choses institutionnelles qui fonctionnent. Par exemple, le fait que le SMPR vienne au CPU du suicide [...], ils y sont venus parce qu'ils y étaient obligés, sinon ils seraient pas venus, parce qu'ils sont contre le fait de participer. Mais malheureusement, on voit bien que ce sont des positionnements personnels, des psychiatres qui adhèrent à l'échange ou pas. [Ce qui veut dire que quelque part, si vous étiez amenés à peut-être plus fréquemment à vous voir, ça permet peut-être de lever des...] C'était un peu le but. On a été. On est toujours un peu en conflit sur... avec eux, sur des gens qui ont des pathologies » (CPIP).

« Aujourd'hui, moi je vois l'évolution, cette fameuse ouverture là que je disais, c'est que... et ça c'est des coups de butoir. Ça, c'est les avancées législatives, c'est les nouvelles lois qui sont venues un peu... [...] par rapport au secret médical et tout. On y est venu. C'est pas anodin. [...] Ce que je vois, c'est que quand on était à [la maison d'arrêt], on allait une fois par mois, le mercredi matin, on avait une espèce de coordination, on venait discuter. Mais on était avec qui ? Avec le service d'addictologie, avec le CSAPA. Pas avec le SMPR mais avec le CSAPA. Sauf que c'était un moyen quand même, parce que souvent, ils étaient suivis effectivement au niveau de l'addictologie mais également dans le cadre du soin thérapeutique sur le long terme. Du coup, c'était un peu une porte d'entrée. Mais ça s'est fait bien avant toutes ces lois-là, ça s'est fait avant, parce que c'était par rapport à l'ancienne confiance qu'on avait tissée entre les CIP et l'équipe du SMPR là-bas. Et ils avaient une confiance absolue en nous, comme nous on avait une confiance en eux. Et il faut dire qu'ils venaient aussi chercher les informations, elle en est où la sortie, où il va aller, comment on peut faire. [...] Pour eux-mêmes faire le lien avec... Bien sûr. Donc du coup, ils étaient un peu là-dessus, par le lien justement. Donc y avait déjà ça. Ça, ça existait à [...] la maison d'arrêt, ça n'existait pas au centre de détention, ça n'existait pas ailleurs. C'était assez rare je pense, ces moments de coordination, qui étaient la volonté de 2-3 personnes, pour dire « stop, on arrête là. On met les choses en commun ». [...] Je pense qu'ils ont aussi compris une chose, c'est que ils suivent le mouvement de la préparation. Si le CIP prépare toute la sortie, eux aussi ils font le relais médical, donc du coup, ils y voient aussi l'intérêt et c'est pas anodin. Ça fait maintenant 2-3 ans, on a mis en place ce qu'on avait fait à la maison d'arrêt à l'époque, on l'a mis en place ici : on les voit une fois par an. [Sans compter les CPU ou c'est dans le cadre de la CPU ?] Nous on fait une corrélation entre deux services. [...] Ça, ça a pris... On n'a pas tous les mêmes attentes. Chaque service est assez stratégique mais c'est un bon partage ça. Parce qu'on a une première heure et demie avec que le service d'addictologie et l'heure et demie suivante, avec les psychiatres, avec l'ensemble du SMPR. [Vous passez quand même pas mal de temps... c'est pas des réunions...] C'est une matinée. [Et là, vous évoquez des cas individuels ?] Chacun présente. C'est-à-dire qu'ils nous envoient une liste en amont en disant « nous on aimerait parler de la sortie de untel, untel, untel » et nous on dit « nous, on aimerait parler de untel, untel, untel » et on échange. [Mais vous échangez j'imagine, quand même sur des aspects, comment ça va se passer le relais à la sortie, parce que vous pouvez pas tout...] Nous on y va. Les CIP nous on y va. Effectivement, parce qu'ils ont cette confiance-là, ils nous ont bien repéré depuis des années. Du coup, nous aussi on les connaît bien et ils savent qu'on peut se faire confiance sur le secret entre guillemets. Le secret, il se partage assez facilement de ce fait-là. Maintenant, quand je disais, on a tous des intérêts différents entre les différents services. Effectivement, nous on va

venir interroger le maintenant, comment ça se passe, c'est quoi l'évolution qu'on peut attendre d'eux. Parce que quelqu'un qu'on sent super ancré dans le déni, c'est compliqué, il nous inquiète. Ils vont pas nous dire « Ah ben oui, oui » mais ils sont aussi dans « on travaille tel aspect. C'est compliqué » ou « actuellement, il est en rupture de soins ». Donc voilà, on prend nos informations et eux par contre, ils sont sur quelque chose de très clair aussi. Eux le présent, ça les intéresse pas pour l'instant et ils nous disent « il va sortir dans quel cadre ? Dans combien de temps ? Est-ce que c'est dans 3 mois avec les RPS ? Mais vous comptez l'envoyer où ? Au CHRS avec la famille ? ». Et là, eux ils pensent au relais médical aussi. Finalement, on a une approche globale, parce qu'on fait une approche globale finalement des choses, parce qu'on a des intérêts différents. Sauf que, cette coordination elle permet [...] aussi de se dire, ok, en détention il est en rupture ou pas, dans une voie d'évolution ou pas. C'est positif ou négatif. Il est dans la prise de produits ou pas. Ça vient bien confirmer ce que nous on observe lors des entretiens ou pas. Ça vient confirmer ou infirmer mais en tout cas... et eux, ils sont rassurés quelque part, en se disant « si B. il travaille ça avec lui, du coup, moi aussi dans mon suivi, je vais essayer de l'accompagner là-dessus, de l'emmener sur tel truc et tel truc ». Donc c'est vrai que ça se coordonne bien et on a une bonne image. [...] Parfois on se cale complètement. C'est souvent ça qui arrive « il m'a dit que sa permission de sortir avait été rejetée parce que... il comprenait pas, il a pété un plomb pour ci, pour ça ». on se dit « la permission de sortir, il était pas dans les délais, c'est complètement normal. On se projette dans 3 mois, 4 mois ». Donc ça permet, là où le détenu... surtout pour eux, parce qu'évidemment, nous on est le service le plus qualifié, enfin on sait où ils en sont, en termes de délais, en termes d'aménagement de peine, ce qu'en dit le juge et tout. Donc on a une très très bonne vision globale des choses. Il nous manque ce point-là, entre guillemets, du soin. Eux ils nous l'apportent, sauf que nous aussi on leur apporte des éléments qui leur permettent dans le suivi, de dire... de pas forcément plonger dans ce qu'il a dit. Parce qu'ils ont cette tendance-là, mais c'est normal. Ils ont pas les éléments donc ils sont un peu dans « il est mal à cause de ce rejet-là ». Je dis « attention, il est mal parce que 3 mois avant, y a eu un rejet, parce qu'il s'est fait prendre avec un portable, avec tant de grammes de cannabis, y a eu une bagarre, y a eu ci. Donc des problèmes de comportement, c'est temporaire, y a un petit rejet mais dans 2-3 mois, si les choses sont bien stabilisées, il peut éventuellement prétendre à ». Donc ça leur permet de voir un peu les choses aussi. [Donc les choses quand même évoluent de façon intéressante ?] Oui. Enfin, à mon sens, par rapport à ce que j'ai pu connaître, tout au début et aujourd'hui, oui. On peut pas leur jeter la pierre. Voilà, les choses se coordonnent quand même. Après, il faut toujours être vigilants à ce cloisonnement » (CPIP).

Alors que les expertises psychiatriques mentionnent généralement que le SMPR ne délivre aucune information aux experts, il peut également arriver, là encore exceptionnellement mais plus souvent en cas de relations de confiance ou affinitaires, que les soignants leur dévoilent par exemple le traitement médicamenteux prescrit, notamment au sujet de prévenus souffrant de graves troubles psychiatriques, pour lesquels la question d'une abolition du discernement se pose.

« [Au SMPR, vous ne donnez jamais d'éléments aux experts ? C'est vraiment là, le secret...] Pas si absolu que ça. [...] Peut-être que ça dépend beaucoup des personnes. On va jamais dire des trucs... voilà, mais si c'est un échange vrai avec des choses... mais si c'est pour avoir une opinion arrêtée sur quelqu'un, non. [Mais dans le cadre d'un rapport de confiance avec un expert que vous connaissez bien, s'il donnait, ne serait-ce que des bribes d'informations, c'est pour le bien...] En tout cas, pour confirmer ce que l'expert a aperçu ou interrogé, voilà. Pas plus. Chez certains de fait, c'est verrouillé, parce que c'est une position haute. C'est pas possible ça, c'est... [On m'a donné une fois l'exemple, notamment, pour les personnes qui sont véritablement schizophrènes, enfin, délirantes, et qui sont incarcérées aussitôt après les faits, dans un cadre de détention provisoire. Ça fait partie des choses... ?] Mais bien sûr. Bien sûr, ça c'est évident, il faut le dire ça. Oui, bien sûr. [Parce que ça joue sur l'abolition ?] Les examens complémentaires, c'est ce que je vous disais, bien sûr. De même qu'il m'arrivait quand même d'essayer de dire « Oh, oh, je viens de l'avoir celui-là ; tu le vois rapidement ». L'inverse est arrivé aussi, d'experts qui ont vu des gens et on était passé à côté complètement. On n'avait pas vu l'examen, rien du tout, qui appelle en disant « voilà... ». [Est-ce que, à partir de là, on devrait, selon vous, plutôt modifier les règles du secret médical, pour que ces petites dérogations soient prévues par les textes ou est-ce qu'au fond, ce qui permet ces échanges c'est justement, que ce soit pas... qu'il n'y ait pas de législation là-dessus ?] Naturellement je serais tenté de vous répondre, oui pour ça, on laisse comme ça. Pas de textes, mais je sens que c'est pas dans le sens de l'histoire, voilà. Mais que ça va rigidifier beaucoup les choses, voilà » (Psychiatre, SMPR).

« Non, le SMPR avait pour politique de ne pas communiquer. Donc quelquefois, j'appelais des collègues du SMPR. Quelquefois j'avais une réponse à ma question, mais la plupart du temps, c'était une fin de non-recevoir, correcte hein ; disant qu'on ne communiquait pas aux experts un certain nombre de choses. [Quand vous dites « parfois, j'avais des informations » ?] C'était plus par rapport à une prescription

médicamenteuse, d'avoir une idée de la catégorie thérapeutique. Là, j'avais une réponse dans ces cas-là mais ça n'allait pas beaucoup plus loin. Si je demandais aux collègues « vous, qu'est-ce que vous en pensez ? »... non, bien sûr. Y avait pas d'échange sur le problème. Qui est une résolution qui me paraît tout à fait respectable, parce que au SMPR, ils pourraient difficilement travailler. L'expert est dans un rôle très précis, et dans un mandat très précis et il importe que chacun soit... [Le sens du secret médical, par rapport au patient ?] Oui, oui, tout à fait. (Psychiatre, expert).

« [Est-ce que les psychiatres de la prison et les psychologues transmettent des informations parfois, aux experts, aux JAP, aux agents de probation sur le suivi ? Ça peut se présenter parfois ?] Moi, jamais. [Et de ce que tu peux connaître des pratiques de tes collègues ?] Pour les psychiatres, je pense qu'il arrive qu'ils soient contactés par des experts, ou qu'ils contactent les experts, pour indiquer le traitement par exemple. Parce que, quelqu'un qui arrive totalement délirant, il va falloir que l'expert... Moi j'ai le souvenir d'une histoire où [nom d'un psychiatre du SMPR], qui était chef de service à l'époque, pour ne pas le nommer, avait appelé le juge en disant « nommez l'expert extrêmement vite. Donnez-moi le nom de l'expert, pour que l'expert vienne très vite, avant qu'on mette en place un traitement ». Ça veut pas dire que la personne était pas soignée hein, mais comment un expert va-t-il pouvoir constater l'état délirant au moment des faits, alors que la traitement évidemment, va abraser tout ça ? [Et là, y a pas de problème par rapport aux règles sur le secret médical ? C'est des accommodements dans ces cas-là ?] Oui, je pense. Je pense que ça dépend aussi de l'expert, de la qualité relationnelle qu'il peut y avoir entre le médecin traitant, ses pairs, et puis l'expert. Parce que moi j'ai souvenir d'avoir des collègues psychiatres et j'ai entendu dire « tel expert, il appelle à chaque fois, pour savoir le traitement, comme ça, ça lui donne le diagnostic ». En prenant le truc à l'envers quoi. J'ai le souvenir hein, le collègue disait à son confrère « rencontre-le et puis après... ». Voilà, en gros « fais ton boulot mais j'ai pas... », et puis libre au patient, de dire quel traitement il a ou pas. Déjà au moins qu'il y ait de la rencontre. Moi, je n'ai jamais été contactée par les experts, et j'en suis ravie, parce que ça me mettrait un peu en difficulté » (Psychologue, SMPR).

« [En tant qu'expert, est-ce que vous avez des informations des soignants en détention, quand les soins ont démarré dès l'incarcération ?] Non. Je vais pas aller chercher, je vais pas aller pêcher des... parce que de toute façon, je sais qu'ils veulent pas et je les comprends, les collègues qui restent vraiment fermes sur leur protection de ces données-là et du secret. Les rares fois où je l'ai fait par contre, ça m'est arrivé d'appeler en disant... je les connais tous : « Je t'appelle parce que j'ai un problème ». Quand je veux pas passer... quand j'ai un doute. Par exemple, c'est arrivé, des doutes diagnostiques, ou des fois ça m'est arrivé (il soupire) de penser vraiment que le sujet pouvait avoir un truc particulier, mais c'est hyper... on est de l'ordre de l'infra-clinique des fois, où c'est minime, des éléments pré-psychotiques où n'y a rien de très franc quoi. Des fois, voilà, sur des questions comme ça, aussi sur les conséquences. Alors, je pense plutôt à des malades mentaux, qui naviguaient entre CD, [Hôpital psychiatrique], CD, et sur la question de la sortie où décevement, de ma place d'expert et de psychiatre, je voyais pas de sortie pour des sujets, en dehors malheureusement d'un hôpital à la sortie, sachant que ça a quand même un effet double ou triple peine. C'est une drôle d'histoire quand même qui continue. Bon, sur des prises de décision comme ça, j'appelle. Après, les collègues me répondent ou pas. Souvent ils me répondent « C'est une super idée, on peut pas faire autrement » ou c'est mis en discussion mais... [Et c'est lié justement au fait que vous vous connaissez et qu'ils savent que... ?] Complètement. Du coup, quand je les appelle, c'est vraiment dans l'intérêt du sujet. Je passe pas à côté d'un truc qu'il serait embêtant de passer à côté, mais qui est pas très clair, que j'ai un doute sur le plan diagnostic. Alors des fois... C'est rigolo parce que ça m'est arrivé quelquefois, qu'on me dise « comment il s'appelle ? Mais on le connaît pas », parce qu'ils les suivent pas tous. Ils vont aller voir et ils me rappellent en disant « Ah ouais, effectivement, on le connaissait pas. Il est un petit peu bizarre. On va peut-être le voir ». C'est les effets collatéraux si je puis dire. Mais débusquer quelqu'un qui a peut-être un intérêt de voir un psychiatre et qui était pas forcément... Mais sur les décisions à la sortie, c'est intéressant, parce qu'encore une fois, mon fil rouge, c'est l'intérêt du sujet, sa prise en charge et il ne faut pas se tromper de porte et d'aiguillage quoi » (Psychiatre, expert).

À l'extérieur, les mêmes, d'autres praticiens des CMP ou encore des libéraux ne sont pas systématiquement hostiles à l'idée d'échanger des informations un peu plus qualitatives lorsque la situation l'exige, lorsqu'il en va de l'intérêt du patient et qu'il ne leur semble pas y avoir de risque d'instrumentalisation de l'information à des fins purement répressives. Mais comme le montrent les extraits précédents au sujet des rapports entre soignants du SMPR, experts et CPIP en détention, l'ampleur et la qualité des échanges dépend d'un ingrédient incontournable : la confiance. Celle-ci suppose au préalable un minimum d'interconnaissance entre coordonnateurs, thérapeutes et CPIP. Selon ce qu'ils savent ou pensent de leur interlocuteur, de ses façons d'interpréter et de retranscrire les informations en question, les soignants adoptent alors une interprétation plus ou moins souple du secret.

« Après, quand on se connaît... mais après, c'est des relations humaines, c'est-à-dire que des obligations (rire)... Moi des fois, je vois des gens en obligation aussi, donc j'ai des fois, le SPIP qui m'appelle « Ah, je crois que vous avez Monsieur untel ». Bon, comme je suis plutôt ouvert et quand il y a un intérêt pour le sujet, je veux bien causer. Donc on peut avoir des liens, et puis d'autres aussi le font mais y a rien de formalisé et la loi dit rien là-dessus » (Psychiatre, médecin coordonnateur, expert).

« La seule fois où j'ai pris mon téléphone pour appeler un JAP, c'est qu'il y avait un médecin coordonnateur, qui clairement ne faisait pas son boulot et qui avait jamais pris contact avec moi. [...] Donc j'ai appelé une JAP que je connaissais, parce qu'on s'étaient croisées, je sais plus, à la maison d'arrêt dans des réunions. Donc je l'avais appelée elle, parce que je la connaissais [...] Non, parce qu'on les connaît pas les JAP. Ils tournent tout le temps. Moi j'ai l'occasion, quand il y a des réunions au CRIAVS, d'en identifier, mais sinon je sais pas qui fait quoi » (Psychologue SMPR).

« L'ouverture, c'est pas le mot, c'est pas le terme, je sais pas comment dire. Je dis ouverture dans le sens du secret, du psychiatre. C'est pas tant qu'il s'ouvre, qu'il discute avec les gens mais ce qui se faisait peut-être, de manière complètement informelle, hors réunion, hors coordination, par téléphone, par lien aussi. Parce que par exemple, moi je les vois depuis des années. J'ai travaillé à [...], l'ancienne maison d'arrêt, donc voilà, on les connaît et on se connaît. Mais ce qu'on faisait peut-être par téléphone « non, non, je le sens pas très bien », sans rentrer dans le détail mais « t'en es où dans le suivi ? Tu le sens comment ? », ils me le disaient, pas on aborde ci, on aborde ça. Ils me disaient « c'est compliqué en ce moment, pour différentes raisons. Il passe un cap, donc effectivement, attention un petit peu aux choses ». C'était ça, mais informel » (CPIP).

« Avec un médecin coordonnateur, on est plus dans un registre de... de secret médical partagé. Je sais pas d'ailleurs, légalement et déontologiquement, je ne sais pas honnêtement. [...] C'est aussi quelque chose qui n'est pas simple... parce que ça me fait penser à un truc. Il y avait un médecin coordonnateur que je connaissais bien. Et quand quelqu'un qu'on connaît bien dit « machin...etc... », on répond pas de la même manière que quand c'est quelqu'un qui dit « mon cher confrère, je suis... ». Il faut être prudent. [...] Le problème des cadres, c'est qu'à partir du moment où on pose des cadres, on pose des limites du cadre et ce qui est en-deçà et au-delà de la limite et donc, on va toujours, quels que soient les cadres, trouver les zones frontalières du cadre. » (Psychiatre, libéral, expert).

« C'est plus proche de l'expertise. Le positionnement est pas le même, mais voilà, de faire un état des lieux quatre fois par an pour... bon. Et puis si c'est pas clair, il peut contacter le soignant, mais le soignant va être... ben, quand même assez discret, puisqu'on doit quand même veiller à la garantie d'intimité de la thérapie. [Ça se pose peut-être en d'autres termes qu'avec le JAP ?] Complètement. Néanmoins, y a des choses de l'intime. Ce qui est compliqué dans ce cas-là, c'est d'arriver à repérer ce qui est dicible, de ce qui est de l'intime. Moi j'en vois pas beaucoup ici mais ceux que j'ai... Alors, j'ai toujours le même médecin coordonnateur, ce qui est plutôt pas mal parce que du coup, y a une confiance et puis on a l'occasion de se croiser au CMP par exemple, ou des choses comme ça, dans les choses du CRIAVS. Donc je lui donne mon impression ; donc on est dans la subjectivité absolue. Un jour il me dit « mais qu'est-ce que vous pensez de ce monsieur ? ». C'est un patient qui avait été condamné mineur, il avait une trentaine d'années. Les actions judiciaires comme ça. Bref, et il était très engagé dans un sport et il était question qu'il entraîne l'équipe des cadets ou je sais pas quoi, enfin des pitchounes quoi. Il me dit « qu'est-ce que vous en pensez ? » « Écoutez, moi je me sens pas inquiète sur un risque de récurrence ». Les violences sexuelles, elles avaient été commises sur des petits cousins, pas du tout dans un espace social, mais dans une configuration familiale. Donc moi j'avais des billes un peu particulières, c'est-à-dire que tous les enfants dormaient dans le même lit en vacances hein. Donc je lui ai dit « Ben moi, je vois pas... je suis pas inquiète ». Voilà. Donc je lui parlais de ce que je ressentais. Pour vous planter le décor, ça je lui avais pas dit par exemple. [Au fond, vous n'évoquez pas tant ce que dit la personne, mais votre propre sentiment, par rapport à...] Mon impression générale de là où il en est. [...] Moi quand je ne dis pas, d'abord parce que je souhaite vraiment que... mais il s'agit pas de faire secret, parce que... mais de préserver l'intimité, de toujours faire la différence entre ce qui est social et ce qui est intime. Et je me dis aussi, que ne pas en dire trop au médecin coordonnateur, ne peut que l'aider lui aussi, pour qu'il ait pas trop à se dire « qu'est-ce que je dis, qu'est-ce que je dis pas au JAP ? À partir du moment où je dis « tout se déroule bien, la personne vient régulièrement, elle est investie », au fond, il a l'essentiel, c'est-à-dire que les soins ont lieu, le boulot se fait. Du coup, quand on n'en dit pas trop, y a pas d'hésitation, parce que lui il va répéter en quelque sorte où il va. Il est un peu comme un rein qui filtre, je sais pas » (Psychologue, SMPR).

« [Dans vos échanges avec le médecin coordonnateur, y a jamais de difficultés liées au secret médical ?] Ben, ça c'est compliqué. C'est compliqué. Oui, ben oui... Avec le médecin coordonnateur qu'on connaît bien, là aussi c'est... c'est facile et c'est compliqué à la fois. On est toujours dans quelque chose de... [De bricolage ?] Oui, oui. [Et puis en fonction j'imagine de la confiance, tel médecin et pas tel autre ?] Bien sûr, bien sûr. Tout à fait. Oui, ça c'est une question complexe et qui du coup, là c'est pas tranché dans le dispositif. C'est pas simple quoi. [Et est-ce que ça pourrait être tranché d'ailleurs ?] Je crois pas. [...] C'est vraiment aussi des rapports humains et de la confiance qu'on s'accorde » (Psychologue, SMPR).

« Son travail en psychothérapie, sa volonté de diminuer l'éventualité d'une récurrence en acceptant de prendre un traitement adapté pour limiter ses pulsions sexuelles nous semblent être de bonne augure. [...] Le Dr [médecin traitant] contacté ce jour nous décrit une évolution positive du sujet, une réelle volonté de se remettre en cause, d'affronter les faits sans détour et une motivation à continuer la thérapie. Le Dr... souligne la franche adhésion du jeune au programme de soins. Il nous informe que l'intéressé est à ce jour plus structuré. Il est parvenu à faire émerger en thérapie des éléments de réponse sur la question du passage à l'acte » (rapport du CPIP). « À ce jour, l'intéressé n'exprime pas de sentiment d'évolution au sujet de ce suivi psychiatrique concernant sa problématique. Lorsqu'il est interrogé sur le sens de ce travail d'introspection, il dit "Je rencontre le Dr... depuis 4 ans mais si je ne le voyais pas ce serait pareil. Le positionnement de Mr peut interroger au regard des actes qu'il a commis. A-t-il évolué mais n'en a-t-il pas conscience ou ne peut-il pas l'exprimer ? ou remplit-il cette obligation parce qu'il sait que sinon une peine ferme pourrait lui être imposée et du coup il n'en investit pas clairement le contenu mais juste la forme ? Mr nous a indiqué qu'il a arrêté son traitement Androcroc depuis son départ en séjour dans le lot le... Il explique avoir oublié son traitement à son domicile quand il est parti. Il dit qu'il se sent plus libre depuis qu'il n'est plus assujéti au médicament. En entretien, nous lui avons demandé ce que le Dr... lui avait conseillé à ce sujet. L'intéressé a répondu qu'il ne se souvenait plus de ce que le médecin lui avait dit [...]. Le Dr... contacté ce jour, est confiant sur l'évolution de M. Il dit que l'arrêt du traitement est réalisé avec son accord même si Mr l'a décidé seul au départ. Le psychiatre précise que le médicament constituait une aide, un appoint pour rassurer M » (rapport du CPIP, D65).

## Section 2- Des tensions majorées par l'absence d'investissement dans des espaces collectifs de discussion

L'ensemble des extraits d'entretiens cités dans la précédente section démontre que l'information ne circule qu'en présence de rapports de confiance.

« C'est toujours la question qu'on se pose, parce que, quand on dit quelque chose à quelqu'un, ça ça fait A et B c'est comment c'est retranscrit ? Et ça c'est une question qu'on a mais vis-à-vis de tout le monde hein, c'est-à-dire comment à un moment donné, arriver à partager, mais pour partager il faut la confiance, et la confiance, ça se travaille, ça s'acquiert progressivement. Mais c'est comment l'autre récupère ce que l'on est en train de dire. Et ça, on est encore dans un truc à travailler (rire) » (CPIP).

Or, les occasions de rencontres ou de discussions informelles sont inévitablement moins fréquentes à l'extérieur des prisons qu'en leur sein, de sorte que les conditions préalables à l'établissement de liens d'interconnaissance font largement défaut en milieu ouvert. Certes, il existe depuis les années 1980 une multitude d'instances de concertation<sup>693</sup>. Pour aménager des espaces de dialogue et institutionnaliser l'action collective, les pouvoirs publics ont créé à tous les échelons politico-administratifs (national, régional, départemental et municipal) de multiples enceintes de concertation généralistes : Comité interministériel de prévention de la délinquance (CIPD) pour coordonner l'action des ministères au niveau national, Conseils départementaux de prévention de la délinquance, d'aide aux victimes et de lutte contre la drogue (CDPD), Conseils locaux de sécurité et de prévention de la délinquance au niveau municipal ou intercommunal (CLSPD), etc. En pratique, les questions sanitaires y sont toutefois peu abordées, à l'exception de quelques programmes de prévention sociale des addictions, notamment pour éviter le risque d'une assimilation réductrice entre addictions, troubles psychopathologiques et délinquance. Dans le champ des addictions, ont parallèlement été créés l'actuelle Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), chargée de la coordination au niveau ministériel, ainsi que des comités départementaux de lutte contre la toxicomanie (CDLT) désormais remplacés par des « comités de pilotage » départementaux et régionaux (COPIL). Ces derniers, animés le plus souvent par des directeurs de cabinet des préfets, doivent impulser et coordonner les actions des services territoriaux de l'État (Police, Éducation Nationale, Santé, Social, etc.) et de la Justice (Procureur, services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP), de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)), tout en intégrant des interlocuteurs comme les élus locaux et

<sup>693</sup> Gautron V., « La coproduction locale de la sécurité en France : un partenariat interinstitutionnel déficient », *op. cit.*

le secteur associatif. S'agissant du public présentant des troubles psychiatriques, la création de la psychiatrie de « secteur » en 1960, dont l'objectif était de soigner hors les murs, dans la cité, a donné lieu à la constitution de « réseaux de santé ». Plus récemment, des Commissions locales de santé mentale (CLSM) ont été expérimentées dans près d'une centaine de municipalités avant d'être officialisées par la loi en 2016<sup>694</sup>. Une assemblée plénière, généralement présidée par un élu de la municipalité, se réunit une fois par an pour effectuer un état des lieux, déterminer les priorités d'action et constituer en son sein des groupes de travail (par exemple des « cellules de cas complexes », des « commissions logement », « accès au soin », « précarité et santé mentale », etc.). S'ajoute le plus souvent un comité de pilotage à la composition plus restreinte, parfois présidé ou coprésidé par un professionnel de la psychiatrie (40% des cas). Sont également représentés dans ces commissions des associations (d'usagers, d'aidants, de quartier), des professionnels du travail social (services sociaux du Conseil départemental, Centres communaux d'action sociale), des structures d'hébergement des publics marginalisés (Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)), des bailleurs sociaux, de l'éducation nationale, de la police et de la justice. Ces commissions cherchent à décloisonner les pratiques pour faciliter le recours et l'accès aux services sanitaires et sociaux, ainsi qu'à sensibiliser les professionnels et la population pour lutter contre les effets de leur stigmatisation.

D'autres dispositifs concernent spécifiquement la clientèle pénale. Au niveau national, un « Comité interministériel de coordination de la santé pour les personnes placées sous main de justice » assure la concertation entre les services des ministères compétents. Depuis 2010, une « Commission régionale santé-justice » se charge de la mise en œuvre des orientations fixées par le Comité et doit faciliter la coordination entre les services territoriaux. Au niveau des établissements pénitentiaires et hospitaliers, d'autres « comités de coordination », « de suivi », ou encore des « commissions santé », rassemblent des personnels pénitentiaires, des équipes soignantes, de la protection judiciaire de la jeunesse et de l'éducation nationale afin qu'ils puissent articuler leurs interventions respectives et déterminer les modalités de leurs échanges d'informations : organisation des soins dans les prisons, des hospitalisations des détenus, de la continuité des soins à la libération, etc. Dans l'ensemble de ces enceintes partenariales, les discussions se concluent généralement par la rédaction de protocoles ou de conventions destinés à formaliser leurs engagements. Dans quelques sites ont également été mis en place des « réseaux de psychiatrie médico-légale » ou « santé-justice »<sup>695</sup>. Ainsi, à Perpignan, le médecin psychiatre organise une à deux réunions santé-justice par an sur le suivi des AICS, avec les CRIAVS, les JAP, le directeur du SPIP et les médecins coordonnateurs<sup>696</sup>.

De nombreux commentateurs soulignent l'intérêt de telles approches. Les dispositifs de concertation permettent de sortir d'un modèle d'organisation éclaté entre de multiples rationalités sectorielles pour au contraire fédérer et articuler les initiatives, mutualiser l'expertise, les ressources et les savoir-faire des différents intervenants<sup>697</sup>. Ils enrichissent l'expertise locale car ils facilitent la collecte et la comparaison d'informations dispersées. 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, ils favorisent des logiques de décentrage, d'intercompréhension, une forme de « *réciprocation des perspectives* »<sup>698</sup>. Les attitudes de réserve ou de méfiance s'estompent sous l'effet d'une meilleure connaissance, interconnaissance et reconnaissance entre membres du système d'action.

Si ces enceintes partenariales facilitent un ajustement des représentations, valeurs et modes opératoires des différents acteurs, les collaborations demeurent néanmoins très variables sur le terrain. Ce paradigme coopératif, qui a principalement pris la forme d'une obligation de collaboration prescrite par l'État,

---

<sup>694</sup> Guézennec P., Roelandt J.-L., « Les conseils locaux de santé mentale en France : état des lieux en 2015 », *L'information psychiatrique*, 2015, vol. 91, n° 7, 549-556.

<sup>695</sup> Gautron V., « Les mesures de sûreté et la question de la dangerosité : la place des soins pénalement ordonnés », *op. cit.*

<sup>696</sup> IGAS, IGSJ, *Évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice*, 2015, 70.

<sup>697</sup> Gautron V., « La coproduction locale de la sécurité en France : un partenariat interinstitutionnel déficient », *op. cit.*

<sup>698</sup> De Maillard J., « Le partenariat en représentations : contribution à l'analyse des nouvelles politiques sociales territorialisées », *Politiques et management public*, 2000, vol. 18, n° 3, 21-41.

présuppose une inclination naturelle des professionnels à s'investir dans les dispositifs de concertation. Or, il ne suffit pas de décréter le partenariat pour qu'il se traduise dans les faits. Si des discussions prudentes émergent ici et là, nous sommes bien loin de la cohérence, de la convergence, de la complémentarité et du consensus. Alors même que la plupart des dispositifs de concertation n'ont qu'une périodicité annuelle, les échanges interprofessionnels se raréfient fréquemment, certaines enceintes de discussion n'ayant plus qu'une existence théorique. Suivant leurs appartenances professionnelles et/ou institutionnelles, les professionnels entendent le plus souvent défendre leurs visions respectives de ce qui fait problème, de ce qui est efficace et rationnel. Sans donner lieu à des oppositions frontales, ces désaccords alimentent des attitudes de réserve, de méfiance ou de retrait. Les échanges restent trop souvent sporadiques et les collaborations ponctuelles, à l'opposé de rapports de complémentarité durables et réguliers. Les réunions interinstitutionnelles se présentent le plus souvent comme de « grandes messes », au sein desquelles l'absentéisme est fréquent, les débats pauvres ou superficiels. La nature et la distribution codifiée des échanges révèlent qu'il s'agit pour chaque participant de successivement porter une parole institutionnelle, limitée à un rappel de leurs domaines respectifs de compétence et à de vagues explications pédagogiques sur leurs pratiques. La concertation apparaît dès lors de pure façade. De récents rapports institutionnels le confirment au sujet des commissions régionales Santé-Justice, des comités de coordination entre les établissements pénitentiaires et les services sanitaires<sup>699</sup>, des comités de pilotage des dispositifs partenariaux de lutte contre les addictions<sup>700</sup> ou encore des CLSM, au sein desquelles la justice et la police demeurent peu impliquées<sup>701</sup>.

Pour autant, il se trouve toujours quelques contre-exemples dévoilant des partenariats effectifs et réussis dans certains sites. Deux facteurs essentiels influencent alors la dynamique partenariale : le volontarisme de quelques professionnels et la personnalisation des échanges. La concertation fonctionne lorsque les dispositifs locaux réunissent des professionnels qui acceptent de sortir des schémas de pensée et d'action liés à leur appartenance institutionnelle ou professionnelle, des acteurs ouverts sur leur environnement, sans préjugés sur leurs partenaires et convaincus des bienfaits d'une approche transversale. Cette « ouverture » dépend bien souvent de leur appétence pour les échanges interprofessionnels, elle-même dépendante de facteurs idiosyncrasiques liés à leurs carrières et à leurs itinéraires personnels. Les dispositifs partenariaux fonctionnent lorsque se constituent en leur sein des relations personnalisées, éventuellement sur un mode affinitaire, indépendamment des rapports interinstitutionnels préexistants.

S'agissant du site que nous avons étudié, les différents professionnels se rencontrent rarement pour discuter et définir les modalités concrètes de l'articulation santé-justice, les difficultés qu'ils rencontrent, ainsi que les tensions qui en résultent inévitablement. Paradoxalement, ce sont les professionnels qui sont présentés comme les plus fermés à la discussion, les soignants du SMPR, qui, *via* le centre de ressources pour les intervenants auprès d'auteurs de violences sexuelles (CRIA VS), essaient tant bien que mal d'impulser des échanges interprofessionnels. Ce centre a pour mission d' « *informer sur les dispositions juridiques et sur les dispositifs de soins, conseiller, orienter* » ; de « *former les professionnels à la prise en charge thérapeutique, sociale, judiciaire des auteurs de violences sexuelles* » ; de « *développer et soutenir les prises en charges thérapeutiques* » ; de « *favoriser les rencontres entre les professionnels et entre institutions de la Santé et de la Justice* ». À cet effet, ses membres proposent régulièrement des journées ou demi-journées de formation, qui s'adressent selon les cas à des thérapeutes et des infirmiers, des étudiants de la faculté de médecine, mais aussi des CPIP, des éducateurs de la PJJ ou d'autres travailleurs sociaux, des surveillants pénitentiaires, des policiers et gendarmes exerçant dans des brigades spécialisées (mœurs, mineurs), etc.. Leurs modules de formation portent sur le « *Parcours judiciaire de l'AVS* », « *La Loi de juin 1998 et l'articulation Santé/Justice* », « *La place et le rôle des différents acteurs judiciaires et sanitaires (experts juge de l'application de peines, Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation, médecins coordonnateurs, thérapeutes)* »,

---

<sup>699</sup> IGAS, IGSJ, *Évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice*, op. cit.

<sup>700</sup> IGAS, IGSJ, *Évaluation du pilotage territorial de la politique de prévention et de lutte contre les drogues et la toxicomanie*, 2014.

<sup>701</sup> Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale, *Les Conseils locaux de santé mentale : état des lieux*, 2015.

« La psychopathologie des AVS à partir de cas cliniques », « Les approches thérapeutiques », « L'offre de soins en milieu carcéral et en milieu libre ». Ils procèdent également à des échanges cliniques avec leurs confrères. Dans un cadre confidentiel, il s'agit d'échanger à partir de situations cliniques apportées par chacun des participants. L'exposé des problématiques puis l'élaboration en groupe sont soutenus et animés par deux animateurs permanents du CRIAVS (psychiatre et psychologue) qui contribuent à apporter un éclairage théorico-clinique. Ils organisent régulièrement des colloques ou des conférences-débats, faisant intervenir parfois des magistrats, des policiers ou encore des avocats<sup>702</sup>. Si ces formations et temps de réflexion visent à accroître les compétences et connaissances de leurs confrères des CMP et libéraux concernant la clinique des auteurs de violences sexuelles, ils espèrent aussi susciter par ce biais quelques vocations eu égard au manque de praticiens volontaires pour suivre ces publics. Ils reconnaissent néanmoins que ces confrères ne se bousculent pas nécessairement aux portes et qu'ils ont « beaucoup de mal à faire vivre ces temps-là ». Au-delà des contacts épisodiques établis à l'occasion des transmissions de suivis individuels, les praticiens du SMPR se déplacent parfois dans les CMP pour expliquer le cadre juridique de l'injonction et tenter de lever ou d'atténuer leurs réticences. Malgré les difficultés de l'entreprise, du fait du risque d'apparaître comme des « donneurs de leçons », dans une « position haute », les praticiens du SMPR envisagent également d'organiser un groupe de travail avec les experts au sujet des pratiques expertales.

*« Au CRIAVS on les rencontre. On essaie de former et d'informer, à la fois sur la psychopathologie mais aussi sur « arrêtez d'attendre une demande qui ne viendra pas puisque que ce qu'ils demandent, c'est à ne pas retourner en prison, ou à ne pas y aller, mais ce n'est pas forcément des soins » (Psychologue, SMPR).*

*« Ce qui va être important, c'est ce qu'on fait au sein du CRIAVS, poser des formations qui clarifient les cadres d'intervention et puis la clinique, là où on est dans nos réflexions actuelles sur cette dimension-là. [À la faculté de médecine, les étudiants sont sensibilisés à ces questions-là ?] À la fac, dans le cursus des études de médecine en général, je ne pense pas. Par contre pour les internes, il y a des spécialités en psychiatrie. Nous proposons nous, du coup, un séminaire. Y en a plusieurs : y a un séminaire de psychiatrie légale qui existe toujours, sur la dimension très large de l'expertise, de la situation contrainte, enfin, tout ce qui va dans le champ du médico-légal du côté de la psychiatrie et cette question-là est traitée je pense aussi. Et puis, y a des formations, des séminaires qui sont proposés dans le champ plus clinique sur... y en a un qui s'appelle « perversion » je crois. Je crois qu'il y a un petit peu des limites et puis, c'est pas très... il a pas beaucoup... il a pas forcément des avis très favorables. Et puis, nous proposons localement, un séminaire sur... qui s'appelle « psychiatrie et personnes sous main de justice », où on essaie de traiter... en fait, essentiellement ce qui est du champ du soin enjoint et obligé, la question du soin en détention, pour faire lien aussi avec tous les collègues. Les internes qui vont avoir suivi des patients qui sont passés par la prison, pour voir un peu ce qui s'y passe et comment les choses s'y travaillent et dans quel contexte et la question de la violence sexuelle. Y a aussi une rencontre sur la question des mineurs. Est-ce que ça suffit ? Ce sont des séminaires... alors, la psychiatrie légale est obligatoire. Nous, y a quand même un certain nombre d'internes qui est intéressé. La dernière fois c'était une vingtaine je crois, sachant qu'on les spécifie plutôt sur les internes de troisième, quatrième années. On a dû élargir un petit peu je crois la fois précédente parce que certains étaient très désireux de venir mais pour qu'ils aient un peu quand même d'expérience clinique au départ. Comme on est dans quelque chose qui n'est pas la clinique psychiatrique habituelle non plus, enfin celle des unités d'hospitalisation ; il faut déjà qu'ils aient ce préalable-là pour différencier aussi ce dont on parle après qui n'est pas la même chose » (Psychiatre, SMPR).*

*« Avec le CRIAVS, on propose des temps d'échanges cliniques ouverts à tous les thérapeutes. On a beaucoup de mal à faire vivre ces temps-là » (Psychiatre SMPR).*

*« Par contre, on a tenté pour le citer, avec [chef de service du SMPR], à un moment donné, on a démarché. On a été faire toute la popote des CMP. On est allé en fait échanger, discuter. C'est comme ça qu'on a appris aussi le fonctionnement des différents secteurs. On leur a dit un petit peu comment on voyait les choses, etc. Donc ça a permis un petit peu d'atténuer... » (Psychologue, SMPR).*

---

<sup>702</sup> « Entre prévention et précaution. Entre soin et sûreté. Comment penser, élaborer pour les professionnels intervenant auprès des Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel ? » ; « Schizophrénie et violences sexuelles » ; « L'agresseur sexuel à travers ses âges » ; « Condamnation de l'auteur de violences sexuelles : point de vue de l'avocat » ; « De l'acte à la parole... » ; « Sexualité infantile : du normal au pathologique » ; etc.

*« Justement, on voudrait faire une réunion, un groupe de travail avec les experts mais bon, c'est difficile, parce qu'on ne peut pas non plus arriver en posture haute, en leur disant « écoutez, vos expertises, ça va pas du tout quoi ». La difficulté c'est qu'on est CRIAS et on est SMPR, on a les deux casquettes. Mais il faut, parce que justement, la question de ces chiffres qui ont été utilisés, ça... moi, ça me fait bondir. C'est pas possible, là il faut vraiment qu'on fasse quelque chose. Au moins faire une réunion avec eux, qu'on essaie d'aborder le sujet avec eux, parce que c'est grave quoi. Ça fait partie des projets, mais on sait pas trop comment formaliser ça, comment aborder la question, essayer de développer des connaissances communes quoi, ou une écriture commune, avec une sorte de cadre, quelque chose de commun. [Les grands principes ?] Voilà, des choses qui se disent pas, avant d'élaborer des principes de dire, il y a des termes de diagnostic. Faut peut-être éviter quoi. Et de signaler, que le terme 'avéré', c'est pas sans conséquence. Derrière, d'expliquer, tout ce que ça engendre comme mesures. Je suis pas sûre que les experts soient au clair avec ça » (Psychologue, SMPR).*

Les CPIP et les magistrats sont invités à ces colloques, journées de formation ou conférences-débats, non seulement dans l'objectif de les sensibiliser aux pratiques et aux problématiques sanitaires, mais aussi pour susciter des occasions de rencontre et d'échange. Quelques réunions spécifiques, ponctuelles et irrégulières, ont également été organisées pour discuter des modalités concrètes de l'articulation santé-justice, notamment au sujet de la fréquence et du contenu des attestations de suivi.

*« [Vous intervenez dans une formation du SPIP, dans le cadre du CRIAVS ?] On leur a proposé une formation. Y en a eu une l'année dernière et puis y en a une la semaine prochaine et c'est des SPIP du dehors. Ça va être l'occasion de leur reparler de ça en fait, de comment fonctionne le soin, de leur expliquer nos possibilités, mais aussi nos limites ; de leur rappeler la loi de 98, mais l'esprit de la loi de 98 aussi et puis, en prévention, la question des outils. Parce que je sais qu'il y a des SPIP qui commencent à être formés et plutôt prévenir que guérir, de dire, d'expliquer l'intérêt et les limites... » (Psychologue, SMPR).*

*« Tout à fait. Y a eu un temps où, on va dire, une fois par an... on a eu quelque temps on va dire où il y a eu des échanges avec le JAP, quelques psy, dedans, dehors, peut-être bien des SPIP aussi et donc, chacun faisait remonter ses difficultés, etc., et puis notamment, comme en l'occurrence le dernier JAP, il intervenait aussi en établissement pénitentiaire, bon il a entendu le jargon, enfin la fenêtre thérapeutique. Par moment, une pause n'est pas forcément une absence de soins, c'est aussi... [Et il avait entendu ?] Il avait entendu. Tout à fait » (Psychologue, SMPR).*

Lors de nos entretiens, les professionnels qui ont participé à ces colloques, journées de formation, conférences-débats ou d'autres réunions organisées par le CRIAVS ont évoqué des expériences positives, enrichissantes sur le plan de la compréhension des pratiques des soignants. La plupart soulignent d'ailleurs leur souhait d'échanges plus réguliers avec l'espoir, du moins pour les acteurs judiciaires, de pouvoir progressivement aborder des situations individuelles.

*« Non. En fait, il y a eu cette fameuse formation où tout le monde n'a pas pu aller et donc ceux qui y sont... eh ben, je crois qu'il y avait [autre CPIP]. Il y avait [autre CPIP] aussi, donc ils ont pu échanger. Ils pouvaient avoir des éléments sur comment se passe l'injonction de soin et l'obligation de soin. Ils ont eu plein d'infos. [C'était la première ?] Oui. Y a peut-être eu ce genre de formation mais on n'était pas dans... on ne connaissait pas le contenu. Maintenant qu'on connaît le contenu, s'il y en a une, j'irai. Mais c'était très intéressant pour eux ; pour eux, c'était une première » (CPIP).*

*« Y a aussi je pense, l'information et la formation. Donc il y a des choses qui se passent, qui évoluent. L'action du CRIAVS par exemple. On participe à des formations, on intervient dans des formations, donc ça va vers le mieux. On voit des médecins-experts dans ces formations-là » (CPIP).*

*« Moi de toute façon, ce que je trouve en général, c'est qu'il n'y a pas assez de liens et d'instances de parole, entre magistrats, psy, psychologues, psychiatres, médecins, et peut-être la pénitentiaire sur certains points. Moi par exemple, j'ai jamais été euh... en lien avec qui que ce soit alors que je trouve que c'est vachement intéressant en fait. Ça serait très intéressant. Et c'est une des raisons pour lesquelles, j'ai pas envie de répondre à ça, ou de solliciter ça, parce que j'ai pas envie d'être dans une pratique, où je suis dans la déliaison totale. Enfin, moi je pense que si ce truc doit avoir un sens, proclamer des injonctions de soins, essayer, tant bien faire se peut de les individualiser, etc. Il faut qu'il y ait de la liaison autour de ça. [...] Je sais même pas si ça a du sens pour les acteurs eux-mêmes hein. Parce que personne sait... est capable de faire une photographie. Je pense que personne, ou en tout cas pas souvent, ne réarticule en fait,*

ce qui se passe vraiment finalement. [...]. Et c'est là qu'il y a un défaut et que nous par exemple, en tant que psy, on pourrait je pense... voilà, dans des instances. Je sais pas si ça peut exister mais créer des instances, pour penser toutes ces choses-là » (Psychologue, expert).

« Dans un monde idéal, si on se parlait, ça serait... voilà. On pourrait faire beaucoup mieux et mettre beaucoup plus de sens en fait à tout ça. Tant pour les PPSMJ que même eux, au niveau psy, enfin au niveau soignant, où ils sont très frustrés par ce type de public, alors que ça pourrait être beaucoup plus... mais bon, j'ai l'impression que la question de l'obligation de soins, c'est un serpent de mer dans la pénitentiaire. Enfin, c'est un sujet sur lequel on n'arrive pas à avancer depuis des années, des années, des années. [Pourquoi ?] Deux cultures différentes je pense, entre... et puis nous on n'a pas en plus le levier sur l'obligation de soin. Pénitentiaire... c'est les magistrats qui ont le levier. Et donc même si nous on évolue sur certaines choses, on n'a pas le pouvoir pour faire en sorte qu'elle ne soit pas prononcée. Du coup, on reste avec... voilà. [C'est presque un problème de communication avec les magistrats, enfin, pénitentiaire et professionnels de santé ?] C'est ça. On n'a pas le même langage. Y a des endroits où ça va avancer parce que il va y avoir tout d'un coup, quelques individus qui sont sensibilisés en même temps à toutes les bonnes questions. C'est merveilleux, ça avance. En France c'est quand même en général, assez difficile, je pense. [...] J'avais vu précédemment, dans mon expérience professionnelle où on avait organisé des réunions. C'était vachement mieux. Mais c'est pas institué ici. Par contre, c'est des espaces très intéressants quand c'est institué. C'est vraiment bien. Ou on se voit de visu et on peut aborder plus profondément les choses. On va poser les questions. On va beaucoup plus loin en fait, je trouve. [C'était institué comment ?] On avait des réunions au SPIP. Il venait et puis on parlait des suivis SSJ en cours » (CPIP).

« S'il y avait des tripartites, ça serait mieux. Si on était oui... je pense que ça ne suffit pas. Enfin, moi ça me suffit pas. Mais que ce soit pour l'injonction de soin ou l'obligation de soin et pour avoir fait des réunions à [l'hôpital psychiatrique] régulièrement, ça me suffit pas de pas avoir de contact en fait. [C'était dans quel cadre ces réunions ?] Euh, avec les CMP, pour essayer de maintenir un lien. [Et ces réunions, elles ont plus lieu du coup ?] Si, si, on en a fait une en septembre-octobre récemment, mais euh, c'est pas évident. C'est pas évident de... chacun fait ce qu'il a à faire et puis... Sinon, c'est toujours la question du secret médical » (CPIP).

« C'est sûr que ça serait mieux qu'on puisse avoir plus d'échanges avec les médecins, que ce soit le coordonnateur et surtout le praticien, parce qu'on en a peu en fait. [...]. On pourrait avoir des échanges de pratiques, des échanges de points de vue je pense. Et même avec le juge de l'application des peines. Parce qu'en fait, chacun dans son service, hop et puis on communique un peu, mais pas tellement » (CPIP).

« Le travail qu'on a fait avec un certain nombre de psychiatres, dans le cadre de la CRAPS notamment, ça a été de dire « nous, magistrats, voilà ce qu'on comprend de votre domaine et vous, médecins, est-ce que vous avez des choses à nous dire ? ». De fait, y en avait des choses à se dire les uns et les autres. Ça, on l'a fait y a un peu plus de deux ans, j'aimerais bien que ce soit remis en route. [La CRAPS, c'est la conférence régionale d'aménagement...] Non, le CRAVS. [Oui, le CRIAVS, d'accord] On avait fait ça il y a un peu plus de deux ans avec [un JAP] et c'était vraiment très intéressant, très enrichissant. [...] Ça, c'est des discussions qu'on a eu comme ça, trop rarement, parce qu'ils sont vraiment, comment dire, très fermés. C'est une citadelle » (Magistrat du parquet).

Dans ce dernier extrait d'entretien, les propos du magistrat du parquet sont toutefois révélateurs de toute l'ambivalence des professionnels du système pénal, plus particulièrement des magistrats. Celui-ci évoque en effet des soignants « très fermés », un SMPR qui serait « une citadelle », alors même que la réunion en question fut précisément organisée à l'initiative du CRIAVS, et donc des mêmes soignants. Tout se passe comme si « l'ouverture » des professionnels de santé ne pouvait se mesurer qu'à l'aune de leur acceptation d'échanges sur des situations individuelles, nominatives, les rencontres institutionnelles n'étant pas nécessairement perçues comme un moyen indirect de les faciliter. Face aux fermes positions des soignants sur le secret médical, l'attentisme domine et leurs initiatives pour rencontrer des professionnels de santé, thérapeutes ou médecins coordonnateurs, demeurent donc très limitées.

« Mais le SMPR n'en est pas forcément là, mais c'est vrai qu'on n'a pas de... on n'a pas de... de... beaucoup de contacts en fait avec eux. Des contacts institutionnels mais pas de... et sur les situations individuelles aucun et je les sens réticents. [...] Ouais, ouais, ouais, c'est... mais je pense que peut-être il faudra qu'on

refasse le point avec eux là-dessus, qu'on organise une réunion mais c'est vrai que eux, spontanément, ne vont pas venir vers nous pour échanger. Je pense que l'essai a dû être fait, enfin ça a dû être tenté ici, mais après y a des habitudes du coup, de cloisonnement, qui peut-être sont là depuis des années et qui aujourd'hui pourraient être un peu... un peu battues en brèche. Et c'est vrai qu'après, c'est des habitudes de fonctionnement et les choses se succèdent au SMPR. [Un psychiatre du SMPR], ça fait longtemps qu'il est là mais... [Oui, donc les professionnels tournent et c'est difficile de maintenir dans la durée des échanges réguliers ?] Des échanges réguliers et puis voilà, un jour, il y a peut-être eu une fin de non-recevoir qui a été posée et puis du coup, y a eu 3 ou 4 générations de JAP qui sont passées derrière sans... en restant sur cette idée ou cette position-là, alors que peut-être, on pourrait envisager aujourd'hui de le revoir mais ça fait partie des choses à voir quoi (JAP).

« [Vous avez, au niveau des magistrats du siège, qui siègent dans les juridictions de jugement, des contacts avec des médecins coordonnateurs pour savoir un peu les... ?] Non. La seule fois où je suis allé à une intervention qui était faite, au niveau de la fac de médecine, mais non, c'est vrai qu'on est assez compartimenté. C'est-à-dire que c'est dans le cadre, quelquefois de réunions, quand on en organise, mais on se rend compte que les connaissances des pratiques au sein des juridictions, sont des connaissances au travers des relations informelles. [Et qu'est-ce qui peut expliquer, de votre point de vue, que les médecins ou les psychologues, soient quand même très réfractaires à l'idée de vous transmettre des informations ?] C'est toujours cette histoire de... Ben, la méconnaissance de l'institution judiciaire. Mais nous, on a aussi la méconnaissance du monde médical alors que d'une certaine manière, on devrait mieux le connaître, puisque c'est nous qui sommes en demande et que on connaît notre cadre. [...] Et je pense que comme souvent dans ces cas-là, c'est quand même un peu à nous à faire le premier pas, puisque si nous on le fait pas, y aura toujours cette méfiance envers l'institution judiciaire. [...] Pour moi, je vis un collègue comme un interlocuteur plein et entier. Ce n'est pas dans ma tradition, de vivre un médecin comme ce même type d'interlocuteur » (Magistrat du siège).

« C'est vrai que le médecin coordonnateur ici, moi je ne le connais pas, je n'ai jamais eu de contact avec lui. [Vous n'avez pas de contact particulier avec eux ?] Non, tout ça que c'est du post-sentenciel. Ce serait pas inutile qu'un jour, on ait une rencontre. [Sur les critères de l'injonction de soin ?] Exactement. Mais c'est vrai que la décision est rendue, elle est devenue définitive. Après, le relais est passé au JAP, au SPIP et puis au médecin coordonnateur. Mais dans l'optique où on est quand on le prononce, c'est ça que moi je souhaiterais (Magistrat du siège).

« Au niveau du SMPR, on n'a pas tellement... enfin, on a peu de relations. On a des relations institutionnelles, on n'a pas de relations sur le fond. [...] Pour le moment, moi j'ai pas eu beaucoup à les rencontrer. J'en ai rencontré deux-trois... ben à la réunion CRIAVS et par hasard un petit peu. [Mais en dehors du CRIAVS, il n'y a pas de réunions des fois, entre JAP, CPIP et médecin ?] Sur le plan institutionnel, on n'a pas encore eu ce type de réunion. Ça a été évoqué au CRIAVS la dernière fois, parce que justement, avec ce blocage CMP, par rapport à la prise en charge du public justice, nous on souhaiterait euh... mais déjà il faut que je fixe une date. Déjà, on a eu les pires peines du monde à fixer une réunion avec le SPIP pour décembre. Donc ça c'était le numéro 2, une fois que j'aurai fixé la réunion avec le SPIP, j'aurais souhaité qu'on fasse une réunion avec le SPIP et les deux médecins référents des CMP à [ville], pour évoquer les difficultés. Mais ça n'a jamais été fait auparavant. Et moi, quand on avait eu des problèmes avec les obligations de soins et l'injonction thérapeutique, parce qu'à [ville], elle est toujours pas mise en œuvre, puisque ça n'a toujours pas pris, bla bla bla. Enfin bref, y a toujours pas de médecin désigné par... bon, juridiquement c'est pas au point [...] J'avais rencontré, j'étais allée à l'ARS en fait, en estimant que c'était mon interlocuteur d'abord et là c'était un peu... On a eu deux rencontres à l'ARS... « Bon ben oui, les CMP, comment ça se passe ? », tout ça. Ben en fait, on n'a pas de réponse. Parce qu'en plus l'ARS... là aussi, on est sur des problèmes institutionnels. Je sais pas comment les médecins vivent l'intervention de l'ARS mais je suis sûre qu'elle soit hyper légitime auprès des médecins. Du coup, sur le plan institutionnel, l'interlocuteur hospitalier ou l'interlocuteur médical, il est pas clairement identifié du point de vue judiciaire. C'est compliqué. Parce que du coup, moi j'ai posé la question au CRIAVS « mais à qui il faut qu'on s'adresse ? Faut que je m'adresse au directeur du CHS ? », puisque la psychiatrie est sous l'autorité du CHS. C'est là que tout le monde nous a dit « Vous avez qu'à contacter les deux médecins référents du CMP ». Donc acte, c'est ce qu'on va faire, mais j'ai pas encore pu le faire parce que... parce qu'on a du mal à se coordonner en fait en interne. Mais voilà, c'est dans les tuyaux, c'est un projet oui. Et je sais pas du tout ce que ça va pouvoir donner. Ils vont peut-être être surpris, ne pas comprendre notre démarche. Je ne sais pas » (JAP).

De leur côté, les professionnels de santé pointent donc tout autant la « *distance relationnelle* »<sup>703</sup> des magistrats, qui participent relativement peu aux manifestations que le CRIAVS organise, même s'ils peuvent y intervenir ponctuellement. Historiquement, les juges des enfants et de l'application des peines se sont pourtant affirmés comme de véritables précurseurs en matière de partenariats locaux. Conséquence logique de la pénétration des thèses criminologiques nées à l'aube du XX<sup>e</sup> siècle, qui ont valorisé les actions de prévention et de traitement curatif de la délinquance, ils ont accompagné, initié parfois, le double processus d'ouverture du champ pénal aux acteurs médico-sociaux et du champ sanitaire et social aux acteurs pénaux. Pour donner corps au principe d'individualisation des peines, concrétiser un idéal éducatif et thérapeutique, ceux-ci ont mobilisé de nombreux acteurs sanitaires et sociaux. Si la diversification progressive des alternatives à l'incarcération a renforcé l'exigence d'un véritable ancrage local, l'ensemble des recherches réalisées depuis le début des années 1980 placent pourtant ces magistrats du siège parmi les grands absents des dispositifs locaux de concertation<sup>704</sup>. Alors même que ces magistrats se disent en attente d'un surplus d'informations, d'une plus grande ouverture des professionnels de santé, ceux-ci ne sont que très rarement à l'initiative de rencontres multipartites. Il en va ainsi des JAP, mais également des magistrats des juridictions de jugement, encore plus absents des concertations locales, alors qu'il s'agit des principaux pourvoyeurs de soins pénalement ordonnés. Les JAP et les magistrats du parquet chargés de l'exécution des peines investissent, impulsent plus rarement, des réunions dont ils espèrent tirer un bénéfice immédiat, concret, en faisant passer des messages sur leurs propres attentes, par exemple au sujet du contenu des attestations, ou encore sur leurs besoins au regard du nombre de mesures prononcées. Ils donnent alors l'impression d'instrumentaliser le partenariat dans une visée purement utilitariste, pour lever ou atténuer leurs propres difficultés, mais pas nécessairement pour s'ouvrir eux-mêmes, comprendre et prendre en compte les attentes et difficultés de leurs interlocuteurs. La concertation serait au fond utile aux autres, appelés à comprendre et à relayer leur action, mais finalement assez peu, voire très peu, pour eux-mêmes. Comme bien des acteurs locaux dans le champ des politiques locales de sécurité (élus et chargés de mission municipaux, préfetures, etc.)<sup>705</sup>, les professionnels de santé ont donc parfois le sentiment d'être face à une institution autocentrée, peu réceptive à leurs propres attentes, contraintes et analyses. Toutefois, l'un des psychiatres du SMPR que nous avons interrogés, désormais retraité, souligne une évolution malgré tout globalement positive depuis la mise en place du CRIAVS, avec des échanges dont l'intensité varie selon la personnalité des magistrats chargés de l'application et de l'exécution des peines.

*« [Y a même pas d'instance entre médecins coordonnateurs ?] Non, le CRAVS de temps en temps, fait des réunions. On écoute un peu ce que les juges demandent, mais ça reste là. Donc c'est un peu... on fait comme on pense que ça doit être fait, franchement, mais on m'a pas appris ce que c'était réellement qu'un médecin coordonnateur... [Mais il n'y a pas régulièrement, de réunions organisées, entre les différents... vous indiquiez que certaines fois c'est compliqué, les CPIP qui vont appeler les thérapeutes, mais y a pas de réunions de concertation globales, avec les juges, les CPIP ?] La réunion qu'on a c'est à l'initiative du CRAVS, une fois par an. La dernière, j'ai pas pu y aller. Mais le tribunal n'organise rien d'autre. [Et les agents de probation non plus ?] Non. [Donc le CRAVS, c'est un peu le SMPR au fond ?] C'est un peu ça oui. [...] Le CRAVS... moi je le fais, parce que je l'ai déjà fait parfois et au bout d'un moment c'est la même chose, mais proposer des réflexions sur des dossiers, sur des prises en charge, sur des accompagnements, je trouve ça vachement intéressant. Mais au bout d'un moment, c'est un peu toujours la même chose, donc... [Et vous, ça vous semblerait important, qu'il y ait des temps ou alors est-ce que personne n'a le temps ? C'est très institutionnel, mais est-ce qu'il y aurait matière à... ?] Moi je suis étonné que ce soit le CRAVS qui le fasse et que ce ne soient pas les initiatives du juge, du tribunal. Ce serait quand même... parce que nous, le tribunal nous nomme. Le SPIP c'est pareil. Qu'il y ait, à l'initiative du tribunal une fois de temps en temps, une fois par an, une fois tous les deux ans une réunion en disant « on fait le point sur comment ça fonctionne. Est-ce qu'il y a des dysfonctionnements ? Est-ce que ce qu'on fait, ça correspond à ce qu'il faut ou est-ce qu'il faut faire évoluer les choses ? Est-ce que les textes ont évolué ? ». Voilà, est-ce que l'injonction de soin ça évolue. Enfin, j'ai le dossier sur ce que c'est que l'injonction de soin, mais est-ce que depuis... je ne sais pas » (Psychiatre, médecin coordonnateur).*

<sup>703</sup> De Maillard J., Douillet A.-C., « Le magistrat, le maire et la sécurité publique : action publique partenariale et dynamiques professionnelles », *Revue française de sociologie*, 2008, n° 4, 793-818.

<sup>704</sup> Gautron V., Retière J.-N., « L'implication des juridictions dans les dispositifs locaux de coproduction de la sécurité », *op. cit.*

<sup>705</sup> *Ibid.*

« La dernière réunion qui a eu lieu ici [au CMP], l'année dernière, c'était pour savoir euh... c'était le SPIP qui était venu nous voir, parce que il voulait savoir un petit peu comment on travaillait, le problème étant « vers qui doit-on envoyer toutes ces injonctions de soins ? ». Donc il voulait savoir, combien on était prêt à en avaler. Voilà. Ça c'est résumé à ça. Pour moi, c'était une réunion autour de « vous faites comment pour les accueillir ? », donc comment on les reçoit, qui les reçoit et en gros, c'était pour tâter le terrain, pour voir combien on était prêt... combien on pouvait en absorber. [Dans ces réunions que vous décriviez, il n'y avait pas de juge de l'application des peines ?] Non, on a eu une fois, j'ai vu une fois en dix ans, plus de dix ans, un juge de l'application des peines » (Psychologue, CMP).

« Il faut aussi que la justice s'y prête aussi et qu'il y ait des articul... sinon, on pourrait pas... [...]. Y a des réunions deux-trois fois par an, y a des formations, où ils viennent expliquer ce qu'ils font, etc... Non, je pense qu'on pourrait en faire beaucoup plus, sans faire de méli-mélo, sans faire... voilà, parce qu'il y a aussi ce risque-là. On travaille tous ensemble. Non, non, de temps en temps, ça frotte un peu. [...] C'est vrai que ce qui est fatigant, mais c'est partout pareil, le juge, le chef des juges de l'application des peines, ça conditionne beaucoup les choses. Parce qu'au départ, c'était effroyable. C'était effroyable (rire). Je riais presque. Y a 15 ou 20 ans. Le mec il arrive « voilà ma commande, vous allez obéir ? ». J'étais poli, je me taisais. [Des juges qui étaient vraiment dans le sentiment, que vous étiez à leur disposition et que vous deviez suivre leurs...] Le secret professionnel, des trucs comme ça indispensables. Et puis, de temps en temps, un juge qui venait... quelqu'un avec qui on pouvait commencer à travailler, mais au bout de 18 mois, il partait et hop, on recommençait un truc. Et puis il y a eu de bons exemples. Je me souviens plus des personnes... mais une dame [magistrate]. Un vrai travail là. Vraiment un truc solide, avec un échange de culture mutuel à ce moment-là. Et puis après, y a eu... mais globalement on n'est pas retombé dans... dans le vide abyssal qu'il y avait à un moment » (Psychiatre, SMPR).

Lorsqu'on les interroge, les magistrats sont pourtant loin d'être hostiles à toute rencontre, mais leur surcharge professionnelle, leur manque de disponibilité, expliquent dans une large mesure que ce type d'échanges, chronophages, passe au second plan.

« [Vous avez essayé au niveau du service, quelques magistrats, d'entrer en contact avec ces CMP, pour essayer de débloquent les choses ?] Non, c'est... pfff... on en parle depuis un moment mais il faut qu'on le fasse. C'est que le temps il passe super vite mais il faut qu'on le fasse avec [JAP responsable du SAP]. On avait évoqué ça. On avait une réunion y a pas très très longtemps justement sur la question, et on s'était dit qu'il fallait, qu'il fallait vraiment qu'on fasse une réunion avec les médecins chef des CMP... Pour essayer de débloquent un peu... Pour essayer de voir un peu aussi... enfin... oui, un peu où ils en sont, voir... échanger un peu, ça serait pas mal » (JAP).

« On pourrait envisager aujourd'hui de le revoir mais ça fait partie des choses à voir quoi. J'attends un peu mais bon, c'est un petit peu compliqué ces derniers temps mais, profiter justement de la réunion qu'on doit faire avec les CMP pour mettre aussi un peu le SMPR dans la boucle de tout ça. [Vous dites « il faut prendre le temps de le faire », etc., mais c'est vraiment vos contraintes aussi, en termes de charges de travail qui font vraiment que ça, c'est un obstacle important pour... ou c'est des habitudes qui n'ont pas été prises ?] Oui, je pense qu'il y a ça, le temps qui passe très vite et puis on dit « tiens, il faudrait faire cette réunion » et puis il s'est passé un an et on l'a toujours ne l'a fait » (JAP).

Ils ont dès lors tendance à déléguer au seul SPIP le soin de faire vivre l'articulation santé-justice, dont les initiatives ne sont pour autant pas nécessairement plus développées. Au regard du manque d'effectifs, les agents de probation et/ou leurs cadres n'ont pas toujours le temps de rencontrer les professionnels de santé, d'autant qu'ils doivent procéder à l'identique avec de multiples partenaires sur leur territoire d'intervention. « La nécessité d'entretenir un régime relationnel continu afin que le SPIP, son activité et ses besoins soient identifiés par les multiples partenaires possibles sur un territoire assez large suppose des contacts réguliers en surcroît du traitement des dossiers individuels, voire des réunions. [...] Les agents doivent donc réussir à tisser des liens, mais d'après eux, ils ne disposent pas du temps nécessaire à de tels échanges »<sup>706</sup>.

<sup>706</sup> Milburn P., Jamet L., « Prévention de la récidive : les services de probation et d'insertion français dans la tourmente », *Champ pénal/ Penal field* [En ligne], Vol. XI | 2014. URL [<http://champpenal.revues.org/8936>].

Il est effectivement impossible d'analyser l'absence d'impulsion judiciaire et/ou pénitentiaire dans le champ des partenariats en milieu ouvert, pourtant essentiels à l'exercice de leurs missions, sans tenir compte du manque de personnel. Le budget français de la justice est l'un des plus faibles d'Europe (40<sup>ème</sup> rang au sein du Conseil de l'Europe en 2010), alors même que le nombre de condamnés n'a cessé de croître durant les dernières décennies (108 123 en 1980, 251 991 en 2014). Nous disposons en 2010 de 3 magistrats du parquet pour 100 000 habitants (pour une moyenne européenne de 11), chacun ayant traité en moyenne 2 500 affaires pénales (615 en moyenne en Europe). Du fait d'un sous-effectif chronique, chaque agent de probation suit au minimum 70 à 80 personnes, ce ratio pouvant excéder 150 mesures par agent dans certains départements. Chaque juge d'application des peines suit au minimum 700 condamnés, quand ce n'est pas plus d'un millier dans les juridictions les plus sinistrées. Ceci étant, leur surcharge professionnelle ne peut être tenue pour seule responsable. Qu'ils soient juges ou agents de probation, la plupart des professionnels privilégient encore un exercice relativement solitaire de leurs fonctions. Les JAP et les CPIP ont finalement peu d'interactions au quotidien, les cadres jouant le plus souvent un rôle d'intermédiaire. Certains JAP considèrent par ailleurs qu'ils n'ont qu'un rôle purement juridictionnel, d'arbitrage, à partir des éléments transmis par le SPIP, et qu'ils n'ont pas à investir davantage le champ de l'exécution pratique des mesures qu'ils prononcent. Les cloisonnements n'opèrent donc pas seulement entre Santé et Justice, mais au cœur même du système pénal.

*« [Est-ce que vous avez des échanges, avec le JAP ou avec le médecin coordonnateur, sur la procédure à suivre sur les suivis qui sont problématiques justement ?] Non. On se voit très peu avec le JAP » (CPIP).*

*« Mais ça aussi, c'est quelque chose qui est compliqué, c'est que c'est très hiérarchisé chez eux, ça, ça fait partie aussi, des systèmes de fonctionnement qui ont été revus. Sur le fait que tout passe par le cadre. Donc on a la chance que les cadres c'est [le DPIP], c'est des gens qui sont bien. [La DPIP], je trouve aussi qu'elle est très très bien. Donc c'est des interlocuteurs qui sont bien. Mais c'est pas partout le cas. Voilà. En principe, on s'adresse à eux et quand le CPIP doit nous dire quelque chose, ça passe par eux aussi. En fait, ils valident tout quoi. [Il n'y a pas forcément d'échange direct ?] Non. De principe, y en n'a pas. Donc moi je m'en suis étonné, quand je suis arrivé, quand je suis venu me présenter, faire le tour du SPIP, etc., j'ai déjà constaté, ça faisait un mois que j'étais là, que les échanges directs j'en avais pas tellement. Voilà, c'était très clair, [le DPIP] disant... mettant ça sur le fait que la qualité de travail finalement, l'implication des CPIP est très variable et que donc lui, il garantit aussi que l'information passe bien et la valeur de l'information quoi. Ce que je peux aussi comprendre. Après... Après, moi je le fais. Je contacte directement les CPIP, quand j'ai une question à poser sur un gars, je sais pas, qui va passer en comparution immédiate. Voilà, je passe pas par le cadre, c'est perdre... » (JAP).*

*« Alors c'est pas forcément le cas ici ou ça l'a peut-être été mais c'est vrai que c'est aussi comment le JAP considère son... son... sa fonction, parce que en soi, c'est une fonction d'arbitrage quoi. On peut se contenter... c'est un peu le sens... voilà, juste d'être dans l'arbitrage, au condamné, au SPIP de nous donner les éléments et puis en fonction de ça, on dit oui ou non et puis voilà. Après si on veut aussi impulser plus de choses, c'est plus l'orientation ici mais c'est vrai qu'entre la... le rythme du boulot, etc., fait que on peut avoir de bonnes idées, en se disant « ça serait bien de faire ça », et puis finalement on le fait pas. [...] Après, les partenaires, sont pas des partenaires toujours faciles non plus quoi. Le JAP, il est encore en train de prendre sa place je trouve. [C'est pas encore gagné ?] Non, non. Par rapport à l'administration pénitentiaire non. J'ai l'impression qu'on est perpétuellement en train de... ouais de devoir prendre notre place quoi » (JAP).*

Au sein même du SPIP, les agents ne parviennent pas toujours à dégager du temps pour des espaces collectifs de discussion et d'analyse des pratiques, même si quelques expériences ont pu être tentées. La consécration de la contrainte pénale tend sur ce point à faire évoluer leurs méthodes, du fait de l'introduction d'une Commission Pluridisciplinaire Interne (CPI) qui réunit un cadre du service, le CPIP référent, un psychologue et *a minima* un autre CPIP. En amont de la transmission du premier rapport d'évaluation au magistrat mandant, il s'agit de « croiser les regards, les approches et les analyses et de déterminer collégialement un plan de suivi adapté aux besoins et potentialités du justiciable »<sup>707</sup>. Si la

<sup>707</sup> Note de cadrage du 26 septembre 2014 relative à la mise en œuvre de la nouvelle peine de contrainte pénale, instaurée par l'article 19 de la loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, Direction de l'Administration Pénitentiaire, BOMJ n° 2015-01 du 30 janvier 2015.

plupart des CPIP que nous avons interrogés se sont déclarés demandeurs de tels espaces réflexifs, tous n'y seraient cependant pas favorables, *a fortiori* en présence d'un psychologue.

*« Ça, ça pourrait être bien sans que ça devienne une obligation parce que ça je pense qu'il y a des collègues pour qui le tour de table avec tous les collègues qui écoutent les situations, c'est trop compliqué et pour le coup, je pense que ça serait perturbant. Mais après, quand on a la possibilité d'analyser la situation, je trouve que c'est un truc qui pourrait se refaire. Après moi le systématisme, toutes les semaines, tous les mois. Le problème c'est qu'on est noyé un peu dans la charge... oui, par la charge de boulot et par un tas de trucs qui font que ces choses-là intéressantes, on prend pas le temps. J'ai des collègues qui le font, moi je le fais pas. La dernière chose mise en place moi me satisfaisais pas, j'y suis pas restée mais y a eu d'autres fois précédemment, où je trouvais ça intéressant » (CPIP).*

*« Je préfère croiser, ce qu'on a mis là, avec la contrainte pénale CPI. On a une commission en fait, où on évoque la situation de la personne à plusieurs. Y a les collègues, y a le psychologue du service, y a le chef du service, y a l'assistante sociale. On pose plein de questions. Des fois c'est un peu compliqué mais comme on se revoit, enfin, on peut demander à revoir, on peut aussi affiner au fur et à mesure et comme ça, on progresse. Mais on progresse, avec les regards croisés. Moi je préfère ça oui, et ça, ça aide parce que justement, y a des questions qu'on aurait dû se poser et qu'on s'est pas posé. Ça nous vient du coup, ou le fait qu'on ait dit ça, hop, on n'avait pas pensé à chercher de ce côté-là. Enfin voilà, moi j'ai trouvé ça... je trouve que c'est une pratique utile, les échanges. Après, il y a aussi les échanges de... comment on appelle ça ?, l'analyse de pratique mais qu'on fait vraiment qu'à la marge. On n'a pas le temps. Si on veut avoir un regard extérieur du chef, on peut en parler avec nos collègues, c'est ce qu'on fait très souvent mais y a pas de... y a pas de... on n'a pas de réunion où on parle du fond. On a une réunion de service par mois. C'est une descente d'informations, de trucs très pratiques, mais rien, pas de réflexion quoi. Y a pas de lieu de réflexion dans le service. [Et selon vous, vous êtes en demande de... ?] Ah oui, oui, oui. [Et si vous êtes demandeur, qu'est-ce qui fait... ?] Ben, y a pas le temps. Globalement, c'est une question de temps. De notre temps, du chef. Y a juste l'analyse de pratique qu'on a eue y a un tout petit temps là. [C'était quelque chose qui était régulier ?] Une fois par mois, deux heures et ça a duré... Elle a été là 2 ans la psy mais elle a eu un congé maternité, donc au début elle arrivait, donc il fallait qu'elle découvre. Ça a duré un an quoi. Là, on a une nouvelle qui va arriver donc ça va se remettre mais moi je trouve que c'est indispensable, vraiment. En plus, entendre les autres parler de leurs suivis, ça... aussi, on s'entraide. On entend ce qui se passe pour d'autres et donc, on compare. Très souvent, on parle d'une situation, et puis ben moi, ça me fait penser à une autre, et à une autre et du coup, on parle de tel type de situation. On en vient... c'est vachement utile, enfin, mais deux heures par mois... Il suffit qu'on soit pas là, en vacances, qu'on ait un autre truc ce jour-là, qu'on soit débordé ce jour-là, ben... [...] Mais c'est quand même pas normal du tout, qu'il n'y ait pas de lieu de réflexion obligatoire dans les services quoi. Que chacun a sa petite idée de son boulot dans son coin. C'est quand même... [Est-ce que du coup, au sein du service, sur cette question de positionnement, vous percevez des différences générationnelles, parce que c'est toujours ce qui ressort, en fonction des profils des juristes, etc. ?] Oui, oui, et c'est pour ça qu'on a besoin, qu'on aurait besoin aussi d'un lieu de réflexion et d'échange. C'est pour confronter un fonctionnement à un autre, une opinion à une autre, ou une formation à une autre. Qu'on s'enrichisse les uns les autres. Y a pas de lieu d'enrichissement. Y a que des formations, mais c'est quand même pas tous les jours. [...] On est mangé par le temps. On n'a pas le temps. Au contraire, je pense même que les chefs qu'on a là, c'est des gens qui aimeraient bien faire des choses comme ça, promouvoir des choses comme ça. On a essayé mais à chaque fois, les réunions, on les annule, ou ça tombe en quenouille parce qu'on n'y arrive pas en temps quoi. Mais eux les premiers hein » (CPIP).*

*« Y a avant la contrainte pénale et l'arrivée des psychos dans les services, nous on a la chance d'avoir une psycho qui aujourd'hui... On avait moins de chance avec la première, là c'est top. La contrainte pénale qui, avec la CPI a amené cette capacité de discuter autour d'une table avec un cadre, un psycho, un CPIP entre guillemets naïfs mais ça n'existe pas, celui qui suit le dossier, etc. Et là, y a une volonté dans un service où y a pas de volonté, de mettre ça en place pour des sujets un peu plus particuliers. L'autre élément c'était avant, quand il n'y avait pas tout ça, on essayait effectivement, de mettre en place ce genre de situation mais c'était toujours très complexe, parce que il faut vraiment... [...] Et y a des services effectivement, où ça se passe pas, où chacun est dans son coin et puis après, c'est aussi une pratique, parce que ça veut dire que les CPIP ont une petite tendance quand même à bosser un peu tout seuls si on y prend garde et c'est aussi, à un moment donné, ramener le collectif, c'est-à-dire l'œil de l'autre » (DPIP).*

« [Et les temps d'échanges, de partage avec les collègues ?] Ben, les temps de se poser, ouais de partage mais même si on prenait le temps, une après-midi, ça serait pas constructif. Il faudrait vraiment travailler en amont, que tout le monde anticipe ce moment de partage, pour travailler en équipe et que ce soit régulier quoi. Là, si on se met tous autour de la table, on va parler de nos situations, mais on va pas avancer sur comment harmoniser les pratiques, comment... comment... Non moi ce que j'aimerais bien, c'est avoir plus de formation, savoir comment prendre en charge tel public, tel public. Comment repérer certaines choses. Plus de formation et plus de partage au sein même du SPIP. Le retour en fait, sur les formations et les pratiques » (CPIP).

« [Est-ce que vous avez des temps d'échanges collectifs sur votre pratique ?] Ben en fait, on avait une psy avant. On n'a pas pu mettre ça réellement en place mais si ça se faisait... parce qu'en fait, ça, je l'ai connu à [autre affectation], parce que je suis restée 6 ans à..., c'est quelque chose qui roulait quoi. On n'avait pas peur de lui dire qu'on savait pas. On faisait une analyse des pratiques, on parlait de dossiers et tout le service était OK là-dessus. Parce qu'on faisait un tour de table. On choisissait deux CPIP pour parler d'un dossier, des difficultés qu'on avait et y avait pas de problème là-dessus. Quand je suis arrivée ici, c'étaient pas des choses courantes et ça mettra beaucoup de temps avant de se mettre en place et on voit qu'il y a une vraie méfiance pareil, par rapport aux pysys ici. [Pourquoi ?] Je sais pas » (CPIP).

Associées au manque de moyens, à la maigre propension des professionnels à investir des collectifs de travail ou de réflexion, les évolutions managériales au sein des institutions publiques impliquées renforcent sans nul doute ces cloisonnements institutionnels. Celles-ci tendent en effet à rationaliser leurs activités sur la base d'une segmentation des tâches et d'indicateurs purement quantitatifs, incapables d'inclure la qualité des partenariats, dont les effets sont difficilement mesurables et qui opèrent sur le long terme de l'action publique. Le nouveau management public contribue souvent à ce que chacune d'entre elles considère encore plus qu'auparavant ses propres besoins comme des priorités.

« Non mais c'est comme à l'hôpital. Ce qui autrefois était pluridisciplinaire, maintenant c'est classifié : le médecin fait ça, le soignant fait ça, l'infirmier fait ça, l'assistante sociale fait ça et les psychos, on sait pas trop ce qu'ils font » (Psychologue, SMPR).

« Je pense que les CIP doivent balayer d'abord devant leur porte parce que ça c'est... Moi je le vois, j'ai commencé ce boulot-là et ça, pour le coup, c'est l'évolution de nos missions, ou en tout cas, ce qu'on essaie de nous faire faire, qui crée un isolement du CIP mais on préfère voir dans l'œil du voisin « oui, t'as bien vu, ils sont complètement fermés, on ne peut pas échanger avec eux ». Parce qu'aujourd'hui, c'est complètement fou. En quinze ans, y a un cloisonnement des services. [...] On s'isole de plus en plus. Les services sont cloisonnés de plus en plus. [...] Quand je dis, on doit balayer devant notre porte, c'est que quand on a une étiquette de travailleur social, on inspire la confiance. Quand on a une approche de travailleur social, on va créer le lien. On n'est pas derrière le bureau, avec son ordinateur, en disant « le psy il m'a pas appelé, pour me dire où il en est, c'est pas normal ». Aujourd'hui, le positionnement professionnel de nombre de CIP, c'est celui-ci, c'est-à-dire « je suis le maître d'œuvre, et tous les autres services doivent me rendre des comptes, pour que je puisse rendre des comptes effectivement au juge » (CPIP).

Face à ces cloisonnements, le risque est celui d'un essoufflement et d'une démobilité des plus investis dans les dispositifs de concertation, d'autant que le *turn over* au sein des services publics, du fait des fréquentes mutations des magistrats, des CPIP comme des personnels hospitaliers, oblige à réitérer régulièrement des démarches chronophages pour de maigres résultats. Le départ des acteurs les plus mobilisés conduit souvent à une perte des expériences acquises, voire à une interruption de la démarche.

« J'allais dire que généralement, j'ai le sentiment que ça marche cahin-caha, peut-être avec un peu trop de silence à distance avec les magistrats. Du côté du SPIP, on a des liens un petit peu plus directs et là aussi, j'ai le sentiment que globalement, ces questions sont vues, traitées, mais y a un renouvellement régulièrement dans le personnel du SPIP avec des réorganisations et donc, il faut ramener ces questions en permanence, pour les retraiter en permanence. En tout cas, on est obligé de répéter fréquemment aussi les choses et c'est parfois un peu usant » (Psychiatre, SMPR).

« Il m'est arrivé de passer un petit coup de fil, ou que le SPIP m'appelle en disant « il paraît que », mais pas systématiquement et au niveau des JAP, eh ben, ils ont tellement tourné que moi je ne les connais pas » (Psychologue, SMPR).

« Non, parce qu'on les connaît pas les JAP. Ils tournent tout le temps. Moi j'ai l'occasion, quand il y a des réunions au CRIAVS, d'en identifier, mais sinon je sais pas qui c'est quoi » (Psychologues, SMPR).

« [Et avec les magistrats, même chose ?] Les magistrats ? Aucun contact. Moi j'avais travaillé un petit peu, de manière plus... avec une magistrate qui est très chouette, qui s'appelle... Je sais pas si vous l'avez connue. Elle est partie. Elle est contrôleuse des prisons. [Ah d'accord] Voilà. Et en fait, à mon grand désespoir, elle a été renouvelée pour 3 ans, donc terminé, elle est plus là. [...] Mais non, j'ai pas tellement d'échanges » (Psychologue, expert).

« À un moment donné, on a démarché. On a été faire toute la popote des CMP. On est allé en fait échanger, discuter. [...] Donc ça a permis un petit peu d'atténuer mais après, certaines personnes partent. Donc des fois il faudrait refaire... [Et c'est compliqué ?] Oui, c'est compliqué, c'est fastidieux. C'est ça aussi des fois qui est un peu décourageant, parce que je le vois bien par exemple, sur des rencontres avec des psychos, sur d'autres établissements pénitentiaires, où des fois on se retrouve en fait, pour échanger. Et on voit bien que les positionnements par exemple, eh bien en fait, sont des positionnements qu'on entend et où on se dit que ça va être compliqué, parce que c'est ce qu'on entendait il y a 15-20 ans. Et on avait nous, ces interrogations-là. C'est pas pour jeter la pierre mais au fur et à mesure du coup, on s'est formé, on a essayé de s'adapter, etc., et on se retrouve bien avec les mêmes interrogations alors qu'il y avait des fois des réseaux, etc. Pour dire les choses, à un moment donné, j'ai été référent régional, au niveau de l'ARTAAS, ce qui fait qu'à un moment donné, y a eu tout un réseau, avec des collègues motivés et puis ben, les gens se demandent s'il fallait des mutations pour aller faire autre chose, ou se retrouver à la retraite, etc. [Et donc tout est à refaire]. Voilà, tout est à refaire et ça, c'est dommage. Alors, y aurait peut-être quelque chose du côté, je sais pas, de la transmission et cette clinique-là, est-ce qu'elle intéresse ? C'est aussi toutes ces questions-là. C'est épuisant » (Psychologue, SMPR).

« J'allais dire, il faudrait qu'on les revoie. Ça nous incombe. C'est pas de leur faute uniquement mais c'est le CRIAVS là qui est un peu le creuset de cette rencontre et on a tardé. Ça fait deux ans maintenant, qu'on n'a pas remis de réunion en marche. On s'est dit qu'on allait le faire cette année, qu'on allait peut-être profiter aussi des changements au sein de l'application de la peine, pour réenclencher le mouvement. [Parce qu'il y a le problème des mutations j'imagine. Chaque fois il faut...] Tout à fait. À l'époque, au moment de ces échanges, c'était parfois un peu complexe. Je pense qu'il y avait l'idée d'une méfiance, mais d'une méfiance... c'est aussi peut-être réciproque. Je dirais que parmi les soignants, je pense aussi que parfois il y a cette crainte d'interférence du judiciaire sur le soin. Ces peurs sont partagées je crois » (Psychiatre, SMPR).

Au regard des difficultés persistantes sur le plan de l'articulation santé-justice dans la plupart des départements français, en milieu ouvert comme en milieu fermé, la toute nouvelle « *Stratégie Santé des personnes placées sous main de justice (PPSMJ) du ministère de la Santé et des Affaires sociales rappelle la nécessité d'une « parfaite coordination des acteurs concernés afin que les objectifs définis soient atteints. Les différentes cultures professionnelles ne doivent pas constituer un obstacle au programme ni être ignorées de chaque partie. À cette fin, plus que la coordination, la coopération des acteurs impliqués est un impératif dont l'objectif principal est la mise en œuvre effective de l'ensemble des actions découlant de la stratégie de santé des PPSMJ* ». Pour dépasser les cloisonnements, elle prévoit, comme la plupart des plans précédents, de développer des formations partagées entre des « professionnels de « cultures » éloignées et aux missions différentes. Or, ici plus qu'ailleurs, avoir une formation initiale solide, ainsi que des occasions d'échanges ou de formations communes pour favoriser l'acquisition d'une compréhension partagée des enjeux de santé, est essentiel ». Il est également question de « favoriser les échanges et rencontres », mais il n'est étonnamment question que de la détention et non du milieu ouvert. Toujours au sujet des interactions dans l'enceinte carcérale, le ministère entend également « clarifier les échanges d'informations utiles à une prise en charge de qualité de la santé de la personne détenue dans le respect réciproque des règles de confidentialité ». Il est également prévu de mettre en place « un groupe de travail interministériel santé-justice dans l'objectif d'améliorer l'articulation entre les professionnels de santé (professionnels des USMP, médecins coordonnateurs, CMP, centres hospitaliers, centres de soins) et de justice (pénitentiaires, PJJ

*et magistrats) dans la mise en œuvre de l'incitation aux soins en détention et l'obligation de soins en milieu ouvert ».*

S'il ne faut pas sous-estimer les difficultés de l'entreprise, une évolution des modes relationnels des différents praticiens leur permettrait de réfléchir aux moyens d'agencer leurs interdépendances complexes, d'assurer la complémentarité de leurs interventions sans confusion des places, de concilier la loi, la clinique et l'éthique, leurs identités professionnelles et leurs règles déontologiques. Cela supposerait toutefois d'expérimenter, au-delà d'échanges superficiels, une conflictualité trop souvent perçue comme anormale et pathologique, mais qui pourrait au contraire s'avérer constructive. Cet exercice complexe, dont la réussite n'exige aucunement 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.

## Conclusion

En 1998, l'injonction fut pensée comme un dispositif susceptible de mettre fin à l'« *irréductible opposition entre la logique du soin et celle de la peine* »<sup>708</sup>. Du côté des pouvoirs publics, cette nouvelle mesure ne poursuivait pas qu'une finalité clinique, purement sanitaire. Née dans un climat de panique morale, cette « *ombrelle pénale* » fut présentée comme un instrument de défense sociale, « *d'abord, dans un souci de protection de la société et, ensuite, pour [la personne] elle-même* »<sup>709</sup>. Sans écarter une dimension humaniste qui présentait par ailleurs l'immense avantage de cautionner la légitimité de la démarche, les responsables politiques entendaient surtout superposer au contrôle pénal une surveillance médicale plus soutenue, assurée par le médecin coordonnateur. Son intervention devait également permettre aux juges de l'application des peines d'être mieux informés de l'assiduité et de l'investissement du condamné dans les soins, au profit d'un contrôle judiciaire renforcé. Des psychiatres et des psychologues investis dans la prise en charge de cette « *patientèle pénale* » ont accepté d'en débattre en amont du vote de la loi, en ont même défendu le principe et la logique, parce que le dispositif collectivement discuté devait protéger l'espace du soin des incursions judiciaires. À la frontière des activités judiciaires et thérapeutiques, le médecin coordonnateur devenait le garant d'une juste délimitation, sans confusion des places, des champs d'intervention des magistrats, des CPIP et des soignants. Pour des raisons partiellement différentes, tous plaçaient donc leurs espoirs dans ce nouveau « *passer de frontières* »<sup>710</sup>, dont l'interface devait favoriser une articulation raisonnée des pratiques, mais aussi des finalités concurrentielles assignées à l'injonction de soin.

L'extension continue du champ d'application du suivi socio-judiciaire, l'allongement de sa durée, le durcissement des modalités de l'incitation aux soins en détention, comme les restrictions apportées au secret médical, ont perturbé ce fragile équilibre. La succession des réformes depuis 1998 a fait ressurgir des controverses et des tensions interprofessionnelles qui n'ont certes jamais disparu, mais que le dispositif initial devait justement atténuer. Aucun des acteurs que nous avons interrogés n'a pour autant remis en cause la pertinence d'une telle mesure, en tout cas concernant sa cible originelle. Ils ont plus souvent insisté sur sa plus-value, du moins en comparaison des pratiques observables dans le cadre des obligations de soin classiques, l'intervention du coordonnateur facilitant dans bien des cas les prises en charge. L'indication thérapeutique est bien souvent validée, pour des raisons qui tiennent quelques fois à des rapprochements trop hâtifs entre passage à l'acte et pathologie, mais plus souvent parce qu'au-delà d'éventuels troubles, l'histoire de vie des condamnés révèle tant de traumatismes précoces et répétés que l'intérêt d'une psychothérapie apparaît peu discutable. Si l'ensemble des professionnels présente encore le dispositif de l'injonction de soin comme une avancée, pour des raisons néanmoins différentes, nos entretiens dévoilent le sentiment diffus d'une perte de sens de la mesure, qui découle autant des conditions de son prononcé que des modalités concrètes de sa mise en œuvre. Si les magistrats ont résisté à l'expansion inconsidérée du champ d'application du suivi socio-judiciaire au-delà des infractions à caractère sexuel, cette peine complémentaire tend néanmoins à s'étendre à des faits de moindre gravité, délictuels, notamment lorsque le prévenu présente des antécédents judiciaires. Malgré les intentions affichées du législateur en 1998, le SSJ constitue rarement une alternative à l'incarcération. Ce contrôle post-carcéral suit généralement des peines privatives de liberté de moyennes et longues durées, de dix ans au moins dans près d'un tiers des cas, et opère lui-même sur de longues sinon de très longues périodes.

---

<sup>708</sup> Lameyre X., *op. cit.*, 528.

<sup>709</sup> Charles Jolibois, *Projet de loi adopté par l'Assemblée nationale relatif à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs victimes et sur la proposition de loi relative à la répression des crimes*, Rapport n° 49, 1997.

<sup>710</sup> Steadman H. J., « *Boundary Spanners: A Key Component for the Effective Interactions of the Justice and Mental Health Systems* », *op. cit.*, 77.

Si tous les condamnés ne sont pas astreints au respect d'une injonction dès la condamnation, *a fortiori* en matière délictuelle, ce processus sélectif ne résiste guère à une quasi-systématisation de la mesure au stade post-sentenciel. Face à des experts écartant aussi rarement le bien-fondé d'une thérapie qu'un risque de récidive, les magistrats se trouvent en difficulté pour motiver l'exclusion des soins, leurs marges décisionnelles étant nettement plus étroites depuis la loi de 2007. En définitive, le prononcé de l'injonction dépend moins des caractéristiques de personnalité et de la psyché des condamnés visés, de leur évolution en détention, de leur degré d'adhésion et de l'authenticité de leur désir de poursuivre les soins à l'extérieur, que de la nature de l'infraction. En surplus de longues peines privatives de liberté, la durée de nombreux SSJ enferme par ailleurs l'injonction dans un cadre temporel extrêmement long. En raison d'un démarrage presque systématique en détention, le durcissement du régime de l'« incitation » ayant progressivement anéanti l'illusion d'une libre adhésion, la prise en charge thérapeutique se déploie régulièrement sur plus d'une décennie, sinon plusieurs. Au risque de décourager les condamnés les plus investis, dont les efforts semblent finalement vains, l'hypothèse d'un relèvement s'avère peu probable. Chaque récidive médiatisée, généralement suivie d'une mise en accusation des professionnels, réactive le mécanisme bien connu de l'ouverture de parapluie, d'autant qu'ils ne bénéficient pas toujours, tant s'en faut, du soutien et de la protection de leurs institutions d'appartenance. Les professionnels de santé sont pourtant dubitatifs quant à la pertinence de soins étalés sur de si longues périodes, s'interrogent sur leur capacité à mobiliser durablement les condamnés et s'inquiètent de leur propre essoufflement, à l'instar d'ailleurs des CPIP, confrontés aux mêmes interrogations concernant leurs propres suivis. À défaut de relèvement, tous procèdent à des aménagements du cadre, à des « bricolages », les CPIP en espaçant leurs rendez-vous, les soignants en pratiquant des « pauses thérapeutiques ». Ces suivis formels induisent cependant plusieurs effets pervers, d'abord parce qu'ils risquent de vider l'approche thérapeutique de son sens, une fois circonscrite à une simple surveillance médicale, renforçant ainsi le sentiment d'une instrumentalisation judiciaire des soins et des soignants aux fins de contrôle social. Le cumul d'un contrôle judiciaire et médical peut se révéler contre-productif sur le plan de la réinsertion sociale des condamnés. Pendant des décennies, ceux-ci seront questionnés à de multiples reprises sur leur histoire et leur passage à l'acte, par les différents CPIP qui se succéderont, mais aussi par des JAP, des médecins coordonnateurs et parfois plusieurs thérapeutes. Malgré leur souhait de « tourner la page », *a fortiori* plusieurs années après leur sortie de détention, ils ont bien souvent le sentiment d'être constamment ramenés à ce qu'ils ont fait, à ce qu'ils ont été, sans jamais pouvoir se tourner réellement vers l'avenir. Sur un plan matériel, ils devront s'organiser pour rencontrer régulièrement de multiples interlocuteurs, au risque de compliquer leurs autres démarches de réinsertion sociale et professionnelle, pourtant au moins aussi essentielle.

Enfin, la multiplication des injonctions et leur maintien tout au long du SSJ, y compris pour des condamnés ayant manifesté une authentique adhésion et volonté de poursuivre les soins, mobilisent inutilement les soignants et asphyxient un système sanitaire déjà submergé. Leur prononcé, de plus en plus détaché de considérations cliniques, réactive les positions défensives des thérapeutes exerçant à l'extérieur des établissements pénitentiaires, même si l'argument du manque de personnel masque parfois des réserves plus profondes, alimentées par la stigmatisation de délinquants sexuels présumés dangereux. Les refus de prise en charge et les stratégies de dissuasion ne sont pas rares, la succession de « portes fermées » altérant les rapports déjà complexes qu'entretiennent certains condamnés avec le champ de la santé mentale. À ce sujet, la nomination de médecins coordonnateurs a sans conteste facilité les choses. Ceux-ci font jouer leurs propres réseaux, tentent de rassurer et de convaincre les CMP et les praticiens libéraux. Le noyau de thérapeutes assurant ces prises en charge apparaît toutefois relativement restreint, de sorte que les praticiens exerçant au sein du SMPR sont de plus en plus mobilisés en milieu ouvert. Bien qu'ils craignent la constitution d'une filière ségrégative et le désinvestissement corrélatif des services sanitaires de droit commun, leur implication semble inéluctable face à la pénurie de praticiens volontaires.

S'agissant de l'articulation Santé-Justice, la plus-value de la nomination de médecins coordonnateurs reste en pratique modeste. Les échanges qu'ils établissent avec les thérapeutes d'un côté, les acteurs judiciaires de l'autre se résument essentiellement au signalement et à la gestion des défaillances du condamné. Si les pratiques sont très diverses, rares sont les coordonnateurs qui investissent leur mission de conseil, au regret de certains soignants, mais aussi d'agents de probation qui souhaiteraient bénéficier

de leur éclairage, plus particulièrement lorsqu'ils se trouvent confrontés à des condamnés affectés de lourdes pathologies mentales. Les acteurs judiciaires attendaient également beaucoup de leurs rapports, qui devaient leur permettre de mesurer, au-delà de l'assiduité formelle, l'investissement du condamné dans la thérapie, ainsi que son évolution. Ces écrits sont en réalité de qualité variable, quelques fois très pauvres sur un plan informatif, ce qui n'est d'ailleurs pas sans lien avec le maintien d'un contrôle de l'effectivité des soins par certains agents de probation, même si là encore les pratiques sont très diverses. Alors que le dispositif initial cherchait à clarifier les prérogatives et à délimiter les champs d'intervention des acteurs sanitaires et judiciaires, le positionnement attendu des CPIP demeure en effet confus. Théoriquement exclus du contrôle de l'injonction, désormais confié au coordonnateur, tous ne se sont pas dessaisis de cette mission, d'autant que les magistrats leur délèguent toujours cette mission de contrôle et d'évaluation, ainsi que la gestion concrète des petits incidents ou difficultés ne justifiant pas une intervention judiciaire. Ces agents se trouvent donc dans une position délicate : rendre compte de l'exécution d'une mesure sans disposer au préalable d'informations pour se prononcer. Si ces pratiques ne sont pas de règle, certains continuent de réclamer des attestations de suivi, questionnent le probationnaire sur le déroulement des soins, cherchent plus rarement à orienter le choix du thérapeute ou le contenu de la thérapie, dont ils attendent dans une large mesure une réflexion sur le passage à l'acte. Outre les difficultés qu'éprouvent alors les condamnés à distinguer le rôle des CPIP et des coordonnateurs, qui procèdent de façon relativement similaire, les professionnels de santé déplorent le contournement du dispositif de l'injonction qui, dans leur esprit, visait justement à protéger l'espace thérapeutique des intrusions du SPIP.

Ces tensions interprofessionnelles se cristallisent sur la remise d'attestations de suivi, *a fortiori* depuis que les soignants affrontent des pressions croissantes pour qu'ils attestent non seulement de la fréquence du suivi et de l'assiduité du condamné, mais aussi de son investissement et de son évolution. Ces tensions s'inscrivent dans un contexte d'incertitudes professionnelles sur la portée du secret médical, alimenté par la promotion d'un secret dit « partagé » dont les contours demeurent obscurs. Les acteurs judiciaires considèrent que les informations qu'ils sollicitent ne tombent pas nécessairement sous le coup du secret, puisque sans rapport avec le diagnostic. Ils comprennent d'autant moins les réticences des thérapeutes lorsque ces informations s'avèrent positives et dont la transmission ne pourrait donc être que favorable au condamné. Certains d'entre eux sont par ailleurs persuadés de l'existence d'un véritable « secret partagé » entre thérapeute et coordonnateur, ce qui n'est pas le cas en raison d'une position assimilable à celle d'un expert. Face à des coordonnateurs guère informés par les thérapeutes, des CPIP et des magistrats attribuent cette absence d'échanges d'informations aux résistances des soignants. Du fait de pratiques elles-mêmes variables dans le champ sanitaire, ils mobilisent quelques contre-exemples à l'appui de leur démonstration, qui confirment à leurs yeux la validité juridique et la possibilité de telles transmissions sur un plan éthique. En retour, la plupart des thérapeutes rappellent au contraire le caractère général et absolu du secret, ainsi que les conséquences délétères des atteintes qui lui sont portées, en ce qu'elles entravent l'émergence d'un véritable lien thérapeutique et partant obèrent la réussite d'une réelle démarche soignante. Si les acteurs judiciaires rappellent eux-mêmes l'importance du secret médical, le discours des soignants ne semble guère entendu. Ils n'y voient pas toujours une simple protection du cadre thérapeutique, qu'ils n'ont d'ailleurs pas le sentiment d'altérer, mais plutôt la marque d'un pouvoir médical qui voudrait s'affranchir de toute ingérence, qui signerait ainsi parfois un maigre intérêt pour le sort de ses patients. Pour autant, ces tensions n'excluent pas tout échange d'informations, y compris de la part des praticiens du SMPR, pourtant perçus comme les plus réfractaires. La fréquence, l'ampleur et la qualité des échanges sont toutefois tributaires, non pas de textes qui raidissent les oppositions plus souvent qu'ils ne favorisent la discussion, mais de rapports d'interconnaissance et de confiance, dont les conditions d'émergence sont toutefois loin d'être réunies. Les occasions de rencontres interprofessionnelles sont rares. Paradoxalement, ce sont d'ailleurs les professionnels qui sont présentés comme les plus fermés à la concertation qui essaient tant bien que mal d'impulser des échanges, certes non nominatifs. À l'inverse, les magistrats engagent rarement ce type d'initiative, en partie parce qu'ils n'ont guère de temps à consacrer à des réunions chronophages, dont ils ne peuvent espérer de répercussions immédiates sur leurs activités, ou parce qu'ils y renoncent, persuadés que seul un dialogue de sourds pourra en résulter. Il est évidemment impossible d'analyser cette absence d'impulsion judiciaire et/ou pénitentiaire sans tenir compte du manque de personnel et de moyens, étant précisé que les CPIP et les JAP ont bien d'autres interlocuteurs à rencontrer en milieu

ouvert. Il n'en demeure pas moins que le constat d'une distance relationnelle n'est dès lors pas à sens unique, les professionnels de santé percevant tout autant le système judiciaire comme une institution autocentrée, peu réceptive à leurs propres attentes, contraintes et analyses. Au regard des difficultés de mise en œuvre de la mesure et de la permanence de points de friction, des temps plus réguliers de concertation permettraient aux professionnels, si tant est qu'ils acceptent une conflictualité constructive, d'ajuster au mieux leurs modes opératoires, de réfléchir à leurs modalités relationnelles, mais aussi de questionner collectivement le sens des injonctions comme, pourquoi pas, de l'ensemble des soins pénalement ordonnés.

Pour conclure, rappelons cependant que notre étude s'est concentrée sur un seul terrain d'observation et que nos conclusions ne peuvent dès lors être généralisées à l'ensemble du territoire. À la suite de cette première démarche exploratoire, nous espérons approfondir ces analyses d'ici quelques années, à l'aide des résultats d'une recherche collective et pluridisciplinaire en cours dans six juridictions, au sujet cette fois de l'ensemble des soins pénalement ordonnés, mais aussi des mesures d'incitations aux soins qui se déploient dans le champ des alternatives aux poursuites (REPESO, ANR, 2016-2019, dir. V. Gautron). Si les dossiers que nous avons pu consulter dévoilent, indirectement et superficiellement, la façon dont les condamnés perçoivent et réagissent à cette injonction de soins, ainsi qu'aux contradictions de sa mise en œuvre, cette dimension mériterait sans nul doute d'être explorée auprès des principaux intéressés. Entre soumission passive, résistance et adhésion aux soins, les mécanismes et stratégies d'adaptation qui découlent de ces nouvelles techniques disciplinaires en milieu ouvert demeurent un champ d'investigation à défricher.

## Bibliographie

- Abbott B. R., « Throwing the baby out with the bath water: is it time for clinical judgment to supplement actuarial risk assessment? », *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 2011, 39, 2, 222-230.
- Académie Nationale de Médecine, *Évaluation de la dangerosité psychiatrique et criminologique*, 2012.
- Aegisdottir S., White M. J., Spengler P. M., Maugherman A. S., Anderson L. A., Cook R. S., « The meta-analysis of clinical judgement project: Fifty-six years of accumulated research on clinical versus statistical prediction », *The Counselling Psychologist*, 2006, vol. 34, n° 3, 341-382.
- Adam C., « Jalons pour une théorie critique du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) », *Déviance et Société*, 2012, vol. 36, n° 2, 137-169.
- Adam C., « Les classifications psychologiques d'auteurs d'infractions à caractère sexuel : une approche critique de la littérature », *Déviance et Société*, 2006, vol. 30, n° 2, 233-261.
- Alvarez J., Gourmelon N., *La prise en charge pénitentiaire des auteurs d'agressions sexuelles*, Paris, La Documentation française, 2006.
- Andrews D. A., Bonta A., *Modèle d'évaluation et de réadaptation des délinquants fondés sur les principes du risque, des besoins et de la réceptivité*, Sécurité Publique du Canada, 2007.
- Archer R. P., Buffington-Vollum J. K., Stredny R. V., Handel R. W., « A survey of psychological test use patterns among forensic psychologists », *Journal of Personality Assessment*, 2006, 87, 84-94.
- Auger G., El Hage W., Bouyssy M. *et al.*, « Évaluation du dispositif de l'injonction de soin pour les auteurs de violences sexuelles en Indre-et-Loire », *Annales Médico-Psychologiques*, 2010, n° 168, 462-465.
- Balier C., Parayre C., Parpillon C., *Traitement et suivi médical des auteurs de délits et crimes sexuels*, Rapport au ministère du Travail et des Affaires sociales, 1995.
- Balier C., *Psychanalyse des comportements sexuels violents : une pathologie de l'inachèvement*, Paris, PUF, 1996.
- Balier C., Ciavaldini A., Girard-Khayat M., *Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels*, Paris, La Documentation française, 1996.
- Balier C., Ciavaldini A., Girard-Khayat M., « Questionnaire d'investigation clinique pour les auteurs d'agressions sexuelles », in Ciavaldini A. (dir.), *Psychopathologie des agresseurs sexuels*, Paris, Masson, 1997.
- Balier C., Ciavaldini A., *Aggressions sexuelles, pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire*, Paris, Masson 2000.
- Barbaree H. E., Langton C. M., Peacock E. J., « Different actuarial risk measures produce different risk rankings for sexual offenders », *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 2006, n° 18, 423-440.
- Baron-Laforêt S., « Pratiques thérapeutiques en milieu carcéral », in Ciavaldini A., Balier C., *Aggressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire*, Paris, Masson, 2000, 119-129.
- Baron-Laforêt S., « Dans le cadre de l'injonction de soins ou de l'obligation de soins comment articuler l'expertise psychiatrique de la personne sous main de justice, les soins apportés et le rôle de l'instance judiciaire ? », *Audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale*, 2007.
- Beech A. R., Craig L. A., Browne K. D. (Eds.), *Assessment and treatment of sex offenders: A handbook*, Chichester, Wiley-Blackwell, 2009.
- Bègue L., *Drogues, alcool et agression : l'équation chimique et sociale de la violence*, Paris, Dunod, 2014.
- Bellanger H., « Politiques et pratiques de la psychiatrie en prison 1945-1986 », *Criminocorpus* [En ligne], Savoirs, politiques et pratiques de l'exécution des peines en France au XXe siècle, Communications, mis en ligne le 01 décembre 2014. URL : <http://criminocorpus.revues.org/2730>.
- Bellon L., Guéry C., « Juges et psy : la confusion des langues », *Rev. Sc. Crim.*, 1999, 783 et s.
- Benezech M., Pham T., Le Bihan P., « Les nouvelles dispositions concernant les criminels malades mentaux dans la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental : une nécessaire évaluation du risque criminel », *Annales Médico Psychologiques*, 2009, n° 167, 39-50.

- Bensa A. (dir.), *Politiques de l'expertise psychiatrique. Trajectoires professionnelles des experts psychiatres et styles de pratiques*, Rapport de recherche pour la Mission Droit et Justice, 2010.
- Bergeron E., *L'Etat et la toxicomanie : histoire d'une singularité française*, PUF, 1999.
- Blair P. R., Marcus D. K., Boccaccini M. T., « Is there an allegiance effect for assessment instruments? Actuarial risk assessment as an exemplar », *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2008, vol. 15, n° 4, 346-360.
- Blanc E., *Rapport d'information n° 1811 sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes majeures placées sous main de justice*, Paris, Assemblée nationale, 2009.
- Blanc E., *Rapport d'information n° 4421 Sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel*, Paris, Assemblée nationale, 2012.
- Boccaccini M. T., Murrie D. C., Caperton J. D., Hawes S., « Field validity of the static-99 and MnSOST-R among sex offenders evaluated for civil commitment as sexually violent predator », *Psychology, Public Policy and the Law*, 2009, n° 15, 278-314.
- Bonis-Garçon E., *Troubles psychiques, maladies mentales*, Répertoire de droit pénal et de procédure pénale, 2014.
- Bouchet-Kervella D., « Existe-t-il des caractéristiques cliniques et psychopathologiques des pédophiles extra-familiaux adultes ? », in *Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle*, John Libbey Eurotext, 2001.
- Bourdieu, P., *Méditations pascaliennes*, Paris, Seuil, 1997.
- Boussaguet L., *La pédophilie, problème public. France, Belgique, Angleterre*, Paris, Dalloz, coll. « Nouvelle bibliothèque de thèses sciences politique », 2008.
- Brousse G., Boussiron D., Liorca P.-M., « Retour sur la loi du 15 avril 1954 qui vient d'être abrogée », *Alcoologie et addictologie*, 2003, vol. 25, n° 1, 17-23.
- Brown S., *Treating Sex offenders: An introduction to sex offender treatment programmes*, London, Willan Publishing, 2005.
- Buchanan A., « Risk of Violence by Psychiatric Patients: Beyond the "Actuarial versus clinical" assessment debate », *Psychiatric Services*, 2008, vol. 59, n° 2, 184.
- Burgelin J.-F., *Rapport de la Commission santé-justice*, Ministère de la Justice, Ministère de la Santé, 2005.
- Bushway S. D., Morrison Pielh A., « The inextricable link between age and criminal history in sentencing », *Crime and delinquency*, 2007, vol. 53, n° 1, 156-183.
- Button K.S., Ioannidis J.P. et al., « Power failure: why small sample size undermines the reliability of neuroscience », *Nature Reviews Neuroscience*, 2013, n° 14, 365-376.
- Campbell T. W., « Sex offenders and actuarial risk assessments: ethical considerations », *Behavioral Sciences & Law*, 2003, vol. 21, n° 2, 269-279.
- Campbell T. W., DeClue G., « Flying blind with naked factors: Problems and pitfalls in adjusted-actuarial sex-offender risk assessment », *Open Access Journal of Forensic Psychology*, 2010, n° 2, 75-101.
- Cartier M.-E., *Rapport de la Commission d'étude pour la prévention de la récidive des criminels au Ministre de la Justice*, 1994.
- Cartuyvels Y., « Transformations de la santé mentale : entre la science et le sujet », *Criminologie*, 2015, vol. 48, n° 1, 15-35.
- Cartuyvels Y., Champetier B., Wyvekens A., *Soigner ou punir ? Un regard critique sur la défense sociale en Belgique*, Bruxelles, Presses des facultés universitaires de Saint-Louis, 2010.
- Casoni D., « Enjeux éthiques et pratiques en clinique de l'agression sexuelle en milieu correctionnel », in Gravier B., Roman P., *Penser les agressions sexuelles*, Toulouse, Érès, 2016, 116, 105-122.
- Castel R., *L'ordre psychiatrique*, Paris, Éditions de Minuit, 1977.
- Castel R., *La gestion des risques*, Paris, Éditions de Minuit, 1981.
- Castel R., « De la dangerosité au risque », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1983, n° 47, 119-127.
- Castel R., Haroche C., *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi, Entretiens sur la construction de l'individu moderne*, Paris, Fayard, 2001.

- Castel R., *La montée des incertitudes, Travail, Protections, Statut de l'individu*, Paris, Seuil, coll. La couleur des idées, 2009.
- Chami J., « La contrainte aux soins, enjeux et difficultés », *Connexions*, 2013, vol. 1, n° 99, 71-88.
- Chantraine G., Cauchie J.-F., « Risque(s) et gouvernementalité », *Socio-logos*, 2006, n° 1, 1-24.
- Charbonnier G. et al., *Rapport de la Mission d'évaluation de la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance*, 2010.
- Chiricos T., Welch K., Gertz, M., « Racial typification of crime and support for punitive measures », *Criminology*, 2004, vol. 42, n° 2, 359-390.
- Ciavaldini A., *Psychopathologie des agresseurs sexuels*, Paris, Masson, 1999.
- Ciavaldini A., Balier C., *Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire*, Paris, Masson, 2000.
- Ciavaldini A., *Prise en charge des délinquants sexuels*, Paris, éd. Fabert, 2012.
- Colin M., « Nul n'est tenu de se soigner », in Ciavaldini A. (dir.), *Violences sexuelles, le soin sous contrôle judiciaire*, In Press, 2003, 20-21.
- Collectif, *Les soins obligés ou l'utopie de la triple entente*, XXXIII<sup>e</sup> Congrès français de criminologie, Paris, Dalloz, 2002.
- Combalbert N. (dir.), *L'expertise psycho-criminologique*, Paris, Armand Colin, 2010.
- Conférence de consensus, *Psychopathologie et traitements des auteurs d'agression sexuelle*, 2001, texte des experts, Fédération française de psychiatrie et John Libbey Eurotext, 2001.
- Conférence de Consensus sur la Récidive, *Pour une nouvelle politique publique de prévention de la récidive, Principes d'actions et méthodes*, Rapport du jury de consensus remis au Premier ministre, 2013.
- Connolly M., Woollons R., « Childhood sexual experience and adult offending: an exploratory comparison of three criminal groups », *Child Abuse Review*, 2008, vol. 17, n° 2, 119-132.
- Cordier B., « La prise en charge des délinquants sexuels. Commentaire de la loi du 17 juin 1998 », *Médecine & Droit*, 1998, vol. 32, 17-20.
- Cornier K., « Les soins pénalement ordonnés », *Les Tribunes de la santé* 2007, vol. 17, n° 4, 87-95.
- Cortoni F., Lafortune D., « Le traitement correctionnel fondé sur des données probantes : une recension », *Criminologie*, 2009, vol. 42, n° 1, 61-89.
- Couhet G., De Rocquigny H., Verdoux H., « Soins pénalement ordonnés : étude des pratiques des psychiatres de la Gironde », *Annales Médico-Psychologiques*, 170(8), 2012, 569-572.
- Coutanceau R., « Dangerosité criminologique et prévention de la récidive : évaluer la dangerosité sans stigmatiser l'homme », *L'information psychiatrique*, 2012, vol. 88), n° 8, 641-646.
- Coutanceau R., Smith J., *Troubles de la personnalité. Ni psychotiques, ni névrotiques, ni pervers, ni normaux...*, Paris, Dunod, 2013.
- Couturier M., « La contrainte et le consentement dans les soins ordonnés par l'autorité publique : vers une aporie juridique ? », *Revue de Droit Sanitaire et Social*, 2014, 120.
- Crampagne S., *L'évaluation de la dangerosité dans le cadre de l'expertise psychiatrique pénale*, Thèse de doctorat en médecine, Faculté de médecine de Grenoble, 2013.
- Crow M. S., « The complexities of prior record, race, ethnicity, and policy, Interactive effects in sentencing », *Criminal Justice Review*, 2008, vol. 33, n° 4, 502-523.
- Crutchfield R. D., Skinner M. L., Haggerty K. P., McGlynn A., Catalano R. F., « Racial disparity in police contacts », *Race and Justice*, 2012, vol. 2, n° 3, 179-202.
- Danet J., « Les politiques sécuritaires à la lumière de la doctrine de la défense sociale nouvelle », *Journée d'études « Les politiques sécuritaires à la lumière de la doctrine pénale du XIXe au XXIe siècle »*, Collège de France, 2009.
- Danet J., *La justice pénale, entre rituel et management*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2010.
- David M., *L'expertise psychiatrique pénale*, Paris, L'Harmattan, 2006.

- David M., *Soigner les méchants. Éthique du soin psychiatrique en milieu pénitentiaire*, Paris, L'Harmattan, 2015a.
- David M., « Le secret médical en prison et ailleurs. Un concept dépassé et ringard ou un désordre des esprits ? », *L'information psychiatrique*, 2015b, vol. 91, n° 8, 662-670.
- David M., « Le secret médical tire sa révérence en 2015 », *L'information psychiatrique*, 2015c, vol. 91, n° 8, 637-639.
- Debarbieux É. (dir.), *L'école face à la violence. Décrire, expliquer, agir*, Paris, Armand Colin, 2016.
- Debauche et al., *Présentation de l'enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles*, Document de travail n°229, INED, 2017.
- Debuyst C., *Essais de criminologie clinique. Entre psychologie et justice pénale (Textes choisis et présentés par Christophe Adam et Françoise Digneffe)*, Bruxelles, Larcier, 2009.
- Delacrausaz P., Gasser J., « La place des instruments d'évaluation du risque de récidive dans la pratique de l'expertise psychiatrique pénale : l'exemple lausannois », *L'information psychiatrique*, 2012, n° 88, 439-443.
- De Maillard J., « Le partenariat en représentations : contribution à l'analyse des nouvelles politiques sociales territorialisées », *Politiques et management public*, 2000, vol. 18, n° 3, 21-41.
- De Maillard J., Douillet A.-C., « Le magistrat, le maire et la sécurité publique : action publique partenariale et dynamiques professionnelles », *Revue française de sociologie*, 2008, n° 4, 793-818.
- Deprins D., 2006, « La statistique, instrument de pouvoir ? », in Digneffe F., Moreau T. (dir.), *La responsabilité et la responsabilisation dans la justice pénale*, Bruxelles, Larcier /De Boeck, 501-522.
- Devresse M.-S., « La gestion de la surpopulation pénitentiaire : perspectives politiques, administratives et juridictionnelles », *Droit et société*, 2013, n° 84, 339-358.
- Dindo S., *Sursis avec mise à l'épreuve : la peine méconnue, une analyse des pratiques de probation en France*, Étude réalisée pour la DAP / Bureau PMJ1, Paris, ministère de la Justice, 2011.
- Doron C.O., *Soigner et punir. Étude du dispositif de prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles en France*, Mémoire de Master 2, EHESS/ENS, 2006.
- Doron C. O., « Une volonté infinie de sécurité : vers une rupture générale dans les politiques pénales ? », in Chevallier Ph., Greacen T. (dir.), *Folie et justice : relire Foucault*, Paris, Érès, 2009, 179-204.
- Doron C.-O., « La volonté de soigner. D'un singulier désir de soin dans les politiques pénales », *La philosophie du soin*, Paris, PUF, 2010a, 283-300.
- Doron C.-O., « Soigner par la souffrance », in *Les Cahiers du Centre Canguilhem*, n°4, Paris, PUF, 2010b.
- Douglas K. S., Cox D. N., Webster C. D., « Violence risk assessment: Science and Practice », *Legal and criminological psychology*, 1999, vol? 4, n° 2, 149-184.
- Douglas K. S., Skeem J. L., « Violence Risk Assessment: Getting Specific About Being Dynamic », *Psychology, Public Policy, and Law*, 2005, vol. 11, n° 3, 347-383.
- Draine J., Salzer M.S., Culhane D.P., Hadley T.R., « Role of social disadvantage in crime, joblessness, and homelessness among persons with serious mental illness », *Psychiatric Services*, 2002, n° 53, 565-573.
- Dubourg É., *Les services pénitentiaires d'insertion et de probation à l'aune de la prévention de la récidive : fondements juridiques, évolution, évaluation et avenir*, Thèse, Univ. Nantes, 2015.
- Dubourg É., 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 18 novembre 2014, consulté le 05 avril 2017. URL [<http://champpenal.revues.org/8947>].
- Dubret G., « Loi du 17 juin 1998 et dangersités », in Beaurepaire (de) C., Bénézech M., Kottler C. (dir.), *Les dangersités : de la criminologie à la psychopathologie, entre justice et psychiatrie*, John Libbey Eurotext, 2004, 274.
- Dubret G., « L'injonction thérapeutique de la loi du 17 juin 1998 : une tentative pour articuler la peine et le soin », *Annales Médico-Psychologiques*, 2006, n° 164, 852-853.
- Dubret G., Cousin F.R., « La peine et le soin. Nécessaire coordination de deux logiques pour une prise en charge des délinquants sexuels », *L'Évolution Psychiatrique*, 1998, vol. 63, n° 1-2, 157-174.

- Dudeck M., Spitzer C., Stopsack M., Freyberger H.J., Barnow S., « Forensic inpatient male sexual offenders: the impact of personality disorder and childhood sexual abuse », *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 2007, vol. 18, n° 4, 494-506.
- Dumoulin L., *L'expert dans la justice. De la genèse d'une figure à ses usages*, Economica, 2007.
- Eglin M., « Quand la justice impose des soins », *Enfances & Psy*, 2006, vol. 1, n°30, 132 et s.
- Elbogen E. B., Mercado C. C., Scalora M. J., Tomkins, A. J., « Perceived relevance of factors for violence risk assessment: a survey of clinicians », *International Journal of Forensic Mental Health*, 2002, n° 1, 37-47.
- Elias N., *La société des individus*, Paris, Fayard, 1991.
- Englebert J., Adam C., « La " personnalité antisociale " , antithèse de la psychopathologie », *Déviance et Société*, 2017, vol. 41, n° 1, 3-28.
- Ericson and Haggerty, *Policing the Risk Society*, Oxford, Clarendon Press, 1997.
- Eron L. D., Huesmann L.R., Zelli A., The rôle of parental variables in the learning of aggression, in Pepler D. J., Rubin K. J. (eds), *The development and treatment of childhood aggression*, 1991, 169-188.
- Faget J., *Sociologie de la délinquance et de la justice pénale*, Eres, 2013.
- Falissard B. et al., « Prevalence of mental disorders in French prisons for men », *BMC Psychiatry*, 2006, 6, 33, doi:10.1186/1471-244X-6-33.
- Fazel S., Seewald K. « Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis », *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science*, 2012, n° 200, 364-373.
- Feeley M., Simon J., « The New Penology: Notes on the Emerging Strategy of Corrections and its applications », *Criminology*, 1992, n° 30, 449-474.
- Fernandez F., Leze S., Straus, H., « Comment évaluer une personne ? L'expertise judiciaire et ses usages moraux ». *Cahiers internationaux de sociologie*, 2010, vol. 128-129, n° 1-2, 177-204.
- Forbes D., « Oasys, dernière génération », *Dedans/dehors*, OIP, 2012, n° 76, 39-41.
- Foucault M., *Surveiller et Punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975.
- Foucault M., « L'évolution de la notion d'« individu dangereux » dans la psychiatrie légale », *Déviance et Société*, 1981, vol. 5, n° 4, 403-422.
- Foucault M., *Les anormaux*, Cours au Collège de France, 1974-1975, Paris, Gallimard, 1999.
- Foucault M., « L'angoisse de juger, Entretien avec R. Badinter, J. Laplanche », *Dits et Ecrits*, II, 1976-1998, Paris, Gallimard, 2001, 282-297.
- Foucault M., « Le Jeu de Michel Foucault », *Dits et Ecrits*, II, 1976-1998, Paris, Gallimard, 2001, 298-328.
- Gaillard-Janin N., « Enquête sur les sujets ayant été suivis en obligation de soins durant l'année 2005 au Centre Philippe-Paumelle », *L'information Psychiatrique*, 2007, vol. 83, 29-34.
- Garapon A., Salas D., *Les nouvelles sorcières de Salem. Leçons d'Outreau*, Paris, Ed. du Seuil, 2006.
- Garçon E., « Entre confiance et défiance à l'égard du juge pénal », *JCP éd. G.*, 2007, I, 196.
- Garraud J.-P., *Réponses à la dangerosité*, Rapport de la mission parlementaire confiée par le Premier ministre sur la dangerosité et la prise en charge des individus dangereux, 2006.
- Gautron V., *Les politiques publiques de lutte contre la délinquance*, Thèse, Université de Nantes, 2006.
- Gautron V., « De la société de surveillance à la rétention de sûreté : étapes, faux-semblants, impasses et fuite en avant », *Actualité Juridique Pénal*, 2009, n° 2, 54-57.
- Gautron V., « La coproduction locale de la sécurité en France : un partenariat interinstitutionnel déficient », *Champ pénal / Penal field*, nouvelle revue internationale de criminologie [En ligne], Vol. VII | 2010.
- Gautron V., « Le positionnement des travailleurs sociaux dans les dispositifs locaux de coproduction de la sécurité », in Attias D., Khaïat L. (dir.), *Enfants rebelles, Parents responsables ?*, Toulouse, Erès, 2014a, 115-130.
- Gautron V., « L'impact des préoccupations managériales sur l'administration locale de la justice pénale française », *Champ pénal/Penal Field*, 2014b, XI.
- Gautron V. « Les fichiers de police », *Répertoire de droit pénal et de procédure pénale*, Paris, Dalloz, juin 2015.

- Gautron V., « Les mesures de sûreté et la question de la dangerosité : la place des soins pénalement ordonnés », *Criminocorpus* [En ligne], La prévention des récidives : Évaluation, suivis, partenariats, Les suivis, 2016. URL [http://criminocorpus.revues.org/3195].
- Gautron V., Rétière J.-N., « Des destinées judiciaires pénalement et socialement marquées », in Danet J. (dir.), *La réponse pénale. Dix ans de traitement des délits*, Rennes, PUR, 2013a, 211-251.
- Gautron V., Rétière J.-N., « L'implication des juridictions dans les dispositifs locaux de coproduction de la sécurité », in Danet J. (dir.), *La réponse pénale. Dix ans de traitement des délits*, Rennes, PUR, 2013b, 365-400.
- Gautron V., Monniaux D., « De la surveillance secrète à la prédiction des risques : les dérives du fichage dans le champ de la lutte contre le terrorisme », *Archives de politique criminelle*, 2016, n° 38, 123-135.
- Gendreau P., Little T., Goggin C., « A meta-analysis of adult offender recidivism: What works! », *Criminology*, 1996, n° 34, 575-607.
- Ginzburg C., *Mythes, emblèmes, traces, Morphologie et histoire*, Paris, Flammarion, 1989.
- Giovannangeli D., Cornet J.-P., Mormont C., *Étude comparative dans les 15 pays de l'Union européenne : les méthodes et les techniques d'évaluation de la dangerosité et du risque de récidive des personnes présumées ou avérées délinquants sexuels*, Université de Liège, 2000.
- Glasser M., Kolvin I., Campbell D. et al., « Cycle of child sexual abuse: links between being a victim and becoming a perpetrator », *British Journal of Psychiatry*, 2001, n° 179, 482-494.
- Grassin M. et al., « Pour une réflexion éthique multidisciplinaire dans les propositions médicales renforçant la prévention et la répression des atteintes sexuelles contre les mineurs », in C. Hervé, *L'Éthique en mouvement*, L'Harmattan, 67-73.
- Gravier B., Lustenberg Y., « L'évaluation du risque de comportements violents : le point sur la question », *Annales Médico-Psychologiques*, 2005, n° 163, 675.
- Gravier B., Roman P., *Penser les agressions sexuelles. Actualité des modèles, actualité des pratiques*, Toulouse, Érès, 2016.
- Gros F., « Le nouveau punissable », in Louzon C., Salas D. (dir.), *Justice et psychiatrie. Normes, responsabilité et éthique*, Toulouse, Érès, 1997, 299-301.
- Gros S., « Punir, c'est éduquer un individu », in Garapon A., Gros F., Pech T., *Et ce sera justice. Punir en démocratie*, Paris, Odile Jacob, 2002.
- Guay J.-P., « Prédiction actuarielle et prédiction clinique : le dernier souffle d'une pratique professionnelle », *Revue internationale de criminologie et de police technique et scientifique*, 2006, n° 2, 149-164.
- Guay J.-P., *Évaluer le risque de récidive : un état de la recherche et des principaux enjeux pratiques*, Conférence de consensus sur la prévention de la récidive, Contribution des experts, Paris, 2013.
- Guézennec P., Roelandt J.-L., « Les conseils locaux de santé mentale en France : état des lieux en 2015 », *L'information psychiatrique*, 2015, vol. 91, n° 7, 549-556.
- Guignard L., *Juger la Folie. La folie criminelle devant les Assises au XIX<sup>e</sup> siècle*, Paris, PUF, 2010.
- Hamel C. et al., « viols et agressions sexuelles en France : premiers résultats de l'enquête Virage », *Population & Sociétés*, n°538, 2016.
- Hannah-Moffat K., Maurutto P., *Évaluation du risque et des besoins chez les jeunes contrevenants : un aperçu présenté à la division de la recherche et de la statistique*, ministère de la Justice, Département de sociologie, Université de Toronto (Mississauga), Canada, 2003.
- Hannah-Moffat K., « Actuarial sentencing: an « unsettled » proposition », *Justice Quarterly*, 2013a, vol. 30, n° 2, 270-296.
- Hannah-Moffat K., « Punishment and risk », in Simon J., Sparks R. (eds), *The Sage Handbook of Punishment and Society*, London, Sage, 2013b, 129-149.
- Hanson R. K., Bussière M. T., *Les prédicteurs de la récidive chez les délinquants sexuels : une méta-analyse*, Travaux publics et Services gouvernementaux, Canada, 1996.
- Hanson K. R., Morton-Bourgon G., Helmus L., Hodgson S., *Méta-analyse de l'efficacité du traitement des délinquants sexuels : risque, besoin et réceptivité*, Sécurité publique, Canada, 2009.

- Harcourt B. E., « Risk as a proxy for race », *University of Chicago, Law & Economics, John M. Olin Working paper*, 535 & *Public Law and Legal Theory Working paper*, 2010, 323.
- Harcourt B. E., « Surveiller et punir à l'âge actuariel. Généalogie et critique », part. I, *Déviance et société*, 2011a, vol. 35, n° 1, 5-33.
- Harcourt B. E., « Surveiller et punir à l'âge actuariel. Généalogie et critique, part. II », *Déviance et société*, 2011b, vol. 35, n° 2, 163-194.
- Harris A. J. R, Hanson R. K., *La récidive sexuelle : d'une simplicité trompeuse*, Sécurité publique et Protection civile Canada, 2004.
- Hart S. D., Boer D. P., « Structured professional judgment guidelines for sexual violence risk assessment: the Sexual Violence Risk-20 (SVR-20) and Risk for Sexual Violence Protocol (RSVP) », in Otto R.K., Douglas K.S. (eds), *Handbook of violence risk assessment*, Oxford, Routledge, 2009, 269-294.
- Hart S. D., Michie C., Cooke D. J., « Precision of actuarial risk assessment instruments Evaluating the 'margins of error' of group v. individual predictions of violence », *British Journal of psychiatry*, suppl., 2007, n° 49, 60-65.
- Hart S. D., Michie C., Cooke D. J., « Another look at the (im-)precision of group v. individual predictions of violence », *Behavioral Sciences and the Law*, 2013, n° 31, 81-85.
- Haute Autorité de Santé, *Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur*, Audition Publique, Recommandations de la Commission d'audition, Paris, 2011.
- Herzog-Evans M., « Exécution des peines, délinquance sexuelle et « positionnement quant aux faits » : enjeux juridiques et criminologiques », *Actualité Juridique Pénal*, 2012, n° 12, 632-635.
- Hirschelmann A., Lafortune D., Guay J.-P., *Un programme d'évaluation des personnes placées sous main de justice (PPSMJ) fondé sur les principes du risque, des besoins et de la réceptivité*, Rapport final, Paris, Direction de l'Administration Pénitentiaire, 2016.
- Hoggart R., *La culture du pauvre. Étude sur le style de vie des classes populaires anglaises*, Paris, Seuil, 1957.
- Home Office, *The Treatment and Risk Management of Sexual Offenders in Custody and in the Community*, 2002.
- Hudon M.-C. et al., « L'obligation de soins. Quelle légitimité pour la prévention des actes de pédophilie ? », *Études*, n°3886, 1998, 751 et s.
- Hudon M.-C., « Éthique et peine de suivi médico-social », Ban Public, 2005.
- Hudson B., Bramhall G., « Assessing the other: constructions of Asianness in risk assessment by probation officers », *British Journal of Criminology*, 2005, vol. 45, n° 5, 721-740.
- INSERM, *Alcool, dommages sociaux, abus et dépendance. Expertise collective*, Paris, Inserm, 2003.
- Inspection générale des Affaires sociales et Inspection générale des services judiciaires, *Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soin*, 2011.
- Ioannidis J.P., « The Mass Production of Redundant, Misleading, and Conflicted Systematic Reviews and Meta-analyses », *Milbank Quarterly*, 2016, vol. 94, n° 3, 485-514.
- Jackson R. L., Hess D. T., « Evaluation for civil commitment of sex offenders: A survey of experts », *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 2007, n° 19, 409-448.
- Jendly M., « Performance, transparence et *accountability*: une équation (dé)responsabilisante des professionnels exerçant en prison ? », *Déviance et Société*, 2012, vol. 36, n° 3, 243-262.
- Jobard F., Névanen S., « La couleur du jugement. Discriminations dans les décisions judiciaires en matière d'infractions à agents de la force publique (1965-2005) », *Revue française de sociologie*, 2007, vol. 48, n° 2, 243-272.
- Jobard F., Lévy R., Goris I., *Police et minorités visibles : les contrôles d'identité à Paris*, New York, Open society Institute, Justice Initiative, 2009.
- Josnin R., Le recours au suivi socio-judiciaire, *Infostat Justice*, 2013, n° 121.
- Kaluszynski M., « Identités professionnelles, identités politiques : médecins et juristes face au crime en France à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle », in Blanckaert C., Mucchielli L., *Histoire de la criminologie française*, Paris, L'Harmattan, 1995, 215-235.

- Kaluszynski M., *La République à l'épreuve du crime : la construction du crime comme objet politique : 1880-1920*, LGDJ, 2002.
- Kaminski D., *Pénalité, Management, innovation*, Namur, Presses universitaires de Namur, 2009.
- Krauss D. A., Scurich N., « Risk assessment in the Law: Legal admissibility, scientific validity and some disparities between research and practice », *Behavioral Sciences and the Law*, 2013, n° 31, 215-229.
- Lamanda V., *Amoindrir les risques de récidive des condamnés dangereux*, Rapport au Président de la République, 2008.
- Lameyre X., « Pour une éthique des soins pénalement obligés », *Rev. Sc. Crim.*, 2001, 524.
- Lameyre X., « Penser les soins pénalement obligés. Un impératif éthique », in Collectif, *Les soins obligés*, Paris, Dalloz, 2002.
- Lameyre X., « Les soins pénalement ordonnés, une pratique limite », *Annales médico-psychologiques*, 2004, 162, 657-661.
- Lancelevée C., *Quand la prison prend soin : enquête sur les pratiques professionnelles de santé mentale en milieu carcéral en France et en Allemagne*, Thèse, EHESS, 2016.
- Landron G., « Du fou social au fou médical. Genèse parlementaire de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés », *Déviante et société*, 1995, vol. 19, n°1, 3-21.
- Larminat (de) X., « La probation en quête d'approbation : du consensus politique à l'aveuglement positiviste », *Archives de Politique Criminelle*, 2013, n° 35, 45-60.
- Larminat (de) X., « La technologie de mise à distance des condamnés en France. La centralisation informatique des données socio-judiciaires », *Déviante et Société*, 2013, vol. 37, n° 3, 359-373.
- Larminat (de) X., « Un continuum pénal hybride », *Champ pénal/Penal field* [En ligne], Vol. XI | 2014a, mis en ligne le 18 novembre 2014. URL [<http://champpenal.revues.org/8965>] ; DOI : 10.4000/champpenal.8965.
- Larminat (de) X., *Hors des murs. L'exécution des peines en milieu ouvert*, Paris, PUF, 2014b.
- Larrieu P., « Regards éthiques sur les applications juridiques des neurosciences. Entre blouses blanches et robes noires », *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, 2012, vol. 68, n°1, 162 et s.
- Lasseguette K. et al., « Prise en charge psychiatrique des délinquants sexuels et loi du 17 juin 1998 : enquête en Aquitaine en 2002 », *Journal de médecine légale, droit médical*, 2004, vol. 47, n° 1, 74-80.
- Laugier S., Paperman P. (dir.), *Le souci des autres. Éthique et politique du care*, nouvelle édition augmentée, Paris, EHESS, coll. « Raisons pratiques », 2011.
- Le Bodic C., Michelot M., Robin D., « Les soins pénalement ordonnés. Cadre légal et revue de la littérature », *Annales Médico-Psychologiques*, 2015, n° 173, 197-202.
- Lécu A., *Le secret médical. Vie et mort*, Paris, éd. du Cerf, 2016.
- Lee J.K.P., Jackson H.J., Pattison P., Ward T., « Developmental risk factors for sexual offending », *Child Abuse & Neglect*, 2002, vol. 26, n° 1, 73-92.
- Le Goaziou V., *Le viol, aspects sociologiques d'un crime*, Paris, La documentation française, 2011.
- Lemperière T., *Evaluation et expertise psychiatrique des condamnés*, Rapport au Ministre de la justice, 1994.
- Lhuillier D. (dir.), « Changements et constructions des identités professionnelles : les travailleurs sociaux pénitentiaires », *PsyForm*, 2007, 125.
- Losel F., Schmucker M., « The effectiveness of Treatment for Sexual Offenders: a comprehensive meta-analysis », *Journal of Experimental Criminology*, 2005, vol. 1, n° 1, 117-146.
- Lund C. A., « Predictors of sexual recidivism: did meta-analysis clarify the role and relevance of denial? », *Sexual Abuse: a journal of research and treatment*, 2000, vol. 12, n° 4, 275-287.
- Lussier P., Davies G., « A person-oriented perspective on sexual offenders, offending trajectories, and risk of recidivism: A new challenge for policymakers, risk assessors, and actuarial prediction? », *Psychology, Public Policy, and Law*, 2011, vol. 17, n° 4, 530-561.
- Mc Cord, J., *Crime and Family. Selected essays of Joan Mc Cord*, Geoffrey Sayre-McCord Editor, Temple University Press, 2007.

- Manzanera C., Teillard-Dirat M., Senon J.-L., « Troubles de la personnalité, expertise pénale psychiatrique et altération du discernement », in Coutanceau R., Smith J., *Troubles de la personnalité. Ni psychotiques, ni névrotiques, ni pervers, ni normaux...*, Paris, Dunod, 2013, 204-216.
- Marange V., « Bêtes de promesses, bêtes de mensonges? Puniton et prévention », *La Revue Agora. Éthique, Médecine, Société*, 1994, n° 30, 57.
- Marques A., Saetta S., Tartour T., « Des murailles de papier. La contrainte aux soins en ambulatoire », *Revue française des affaires sociales*, 2016, n° 2, 57-74.
- Martel J., Brassard R., Jaccoud M., « When two worlds collide risk management in Canadian Aboriginal corrections », *British Journal of Criminology*, 2011, vol. 51, n° 2, 235-255.
- Mary P., « Pénalité et gestion risque ; vers une justice « actuarielle » en Europe », *Déviance et société*, 2001, vol. 25, n° 1, 33-51.
- McGrath R. J., Cumming G. F., Burhcard S. Z., Ellerby L., *Current practices and emerging trends in sexual abuser management: The Safer Society 2009 North American Survey*, Brandon (Vt.), Safer Society Press, 2010.
- McSherry B., *Managing Fear: The Law and Ethics of Preventive Detention and Risk Assessment*, Oxford, Routledge, 2013.
- Medjkane M., « À propos du partage d'informations entre autorités administrative et judiciaire », *Dalloz, Actualité Juridique Pénal*, 2017, n° 4, 198 et s.
- Meunier F., Ravit M., « L'évaluation du fait criminel : entre soins et sanctions », *Criminologie*, 2015, vol. 48, n° 1, 59-76.
- Middelton D., *Le traitement et la gestion du risque de récidive des délinquants sexuels en Angleterre et au Pays de Galles*, PC-DS, Conseil de l'Europe, 2004.
- Miele C., Lambrinidis C., Lacambre M., « Les CRIAVS : des structures de service public destinées aux professionnels confrontés à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles », *European Psychiatry*, 2014, vol. 29, n° 8, 625.
- Milburn P., Jamet L., *La prévention de la récidive comme secteur de l'action institutionnelle : processus d'ajustements entre acteurs, normes et pratiques*, Recherche réalisée avec le soutien de la Mission de recherche Droit et Justice, Paris, GIP, Rapport final de recherche, 2013.
- Milburn P., Jamet L., « Prévention de la récidive : les services de probation et d'insertion français dans la tourmente », *Champ pénal/Penal field* [En ligne], Vol. XI | 2014. URL [<http://champpenal.revues.org/8936>].
- Millaud F., Dubreucq J.-L., 2012, Les outils d'évaluation du risque de violence : avantages et limites, *L'information Psychiatrique*, 88, n° 6, 431-437.
- Mills J. F., Kroner D. G., « The effect of discordance among violence and general recidivism risk estimates on predictive accuracy », *Criminal Behaviour and Mental Health*, 2006, n° 16, 155-166.
- Milly B., *Soigner en prison*, Paris, PUF, 2001.
- Minard M., *Le DSM-Roi. La psychiatrie américaine et la fabrique des diagnostics*, Toulouse, Érès, 2013.
- Mistretta P., 2011, « L'illusion du consentement du délinquant à l'acte médical et aux soins en droit pénal », *Revue internationale de droit pénal*, n° 82, 19-39.
- Mohammed M. (dir.), *Les sorties de délinquance. Théories, méthodes, enquêtes*, Paris, La Découverte, coll. « Recherches », 2012.
- Monahan J., *Predicting violent behavior: An assessment of the clinical techniques*, Beverly Hills (CA), Sage, 1981.
- Monahan, « Clinical and Actuarial Predictions of Violence (from modern scientific evidence: the law and science of expert testimony) », in Faigman D., Kaye D., Saks M., Sanders J. (eds), *From modern scientific evidence: the law and the science expert testimony*, St. Paul, Minnesota, West Publishing Corporation, 1997, 1, 300-318.
- Mossman D., « Evaluating risk assessments using receiver operating characteristic analysis: Rationale, advantages, insights, and limitations », *Behavioral Sciences & the Law*, 2013, vol. 31, n° 1, 23-39.
- Moulin V., Palaric R., Gravier B., 2012, Quelle position professionnelle adopter face à la diversité des problèmes posés par l'évaluation des dangersités ?, *L'information Psychiatrique*, 2012, vol. 88, n° 8, 617-629.

- Moulin V., Palaric R., « Les groupes de parole de prévention de la récidive au sein des SPIP », *Champ pénal/Penal field* [En ligne], Vol. XI | 2014, mis en ligne le 24 novembre 2014, URL [<http://champpenal.revues.org/8955>].
- Mucchielli L., *Familles et délinquances. Un bilan pluridisciplinaire des recherches francophones et anglophones*, Guyancourt, CESDIP, 2000.
- Mucchielli L., « Quelques réflexions critiques sur la « psychopathologie des banlieues » », *VEI Enjeux*, 2001, n° 126, 102-114.
- Muller C., Wildeman C., « Punishment and Inequality », in Simon J., Sparks R. (eds), *The Sage handbook of Punishment and Society*, London, Sage, 2013, 169-185.
- Niveau G., *Évaluation de la dangerosité et du risque de récidive*, Paris, L'Harmattan, 2012.
- Nunes K. L., Hanson R. K., Firestone P., Moulden H. M., Greenberg D. M., Bradford J. M., « Denial predicts recidivism for some sexual offenders, Sexual Abuse: a journal of research and treatment, 2007, vol. 9, n° 2, 91-105.
- Obradovic I, *Trente ans de réponse pénale à l'usage de stupéfiants*, Tendances n°103, OFDT, 2015.
- Odiar B., « On m'a dit de venir. L'obligation judiciaire de soin », *L'information Psychiatrique*, 2007, vol. 83, n° 1, 9-12.
- Oleson J. C., « Risk in sentencing: Constitutionally-Suspect Variables and Evidence-Based Sentencing », *Southern Methodist University Law Review*, 2011, n° 64, 1329-1404.
- Orsat M., Auffret E., Brunetière C. et al., « Les soins pénalement ordonnés : une analyse d'une pratique complexe à travers une revue de la littérature », *L'encéphale*, 2015, n° 41, 420-428.
- Pager D., « The Mark of a Criminal Record », *American Journal of sociology*, 2003, vol. 108, n° 5, 937-975.
- Pager D., « The Republican Ideal? Ethnic Minorities and the Criminal Justice System in Contemporary France », *Punishment and Society*, 2008, vol. 10, n° 4, 375-400.
- Pérez-Diaz C., Huré M.-S., *Violences, alcool et santé mentale. Alcoologie et addictologie*, 2006.
- Pernanen K., Cousineau M.-M., Brochu S., Sun F., *Proportions des crimes associés à l'alcool et aux autres drogues au Canada*, Canadian Centre on Substance Abuse, 2002.
- Prins S.J., « The Prevalence of Mental Illnesses in U.S. State Prisons: A Systematic Review », *Psychiatric Services*, 2014, vol. 65, n° 7, 862-872.
- Protais C., *Sous l'emprise de la folie ? L'expertise judiciaire face à la maladie mentale (1950-2007)*, Paris, éd. EHESS, 2016.
- Proulx J., Lussier P., « La prédiction de la récidive chez les agresseurs sexuels », *Criminologie*, 2001, vol. 34, n° 1, 9-29.
- Quinsey V. L., Harris G. T., Rice G. T., Cormier, C. A., *Violent offenders: Appraising and managing risk*, Washington, DC, American Psychological Association, 1998.
- Quirion B., « Traiter les délinquants ou contrôler les conduites : le dispositif thérapeutique à l'ère de la nouvelle pénologie », *Criminologie*, 2006, vol. 39, n° 2, 137-164.
- Quirion B., « Le détenu autonome et responsable : la nouvelle cible de l'intervention correctionnelle au Canada », *Revue de droit pénal et de criminologie*, 2009, n° 7-8, 818-835.
- Quirion B., « Réformer, réadapter ou responsabiliser le détenu. Analyse des enjeux normatifs rattachés à l'intervention correctionnelle au Canada », *Déviance et Société*, 2012, vol. 36, n° 3, 339-355.
- Quirion B., D'Addese L., « De l'évaluation clinique au calcul de probabilité : le recours aux outils actuariels dans les pénitenciers canadiens », *Criminologie*, 2011, vol. 44, n° 2, 225-250.
- Raynor P., Lewis S., « Risk-need assessment, sentencing and minority ethnic offenders in Britain », *British Journal of Social Work*, 2011, vol. 41, n° 7, 1357-1371.
- Razac O., Gouriou F., Salle G., « La « prévention de la récidive » ou les conflits de rationalités de la probation française », *Champ pénal/Penal field* [Online], Vol. XI | 2014, URL [<http://champpenal.revues.org/8932>].
- Reckdenwald A., Mancini C., Beaugard E., « The cycle of violence: examining the impact of maltreatment early in life on adult offending », *Violence and Victims*, 2013, vol. 28, n° 3, 466-482.

- Reichman N., 1986, Managing crime risks: Toward an insurance-based model of social control, *Research in Law, Deviance and Social Control*, n° 8, 151-172.
- Renneville M., *Crime et folie : deux siècles d'enquêtes médicales et judiciaires*, Paris, Fayard, 2003.
- Robert J.-H., « Le plancher et la thérapeute. Commentaire de la loi 2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs », *Dr. Pén.*, 2017, études n°20.
- Robinson R., « Exploring risk management in probation practice, contemporary developments in England and Wales », *Punishment & society*, 2002, vol. 4, n° 1, 5-25.
- Roets D., *Le suivi socio-judiciaire*, Fasc 20, JurisClasseur Pénal, Code art. 131-36-1 à 131-36-8.
- Saetta S., « La construction langagière de la " vérité " judiciaire par les experts psychiatres et les magistrats », *Langage et société*, 2011, vol. 136), n° 2, 109-128.
- Saetta S., *L'intervention de l'expert psychiatre dans les affaires criminelles : de la production d'un discours à sa participation au jugement : Grand-Duché de Luxembourg et France*, Thèse, Université de Toulouse, 2012.
- Saetta S., « Inciter des auteurs d'infractions à caractère sexuel incarcérés à se soigner », *Champ pénal/Penal field* [En ligne], Vol. XIII | 2016, mis en ligne le 06 octobre 2016. URL [<http://champpenal.revues.org/9401>].
- Saetta S, Sicot F., Renard T., « Les usages des expertises psy au procès d'assises et les définitions pratiques de la responsabilité », *Déviante et Société*, 2010, vol. 34, n° 4, 647-669.
- Salvage P., « La grande délinquance est-elle une maladie ? », *Droit Pénal*, 2010, études n° 3.
- Sannier O, Verfaillie F., Lavielle D, « Réduction des risques et usages de drogues en détention : une stratégie sanitaire déficitaire et inefficace », *Presse Med.*, 2012.
- Savin B., « Compréhension psychodynamique et approches thérapeutiques des violences sexuelles », *Archives de politique criminelle*, 2012, n° 34, 123-133.
- Senon J.-L., « La psychiatrie à l'épreuve de l'insécurité sociale : la dangerosité ou plutôt la prédiction du risque de violence en toile de fond du débat psychiatrie-justice », *L'Information psychiatrique*, 2012, vol. 88, n° 6, 407-414.
- Senon J.-L. et Manzanera C., « Psychiatrie et justice pénale ; à la difficile recherche d'un équilibre entre soigner et punir », *AJ Pénal*, 2005, 353 et s.
- Senon J.-L., Pascal J.-C., Rossinelli G., (dir.), *Expertise psychiatrique pénale, Audition publique des 25 et 26 janvier 2007*, Fédération Française de Psychiatrie, Montrouge, John Libbey Eurotext, 2007.
- Senon J.-L., Voyer M., Paillard C., Jaafari N., « Dangerosité criminologique : données contextuelles, enjeux cliniques et experts », *L'information psychiatrique*, 2009, n° 85, 719-725.
- Serre D., *Les coulisses de l'Etat social. Enquête sur les signalements d'enfant en danger*, Paris, éd. Raisons d'agir, 2009.
- Setbon M., *L'injonction thérapeutique. Évaluation du dispositif légal de prise en charge sanitaire des usagers de drogues interpellés*, OFDT, Etude n°21, 2000.
- Silver E., Miller L. L., « A Cautionary Note on the Use of Actuarial Risk Assessment Tools for Social Control », *Crime & Delinquency*, 2002, vol. 8, n° 1, 138-161.
- Simmat-Durand L., Martineau H., « Vingt-cinq années de répression de l'usage illicite de stupéfiants », *Population*, 1999, n° 4/5, 777-791.
- Simmat-Durand L., « Les obligations de soins : une pratique ambiguë », *Déviante et société*, 1999, vol. 23, n°4, 421-436.
- Simmat-Durand L., « Injonctions thérapeutiques aux usagers de stupéfiants : disparités régionales », *Santé publique*, 2000, n° 3, 405-418.
- Simmat-Durand L., *La lutte contre la toxicomanie, de la législation à la réglementation*, Paris, L'Harmattan, 2001.
- Simmons J. P., Nelson L. D., Simonsohn U., « False-positive Psychology: Undisclosed Flexibility in Data Collection and Analysis Allows Presenting Anything as Significant », *Psychological Science*, 2011, vol. XX, n° X, 1-8.
- Singh J. P., Fazel S., « Forensic risk assessment: a metareview », *Criminal Justice and Behavior*, 2010, n° 37, 965-988.

- Singh J. P., Grann M., Fazel S., « A comparative study of risk assessment tools: a systematic review and metaregression analysis of 68 studies involving 25,980 participants », *Clinical Psychology Review*, 2011, vol. 31, n° 3, 499-513.
- Singh J. P., Grann M., Fazel S., « Authorship Bias in Violence Risk Assessment? A Systematic Review and Meta-Analysis », *Plos one*, 2013, vol. 8, n° 9, e72484.
- 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*, 2007, IV, Varia.
- Spriet H., Abondo M., Naudet F. *et al.*, « L'indication d'injonction de soin repose-t-elle sur un diagnostic médical ? », *L'Encéphale*, 2014, vol. 40, n° 4, 295-300.
- Starr S. B., « Evidence-Based Sentencing and the Scientific Rationalization of Discrimination », *Stanford law review*, 2014, n° 66, 803-872.
- Steadman H. J., « Boundary Spanners: A Key Component for the Effective Interactions of the Justice and Mental Health Systems », *Law and Human Behavior*, 1992, vol. 16, n° 1, 75-87.
- Tesson J., Cordier B., Thibaut F., « Loi du 17 juin 1998 : bilan de l'expérience des médecins coordonnateurs en Haute Normandie », *L'Encéphale*, 2012, vol. 38, n° 2, 133-140.
- Vacheret M., « Sciences criminologiques, peines de prison et professionnels », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, 2010, n° 4, 983-987.
- Vacheron M.-N., Cornic F., Gourevitch R., *La prise en charge des états réputés dangereux*, Paris, Masson, 2010.
- van de Kerchove M., « Le juge et le psychiatre. Évolution de leurs pouvoirs respectifs », in Gérard P., Ost F., van de Kerchove M., *Fonction de juger et pouvoir judiciaire. Transformations et déplacements*, Bruxelles, Presses des facultés universitaires de Saint-Louis, 1983, 311-390.
- Vanhamme F., Beyens K. « La recherche en sentencing : un survol contextualisé », *Déviance et Société*, 2007, vol. 31, n° 2, 199-228.
- Ventéjoux A., Hirschelmann A., « Soins pénalement ordonnés et positionnements professionnels : des pratiques au carrefour de la santé et de la justice », *Pratiques Psychologiques*, 2014, n° 20, 95-110.
- Verdrager P., *L'enfant interdit. Comment la pédophilie est devenue scandaleuse*, Paris, Armand Colin, 2013.
- Verschoot O., *Du déni au crime. Des origines psychologiques de la violence*, Paris, IMAGO, 2014.
- Vogel (de) V., Vries Robbé (de) M., De Ruitter C., Bouman Y., « Assessing protective factors in forensic psychiatric practice: introducing the SAPROF », *International Journal of Forensic mental health*, 2011, 10, 171-177.
- Vogelvang B., Tigges L., « Qu'est ce qui « marche » et « ne marche pas » pour prévenir la récidive dans le cadre de la probation ? », in Mbanzoulou P., Herzog-Evans M., Courtine S. (dir.), *Insertion et désistance des personnes placées sous main de justice. Savoirs et pratiques*, Paris, L'Harmattan, 2012, 199-241.
- Vrieze S. I., Grove W. M., « Multidimensional assessment of criminal recidivism: problems, pitfalls, and proposed solutions », *Psychological assessment*, 2010, vol. 22, n° 2, 382-395.
- Wakefield S., Uggen C., « Incarceration and Stratification », *Annual Review of Sociology*, 2010, n° 36, 387-406.
- Wyvekens A., *L'insertion locale de la justice pénale. Aux origines de la justice de proximité*, Paris, L'Harmattan, 1997.
- Yang M, Wong S. C., Coid J., « The efficacy of violence prediction: A meta-analytic comparison of nine risk assessment tools », *Psychological Bulletin*, 2010, vol. 136, n° 5, 740-767.
- Zagury D., « Perversion-Perversité : une recomposition à partir de la clinique médico-légale », in Coutanceau R., Smith J., *Troubles de la personnalité. Ni psychotiques, ni névrotiques, ni pervers, ni normaux...*, Paris, Dunod, 2013, 50-61.

# Table des matières

<b>Introduction .....</b>	<b>5</b>
1. L'émergence des soins pénalement ordonnés en milieu ouvert.....	11
2. La genèse de l'injonction de soin.....	16
3. Une extension continue du dispositif.....	21
4. Questions et enjeux de la recherche.....	23
5. Méthodes et terrain d'enquête .....	27
6. Trame générale du rapport.....	32
 <b>Première partie : Le public-cible du suivi socio-judiciaire et de l'injonction de soin .....</b>	 <b>33</b>
 <b>Chapitre 1- Les caractéristiques des condamnés de l'échantillon.....</b>	 <b>36</b>
Section 1- Les trajectoires pénales des condamnés à un suivi socio-judiciaire .....	36
§1- Une extension relative du champ d'application du suivi socio-judiciaire.....	36
A- Un cœur de cible : les délinquants sexuels.....	36
B- Une attention soutenue envers les multi-réitérants.....	38
1- Une forte proportion d'affaires impliquant une pluralité de victimes.....	38
2- Une forte proportion de récidivistes .....	41
§2- Le suivi socio-judiciaire : une peine complémentaire qui se substitue rarement à l'emprisonnement.....	44
A- Des délinquants majoritairement placés en détention provisoire en amont du jugement .....	44
B- Des délinquants généralement condamnés à une peine privative de liberté.....	45
§3- Un contrôle post-carcéral prononcé pour de longues périodes .....	46
Section 2- Les trajectoires socio-biographiques des condamnés à un suivi socio-judiciaire.....	47
§1- Des condamnés d'origine populaire.....	47
§2- Des enfances insécurisées .....	50
§3- Déclassement et désaffiliation .....	54
§4- Des destins scolaires forcés.....	55
§5 - Socialisations et dispositions déviantes .....	59
§6- Quelques stables, beaucoup d'instables (professionnellement).....	61
Section 3- Les problématiques psychopathologiques des condamnés à un suivi socio-judiciaire.....	63
§1- Les différentes problématiques psychopathologiques .....	63
A- Les addictions.....	63
B- Les pathologies mentales, troubles et traits de personnalité.....	67

C- Les déficiences intellectuelles.....	76
§2- La question de l'altération et de l'abolition du discernement.....	78
A- Une abolition du discernement systématiquement exclue.....	78
B- Des altérations du discernement plus fréquentes.....	83

## **Chapitre 2- Le prononcé de l'injonction de soin ..... 89**

Section 1- Le sens de l'injonction de soin : des conceptions professionnelles plurielles.....	89
§1 – Une ambition clinique.....	89
A- Un « pari » pour favoriser l'accès et l'adhésion aux soins.....	89
B- La contrainte : un préalable obligé.....	94
C- Les objectifs de la thérapie : entre étayage psychologique et prévention de la récidence.....	96
§2- Un instrument supplémentaire de contrôle et de surveillance.....	100
A- Une réponse aux faiblesses de l'obligation de soin.....	101
B- Une surveillance médicale plus soutenue.....	104
§3- Une meilleure articulation des pratiques : des attentes différenciées.....	106
A- Les finalités de l'articulation des pratiques selon les soignants : « libérer le thérapeute d'une liaison avec la justice ».....	106
B- Les finalités de l'articulation des pratiques selon les acteurs pénaux : développer les échanges d'informations pour crédibiliser le contrôle judiciaire.....	109
Section 2- Un prononcé théoriquement subordonné aux conclusions des expertises.....	110
§1- La recommandation quasi-systématique de soins.....	110
A- La fréquence des recommandations de soins.....	111
B- Les justifications du traitement.....	113
C- La rareté des avis défavorables au prononcé de l'injonction.....	113
1- Des divergences d'interprétation sur les critères d'exclusion de l'injonction de soin.....	113
a- <i>L'absence de maladie mentale ou de déviance sexuelle</i> .....	114
b- <i>La négation des faits</i> .....	114
c- <i>La figure du « pervers incurable »</i> .....	116
d- <i>La présence de déficiences mentales</i> .....	119
e- <i>Le cas particulier des psychotiques</i> .....	120
2- La formulation de simples réserves.....	122
D- Une absence de filtre critiquée.....	122
§2- Le poids supplémentaire de l'évaluation de la dangerosité.....	125
A- Des risques le plus souvent relevés.....	125
B- Les principaux critères d'évaluation des risques.....	130
1- La nature de l'infraction.....	132
2- Les antécédents judiciaires.....	134
3- Les addictions.....	134

4-	Les troubles psychiques .....	135
5-	Les caractéristiques sociodémographiques .....	137
a-	<i>L'âge du condamné</i> .....	138
b-	<i>Les diplômes et le parcours scolaire</i> .....	139
c-	<i>L'insertion professionnelle, l'environnement social et affectif</i> .....	139
6-	Les soins et le comportement en détention .....	143
7-	La reconnaissance des faits, les sentiments de culpabilité et d'empathie envers la victime 145	
§3-	Une remise en cause des pratiques expertales ?.....	154
A-	Une critique des méthodes classiques d'appréhension des risques de récidive .....	155
1-	Les pratiques des experts : une évaluation clinique qualitative .....	155
a-	<i>L'entretien avec le condamné</i> .....	155
b-	<i>La consultation du dossier</i> .....	159
c-	<i>Une évaluation qualitative</i> .....	161
d-	<i>Des rapports d'expertises silencieux sur les méthodes de l'expert et la durée des expertises</i> .....	162
2-	Des conditions de réalisation déplorées .....	163
3-	Une critique de la surévaluation des risques.....	168
a-	<i>Un constat déduit du contexte de responsabilisation des experts</i> .....	168
b-	<i>Une critique mesurée</i> .....	169
B-	Des instruments concurrentiels standardisés : vers une acculturation française ? ....	177
1-	Des instruments concurrentiels : les échelles actuarielles et semi-actuarielles.....	177
2-	Une lente acculturation française .....	179
a-	<i>Des résistances professionnelles</i> .....	180
b-	<i>Des « pressions » scientifiques, politiques et institutionnelles : vers une structuration progressive des pratiques d'évaluation</i> .....	195
c-	<i>Des limites scientifiques et des considérations éthiques sous-évaluées</i> .....	198
Section 3 –	Une quasi-systématisation du prononcé de l'injonction de soin.....	205
§1-	Le sentiment partagé d'une automaticité : une « ouverture de parapluie » ?.....	205
§2-	Un prononcé sélectif au stade du jugement.....	209
A-	La primauté des critères pénaux .....	209
B-	L'influence de la reconnaissance des faits .....	214
C-	L'influence des critères tenant à la personnalité du condamné .....	215
1-	La trajectoire sociale et biographique .....	216
2-	Les troubles psychopathologiques et les addictions.....	218
a-	<i>Les addictions</i> .....	218
b-	<i>Les problématiques psychopathologiques</i> .....	218
D-	L'influence de l'évaluation de la dangerosité et de la recommandation expertale de soin .....	220
§3-	L'inadéquation du prononcé de l'injonction de soin lors du jugement : une temporalité contestée .....	221
§4-	Une extension du dispositif au stade post-sentenciel .....	226

## **Deuxième partie : Le déroulement de l'injonction de soin..... 231**

### **Chapitre 1 - La force des incitations judiciaires : un démarrage des soins dès l'incarcération..... 232**

Section 1 – Le dispositif de l'incitation aux soins.....	233
§1- Un consentement sous contrainte.....	233
§2- Le dispositif en pratiques .....	235
A- L'incitation judiciaire et pénitentiaire .....	235
1- Le rôle du CPIP en détention .....	235
2- Des programmes d'intervention à la frontière de la thérapie .....	238
B- L'incitation médicale.....	244
1- Des établissements spécialisés .....	245
2- L'amorce de soins ou d'entretiens « pré-thérapeutiques ».....	246
Section 2- Une contrainte parfaitement intégrée, sinon anticipée .....	262
§1- Des soins presque systématiquement engagés .....	262
§2- Le positionnement des détenus par rapport au soin : entre soumission passive, perspective utilitaire et véritable adhésion .....	264

### **Chapitre 2 – Le suivi en milieu ouvert ..... 273**

Section 1- La prise en charge thérapeutique .....	273
§1- Trouver un thérapeute en milieu ouvert : un « parcours du combattant » ?.....	273
A- Des centres médico-psychologiques saturés .....	274
1- Le manque de moyens .....	275
2- Entre refus de prise en charge et dissuasion de la clientèle pénale .....	276
3- Des réticences plus profondes.....	281
B- L'institutionnalisation de consultations spécialisées : entre nécessité pratique et risque d'une filière ségrégative.....	291
§2- Le déroulement du suivi médical .....	298
A- Des changements fréquents de thérapeutes .....	299
B- Les réactions des thérapeutes en présence d'un suivi irrégulier et/ou non investi....	301
1- Le signalement au médecin coordonnateur et/ou aux acteurs judiciaires .....	301
2- L'interruption du suivi médical .....	306
C- Les soins dans la durée : des « bricolages » à défaut de relèvement.....	308
Section 2- Les pratiques des médecins coordonnateurs : des passeurs de frontières ?.....	311
§1- La pénurie de médecins coordonnateurs investis.....	312
§2- Des pratiques diversifiées .....	318
A- Une position incertaine entre expert et thérapeute .....	320
1- Les relations avec le condamné .....	320
2- Les prises de contacts auprès des thérapeutes.....	326

B-	Les rapports adressés au JAP : des pratiques rédactionnelles diversifiées.....	327
§3-	Les signalements aux autorités judiciaires .....	347
A-	Une fonction de recadrage en amont du signalement.....	347
B-	Des signalements en présence d'absence répétées .....	350
1-	Un interlocuteur privilégié : le JAP .....	351
2-	Les contacts établis avec les agents de probation .....	353
Section 3 – Le contrôle judiciaire de l'injonction de soin .....		355
§1-	La prise en charge des condamnés à un suivi socio-judiciaire : des mesures spécifiques ? .....	358
A-	Un suivi plus intensif.....	358
B-	L'analyse du passage à l'acte : une dimension omniprésente mais complexe .....	372
§2-	Entre retrait et incursion dans le déroulement des soins : le positionnement incertain des agents de probation.....	381
A-	Les missions et pratiques des CPIP dans le déroulement de l'injonction .....	382
B-	Le condamné face à la multiplicité des interlocuteurs : un risque de lassitude .....	391
§3-	Le signalement et la sanction des manquements.....	393
A-	Les manquements aux contrôles judiciaires .....	393
B-	Le signalement des suivis problématiques au JAP.....	398
C-	La sanction des manquements.....	405

### **Chapitre 3- Entre confrontation et articulation des pratiques : des tensions inévitables ?..... 409**

Section 1- Des tensions sur le plan de l'échange d'informations .....		410
§1-	Des soignants déplorant la permanence des incursions judiciaires dans le déroulement des soins.....	410
§2-	Des acteurs judiciaires déplorant le silence des soignants .....	415
A-	Des incertitudes et incompréhensions professionnelles sur la portée du secret médical. ....	416
B-	Des tensions cristallisées sur la délivrance d'attestations .....	423
C-	L'existence de quelques échanges d'informations.....	430
Section 2- Des tensions majorées par l'absence d'investissement dans des espaces collectifs de discussion.....		438

Conclusion..... 452

Bibliographie..... 456

Table des matières .....

## Résumé

Sans abandonner les figures traditionnelles de dangerosité que constituent le « *fou* » et le « *junkie* », les paniques morales se sont déportées dans les années 1990 sur les délinquants sexuels, plus particulièrement les pédophiles, diabolisés à la suite de plusieurs faits divers défrayant la chronique. Assimilés à de dangereux « prédateurs » inévitablement récidivistes, ceux-ci sont dans le même temps perçus comme des « malades » qu'il faudrait soigner et surveiller sans discontinuer, tant pénalement que médicalement. À la suite de débats impliquant des juristes, des psychiatres et des psychologues, le législateur a donc consacré en 1998 un dispositif spécifique, sous la forme d'un suivi socio-judiciaire comprenant une injonction de soin, dont le champ d'application n'a toutefois cessé de s'étendre à d'autres formes de délinquance (violences conjugales, incendies volontaires, etc.). Ce rapport restitue les résultats d'une recherche empirique étudiant la mise en œuvre des injonctions de soin dans le ressort d'un tribunal de grande instance de l'ouest de la France. Cette étude s'appuie sur l'analyse d'une centaine de dossiers d'agents de probation et d'une trentaine d'entretiens auprès de l'ensemble des professionnels impliqués (juges de l'application des peines, magistrats du parquet et des formations de jugement, conseillers d'insertion et de probation, psychiatres et psychologues, médecins coordonnateurs). Une première partie vise à déterminer les caractéristiques du public-cible du suivi socio-judiciaire et les critères décisionnels mobilisés par les magistrats concernant le prononcé d'une injonction de soin. La deuxième partie explore le processus d'exécution de ces mesures, en milieu fermé puis en milieu ouvert, à l'aide d'une analyse des pratiques des médecins coordonnateurs, des soignants, des CPIP et des juges de l'application des peines. Elle s'attache également à identifier les modes relationnels des différents intervenants, ainsi que les tensions interprofessionnelles qui subsistent et qui se cristallisent dans une large mesure sur la question du secret médical.