Master 2

Droit de l'Exécution des peines et Droits de l'Homme

Institut de Droit et d'Économie d'Agen

Promotion Françoise Tulkens 2023-2024

L'ADHÉSION À L'OBLIGATION DE SOINS : CONCILIER OBLIGATION JUDICIAIRE ET SOINS MÉDICAUX

ÉTUDE MENÉE AU SEIN DU SERVICE PENITENTIAIRE D'INSERTION ET DE PROBATION DE VIENNE (38)

Mémoire présenté par **Elsa KRIKORIAN**

Sous la direction de Madame **Marie-Cécile GUÉRIN**

Maître de conférences en droit privé et sciences criminelles à l'Université

De Bordeaux, Institut de Sciences Criminelles et de la Justice

Master 2

Droit de l'Exécution des peines et Droits de l'Homme

Institut de Droit et d'Économie d'Agen

Promotion Françoise Tulkens 2023-2024

L'ADHÉSION À L'OBLIGATION DE SOINS : CONCILIER OBLIGATION JUDICIAIRE ET SOINS MÉDICAUX

ÉTUDE MENÉE AU SEIN DU SERVICE PENITENTIAIRE D'INSERTION ET DE PROBATION DE VIENNE (38)

Mémoire présenté par **Elsa KRIKORIAN**

Sous la direction de Madame **Marie-Cécile GUÉRIN**

Maître de conférences en Droit privé et sciences criminelles à l'Université

De Bordeaux, Institut de Sciences Criminelles et de la Justice

« *Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma main, sans aide extérieure non autorisée, qu'il n'a pas été présenté auparavant pour évaluation et qu'il n'a jamais été publié dans sa totalité ou en partie.*

Toutes parties, groupes de mots ou idées, aussi limités soient-ils, y compris tableaux, graphiques, carte etc. qui sont empruntés ou qui font référence à d'autres sources bibliographiques sont présentés comme tels (citations entre guillemets, références bibliographiques, sources pour tableaux et graphiques etc.). »

« *On peut consentir contre sa volonté* »

Homère, L'Iliade, IV, 43. cité par Patrick Mistretta, L'illusion du consentement du délinquant à l'acte médical et aux soins en droit pénal, Revue internationale de droit pénal, 2011, page 19

REMERCIEMENTS

Je remercie Madame Marie-Cécile Guérin, Maître de conférences en droit privé et sciences criminelles à l'Université de Bordeaux, pour avoir accepté de diriger mon mémoire et pour avoir suivi sa réalisation.

Je remercie Madame Ellena Resmond, directrice de l'antenne de Vienne du SPIP de l'Isère pour m'avoir accueillie au sein de son service, pour son aide précieuse et sa disponibilité, lors du stage et lors de la réalisation du mémoire.
Je remercie tous les CPIP pour m'avoir intégrée à l'équipe et permis d'assister aux entretiens individuels et aux réunions, ainsi que d'avoir accepté de répondre à mes questions.
Je remercie Madame Catherine Volpe pour la richesse des échanges qui ont permis l'émergence du plan de ce mémoire.

Je remercie le psychologue qui a éclairé l'approche médicale de ce mémoire mais qui a toutefois souhaité rester anonyme.

Je remercie la JAP de Vienne qui m'a consacré du temps pour expliquer sa pratique et sa vision de l'obligation de soins.

Je remercie l'avocate pénaliste à Lyon qui m'a accueillie en stage, et grâce à qui j'ai pu découvrir le monde de la défense et enrichir ma réflexion autour de ce mémoire.

Je ne remercie pas l'intelligence artificielle, loin de laquelle je me suis tenue.

Enfin, je remercie ma famille pour son soutien tout au long de mes cinq années d'études, dont ce mémoire est une forme d'aboutissement.

TABLE DES ABREVIATIONS

APPI : Application des Peines, Probation et Insertion

ARS : Agence Régionale de Santé

BEX : Bureau de l'Exécution des Peines

CMP : Centre Médico-psychologique

CP : Code Pénal

CPIP : Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

CPP : Code de Procédure Pénale

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSP : Code de la Santé Publique

DPIP : Directeur Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EM : Entretien Motivationnel

ICC : Interventions Cognitivo-Comportementales

IS : Injonction de Soins

IT : Injonction Thérapeutique

JAP : Juge de l'Application des peines

PPSMJ : Personne Placée Sous Main de Justice

PPR : Programme de Prévention de la Récidive

RBR : Risque Besoins Réceptivité

SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

SPO : Soins Pénalement Ordonnés

SOMMAIRE

Partie 1 : De la personne condamnée, **objet** d'une obligation

Chapitre 1 : La pertinence du prononcé judiciaire d'un suivi médical

Section 1 : **Un juge prescripteur de soins**

Section 2 : **La systématisation du prononcé de l'obligation de soins pour certaines catégories d'infractions**

Chapitre 2 : L'incitation aux soins

Section 1 : **Une judiciarisation de la médecine**

Section 2 : **La place du consentement aux soins de la personne condamnée**

Partie 2 : A la personne condamnée, **sujet** de son obligation

Chapitre 1 : **La recherche d'adaptation de l'obligation de soins au profil de la personne condamnée**

Section 1 : **La pluridisciplinarité au service du condamné**

Section 2 : **La réalité de l'obligation de soins**

Chapitre 2 : **L'obligation de soins comme outil de lutte contre la récidive**

Section 1 : **La temporalité de la mesure**

Section 2 : **Le positionnement ambivalent de la personne condamnée à l'issue de la mesure**

INTRODUCTION

« *Dans le cadre de l'obligation de soin, personne n'est à sa place* » affirme un psychologue[1] lors d'une réunion au Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP). Il fait référence aux postures professionnelles du juge qui prononce la mesure d'obligation de soins dans le cadre d'une sanction pénale, du juge qui suit le déroulé de la mesure, du Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (CPIP) chargé de la mesure, et du soignant impliqué dans le parcours de soins de la personne condamnée. Celle-ci doit trouver sa place au cœur du dispositif qui lie des intervenants judiciaires et des intervenants médicaux. Selon Marcel Colin, « L*'intervention de la loi s'avère un puissant adjuvant thérapeutiqu*e »[2] ; le fait d'être jugé puis condamné par une juridiction pénale participe à la prise de conscience du condamné mais peut s'avérer insuffisant. L'obligation de soins est prononcée pour la compléter et permettre à la personne condamnée de travailler sur le passage à l'acte et lui éviter de réitérer des faits délictueux. Les failles à l'exécution de cette obligation ont des conséquences lourdes puisque la personne condamnée court le risque d'être incarcérée. Pour que la sanction soit efficace, la personne condamnée doit être investie de son obligation. Les professionnels vont rechercher l'adhésion de la personne condamnée par différents leviers de collaboration, selon la catégorie d'infraction pour laquelle elle a été condamnée.

Si l'obligation de soins est une notion qui apparaît à différents endroits en droit privé selon Anne Ponseille qui cite dans sa thèse[3] le droit social, le droit de la consommation, le droit rural, le droit civil, le droit commercial, le droit de la famille, le droit des contrats et le droit de la propriété, l'obligation de soins étudiée dans ce mémoire ne concerne que celle relevant du domaine pénal. L'article central en la matière est l'article 132-45 du Code Pénal (CP) prévoyant les obligations particulières du sursis probatoire. Il dispose dans son 3° que l'individu doit « *se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation* ». L'obligation est prononcée en l'absence d'expertise médicale obligatoire. Le régime est particulièrement souple, laissant une large marge de manœuvre au juge, au CPIP et au soignant.

Il n'est pas possible de demander à une personne incarcérée de remplir une obligation de soins : celle-ci est suspendue pendant l'incarcération et ne devient effective qu'à la libération de la personne. Néanmoins, dès la détention, l'investissement dans un processus de soins pourra être

[1] Les témoignages des psychologues et psychiatres rencontrés ont été, à leur demande, anonymisés

[2] Marcel COLIN, Nul n'est tenu de se soigner ?, cité par André CIAVALDINI (dir.), Violences sexuelles, le soin sous contrôle judiciaire, éditions IN Press, 2003 cité par Prat Christophe, Dossier l'obligation de soins, soins ou accompagnements centrés sur la réduction de la récidive ? Exemples de pratique de psychologie appliquée en SPIP, AJ Pénal, Mars 2022 page 216

[3] FABAS-SERLOOTEN Anne-Laure, L'obligation de soins en droit privé, LGDJ (Lextenso éditions), Presses de l'Université Toulouse Capitole 1, 2015, §30

pris en compte au titre de l'octroi de réductions de peine, de demande de permissions de sortie ou d'aménagements de peine[4].

Ce mémoire traite à titre principal de l'obligation de soins prononcée dans le cadre d'un sursis probatoire, cependant l'obligation de soins peut être délivrée à différents moments de la procédure pénale ; « *De nombreuses dispositions définissant les peines exécutées en milieu ouvert, des aménagements de peine et des mesures de sureté renvoient à l'article 132-45 pour définir des obligations et interdictions pouvant être prescrites dans le cadre de leur mise en œuvre, si bien que l'obligation de soins est une mesure susceptible d'accompagner une multitude de dispositifs* »[5]. À titre pré-sentenciel, une obligation de soins peut être prononcée par le procureur de la République sous la forme de l'Injonction Thérapeutique (IT) dans le cadre d'une alternative aux poursuites de l'article 41-2 17° du Code de Procédure Pénale (CPP). Elle peut également être prononcée par le juge d'instruction ou le juge des libertés et de la détention dans le cadre du prononcé d'un contrôle judiciaire prévu par l'article 138 10° du CPP, ainsi que dans le cadre d'une assignation à résidence sous surveillance électronique prévue par l'article 142-5 du CPP. La recherche de l'adhésion aux soins d'une personne soumise à une obligation de soins avant toute condamnation paraît particulièrement difficile, puisque la personne n'a pas été reconnue coupable d'une infraction pouvant justifier des soins. La présomption d'innocence de la personne mise en cause parait contradictoire avec la prise de recul sur les faits et l'analyse des circonstances du passage à l'acte. L'obligation de soins perdure jusqu'à l'issue de l'instruction, lors de laquelle le juge pourra abandonner les poursuites ou renvoyer la personne devant un tribunal judiciaire ou une cour d'assises. En phase sentencielle, la juridiction de jugement peut la prononcer comme obligation particulière du régime probatoire de l'article 132-45 du CP ainsi que dans le cadre de l'ajournement avec probation de l'article 132-64 du CP. L'obligation peut être prononcée en matière de détention à domicile sous surveillance électronique selon le dernier alinéa de l'article 131-4-1 du CP. Elle peut être aussi adjointe au suivi socio judiciaire selon l'article 131-36-2 du CP. Elle peut être prononcée dans le cadre d'un aménagement de peine selon l'article 132-26 dernier alinéa du CP : détention à domicile sous surveillance électronique, semi-liberté et placement extérieur. L'obligation de soins peut être prononcée dans le cadre d'une libération conditionnelle selon l'article 731 du CPP. Enfin à titre post sentenciel, elle peut être prononcée dans le cadre d'une mesure de sûreté lorsque le suivi-socio-judiciaire n'a pas été prononcé selon l'article 706-136-1 du CPP.

Concernant la motivation de l'obligation de soins, l'article 485-1 du CPP dispose que « *Les obligations particulières du sursis probatoire n'ont pas à être motivées* ». Cependant, la Cour de

[4] Céline DUGAS et Hélène TAESH LECLERC (ENAP) L'obligation de soins, Comité Européen pour les problèmes criminels (CDPC), Conseil de coopération pénologique, 20 septembre 2012

[5] Anne PONSEILLE, Droit de l'exécution des peines, Édition Bruylant, Collection Paradigme Métiers, août 2021, paragraphe 684.

Cassation, dans un arrêt du 25 juillet 1995[6], rappelle que les obligations prononcées doivent être en lien avec les faits reprochés. Selon l'article 739 du CPP Alinéa 2, cette mesure peut être prononcée ou modifiée par le Juge de l'Application des Peines (JAP), par le biais d'une ordonnance motivée ou d'un débat contradictoire s'il est sollicité par le procureur de la République (article 712-8 du CPP).

Il n'existe pas de statistiques nationales sur le prononcé des obligations de soins, mais des études de terrain réalisées dans différents ressorts. Les éléments de réflexion de ce mémoire sont issus d'une étude effectuée dans le ressort du SPIP de Vienne (38) au 2 avril 2024 : sur un total de 777 condamnations à un sursis probatoire, tous types d'infractions confondues, 599 comportent une obligation de soins, ce qui représente 77% des jugements[7]. Il s'agit principalement de condamnation pour des délits. Les chiffres en annexes sont le résultat de l'étude quantitative réalisée dans le cadre d'un stage de cinq semaines du 25 mars au 26 avril 2024. L'extraction du logiciel APPI (Application des Peines, Probation et Insertion) recense les sursis probatoires partiels et totaux. L'objectif est d'analyser la fréquence du prononcé de l'obligation de soins et les catégories d'infractions concernées. L'extraction a été réalisée un jour donné : il n'est pas possible d'étendre l'extraction sur une période puisque tous les jours de nouvelles mesures débutent et d'autres mesures prennent fin. L'état de récidive n'est pas analysé compte tenu de la diversité des qualifications au sein d'une même condamnation, chacune d'entre elles pouvant être commise en état de récidive légale ou non. Les infractions sont réparties en quatre catégories : tout d'abord celle des condamnations pour une ou plusieurs infractions relatives à une consommation d'alcool et ou en lien avec des stupéfiants qui représente 29% des sursis[8] ; ensuite celle relative à une ou plusieurs infractions violentes et ou sexuelles qui représente 47% des sursis[9] ; une troisième catégorie regroupe les deux précédentes catégories de condamnations, c'est-à-dire celle comprenant au moins une infraction commise en présence d'alcool et ou de stupéfiants, en même temps qu'une ou plusieurs infractions violentes et ou sexuelles, catégorie qui représente 9% des sursis[10]. Les condamnations pour des infractions des catégories précitées n'excluent pas la présence d'autres infractions. Enfin, les infractions hors de ces catégories ont été regroupées dans une catégorie « autre » qui représente 15% des sursis[11]. Le propos se concentre sur les obligations de soins prononcées en phase sentencielle dans le cadre d'un sursis probatoire, cadre principal de prononcé des obligations de soins[12].

---

[6] Crim 25 juillet 1995 n°95-82.713, publié au Bulletin criminel 1995 n°259 p 727 RCS 1996 137 obs Dintilhac
[7] Annexe 1 : tableau récapitulatif n°1
[8] Annexe 2 : tableau récapitulatif n°2
[9] Annexe 2 : tableau récapitulatif n°2
[10] Annexe 2 : tableau récapitulatif n°2
[11] Annexe 2 : tableau récapitulatif n°2
[12] Clément MARGAINE, Étude des obligations applicables en milieu ouvert, Une analyse de la dimension coercitive de la probation, Rapport de recherche, Dossier thématique, Centre Interdisciplinaire de Recherche Appliquée au champ Pénitentiaire, Novembre 2016, pages 58,59, 60

Le terme soins est utilisé au pluriel car son contenu relève de l'appréciation du JAP et du SPIP ; il peut néanmoins avoir été guidé par la juridiction de jugement. Le contenu de l'obligation de soins impose « *le plus souvent d'inciter une personne à effectuer une démarche thérapeutique afin de se libérer d'une addiction, de bénéficier d'une prise en charge liée à une pathologie mentale ou encore d'apprendre à contrôler des réactions d'agressivité ou de violence à l'égard d'autrui* »[13]. L'obligation de soins suppose que la personne condamnée effectue des démarches de soins : consulter un soignant pour engager une réflexion par rapport à son passage à l'acte ou produire des analyses sanguines. Claude-Olivier Doron[14] utilise la notion de souffrance pour justifier le recours à un médecin ; la souffrance incite le patient à formuler une demande de soin, ce qui constitue une condition préalable pour que le soignant traite le patient. Le but des professionnels de santé est d'amener les personnes condamnées à formuler la demande de soins la plus authentique possible. Or lorsque le juge prononce une obligation de soins, il n'existe généralement ni souffrance ni demande de soins ; au contraire, les personnes condamnées ont tendance à percevoir l'obligation de soins comme s'ils étaient déclarés malades et atteints d'une maladie d'ordre psychologique. Le contenu de l'obligation est donc par nature très différent des autres obligations relevant de la probation comme les obligations de travail ou d'indemnisation. Le domaine médical intervient au cœur de la sanction pénale. Selon Jean-Marie Beney[15], « *la problématique de l'obligation de soins s'articule autour des deux piliers énoncés par la loi du 4 mars 2002[16] : l'intérêt individuel et l'intérêt collectif* ». Avec la médecine utilisée comme traitement de la délinquance, l'intérêt collectif ne doit pas faire oublier la place centrale de l'intérêt individuel de ce « patient pénal ». Le choix du soin est dicté par le JAP, affiné par le SPIP, et réalisé par un médecin. Le premier principe d'ordre médical est le consentement aux soins du patient ; Jean-Marie Beney affirme que « *Une intervention médicale contrainte, même insignifiante constitue une atteinte au droit au respect de la vie privée dont l'autorité judiciaire est garante* »[17]. L'article L1111-4 du Code de la Santé Publique (CSP) dispose que « *Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement* » (alinéa 2). L'alinéa 4 précise 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* ». La Règle Européenne relative à la Probation[18] n°6, adoptée le 20 janvier 2010, dispose également que « *Les services de*

[13] Mesures de soins pénalement ordonnées au stade post-sentenciel, obligation et injonction de soins, direction des affaires criminelles et des grâces, ministère de la justice, décembre 2017
[14] Claude-Olivier DORON, Soigner par la souffrance, La prise en charge des auteurs de violences sexuelles, Les cahiers du centre Georges Canguilhem 2010/1 (N°4) Éditions Presses Universitaires de France, Pages 87 à 113
[15] Jean-Marie BENEY, Obligation de soins : aspects juridiques, éthiques et médicaux, Bull. Acad. Natle Méd., 2006, 190, no 6, 1147-1155, séance du 13 juin 2006
[16] Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
[17] Jean-Marie BENEY, Obligation de soins : aspects juridiques, éthiques et médicaux, Bull. Acad. Natle Méd., 2006, 190, no 6, 1147-1155, séance du 13 juin 2006
[18] Direction de l'Administration Pénitentiaire, *Les règles européennes relatives à la probation*, Collection Travaux & Documents n°81, Octobre 2013

probation recherchent le consentement éclairé et la coopération d'auteurs d'infraction pour toutes les interventions qui les concernent ». Le deuxième principe est le libre choix du thérapeute. L'article 6 du code de déontologie médicale, repris dans l'article R 4127-6 du CSP, dispose que « *le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin. Il doit lui faciliter l'exercice de ce droit* ». Le fait de lier des intervenants judiciaires et des intervenants médicaux contrevient à ce principe : le condamné, par manque de soignants, ne choisit pas son thérapeute. Le troisième principe médical sur lequel le mémoire est concentré est le secret professionnel, prévu par l'article 4 du code de déontologie. Cet article repris dans l'article R4127-4 du CSP dispose que « *le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi* ». L'article 226-13 du CP précise de surcroît que « *La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende* ». Selon l'article 1110-4 du CSP, ce secret concerne « *Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code, le service de santé des armées, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant* ». La personne condamnée va consulter un thérapeute. Le secret professionnel peut être un secret partagé, la déclaration du médecin qui suit le probationnaire peut amener le juge à communiquer des pièces judiciaires inhérentes à l'infraction. La question que pose le secret professionnel dans la pratique est celle des attestations de présence et du suivi de l'investissement dans le soin ; certains soignants acceptent de communiquer à propos du déroulement des entretiens de leurs patients quand d'autres sont fermement opposés à la simple transmission d'information sur le nombre d'entretiens.

Dans le cadre du stage, une approche qualitative a été réalisée. L'objectif était de connaître les pratiques et les positionnements des professionnels sur l'obligation de soins. Deux grilles d'entretiens semi-directifs ont été élaborées à destination de deux CPIP, une JAP et un psychologue. Une observation de terrain a été réalisée à travers la présence à un débat contradictoire et à une cinquantaine d'entretiens entre CPIP et personnes condamnées. La rencontre avec différents partenaires médicaux du SPIP de Vienne, qui reçoivent des personnes condamnées à une obligation de soins, a nourri le propos : le Centre Médico-Psychologique (CMP) de Vienne et le Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA-SITONI) de Bourgoin-Jallieu (38). La qualité des relations entre le SPIP et ces structures médicales constitue l'un des enjeux du mémoire puisque les questions du secret médical et de la collaboration des services sont centrales.

Les troubles psychiatriques ne sont pas traités de manière exhaustive dans ce mémoire puisque, faute d'expertise, il n'y a pas de diagnostic médical. Les personnes dont le discernement est aboli ne peuvent pas faire l'objet d'une obligation de soins. Seules celles dont le discernement est jugé altéré restent accessibles à cette sanction. Le passage par la détention peut révéler ou aggraver des troubles préexistants. Au sein d'un SPIP Milieu Ouvert, les conseillers peuvent également se retrouver face à des personnes faisant l'objet de troubles de la personnalité définis par le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), comme par exemple le trouble borderline ou la personnalité anti-sociale. En l'absence d'expertise préalable obligatoire, il demeure impossible, dans la majorité des cas, de savoir si la personne souffre d'une pathologie clinique. Avec le prononcé fréquent de l'obligation de soins, certains auteurs, comme Claude-Olivier Doron[19], considèrent qu' « *En droit, par conséquent, tout acte transgressif est susceptible de renvoyer à un trouble de la personnalité et de justifier une prise en charge médicale* ».

L'obligation de soins est un dispositif pénal qui s'inscrit dans le cadre d'une peine, à ce titre son objectif correspond aux fonctions assignées à la peine par le législateur ; c'est-à-dire sanctionner, favoriser l'amendement, l'insertion ou la réinsertion de l'auteur de l'infraction selon l'article 130-1 du CP, qui précise « *afin d'assurer la protection de la société, de prévenir la commission de nouvelles infractions et de restaurer l'équilibre social, dans le respect des intérêts de la victime* ». Cet objectif est à relier avec la prévention de la récidive, finalité de l'action du SPIP affirmée par la circulaire du 19 mars 2008[20]. La loi du 24 novembre 2009[21], confirmée par la loi du 15 août 2014[22], affirme qu'il s'agit de la mission principale de l'administration pénitentiaire. L'objectif du juge est donc d'amener la personne à effectuer des soins pour ne pas réitérer son passage à l'acte. Il ne peut exister d'obligation à ce que le rendez-vous auprès d'un professionnel de santé soit productif ; il s'agit dès lors d'une obligation de moyen et non de résultat. S'il y a consommation de substances lors de la commission de l'infraction, les mesures consistent à consulter un addictologue, produire des analyses de sang, ou démarrer un suivi psychologique. Une addiction se distingue d'une potentielle consommation problématique ayant des conséquences judiciaires ; il est important de souligner que même si l'infraction a été commise sous substances, le juge n'a jamais l'obligation de prononcer l'obligation de soins. Concernant le traitement des violences notamment physiques, en l'absence de consommation de substances, la mesure relève principalement d'un suivi psychologique ; « *Le modèle médical de la réhabilitation des personnes condamnées semble donc avoir influencé la conception française de l'OS, en*

[19] Claude-Olivier DORON Soigner par la souffrance, la prise en charge des auteurs de violences sexuelles, Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem 2010/1 (N°4), pages 87 à 113.
[20] Circulaire de la DAP n° 113/PMJ1 du 19 mars 2008 relative aux missions et aux méthodes d'intervention des services pénitentiaires d'insertion et de probation
[21] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire
[22] Loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales

postulant qu'une orientation vers le champ thérapeutique est susceptible d'apporter "quelque chose" au délinquant, de le "guérir" de ses maux, voire de prévenir sa récidive… »[23].

L'objectif du soignant diverge souvent de celui du juge. En effet, si le juge cherche à éviter la récidive en prononçant cette obligation, l'objectif du soignant est un mieux-être, qui n'est pas nécessairement synonyme de diminution de récidive. L'efficacité[24] se définit comme ce qui produit l'effet qu'on en attend. L'efficacité de la mesure consiste ici pour la personne à évoluer dans l'analyse qu'elle fait de son passage à l'acte délinquant. La mesure de l'efficacité de l'obligation de soins est très difficile car il n'existe pas de chiffres sur la révocation de l'obligation ou sur le taux de récidive après la fin de la mesure. Il n'est pas non plus possible de mesurer quantitativement et statistiquement les progrès d'une personne. Pour que l'obligation de soins ne soit pas qu'une justification de présence auprès d'un soignant mais un dispositif pénal permettant de se conformer aux objectifs de la peine, la personne doit s'engager dans un processus de soins, et dès lors, la recherche de son adhésion est centrale.

Cette recherche d'adhésion débute dès le passage devant le juge, se poursuit lors des entretiens avec le CPIP puis lors des consultations chez le soignant. Le point de départ de l'adhésion à cette obligation est la volonté de se conformer à un attendu pénal ; est ensuite à distinguer le fait de se rendre à un rendez-vous médical pour se conformer à une obligation judiciaire et le fait de s'investir dans une démarche de soins. Seul le premier est requis pour la justice, le second permettrait de rendre la sanction efficace. Le sujet pose la question de la pertinence de l'adhésion dans le cadre d'une obligation pénale dont les failles à l'exécution ont des conséquences lourdes : l'incarcération de la personne. Selon le Petit Robert[25], l'adhésion se définit comme une « *approbation réfléchie* ». Elle est synonyme d'accord, d'assentiment. « *L'adhésion aux soins, […], procéderait donc d'une démarche de production du consentement, validée par le condamné au moment où il accepte d'engager des soins* »[26].

Trois modalités des soins pénalement ordonnés existent aujourd'hui ; l'obligation de soins a été créée en premier. Les premiers signes des interrelations entre peine et soins sont perceptibles dès la fin de la Révolution française[27]. L'idée était de rendre possible le soin du criminel qui ne serait qu'une catégorie de malade ; ensuite, un partage rigoureux a été réalisé entre peine et soin dans le CP de 1810. Lors de l'émergence de la criminologie, les positivistes italiens et l'école du milieu social prônaient un certaine la « pathologisation » du passage à l'acte. Le courant doctrinal de la Défense Sociale Nouvelle soutenait la création d'obligation de traitement

[23] Elliot LOUAN, Dossier « L'obligation de soins », La mise en œuvre de l'obligation de soins : constats, limites et perspectives d'évolution de l'article 132-45 du code pénal, AJ Pénal, Mars 2022, page 120
[24] Paul ROBERT, Dictionnaire alphabétique & analogique de la langue française, Rédaction dirigée par A. REY et J. REY-DEBOVE, Société du Nouveau Littré, 1977, page 608
[25] Idem, Ibidem, page 24
[26] Virginie GAUTRON, Réprimer et soigner, pratique et enjeux d'une articulation complexe, Collection L'univers des normes, PUT, 2023 pages 132 et 133.
[27] Idem, Ibidem page 11

médical hors de l'internement, pour sanctionner une certaine dangerosité[28]. Considérant que les personnes les plus à risques étaient les alcooliques et les toxicomanes, une obligation de soins préventive a été créée par la loi du 24 décembre 1953[29] pour les toxicomanes et par la loi du 15 avril 1954[30] pour les alcooliques. L'obligation de soins telle qu'elle existe aujourd'hui est née lors de la refonte du CPP avec l'ordonnance du 23 décembre 1958[31], et le décret du 23 février 1959. La loi du 31 décembre 1970[32] a créé une modalité particulière de l'obligation de soins qui est l'IT, modifiée ensuite par une loi du 5 mars 2007[33] et une circulaire du 9 mai 2008[34]. L'IT est un moyen de remplir l'obligation de soins selon l'article 132-45 3° du code pénal « *lorsqu'il apparaît que le condamné fait usage de stupéfiants ou fait une consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques* ». Si le cadre légal de cette mesure est identique à celui de l'obligation de soins, la principale différence dans l'exécution de la mesure réside dans la présence d'un médecin relais nommé par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Ce dispositif, distinct de l'obligation de soins, n'est pas traité par le présent mémoire ; est exclue également l'Injonction de Soins (IS), créée par la loi du 17 juin 1998[35]. L'IS se distingue de l'obligation de soins en ce qu'elle impose la présence d'une expertise psychiatrique au moment de son prononcé et qu'elle ne peut être décidée qu'après une déclaration de culpabilité dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire, d'une libération conditionnelle, d'une surveillance judiciaire ou d'une surveillance de sûreté. Un médecin coordonnateur, nommé par l'ARS, est chargé d'articuler la relation entre le médecin traitant et le JAP.

Dans le cadre de l'obligation de soins, le professionnel de santé qui rencontre la personne condamnée et le JAP sont seuls dans le processus alors que dans l'IT et l'IS, le médecin relais et le médecin coordonnateur sont le lien entre le JAP et le professionnel de santé qui, dans ces deux cas, doit être un médecin psychiatre, un psychologue ou un médecin. Outre les carences du maillage médical local, la coordination entre la médecine et la justice est très dépendante de la vision du métier des professionnels et a une influence sur la prise en charge de la personne condamnée. Certains soignants refusent de communiquer des informations au JAP et/ou au CPIP, considérant que qu'ils n'ont pas à rendre de compte à la justice. D'autres acceptent de s'entretenir avec les acteurs de la justice, d'évoquer l'attitude de la personne condamnée et l'évolution de son rapport aux faits. De la même façon, certains JAP et CPIP souhaitent connaître le contenu de la

[28] Virginie GAUTRON, Réprimer et soigner, pratique et enjeux d'une articulation complexe, Collection L'univers des normes, PUT, 2023, page 97
[29] Loi n°53-1270 du 24 décembre 1953 modifiant et complétant les dispositions législatives relatives à la répression du trafic et de l'usage illicite de stupéfiants
[30] Loi n° 54-439 du 15 avril 1954 sur le traitement des alcooliques dangereux pour autrui, abrogée en 2000
[31] Ordonnance n°58-1296 du 23 décembre 1958 modifiant et complétant le Code de Procédure Pénale
[32] Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, et la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses
[33] Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance
[34] Circulaire de la DACG 2008 – 11 G4/ du 9 mai 2008 relative à la lutte contre la toxicomanie et les dépendances
[35] Loi n°98-468 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs

prise en charge médicale quand d'autres ne souhaitent pas interférer avec les professionnels médicaux. Les objectifs antagonistes entre la sanction pénale et le soin se cristallisent dans le rapport à la durée et sont à intégrer dans un contexte plus large, celui de la médecine comme instrument de la justice. M Benillouche affirme : « *on observe que l'obligation de soins est devenue l'instrument privilégié d'une justice pénale qui fait de l'acte médical obligé le corollaire de l'individualisation* »[36]. Si l'objectif de prévention de la récidive de la justice peut se concilier avec celui de l'accession à un mieux-être de la médecine, le travail de fond réalisé au SPIP dans le but de faire adhérer la personne à sa mesure, permet d'envisager l'apparition d'une demande la plus authentique possible. L'obligation de soins étant une mesure très fréquemment prononcée par les juridictions pénales, l'objectif du mémoire sera de **démontrer que la recherche d'adhésion de la personne condamnée à une obligation de soins rend ce dispositif pénal plus efficace.** Si lors du prononcé de l'obligation de soins, la personne condamnée se retrouve objet de l'obligation (partie 1), le travail des professionnels autour d'elle est de la rendre sujet de son obligation par la recherche de son adhésion pour que ce dispositif pénal soit efficace (partie 2).

[36] Mikaël BENILLOUCHE, L'obligation de soins et le juge pénal, RGDM 2011, p. 31 cité par Patrick MISTRETTA, L'illusion du consentement du délinquant à l'acte médical et aux soins en droit pénal, Revue internationale de droit pénal, 2011

Partie 1 : De la personne condamnée, **objet** d'une obligation

Une personne est l'objet d'une obligation de soins lorsqu'elle a été condamnée par une juridiction pour des catégories d'infractions particulièrement diverses. Qu'un juge pénal soit en mesure d'imposer un suivi médical, contrôle sanguin ou suivi psychologique, paraît paradoxal (chapitre 1). Ce suivi, loin d'être une simple proposition de soins, comporte un risque de sanction pour la personne qui en fait l'objet (chapitre 2).

Chapitre 1 : **La pertinence du prononcé judiciaire d'un suivi médical**

Le juge revêt un rôle de prescripteur de soin (section 1), qui l'oblige à s'adapter aux circonstances de commission de chaque infraction (section 2).

SECTION 1 **Un juge prescripteur de soins**

Le suivi médical est imposé par un juge, il s'agit d'une obligation dans le cadre d'une mesure pénale. Si aucune expertise médicale n'est nécessaire (A), cela oblige à questionner l'opportunité de son prononcé (B).

A) L'absence d'une expertise médicale obligatoire

La présence dans le dossier de la personne condamnée d'une expertise médicale alors qu'elle fait l'objet d'une mesure d'obligation de soins est rare (1) ; le SPIP pallie cette absence par une évaluation de la personne condamnée lors des entretiens, pour lui proposer la meilleure orientation médicale possible (2).

1) La présence rare d'une expertise médicale

Dans le cadre du prononcé d'une obligation de soins, une expertise médicale préalable n'est pas obligatoire, ce qui distingue la mesure de l'IS. L'obligation de soin est principalement prononcée par les juridictions correctionnelles. Une étude relève que « *La majorité des patients suivis étaient en obligation de soins […] n'avaient pas été expertisés (35,3 %)* »[37]. « *Du fait de l'engorgement des tribunaux, les magistrats, notamment de la juridiction de jugement, n'ont pas*

[37] Geoffroy COUHET, Hélène DE ROCQUIGNY, Hélène VERDOUX, Soins Pénalement ordonnés : étude des pratiques des psychiatres de la Gironde Éditions Elsevier Masson, 2012 §4 Page 570

forcément le temps d'évaluer les besoins réels de la personne à juger »[38] rappelle Clément Margaine. Dans un autre article[39], les auteurs rappellent que « *Un faible nombre de psychiatres sont inscrits sur la liste des experts pour la justice et les délais d'expertise peuvent donc être très longs* ».

La question est de savoir quels éléments sont dans les mains du CPIP pour qu'il puisse proposer une orientation à la personne condamnée. Une fois que l'obligation de soins a été prononcée, le CPIP trouve au sein du dossier une expertise psychiatrique si la personne en a fait l'objet dans le cadre de l'enquête, de l'instruction ou devant une juridiction de jugement. L'article D77 du CPP prévoit qu'il revient au ministère public d'adresser dans le dossier individuel du condamné une copie des documents au JAP. Ces documents se retrouvent rarement entre les mains des CPIP[40] en raison de la lenteur des transmissions entre les différents services de la justice. Dans la pratique, il est estimé que toute expertise datant de plus de deux ans n'est plus actuelle.

En l'absence d'expertise au dossier, l'article 712-16 du CPP propose une alternative, celle du JAP qui peut lui-même faire procéder à une expertise « *permettant de rendre une décision d'individualisation de la peine ou de s'assurer qu'un condamné respecte ses obligations qui lui incombent à la suite d'une telle décision* ». Cette possibilité est rarement utilisée.

Lorsqu'il s'agit d'une obligation de soins prononcée dans un cadre pré-sentenciel, avant toute déclaration de culpabilité, la présence d'une expertise est rare. Si l'expertise est en cours, la transmission de pièces pendant une instruction se fait avec parcimonie. Dans certaines hypothèses particulières du prononcé de cette obligation, une expertise médicale est obligatoire, par exemple lorsqu'elle est prononcée dans le cadre d'une mesure de sûreté de l'article 706-136-1 du CPP, l'article D47-34 imposant un « avis médical ». Cette expertise est néanmoins remise en question, notamment par Anne Ponseille[41] qui affirme que « *Dans la mesure où le texte exige que soit attestée, au moment où la décision est prise, une dangerosité criminologique, on peine à croire qu'une expertise ancienne puisse démontrer l'existence d'un risque de récidive au jour où la décision a été prise* ».

L'absence d'expertise est critiquée, notamment « *par certains praticiens, notamment en addictologie, qui soulignent que nombre de personnes qui leur sont adressées par la justice dans le cadre de l'obligation de soins ne relèvent pas en réalité d'un traitement thérapeutique. Cela*

[38] Clément MARGAINE, Étude des obligations applicables en milieu ouvert, Une analyse de la dimension coercitive de la probation, Rapport de recherche, Dossier thématique, Centre Interdisciplinaire de Recherche Appliquée au champ Pénitentiaire, Novembre 2016 p53

[39] Anaëlle LAPORT, Julien DA COSTA, Anne-Hélène MONCANY, Développement professionnel continu, « L'obligation de soins, ce que le thérapeute doit savoir : regards croisés entre justice et psychiatrie », Annales Médico-Psychologiques 182 (2024) 211-217

[40] Propos entendus à plusieurs reprises en stage

[41] Anne PONSEILLE, Droit de l'exécution des peines, Édition Bruylant, Collection Paradigme Métiers, août 2021, paragraphe 687

concoure à l'encombrement des services hospitaliers en ambulatoire »[42]. L'auteur ajoute que « *Ces obligations de soins décidées sans expertise et sans motivation circonstanciée sont souvent problématiques pour les professionnels de l'exécution des peines* »[43]. D'autres auteurs affirment que « *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* »[44]. S'il paraît matériellement impossible d'imposer une expertise médicale avant le prononcé de chaque obligation de soin en raison de la disponibilité des experts, d'autres alternatives permettant l'évaluation de la personne sont envisageables.

2) *Les alternatives à l'expertise médicale*

Dans la mesure où une expertise psychiatrique n'est pas réalisable pour chacune des peines assorties d'une obligation de soins dans le cadre de la probation, la question est celle de la difficulté à s'adapter à la réalité de la personne condamnée pour lui proposer le parcours de soin le plus pertinent et individualisé possible. Plusieurs options sont présentées à la personne condamnée par son conseiller, elles peuvent avoir été proposées par le juge.

Le CPIP possède les potentielles précédentes expertises psychiatriques ; Lionel Chudzik[45] déclare que l'évaluation thérapeutique du psychiatre préalable au prononcé de la mesure permettrait une meilleure compréhension et adhésion de la personne aux soins dans le cadre d'une mesure pénale, il affirme que « *À la fin de cette séance, nous étions d'accord pour entamer un travail psychothérapique ensemble* », il en déduit que « *L'évaluation thérapeutique « dévoile alors un de ses atouts majeurs : l'alliance thérapeutique est solide et les objectifs communs sont clairs* » ».

Le CPIP peut utiliser d'autres informations à sa disposition : peuvent figurer au dossier les procès-verbaux des forces de l'ordre, des enquêtes de personnalité réalisées en instruction souvent par des associations (article 81 CPP), des enquêtes sociales rapides réalisées dans le cadre d'un potentiel placement en détention et aménagement ab-initio de la peine ferme (article 41 alinéa 6 du CPP). Au-delà de la décision de condamnation, il est parfois en possession des notes d'audience, qui peuvent l'aiguiller sur le positionnement de la personne dont il a la charge de trouver un parcours de soins. Les CPIP préfèrent généralement les notes d'audiences, transmises

---

[42] Fiche 13 La place des soins dans les dispositifs judiciaires et pénitentiaires http://www.gip-recherche-justice.fr/conference-consensus/wp-content/uploads/2013/01/fiche-13-place-des-soins.pdf, page 250

[43] Clément MARGAINE, Étude des obligations applicables en milieu ouvert, Une analyse de la dimension coercitive de la probation, Rapport de recherche, Dossier thématique, Centre Interdisciplinaire de Recherche Appliquée au champ Pénitentiaire, Novembre 2016 p54

[44] Geoffroy COUHET, Hélène DE ROCQUIGNY, Hélène VERDOUX, Soins Pénalement ordonnés : étude des pratiques des psychiatres de la Gironde Éditions Elsevier Masson, 2012 §8 page 571

[45] Lionel CHUDZIK, Dossier Évaluation thérapeutique et obligation de soins, Éditions Elsevier Masson, 18 septembre 2015

lorsque le jugement n'est pas encore rédigé, plus précises sur le contexte du passage à l'acte que le jugement lui-même qui est rarement motivé.

Le CPIP utilise ses compétences professionnelles pour orienter la personne vers la structure la plus adaptée : orientation addictologique, psychologique, parfois une prise en charge autre. L'orientation se fait sous le contrôle du Directeur Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (DPIP) et du JAP compétent. Pour toute personne condamnée, avec ou sans obligation de soins, le CPIP a pour mission de « *réaliser une évaluation de la personne suivie. Cette évaluation se fait avec la personne par la prise en compte des facteurs de risque de récidive, de son degré de motivation au changement, voire par la prise en compte d'éléments qui, dans la vie de la personne, ont un effet protecteur et positif* »[46]. L'évaluation d'une personne par un CPIP peut se faire à l'aide de grilles d'évaluation, comme par exemple la LS/CMI[47]. L'analyse de cette grille permet d'évaluer le profil de risque et de besoins de la personne condamnée. En matière de consommation d'alcool ou de stupéfiants, elle peut permettre de distinguer une personne ayant développé une addiction d'une personne ayant une consommation récréative. Tout cela constitue un ensemble pouvant être qualifié « *d'expertise SPIP* ». En l'absence d'analyse médicale, ces alternatives à l'expertise à divers stades de la procédure permettent un prononcé plus conforme à la réalité et aux besoins de la personne condamnée.

B) L'opportunité du prononcé

L'obligation de soins peut être prononcée à différents moments de l'exécution de la peine (1), ce qui a un effet sur la perception de l'obligation par la personne condamnée (2).

1) La diversité des circonstances du prononcé

Le moment où l'obligation est prononcée est crucial car il est essentiel que la personne condamnée comprenne sa mesure pour pouvoir se l'approprier ; « *L'office du juge est d'ordonner la peine la plus appropriée à la situation de la personne en fonction des éléments à sa disposition, afin que la peine ait le plus de sens possible* » [48]. Dans le cadre du sursis probatoire, l'obligation de soins est majoritairement prononcée lors d'une condamnation. La juridiction de jugement peut comprendre les JAP, mais aussi potentiellement tous les juges du tribunal judiciaire selon l'article 398 du CPP. Ces juges ne seront pas amenés à suivre le déroulé de l'obligation qu'ils prononcent.

---

[46] Prévenir la récidive, Le service pénitentiaire d'insertion et de probation, ministère de la Justice, impression septembre 2019, Lescure Graphic : https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/migrations/portail/art_pix/DAP_SPIP_Plaquette_FINALE_BD.pdf

[47] Level of Service/ Case Management Inventory par D.A. Andrews, Ph.D., et J. Stephen Wormith, PhD.

[48] Anaëlle LAPORT, Julien DA COSTA, Anne-Hélène MONCANY, Développement professionnel continu, « L'obligation de soins, ce que le thérapeute doit savoir : regards croisés entre justice et psychiatrie », Annales Médico-Psychologiques 182 (2024) 211-217. Paragraphe 3.

L'article 739 du CPP Alinéa 2 prévoit la possibilité pour le JAP de prononcer « *à tout moment* » une obligation particulière de l'article 132-45 du CP. Une JAP de Vienne affirme qu'il est rare d'avoir besoin d'en ajouter au cours de la mesure, sauf si le SPIP considère que cela est nécessaire et que la personne en fait la demande. Cette possibilité de modifier le contenu de la probation à tout moment de la mesure, garantit l'individualisation de la peine et permet aux professionnels judiciaires de connaître la position de la personne condamnée sur les faits et sur le soin.

Dans le cadre du sursis probatoire, le prononcé de l'obligation de soin nécessite des explications pour permettre à la personne de comprendre la peine. Le délai de probation est au minimum d'un an (article 132-42 du CP), pour permettre au CPIP d'avoir le temps d'amener la personne à adhérer à la mesure, nonobstant les circonstances de son prononcé. Selon les circonstances du prononcé de l'obligation de soins, la réception de l'obligation par le condamné peut varier.

2) <u>La réception de l'obligation par la personne condamnée</u>

L'obligation de soins est le plus fréquemment prononcée par la juridiction de jugement au cours d'une audience. « *Cela étant, le moment de la condamnation est chargé en émotions pour le justiciable et au cours duquel un certain nombre d'informations lui sont transmises parmi lesquelles peut-être toutes ne sont pas retenues* »[49]. La capacité de compréhension de la personne condamnée peut ainsi être entravée au cours de la journée de jugement. De plus, une explication de la mesure est nécessaire. Une JAP[50] affirme qu' « *Un manque de précision dans la décision prononcée quant aux soins à initier peut parfois expliquer les réticences du condamné à s'inscrire authentiquement dans une démarche thérapeutique sérieuse dont il ne comprend pas les enjeux. Il appartient au JAP d'expliquer avec pédagogie ce qui est attendu d'un condamné en termes de soins pour s'assurer d'une véritable adhésion au protocole* ». Une nouvelle explication par le bureau d'exécution des peines puis par le CPIP sont souvent nécessaires ; « *Que l'on se situe avant ou après jugement, la personne placée sous main de justice doit en effet être en mesure de comprendre non seulement le contenu de l'obligation, mais également son bien-fondé Il est donc exigé des juridictions pénales une motivation suffisamment précise pour justifier le prononcé des obligations choisies* »[51]. Si pour certaines personnes condamnées, l'adhésion paraît rapidement acquise au vu de leur perception des faits, pour d'autres, il est nécessaire d'enclencher le processus

[49] Anaëlle LAPORT, Julien DA COSTA, Anne-Hélène MONCANY, Développement professionnel continu, « L'obligation de soins, ce que le thérapeute doit savoir : regards croisés entre justice et psychiatrie », Annales Médico-Psychologiques 182 (2024) 211-217. Paragraphe 4.2.

[50] Bérangère LE BOËDEC-MAUREL, Dossier L'obligation de soins, L'obligation de soins vue par un juge de l'application des peines, AJ Pénal, Mars 2022 page 116

[51] Clément MARGAINE, Étude des obligations applicables en milieu ouvert, Une analyse de la dimension coercitive de la probation, Rapport de recherche, Dossier thématique, Centre Interdisciplinaire de Recherche Appliquée au champ Pénitentiaire, Novembre 2016 p52

consistant à amener la personne jusqu'aux soins. Le but n'est pas que la personne condamnée se conforme à l'attendu pénal mais qu'elle saisisse l'opportunité de prendre du recul sur les faits qui lui sont reprochés et les circonstances du passage à l'acte. Les obligations du sursis probatoire relèvent d'actions concrètes comme l'exercice d'une activité professionnelle, l'établissement de sa résidence, la contribution aux charges familiales ou la réparation du dommage. Si l'obligation de soins peut être vue comme l'obligation de justifier d'un suivi médical, il s'agit aussi de mettre l'accent sur la parole de la personne condamnée, et non simplement sur ses actes, afin d'analyser l'authenticité du discours. « *Lorsqu'on interroge les soignants sur ce qui justifie la prise en charge d'un certain nombre de personnes dont la pathologie est difficilement identifiable, l'argument revient régulièrement de la souffrance du sujet et de la demande corrélative qu'il formule. Le schéma habituel est donc le suivant : à la souffrance correspond une demande, c'est-à-dire une démarche subjective qui conduit l'individu à rencontrer un thérapeute* » [52] ; lorsqu'une personne est condamnée par la justice, elle ne formule pas de demande, ce qui rend particulièrement difficile la rencontre avec un thérapeute.

Après l'énoncé de l'ensemble des obligations à la personne condamnée, dont l'obligation de soins, le CPIP va déterminer la fréquence d'accueil de la personne au sein du SPIP. Le rythme d'accueil est déterminé sur la base de l'évaluation globale de la personne. Le RPO1[53] permet d'aiguiller les CPIP quant au choix de la fréquence des rendez-vous et le niveau d'intervention nécessaire ; ce dernier a une incidence sur le risque de récidive. Le PACEP[54], issu du RPO1, permet également une meilleure individualisation de la peine, le CPIP et la personne condamnée de déterminent les axes de travail et leur priorisation. L'accompagnement par des outils peut être un axe de travail déterminé par le CPIP permettant de faire naître une demande de soins. En effet selon André Ciavaldini [55] « *Le travail sera de placer ces sujets dans une situation leur permettant un jour de pouvoir constituer une demande* ». Ce travail est réalisé par les professionnels soignants mais avant eux par le CPIP qui rencontre la personne condamnée et est en charge de lui expliquer le contenu de la mesure. Pour cela, le conseiller doit travailler sur les types d'infractions commises pour lesquelles le prononcé est presque systématisé.

[52] Claude-Olivier DORON, Soigner par la souffrance, La prise en charge des auteurs de violences sexuelles, Les cahiers du centre Georges Canguilhem 2010/1 (N°4) Éditions Presses Universitaires de France, Pages 87 à 113
[53] Référentiel des Pratiques Opérationnelles, 2017
[54] Plan d'Accompagnement et d'Exécution de Peine
[55] André CIAVALDINI, Sanctionner et soigner : du soin pénalement obligé au processus civilisateur, la lettre de l'enfance et de l'adolescence 2004/3 (N°57), pages 23 à 30, éditions Érès

SECTION 2 La systématisation du prononcé pour certaines infractions

Pour trouver la manière la plus efficace de susciter l'adhésion de la personne condamnée à son obligation de soin, il est important de connaître la catégorie d'infraction pour laquelle elle a été condamnée. En effet, seuls 32% des sursis probatoires prononcés indépendamment d'une consommation d'alcool et ou de stupéfiants ou d'un contexte de violence physique ou sexuelle font l'objet d'une obligation de soins[56]. S'il faut distinguer le prononcé de l'obligation pour les infractions relatives à une consommation de de celui prononcé pour des infractions violentes et / ou sexuelles (A), il est important de chercher à analyser également le prononcé de soins pour des infractions correspondant à une combinaison de ces deux catégories (B).

A) La distinction des infractions relatives à une prise de substance et celles violentes et / ou sexuelles

Les principaux cas du prononcé de l'obligation de soins sont la réponse à une consommation illégale (1) et la réponse à une infraction violente et ou sexuelle (2), ces deux types d'infractions sont présents dans 85% des cas de sursis probatoires sur l'échantillon du SPIP de Vienne au 2 avril 2024[57].

1) L'obligation de soins comme réponse à une consommation illégale

L'obligation de soins est très fréquemment prononcée comme réponse à une consommation de substances psychoactives, que cette dernière soit légale comme l'alcool ou illégale comme les stupéfiants ; « *Cette automaticité de l'obligation de soins pose question dans la mesure où elle reflète le lien qui existerait pour les magistrats ou le législateur entre la délinquance et l'existence de problématiques d'ordre sanitaire* »[58]. La difficulté est de différencier la personne addicte de la personne qui consomme occasionnellement de l'alcool, pour lesquelles la prise en charge pourra s'avérer différente. La consommation d'alcool est considérée comme un facteur de dangerosité[59] :« *Les addictions, fortement représentées dans notre étude,*

[56] Annexe 3 : Tableau récapitulatif n°3
[57] Extraction APPI au SPIP de Vienne à la date du 2 avril 2024 concernant le prononcé d'une obligation de soin dans le cadre de sursis probatoires partiels et totaux.
[58] Clément MARGAINE, Étude des obligations applicables en milieu ouvert, Une analyse de la dimension coercitive de la probation, Rapport de recherche, Dossier thématique, Centre Interdisciplinaire de Recherche Appliquée au champ Pénitentiaire, Novembre 2016 p60
[59] Geoffroy COUHET, Hélène DE ROCQUIGNY, Hélène VERDOUX, Soins Pénalement ordonnés : étude des pratiques des psychiatres de la Gironde Éditions Elsevier Masson, 2012 §8 Page 571

sont le facteur de risque de dangerosité le plus significatif dans la population générale[60], *et sont reconnues comme un des facteurs de risque criminologique de la commission d'une infraction pénale et de sa répétition en dehors de tout trouble mental*[61]. L'infraction peut être une consommation d'alcool au-delà du taux légal ou une infraction liée à des stupéfiants, que ce soit une consommation ou un trafic. Il peut s'agir d'une modalité particulière de l'obligation de soins : l'IT. Le deuxième alinéa du 3° de l'article 132-45 du CP prévoit la possibilité de la prononcer lorsque « *le condamné fait usage de stupéfiants ou fait une consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques* ». La consommation d'alcool ou de stupéfiants n'est pas synonyme de problématique addictive ; il peut s'agir d'une consommation occasionnelle ou festive, ce qui est difficile à déterminer pour le juge. De plus, la mise en place de ce dispositif est plus lourde que l'obligation de soins car il implique un médecin relais, raisons pour lesquelles L'IT est en pratique peu utilisée.

Un tableau recensant les condamnations à un sursis probatoire pour des infractions commises en présence d'alcool et ou de stupéfiants sur le ressort du SPIP de Vienne au 2 avril 2024 a été réalisé. Concernant l'alcool, les infractions concernées sont de trois ordres : la conduite sous l'empire d'un état alcoolique, c'est-à-dire avec une « *concentration d'alcool dans le sang égale ou supérieure à 0,80 gramme par litre ou par une concentration d'alcool dans l'air expiré égale ou supérieure à 0,40 milligramme par litre* » (L234-1 du Code de la route), la conduite sous état d'ivresse (L245-1 du Code de la route), les blessures involontaires alors que le conducteur du véhicule se trouvait en état d'ivresse manifeste ou était sous l'empire d'un état alcoolique (222-19-1 du CP). Concernant les infractions relatives au stupéfiants, les qualifications concernées sont la conduite sous stupéfiants (L235-1 du Code de la route), l'usage (L3421-1 du CSP) et le transport, la détention, l'offre, l'acquisition et l'importation de stupéfiants (222-37 du CP). Lorsqu'une personne est condamnée pour une des infractions mentionnées ci-dessus, une obligation de soins est très souvent intégrée aux obligations du sursis. Selon les recherches menées au SPIP de Vienne pour les sursis probatoires partiels et totaux, c'est le cas dans 89% des cas de condamnation pour une infraction en lien avec l'alcool ou les stupéfiants[62].

La raison du prononcé de l'obligation de soins pour ces infractions s'explique par leur nature. En effet, il peut s'agir de personnes connaissant ce parcours de soins ou reconnaissant un problème de consommation. Lors d'un entretien, une JAP du Tribunal Judiciaire de Vienne[63] présente une autre explication selon laquelle il est difficilement compréhensible pour la société de condamner une personne pour une infraction directement liée à une consommation d'alcool ou

[60] Brennan PA, Mednick SA, Hodgins S. Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. Arch Gen Psychiatry 2000;57:494–500.
[61] Senon JL, Manzanera C, Humeau M, et al. Les malades mentaux sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires ? Info Psychiatr 2006;82:645–52
[62] Annexe 4 : Tableau récapitulatif n°4
[63] Les témoignages de la JAP ont été anonymisés

en lien avec les stupéfiants, sans y adosser une obligation de soins. Une fois que la juridiction a constaté la présence de substances, elle doit choisir une peine qui sera comprise par le condamné, mais aussi par la société de manière plus générale. Le rôle de la juridiction de jugement est également de prévoir une sanction qui permette d'éviter la récidive. Il existe néanmoins des cas de condamnations pour une infraction commise sous substances ou en lien avec les stupéfiants, pour lesquels cette obligation n'est pas adossée à la mesure ; il peut s'agir de cas où la personne est impliquée dans un trafic de stupéfiants sans être consommatrice par exemple. L'obligation de soins n'est pas ordonnée par les juges seulement dans le cas de présence d'alcool et de stupéfiants mais aussi fréquemment lorsqu'il s'agit d'une infraction violente et ou sexuelle.

2) *L'obligation de soins comme réponse à la violence*

L'obligation de soins est fréquemment prononcée lors d'une condamnation pour une infraction violente et / ou sexuelle. La définition des infractions violentes et sexuelles est très large ; « *On ne sait donc pas vraiment ce qu'il en est de leur pathologie, on est bien en peine de la définir sérieusement, mais si l'on constate que la prise en charge psychiatrique de ces populations a une certaine efficacité, alors elle est légitime* »[64].

Un tableau des condamnations à un sursis probatoire pour une ou des infractions violentes et / ou sexuelles sur le ressort du SPIP de Vienne au 2 avril 2024 a été réalisé. Les infractions retenues ici comme infractions violentes et ou sexuelles sont : l'agression sexuelle, le viol, l'atteinte sexuelle, l'exhibition sexuelle, le voyeurisme, les violences intra-familiales, les violences conjugales, les violences aggravées sur des fonctionnaires de police, sur professionnel de santé, les violences habituelles sur personne vulnérable, les menaces sur personne dépositaire de l'autorité publique, les menaces conjugales, les menaces de mort, l'outrage, la rébellion, le vol avec violence, l'extorsion par violence, les appels malveillants, le harcèlement, le refus d'obtempérer et l'enlèvement. Dans plus de 80% des cas de condamnation à un sursis probatoire pour une infraction violente et ou sexuelle[65], une obligation de soins est intégrée aux obligations probatoires sur le ressort du tribunal de Vienne au 2 avril 2024. Cela démontre que les juges estiment nécessaire le traitement de la problématique du passage à l'acte violent.

Il est important d'intégrer un biais inhérent à cette analyse puisqu'il arrive que la consommation d'alcool ou de stupéfiant n'apparaisse pas dans la qualification pénale des faits de violence, alors que dans sa décision, la juridiction de jugement a pris le soin d'expliquer qu'il est nécessaire de traiter une problématique addictive. C'est le cas pour quatre condamnations dans l'échantillon

[64] Roland COUTENCEAU cité par Claude-Olivier DORON, Soigner par la souffrance, La prise en charge des auteurs de violences sexuelles, Les cahiers du centre Georges Canguilhem 2010/1 (N°4) Éditions Presses Universitaires de France, Pages 87 à 113

[65] Annexe 5 : Tableau récapitulatif n°5

des 777 décisions de condamnation du ressort du SPIP de Vienne au 2 avril 2024. Il n'est donc pas possible d'écarter la possibilité que pour certaines de ces infractions classées dans la catégorie d'infractions violentes et ou sexuelles, la consommation de substance ou d'alcool lors des faits n'ait pas été retenue dans la qualification des faits par le jugement de condamnation mais qu'elle existait.

Concernant les infractions de nature sexuelle, analyse qui peut être étendue aux infractions violentes, Claude-Olivier Doron[66] affirme que « *le repérage judiciaire joue un rôle moteur dans l'intégration au processus de soin* ». Contrairement aux addictions qui peuvent faire l'objet d'un repérage hors de toute sanction pénale, une personne condamnée pour une infraction sexuelle et ou violente se rend vers un soignant précisément parce qu'il a été condamné. André Ciavaldini affirme que « *L'ouverture de la loi à la clinique, par voie d'obligation, implique qu'elle reconnaisse une dimension inaccessible hors son champ de traitement, une part d'inconnu. Ainsi faisant, la loi reconnaît en l'agresseur sexuel un sujet avant tout usant, non pas seulement abusivement mais surtout pathologiquement de sa liberté* »[67] ; analyse applicable également aux infractions violentes. L'obligation de soins est donc vue par la juridiction de jugement comme un corolaire à la violence : « *Il constate l'ambiguïté de la « pathologie » à laquelle ce soin est censé répondre, qui ne semble ni relever de la maladie mentale, ni susciter chez les sujets de souffrance les engageant à demander un soin* »[68]. Il a été analysé le prononcé de l'obligation de soins pour les infractions commises en présence d'alcool et / ou de stupéfiants ou alors qu'elles étaient violentes et / ou sexuelles ; cependant, dans d'autres cas, la consommation et le passage à l'acte violent et ou sexuel sont intrinsèquement liés.

B) Le cas particulier d'infractions violentes ou sexuelles en lien avec l'alcool ou les stupéfiants

Il arrive que le passage à l'acte violent ou sexuel advienne sous l'effet de l'alcool et / ou de stupéfiants (1), il paraît dès lors illusoire de différencier la prise en charge addictive de la prise en charge psychologique (2).

[66] Claude-Olivier DORON, Soigner par la souffrance, la prise en charge des auteurs de violences sexuelles, Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem 2010/1 (N°4), pages 87 à 113

[67] André CIAVALDINI, Sanctionner et soigner : du soin pénalement obligé au processus civilisateur, la lettre de l'enfance et de l'adolescence 2004/3 (N°57), pages 23 à 30, éditions Érès,

[68] Claude-Olivier DORON, Soigner par la souffrance, La prise en charge des auteurs de violences sexuelles, Les cahiers du centre Georges Canguilhem 2010/1 (N°4) Éditions Presses Universitaires de France, Pages 87 à 113

1) *L'aggravation de la violence sous substances*

Les infractions violentes et ou sexuelles peuvent avoir été commises sous l'emprise de substances psychoactives. « *Dans son programme de travail, la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mideca) a retenu le chiffre de 30% à 40% des cas de condamnations pour violences dans lesquels l'alcool serait impliqué* »[69]. Dans un article[70], le professeur de psychologie sociale Laurent Bègue-Shankland affirme que « *il n'y a pas besoin de parler d'addiction pour que les violences apparaissent* ».

Sur le ressort du SPIP de Vienne au 2 avril 2024 a été réalisé, sur un total de 777 condamnations à un sursis probatoire partiel ou total, 74 d'entre elles concernent au moins deux infractions de nature différente, au moins une infraction commise en présence d'alcool et ou de stupéfiants, et au moins une infraction violente et ou sexuelle. Pour 92% de ces 74 condamnations, une obligation de soins est intégrée au sursis[71].

Il y a un biais à prendre en compte : les violences sous l'emprise d'alcool et ou de stupéfiants ont été placées dans la catégorie d'infraction relative à l'alcool et / ou aux stupéfiants (Section 2, A, 1) alors qu'une condamnation pour deux infractions distinctes d'usage de stupéfiants et de violences apparaîtront dans le présent développement (Section 2, B, 1). Cela s'explique par le fait que la période de prévention n'est pas nécessairement la même : une condamnation peut concerner des faits commis à des moments distincts. Le tableau ne contenant pas d'information sur la date des faits, le rapprochement est impossible.

Il n'est pas possible de savoir si l'explication de la présence d'une obligation de soins réside dans la consommation de produits ou dans le passage à l'acte violent. Pour certaines condamnations, la juridiction de jugement prend le soin de préciser le type de soins concerné par cette obligation, généralement lorsqu'une prise en charge addictive et une prise en charge psychologique sont demandées. Dans l'étude sur les condamnations du ressort du SPIP de Vienne, les juridictions de jugement indiquent les mentions « *addicto + psychologique* », « *addictologie + psychologie / psychiatrie* », « *addictologie / troubles psychiatriques* ».

Cela peut correspondre au reflet du phénomène de l'augmentation du risque de violence en présence de substances. En effet, il est possible de considérer que la personne qui passe à l'acte ne serait pas forcément passée à l'acte violemment en l'absence de substances, comme l'explique Luc Bronner dans un article[72]. L'effet désinhibiteur de l'alcool peut jouer un rôle dans le passage à l'acte lors de la balance décisionnelle qu'opère le délinquant, la prise en charge dans le cadre de l'obligation de soins tente d'intégrer ce phénomène.

---

[69] Luc BRONNER, L'alcool, cause majeure mais sous-estimée de la violence ordinaire, Le Monde, 16 juillet 2024.
[70] Idem, Ibidem
[71] Annexe 6 : Tableau récapitulatif n°6
[72] Luc BRONNER L'alcool, cause majeure mais sous-estimée de la violence ordinaire, Le Monde, 14 juillet 2024

2) La fausse distinction entre prise en charge addictologique et psychologique

Christophe Prat[73] qualifie d'« *orientation conjointe* » les réponses proposées par les CPIP aux personnes condamnées pour des infractions impliquant un problème à la fois de consommation d'alcool ou de stupéfiants et de violence. Lorsqu'une personne a été condamnée pour des faits relevant au moins d'une consommation problématique et d'une infraction violente et ou sexuelle, il parait difficile de dissocier le traitement des deux. En effet, selon un psychologue de SPIP, il est impossible de traiter l'un sans traiter l'autre.

Cependant d'autres professionnels considèrent qu'une difficulté peut naître du fait que les juges précisent dans la condamnation la mention « *addictologie + violences* ». Le cumul des deux pour orienter l'obligation de soins est difficilement intégré par la personne condamnée et peut l'amener à une confusion. Il rend inefficace l'obligation de soins pour des raisons financières, de disponibilité et de réceptivité aux soins dès le départ en raison, par exemple, d'une situation sociale dégradée. Il paraît difficilement imaginable que la juridiction de jugement soit en capacité de connaître la raison de l'infraction, de déterminer si la personne est addicte, et si l'acte violent et ou sexuel est dû à cette consommation de substance.

Au SPIP de Vienne, si les CPIP proposent à ces personnes condamnées les deux prises en charges, addictives et psychologiques, elles vont le plus souvent être amenées à faire un choix entre les deux types de soins en fonction de la problématique prédominante. La mesure est néanmoins particulièrement flexible, les CPIP acceptent que la prise en charge prononcée dans le cadre d'une infraction relative à une consommation de substance soit psychologique. Ils acceptent que la personne se « contente » de produire des justificatifs d'analyses sanguines lorsque la prise en charge psychologique n'a pas eu d'effet. Si l'obligation de soin est souvent prononcée, il s'agit de demander à la personne condamnée de se soumettre à des soins au risque de mettre de côté le consentement de ce « patient » particulier.

Chapitre 2 : **L'incitation aux soins**

Alors que l'obligation de soins est très fréquemment prononcée, le non-respect de celle-ci par la personne condamnée lui fait encourir une prolongation du délai d'épreuve ou une révocation de la mesure. Dès lors, le médecin dispose d'un rôle pénal, voire sanctionnateur (section 1) ce qui rend l'adhésion aux soins difficile en mettant de côté le consentement aux soins de la personne condamnée (section 2).

[73] Christophe PRAT, Dossier l'obligation de soins, soins ou accompagnements centrés sur la réduction de la récidive ? Exemples de pratique de psychologie appliquée en SPIP, AJ Pénal, Mars 2022 page 127

SECTION 1 **Une judiciarisation de la médecine**

Le médecin a pour rôle de soigner son patient. Son rôle se voit radicalement changé lorsqu'un patient se présente à lui dans le cadre d'une obligation pénale (A), la justice lui confie le rôle de soigner de potentiels troubles du comportement ne relevant pas forcément de la maladie (B).

A) L'opposition entre injonction pénale et injonction médicale

Par principe, la justice et la médecine ont des objectifs considérablement divergents (1), ce qui contraint à une hiérarchie et engage le médecin à se contenter pour le moins d'exécuter une décision de justice (2).

1) Des objectifs contradictoires

Lorsque la justice condamne une personne à une obligation de soins dans le but d'éviter qu'elle récidive, le médecin reçoit un patient dans le but d'un mieux-être de la personne. Ces deux perspectives du futur de la personne condamnée apparaissent théoriquement contradictoires. Selon Jean-Marie Beney, « *L'aspect juridique recouvre une application diversifiée sans résoudre l'ambivalence de cette obligation dans son aspect éthique, nécessitant donc un rapprochement des cultures professionnelles, médicales et judiciaires* » [74] ; ces cultures profondément différentes peuvent trouver des points d'accroche. Lors du prononcé de l'obligation de soins, la juridiction de jugement n'imagine pas « soigner » une personne malade mais elle propose à cette personne un accès aux soins. Le juge délivre la possibilité d'une réflexion sur le passage à l'acte auprès d'un professionnel indépendant, capable de recueillir la parole du condamné. Le professionnel de santé reçoit un patient qui doit l'avoir choisi volontairement. Le simple fait d'avoir été orienté vers un centre de soins peut représenter un obstacle à l'adhésion du patient concerné. Les contradictions de l'obligation de soins se résoudraient par l'approbation du condamné à engager des soins.

Le soignant n'est pas nécessairement informé que son patient est soumis à une obligation judiciaire, sauf si la personne condamnée décide volontairement de l'informer, généralement dans le but d'obtenir un justificatif de rendez-vous. Certains lieux de soin souhaitent connaître la nature de la mesure pénale qui les amènent aux soins, comme le CMP de Vienne. Cette information leur

[74] Jean-Marie BENEY, Obligation de soins : aspects juridiques, éthiques et médicaux, Bull. Acad. Natle Méd., 2006, 190, no 6, 1147-1155, séance du 13 juin 2006

permet de mieux orienter le patient, notamment pour distinguer l'obligation de soins de l'IS : lorsqu'il s'agit d'une IS, le parcours de soins proposé est différent et spécialisé ; le patient sera amené à rencontrer au moins un psychiatre ou un psychologue, alors qu'une personne condamnée à une obligation de soins sera orientée vers des infirmiers.

Le soignant n'a pas en théorie à entrer en contact avec le juge. Les CPIP vont néanmoins chercher à comprendre le déroulé de la mesure, pour pouvoir en référer au juge ; « *Le juge aurait besoin d'informations sur l'évolution de la thérapie sans pouvoir s'en procurer eu égard au secret médical, le thérapeute se heurte à un problème identique n'ayant peu ou pas d'informations sur la trajectoire des individus, sur la nature des faits commis, sur le comportement de l'individu lors de la commission d'infractions, sur son éventuel passé pénal, sur les différents examens, expertises ou enquêtes de personnalité et les certificats médicaux antérieurs recueillis par exemple, dans le cadre d'une précédente obligation de soins* »[75]. Le médecin est contraint d'exécuter une décision de justice, ce qui amène certains psychiatres à qualifier l'obligation de soins « d'exercice illégal de la médecine ».

2) <u>Le médecin simple exécutant</u>

Si l'indépendance du médecin est le préalable nécessaire aux soins, lorsqu'il accueille une personne condamnée, il demeure soumis à cette injonction pénale. L'article 132-45 3° du CP prévoit depuis 2012 que « […] *Une copie de la décision ordonnant ces mesures est adressée par le juge de l'application des peines au médecin ou au psychologue qui doit suivre la personne condamnée. Les rapports des expertises réalisées pendant la procédure sont adressés au médecin ou au psychologue, à leur demande ou à l'initiative du juge de l'application des peines*. *Celui-ci peut également leur adresser toute autre pièce utile au dossier* ». Le médecin peut donc théoriquement disposer d'éléments judiciaires concernant son patient. Cela est très rare en pratique selon les professionnels du CMP et du CSAPA rencontrés.

Le médecin n'est pas nécessairement informé de l'existence de l'obligation de soins, bien que la personne condamnée ait tendance à le dire directement pour justifier de sa présence auprès d'un soignant. Dans le cadre d'une rencontre avec le CMP de Vienne, les professionnels de santé ont fait part de leur malaise vis-à-vis de cette situation. Il n'est pas envisageable pour eux de refuser d'établir un certificat de présence à une personne qui s'est présentée, cependant, le rendez-vous n'a parfois aucune utilité lorsque ce « patient SPIP » ne souhaite pas s'investir et parler de lui.

[75] Jean-Marie BENEY, Obligation de soins : aspects juridiques, éthiques et médicaux, Bull. Acad. Natle Méd., 2006, 190, no 6, 1147-1155, séance du 13 juin 2006

Certaines juridictions de jugement détaillent de manière très précise la façon dont elles aimeraient que se déroule l'obligation de soins, jusqu'à parfois préciser le nombre de rendez-vous qui leurs semblent nécessaires. Certains soignants choisissent de ne pas suivre ce qui est indiqué par le magistrat considérant que c'est à eux d'évaluer l'opportunité du soin. Il arrive même aux magistrats d'évoquer la possibilité d'une cure avec la personne accusée lors de l'audience. Cette proposition, qui relève d'un dispositif de soins, devrait être faite par un soignant. La pratique de l'obligation de soins dépend du juge. Certains juges orientent des personnes condamnées vers une thérapie EMDR (eye movement desensitization and reprocessing), d'autres juges acceptent le traitement par l'hypnose.

Lors d'une réunion à Vienne entre le CMP et le SPIP, il a été rappelé que « *Les soins ne peuvent pas porter la peine de la personne* ». Si les soignants se retrouvent parfois mal à l'aise avec ces patients particuliers, l'absence d'investissement d'une personne ne relève que de la propre responsabilité de cette dernière. Le travail du soignant se trouve à la jonction avec la justice. Par ailleurs, la présence de troubles peut expliquer les faits et changer les potentielles propositions de soins.

B) La présence de troubles du comportement sous-jacents

Si la personne condamnée peut présenter des troubles psychiatriques avérés, la frontière entre la pathologie clinique et les troubles du comportement est parfois difficile à déterminer, particulièrement en l'absence d'expertise psychiatrique (1), il reste dès lors à prendre en compte ces troubles (2).

1) La présence de troubles

Les personnes condamnées à une obligation de soins peuvent faire l'objet de troubles avérés qui ont été diagnostiqués lors d'une expertise psychiatrique, notamment pendant l'instruction ou devant la cour d'assise. Les maladies psychiatriques sont répertoriées dans l'axe I du DSM ; les troubles du comportement y sont répertoriés au sein de l'axe II. Le DSM est critiqué, mais il s'agit encore aujourd'hui de la référence commune des psychiatres. Selon une étude réalisée dans le département de la Gironde, « *Seule une minorité de patients suivis en SPO [soins pénalement ordonnés] présentent une pathologie psychiatrique au sens de l'axe 1 du DSM-IV-R* »[76]. Concrètement, la présence d'expertise est rare en matière de prononcé d'obligation de

[76] Geoffroy COUHET, Hélène DE ROCQUIGNY, Hélène VERDOUX, Soins Pénalement ordonnés : étude des pratiques des psychiatres de la Gironde Éditions Elsevier Masson, 2012 §8 Page 571

soins. La simple commission d'un acte transgressif peut amener à considérer que la personne est l'objet de troubles de la personnalité pour la justice ; « *Les SPO ne paraissent pas tant prononcés eu égard aux troubles du sujet ou à ses potentialités d'évolution qu'à la nature de l'infraction et aux circonstances dans lesquelles elle est commise. Cette systématicité du prononcé peut interpeler le psychiatre, amené à rencontrer un sujet non pas pour ce qu'il est, mais pour ce qu'il a commis* »[77] selon les auteurs d'une revue de littérature. Les troubles sont décrits par Virginie Gautron en ces termes : *« Les avis sont encore plus clivés concernant des troubles psychiques qui se situent à la frontière de la pathologie, sous la forme de troubles de la personnalité. Selon la littérature médicale, ces troubles excèdent de simples traits de caractère, induisent un fonctionnement psychosocial rigide, permanent. Alimentés par des difficultés sur le plan cognitif et émotionnel, ils empêcheraient les individus concernés de s'adapter à leur environnement, générant des comportements contraires aux normes et aux attentes sociales, des difficultés sociales et/ou interpersonnelles, une souffrance de l'individu ou de son entourage. Or, pour de nombreux professionnels de santé, le traitement de ces troubles ne peut aboutir à une « guérison », tout au plus à une atténuation de leurs manifestations »*[78]. Concernant l'influence des troubles mentaux sur les comportements violents, lors d'une audition publique de la Haute Autorité de Santé sur la dangerosité psychiatrique, il était constaté en mars 2001 qu' « *il existe dans notre société une surestimation manifeste du risque de comportement violent chez les personnes souffrant de troubles mentaux qui ne sont que rarement impliquées dans une violence faite à des tiers : tous types de violence confondus, 3 à 5% seulement des actes violents seraient dus à des personnes souffrants de troubles mentaux ; à l'inverse, ces dernières sont 7 à 17 fois plus souvent victimes de violence que la population générale* »[79]. La même source ajoute néanmoins qu'« *un lien entre violence et maladie mentale est retrouvé en particulier quand il est constaté une comorbidité, c'est-à-dire la présence simultanée de plusieurs diagnostics, avec un abus d'alcool ou de drogues ou avec une personnalité psychopathique* »[80]. La juridiction de jugement considère dès lors que la commission d'une infraction nécessite une réponse médicale. Le SPIP, notamment de Vienne, fait l'objet de plus en plus de besoins psychiatriques selon les professionnels interrogés. Les CPIP vont avoir pour objectif de repérer de potentiels troubles pour apporter à la personne une prise en charge adaptée.

[77] M. ORSAT, E. AUFFRET, C. BRUNETIERE, D. DECAMPS-MINI, J. CANET, J.-P. OLIE, S. RICHARD-DEVANTOY, Les soins pénalement ordonnés : analyse d'une pratique complexe à travers une revue de littérature, Éditions L'encéphale, 2015 page 426

[78] Virginie GAUTRON, Réprimer et soigner, pratique et enjeux d'une articulation complexe, Collection L'univers des normes, PUT, 2023 page 136

[79] Fiche 13 La place des soins dans les dispositifs judiciaires et pénitentiaires http://www.gip-recherche-justice.fr/conference-consensus/wp-content/uploads/2013/01/fiche-13-place-des-soins.pdf, page 252

[80] Idem, Ibidem, page 251

2) <u>La prise en compte des troubles</u>

Lorsque la personne est considérée porteuse des troubles, par expertise ou par le simple fait d'une condamnation, la pertinence de la prise en charge de ces personnes condamnées est assez unanime pour les professionnels : « *Pour ce type d'infractions [infractions sexuelles et violences conjugales], les experts soulignent que pour certains cas, les soins contraints seraient favorables à l'amélioration des troubles de la personnalité qui ont occasionné les faits incriminés, et par conséquent susceptibles d'éviter une récidive* »[81]. Même lorsqu'un diagnostic a été réalisé, la prise en charge des troubles est délicate : « *Un diagnostic de trouble psychiatrique a été posé pour l'immense majorité de ces sujets et, le plus souvent, un suivi régulier en consultations s'est mis en place. Pour autant, ces prises en charge sont complexes et il est parfois difficile d'en affirmer l'impact thérapeutique* »[82]. Ces prises en charges sont très diverses selon les juridictions et les SPIP, il n'existe pas de protocole national ; « *Les troubles de l'axe II sont fréquents ; s'ils sont en partie du ressort de la psychiatrie, leurs prises en charge demeurent délicates et non consensuelles* »[83]. Christophe Prat[84] évoque le fait que la « *prise en charge de ces troubles (disorders en anglais) qui relèvent de champs frontières entre la psychopathologie et précisément des manifestations, parfois bruyantes, de désordres sociaux régulés par le judiciaire, relevant souvent de prises en charge davantage psycho-socio-éducatives que médicales* ». Pour les CPIP, toutes les personnes reçues condamnées à une obligation de soins nécessitent une prise en charge médicale. La délicate prise en charge de ces troubles du comportement commence dès l'accueil par le CPIP qui détecte les troubles puis propose un suivi médical qu'il juge approprié. La sanction encourue par la personne condamnée en cas de non-respect de la mesure est telle que la place laissée à son consentement peut être remise en doute.

<u>SECTION 2</u> **La place du consentement aux soins de la personne condamnée**

Monsieur Mistretta affirme que « *Le consentement à l'acte médical relève donc ici de la fiction, et si le condamné manifeste, lors de la mise en œuvre du sursis, son refus de suivre le traitement ou les soins, une révocation du sursis peut même être prononcée par le juge de*

[81] Nelly GAILLARD-JANIN, Enquête sur les sujets ayant été suivis en obligation de soins durant l'année 2005 au centre Philippe-Paumelle, in L'information psychiatrique 2007/1 (Volume 83) Pages 29 à 34 Éditions JLE ÉDITIONS page 29.
[82] Loc. Cit.
[83] Senon JL, Manzanera C. Psychiatrie et justice : de nécessaires clarifications à l'occasion de la loi relative à la rétention de sûreté. AJ Penal 2008; 4:176—81 cité par M. ORSAT, E. AUFFRET, C. BRUNETIERE, D. DECAMPS-MINI, J. CANET, J.-P. OLIE, S. RICHARD-DEVANTOY, Les soins pénalement ordonnés : analyse d'une pratique complexe à travers une revue de littérature, Éditions L'encéphale, 2015
[84] Christophe PRAT, Dossier l'obligation de soins, soins ou accompagnements centrés sur la réduction de la récidive ? Exemples de pratique de psychologie appliquée en SPIP, AJ Pénal, Mars 2022, page 217

l'application des peines »[85]. Le consentement du patient aux soins est central en matière médicale, pourtant, la personne condamnée encourt une sanction en cas de non-respect de son obligation de soins (A), ce qui laisse planer un doute quant à sa réelle marge pour consentir à sa mesure (B).

A) Les risques encourus en cas de non-respect de l'obligation de soin

Un psychiatre affirmait qu'il ne peut pas y avoir de soins si une personne encoure le placement en détention. Les potentielles sanctions encourues par la personne condamnée en cas de non-respect du dispositif pénal vont de la révocation de la mesure et donc la potentielle incarcération (1) au prolongement possible de la mesure (2).

1) La révocation de la mesure

« *Les personnels d'insertion et de probation mettent ainsi fréquemment en avant leur savoir-faire et leur expertise, spécialement en matière d'évaluation et d'aide à la décision* »[86]. Selon l'article D575 du CPP, tout au long de la mesure, les CPIP tiennent informés le JAP de l'exécution de la mesure par le biais de rapports. L'obligation de soins étant une mesure probatoire, son non-respect fait encourir à la personne condamnée une révocation de la mesure à laquelle elle est rattachée. Cependant, le non-respect de l'obligation de soins n'entraîne pas la révocation immédiate et automatique selon un CPIP. Selon le cadre du prononcé, la sanction encourue en cas de non-respect diverge. La sanction la plus grave est la révocation de la mesure de sursis probatoire. La révocation signifie la mise à exécution de la partie ferme, en partie ou en totalité. L'article 132-47 du CP prévoit que la révocation peut être décidée par la juridiction de jugement en cas de nouvelle infraction mais également par le JAP « *lorsque le condamné n'a pas satisfait aux mesures de contrôle et aux obligations particulières qui lui étaient imposé*es ». Néanmoins, la révocation du sursis probatoire n'entraîne pas nécessairement l'incarcération de la personne. En cas de mise à exécution d'une partie ou de la totalité du sursis probatoire, si cette durée est inférieure à un an, l'aménagement ab-initio de la peine est possible sous forme de détention à domicile sous surveillance électronique, de semi-liberté ou de placement extérieur. L'obligation de soins pourrait une nouvelle fois être adjointe au dispositif.

[85] Patrick MISTRETTA, L'illusion du consentement du délinquant à l'acte médical et aux soins en droit pénal, Revue internationale de droit pénal, 2011, (§26 p34).
[86] Clément MARGAINE, Étude des obligations applicables en milieu ouvert, Une analyse de la dimension coercitive de la probation, Rapport de recherche, Dossier thématique, Centre Interdisciplinaire de Recherche Appliquée au champ Pénitentiaire, Novembre 2016 p160

La révocation est une sanction extrême. Il n'existe pas de statistiques pour savoir combien de mesures sont révoquées en raison du non-respect de l'obligation de soins. Le choix d'une potentielle sanction n'est pas aisée, comme l'affirme le CPIP Elliot Louan[87] « *En cas d'incident, il devient très difficile pour les JAP de distinguer les personnes ne respectant pas l'OS par manque de réceptivité (en raison d'une dépendance ou d'un trouble psychiatrique altérant cette réceptivité) des personnes ne respectant pas l'OS par refus de s'y conformer* ». Cependant, au cours d'un entretien, une JAP du tribunal de Vienne affirmait qu'il est rare de révoquer une peine de sursis probatoire seulement en raison du non-respect de l'obligation de soins. En général, la révocation de la mesure est prononcée lorsque plusieurs des obligations, dont celle de soins, ne sont pas respectées. En effet, la première sanction du non-respect de la mesure réside moins dans la révocation que dans la prolongation de la mesure.

2) <u>La prolongation de la mesure</u>

Si la révocation de la peine de sursis pour l'inexécution de l'obligation de soins est rare, sa prolongation, jugée moins sévère, est plus souvent mise en jeu. La révocation n'arrive qu'en dernier ressort, après un rappel des obligations et un débat contradictoire avec le JAP. L'article 743 du code de procédure pénale prévoit une autre possibilité et dispose que « *Lorsque le juge de l'application des peines prolonge le délai de probation, ce délai ne peut au total être supérieur à trois années* ». La possibilité pour le CPIP de demander au JAP la prolongation du sursis probatoire et de l'obligation de soins est expliquée dès le premier entretien au probationnaire. Celui-ci est informé que sa peine ne sera pas considérée comme exécutée tant qu'il n'aura pas engagé une démarche de soins. Cependant, comme pour la révocation de la mesure, il est rare qu'une prolongation soit décidée uniquement en raison d'un manquement à l'obligation de soins, il s'agit souvent d'un avis global sur la prise en charge. Il est toujours possible pour la personne condamnée de faire appel de ces décisions auprès du président de la chambre de l'application des peines selon les articles 712-11 et 712-12 du CPP. Le fait que plane au-dessus de la personne condamnée le risque de prolonger voire révoquer sa mesure rend questionnable la place de son consentement aux soins.

[87] Elliot LOUAN, Dossier « L'obligation de soins », La mise en œuvre de l'obligation de soins : constats, limites et perspectives d'évolution de l'article 132-45 du code pénal, AJ Pénal, Mars 2022 page 124

B) La question du consentement de la personne condamnée

Le consentement aux soins est central pour toute mesure médicale, sauf cas exceptionnel, il est donc possible de se demander quelle est la place du consentement, particulièrement quand la personne condamnée réagit de manière négative à l'annonce de cette mesure (1) ; la démarche de soins pourra dès lors résider pour le condamné à une simple conformisation à l'attendu pénal (2).

1) Une réaction défensive initiale

Lors de l'audience, il peut être demandé à la personne mise en cause ce qu'elle pense de l'obligation de soins ; elle la réclame parfois elle-même avec son avocat, mais cette question à l'audience n'est pas une obligation, comme le rappelle Monsieur Mistretta : « *à aucun moment le législateur ne fait référence à la question du consentement du sursitaire* »[88]. Lorsqu'une juridiction de jugement prononce une obligation de soins, il arrive que la personne condamnée se trouve dans une position de demande de ces soins, dans ce cas, la question de son consentement ne se pose pas, et l'adhésion à la mesure sera facile à obtenir pour le CPIP. Cependant, il arrive souvent que la personne condamnée ait une réaction défensive face à l'annonce de l'obligation de bénéficier de soins. En effet, elle a l'impression qu'il s'agit d'une déclaration sous-jacente de maladie ; et plus particulièrement de maladie psychique puisqu'elle est souvent envoyée consulter un psychiatre ou un psychologue. La personne condamnée se défend alors « *Mais je ne suis pas malade !* »[89] ; globalement en France, déclarer souffrir d'un trouble psychiatrique est encore actuellement extrêmement mal perçu, voire inavouable. Le CPIP Elliot Louan[90] affirme dans un article que « *le prononcé d'une obligation de soins est fréquemment perçu comme l'attribution d'un diagnostic infondé, soit de folie, soit de dépendance* ». La première perception est donc une forme d'injustice, inexpliquée, ce qui est contradictoire avec la demande de soins. Cette perception est renforcée en l'absence d'expertise médicale. Le fait qu'un juge estime seul que la personne nécessite des soins peut placer le condamné dans une situation de confrontation avec les interlocuteurs de la justice ; et il va être amené à considérer que les soignants qu'il rencontre ont aussi un rôle judiciaire. Cette opposition devrait mettre fin à la relation de soins puisque l'article 6 du code de déontologie (repris dans l'article R 4127-6 du CSP) dispose que « *le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin. Il doit lui faciliter*

[88] Patrick MISTRETTA, L'illusion du consentement du délinquant à l'acte médical et aux soins en droit pénal, Revue internationale de droit pénal, 2011, (§26 p34)
[89] Témoignage d'un condamné d'un entretien individuel en SPIP
[90] Elliot LOUAN, Dossier « L'obligation de soins », La mise en œuvre de l'obligation de soins : constats, limites et perspectives d'évolution de l'article 132-45 du code pénal, AJ Pénal, Mars 2022 page 120

l'exercice de ce droit ». Cependant, en matière pénale, si la personne condamnée a le choix théorique de son soignant, elle ne peut pas purement et simplement refuser les soins.
Le refus d'être soigné peut s'expliquer par le concept de Réactance[91] de J.W. Brehm qu'Elliot Louan[92] explique en ces termes : « *Il est postulé que l'individu pense généralement disposer de libertés comportementales spécifiques et que lorsque ces libertés sont menacées ou éliminées d'une manière ou d'une autre, il tente de les rétablir* ». Le fait de refuser de réaliser une démarche de soins permet à la personne condamnée de rétablir sa liberté comportementale, comme s'il s'agissait de la dernière barrière qui n'avait pas été franchie par la sanction pénale. La sanction pénale agit sur le corps, par la détention, sur les rapports sociaux, par l'exclusion sociale mais pas sur la manière de penser de la personne condamnée. Elle est libre de trouver la sanction injuste, tant qu'elle exécute sa peine. C'est pour cette raison qu'une obligation de soins ne peut pas être prononcée en détention. Dès lors, dans le cadre d'une sanction en milieu ouvert, au lieu d'agir sur le corps, il va être recherché un effet sur l'esprit de l'individu.

Si l'objectif est l'inscription dans une démarche d'adhésion à la mesure, la mauvaise compréhension de la mesure par le condamné peut être mise en avant. La JAP Bérangère Le Boëdec-Maurel[93] affirme qu'« *un manque de précision dans la décision prononcée quant aux soins à initier peut parfois expliquer les réticences du condamné à s'inscrire authentiquement dans une démarche thérapeutique sérieuse dont il ne comprend pas les enjeux. Il appartient ainsi au JAP d'expliquer avec pédagogie ce qui est attendu d'un condamné en termes de soins pour s'assurer d'une véritable adhésion de celui-ci à son protocole* ». Si l'explication au manque d'adhésion trouve sa source dans le manque de compréhension de la mesure par le condamné, cela peut donc être solutionné par une meilleure explication par le juge au cours de l'audience, par le bureau d'exécution des peines et in fine par le CPIP qui assure le suivi. La rencontre avec le JAP est n'obligée par la loi que pour les suivis socio-judiciaires au début de leur mesure (article R61 du CPP). Si le degré de consentement de la personne condamnée sera difficile à mesurer, cette dernière va généralement à minima chercher à se conformer à la contrainte pénale.

2) <u>Une conformisation à l'attendu pénal</u>

Que la personne condamnée consente ou non au dispositif de l'obligation de soins, elle va souvent être amenée à s'y conformer par rationalisation du risque, connaissant les sanctions qu'elle encourt, prolongation ou révocation de la mesure ; « *Ces dernières [PPSMJ] saisissent*

[91] J.W. BREHM, A theory of psychological reactance, 1966 ; J.W. Brehm, Control, its loss, and psychological reactance, in Control motivation and social cognition, Springer, 1993, p 3-30
[92] Elliot LOUAN, Dossier « L'obligation de soins », La mise en œuvre de l'obligation de soins : constats, limites et perspectives d'évolution de l'article 132-45 du code pénal, AJ Pénal, Mars 2022, page 121
[93] Bérangère LE BOËDEC-MAUREL, Dossier L'obligation de soins, L'obligation de soins vue par un juge de l'application des peines, AJ Pénal, Mars 2022, page 116

l'intérêt qu'elles ont à se soumettre aux obligations thérapeutiques pour faciliter leur parcours judiciaire lors de l'application de leur sanction »[94]. Si la personne condamnée est en mesure de comprendre les enjeux autour du respect de la mesure, un calcul bénéfice / risque suffirait à lui faire choisir de se rendre vers le professionnel auprès duquel elle a été orientée plutôt que de refuser purement et simplement les soins. Cette conformisation ne favorise pas l'adhésion de la personne condamnée à la mesure ; « *la contrainte peut biaiser la spontanéité de la demande de soins et le SPO peut devenir une menace favorisant des solutions d'évitement comme les « thérapies vides* » »[95]. Il est difficile de distinguer un investissement réel qui témoigne d'une sincère adhésion à la mesure, d'une volonté de se conformer à un attendu pénal. Pour respecter l'attendu pénal, le CPIP présente au condamné différentes possibilités : rencontrer un professionnel, qui peut être le médecin traitant s'il est spécialisé en addictologie, ou s'il suit depuis longtemps la personne pour cette difficulté et lui procure des ordonnances, un psychologue, un service de soins psychologiques avec notamment des infirmiers, mais aussi réaliser des analyses médicales, mesure qui n'implique pas le même engagement personnel. Les CPIP ne peuvent pas déontologiquement communiquer le nom d'un psychologue mais ils peuvent orienter vers une structure de soins. Lors de rencontres avec le CMP de Vienne et le CSAPA de Bourgoin-Jallieu, les professionnels de santé affirment de manière unanime que les « patients SPIP » qu'ils reçoivent sont plus difficile à amener aux soins que les autres patients. En effet, ils souhaitent avant tout récupérer un justificatif de leur passage qui prouve le respect de leur contrainte pénale.

Le CPIP a connaissance du fait que la personne s'est rendue à un rendez-vous ou a réalisé des analyses médicales, cela lui permet d'affirmer que la personne condamnée a rempli son obligation et il peut en informer le juge dans ses rapports de suivi. Cela ne permet pas de mesurer le degré d'adhésion de la personne à la mesure à laquelle elle est soumise. Pour se conformer à l'attendu pénal, certains condamnés pour des faits usage de drogues ou d'alcool vont préférer produire des analyses de sang prouvant qu'ils ont arrêté leur consommation. L'adhésion, au contraire, réside dans la compréhension des bénéfices que la mesure pourrait apporter ; pour cela, le travail du SPIP est de donner à la personne condamnée un rôle. Si la personne condamnée soumise à une obligation de soins est l'objet d'une condamnation pénale, l'objectif à l'issue de la mesure est de l'avoir rendu sujet de son obligation grâce à la compréhension de cette mesure.

[94] Virginie GAUTRON, Réprimer et soigner, pratique et enjeux d'une articulation complexe, Collection L'univers des normes, PUT, 2023, page 207

[95] X. LAMEYRE, Les soins pénalement ordonnés, une pratique limite. Ann Med Psychol 2004; 162(8):657—61 cité par M. ORSAT, E. AUFFRET, C. BRUNETIERE, D. DECAMPS-MINI, J. CANET, J.-P. OLIE, S. RICHARD-DEVANTOY, Les soins pénalement ordonnés : analyse d'une pratique complexe à travers une revue de littérature, Éditions L'encéphale, 2015, page 426

Partie 2 : A la personne condamnée, **sujet** de son obligation

Au cours de l'exécution de la mesure d'obligation de soins, les professionnels entourant la personne condamnée vont adapter les soins pour qu'ils correspondent à son profil (Chapitre 1), cette recherche d'adaptation a pour objectif des soins efficaces pour la personne condamnée ainsi qu'une réduction du risque de récidive (Chapitre 2).

Chapitre 1 : **La recherche d'adaptation de l'obligation de soins au profil de la personne condamnée**

La pluridisciplinarité caractérise intrinsèquement cette mesure d'obligation de soins et permet une adaptation à la situation et au profil du condamné (section 1), cependant, le tissu médical local reste très divers et constitue parfois un frein (section 2).

SECTION 1 **La pluridisciplinarité au service du condamné**

Le point central de la mesure d'obligation de soins est la pluridisciplinarité qui réside dans l'association d'intervenants judiciaires et médicaux (A), cette pluridisciplinarité se développe grâce à de nouvelles techniques d'intervention utilisées au sein des SPIP pour susciter l'adhésion de la personne condamnée (B).

A) L'association d'intervenants judiciaires et médicaux

Les différents intervenants se complètent pour remplir leur objectif commun de recherche de l'adhésion de la personne condamnée (1), ce qui est obstrué par les limites d'une intervention médicale indissociable de la sanction judiciaire (2).

1) La recherche de la compréhension du sens de la mesure par la personne condamnée

Le but des professionnels, qu'ils soient judiciaires ou médicaux, est d'amener la personne condamnée à formuler une demande de soins authentique, quand bien même la personne était méfiante au moment du prononcé de la mesure. Après le prononcé de la condamnation par la juridiction de jugement, le condamné va se rendre auprès du Bureau de l'Exécution des Peines (BEX) ou du JAP qui vont avoir pour mission spécifique de lui expliquer la mesure à laquelle il va être soumis. Sur le ressort du SPIP de Vienne, il y a un BEX collectif par mois qui permet

l'explication du fonctionnement du SPIP de Vienne et des modalités d'accompagnement ; le BEX donne une convocation devant le SPIP selon l'article 474 du CPP. Selon l'article 577 du CPP, le JAP peut donner des instructions particulières au SPIP. Le condamné va par la suite se rendre au SPIP pour un premier entretien auprès d'un conseiller qui va le suivre pendant toute sa peine. Sa première mission est de lui rappeler sa mesure et les obligations qui y sont attachées. Le RPO1[96] prévoit les différents types de suivis selon le niveau d'intervention requis. La fréquence des rendez-vous sera un outil de travail utile pour les CPIP ; sous le contrôle du DPIP et du JAP, le CPIP détermine avec la personne condamnée les priorités et va être amener à rechercher l'adhésion de la personne aux soins qui lui ont été imposés ; « *Confronté à un probationnaire réticent, le CPIP peut par exemple échanger avec ce dernier sur les soins afin de l'inciter à investir l'obligation et à devenir acteur de cette démarche* »[97]. Un psychologue vulgarise l'obligation de soins en expliquant qu'il s'agit de passer de la posture *« il y a un problème »* à celle de *« ce que ça veut dire »*, c'est-à-dire le sens à en tirer. Tous les acteurs autour de la personne condamnée vont avoir pour objectif d'aider la personne à trouver du sens à sa condamnation et à réaliser l'utilité de l'obligation de soins ; « *Comme l'ont très bien noté les sociologues A. CHAUVENET et F. ORLIC,* " *[en milieu ouvert] les travailleurs sociaux tentent de dépasser l'obstacle du contrôle et de le rendre inutile, soit en le faisant oublier et en l'oubliant eux-mêmes, grâce à la dynamique de la relation créée, soit en le contournant, par exemple en amenant la personne à exprimer un besoin ou une demande (qui correspond en fait à une obligation)* " »[98]. Par contre, lorsque la personne condamnée rencontre un soignant, ce dernier n'est pas forcément informé de la mesure de son patient. Même s'il a connaissance de l'existence de cette obligation de soins, il n'a pas pour mission de la lui expliquer, il arrive que le soignant ne connaisse pas lui-même les tenants et les aboutissants de la mesure. Il va chercher à le faire adhérer à un processus de soins qu'il lui aura proposé. Parfois, le médecin est le médecin traitant de la personne, ce qui permet un meilleur travail selon des CPIP. En effet, selon un CPIP[99], ce maillage est un meilleur filet de protection pour la personne condamnée. Cela peut poser des difficultés lorsque le médecin traitant est le médecin de famille : cela implique de l'informer de la sanction pénale, ce que ne souhaite pas forcément la personne condamnée.

[96] Référentiel des Pratiques Opérationnelles, 2017

[97] M. LEBRUN, (2010). Témoignage à propos des soins pénalement ordonnés. *La Lettre du Psychiatre*, *6*(3), 84–88. Cité par A VENTEJOUX, A. HIRSCHELMANN, Soins pénalement ordonnés et positionnements professionnels : des pratiques au carrefour de la Santé et de la Justice, Éditions Elsevier Masson, 2014, page 100

[98] A. CHAUVENET et F. ORLIC, *« Sens de la peine et contraintes en milieu ouvert et en prison »,* Déviance et société, 2002, Vol. 26, n° 4, p. 451 et 452 . cité par Clément MARGAINE, Étude des obligations applicables en milieu ouvert, Une analyse de la dimension coercitive de la probation, Rapport de recherche, Dossier thématique, Centre Interdisciplinaire de Recherche Appliquée au champ Pénitentiaire, Novembre 2016 p137

[99] Les témoignages des CPIP ont été, à leur demande, anonymisés

Selon une JAP[100], seule une adhésion véritable du condamné à son protocole de soins, laquelle échappe à l'appréciation du JAP, est de nature à donner du sens à la peine exécutée. L'un des principaux enjeux de l'obligation de soins est, comme pour la régularité des entretiens au SPIP, l'assiduité et l'implication des personnes condamnées. Il s'agit d'un impératif pour assurer un suivi psychologique. Ce problème auquel sont confrontés les CPIP dans le cadre de leurs entretiens individuels concerne également les soignants, surpris du fort taux d'absentéisme de la patientèle pénale[101]. Des éléments peuvent expliquer, au moins en partie, ce problème récurrent. D'une part les personnes condamnées catégorisent leurs besoins, la priorité n'est pas forcément de respecter un rendez-vous auprès d'un soignant ou du SPIP mais de trouver une certaine stabilité ; d'autre part, le manque de moyens financiers et les difficultés de transport peuvent expliquer ces rendez-vous manqués, parfois involontaires ; enfin, la difficulté d'adhésion à la mesure peut expliquer le manque d'investissement.

En complément du sursis probatoire dit classique, le JAP peut prononcer un sursis probatoire renforcé prévu par l'article 132-41-1 du CP ; le soin y occupe une place importante et demande une pluridisciplinarité plus soutenue. Au-delà du soin, les juges qui le prononce recherchent un accompagnement socio-éducatif individualisé et soutenu ; cet accompagnement concourt à favoriser l'adhésion aux soins de la personne condamnée. L'association d'intervenants judicaires et médicaux fait face des limites inhérentes à cette réunion.

2) *Les limites de l'intervention médicale dans le domaine judiciaire*

L'obligation de soins fait intervenir des professionnels du soin dans le cadre d'une sanction pénale ; cela n'est pas sans poser des difficultés quant aux interrelations entre les professionnels de la santé et de la justice, difficultés cristallisées dans la notion de secret médical. Depuis une circulaire de 2012[102], l'article 132-45 3° du CP prévoit la possibilité d'un partage d'information entre le JAP et le professionnel du soin comprenant la copie de la décision, les rapports d'expertise et toute pièce utile au dossier. Le législateur a donc souhaité améliorer la communication entre le milieu judiciaire et le milieu médical. Cette communication est limitée dans les faits ; « *Les psychiatres n'avaient toutefois pas connaissance de la mesure du SPO pour plus d'un quart des patients (27,5 %), ni de l'existence d'une expertise pour presque la moitié des patients (47,1 %)* »[103]. Ces interventions pourraient être bénéfiques, puisque les soignants

[100] Bérangère LE BOËDEC-MAUREL, Dossier « L'obligation de soins », L'obligation de soins vue par un juge de l'application des peines, AJ Pénal, Mars 2022 page 114
[101] Témoignage anonyme recueilli lors d'une réunion
[102] Circulaire du 14 mai 2012 présentant les dispositions de droit pénal et de procédure pénale de la loi n°2012-409 du 27 mars 2012 de programmation relative à l'exécution des peines
[103] Geoffroy COUHET, Hélène DE ROCQUIGNY, Hélène VERDOUX, Soins Pénalement ordonnés : étude des pratiques des psychiatres de la Gironde Éditions Elsevier Masson, 2012 §4 Page 570

peuvent utiliser le jugement comme un outil de travail[104]. Le but de la pluridisciplinarité est de rechercher l'adhésion de la personne condamnée par divers moyens. Il reste néanmoins difficile pour la personne condamnée de faire la distinction entre professionnel judiciaire et professionnel soignant dans la mesure où il doit aller voir un soignant pour satisfaire à une demande judiciaire. Cela fait apparaître une sorte de « casquette judiciaire » pour le soignant.

Le secret médical constitue un frein à l'échange d'informations entre les professionnels judiciaires et médicaux. La question est celle du moment ou du degré de gravité qui autoriserait le professionnel à alerter le JAP. Le soignant est soumis au secret médical, c'est un secret professionnel protégé par l'article 226-13 du CP. Ce secret va être apprécié par chaque médecin. Concernant les psychologues, « *Le code de déontologie des psychologues constitue donc une norme déontologique et non une norme légale. Le secret dont il est question représente plutôt un enjeu de bonne pratique qu'une obligation juridique* »[105]. Certains médecins estiment qu'ils n'ont pas à donner d'information concernant leur patient à un juge. Dans ce cas, la pluridisciplinarité est limitée de facto car le CPIP et le juge ne vont pas avoir d'information sur le déroulé du suivi. Certains professionnels considèrent qu'ils n'ont jamais à le faire, d'autres considèrent que « *le consentement préalable de la personne (ou de son représentant légal) devra être systématiquement recherché après informations délivrées quant au contenu des échanges, mais aussi sur l'identité des destinataires.* »[106]. Un auteur a rédigé des propositions pour solutionner le problème du secret médical en ces termes « *Proposition 2 : Concevoir un livre sur le secret professionnel des intervenants auprès des PPSMJ qui récapitule les droits et devoirs de chacun ainsi que les cas de relèvement du secret prévus par la loi* »[107]. F. Cochez, cité par un article[108], résume bien cette différence, en énonçant qu'« *à situation clinique identique, le soignant doit se taire dans le cadre d'une obligation de soins et doit alerter dans une situation d'injonction* ».

Lors d'une réunion dans un CMP, des soignants ont évoqué l'hypothèse d'un secret médical partagé, puisque les CPIP sont également soumis au secret professionnel dans le cadre de leurs missions. Dans certains SPIP, il existe une fiche de liaison remplie par le CPIP et le soignant. Sans transmettre des pièces judiciaires, le lieu de soins connaît le motif de l'infraction. Au SPIP de Vienne, certains CPIP prennent contact avec le soignant à la fin de la mesure. Ce n'est pas systématique, cela peut arriver lorsqu'ils ont des doutes sur le discours de la personne condamnée.

---

[104] Témoignage de soignants dans le cadre d'une rencontre avec le CMP

[105] J. DA COSTA, S. MOUCHET-MAGES, C. MIELE, C. ARBUS, M. LACAMBRE, Définitions, dérogations et applications du secret professionnel dans le cadre des soins pénalement ordonnées : revue de la littérature médicale et juridique française depuis 1998, Éditions Elsevier, 2021 Page 591.

[106] Idem, Ibidem, p 592

[107] DELARUE, JM et al. (2018). Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge. Rapport de la Commission d'audition du 17 juin 2018. Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge. Lien : https://criavs.fr/wp-content/uploads/2019/03/RAPPORT-DU-17-JUIN-2018.pdf

[108] BOUCHARD J, COCHEZ F. La meilleure des lois ne fera jamais l'économie d'une réflexion sur le terrain. Soins Psychiatr 2017;38(309):36–9, cité par J J. DA COSTA, S. MOUCHET-MAGES, C. MIELE, C. ARBUS, M. LACAMBRE, Définitions, dérogations et applications du secret professionnel dans le cadre des soins pénalement ordonnées : revue de la littérature médicale et juridique française depuis 1998, Éditions Elsevier, 2021 p 594

Pour faciliter l'interconnaissance entre professionnels judiciaires et du soin et renforcer la pluridisciplinarité au sein des SPIP, il existe un corps de psychologues du ministère de la justice depuis un décret du 8 décembre 2021, entré en vigueur le 8 décembre 2022[109]. Leur arrivée permet une meilleure compréhension entre le milieu du soin et de la justice puisqu'ils sont présents lors des rencontres partenariales, et elle permet également d'apporter une analyse de la pratique au sein du SPIP à propos de situations particulières présentées par les CPIP ou lors de retours d'expériences sur des interventions en SPIP. Pour compléter l'obligation de soins et susciter l'adhésion des potentiels suivis réticents, l'avancée de la criminologie a amené de nouvelles possibilités d'interventions directes en SPIP.

B) Les nouvelles propositions au sein du SPIP

Grâce à l'avancée des recherches en criminologie sur la prise en charge des personnes condamnées (1), leur introduction dans les techniques du SPIP peut permettre une nouvelle forme d'intervention complémentaire aux soins (2).

1) L'avancée des recherches criminologiques

« *L'apport de la criminologie et de la psychocriminologie se révèle être particulièrement fécond pour soutenir et irriguer cette évolution des prises en charge des services pénitentiaires* »[110], l'Administration Pénitentiaire française a pris un virage criminologique dans les années 2010 notamment, avec l'apparition du Programme de Prévention de la Récidive (PPR). Ces ressources peuvent être utilisées au profit de la recherche d'adhésion de la personne condamnée à son obligation de soins. L'arrivée de la criminologie en France a mis beaucoup de temps, ces nouvelles interventions s'inscrivent dans des modèles importés d'autres pays : « *Dans les pays anglo-saxons, en Belgique, aux Pays-bas, en Suisse et en Allemagne, le paysage de la prise en charge des AVS est largement dominé par ce type de positions » ;* « *Il s'inscrit volontiers dans le continuum psycho-socio-judiciaire caractéristique de ce dispositif et accepte le cadre d'une nouvelle « pénologie » dont l'objectif est moins de transformer le sujet individuel en profondeur que de le construire en gestionnaire efficace de ses risques. […]* » [111]. Les deux auteurs qui ont analysé les causes de la délinquance et ont proposé de nouvelles solutions sont

[109] Décret n° 2021-1606 du 8 décembre 2021 relatif au statut particulier du corps des psychologues du ministère de la justice, JORF n°0287 du 10 décembre 2021

[110] Christophe PRAT, Dossier l'obligation de soins, soins ou accompagnements centrés sur la réduction de la récidive ? Exemples de pratique de psychologie appliquée en SPIP, AJ Pénal, Mars 2022 page 134

[111] Claude-Olivier DORON, Soigner par la souffrance, La prise en charge des auteurs de violences sexuelles, Les cahiers du centre Georges Canguilhem 2010/1 (N°4) Éditions Presses Universitaires de France, Pages 87 à 113

D.A. Andrews et James Bonta qui ont inventé le modèle RBR dans leur ouvrage ***The psychology of criminal conduct***[112]. Le modèle Risque Besoins Réceptivité (RBR) est basé sur les EBP (evidence based practices). Depuis la diffusion du RPO1 en 2017, ce modèle est devenu le modèle théorique d'intervention des SPIP[113], il met en avant des évaluations structurées avec notamment des échelles actuarielles ou semi-actuarielles. Les auteurs ont répertorié les facteurs de risque, les besoins des personnes condamnées et leur réceptivité. Le risque (Big Eight) prend en compte des facteurs statiques et des facteurs dynamiques et ils arrivent à la conclusion que l'intensité de l'intervention doit correspondre au niveau de risque de la personne. Les besoins criminogènes des personnes condamnées (big Seven) sont composés de facteurs dynamiques comme : les cognitions et croyances antisociales, les traits de personnalité antisociale, la fréquentation de pairs pro-criminels, les consommations problématiques, les difficultés familiales, scolaires, professionnelles et les loisirs à risque. La réceptivité peut être générale, dans ce cas elle repose sur les Core correctional Practices, c'est-à-dire les Interventions Cognitivo-Comportementales (ICC) et les Entretiens Motivationnels (EM), mais aussi les habiletés sociales. La réceptivité peut être spécifique en reposant sur les capacités cognitives, la culture ou le mode d'apprentissage. Le modèle RBR a reçu des critiques, qui ont notamment donné lieu à l'apparition d'un autre modèle : le Good Lives Model basé sur les besoins primaires et secondaires des délinquants.

La Direction de l'Administration Pénitentiaire utilise ces bases pour développer au sein des SPIP différents programmes[114]. Ces nouvelles modalités d'intervention utilisées par les CPIP, comme les ICC et l'EM, peuvent également être utilisées par les professionnels de santé formés. Ces avancées criminologiques ont apporté de nouvelles manières d'envisager le soin au sein même des SPIP.

2) Des nouvelles formes de soins

L'adhésion aux soins peut être favorisée par un travail réalisé au sein du SPIP ; « *Notre expérience montre qu'à défaut de la totalité, un nombre important de personnes suivies par la justice sont réceptives à ces approches « actives », outillées* »[115]. Selon la réceptivité de la personne condamnée, différentes méthodes d'accompagnement pourront lui être proposées. Une étude menée dans la province de l'Ontario au Canada a conclu que « *les pratiques professionnelles des agents évoluent favorablement après avoir suivi des formations permettant d'aborder les domaines criminogènes, mais aussi de mobiliser certaines techniques et*

[112] Fifth editions
[113] Elliot LOUAN, Dossier « L'obligation de soins », La mise en œuvre de l'obligation de soins : constats, limites et perspectives d'évolution de l'article 132-45 du code pénal, AJ Pénal, Mars 2022 page 123
[114] Le programme ADERES composé du programme ADAPT et du programme REPERES, le programme CHANGES
[115] Christophe PRAT, Dossier l'obligation de soins, soins ou accompagnements centrés sur la réduction de la récidive ? Exemples de pratique de psychologie appliquée en SPIP, AJ Pénal, Mars 2022 page 134

compétences, contenues dans le corpus des correctional practices »[116]. À Vienne comme en France, les CPIP disposent d'outils éprouvés et adaptés à la réceptivité des auteurs d'infraction qui doivent se sentir concernés par leur parcours d'exécution de peine. L'ensemble de ces outils a été compilé dans le répertoire national nommé ROMIN (Répertoire des Outils et des Méthodes d'Intervention). Les CPIP peuvent amener leurs suivis ayant une problématique de consommation de produits, à réaliser un tableau des quantités consommées, et à évaluer de ce que cela leur coûte en temps, en énergie, en argent, en vie sociale, au travail, en termes de fréquentation. Ils peuvent utiliser également la méthode de l'entretien motivationnel.

Pour amener leurs suivis à réaliser un pas de côté, les CPIP accompagnent les personnes à identifier des stratégies d'évitement, des balances décisionnelles ; « *En transformant l'obligation en un moyen au service d'un but, la fonction de mise en oeuvre et de contrôle de l'obligation prévue par le Code de procédure pénale prend une nouvelle forme. Loin de n'être qu'un agent de probation, conçu comme un simple agent d'exécution d'une décision pénale, le CPIP sera alors plutôt considéré comme un agent de changement, au service d'une personne prise en charge en MO* »[117].

Plus encore, ces nouvelles modalités d'accompagnement sont considérées comme du soins pour certains juges qui acceptent de les intégrer à la réalisation de l'obligation de soins. D'autres juges y sont réticents et obligent la personne condamnée à rencontrer un professionnel médical, ce ne sera que si cette rencontre n'a pas d'effet que le PPR pourra par exemple être proposé. Les PPR en France sont issus de la recommandation 2000 22 du comité des ministres 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. Les PPR sont des groupes de personnes condamnées, constitués par les CPIP, qui ont un point commun dans les circonstances de l'infraction commise. Ce dénominateur commun peut être la nature de l'infraction commise, comme les infractions sexuelles, les violences conjugales, mais aussi une même problématique rencontrée comme la gestion des émotions ; *« Les PPR, centrés sur le passage à l'acte, permettent d'assurer une prise en charge spécifique de certains délinquants au regard de l'analyse des faits commis (délinquance sexuelle, violences conjugales, violences urbaines, etc.). Ainsi, les personnels d'insertion et de probation construisent, développent et animent des programmes sous forme de groupes de parole qui s'inscrivent dans les parcours d'exécution de peines, tant en*

[116] Étude de N. Chadwick, A. Dewolf et R. Serin, *Effectively Training Community Supervision Officers : A meta-Analytic Review of the impact on Offender Outcome,* Criminal Justice and Behabior, juillet 2015, citée par Louan Elliot, Dossier « L'obligation de soins », La mise en œuvre de l'obligation de soins : constats, limites et perspectives d'évolution de l'article 132-45 du code pénal, AJ Pénal, Mars 2022 page 122

[117] Clément MARGAINE, Étude des obligations applicables en milieu ouvert, Une analyse de la dimension coercitive de la probation, Rapport de recherche, Dossier thématique, Centre Interdisciplinaire de Recherche Appliquée au champ Pénitentiaire, Novembre 2016 p140

milieu fermé qu'en milieu ouvert »[118]. L'utilité de l'intervention groupale ne fait pas l'unanimité. Certains professionnels y sont très favorables car elle permet à la personne condamnée de remettre en cause ses représentations individuelles et de confronter ses valeurs et celles de ses pairs autour de la définition de ce qui est légal, permis et admis par la société ; la prise en charge peut donc être plus efficiente que la prise en charge individuelle. Mais toutes les personnalités ne sont pas compatibles avec le groupe, qui peut lui-même créer un environnement criminogène, avec la réunion de plusieurs personnes condamnées par la justice qui ne se seraient pas rencontrées dans d'autres circonstances ; l'effet de groupe, les discussions pendant les pauses pourraient être un terrain propice au développement d'un comportement délinquant. Pour que ces formes de soins complémentaires prospèrent, il est nécessaire que les magistrats connaissent et aient confiance dans ces méthodes d'intervention, notamment concernant les infractions violentes. Ces nouvelles formes de soins développées par les SPIP ne suffisent pas à résoudre les difficultés liées intrinsèquement à l'obligation de soins.

SECTION 2 **La réalité de l'obligation de soins**

La recherche du consentement de la personne condamnée fait face à de nombreux obstacles tant médicaux (A) que théoriques (B).

A) Les limites de l'accès au soin de la personne condamnée

Les limites médicales résultent d'une part de l'insuffisance du maillage médical local (1) et d'autre part de l'enjeu sur le financement de la mesure (2).

1) Le maillage médical insuffisant

L'exécution de l'obligation de soins dépend des partenaires locaux du SPIP. Le maillage médical est parfois insuffisant, particulièrement dans les zones rurales. L'obligation de soins dure théoriquement tout le temps de la mesure ; s'il n'y a pas de temporalité particulière pour l'obtention d'un premier rendez-vous, plus la personne s'engage rapidement dans un processus de soins, plus cela va lui permettre de démontrer sa bonne volonté.

[118] Circulaire de la Direction de l'administration pénitentiaire n° 113/PMJ1 du 19 mars 2008 relative aux missions et aux méthodes d'intervention des services pénitentiaires d'insertion et de probation, p. 4 citée par Margaine Clément Étude des obligations applicables en milieu ouvert, Une analyse de la dimension coercitive de la probation, Rapport de recherche, Dossier thématique, Centre Interdisciplinaire de Recherche Appliquée au champ Pénitentiaire, Novembre 2016

Sur le ressort du SPIP de Vienne, il existe plusieurs CMP et CSAPA, qui sont des structures de soins gratuites, pour un suivi psychologique pour le premier et addictologique pour le second. Il existe un service d'addictologie à l'hôpital de Vienne et à celui de Voiron. Le CSAPA de Vienne nommé SAM des Alpes prend en charge les addictions à l'alcool quand le CSAPA SITONI de Bourgoin-Jallieu prend en charge les addictions aux produits illicites. Plusieurs CMP sont présents sur le ressort à Vienne, Péage de Roussillon et Villefontaine. Cependant, certains centres ne prennent plus de nouveaux patients pendant une durée indéterminée, d'autres ont des listes d'attente particulièrement longues. Ces lieux de soins n'ont pas de file d'attente spécifique destinée aux personnes suivies par la justice. L'insuffisance de ce maillage s'explique par le manque de moyens financiers et des ressources humaines insuffisantes ; la priorité de l'ARS n'est pas la prise en charge du public de la justice. Le délai pour obtenir un rendez-vous peut être utilisé par le CPIP pour travailler l'adhésion de la personne à la mesure. Néanmoins, l'attente pour l'obtention d'un rendez-vous retarde le processus d'engagement de la personne dans les soins.

Par ailleurs, certaines catégories de condamnés font face à des difficultés particulières puisque des centres de soins refusent de prendre en charge des Auteurs d'Infraction à Caractère Sexuelle. Il est d'autant plus difficile pour eux de remplir leurs obligations de soins. Pour favoriser la prise en charge des délinquants sexuels, certains pays utilisent d'autres moyens : « *L'émergence de structures spécialisées dans de telles prises en charge, comme il en existe en Belgique, Allemagne, Autriche, Danemark, Espagne, Grande-Bretagne ou encore au Pays-Bas* »[119]. La proposition de créer des structures de soins spécialisées pour les personnes condamnées à des soins pénalement ordonnés a été évoquée par des professionnels de la justice, et est soutenue à Vienne par une JAP, mais reste inenvisageable aujourd'hui dans la mesure où la population dans son ensemble manque de médecins. Face à la longueur des listes d'attente, les personnes condamnées ayant les ressources nécessaires peuvent se tourner vers des soignants libéraux.

2) *L'enjeu du financement de la mesure*

Pour mettre en œuvre la mesure d'obligation de soins, la personne condamnée se voit proposer par le SPIP des lieux de soins gratuits comme les CSAPA ou les CMP. Dans le cas de l'addiction, l'obligation de soins peut consister en la rencontre du médecin traitant s'il prend en charge l'addictologie. Cependant pour répondre au plus vite à la demande du CPIP, la personne condamnée peut être amenée à rechercher elle-même un psychologue libéral. Le coût d'une consultation revient en moyenne à 60€ selon un CPIP. Cette somme n'est pas remboursée, un

[119]CORNET JP, MORMONT C, MICHEL A. Quelques données sur les différentes prises en charge des délinquants sexuels dans les pays de l'Union européenne. Ann Med Psychol 2001;159(9): 639—44 cité par M. ORSAT, E. AUFFRET, C. BRUNETIERE, D. DECAMPS-MINI, J. CANET, J.-P. OLIE, S. RICHARD-DEVANTOY, Les soins pénalement ordonnés : analyse d'une pratique complexe à travers une revue de littérature, Éditions L'encéphale, 2015

certain nombre de personnes condamnées n'a pas les moyens d'y accéder. Selon ce même CPIP, si les psychologues souhaitent voir leurs patients toutes les deux semaines, ces rendez-vous s'espacent fatalement en raison de leurs coûts. Une plateforme internet a été créée après le confinement de 2020, il s'agit de « mon parcours psy » qui permet la consultation gratuite d'un psychologue pendant 12 séances avec l'ordonnance d'un médecin généraliste ; cette possibilité se heurte au problème du manque de disponibilité des psychologues libéraux. Avec l'accord du JAP, certains CPIP acceptent des justificatifs de rendez-vous auprès d'un hypnotiseur ou d'un acupuncteur par exemple, à la charge de la personne condamnée.

Le deuxième problème est la mobilité de la personne. En effet, le SPIP de Vienne recouvrant une zone rurale, les personnes condamnées n'ont – parfois plus - ni permis, ni moyens de se déplacer et les réseaux de transports en commun ne couvre pas tout le territoire. La rencontre rapide avec un professionnel implique parfois de se rendre sur un territoire éloigné.

Si la rapidité de prise en charge compte au titre de l'exécution de l'obligation, il y a une presque « automatisation » de l'orientation de la personne condamnée selon ses ressources. Les limites à l'exécution de l'obligation de soins sont autant inhérentes à la difficulté de rencontre d'un soignant qu'aux possibilités professionnelles des CPIP.

B) Les limites du champ d'action du CPIP

La recherche de l'adhésion de la personne condamnée par le CPIP est mise à mal par la limitation des possibilités d'actions au sein du SPIP : la posture professionnelle des CPIP pose la question de l'interprétation d'analyses médicales (1) et de la limitation de leur rôle à une simple compilation de justificatifs médicaux (2).

1) La question sensible de la lecture d'analyses médicales

Pour remplir une obligation de soins, alors que l'infraction est en lien avec une consommation d'alcool ou de stupéfiants, il arrive que le CPIP propose à la personne condamnée de produire des analyses de sang. Si la demande d'analyse n'est pas inscrite dans le jugement, les CPIP ne sont pas en mesure de les demander comme une obligation, ils peuvent les présenter comme une simple possibilité. Se pose immédiatement la question du choix du rythme auquel doivent être réalisées les analyses et celle de la capacité professionnelle à interpréter les résultats. Les CPIP n'ont théoriquement pas le droit d'interpréter les résultats. Certains DPIP refusent la lecture d'analyses car ils considèrent qu'il s'agit d'un acte médical et demandent d'envoyer les analyses directement au juge. Au SPIP de Vienne, avec l'accord du JAP, les analyses sanguines

sont présentées à la personne condamnée comme une possibilité, mais elle peut choisir de voir un addictologue, un médecin généraliste formé à l'addictologie ou un psychologue.

À la différence des stupéfiants, la consommation d'alcool n'est pas réprimée ; « *Aucun texte ne semble en effet permettre à la juridiction de jugement ou au juge de l'application des peines d'interdire au condamné toute consommation d'alcool* »[120]. Elle ne constitue qu'une circonstance relative à une autre infraction comme les violences ou un élément constitutif de l'infraction comme la conduite sous l'empire d'un état alcoolique.

La production d'analyses de sang ne permet pas la guérison mais le contrôle, elle ne nécessite pas d'adhésion de la personne condamnée mais son seul consentement au suivi médical. Souvent la présentation d'analyse de sang est une solution pour les personnes condamnées qui ne souhaitent pas s'investir dans un suivi psychologique ; cette solution est une entorse à l'adhésion à l'obligation de soins. Les analyses peuvent néanmoins être utilisées par les CPIP comme média dans la relation avec la personne condamnée. Par ailleurs, en raison de contraintes notamment de temps, le rôle du CPIP peut être limité à une réception de justificatifs.

2) <u>Les limites de la réception de justificatifs</u>

« Le dispositif repose sur la production d'un justificatif de suivi par l'intéressé ; la concertation entre l'autorité judiciaire et le personnel de santé reste à la discrétion des acteurs de terrain »[121]. En raison de la durée de la rencontre avec le CPIP qui est généralement de 30 minutes, il n'est pas rare que l'essentiel de l'entretien soit limité à la demande des justificatifs de l'ensemble des obligations dont celle de soins. En se contentant de recevoir des justificatifs, la posture professionnelle du CPIP est mise à mal. En effet, le CPIP a pour mission de prévenir la récidive et en travaillant sur le comportement délinquant ; « *L'exemple de l'obligation de soins est, sur ce point, très intéressante car elle permet de bien identifier la complexité du travail des professionnels qui doivent non seulement contrôler le respect de cette obligation, mais également lui donner du corps et du sens* »[122]. Le temps passé à la réception de justificatifs constitue un problème, en effet : « *La logique de recueil de justificatif enferme parfois le professionnel du SPIP dans une identité professionnelle incomplète […] Le focus actuel mis sur le contrôle des obligations [notamment l'OS] peut être postulé comme un frein à l'établissement de cette alliance, véritable fondation du travail d'accompagnement au changement* »[123]. Il est évident que

---

[120] Clément MARGAINE, Étude des obligations applicables en milieu ouvert, Une analyse de la dimension coercitive de la probation, Rapport de recherche, Dossier thématique, Centre Interdisciplinaire de Recherche Appliquée au champ Pénitentiaire, Novembre 2016 page 129

[121] Guide de l'injonction de soins, Ministère de la Santé et des Sports, Ministère de la justice, 2009 *https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_injonction_de_soins.pdf*, page 14

[122] Clément MARGAINE, Étude des obligations applicables en milieu ouvert, Une analyse de la dimension coercitive de la probation, Rapport de recherche, Dossier thématique, Centre Interdisciplinaire de Recherche Appliquée au champ Pénitentiaire, Novembre 2016 p138

[123] Elliot LOUAN, Dossier « L'obligation de soins », La mise en œuvre de l'obligation de soins : constats, limites et perspectives d'évolution de l'article 132-45 du code pénal, AJ Pénal, Mars 2022 pages 122-123

plus le CPIP passe de temps à un contrôle formel des obligations, moins il aura de temps d'échange avec la personne condamnée, temps qui a un réel impact sur la réduction de la récidive[124]. Certains CPIP sont démunis : la réception de justificatifs d'analyses ou de rendez-vous médicaux est une réponse à la demande judiciaire formulée, mais n'intègre pas de logique de soins. La recherche d'adhésion de la personne condamnée est indispensable car elle rejoint l'objectif plus large de prévention de la récidive.

Chapitre 2 : L'obligation de soins comme outil de lutte contre la récidive

Au-delà de la portée de l'obligation de soins comme vecteur de changement dans la vie de la personne condamnée, la visée principale de ce dispositif pénal est la réduction de la récidive. L'efficacité de la lutte contre la récidive est confrontée à la limitation dans le temps de la mesure (Section 1) qui génère un sentiment ambivalent du condamné à l'issue de la mesure (Section 2).

SECTION 1 La temporalité de la mesure

Si les acteurs de la justice utilisent des critères pour considérer l'obligation de soins remplie (A), ces critères sont différents de ceux des soignants qui peuvent voir l'encadrement de la durée de la mesure comme une contrainte importante sur l'efficacité des soins (B).

A) L'obligation remplie pour les acteurs de la justice

Pour considérer que l'obligation de soins est remplie, les professionnels de la justice se réfèrent à des critères précis (1), pouvant conduire parfois à une levée anticipée de l'obligation (2).

[124] Étude de N. CHADWICK, A. DEWOLF ET R. SERIN, *Effectively Training Community Supervision Officers : A meta-Analytic Review of the impact on Offender Outcome,* Criminal Justice and Behabior, juillet 2015, cité par Elliot LOUAN, Dossier « L'obligation de soins », La mise en œuvre de l'obligation de soins : constats, limites et perspectives d'évolution de l'article 132-45 du code pénal, AJ Pénal, Mars 2022 pages 121-122

1) *Une mesure correctement remplie*

Une mesure correctement remplie est-elle celle qui a eu des répercussions positives sur la personne condamnée ou consiste-t-elle à avoir fait le maximum pour proposer à la personne condamnée de s'investir dans un parcours de soins ? A l'issue de la peine, la mesure peut être archivée lorsque le sursis probatoire n'a pas été révoqué selon l'article 132-52 du CP ; cela signifie que les obligations générales et particulières associées à la probation ont été considérées comme remplies par le JAP. À la fin de la mesure, le CPIP donne au JAP son avis sur l'archivage de la mesure. La définition d'une mesure remplie pour les CPIP dépend du positionnement du JAP. Pour respecter l'obligation de soins, la personne condamnée doit avoir entrepris un parcours de soins, qu'il soit addictologique, psychologique, ou avoir réalisé des analyses de sang régulières. Les soins peuvent également consister en la rencontre d'autres types de thérapeute, ou parfois en une prise en charge groupale au sein du SPIP ou du Centre de Prise en Charge des Auteurs de Violences Conjugales (CPCA) par exemple.

Selon un CPIP, l'archivage peut être demandé lorsque la personne continue à consommer. En effet, à l'issue de la mesure, une limitation de la consommation ou la décision de ne plus conduire pour une personne condamnée pour conduite sous l'empire d'un état alcoolique, correspond à une mesure remplie. Une JAP affirme, concernant les personnes addictes à une substance, qu'une mesure peut être archivée alors que la personne consomme toujours si elle a montré des efforts pour diminuer sa consommation, rencontrer un professionnel, stabiliser sa situation et que les autres obligations sont remplies. Un CPIP affirme en complément qu'une mesure aboutie signifie un investissement dans les soins. L'obligation de soins est une démarche permettant à la personne d'avoir un retour du milieu médical sur ses problèmes. Parfois, le psychologue propose l'arrêt des soins s'il estime que le suivi n'a pas de bénéfice pour la personne condamnée. De surcroit à l'archivage de la mesure à l'issue du délai de probation, il est possible de lever de manière anticipée l'obligation de soins lorsqu'elle est considérée remplie.

2) *La potentielle mainlevée anticipée*

L'article D575 du CPP prévoit la possibilité pour le CPIP de proposer au magistrat de modifier les obligations auxquelles sont soumis le probationnaire. La règle 82 des REP[125] prévoit également la possibilité pour les SPIP de proposer au JAP de modifier les modalités du suivi ou d'y mettre un terme. Selon l'article D 49-35 du CPP, le JAP doit requérir l'avis du procureur de la République et statuer par ordonnance motivée ou après débat contradictoire si le procureur en

[125] Règles Européennes de Probation, 10 janvier 2010

fait la demande. Cet article est applicable au sursis probatoire selon le dernier alinéa de l'article 712-8 du CPP. Cela suppose que l'obligation de soins soit correctement réalisée.

Au SPIP de Vienne, il arrive que des CPIP accompagnent la personne condamnée à formuler une requête en mainlevée de l'obligation auprès du JAP. Ils exigent pour cela la présentation d'un justificatif médical. Certains soignants acceptent de remplir un justificatif en ce sens lorsque la personne n'adhère pas à la mesure. Ces rendez-vous deviennent une perte de temps pour la personne condamnée qui doit se rendre disponible et pour le soignant qui ne peut pas rencontrer d'autres patients au même moment. Selon le témoignage d'une JAP, une mainlevée est possible lorsque l'évolution est constatable par les médecins et par le SPIP : il faut avoir eu des rendez-vous psychologiques et des analyses. Il est plus facile de lever des suivis psychologiques que des suivis addictologiques où les analyses peuvent perdurer jusqu'à la fin de la mesure. Un CPIP affirme que le psychologue lui-même propose parfois l'arrêt des soins après quatre rendez-vous ; et qu'il arrive que les structures médicales demandent l'arrêt des soins après deux rendez-vous. Il est impossible pour les structures de soins de recevoir toutes les obligations prononcées, des protocoles locaux d'arrêt de suivi dans une structure peuvent être signés entre plusieurs partenaires ; c'est le cas à Vienne où un accord entre le SPIP, le Service de l'Application des Peines et le CSAPA SAM des Alpes a été conclu : il permet de mettre fin à la prise en charge après cinq rendez-vous honorés en cas d'accord entre le soignant et le probationnaire.

La nécessité d'un avis médical pour obtenir une mainlevée de l'obligation de soins fait l'objet de controverses. En effet, *« Les personnels des SPIP pointent la différence de traitement entre le prononcé d'une obligation de soins pour lequel* "*il ne semble pas y avoir besoin d'un avis médical éclairé*" *tandis que* "*quand il s'agit de la lever, là, il faudrait bien que le soignant s'engage, pour dire si on interrompt les soins ou pas*" »[126].

En réalité, l'objectif de prévention de la récidive lié à l'obligation de soin rend rare la mainlevée ; « *la pression sécuritaire n'incite ni les personnels d'insertion à prendre le risque de demander au juge de l'application des peines la mainlevée d'une obligation, ni le juge de l'application des peines à prendre, lui-même, l'initiative de supprimer une obligation de peur qu'on ne leur demande, en cas de récidive, de rendre des comptes* »[127]. En 2023, moins de dix demandes de mainlevée ont été présentées à un juge sur le ressort du SPIP de Vienne. Cette évaluation de l'issue de la mesure par le CPIP et le JAP est différente de celle des professionnels du soin.

[126] Virginie GAUTRON, Réprimer et soigner, pratique et enjeux d'une articulation complexe, Collection L'univers des normes, PUT, 2023, page 283

[127] Clément MARGAINE, Étude des obligations applicables en milieu ouvert, Une analyse de la dimension coercitive de la probation, Rapport de recherche, Dossier thématique, Centre Interdisciplinaire de Recherche Appliquée au champ Pénitentiaire, Novembre 2016, page 57

B) La différence entre temps du soin et temps judiciaire

Le dispositif de l'obligation de soins contraint le temps des soins dans une limite associée aux nécessités pénales ; cela rend difficile l'effectivité de la mesure puisque le temps de l'engagement dans le processus médical peut être long (1) quand le temps d'une mesure est limité dans le temps (2).

1) Le temps long de l'engagement dans le processus médical

Le temps d'engagement dans un processus médical, à fortiori lorsque la personne condamnée n'a pas volontairement présenté une demande de soins, peut être long et la durée des soins est indéterminée ; « *Il est intéressant de noter que le décalage que souligne ce professionnel est presque naturellement imputé à un problème de temporalité. Autrement dit, le temps judiciaire « très court » s'opposerait au temps « très long » de la mesure permettant aux personnels du SPIP de prendre conscience de l'inopportunité de certaines obligations* »[128]. Il est très difficile, voire impossible, de déterminer à l'avance la durée d'une prise en charge thérapeutique ou sanitaire : « *La prise en charge sanitaire se fait sur le long terme, prend fin lorsque le besoin du patient disparaît et accepte que le parcours du patient soit émaillé de rechutes. A contrario, la prise en charge pénale se termine à la fin de la peine, même si la personne n'a pas fini son parcours sanitaire et est beaucoup moins conciliante en cas de rechutes* »[129]. La rechute médicale est fréquente et intégrée au processus de soin, alors qu'en droit, ladite rechute constitue une récidive ; lorsque l'état de récidive est retenu dans la qualification pénale des faits, la personne encoure le double des peines. La divergence des objectifs médicaux et pénaux a une influence sur la durée des prises en charge médicales et pénales ; « *La prise en charge sanitaire se fait sur le long terme, prend fin lorsque le besoin du patient disparaît et accepte que le parcours du patient soit émaillé de rechutes. A contrario, la prise en charge pénale se termine à la fin de la peine, même si la personne n'a pas fini son parcours sanitaire et est beaucoup moins conciliante en cas de rechutes* »[130].

Des études ont évalué le temps d'engagement dans une démarche de soins non contrainte : « […] *Il est communément établi que le temps nécessaire à s'engager dans une démarche de soins*

[128] Clément MARGAINE, Étude des obligations applicables en milieu ouvert, Une analyse de la dimension coercitive de la probation, Rapport de recherche, Dossier thématique, Centre Interdisciplinaire de Recherche Appliquée au champ Pénitentiaire, Novembre 2016 p55
[129] Anaëlle LAPORT, Julien DA COSTA, Anne-Hélène MONCANY, Développement professionnel continu, « L'obligation de soins, ce que le thérapeute doit savoir : regards croisés entre justice et psychiatrie », Annales Médico-Psychologiques 182 (2024) 211-217 Paragraphe 3.2.
[130] Idem, Ibidem, Paragraphe 3.2.

est d'environ quatre-vingt-dix jours »[131]. En matière pénale, le temps du soin comprend également le temps pris par le CPIP pour susciter l'adhésion de la personne condamnée ; « *La plupart des conseillers rencontrés ont ainsi spontanément évoqué l'obligation de soins comme représentative de ce temps indispensable pour faire accepter cette obligation et pour orienter la personne vers la structure ou le soignant le plus adapté, ce qui peut prendre plusieurs mois* »[132].

Selon un psychologue, abordant des cas d'addiction aux stupéfiants, traiter ne veut pas dire arrêter mais entrer dans un état de mieux être, grâce par exemple à l'utilisation de seringues propres ou à la diminution du risque d'overdose. Ce même professionnel explique que certains condamnés ne souhaitent pas une introspection et préfèrent présenter des analyses, cela ne veut pas dire que la personne est plus dangereuse mais elle sera moins investie que d'autres ; certains ont déjà fait ce travail, il faut respecter que ce n'est pas possible pour certaines personnes car la temporalité judiciaire ne correspond pas à la temporalité psychique. Cette dernière phrase illustre le point central de l'obligation de soins en matière de temporalité. Le temps de l'engagement dans le processus médical est propre à chaque patient alors que la mesure pénale est strictement limitée dans le temps.

2) *Le temps court d'une mesure*

Le sursis probatoire est borné dans le temps. Selon l'article 132-42 du CP, le délai de probation varie entre un et trois ans, sauf en cas de récidive légale où le délai peut être porté à cinq ans voire sept ans en cas de nouvelle récidive. Dans les faits, les délais probatoires dépassent rarement trois ans ; il est très difficile de maintenir un suivi régulier pendant une durée aussi longue concernant l'obligation de soins ; cela est plus fréquent pour l'IS qui est prononcée dans le cadre du suivi socio-judiciaire. Selon un psychologue, l'arrêt de la consommation pendant le temps d'une mesure n'a pas beaucoup de signification ; s'il montre la volonté de la personne condamnée de se conformer à son obligation, un arrêt brutal peut avoir des effets très négatif par la suite. En effet, la personne qui cherche à se maîtriser augmente le risque de « craquage ». Le contrôle externe par des analyses sanguines de la personne addicte est efficace momentanément et ce n'est souvent pas la première tentative. Lorsque ces personnes réussissent à arrêter et qu'il n'y a pas par ailleurs un traitement de la culpabilité et de la honte, cela va les pousser à un craquage. L'obligation qui sera momentanément remplie ne le sera pas forcément sur le long

[131] D. SIMPSON et G JOE, A longitudinal evaluation of treatment engagement and recovery stages, journal of Substance Abus Treatment 2004. 27(2), P89-97, cité par Elliot LOUAN, Dossier « L'obligation de soins », La mise en œuvre de l'obligation de soins : constats, limites et perspectives d'évolution de l'article 132-45 du code pénal, AJ Pénal, Mars 2022 page 125

[132] Clément MARGAINE, Étude des obligations applicables en milieu ouvert, Une analyse de la dimension coercitive de la probation, Rapport de recherche, Dossier thématique, Centre Interdisciplinaire de Recherche Appliquée au champ Pénitentiaire, Novembre 2016 page 142

terme. Selon le psychologue, il y a une validation de l'idée que la personne n'a de valeur que quand elle ne consomme pas, cette honte supplémentaire va confirmer le cycle « *maîtrise puis craquage* ». La difficulté d'allier la temporalité du soin et la temporalité de la mesure aboutit à un positionnement variable de la personne condamnée à l'issue de la mesure.

SECTION 2 **Le positionnement ambivalent de la personne condamnée à l'issue de la mesure**

A l'issue de la peine à laquelle l'obligation de soins était rattachée, certaines personnes condamnées peuvent contester l'utilité de la mesure, ce qui rend incertain le fait de qualifier cette obligation de soins de pilier dans la lutte contre la récidive (1), pourtant, l'objectif de l'obligation est bien de répondre de la manière la plus adaptée aux fonctions assignées à la peine et à la situation du condamné (2).

A) L'apport de l'obligation de soins pour la personne condamnée

Alors que l'obligation de soins est considérée comme centrale dans la lutte contre la récidive, certaines personnes condamnées peuvent avoir une compréhension mitigée de la mesure à l'issue de leur peine (1), cela est confirmé par le peu de poursuite des soins à l'issue de la mesure (2).

1) Une compréhension mitigée de la mesure

Lors d'un dernier rendez-vous au SPIP, un conseiller a demandé à une personne condamnée si elle avait des questions sur l'exécution de sa peine. Celle-ci a répondu « *je n'ai pas compris pourquoi j'ai été condamné à une obligation de soins* ». À la fin du processus médical, cette personne qui avait parfaitement rempli son obligation du point de vue de la justice, n'avait compris ni le prononcé, ni l'effet des soins. D'autres témoignages similaires ont pu être recueillis. Un CPIP affirme que la personne condamnée doit s'accaparer sa mesure pour qu'elle soit utile. S'en accaparer signifie se « prendre en main » et accepter d'intégrer un processus de soins. Une personne peut produire des justificatifs de soins pendant toute la durée de la mesure sans y avoir adhéré ; « *Lorsqu'ils se présentent en consultation, ils refusent de parler de leur problème, s'enferment dans un silence ou une attitude de déni, de protestation voire de provocation* »[133].

[133] Claude-Olivier DORON, Soigner par la souffrance, La prise en charge des auteurs de violences sexuelles, Les cahiers du centre Georges Canguilhem 2010/1 (N°4) Éditions Presses Universitaires de France, Pages 87 à 113

Au contraire lors d'un entretien, une personne condamnée affirmait qu'elle n'aurait pas engagé de soins sans la mesure. Cette affirmation illustre l'utilité que peut avoir l'obligation de soins. La difficile compréhension de la mesure peut concerner particulièrement les personnes condamnées pour une consommation de stupéfiants ; le fait que la légalisation de certaines drogues fasse débat depuis les années 1970 est utilisé comme justification par les personnes qui ne souhaitent pas arrêter leur consommation et préfèrent par exemple un suivi psychologique. Au SPIP de Vienne, les condamnations pour des infractions à la législation des stupéfiants concernent principalement le cannabis, dont la potentielle légalisation est au cœur du débat public ; dès la fin du XXième siècle, une auteur parlait en ces terme de la légalisation de la drogue : « *Ainsi s'explique que la mission Pelletier, qui critique sans complaisance la réponse étatique données en 1970 au « phénomène drogue » conclut cependant qu'une seule voie lui semble accessible en France pour envisager une décriminalisation de la consommation de stupéfiants : celle d'une évolution à long terme des pratiques. La dépénalisation attendue de celles-ci ne pouvant s'opérer qu'à travers des étapes de lente conscientisation des esprits. L'histoire dirait s'il allait pouvoir en être ainsi, ou s'il s'agissait simplement d'un vœux pieux* »[134]. L'absence de compréhension de la mesure incite un nombre limité de personnes condamnées à poursuivre les soins à la fin de la mesure pénale.

2) *La quasi-absence de poursuite des soins à l'issue de la mesure*

Les soins s'inscrivent dans un temps long. Les soignants, autant au sein de CMP que de CSAPA, affirment que peu de personnes placées sous main de justice poursuivent des soins à l'issue de la mesure. Les raisons sont diverses. Il s'agit d'abord de l'absence de demande de soins, qui est essentielle dans l'adhésion à un processus de soin. Dès que la personne condamnée n'a plus à rendre de comptes à un juge, si le processus d'adhésion à la mesure travaillé par le CPIP et parfois le soignant n'a pas abouti, la personne ne cherchera pas à continuer son suivi.

Une autre raison peut dépendre du coût de la poursuite des soins pour la personne condamnée. Au cours d'un entretien, une personne condamnée a affirmé[135] sa volonté de poursuivre ses rendez-vous psychologiques auprès d'un praticien libéral à l'issue de la mesure ; il s'agissait d'une personne qui avait les moyens financiers de poursuivre les rendez-vous. Le simple fait de se déplacer représentant un obstacle pour ceux sans permis ou sans moyen de locomotion, dans un milieu rural, la poursuite de soins sans obligation pénale n'est pas envisageable pour eux. L'avis mitigé des personnes condamnées sur leur obligation de soins pose la question de l'apport de l'obligation de soins sur la fonction de la peine, notamment la lutte contre la récidive.

---

[134] BERNAT de CELIS Jacqueline, Drogues : consommation interdite, L'Harmattan, Logiques sociales, Déviances/ CESDIP, mars 1998, page 190

[135] Propos recueillis lors d'un entretien individuel

B) L'obligation de soins, pilier de la lutte contre la récidive

Malgré toutes les limites évoquées, l'obligation de soins a théoriquement un intérêt social important (1), et apporte des bénéfices concrets essentiels (2).

1) L'intérêt social théorique de la mesure

L'article D.49-27 du CPP prévoit que « *le juge de l'application des peines fixe les principales modalités d'exécution des peines privatives de liberté en orientant et en contrôlant les conditions de leur exécution, conformément aux principes fixés par l'article 707* ». Ce dernier dispose dans son deuxième alinéa que « *Le régime d'exécution des peines privatives et restrictives de liberté vise à préparer l'insertion ou la réinsertion de la personne condamnée afin de lui permettre d'agir en personne responsable, respectueuse des règles et des intérêts de la société et d'éviter la commission de nouvelles infractions* ». L'obligation de soins poursuit donc l'objectif de l'insertion ou la réinsertion de l'auteur. Selon un CPIP, le fait d'aller mieux dans le quotidien permet de baisser le risque de récidive : les objectifs sanitaires et judiciaires sont intrinsèquement liés.

La sanction pénale a une utilité sociale, comme en témoigne un article : « *La recherche d'un sens de la peine, débat posé dès le XIXème siècle, a en effet sous-tendu les différentes réformes du système pénal, et plus particulièrement à partir de la réforme Amor de 1945, en assignant à la peine une véritable utilité sociale au travers des concepts de réadaptation et de responsabilisation du condamné* »[136]. À ces concepts s'adjoint nécessairement la prévention de la récidive : « *L'inscription des soins pénalement ordonnés dans une optique de prévention de la récidive est indéniable aujourd'hui* »[137]. Une juge voit dans l'obligation de soins le fait que « *Soigner le criminel ou le délinquant, ce n'est pas simplement prévenir de nouvelles victimes, c'est aussi préserver la société du prix que paye la collectivité pour prévenir, sécuriser, juger, punir. L'obligation de soins n'est pas une mesure bénéficiaire au seul condamné, elle a un intérêt social* »[138]. L'intérêt de l'obligation de soins peut aussi être mesuré dans son coût pour la société, notamment celui des addictions : « *Un coût social et sanitaire annuel évalué par l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) à 102 milliards d'euros pour l'alcool,*

[136] LOPEZ Gérard et CÉDILE Geneviève, L'expertise pénale psychologique et psychiatrique, Aide-mémoire, Éditions Dunod, avril 2014, p324

[137] COUHET, G., DE ROCQUIGNY, H., & VERDOUX, H. (2012). Soins pénalement ordonnés : Étude des pratiques des psychiatres de la Gironde. *Annales Médico-Psychologiques*, *170*, 569–572. Cité par A Ventéjoux, A. Hirschelmann, Soins pénalement ordonnés et positionnements professionnels : des pratiques au carrefour de la Santé et de la Justice, Éditions Elsevier Masson, 2014 page 108

[138] Bérangère LE BOËDEC-MAUREL, Dossier L'obligation de soins, L'obligation de soins vue par un juge de l'application des peines, AJ Pénal, Mars 2022 page118

contre un peu moins de 8 milliards pour les drogues illégales. Une différence due à l'impact sanitaire de l'alcool avec plus de 40 000 morts de maladie par an »[139].

Malgré les réticences initiales aux soins pénalement ordonnés, « *Désormais, la grande majorité des professionnels, y compris dans le champ de la santé mentale, s'accordent donc à penser que la contrainte est au service et dans l'intérêt des condamnés* »[140]. Les apports théoriques importants de l'obligation de soins sont mis en balance avec les limites propres à la mesure qui reste fondamentalement partagée entre le but médical du mieux-être et le but judiciaire de la lutte contre la récidive.

2) <u>Les bénéfices concrets essentiels de l'obligation de soins</u>

Les difficultés rencontrées dans la recherche de l'adhésion de la personne condamnée limitent l'utilité de la mesure. Il est possible de s'en rendre compte par le peu de poursuites de soins à l'issue de la mesure. Plusieurs professionnels pensent que la mesure est mal nommée et préfèreraient l'appeler « proposition de soins », un CPIP rappelle que le terme proposition de soins n'est pas adapté car si des soins ne sont pas entrepris, il y a des conséquences graves. Néanmoins, au-delà d'un objectif purement médical, une étude montre que « *Il s'agit de sortir d'une considération purement psychiatrique de traitement d'une pathologie ou de troubles mentaux, et de considérer les soins pénalement ordonnés comme une offre faite au sujet* »[141]. En effet, pour les professionnels[142], l'obligation de soins apporte beaucoup à certains condamnés et cela suffit à justifier de son utilité.

La grande difficulté pour les professionnels du milieu médical et du milieu judiciaire réside dans la tentative de nuancer la norme de référence des personnes condamnées, selon un psychologue. Par le biais du soin, il ne s'agit pas de modifier toutes les normes de la personne condamnée mais de lui faire comprendre que sortir de la délinquance lui serait bénéfique. Dans le cadre des entretiens avec les CPIP, à l'aide de nouvelles méthodes criminologique comme les techniques cognitivo-comportementales, dont le module gestion des émotions de Vienne, comme la formule d'un PPR ou bien les modalités issues de la justice restaurative, l'implication de la personne dans sa dynamique de changement est impactée à court terme et diminue le risque de récidive. En l'absence de statistiques, une évaluation de chaque programme mené lors de leur clôture est le seul moyen d'analyser son efficacité.

---

[139] Luc BRONNER, L'alcool, cause majeure mais sous-estimée de la violence ordinaire, Le Monde, 16 juillet 2024.
[140] Virginie GAUTRON, Réprimer et soigner, pratique et enjeux d'une articulation complexe, Collection L'univers des normes, PUT, 2023, page 133
[141] A VENTEJOUX, A. HIRSCHELMANN, Soins pénalement ordonnés et positionnements professionnels : des pratiques au carrefour de la Santé et de la Justice, Éditions Elsevier Masson, 2014, page 108
[142] Propos entendus à plusieurs reprises en stage

CONCLUSION

L'obligation de soins est une mesure perçue comme une ingérence de l'autorité judiciaire dans le monde médical. Ce mémoire met en avant des pistes pour une meilleure coordination des partenaires dans un objectif d'efficacité de la mesure ; le travail du SPIP est essentiel pour susciter l'adhésion de la personne condamnée et in fine réduire la récidive. L'inclusion de la criminologie et de modes de prises en charge plus directs au cœur de l'intervention des SPIP permet un complément à la démarche purement médicale de soins.

Dans le cadre du dispositif de l'obligation de soins, si le juge a une large marge de manœuvre dans l'orientation de l'exécution de la mesure, les soins dépendent de la politique médicale de la structure d'accueil. La réflexion menée dans le cadre du stage et du mémoire doit déboucher sur des rencontres programmées entre les équipes judiciaires et médicales de Vienne : avec le CSAPA de Bourgoin-Jallieu pour un travail de sensibilisation aux soins pénalement obligés et à l'addictologie, et avec le CMP de Vienne pour un travail de collaboration sur l'adhésion aux soins ; mais aussi avec l'ensemble des partenaires médicaux du ressort autour d'une table ronde santé / justice. Il s'agit de la piste la plus crédible pour favoriser la coopération des intervenants judiciaires et médicaux.

TABLE DES ANNEXES

Six tableaux récapitulatifs des statistiques relatives au prononcé de l'obligation de soins pour les condamnations à un sursis probatoire. Extraction à partir du logiciel APPI sur Excel réalisée le 2 avril 2024 le sur le ressort de l'antenne de Vienne du SPIP de l'Isère.

Annexe 1 : Tableau récapitulatif n°1 : Proportion du prononcé d'une obligation de soins dans le cadre d'une condamnation à un sursis probatoire

Annexe 2 : Tableau récapitulatif n° 2 : Répartition par type d'infractions des condamnations à un sursis probatoire

Annexe 3 : Tableau récapitulatif n°3 : Prononcé de l'obligation de soins dans le cadre d'une condamnation à un sursis probatoire, pour une infraction « **AUTRE** », c'est à dire sans lien avec une consommation d'alcool, des stupéfiants ou une infraction violente et ou sexuelle

Annexe 4 : Tableau récapitulatif n°4 : Prononcé de l'obligation de soins dans le cadre d'une condamnation à un sursis probatoire, pour une infraction relative à une consommation **d'alcool et ou** en lien avec des **stupéfiants**

Annexe 5 : Tableau récapitulatif n°5 : Prononcé de l'obligation de soins dans le cadre d'une condamnation à un sursis probatoire, pour une infraction **violente et ou sexuelle**

Annexe 6 : Tableau récapitulatif n°6 : Prononcé d'une obligation de soins dans le cadre d'une condamnation à un sursis probatoire, pour des infractions comprenant au moins une infraction commise en présence **d'alcool** et ou de **stupéfiants**, ET une infraction **violente et ou sexuelle**

Annexe 1

Tableau récapitulatif n°1 : Proportion du prononcé d'une obligation de soins dans le cadre d'une condamnation à un sursis probatoire

	Obligation de soins	Sans obligation de soins	**Total**
Sursis probatoire partiel	248	71	**319**
Sursis probatoire total	351	107	**458**
Total	**599**	**178**	**777**

Annexe 2

Tableau récapitulatif n° 2 : Répartition par type d'infractions des condamnations à un sursis probatoire

	Sursis probatoire partiel	Sursis probatoire total	**Total de chaque catégorie d'infraction**	**Pourcentage de chaque catégorie d'infraction**
Infraction commise en présence d'alcool et ou stupéfiants	85	141	**226**	**29%**
Infractions violente et ou sexuelle	160	202	**362**	**47%**
Infraction commise en présence d'alcool et ou stupéfiants et infraction violente et ou sexuelle	37	37	**74**	**9%**
Autre infraction	37	78	**115**	**15%**
Total des sursis	**319**	**458**	**777**	**100%**

Annexe 3

Tableau récapitulatif n°3 : Prononcé de l'obligation de soins dans le cadre d'une condamnation à un sursis probatoire, pour une infraction « **AUTRE** », c'est à dire sans lien avec une consommation d'alcool, des stupéfiants ou une infraction violente et ou sexuelle

	Obligation de soins	Sans obligation de soins	**Total**
Sursis Probatoire Partiel	12	25	**37**
Sursis Probatoire Total	25	53	**78**
Total	**37 (32%)**	**78 (68%)**	**115 (100%)**

Infractions pour lesquelles une obligation de soin a été prononcée : elles ont été commises en l'absence d'alcool et/ou stupéfiants ; il ne s'agit non plus d'une infraction sexuelle et/ou violente :

- *Infractions routières* : conduite sans assurance (*L 324-2 Code de la route*), conduite sans permis (*L221-2 Code de la route*), conduite sans contrôle technique (*R323-1 Code de la route*), usage fausse plaques (*L317-2 Code de la route*), circulation cycle à moteur non soumis à réception (*L321-1-1 Code de la route*), mise en danger véhicule terrestre à moteur (*323-1 CP*), circulation à gauche (*R412-9 Code de la route*), homicide et blessures involontaires véhicule terrestre à moteur (*221-6-1 CP et L232-2 du code de la route*)
- Vol (*article 311-1 du CP*), escroquerie (*313-1 CP*), recel (*321-1 CP*), délit de fuite (*434-10 CP*), destructions, dégradations et détériorations et destructions, dégradations et détériorations dangereuses pour les personnes (*322-1 et 322-5 CP*), modification état des lieux d'un crime ou d'un délit (*434-4 CP*), exercice d'une activité malgré interdiction (*L 654-15 du Code de commerce*), abandon de famille (*227-3 CP*), non représentation d'enfant (*227-5 CP*), abus de faiblesse (*223-15-2 CP*), port d'armes (*222-52 CP*), transport d'armes (*222-54 CP*), dénonciation mensongère (*226-10 CP*), association de malfaiteurs (*450-1 CP*), prise d'identité imaginaire (*article 781 CPP*) et fraude fiscale (*1741 Code général des impôts*)

Annexe 4

Tableau récapitulatif n°4 : Prononcé de l'obligation de soins dans le cadre d'une condamnation à un sursis probatoire, pour une infraction relative à une consommation **d'alcool et ou** en lien avec des **stupéfiants**

	Obligation de soins	Sans obligation de soins	**Total**
Sursis Probatoire Partiel	73	12	**85**
Sursis Probatoire Total	128	13	**141**
Total	**201 (89%)**	**25 (11%)**	**226 (100%)**

Infractions pour lesquelles une obligation de soins a été prononcée :

- *Infractions relatives à l'alcool* : Conduite sous l'empire d'un état alcoolique (*L234-1 code de la route*), conduite sous état d'ivresse (*L245-1 code de la route*), blessures involontaires alors que le conducteur du véhicule se trouvait en état d'ivresse manifeste ou était sous l'empire d'un état alcoolique caractérisé par une concentration d'alcool (*222-19-1 du Code pénal*)
- *Infractions relatives aux stupéfiants* : Conduite sous stupéfiants (*L235-1 code de la route*), usage (*L3421-1 du code de la santé publique*), transport, détention, offre, acquisition et importation de stupéfiants (*222-37 CP*)

Annexe 5

Tableau récapitulatif n°5 : Prononcé de l'obligation de soins dans le cadre d'une condamnation à un sursis probatoire, pour une infraction **violente et ou sexuelle**

	Obligation de soins	Sans obligation de soins	**Total**
Sursis Probatoire Partiel	129	31	**160**
Sursis Probatoire total	164	38	**202**
Total	**293 (81%)**	**69 (19%)**	**362 (100%)**

Infractions concernées par le prononcé de l'obligation de soins :

- *Infractions violentes* : violences (222-*9 et s CP : intra-familiales, conjugales, aggravées sur des fonctionnaires de police, sur des professionnels de santé*), violences habituelles sur personne vulnérable (*222-1 CP*), menaces (*222-17 du CP : sur personne dépositaire de l'autorité publique, conjugales, menaces de mort*), outrage (*433-5 CP*), rébellion (*433-6 CP*), vol avec violence (*311-4 et s CP*), extorsion par violence (*312-2 et s CP*), appels malveillants (*222-16 CP*), harcèlement (*222-33-2 et s CP*), refus d'obtempérer (*L233-1 Code de la route*) et enlèvement (*224-1 et s CP*).
- *Infractions sexuelles* : agression sexuelle (*222-22 et s CP*), viol (*222-23 CP*), atteinte sexuelle (*227-25 CP*), exhibition sexuelle (*222-32 CP*), voyeurisme (*226-3-1 CP*)

Annexe 6 : Tableau récapitulatif n°6 : Prononcé d'une obligation de soins dans le cadre d'une condamnation à un sursis probatoire, pour des infractions comprenant au moins une infraction commise en présence **d'alcool** et ou de **stupéfiants**, ET une infraction **violente et ou sexuelle**

	Obligation de soins	Sans obligation de soins	**Total**
Sursis Probatoire Partiel	34	3	**37**
Sursis Probatoire Total	34	3	**37**
Total	**68 (92%)**	**6 (8%)**	**74 (100%)**

STUPÉFIANTS +	**ALCOOL / IVRESSE +**
- Outrage à personne dépositaire de l'autorité publique (PDAP) (4) - Vol violent (2) - Extorsion violente - Extorsion et complicité violence - Violence armée (3) - Violence sur conjoint (8) - Violences conjugales et violences sur mineurs 15 ans et menaces conjugales - Violence sur PDAP - Violences sur pro santé et menaces - Violence et menaces dont conjoint - Violences (3) - Violence, menaces - Menace dont PDAP, conjoint (3) - Violence et outrage PDAP - Violences gendarmes et rébellion - Rébellion (2) - Menace et outrage PDAP - Menaces de mort réitérées - Refus d'obtempérer (5) - Violences conjoint et refus d'obtempérer - Menaces PDAP, outrage PDAP, violence conjoint, violence PDAP	- Conduite ivresse + violences et harcèlement conjoint - Conduite alcool + violences, violence armée, menaces - Conduite alcool + violences (dont conjoint) (4) - Violence état d'ivresse et violences - Conduite alcool + menaces, destruction, dégradation, détérioration (DDD), Violences et harcèlement conjoint - Conduite alcool, violence ivresse + violences conjoint - Violence ivresse + violences sur conjoint - Conduite alcool + menaces (dont conjugales) (2) - Violence en état d'ivresse manifeste + violence et outrage PDAP - Conduite alcool + rébellion, violence PDAP, DDD, outrage PDAP, refus d'op - Conduite alcool + violence conjoint, rébellion, outrage PDAP - Conduite alcool + rébellion, violence police, refus d'obtempérer - Conduite ivresse + rébellion (2) - Conduite alcool + outrage PDAP, menace PDAP - Conduite véhicule état d'ivresse manifeste, refus test alcoolique + outrage PDAP, menace - Conduite alcool + refus d'obtempérer (3) - Conduite alcool + outrage PDAP - Conduite alcool + rébellion et refus d'obtempérer

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages généraux et manuels

BERNAT de CELIS Jacqueline, Drogues : consommation interdite, L'Harmattan, Logiques sociales, Déviances/ CESDIP, mars 1998

GAUTRON Virginie, Réprimer et soigner, pratique et enjeux d'une articulation complexe, Collection L'univers des normes, PUT, 2023

LOPEZ Gérard et CÉDILE Geneviève, L'expertise pénale psychologique et psychiatrique, Aide-mémoire, Éditions Dunod, avril 2014

PONSEILLE Anne, Droit de l'exécution des peines, Édition Bruylant, Collection Paradigme Métiers, août 2021

ROBERT Paul, Dictionnaire alphabétique & analogique de la langue française, Rédaction dirigée par A. REY et J. REY-DEBOVE, Société du Nouveau Littré, 1977

Monographies

DUGAS Céline et TAESH LECLERC Hélène (ENAP) L'obligation de soins, Comité Européen pour les problèmes criminels (CDPC), Conseil de coopération pénologique, 20 septembre 2012

MARGAINE Clément Étude des obligations applicables en milieu ouvert, Une analyse de la dimension coercitive de la probation, Rapport de recherche, Dossier thématique, Centre Interdisciplinaire de Recherche Appliquée au champ Pénitentiaire, Novembre 2016

Mesures de soins pénalement ordonnées au stade post-sentenciel, obligation et injonction de soins, direction des affaires criminelles et des grâces, ministère de la Justice, décembre 2017

Thèses et mémoires

FABAS-SERLOOTEN Anne-Laure, L'obligation de soins en droit privé, LGDJ (Lextenso éditions), Presses de l'Université Toulouse Capitole 1, 2015

Articles issus d'un journal ou d'une revue

BENEY Jean-Marie, Obligation de soins : aspects juridiques, éthiques et médicaux, Bull. Acad. Natle Méd. 2006, 190, no 6, 1147-1155, séance du 13 juin 2006

CIAVALDINI André, Sanctionner et soigner : du soin pénalement obligé au processus civilisateur, la lettre de l'enfance et de l'adolescence 2004/3 (N°57), éditions Érès, pages 23 à 30

CHUDZIK Loniel, Dossier Évaluation thérapeutique et obligation de soins, Éditions Elsevier Masson, 18 septembre 2015

COUHET Geoffroy, DE ROCQUIGNY Hélène, VERDOUX Hélène, Soins Pénalement ordonnés : étude des pratiques des psychiatres de la Gironde Éditions Elsevier Masson, 2012

DA COSTA J., MOUCHET-MAGES S., MIELE C., ARBUS C., LACAMBRE M., Définitions, dérogations et applications du secret professionnel dans le cadre des soins pénalement ordonnées : revue de la littérature médicale et juridique française depuis 1998, Éditions Elsevier, 2021

DORON Claude-Olivier, Soigner par la souffrance, La prise en charge des auteurs de violences sexuelles, Les cahiers du centre Georges Canguilhem 2010/1 (N°4) Éditions Presses Universitaires de France

GAILLARD-JANIN Nelly, Enquête sur les sujets ayant été suivis en obligation de soins durant l'année 2005 au centre Philippe-Paumelle, in L'information psychiatrique 2007/1 (Volume 83) Pages 29 à 34 Éditions JLE ÉDITIONS

LAPORT Anaëlle, DA COSTA Julien, MONCANY Anne-Hélène, Développement professionnel continu, « L'obligation de soins, ce que le thérapeute doit savoir : regards croisés entre justice et psychiatrie », Annales Médico-Psychologiques 182 (2024) 211-217

MISTRETTA Patrick, L'illusion du consentement du délinquant à l'acte médical et aux soins en droit pénal, Revue internationale de droit pénal, 2011, pages 19 à 39.

ORSAT M., AUFFRET E., BRUNETIERE C., DECAMPS-MINI D., CANET J., OLIÉ J.-P., RICHARD-DEVANTOY S., Les soins pénalement ordonnés : analyse d'une pratique complexe à travers une revue de littérature, Éditions L'encéphale, 2015

VENTÉJOUX A, HIRSCHELMANN A., Soins pénalement ordonnés et positionnements professionnels : des pratiques au carrefour de la Santé et de la Justice, Éditions Elsevier Masson, 2014

Sitographie

BRONNER Luc, L'alcool, cause majeure mais sous-estimée de la violence ordinaire, Le Monde, 16 juillet 2024 : https://www.lemonde.fr/societe/article/2024/07/16/l-alcool-cause-majeure-mais-sous-estimee-de-la-violence-ordinaire_6250521_3224.html?lmd_medium=al&lmd_campaign=envoye-par-appli&lmd_creation=android&lmd_source=default

Prévenir la récidive, service pénitentiaire d'insertion et de probation ministère de la Justice : https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/migrations/portail/art_pix/DAP_SPIP_Plaquette_FINALE_BD.pdf

Fiche 13 La place des soins dans les dispositifs judiciaires et pénitentiaires : http://www.gip-recherche-justice.fr/conference-consensus/wp-content/uploads/2013/01/fiche-13-place-des-soins.pdf

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS

TABLE DES ABREVIATIONS

SOMMAIRE

INTRODUCTION ……1

Partie 1 : De la personne condamnée, **objet** d'une obligation…..…….....10

Chapitre 1 : **La pertinence du prononcé judiciaire d'un suivi médical**……...**10**

SECTION 1 **Un juge prescripteur de soins…….…….....10**

A) L'absence d'une expertise psychiatrique préalable……...……....10
1) La présence rare d'une expertise……..…10
2) Les alternatives à l'expertise médicale……12

B) L'opportunité du prononcé……...……13
1) La diversité des circonstances du prononcé……..…13
2) La réception de l'obligation par la personne condamnée……..14

SECTION 2 **La systématisation du prononcé de l'obligation de soins pour certaines catégories d'infractions……..……...……16**

A) La distinction entre les infractions relatives à une prise de substance et les infractions violentes et / ou sexuelles……...…..16
1) L'obligation de soins comme réponse à une consommation illégale……16
2) L'obligation de soins comme réponse à la violence……18

B) Le cas particulier d'infractions violentes et ou sexuelles en lien avec l'alcool ou les stupéfiants……....…….19
1) L'aggravation de la violence sous substances……..…20
2) La fausse distinction entre prise en charge addictologique Et psychologique……..…21

Chapitre 2 : **L'incitation aux soins**..……...…21

SECTION 1 **Une judiciarisation de la médecine…….…..22**

A) L'opposition entre injonction pénale et injonction médicale……...……22
1) Des objectifs contradictoires……..…….....22
2) Le médecin simple exécutant……..…….....23

B) La présence de troubles du comportement sous-jacents……....24
1) La présence de troubles……..…….....24
2) La prise en compte des troubles……..…….....26

SECTION 2**La place du consentement aux soins de la personne condamnée.26**

A) Les risques encourus en cas de non-respect de l'obligation de soins…..……27
1) La révocation de la mesure……..…….....27
2) La prolongation de la mesure……..…….....28

B) La question du consentement de la personne condamnée…….……29
1) Une réaction défensive initiale……..…….....29
2) Une conformisation à l'attendu pénal……..…….....30

Partie 2 : A la personne condamnée, **sujet** de son obligation……...32

Chapitre 1 : **La recherche d'adaptation de l'obligation de soins au profil de la personne condamnée**……...…32

SECTION 1 **La pluridisciplinarité au service du condamné……...32**

A) L'association d'intervenants judiciaires et médicaux……...32
1) La recherche de la compréhension du sens de la mesure par la personne condamnée……..…….....32
2) Les limites de l'intervention médicale dans le domaine judiciaire……..…….....34

B) Les nouvelles propositions au sein du SPIP……..……...…….36
1) L'avancée des recherches criminologiques……..…….....36
2) Des nouvelles formes de soins……..…….....37

SECTION 2 **La réalité de l'obligation de soins…….…….39**

A) Les limites de l'accès aux soins pour la personne condamnée…….…...39
1) Le maillage médical insuffisant……..…….....39
2) L'enjeu du financement de la mesure……..…….....40

B) Les limites du champ d'action du CPIP…….……41
1) La question sensible de la lecture d'analyses médicales……..41
2) Les limites de la réception de justificatifs……..…….....42

Chapitre 2 : **L'obligation de soins comme outil de lutte contre la récidive.....43**

SECTION 1 **La temporalité de la mesure……..……..…….43**

A) L'obligation remplie pour les acteurs de la justice……...…….…...43
1) Une mesure correctement remplie……..……44
2) La potentielle mainlevée anticipée……..……44

B) La différence entre temps du soin et temps judiciaire……...……...46
1) Le temps long de l'engagement dans le processus médical……..……46
2) Le temps court d'une mesure .....……47

SECTION 2 **Le positionnement ambivalent de la personne condamnée à l'issue de la mesure……..……..…..48**

A) L'apport de l'obligation de soins pour la personne condamnée…….....48
1) Une compréhension mitigée de la mesure……..……48
2) La quasi-absence de poursuite des soins à l'issue de la mesure……..…..49

B) L'obligation de soins, un pilier de la lutte contre la récidive…….……..…50
1) L'intérêt social théorique de la mesure……..…..50
2) Les bénéfices concrets essentiels de l'obligation de soins……..51

CONCLUSION ……52

TABLE DES ANNEXES

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

L'ADHÉSION À L'OBLIGATION DE SOINS :

CONCILIER OBLIGATION JUDICIAIRE ET SOINS MÉDICAUX

ÉTUDE MENEE AU SEIN DU SERVICE PENITENTIAIRE D'INSERTION ET DE PROBATION DE VIENNE (38)

L'obligation de soins est une mesure qui place les soins au cœur d'une sanction pénale ; l'intervention de professionnels médicaux dans le domaine pénal interroge légitimement. Le prononcé de l'obligation de soins, sans expertise médicale obligatoire, est perçu par la personne condamnée comme la déclaration d'une maladie, alors que pour qu'un processus de soins soit efficace, l'émergence d'une demande authentique de la part du patient est un préalable nécessaire. Le dépassement de cette incompatibilité théorique ne peut se faire que par la collaboration entre des intervenants médicaux et judiciaires, en premier lieu du SPIP, dans le but unique de rechercher l'adhésion aux soins de la personne condamnée. Seul le passage de la personne condamnée du statut d'objet au statut de sujet de l'obligation de soins, permet de lier l'objectif de l'accession à un mieux-être du patient et celui de prévention de la récidive.

Mots-clés : Droit – Exécution des Peines – Milieu Ouvert – Probation - Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation – JAP - Soins Pénalement Ordonnés - Obligation de soins – Expertise - Addictions – Violences – Suivi psychologique - Troubles de la personnalité — Criminologie — Consentement

---

Compulsatory care is a measure who put care at the core of criminal punishment, the involvement of medical's professionals in penal raises legitimate questions. The pronouncement of compulsatory care, without medical expertise, is received by the convicted person as the declaration of illness, however for a care process to be efficient, emergence of authentic demand by the patient is a mandatory prerequisite. The overtaking of this theoretical incompatibility can be achieved through collaboration between medical and legal professionals, in the first place the Penitentiary Probation Service, in the unique purpose of securing the convicted person's adherence to care. The convicted person transitions from being an object to becoming the subject of the compulsatory care, allows to link the goal of improving patient well-being and preventing recidivism.

Keywords: Law – Execution of sentences – Open Environment – Probation - Penitentiary Probation service – Sentence enforcement judge - Penally ordered care - Compulsatory care – Expert's report – Addictions – Violences – Psychological care – Personality disorders — Criminology — Consent