



PANTHÉON-ASSAS  
UNIVERSITÉ  
PARIS

**BANQUE DES MÉMOIRES**

**Master de Criminologie**  
**Dirigé par les professeurs Patrick MORVAN et Agathe LEPAGE**  
**2022**

***Les soins pénalement ordonnés***

**Jade TEYCHENÉ**

**Sous la direction de Patrick MORVAN**

## **Remerciements**

*À Monsieur le Professeur Patrick Morvan, pour avoir accepté la direction de ce mémoire et pour ses conseils avisés dans la construction de cette recherche.*

*À Madame la Professeure Agathe Lepage, et, à nouveau, au Professeur Patrick Morvan, pour l'excellence de l'enseignement dispensé dans leurs disciplines respectives au cours de cette année de Master 2.*

*À Messieurs Guillaume Wickham et Ludovic Fossey, juges de l'application des peines au tribunal judiciaire de Créteil, pour l'intérêt porté à mon sujet de mémoire, leur disponibilité, et leur implication dans mes recherches.*

*Au Docteur Bouyssy, psychiatre et médecin coordonnateur, pour ses réponses à mes nombreuses questions et le partage de son expérience sur les dispositifs de soins pénalement ordonnés.*

*À Monsieur Benoît le Dévédec, doctorant et juriste au CRIAVS, pour ses précieux conseils dans l'élaboration du sujet et sa problématisation.*

*À mes parents, mes amis et Willem, pour leur soutien indéfectible, leurs encouragements et leurs relectures attentives.*

# SOMMAIRE

**INTRODUCTION .....6**

**1ÈRE PARTIE : LA GÉNÉRALISATION DES SOINS PÉNALEMENT  
ORDONNÉS.....15**

**Titre 1 : L'extension du champ d'application des soins pénalement ordonnés....15**

Chapitre 1 : Des mesures de soins accessibles à toutes les étapes de la procédure pénale ...15

Section 1 : Le soin comme mesure pré-sentencielle .....15

Section 2 : Le soin comme mesure sentencielle .....20

Section 3 : Le soin comme mesure post-sentencielle .....24

Chapitre 2 : Des mesures de soins accessibles à divers auteurs d'infractions .....28

Section 1 : Un champ d'application à l'origine restreint .....28

Section 2 : Un champ d'application étendu .....34

**Titre 2 : La systématisation du recours aux soins pénalement ordonnés .....38**

Chapitre 1 : La systématisation de l'injonction de soins par la loi du 10 août 2007 .....39

Section 1 : D'une faculté à une obligation .....39

Section 2 : La contestation de la réforme devant le Conseil Constitutionnel .....43

Chapitre 2 : Une systématisation des soins pénalement ordonnés critiquée .....46

Section 1 : Une politique d'affichage en pratique difficile à mettre en place .....46

Section 2 : La dénonciation d'une instrumentalisation des soins .....52

**2ÈME PARTIE : LA LÉGITIMATION DES SOINS PÉNALEMENT  
ORDONNÉS.....58**

**Titre 1 : Des garanties encadrant le prononcé et la mise en œuvre des mesures  
de soins.....58**

Chapitre 1 : Un recours aux soins parfois subordonné à une expertise médicale .....58

Section 1 : Une exigence d'expertise médicale ponctuelle .....58

Section 2 : L'intérêt relatif de l'avis médical .....65

Chapitre 2 : Un recours aux soins toujours subordonné au consentement du condamné ....69

Section 1 : Un consentement exigé.....	70
Section 2 : Un consentement contraint .....	77
Section 3 : Un consentement nécessaire .....	86
<b>Titre 2 : Une organisation des relations santé-justice renforçant l'efficacité du recours aux soins.....</b>	<b>90</b>
Chapitre 1 : La définition progressive des rôles des acteurs sanitaires et judiciaires .....	90
Section 1 : Complémentarité des rôles des acteurs sanitaires .....	91
Section 2 : Inégalité des rôles des acteurs judiciaires .....	102
Chapitre 2 : La coordination des acteurs sanitaires et judiciaires .....	106
Section 1 : La question des secrets.....	106
Section 2 : La question de la transmission des informations .....	110
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>119</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>121</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>125</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES .....</b>	<b>135</b>

« Le pouvoir entend réagir en médecin dans ses analyses sur la société (parlant de pathologie, de sélection, de corps, de prophylaxie) et en juriste dans ses actions. Dans cette dernière moitié du XIXe siècle, l'idéologie de la science est à son apogée. Il existe cette espérance folle que le progrès, les nouvelles techniques ou nouveaux savoirs vont faire reculer tous les fléaux. »

*M. Kaluszynski, La République à l'épreuve du crime : la construction du crime comme objet politique : 1880-1920, Paris, LGDJ, 2002, 190.*

# INTRODUCTION

1. - « La rencontre de la peine et du soin a une longue histoire qui oscille entre un mouvement affirmant la distinction entre le fou et le criminel, et une tendance à intégrer la prise en charge thérapeutique du condamné, marqueur d'une évolution de la pénalité »<sup>1</sup> écrivait Virginie Gautron dans le cadre d'une recherche sur le dispositif de l'injonction de soins. L'auteure du rapport de recherche soulignait ainsi cette ambivalence entre le désir de soigner et celui de punir, lorsque la commission de faits de nature délictuelle ou criminelle semble révéler au travers du comportement de leur auteur une pathologie nécessitant une prise en charge sanitaire. Peut-on, et, plus encore, doit-on, dans un même temps, infliger d'une part une sanction pénale à l'auteur d'une infraction, et, d'autre part, lui administrer des soins psychiques ?<sup>2</sup>

2. **Médicalisation de la peine** - Le travail du docteur en sociologie Annie Lochon sur l'évolution de la réaction sociale aux violences et crimes sexuels donne des clés de lecture essentielles afin de saisir la façon dont le législateur contemporain articule la peine et le soin<sup>3</sup>. L'auteure constate une technicisation de la réponse pénale et plus spécialement un phénomène de « médicalisation<sup>4</sup> des déviances », que l'on peut définir comme la volonté de « limiter, modifier, contrôler, réguler, isoler ou éliminer le comportement déviant à l'aide de moyens médicaux et au nom de la santé »<sup>5</sup>. Si ce phénomène prend en ampleur dans nos sociétés post-modernes, les publications scientifiques retraçant l'histoire des interrelations entre peine et soin font état, dès 1790, de rapprochements faits entre les lieux de privation de liberté et le champ sanitaire ; le médecin et député Pierre Jean Georges Cabanis affirmait, au sujet des prisons, qu'il s'agissait de « véritables infirmeries du crime », où serait adoptée une nouvelle « méthode curative au moyen de

---

<sup>1</sup> V. Gautron, (Se) soigner sous la contrainte : une étude du dispositif de l'injonction de soin, Recherche réalisée avec le soutien de la Mission de Recherche Droit et Justice, Note de synthèse, 2017.

<sup>2</sup> G. Dubret, « Peut-on soigner et/ou punir et dans quel cadre ? », *L'information psychiatrique*, vol. n° 89, n° 9, 2013, p. 705-712.

<sup>3</sup> A. Lochon. L'évolution de la réaction sociale aux violences et crimes sexuels entre 1989 et 2012 dans la presse française, Thèse, Normandie Université, 2019.

<sup>4</sup> L'auteure définit le terme de médicalisation comme le « processus par lequel certains phénomènes ou certains comportements vont être définis et expliqués avec des termes médicaux alors qu'ils étaient auparavant définis différemment », *ibid.*

<sup>5</sup> P. Conrad, J. W. Schneider, « Article 20. The medicalization of deviance », M. L. Andersen, K. A. Logio, H. F. Taylor, *Understanding society : an introductory reader*, Belmont, CA (USA), Thompson & Wardworth, 2009, cité et traduit par A. Lochon, op. cit.

laquelle on pourra traiter [le crime] comme les autres espèces de folie »<sup>6</sup>. Par la suite, le développement de la criminologie clinique, la phrénologie de Franz Joseph Gall et les théories de la dégénérescence ont « enclenché un processus de pathologisation du passage à l'acte, en faisant « peser le soupçon de la déraison » sur chaque acte délinquant »<sup>7</sup>.

**3. Du milieu fermé au milieu ouvert** - À l'origine, les débats se focalisent sur les soins dans un cadre d'enfermement. Sont ainsi privilégiés la création d'établissements sanitaires spécifiques pour les alcooliques (qui ne verront jamais le jour malgré plusieurs projets de loi en ce sens) et le recours au système asilaire pour les « aliénés criminels »<sup>8</sup>. Néanmoins, au début du XX<sup>ème</sup> siècle, les asiles sont vivement critiqués au regard notamment du nombre croissant d'internements, sans que soit constatée en parallèle une évolution notable des malades. De plus en plus de psychiatres commencent à recommander un déploiement des services chargés de suivre les « aliénés » et les criminels hors de l'asile, avec une prise en charge ambulatoire et un suivi post-sortie. Les réflexions abondent alors dans le sens d'une prise en charge dans le cadre de peines probatoires alternatives à l'emprisonnement, « à l'image de la probation américaine, née en 1841 dans l'État du Massachusetts », prononcée à l'encontre des mis en cause pour « ivrognerie »<sup>9</sup>, qui permet d'interdire au condamné de se rendre dans des débits de boisson, et de lui faire bénéficier en parallèle d'une prise en charge sanitaire. Sous l'impulsion du mouvement de la Défense Sociale Nouvelle, incarné notamment par Marc Ancel et Jean Pinatel qui promouvront la création d'une peine probatoire assortie de mesures de « surveillance psychothérapique et sociale »<sup>10</sup>, les premiers soins pénalement ordonnés, en milieu ouvert donc, verront le jour au début des années cinquante.

**4. Définition et but des soins en matière pénale** - On peut définir la notion de soins comme des « actes de thérapeutique qui visent à la santé de quelqu'un, de son corps »<sup>11</sup>, ou encore

---

<sup>6</sup> L. Guignard, *Juger la Folie. La folie criminelle devant les Assises au XIX<sup>e</sup> siècle*, Paris, PUF, 2010, cité par V. Gautron, « La médicalisation de la peine : un équilibre fragile entre aspiration thérapeutique et contrôle social », Clay T. et al. (dir.), *Actes des états généraux de la recherche sur le droit et la justice*, LexisNexis, 2018, 581-591.

<sup>7</sup> V. Gautron, « La médicalisation de la peine : un équilibre fragile entre aspiration thérapeutique et contrôle social », *op. cit.*

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

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

<sup>10</sup> J. Danet, « Les politiques sécuritaires à la lumière de la doctrine de la défense sociale nouvelle », *Revue de Science Criminelle et de Droit Pénal Comparé*, Dalloz, 2010, p. 49-57.

<sup>11</sup> Larousse, « Soins », dans *Dictionnaire en ligne*, [En ligne], consulté le 16 avril 2022. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soin/73236>.

comme l'« ensemble des actions et pratiques mises en œuvre pour conserver ou rétablir la santé »<sup>12</sup>. Pour la psychologue Claudette Hugon, en matière de soins psychiatriques et psychologiques, il est donc « question de veiller à ce que l'état de la personne, et en particulier celui de son état psychique, soit satisfaisant. Bien sûr, une question est sous-jacente : satisfaisant pour qui ? pour le thérapeute ? pour le patient ? pour la société ? pour les trois ? »<sup>13</sup>. En matière de soins pénalement ordonnés, l'ambiguïté réside dans la réponse à cette question. En effet, l'acte médical est dans cette matière, selon le Professeur Patrick Mistretta, « le fruit d'une nécessité imposée par une situation contraignante au nom de l'intérêt social »<sup>14</sup>. Selon lui, « si l'on s'en tient à la justification des atteintes à l'intégrité du corps humain visée dans l'article 16-3 du Code civil, seule la nécessité médicale de soi-même ou d'autrui peut justifier le recours à l'acte médical. Loin de répondre à ces finalités, l'accomplissement de l'acte médical en droit pénal répond ici à une nécessité sociétale, qui se nourrit d'obligations de soins visant tantôt à réprimer, tantôt à prévenir les atteintes aux valeurs sociales »<sup>15</sup>. Mais pourquoi recourir aux soins pour prévenir et réprimer la commission des infractions ?

**5. L'opportunité des soins** - Les soins en milieu ouvert se sont développés sur la base de deux postulats : le premier est que certaines catégories d'auteurs d'infractions présenteraient des troubles mentaux ou des addictions à l'origine de leurs comportements déviants, et le second qu'une prise en charge sanitaire permettrait de diminuer le risque que ces derniers réitérent leurs comportements<sup>16</sup>.

**6. Le postulat de la maladie mentale** - Outre les problématiques d'addiction, qui constituent en soi des infractions lorsque l'addiction implique un usage régulier ou non de stupéfiants, certains auteurs d'infractions ont pour particularité de convoquer dans l'imaginaire collectif l'image du « monstre ». Selon Michel Foucault, « les prédateurs sexuels et les meurtriers

---

<sup>12</sup> Centre Nationale de Ressources Textuelles et lexicales, « Soins », [En ligne], consulté le 16 avril 2022. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.cnrtl.fr/definition/soins>.

<sup>13</sup> C. Hugon, « Les soins pénalement ordonnés : éducation ou soins ? », *Le Journal des psychologues*, vol. n° 284, n°1, 2011, p. 59-63.

<sup>14</sup> P. Mistretta, « L'illusion du consentement du délinquant à l'acte médical et aux soins en droit pénal », *Revue internationale de droit pénal*, vol. n°82, n° 1-2, 2011, p. 19-39.

<sup>15</sup> *Ibid.*

<sup>16</sup> H. Spriet et al., « L'indication d'injonction de soins repose-t-elle sur un diagnostic médical ? », *L'Encéphale*, 2014, vol. n° 40, n° 4, p. 295-300.



d'enfants sont les premiers à avoir été socialement considérés comme des monstres »<sup>17</sup>. Comme le souligne Annie Lochon, « le monstre interpelle parce qu'il ne correspond pas aux catégories « *limites naturelles* ». Les lois civiles, pénales et religieuses ou divines ne s'appliquent pas à la monstruosité »<sup>18</sup>, raison pour laquelle il est nécessaire de trouver une autre manière d'y répondre. Dans cette optique, le monstre, en ce qu'il fait fi de toute morale, aussi universelle soit-elle, est assimilé par la population à un aliéné, un fou, qu'il s'agirait de soigner.

7. - Paul Evan Lehman conceptualisait dans les années 70 le « modèle médical de la réhabilitation des personnes condamnées », qu'il décrivait comme « une approche thérapeutique qui considère que la commission d'un délit est principalement le résultat d'une perturbation émotionnelle chez le délinquant »<sup>19</sup>, qu'il s'agit de traiter par le biais d'une « thérapie par la parole destinée à permettre au patient de comprendre ses problèmes sous-jacents. L'hypothèse est qu'une fois que le délinquant aura compris et orienté ses impulsions antisociales vers des voies socialement constructives, son comportement criminel cessera ». Selon le même auteur, le modèle médical se serait imposé progressivement « parce que le crime était considéré comme le symptôme d'une maladie organique ou mentale, et son acceptation s'est poursuivie en partie à cause du prestige de la profession médicale »<sup>20</sup>. Après tout, comme le souligne Martine Herzog-Evans, « “Ils sont fous” est la réaction la plus courante à toutes formes de délinquance violente grave. Elle induit en contrepartie la volonté de soigner »<sup>21</sup>.

**8. Les soins comme « processus civilisateur »<sup>22</sup>** - L'article 130-1 du Code pénal, créé par la loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, prévoit les finalités et fonctions de la peine. Ainsi, selon l'article, « 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 », la peine a une double fonction : d'une

---

<sup>17</sup> M. Foucault, *Les anormaux*. Cours au Collège de France. 1974-197, Paris, Gallimard et Le Seuil, Coll. « Hautes études », 1999, cité par A. Lochon, *op. cit.*

<sup>18</sup> *Ibid.*

<sup>19</sup> P.-E. Lehman, « The Medical Model of Treatment : Historical Development of an Archaic Standard », *Crime & Delinquency*, 1972, p. 204-212 cité et traduit par E. Louan, « La mise en oeuvre de l'obligation de soins : constats, limites et perspectives d'évolution de l'article 132-45 du code pénal », *AJ Pénal*, n°3, Dalloz, 2022, p. 119-126.

<sup>20</sup> *Ibid.*

<sup>21</sup> M. Herzog-Evans, « Prévenir la récidive : les limites de la répression pénale », *AJ Pénal*, n°9, Dalloz, 2007, p. 357-363.

<sup>22</sup> A. Ciavaldini, « Sanctionner et soigner : du soin pénalement obligé au processus civilisateur », *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, vol. n° 57, n° 3, 2004, p. 23-30.

part, de « sanctionner l'auteur de l'infraction », et d'autre part, de « favoriser son amendement, son insertion ou sa réinsertion ». Mis à part les peines de stage, lesquelles ne sont prononcées que pour des infractions d'une gravité relative, il existe dans notre système pénal peu de peines qui ont pour but premier de favoriser l'amendement moral des auteurs d'infractions. En effet, la majorité des peines (notamment les peines principales d'emprisonnement, de réclusion et détention criminelle, et d'amende) agissent « à la surface des individus »<sup>23</sup>, en ce qu'elles les contraignent, outre la privation de liberté, à exécuter des actes formels (par exemple, le paiement d'une amende, la réparation du dommage causé par l'infraction au titre d'une sanction-réparation, la réalisation de travaux d'intérêt général etc.). Toutefois, ces peines ne peuvent contraindre les individus à éprouver, dans leur intériorité, certains affects, à savoir ressentir de la culpabilité et des regrets par rapport aux actes commis ou de l'empathie pour la victime. La reconnaissance de culpabilité du sujet et la condamnation de ce dernier à une peine n'induisent pas nécessairement qu'il se pense lui-même coupable et accepte sa peine. Dans ce cadre, les soins jouent comme une technique de « redoublement des mécanismes légaux »<sup>24</sup>. Certains psychiatres le qualifient même de « processus civilisateur »<sup>25</sup> ; il est en effet attendu des soins qu'ils produisent « un engagement réflexif du condamné sur les motivations, les causes, le sens et les conséquences de son passage à l'acte »<sup>26</sup>, voire « une révolution intérieure, une mutation complète de l'individu qui fasse devenir honnête et choisir la vertu plutôt que fuir le vice »<sup>27</sup>. Ainsi, lorsque des soins sont prononcés au titre d'une peine, « la punition ne vise plus alors la conformité extérieure à la loi, mais l'inclination intérieure »<sup>28</sup>.

**9. Création des premiers soins pénalement ordonnés** - Définis comme « un ensemble de mesures sanitaires instaurées sur décision judiciaire [et] destinées aux auteurs d'infractions pénales diverses »<sup>29</sup>, les soins pénalement ordonnés, qui se distinguent des soins sous contrainte (qui

---

<sup>23</sup> C.-O. Doron, « La volonté de soigner : d'un singulier désir de soin dans les politiques pénales », C. Lefève et F. Worms (dir.), *La philosophie du soin*, Paris, PUF, 2010.

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

<sup>25</sup> A. Ciavaldini, « Sanctionner et soigner : du soin pénalement obligé au processus civilisateur », *op. cit.*

<sup>26</sup> V. Gautron, « La médicalisation de la peine : un équilibre fragile entre aspiration thérapeutique et contrôle social », *op. cit.*

<sup>27</sup> J. Chami, « La contrainte aux soins, enjeux et difficultés », *Connexions*, 2013, vol. n° 1, n° 99, p.72.

<sup>28</sup> F. Gros, « Punir, c'est éduquer un individu », dans A. Garapon, F. Gros, T. Pech, *Et ce sera justice. Punir en démocratie*, Paris, Odile Jacob, 2002, 93-94.

<sup>29</sup> E. Christin et al., « Usage de toxiques et mesures pénalement ordonnées : les difficultés inhérentes à leurs applications », *Ethics, Medicine and Public Health*, vol. n°4, 2018, p. 51-57.

renvoient aux soins sans consentement et dont il ne sera pas question ici) et des soins en milieu fermés, ont été formellement créés par la 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 des stupéfiants et la loi n° 54-439 du 15 avril 1954 relative au traitement des alcooliques dangereux. Ces lois introduisent la première mesure de soins pénalement ordonnés, l'obligation de soins, qui n'apparaîtra en pratique qu'avec la création du sursis avec mise à l'épreuve en 1958. L'obligation de soins est une mesure de soins d'ordre général, qui consiste pour celui qui y est astreint de « se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation »<sup>30</sup>. Définie à l'article 138 10° du Code de procédure pénale et à l'article 132-45 du Code pénal, cette mesure de soins peut aujourd'hui être prononcée à toutes les étapes de la procédure pénale, bien qu'elle ait été pensée initialement comme une alternative à l'emprisonnement, et pour tout type de public ; elle n'est en effet pas corrélée à un mode de transgression particulier, et a donc un champ d'application particulièrement large. La mesure de soins peut être prononcée en l'absence de toute expertise préalable, et relève ainsi de la seule appréciation et de l'expérience des magistrats. En ce qui concerne la mise en oeuvre de la mesure, les textes ne prévoient pas d'organisation des rapports santé-justice. Ces derniers sont très peu formalisés. Pour ce qui est du contrôle de la mesure, celui-ci est réalisé par une simple remise d'attestations médicales au magistrat par la personne obligée de se soigner, attestation adressée par son médecin traitant, dont elle a le libre choix.

**10. Création de l'injonction thérapeutique** - Introduite par la loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses, l'injonction thérapeutique consistait à l'origine en une mesure alternative aux poursuites. Le procureur de la République pouvait ainsi « enjoindre aux personnes ayant fait un usage illicite de stupéfiants de subir une cure de désintoxication ou de se placer sous surveillance médicale »<sup>31</sup>. Avec la loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance, le champ d'application de l'injonction s'est étendu aux personnes ayant une consommation habituelle et excessive d'alcool. Cette loi réforme par ailleurs le régime de l'injonction thérapeutique en créant un médecin « relais » (sur le modèle du médecin « coordonnateur » créé dans le cadre de l'injonction de soins) une interface justice-santé,

---

<sup>30</sup> C. pén. art., 132-45.

<sup>31</sup> C. de la santé publique, ancien art. L. 628-1.

permettant une meilleure transmission des informations dans le cadre de la mesure de soins, et étend son champ d'application à tous les stades de la procédure.

**11. Création de l'injonction de soins** - « Sans abandonner les figures classiques de dangerosité que sont les « fous » et les « junkies », les paniques morales se sont déportées sur les délinquants sexuels durant les années 1990, plus particulièrement sur les pédophiles à la suite de faits divers défrayant la chronique »<sup>32</sup>. Ainsi, la loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs crée le suivi socio-judiciaire, une peine spécialement consacrée aux auteurs d'infractions à caractère sexuel, qui, selon l'article 131-36-1 du Code pénal, « emporte, pour le condamné, l'obligation de se soumettre, sous le contrôle du juge de l'application des peines et pendant une durée déterminée par la juridiction de jugement, à des mesures de surveillance et d'assistance destinées à prévenir la récidive ». Le législateur crée à cette occasion parallèlement l'injonction de soins, un dispositif de soins qui ne peut, à l'origine, être prononcé que dans le cadre du suivi socio-judiciaire, et qui se distingue des précédentes mesures à plusieurs égards. En effet, « contrairement aux deux autres modes de contrainte imposés à des personnes ayant commis des actes considérés comme peu graves, et qui, en grande majorité, n'ont pas été incarcérées, le suivi socio-judiciaire, lui, s'adresse le plus souvent à des délinquants condamnés parfois à de lourdes peines fermes. Il est très majoritairement imposé aux auteurs des infractions sexuelles les plus graves »<sup>33</sup>. Toutefois, progressivement, le champ d'application du suivi socio-judiciaire et donc de l'injonction de soins s'est étendu à de nombreuses infractions, principalement dans le champ des atteintes à la vie et à l'intégrité physique, mais aussi des atteintes aux biens et aux infractions de terrorisme. Par ailleurs, l'injonction de soins s'est finalement désolidarisée du prononcé du suivi socio-judiciaire, pouvant par exemple être désormais prononcée dans le cadre d'un sursis probatoire, ou encore de mesures de sûreté comme la surveillance judiciaire et la surveillance de sûreté. Elle reste toutefois une mesure prononcée exclusivement au stade post-sentenciel, pour des infractions spécialement définies par la loi.

**12.** - La mise en oeuvre de cette mesure de soins est par ailleurs plus complexe qu'en ce qui concerne les autres mesures de soins pénalement ordonnés. Premièrement, l'injonction de soins est

---

<sup>32</sup> V. Gautron, « La médicalisation de la peine : un équilibre fragile entre aspiration thérapeutique et contrôle social », *op. cit.*

<sup>33</sup> M. Lebrun, « Témoignage à propos des soins pénalement ordonnés », *La lettre du psychiatre*, vol. n°6, n°3, 2010, p.84-88.

la seule mesure de soins exigeant obligatoirement une expertise médicale préalable<sup>34</sup> se prononçant sur l'opportunité des soins. Par ailleurs, bien que cela soit également le cas de façon implicite pour les autres mesures de soins, les dispositions relatives à l'injonction de soins font explicitement mention du consentement de la personne qui est enjointe à se soigner. La mesure implique par ailleurs une forte collaboration de la part des différents acteurs sanitaires et judiciaires, dont les différents rôles sont précisément définis par les textes. Ainsi, les services pénitentiaires d'insertion et de probation, le juge de l'application des peines, l'expert psychiatre, le médecin traitant, et le médecin coordonnateur sont tous mobilisés dans la mise en oeuvre et le suivi de l'injonction de soins. Le médecin coordonnateur est un médecin « pivot » créé par la loi du 17 juin 1998 en tous points similaires avec le médecin relais (c'est justement l'originalité du dispositif de l'injonction de soins qui a inspiré la réforme de l'injonction thérapeutique en 2007), dont le rôle est de contrôler le respect de la mesure et d'être une interface entre les champs sanitaires et judiciaires afin d'assurer une bonne transmission des informations, respectueuse des secrets de chacun.

**13. Extension du champ d'application et systématisation des soins** - Ces trois dispositifs de soins pénalement ordonnés tendent ainsi à devenir une technique, si ce n'est la technique<sup>35</sup>, d'administration de la peine et de sa prolongation, par le biais des mesures de sûreté. Pensés comme des instruments de lutte contre la récidive, les mesures de soins nourrissent un objectif commun de transformation profonde et de surveillance du délinquant. Au travers de l'étude des trois dispositifs, l'on constate un phénomène de généralisation des soins, qui sont désormais accessibles à un large public d'auteurs d'infractions diverses, et ce à toutes les étapes de la procédure pénale : en amont des poursuites, au moment de l'information, du jugement, de l'exécution de la peine, et même au stade de l'« après-peine ». En parallèle de cette extension des soins, force est de constater que le législateur cherche à accentuer le caractère obligatoire et surtout systématique des soins, en attachant au prononcé de certaines peines des mesures de soins, la juridiction de jugement ou le juge de l'application des peines ne pouvant s'en détacher que par une décision contraire. Ainsi, comme l'écrit Claude-Olivier Doron, « d'une présomption de normalité de ces délinquants, normalité au sens où le soin n'apparaîtrait que comme un adjuvant dans certains cas réputés « pathologiques », la justice est passée à une présomption d'anormalité et a systématisé le soin comme technique de gouvernement des populations criminelles »<sup>36</sup>.

---

<sup>34</sup> Un « examen médical » existe en matière d'injonction thérapeutique mais celui-ci semble très peu déterminant dans le prononcé de la mesure au regard du fait qu'il intervient justement une fois la mesure déjà prononcée.

<sup>35</sup> C.-O. Doron, *op. cit.*

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

**14. - Protection des droits subjectifs et légitimation des soins** - Les soins pénalement ordonnés s'inscrivent dans un « mouvement anthropologique paradoxal »<sup>37</sup> en ce que les politiques pénales ne cessent, d'une part, « de développer les modalités d'objectivation des justiciables, soumis à un contrôle techno-scientifique croissant (conservation des données biologiques, développement des fichiers, surveillance électronique) »<sup>38</sup>, quand de nombreux textes renforcent d'autre part la protection des droits subjectifs, et, notamment, le consentement du patient aux soins. Dès lors, la pratique des soins obligés et enjoins « s'avère être une *pratique limite* délicate, tant par la complexité de l'articulation des déontologies qu'elle instaure [...] que par les limites éthiques qu'elle impose »<sup>39</sup>. Ainsi, afin de légitimer le recours généralisé aux soins, le législateur a multiplié les garanties supposées renforcer le bien-fondé du prononcé des soins. Encadrement rigoureux des rapports justice-santé, protection du secret professionnel par l'instauration de médecins jouant le rôle d'interfaces, exigence d'une expertise médicale préalable se prononçant sur l'opportunité des soins, rappel du caractère impératif du consentement du condamné aux soins ... sont autant de garanties supposées rationaliser et préserver toute l'efficacité de ces mesures de soins.

**15. -** Il convient dès lors de s'interroger sur la pertinence et l'opportunité du recours généralisé et systématique aux soins en milieu ouvert dans le cadre pénal. En questionnant ce double mouvement et ses conséquences sur les pratiques sanitaires et judiciaires (Partie 1), il s'agira par ailleurs d'interroger la pertinence des mécanismes de légitimation des soins et leur efficacité pratique (Partie 2).

---

<sup>37</sup> X. Lameyre, « Les soins pénalement ordonnés, une pratique limite », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, vol. 162, Issue 8, 2004, p. 657-661.

<sup>38</sup> *Ibid.*

<sup>39</sup> *Ibid.*

## **1ÈRE PARTIE : LA GÉNÉRALISATION DES SOINS PÉNALEMENT ORDONNÉS**

**16.** - L'on constate un mouvement de généralisation des soins pénalement ordonnés. Cette généralisation se traduit tant par l'extension du champ d'application de ces soins (Titre 1), que par une volonté du législateur d'en systématiser le prononcé (Titre 2).

### **Titre 1 : L'extension du champ d'application des soins pénalement ordonnés**

**17.** - Les soins pénalement ordonnés ont vu leur champ d'application s'étendre considérablement au cours des dernières décennies. Des mesures de soins peuvent aujourd'hui être prononcées à toutes les étapes de la procédure pénale (Chapitre 1), pour un très large panel d'infractions (Chapitre 2).

### **Chapitre 1 : Des mesures de soins accessibles à toutes les étapes de la procédure pénale**

**18.** - Pensés initialement comme des alternatives aux poursuites, puis des alternatives à l'emprisonnement, les soins pénalement ordonnés se sont progressivement introduits à tous les stades de la procédure pénale. Dès lors, une mesure de soins peut aujourd'hui être prononcée avant toute déclaration de culpabilité, au stade pré-sentenciel (Section 1), au stade de la condamnation et constituer ainsi une modalité d'une peine (Section 2), ou enfin, au stade post-sentenciel, dans le cadre d'un aménagement de peine ou d'une mesure de sûreté (Section 3).

### **Section 1 : Le soin comme mesure pré-sentencielle**

**19.** - Avant le jugement, les soins peuvent être ordonnés dans deux types de situation : dans un premier cas, les soins peuvent constituer une alternative aux poursuites (§1), ou, en l'attente d'un jugement, être prononcés par le juge d'instruction ou le juge des libertés et de la détention au titre d'un contrôle judiciaire ou d'une assignation à résidence sous surveillance électronique (§2).

#### **§1 Les soins comme alternative aux poursuites**

**20.** - Introduite par la loi n° 54-439 du 15 avril 1954 relative au traitement des alcooliques dangereux, la première « obligation de soins », au sens générique, avait pour vocation de permettre à une personne « dont l'addiction, jugée dangereuse pour autrui ou pour elle-même, [avait été] dénoncée aux services sociaux ou aux services de police, d'éviter les poursuites pénales si elle acceptait de se soigner »<sup>40</sup>. Cette alternative aux poursuites a été « réactualisée » avec la loi

---

<sup>40</sup> X. Lameyre, « Les soins pénalement ordonnés, une pratique limite », *op. cit.*

n°70-1320 du 31 décembre 1970, qui créait à l'ancien article L. 628-1 du Code de la santé publique la capacité pour le procureur de la République d' « enjoindre aux personnes ayant fait un usage illicite de stupéfiants de subir une cure de désintoxication ou d'être placées sous surveillance médicale ». Le cas échéant, « l'action publique [n'était] pas exercée à l'égard des personnes qui [s'étaient] conformées au traitement médical qui leur [avait] été prescrit et l' [avaient] suivi jusqu'à son terme ». Aujourd'hui, et depuis la loi n°2007-297 du 5 mars 2007, l'article L. 3423-1 du Code de la santé publique prévoit que « le procureur de la République peut enjoindre à la personne ayant fait un usage illicite de stupéfiants de se soumettre à une mesure d'injonction thérapeutique prenant la forme d'une mesure de soins ou de surveillance médicale », et ce pour une durée de six mois, renouvelable trois fois. Le procureur de la République est chargé d'en informer le directeur général de l'agence régionale de santé, qui fait procéder à un examen médical par un médecin dit « relais », ou à une évaluation socio-psychologique par un psychologue habilité », et, s'il y a lieu, « à une enquête sur la vie familiale, professionnelle et sociale de l'intéressé, le cas échéant à la demande du professionnel de santé désigné ». Si la personne se soumet à la mesure d'injonction thérapeutique qui lui est ordonnée, et la suit jusqu'à son terme, l'action publique n'est pas exercée.

**21.** - Néanmoins, si le Code de la santé publique « pose un principe général de recours à l'injonction thérapeutique dans le cadre des mesures alternatives aux poursuites »<sup>41</sup>, l'article 41-1 du Code de procédure pénale, relatif aux alternatives aux poursuites, ne fait pas mention de l'injonction thérapeutique ; dans ce Code, c'est l'article 41-2, relatif à la composition pénale, qui y fait référence, et prévoit en son 17° qu'il peut être exigé de la personne qui bénéficie de cette alternative aux poursuites qu'elle se soumette « à une mesure d'injonction thérapeutique, selon les modalités définies aux articles L. 3413-1 à L. 3413-4 du code de la santé publique, lorsqu'il apparaît que l'intéressé fait usage de stupéfiants ou fait une consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques ». Au regard de la conjugaison du Code de procédure pénale et du Code de la santé publique, on peut légitimement se demander si cette mesure de soins peut être prononcée en dehors de la composition pénale, puisque l'article 41-1 du Code de procédure pénal n'en fait pas mention (et ne fait référence qu'à une orientation vers « une structure sanitaire, sociale ou professionnelle »).

---

<sup>41</sup> A. Legras, « L'injonction thérapeutique entre les mains du parquet : quel cadre d'intervention ? », *AJ Pénal*, n°6, Dalloz, 2013, p. 329-331.



**22.** - Deux circulaires semblent confirmer la possibilité de prononcer une telle mesure dans le cadre des alternatives aux poursuites : une première circulaire du 9 mai 2008<sup>42</sup> précise que l'injonction thérapeutique « peut être décidée dans le cadre des alternatives aux poursuites [et] de la composition pénale à l'égard de l'utilisateur majeur comme du mineur de treize ans au moins [...] ». Dans le même sens, selon une circulaire du 16 février 2012<sup>43</sup>, cette mesure peut être décidée « dans le cadre des alternatives aux poursuites, notamment de la composition pénale ». Enfin, il semble que cela soit également « la position affichée par la Mission interministérielle de lutte contre la délinquance et la toxicomanie »<sup>44</sup> ; selon le site internet [drogues.gouv.fr](http://drogues.gouv.fr), « la mesure d'injonction thérapeutique peut être décidée dans le cadre des alternatives aux poursuites (article 41-1 du code de procédure pénale) et de la composition pénale (article 41-2 du code de procédure pénale) ». Ainsi, s'il semble que, en pratique, l'injonction thérapeutique peut être prononcée dans le cadre de l'article 41-1 du Code de procédure pénale, le législateur permettrait toutefois à ce dispositif « de gagner en lisibilité en inscrivant clairement le recours à cet outil au sein de cet article »<sup>45</sup>.

## **§2 Les soins dans le cadre de l'instruction**

**23.** - Les soins peuvent être également ordonnés au stade de l'instruction, dans le cadre du contrôle judiciaire, et de l'assignation à résidence sous surveillance électronique. Dans cette situation, seules deux mesures peuvent être prononcées : l'obligation de soins, et, depuis la loi n°2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance, l'injonction thérapeutique.

**24.** - L'article 138 du Code de procédure pénale prévoit qu'une personne soumise à un contrôle judiciaire peut être astreinte à différentes obligations, et notamment à se soumettre « à des mesures d'examen, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation, notamment aux fins de désintoxication »<sup>46</sup>, formulation restée inchangée depuis la création du contrôle judiciaire par la loi du 17 juillet 1970<sup>47</sup>. Dans le même sens, l'article 142-5 du Code de procédure pénale relatif à l'assignation à résidence sous surveillance électronique, mesure qui oblige la

---

<sup>42</sup> Circulaire de la DACG 2008 - 11 G4/ du 9 mai 2008 relative à la lutte contre la toxicomanie et les dépendances, NOR : JUSD0811637C.

<sup>43</sup> Circulaire du 16 février 2012 relative à l'amélioration du traitement judiciaire de l'usage de produits stupéfiants, NOR : JUSD1204745C.

<sup>44</sup> A. Legras, *op. cit.*

<sup>45</sup> *Ibid.*

<sup>46</sup> C. pr. pén., art. 138.

<sup>47</sup> Loi n° 70-643 du 17 juillet 1970 tendant à renforcer la garantie des droits individuels des citoyens.

personne qui y est astreinte à demeurer à son domicile ou dans toute autre résidence fixée par le juge d'instruction ou le juge des libertés et de la détention dont elle ne peut s'absenter « qu'aux conditions et pour les motifs déterminés par ce magistrat »<sup>48</sup>, renvoie aux obligations de l'article 138 du même code. Une obligation de soins peut ainsi également être prononcée dans ce cadre.

**25.** - En matière d'injonction thérapeutique, depuis la loi du 5 mars 2007, en vertu de l'article L. 3423-1 du Code de la santé publique, le juge d'instruction, le juge des libertés et de la détention et le juge des enfants peuvent prononcer une mesure d'injonction thérapeutique à l'encontre des personnes mises en examen pour le délit d'usage illicite d'une substance ou plante classée comme stupéfiants<sup>49</sup> ou pour celui de soustraction à l'exécution d'une décision ayant ordonné une injonction thérapeutique<sup>50</sup>.

**26.** - A cette étape de la procédure pénale les soins sont, certes, une contrainte, mais également un outil pour le mis en examen. De la même manière qu'un détenu ferait valoir des soins en détention au soutien de sa demande d'aménagement de peine, les soins réalisés dans le cadre d'un contrôle judiciaire par exemple peuvent être exploités par celui qui y a été astreint au moment du jugement, afin de bénéficier d'une plus grande clémence de la part de la juridiction de jugement, évitant la détention afin d'empêcher toute « rupture thérapeutique ». C'est du moins un recours utilitariste aux soins dénoncé par de nombreux thérapeutes, qui soulignent l'existence d'un « faux travail thérapeutique au stade de l'instruction », les soins émanant souvent d'une « demande utilitariste suggérée par l'avocat pour en faire un élément d'amenuisement de la peine en cas de culpabilité reconnue »<sup>51</sup>.

### **§3 Les soins dans le cadre de l'ajournement probatoire**

**27.** - Les articles 132-60 et suivants du Code pénal prévoient la possibilité pour la juridiction de jugement d'ajourner le prononcé d'une peine, et ce à trois conditions : « lorsqu'il apparaît que le reclassement du coupable est en voie d'être acquis, que le dommage causé est en voie d'être réparé et que le trouble résultant de l'infraction va cesser »<sup>52</sup>. Le cas échéant, après avoir statué dans un

---

<sup>48</sup> C. pén., art 142-5.

<sup>49</sup> C. de la santé publique, art. L. 3421-1.

<sup>50</sup> C. de la santé publique, art. L. 3425-2.

<sup>51</sup> A. Ciavaldini, « Conflictualité et éthique du soin pénalement obligé avec les auteurs de violences sexuelles », Marcel Sassolas éd., *Conflicts et conflictualité dans le soin psychique*, Érès, 2008, p. 77-92.

<sup>52</sup> C. pén., art. 132-60.

premier temps sur la culpabilité, à l'audience de renvoi, la juridiction a trois possibilités : elle peut dispenser le prévenu de peine, prononcer la peine prévue par la loi, ou encore ajourner une nouvelle fois le prononcé de la peine<sup>53</sup>. Dans le cadre de l'ajournement, le législateur a prévu un régime de probation, appelé « ajournement avec probation », qui permet à la juridiction de jugement, pendant le temps d'attente entre la décision sur la culpabilité et celle sur la peine, de soumettre l'auteur des faits à une ou plusieurs obligations et interdictions figurant aux articles 132-43 à 132-46 du Code pénal, relatifs au sursis probatoire. Ainsi, dans ce cadre, les trois mesures de soins pénalement ordonnés peuvent être prononcées, en vertu de l'article 132-45 3°, qui prévoit l'obligation de soins et, depuis la loi du 5 mars 2007, l'injonction thérapeutique, et 22°, qui prévoit l'injonction de soins. La possibilité pour la juridiction de jugement de prononcer une injonction de soins (seulement dans le cas où la personne a été condamnée pour un délit pour lequel le suivi socio-judiciaire est encouru) dans le cadre d'un ajournement probatoire est récente : elle résulte de la loi de programmation pour la justice du 23 mars 2019<sup>54</sup>.

**28.** - Ainsi, et c'est le cas pour toutes les mesures qui renvoient à l'article 132-45 et soumettent ainsi l'individu à un régime probatoire, dans le cadre de l'ajournement, la juridiction de jugement choisi librement la mesure de soins qu'elle juge la plus opportune entre l'obligation de soins, plus générale, l'injonction thérapeutique, axée sur les addictions, et l'injonction de soins, plus astreignante, en fonction, essentiellement, des perspectives concernant le reclassement du condamné. Néanmoins, en pratique, les mesures d'injonction de soins et d'injonction thérapeutique impliquent une mise en oeuvre plus complexe : un médecin coordonnateur ou relais doit être nommé par l'autorité judiciaire, un rendez-vous entre ce dernier et le condamné doit être prévu, outre des démarches entre les différents acteurs sanitaires, de sorte que le délai d'un an prévu par les textes en matière d'ajournement est en pratique trop bref pour permettre la mise en oeuvre des soins et ce de manière régulière.

**29.** - Outre la phase présentencielle, les soins pénalement ordonnés ont également vu leur champ d'application s'étendre au stade sentenciel, c'est à dire au moment de la condamnation pénale.

---

<sup>53</sup> C. pén., art. 132-61.

<sup>54</sup> Loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice.

## **Section 2 : Le soin comme mesure sentencielle**

**30.** - La juridiction de jugement peut également enjoindre une personne à se soumettre à des soins. Ils peuvent être une modalité d'une peine probatoire, par exemple dans le cadre du suivi socio-judiciaire (§1) ou du sursis probatoire (§2), et s'imposent également progressivement dans des cadres de plus en plus variés (§3).

### **§1 Les soins dans le cadre du suivi socio-judiciaire**

**31.** - La peine de suivi socio-judiciaire, créée par la loi n° 98-468 du 17 juin 1998 suite à des faits divers ayant eu un fort retentissement médiatique, se rapproche du sursis probatoire, en ce qu'elle « emporte, pour le condamné, l'obligation de se soumettre, sous le contrôle du juge de l'application des peines et pendant une durée déterminée par la juridiction de jugement, à des mesures de surveillance et d'assistance destinées à prévenir la récidive »<sup>55</sup>, mesures prévues aux articles 132-44 et 132-45 du Code pénal. Ce dernier article prévoit, on l'a vu, l'obligation de soins et l'injonction thérapeutique. Mais la création du suivi socio-judiciaire, dont l'objectif affiché est la prévention de la récidive en matière d'infractions sexuelles, s'est en outre accompagnée de la création d'une nouvelle mesure de soins pénalement ordonnés : l'injonction de soins.

**32.** - Lorsque l'injonction de soins est créée en 1998, elle ne peut à l'origine être prononcée que si elle accompagne un suivi-socio judiciaire. En ce sens, l'article 131-36-4 du Code pénal était ainsi rédigé : « le suivi socio-judiciaire peut comprendre une injonction de soins. Cette injonction peut être prononcée par la juridiction de jugement s'il est établi après une expertise médicale, ordonnée dans les conditions prévues par le code de procédure pénale, que la personne poursuivie est susceptible de faire l'objet d'un traitement. [...] Lorsque la juridiction de jugement prononce une injonction de soins et que la personne a été également condamnée à une peine privative de liberté non assortie du sursis, le président informe le condamné qu'il aura la possibilité de commencer un traitement pendant l'exécution de cette peine »<sup>56</sup>. Depuis la loi du n° 2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs, le prononcé de l'injonction de soins est rendu presque systématique, le même article prévoyant que, « sauf décision contraire de la

---

<sup>55</sup> C. pén., art 131-36-1.

<sup>56</sup> C. pén., art. 131-36-4.

juridiction, la personne condamnée à un suivi socio-judiciaire est soumise à une injonction de soins »<sup>57</sup>.

**33.** - Dans le cadre du suivi-socio judiciaire, les mesures de soins peuvent être prononcées pour une durée particulièrement longue par comparaison aux autres peines permettant de prononcer des soins. L'article 131-36-1 du Code pénal prévoit à cet effet que « la durée du suivi socio-judiciaire ne peut excéder dix ans en cas de condamnation pour délit ou vingt ans en cas de condamnation pour crime ». Depuis la loi du 9 mars 2004<sup>58</sup> dite « Perben II », les textes prévoient qu'en matière correctionnelle, la durée peut néanmoins « être portée à vingt ans par décision spécialement motivée de la juridiction de jugement ». Dans le même sens, lorsque la personne est condamnée pour un crime puni de trente ans de réclusion criminelle, le suivi socio-judiciaire peut être prononcé pour une durée de trente ans. Enfin, lorsque le crime est puni de la réclusion criminelle à perpétuité, « la cour d'assises peut décider que le suivi socio-judiciaire s'appliquera sans limitation de durée, sous réserve de la possibilité pour le tribunal de l'application des peines de mettre fin à la mesure à l'issue d'un délai de trente ans »<sup>59</sup>. Ainsi, les soins peuvent être prononcés pour une durée très longue, voire illimitée. Cette possibilité interroge, d'autant plus lorsque la personne a parallèlement été condamnée à une peine d'emprisonnement ou de réclusion criminelle, et que les soins commencent à être exécutés une fois la peine purgée. La magistrate Martine Lebrun s'interroge sur l'opportunité de ces soins en sortie de prison s'ils ont déjà été mis en oeuvre en détention, d'autant plus que, souvent, les longs suivi socio-judiciaires accompagnent de longues peines de réclusion criminelle ou d'emprisonnement. « Lorsqu'un détenu a réellement suivi une thérapie, quelle que soit la forme de celle-ci, pendant plusieurs années de détention, 10, 12 ou 15 ans, il lui faudra encore, lorsqu'il sera libéré, se soumettre à cette injonction de soins pendant plusieurs années. Cela est-il, psychologiquement utile, supportable, d'autant que la personne devra nécessairement changer de thérapeute et revenir sur des faits commis 10, 15 ou 20 ans plus tôt ? Il n'est pas rare que le médecin traitant constate rapidement que les soins ordonnés par un jury d'assises des années auparavant deviennent sans fondement, le travail de réflexion ayant été réalisé en détention »<sup>60</sup>. Dans un rapport d'information sur les politiques publiques de prévention, de détection, d'organisation des signalements et de répression des infractions sexuelles susceptibles

---

<sup>57</sup> *Ibid.*

<sup>58</sup> Loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité.

<sup>59</sup> C. pén., art. 131-36-1.

<sup>60</sup> M. Lebrun, « Témoignage à propos des soins pénalement ordonnés », *op. cit.*

d'être commises par des personnes en contact avec des mineurs déposé devant le Sénat en mai 2019, les sénateurs proposaient de « mieux dissocier la durée du suivi socio-judiciaire de celle de l'injonction de soins », les soins ne pouvant raisonnablement pas être perpétuels. Ils affirmaient que « la surveillance d'un individu ne poursuit pas la même finalité qu'une mesure thérapeutique »<sup>61</sup>. Les juges de l'application des peines étant particulièrement réticents à l'idée de prononcer un relèvement des soins, à défaut, les différents acteurs procèdent, en pratique, à des « aménagements du cadre, à des « bricolages », les conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP) en espaçant leurs rendez-vous, les soignants en pratiquant des pauses thérapeutiques »<sup>62</sup>.

## **§2 Les soins comme modalité d'une peine d'emprisonnement assortie d'un sursis probatoire**

**34.** - Les soins sont prévus dans le cadre du sursis probatoire (ex sursis avec mise à l'épreuve) depuis la création de ce dispositif en 1958. À l'origine, la peine de sursis avec mise à l'épreuve ne pouvait comporter, au titre des obligations particulières, qu'une obligation de soins. En réalité, c'est avec la création du sursis avec mise à l'épreuve qu'« apparaissent en pratique les premières obligations de soins »<sup>63</sup>. On retrouvait cette possibilité, comme vu précédemment, à l'article 132-45 3° du Code pénal : le probationnaire pouvait être contraint de « se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation ». Ultérieurement, l'injonction thérapeutique a été ajoutée au dispositif par la loi du 5 mars 2007.

**35.** - Lors de la création du suivi socio-judiciaire, le législateur avait prévu une incompatibilité entre cette peine et la peine d'emprisonnement assortie, en tout ou partie, du sursis probatoire<sup>64</sup>. Toutefois, il y a eu ultérieurement une tentative de la part du Gouvernement d'allier les deux régimes, de sorte à ce qu'une injonction de soins puisse être prononcée dans le cadre d'un sursis. Ainsi, créé par la loi du 10 août 2007, le nouvel article 135-42-1 du Code pénal disposait, avant d'être abrogé par une loi ultérieure, que, « sauf décision contraire de la juridiction, la personne condamnée à une peine d'emprisonnement assortie du sursis avec mise à l'épreuve pour l'une des infractions pour lesquelles le suivi socio-judiciaire est encouru est soumise à une

---

<sup>61</sup> M. Mercier, M. Meunier et D. Vérien, Rapport d'information n°529 sur les politiques publiques de prévention, de détection, d'organisation des signalements et de répression des infractions sexuelles susceptibles d'être commises par des personnes en contact avec des mineurs dans le cadre de l'exercice de leur métier ou de leurs fonctions, Sénat, 2019.

<sup>62</sup> V. Gautron, « La médicalisation de la peine : un équilibre fragile entre aspiration thérapeutique et contrôle social », *op. cit.*

<sup>63</sup> V. Gautron, « Les mesures de sûreté et la question de la dangerosité : la place des soins pénalement ordonnés », *Criminocorpus* [En ligne], La prévention des récidives : Évaluation, suivis, partenariats, Les suivis, 2016.

<sup>64</sup> C. pén., art. 131-36-6.

injonction de soins dans les conditions prévues aux articles L. 3711-1 et suivants du code de la santé publique, s'il est établi qu'elle est susceptible de faire l'objet d'un traitement, après une expertise médicale ordonnée conformément aux dispositions du code de procédure pénale ».

**36.** - Le dispositif, qui provoquait en pratique des confusions, a néanmoins été abrogé par la loi du 10 mars 2010<sup>65</sup>, qui « retranche [ainsi] le sursis avec mise à l'épreuve du nombre des modalités de la peine qui peuvent servir de support à l'injonction de soins »<sup>66</sup>. Pour la doctrine, telle modification avait pour objectif d'éviter une confusion entre l'obligation de soins, mesure de soins traditionnellement et régulièrement prononcée dans le cadre du sursis probatoire, et l'injonction de soins, qui est prononcée à l'origine dans le cadre de mesures « plus lourdes »<sup>67</sup>. Toutefois, avec la loi du 23 mars 2019, le législateur a de nouveau ajouté à l'article 132-45 du Code pénal l'injonction de soins au titre des obligations qui peuvent être prononcées par la juridiction de jugement ou le juge de l'application des peines<sup>68</sup>. En pratique, on peut s'interroger sur la pertinence de prévoir trois dispositifs de soins dans le cadre du sursis probatoire, d'autant plus que rien n'interdit en théorie la juridiction de jugement ou, ultérieurement, le juge de l'application des peines, de les prononcer cumulativement, ce qui serait en pratique, au delà d'être complexe, peu pertinent.

### **§3 Les autres cadres permettant le prononcé d'une mesure de soins**

**37.** - Au fil des réformes, le législateur a multiplié les peines pouvant en tout ou partie consister en une prise en charge sanitaire.

**38.** - A ce titre, les soins peuvent être prononcés en tant que peines autonomes, au titre d'une peine complémentaire : c'est le cas notamment de l'injonction thérapeutique. La loi du 5 mars 2007 crée en effet l'article L3425-1 du Code de la santé publique, qui prévoit que la juridiction de jugement peut, « à titre de peine complémentaire », astreindre les personnes ayant commis l'infraction d'usage illicite de stupéfiants à se soumettre à une mesure d'injonction thérapeutique, pendant une durée de vingt-quatre mois au plus.

---

<sup>65</sup> Loi n° 2010-242 du 10 mars 2010 tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédure pénale.

<sup>66</sup> J.-H. Robert, « Commentaire de la loi n° 2010-242 du 10 mars 2010 tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédure pénale », *Revue Droit pénal*, LexisNexis, 2010, n°5, étu. n°8.

<sup>67</sup> D. Viriot-Barrial, « L'injonction de soins dans la loi du 10 mars 2010 : suite et fin », *Gazette du Palais*, n°15, 2011, p. 20-26.

<sup>68</sup> C. pén., art 132-45 22°.

**39.** - Par ailleurs, avec la loi du 15 août 2014, le législateur créait la contrainte pénale, peine emportant l'obligation de se soumettre pour le condamné, sous le contrôle du juge de l'application des peines et ce pendant une certaine durée, « à des mesures de contrôle et d'assistance ainsi qu'à des obligations et interdictions particulières destinées à prévenir la récidive en favorisant son insertion ou sa réinsertion au sein de la société »<sup>69</sup>. Il prévoyait dans ce cadre que, outre les obligations et interdictions prévues à l'article 132-45 en matière de sursis avec mise à l'épreuve (comprenant notamment l'obligation de soins et l'injonction thérapeutique), le condamné pouvait également être astreint à une injonction de soins. La contrainte pénale a néanmoins été supprimée par la loi du 23 mars 2019. Cette loi a toutefois créé un nouveau dispositif, pouvant lui aussi être assorti d'une mesure de soins : la détention à domicile sous surveillance électronique (DDSE) au titre d'une peine (la mesure pouvant déjà être prononcée avant cette loi dans le cadre d'un aménagement de peine). L'article 131-4-1 in fine du Code pénal prévoit ainsi que, dans le cadre de cette peine, qui « emporte pour le condamné l'obligation de demeurer dans son domicile ou tout autre lieu désigné par la juridiction ou le juge de l'application des peines et du port d'un dispositif intégrant un émetteur permettant de vérifier le respect de cette première obligation », la juridiction peut également « soumettre le condamné à une ou plusieurs des obligations ou interdictions prévues aux articles 132-44 et 132-45 », soit les trois mesures de soins pénalement ordonnés sus-évoquées.

**40.** - Enfin, des soins en milieu ouvert peuvent également être prononcés au stade post-sentenciel, dans le cadre d'un aménagement de peine ou au moment de l'« après peine ».

### **Section 3 : Le soin comme mesure post-sentencielle**

**41.** - Au stade post-sentenciel, soit après la condamnation, des mesures de soins peuvent également être prononcées par le juge de l'application des peines, soit au titre d'un aménagement de peine (§1), soit au stade de l'« après-peine », où les soins constituent une modalité d'une mesure de sûreté (§2).

#### **§1 Les soins comme modalité d'un aménagement de peine**

**42.** - Les soins se sont également progressivement imposés au stade de l'exécution de la peine et de son aménagement. A ce titre, qu'il s'agisse de la libération conditionnelle, de la semi-liberté, des permissions de sortir, du placement à l'extérieur ou de la suspension et du fractionnement de peine, l'ensemble de ces aménagements peuvent impliquer une mesure de soins.

---

<sup>69</sup> C. pén., ancien art. 131-4-1.



Pour certaines d'entre elles, le soin, mais cette fois en détention, est même une condition de leur octroi.

**43.** - En ce qui concerne dans un premier temps la libération conditionnelle, n'importe quel condamné peut voir sa libération conditionnelle « assortie de conditions particulières ainsi que de mesures d'assistance et de contrôle destinées à faciliter et à vérifier [son] reclassement. Celui-ci peut en particulier être soumis à une ou plusieurs des mesures de contrôle ou obligations mentionnées aux articles 132-44 et 132-45 du Code pénal »<sup>70</sup>, soit aux différentes mesures de soins prévues par ce dernier article. Le cas échéant, « ces mesures sont mises en oeuvre par le juge de l'application des peines assisté du service pénitentiaire d'insertion et de probation [...] avec le concours des organismes habilités à cet effet ». Avant que l'injonction de soins soit ajoutée au 22° de l'article 132-45 du Code pénal, il était déjà possible, depuis la loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales, qu'une personne condamnée pour un crime ou un délit pour lequel le suivi socio-judiciaire est encouru, d'être soumise dans le cadre de sa libération conditionnelle « aux obligations qui sont celles du suivi socio-judiciaire, y compris l'injonction de soins »<sup>71</sup>.

**44.** - En ce qui concerne la semi liberté, la permission de sortir et le placement à l'extérieur, l'article 723-4 du Code de procédure pénale prévoit que « le juge de l'application des peines peut subordonner l'octroi au condamné du placement à l'extérieur, de la semi-liberté ou de la permission de sortir au respect d'une ou plusieurs obligations ou interdictions prévues par les articles 132-44 et 132-45 du Code pénal ». De la même manière, ces obligations et interdictions peuvent assortir un aménagement de peine prenant la forme d'une DDSE<sup>72</sup>. En ce qui concerne la suspension et le fractionnement de peine, l'article 720-1 du Code de procédure pénale prévoit que le juge qui octroie ces aménagements peut soumettre le condamné à des mesures de soins telles que prévues par l'article 132-45 du Code pénal. Pour l'ensemble de ces aménagements, les trois mesures de soins pénalement ordonnés peuvent être prononcées. Avant que l'injonction de soins soit ajoutée à l'article 132-45 du Code pénal par la loi du 23 mars 2019, il était d'ores et déjà possible, dans le cadre d'une

---

<sup>70</sup> C. pr. pén., art. 731.

<sup>71</sup> C. pr. pén., art. 731-1 (version en vigueur du 13 décembre 2005 au 11 août 2007).

<sup>72</sup> C. pr. pén., art. 723-7 et 723-10, C. pén., art. 132-26.

suspension de peine pour motif médical, et ce depuis un décret du 27 octobre 2010<sup>73</sup>, de prononcer une telle mesure<sup>74</sup>.

## §2 Les soins comme modalité d'une mesure de sûreté

45. - En parallèle des aménagements de peines, les créations des mesures de sûretés que sont la surveillance judiciaire, d'abord, puis la surveillance de sûreté, ensuite, se sont immédiatement accompagnées de mesures de soins. Dans un premier temps, le législateur prévoyait que la surveillance judiciaire, créée par la loi du 12 décembre 2005 et « ordonnée par le tribunal de l'application des peines à titre de mesure de sûreté et aux seules fins de prévenir une récidive dont le risque paraît avéré »<sup>75</sup>, pouvait comporter les obligations prévues à l'article 132-45 du Code pénal, soit, à l'époque, une obligation de soins<sup>76</sup>. L'article faisait en outre référence à l'article 131-36-4 du Code pénal, relatif à l'injonction de soins. En ce qui concerne la surveillance de sûreté, créée par la loi du 25 février 2008<sup>77</sup>, le législateur a immédiatement prévu que lorsque la rétention de sûreté n'est pas prolongée ou s'il y est mis fin, la juridiction régionale de la rétention de sûreté peut prononcer une surveillance de sûreté, qui « comprend des obligations identiques à celles prévues dans le cadre de la surveillance judiciaire [...] en particulier une injonction de soins »<sup>78</sup>. En 2010, le législateur prévoit que, lorsque une personne a été condamnée à la réclusion criminelle à perpétuité pour l'un des crimes visés à l'article 706-53-13 et que la surveillance de sûreté fait suite à une libération conditionnelle avec injonction de soins, la juridiction régionale de la rétention de sûreté peut « décider de prolonger tout ou partie des obligations auxquelles est astreinte la personne, au-delà de la période de libération conditionnelle, en la plaçant sous surveillance de sûreté avec injonction de soins pour une durée de deux ans »<sup>79</sup>.

46. - Enfin, des soins sont également prévus dans le cadre d'une mesure de sûreté prononcée en cas d'altération du discernement de la personne condamnée. En effet, lorsqu'une personne est

---

<sup>73</sup> Décret n° 2010-1276 du 27 octobre 2010 relatif aux procédures simplifiées d'aménagement des peines et à diverses dispositions concernant l'application des peines.

<sup>74</sup> C. pr. pén., art D 147-2.

<sup>75</sup> C. pr. pén., art. 723-29.

<sup>76</sup> C. pr. pén., art. 723-30.

<sup>77</sup> Loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.

<sup>78</sup> C. pr. pén., art. 706-53-19.

<sup>79</sup> C. pr. pén., art. 732-1.

condamnée dans les circonstances de l'article 122-1 du Code pénal, c'est à dire, selon ce dernier article, qu'elle était atteinte, au moment des faits, « d'un trouble psychique ou neuro-psychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes », et qu'elle n'a pas été condamnée à un suivi socio-judiciaire, depuis la loi du 15 août 2014, l'article 706-136-1 du Code de procédure pénale prévoit que le juge de l'application des peines peut « ordonner, à la libération de cette personne, si son état le justifie et après avis médical, une obligation de soins pendant une durée qu'il fixe ». Cette obligation de soins, à titre de mesure de sûreté, qui est ordonnée avant la date prévue pour la libération de la personne condamnée<sup>80</sup>, ne peut être ordonnée « que s'il apparaît, au moment où la décision est rendue, au vu des éléments du dossier et notamment de l'avis médical concernant la personne condamnée, qu'elle est nécessaire pour prévenir le renouvellement des actes commis par la personne condamnée, pour la protéger, ou pour protéger la victime ou la famille de la victime »<sup>81</sup>. Ce qui est surprenant, mais plutôt bienvenu, est que le législateur a, uniquement dans cette situation, prévu une incompatibilité des mesures de soins entre elles, notamment lorsqu'elles sont prononcées dans le cadre d'une autre mesure de sûreté, d'une peine probatoire ou d'un aménagement de peine ; l'article D47-34 du Code de procédure pénale prévoit en effet que telle mesure de sûreté « ne peut être ordonnée si le condamné fait l'objet ou est susceptible de faire l'objet d'une obligation ou d'une injonction de soins dans le cadre d'un aménagement de peine, d'une libération conditionnelle, d'une libération sous contrainte, d'un suivi socio-judiciaire, d'un sursis probatoire, d'une surveillance judiciaire ou d'une surveillance de sûreté ».

47. - Ainsi, au fil des réformes, le législateur a multiplié les cadres pouvant permettre le prononcé d'une mesure de soins, et a souvent renforcé les dispositifs en permettant au juge de choisir la mesure de soins la plus adaptée parmi l'obligation de soins, l'injonction thérapeutique et l'injonction de soins. En effet, en ajoutant progressivement à l'article 132-45 du Code pénal les trois dispositifs de soins pénalement ordonnés, et les différentes peines, aménagements et mesures de sûreté renvoyant presque systématiquement à cet article, le législateur a souhaité favoriser le prononcé des soins, et plus particulièrement de l'injonction de soins, explicitement mentionnée dans diverses dispositions. Les mesures de soins ont ainsi envahi toutes les phases de la procédure pénale. Au demeurant, on pouvait rationaliser leur expansion en se satisfaisant d'un champ d'application restreint du point de vue des infractions en permettant le prononcé. Néanmoins, il

---

<sup>80</sup> C. pr. pén., art. D 47-33.

<sup>81</sup> C. pr. pén., art. D 47-34.

semble que, là encore, au fur et à mesure des réformes, presque tous les auteurs d'infractions soient concernés par ces mesures de soins.

## **Chapitre 2 : Des mesures de soins accessibles à divers auteurs d'infractions**

48. - Si l'obligation de soins était initialement destinée aux « alcooliques dangereux », la mesure de soins s'est rapidement généralisée et trouve aujourd'hui à s'appliquer pour de très nombreuses infractions. En matière d'obligation de soins, ce n'est pas la nature de l'infraction (atteinte aux personnes, atteinte aux biens, ou plus précisément infractions à caractère sexuel, infractions en lien avec les stupéfiants, etc.) qui est prise en considération, mais le cadre qui en permet le prononcé : par exemple, il n'est pas question de savoir si l'individu a commis une agression sexuelle, mais si l'infraction commise permet le prononcé d'un contrôle judiciaire ou d'une assignation à résidence sous surveillance électronique, cadres qui, eux, permettent le prononcé d'une obligation de soins. Ainsi, il ne sera pas question dans ce chapitre de l'obligation de soins.

49. - En revanche, en matière d'injonction de soins et d'injonction thérapeutique, le législateur avait à l'origine restreint leur champ d'application au regard des infractions en permettant le prononcé (Section 1). Toutefois, il semble que, en matière d'injonction de soins particulièrement, le législateur étend peu à peu le champ d'application, de sorte que la mesure, initialement conçue pour les auteurs d'infractions à caractère sexuel, peut aujourd'hui être prononcée pour de nombreux comportements infractionnels (Section 2).

### **Section 1 : Un champ d'application à l'origine restreint**

50. - L'injonction de soins et l'injonction thérapeutique sont des mesures de soins qui au moment de leur création étaient destinées à des auteurs d'infractions particuliers : en ce qui concerne l'injonction thérapeutique, la mesure est destinée aux auteurs d'infraction atteints d'addictions (§1), tandis que pour l'injonction de soins, la mesure est créée à l'égard des auteurs d'infractions à caractère sexuel (§2).

#### **§1 Les soins comme outils de lutte contre l'addiction**

51. - Les premiers soins pénalement ordonnés étaient destinés aux « alcooliques dangereux ». Avec la loi du 31 décembre 1970, les soins, par le truchement de l'injonction thérapeutique, sont devenus des outils de lutte contre la toxicomanie. Destinés aux usagers de

stupéfiants, puis aux consommateurs habituels d'alcool (A), l'opportunité de ces soins se justifie à plusieurs égards (B).

#### **A/ Des soins destinés aux usagers de stupéfiants**

**52.** - La loi du 31 décembre 1970, en instituant ce qui deviendra l'injonction thérapeutique, « place l'utilisateur de produits illicites dans un double statut, celui de délinquant et celui de malade »<sup>82</sup>. En effet, lorsque l'injonction thérapeutique est créée sous sa forme initiale, à l'ancien article L. 628-1 du Code de la santé publique, en parallèle, l'incrimination d'usage « en société », introduite en France en 1916 est étendue « à la détention pour usage personnel et à la consommation de drogues sous toutes ses formes (y compris solitaire et privée) et constituée en délit passible d'une peine d'emprisonnement »<sup>83</sup> (de deux mois à l'époque). Depuis cette loi, la lutte contre la toxicomanie est appréhendée par le système judiciaire « dans une double approche : répressive avec une pénalisation de l'usage de stupéfiants, et sanitaire avec des propositions en termes de soins »<sup>84</sup>. L'idée derrière cette double approche est que la toxicomanie « n'est pas seulement une question de délinquance mais également une problématique de santé publique »<sup>85</sup>.

**53.** - L'injonction thérapeutique, qui consistait dans les années 70 en une « surveillance médicale » ou une « cure de désintoxication », vise au moment de sa création uniquement à s'appliquer aux usagers de drogues, poursuivis pour l'infraction d'usage de stupéfiants. Les textes ne faisant mention que d'un « usage » de « stupéfiants », sans plus de précisions, il semble que la mesure puisse être prononcée « quel que soit le produit stupéfiant en cause », et « que l'usage soit occasionnel ou régulier, public ou privé »<sup>86</sup>. En pratique, les probationnaires perçoivent parfois une telle injonction comme l'attribution d'un diagnostic infondé de dépendance, du fait de l'absence de distinction entre des personnes réellement dépendantes, toxicomanes, et des consommateurs occasionnels.

**54.** - En ajoutant avec la loi du 5 mars 2007 l'injonction thérapeutique au 3° de l'article 132-45 du Code pénal, le législateur permet le recours à une telle mesure de soins dès lors qu'il

---

<sup>82</sup> L. Simmat-Durand, « L'obligation de soins : une pratique ambiguë », *Déviante et société*, n°4, 1999, p. 421-436.

<sup>83</sup> I. Obradovic, « La pénalisation de l'usage de stupéfiants en France au miroir des statistiques administratives. Enjeux et controverses », *Déviante et Société*, vol. n°36, n°4, 2012, p. 441-469.

<sup>84</sup> A. Legras, *op. cit.*

<sup>85</sup> *Ibid.*

<sup>86</sup> L. Simmat-Durand, *op. cit.*

« apparaît que le condamné fait usage de stupéfiants ». Depuis cette même loi, le législateur a étendu le champ d'application de l'injonction thérapeutique aux personnes ayant commis une infraction dont les circonstances révèlent une consommation habituelle et excessive d'alcool. Ici, le caractère répétitif et excessif de la consommation, pouvant ainsi révéler une réelle addiction, est prévu par les textes. La loi du 5 mars 2007 désolidarise ainsi l'injonction thérapeutique de l'infraction d'usage illicite de stupéfiants de l'article L 3421-1 du Code de la santé publique et permet son prononcé dès lors que les éléments de la procédure permettent de constater qu'un individu, poursuivi ou condamné pour une infraction quelconque, fait un usage de stupéfiants ou témoigne d'une addiction à l'alcool.

## **B/ L'opportunité du recours aux soins pour traiter de l'addiction en matière pénale**

**55.** - Pourquoi enjoindre, sur le plan pénal, des usagers de drogues ou des addictes à l'alcool à se soigner ? Quel est le lien entre délinquance et toxicomanie ? Entre délinquance et alcool ? Il existe une réelle ambivalence en ce qui concerne les addictions aux stupéfiants et à l'alcool, dont témoigne la loi du 31 décembre 1970. Les comportements addictifs sont en effet à la fois perçus comme un problème de santé publique et un fléau social et les usagers sont tantôt présentés comme des malades, tantôt comme des auteurs de troubles, des délinquants.

**56.** - Néanmoins, il semble qu'il y ai une forte prévalence des addictions parmi la « clientèle pénale »<sup>87</sup>. Au regard d'une étude dirigée par Séverine Gilard-Pioc à partir de 22 379 examens médicaux réalisés à l'occasion de gardes à vues dans le département de la Seine-Saint-Denis entre 2010 et 2011, Virginie Gautron constate que « 14 % du public interpellé consommaient quotidiennement de l'alcool, avec un constat d'abus pour 55 %. 3 % environ présentaient une dépendance à l'alcool, 40 % déclaraient consommer des stupéfiants, essentiellement du cannabis (38 %), plus rarement de la cocaïne ou du crack (4 %) et exceptionnellement de l'héroïne (1 %) »<sup>88</sup>. Plus particulièrement, en ce qui concerne le lien de causalité ou du moins une potentielle corrélation entre la consommation et la commission d'infraction, outre l'usage de stupéfiants où la consommation de drogue est considérée comme étant en soit un comportement délictuel, plusieurs études mettent l'accent sur l'existence d'un lien entre délinquance et consommation de

---

<sup>87</sup> V. Gautron, « La médicalisation de la peine : un équilibre fragile entre aspiration thérapeutique et contrôle social », *op. cit.*

<sup>88</sup> S. Gilard-Pioc et al., « Personnes placées en garde à vue en Seine-Saint-Denis : données médicales et situations à risque, étude descriptive », *La Presse Médicale*, vol n°42, n°9, 2013, p. 293-299, cité par V. Gautron, « La médicalisation de la peine : un équilibre fragile entre aspiration thérapeutique et contrôle social », *op. cit.*

stupéfiants ou d'alcool ; d'une part, plusieurs études associent la consommation d'alcool et de stupéfiants à la commission d'infractions, en raison d'un lien dit « psycho-pharmacologique », selon lequel « des personnes peuvent commettre des crimes ou des agressions violentes par suite de la consommation de certaines substances reconnues pour provoquer une détérioration du jugement, l'amenuisement du contrôle de soi, la production d'idées paranoïdes et la distorsion des inhibitions et des perceptions »<sup>89</sup>. En ce sens, les chercheurs Laurent Bègue et Baptiste Subra, dans un article sur le lien entre alcool et agressivité, soulignaient que « dans une étude agrégeant plus de 9300 cas criminels issus de 11 pays différents, il a été montré que 62% des délinquants violents avaient bu au moment de la réalisation des actes agressifs ou peu de temps auparavant »<sup>90</sup>. En parallèle, d'autres liens sont établis entre délinquance et consommation de stupéfiants et d'alcool, notamment un lien économique (la délinquance permettant aux auteurs d'infraction de financer leur consommation), et un lien systémique (le marché illicite de la drogue engendrant en tant que tel de la violence et ainsi de la criminalité).

## **§2 Des soins destinés à l'origine aux auteurs d'infractions à caractère sexuel**

**57.** - Le dispositif d'injonction de soins est créé, dans le cadre du suivi socio-judiciaire, à la suite de plusieurs faits divers mettant en cause des auteurs d'infractions à caractère sexuel ayant déjà été condamnés, dans le but de prévenir la récidive des auteurs de tels actes. On pense notamment à l'affaire Traoré en 1996, ainsi que l'affaire des frères Jourdain en 1997, auteurs de viols et d'homicides volontaires et dont les casiers judiciaires portaient déjà mention de condamnations pour des faits de nature sexuelle. D'une manière générale, dans les années 80 croît une inquiétude du public et des institutions face à une forte croissance de la population condamnée et incarcérée pour des infractions à caractère sexuel<sup>91</sup>.

**58.** - Au moment de sa création par la loi du 17 juin 1998, l'injonction ne peut être prononcée dans le cadre du suivi socio-judiciaire que pour des infractions à caractère sexuel, telles que le meurtre ou l'assassinat, précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de

---

<sup>89</sup> L. Casavant, C. Collin, « La consommation de drogues illicites et la criminalité : une relation complexe », produit pour le comité sénatorial spécial sur les drogues illicites (Canada), Division des affaires politiques et sociales, Bibliothèque du Parlement, 2001.

<sup>90</sup> L. Bègue, B. Subra, « L'alcool rend-il agressif ? », *Revue électronique de Psychologie Sociale*, n°3, 2008, p. 41-55.

<sup>91</sup> A. Ciavaldini, « Conflictualité et éthique du soin pénalement obligé avec les auteurs de violences sexuelles », Marcel Sassolas éd., *Conflicts et conflictualité dans le soin psychique*. Érès, 2008, p. 77-92.

barbarie<sup>92</sup>, le viol (aggravé ou non), l'agression sexuelle (aggravée ou non), l'exhibition sexuelle<sup>93</sup>, et plusieurs infractions sexuelles commises sur mineur (comme l'atteinte sexuelle, la corruption de mineur, ou encore la fixation, enregistrement, transmission ou représentation de l'image d'un mineur à caractère pornographique, en vue de sa diffusion)<sup>94</sup>. Pourquoi viser précisément les auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS) ? Selon le magistrat Bruno Lavielle « sont principalement invoquées l'existence de troubles psychiques chez les auteurs de ces infractions, l'importance des phénomènes de récidive et l'insuffisance des peines ou mesures applicables » au moment de la promulgation de la loi<sup>95</sup> dans les projets de loi Toubon, projet initial, puis projet Guigou, déposé à l'Assemblée Nationale le 3 septembre 1997. Dans l'exposé des motifs de ces deux projets de loi, le magistrat remarque que les deux textes affirment que « les auteurs de ces infractions, même s'ils sont jugés pénalement responsables de leurs actes, souffrent dans la plupart des cas de troubles psychiques qui subsistent après l'exécution de leur peine »<sup>96</sup>. Néanmoins, selon l'auteur, au regard d'une doctrine presque unanime, une « psychopathologie de l'acte transgressif n'implique pas, ipso facto, qu'il y ait une pathologie structurée de la personnalité »<sup>97</sup>, et, dans le même sens, Jean-Louis Senon et Jean Pradel affirmaient que « toutes les études sont concordantes pour penser que la grande majorité des agresseurs sexuels ne présente aucune maladie mentale telle qu'elle peut être décrite par la clinique contemporaine, tant française qu'internationale »<sup>98</sup>. Toutefois, les psychiatres et psychologues sont nombreux à reconnaître que « des troubles de la personnalité sont fréquents chez les agresseurs sexuels »<sup>99</sup>, ou encore que « les délinquants sexuels ne sont pas indemnes de caractéristiques psychologiques qui diffèrent de la population générale »<sup>100</sup>. Claude Balier<sup>101</sup> dans son rapport sur les possibilités de traitement des auteurs de

---

<sup>92</sup> C. pén., art. 221-9-1.

<sup>93</sup> C. pén., art. 222-48-1.

<sup>94</sup> C. pén., art 227-31.

<sup>95</sup> B. Lavielle, « Surveiller et soigner les agresseurs sexuels : un des défis posés par la loi du 17 juin 1998 », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, 1999, n° 1, p. 35-48.

<sup>96</sup> E. Guigou, Projet relatif à la prévention et à la répression des infractions sexuelles, ainsi qu'à la protection des mineurs, n° 202, déposé le 3 septembre 1997.

<sup>97</sup> R. Coutanceau et A. Martorell, « Traitement médico-psychologique ou suivi psycho-criminologique », *Forensic*, n° 17, 1997, cité par B. Lavielle, *op. cit.*

<sup>98</sup> J. Pradel, J.-L. Senon, « De la prévention et de la répression des infractions sexuelles, commentaire de la loi n°98-468 du 17 juin 1998 », *Revue pénitentiaire et de droit pénal*, 1998, p. 208-243.

<sup>99</sup> R. Coutanceau et A. Martorell, *op. cit.*

<sup>100</sup> J. Pradel, J.-L. Senon, *op. cit.*

<sup>101</sup> C. Balier et al., Rapport du groupe de travail sur les possibilités de traitement des auteurs de délits ou de crime sexuels, 1994, DGS, Ministère de la Santé.



délits ou de crime sexuels différencie trois profils : des « sujets très carencés sur le plan affectif, dont le psychisme est peu organisé », avec parfois une insuffisance intellectuelle et une forte inhibition, des sujets « fragiles dont le sentiment d'identité est mal assuré, présentant des troubles limites de la personnalité ou borderline », et des « sujets beaucoup plus stables, intelligents, bien organisés » et présentant des structures perverses<sup>102</sup>. Ainsi, si les AICS ne sont pas majoritairement atteints de pathologies psychiatriques, aujourd'hui, en matière de soins, il semble que « le symptôme « psychiatrique » [ne soit] plus le seul repère psychopathologique », de sorte que « l'agir sexuel violent trouve une place dans la psychopathologie ouverte hors du champ psychiatrique traditionnel »<sup>103</sup>. Pour Jean-Louis Senon et Louis Pradel, les AICS qui se trouvent dans le déni quant à leurs actes, en minimisant l'incidence de leur comportement sur la victime ou en présentant cette dernière comme consentante, relèvent bien d'une prise en charge médico-psychologique, voire psychiatrique, qui, dans certains cas, peut même s'avérer « indispensable »<sup>104</sup>.

**59.** - En ce qui concerne la question de la récidive, qui est l'objectif affiché du suivi socio-judiciaire et ainsi de l'injonction de soins qui l'accompagne, les auteurs des projets de loi Toubon et Guigou concluent que les troubles psychiatriques dont sont atteints les AICS « sont de nature à favoriser la réitération du passage à l'acte ». Néanmoins, au regard des études menées à l'échelle nationale comme internationale, les taux de récidive en matière d'infractions à caractère sexuel sont plutôt faibles ; à l'échelle nationale, un rapport d'information de l'Assemblée Nationale sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel recense plusieurs études menées à partir des données issues du casier judiciaire national. Le rapport précise ainsi qu' « une première étude conduite en 2003 a montré que les personnes condamnées pour viol en 2001 avaient, pour 1,8% d'entre elles, déjà été condamnées pour un crime dans les 18 années précédentes. Ces chiffres doivent être mis en regard avec ceux qui existent en matière de vols, par exemple. Pour les vols aggravés, l'étude révèle en effet un taux de récidive de 14,7% ». Selon une autre étude, « en 2009, parmi 1 386 crimes sexuels jugés, seuls 3,2 % étaient commis en état de récidive légale, soit 45% de moins que le taux de récidive des autres crimes. Il en est de même pour les délits sexuels jugés en 2009, dont 3,1% étaient commis en état de récidive légale, contre 10,5% pour les autres délits. Le taux de récidive en matière de délits sexuels est donc plus de trois fois inférieur au taux de récidive des autres

---

<sup>102</sup> *Ibid.*

<sup>103</sup> V. Di Rocco, M. Ravit., « La psychiatrie de secteur confrontée aux soins pénalement ordonnés », *Psychothérapies*, vol. n° 34, n° 2, 2014, p. 75-83.

<sup>104</sup> J. Pradel, J.-L. Senon, *op. cit.*

délits ».<sup>105</sup> Il semble que le législateur se soit attaché à traiter la question des infractions à caractère sexuel non pas au regard du taux de récidive des AICS mais de l'opprobre qu'ils suscitent. En effet, comme le soulève Bruno Lavielle, « la récidive des infractions à caractère sexuel heurte l'opinion qui s'identifie aisément à ces mêmes victimes, et percute de plein fouet le bon sens populaire qui voudrait que de tels faits soient systématiquement sanctionnés de manière définitive »<sup>106</sup>.

## **Section 2 : Un champ d'application étendu**

**60.** - L'obligation de soins n'a pas un champ d'application restrictif au regard des infractions qui peuvent en justifier le prononcé. En ce qui concerne l'injonction thérapeutique, la seule extension de son champ d'application de ce point de vue a été l'ouverture de cette mesure de soins aux individus ayant « une consommation habituelle et excessive d'alcool ». L'extension du champ d'application des soins pénalement ordonnés concerne essentiellement l'injonction de soins, qui avait à l'origine un champ restreint, puisque prononcée uniquement dans le cadre du suivi socio-judiciaire, peine ne pouvant être prononcée à l'origine qu'à l'égard d'auteurs d'infractions à caractère sexuel. Au regard de l'extension du champ d'application du suivi socio-judiciaire et des nouveaux cadres permettant de prononcer une injonction de soins, cette mesure de soins peut aujourd'hui concerner un panel élargi d'infractions (§1). En pratique, néanmoins, la plupart des statistiques en matière de soins pénalement ordonnés constatent que les magistrats prononcent difficilement des soins en dehors des cadres traditionnels (§2).

### **§1 L'extension progressive du champ d'application de l'injonction de soins**

**61.** - A l'origine limité aux infractions à caractère sexuel, l'injonction de soins peut aujourd'hui être prononcée pour de très nombreuses infractions. Son champ d'application s'est d'abord largement étendu corrélativement à l'extension du champ d'application du suivi socio-judiciaire. En matière d'infractions sexuelles, la loi du 5 mars 2007 ajoute l'infraction de propositions sexuelles faites à un mineur de 15 ans par un majeur utilisant un moyen de communication électronique au titre des infractions pouvant être sanctionnées par un suivi socio-judiciaire<sup>107</sup>. La loi du 5 août 2013<sup>108</sup> ajoute à la liste les infractions de consultation habituelle ou

---

<sup>105</sup> E. Blanc, Rapport d'information n° 4421 sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel, Assemblée Nationale, 2012.

<sup>106</sup> B. Lavielle, *op. cit.*

<sup>107</sup> C. pén., art. 227-31.

<sup>108</sup> Loi n° 2013-711 du 5 août 2013 portant diverses dispositions d'adaptation dans le domaine de la justice en application du droit de l'Union européenne et des engagements internationaux de la France.

payante d'un site internet mettant à disposition des images pornographiques d'un mineur et d'acquisition ou détention d'image pornographique d'un mineur et d'incitation non suivie d'effet d'un mineur à se soumettre à une mutilation sexuelle ou incitation non suivie d'effet à commettre une mutilation sexuelle sur un mineur. Enfin, les nouvelles infractions créées par la loi du 21 avril 2021<sup>109</sup> peuvent également, en vertu des articles 227-31 et 222-48-1 du Code pénal, être sanctionnées par une injonction de soins dans le cadre du suivi socio-judiciaire<sup>110</sup>.

**62.** - En parallèle des infractions sexuelles, le dispositif s'est également étendu à de nombreuses autres infractions dans le domaine des atteintes aux personnes : depuis la loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005<sup>111</sup>, l'injonction de soins dans le cadre du suivi socio-judiciaire peut être prononcée pour toutes les infractions prévues par la section relative aux atteintes volontaires à la vie des personnes<sup>112</sup>, et également pour les infractions d'arrestation, enlèvement, et séquestration ou détention arbitraire<sup>113</sup>. Cette loi a également étendu le dispositif aux auteurs de destructions ou dégradations par moyen dangereux pour les personnes aggravée (articles 322-6 à 322-10 du Code pénal), destruction ou dégradation du bien d'autrui par un moyen dangereux pour les personnes (article 322-6 du Code pénal) et diffusion de procédés permettant la fabrication d'engin de destruction (article 322-6-1 du Code pénal). Pour les députés à l'initiative de l'amendement, « compte tenu de la gravité des faits considérés, il [n'apparaissait] pas injustifié d'appliquer à leur[s] auteur[s] les obligations ou interdictions du suivi socio-judiciaire »<sup>114</sup>.

**63.** - Par la suite, d'abord avec la loi du 5 mars 2007, puis avec la loi du 09 juillet 2010<sup>115</sup>, le législateur a étendu le champ d'application du suivi socio-judiciaire et de l'injonction de soins aux infractions de violences « commise soit par le conjoint ou le concubin de la victime ou par son partenaire lié à celle-ci par un pacte civil de solidarité, ou par son ancien conjoint, son ancien concubin ou l'ancien partenaire lié à elle par un pacte civil de solidarité, soit, sur un mineur de

---

<sup>109</sup> Loi n° 2021-478 du 21 avril 2021 visant à protéger les mineurs des crimes et délits sexuels et de l'inceste.

<sup>110</sup> à savoir, l'incitation à commettre tout acte de nature sexuelle réalisée par un majeur à destination d'un mineur, le délit d'extorsion d'images pédopornographiques, le viol et l'agression sexuelle sur mineur de moins de 15 ans lorsque la différence d'âge entre le majeur et le mineur est d'au moins 5 ans, le viol et l'agression sexuelle incestueux sur mineur.

<sup>111</sup> Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales.

<sup>112</sup> C. pén., art. 221-9-1.

<sup>113</sup> C. pén., art. 224-10.

<sup>114</sup> F. Zocchetto, Rapport n°30 sur la proposition de loi, adoptée avec modifications par l'Assemblée Nationale en deuxième lecture, relative au traitement de la récidive des infractions pénales, Sénat, 2005.

<sup>115</sup> Loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants.

quinze ans, par un ascendant légitime, naturel ou adoptif, ou par toute autre personne ayant autorité sur la victime »<sup>116</sup>, et à l'infraction de menaces par conjoint, concubin ou partenaire pacsé. Selon la doctrine, aujourd'hui « il n'est presque plus de population pénale dans le domaine des atteintes aux personnes qui ne soit passible [du suivi socio-judiciaire] »<sup>117</sup>, et donc par extension de l'injonction de soins.

**64.** - Enfin, les lois n° 2014-1353 du 13 novembre 2014<sup>118</sup> et n° 2016-731 du 3 juin 2016<sup>119</sup> permettent le prononcé d'un suivi socio-judiciaire et d'une injonction de soins pour les auteurs de l'infraction de fabrication, transport, diffusion ou commerce de messages incitant au terrorisme, des infractions en matière de trafic d'armes, et de toute les infractions des articles 421-1 à 421-6 du Code pénal, à savoir les actes de terrorisme. Depuis la loi n° 2020-1023 du 10 août 2020<sup>120</sup>, le Code pénal prévoit le prononcé du suivi socio-judiciaire « par défaut » à l'encontre des auteurs d'infractions terroristes<sup>121</sup>. La peine ne peut être écartée que sur « décision spécialement motivée » du juge, « en considération des circonstances de l'infraction et de la personnalité de son auteur ».

**65.** - On peut s'interroger sur la pertinence de cette extension de l'injonction de soins, qui, d'une mesure de soins destinée uniquement aux auteurs d'infractions sexuelles, s'est généralisée et recouvre aujourd'hui un champ d'application de plus en plus proche de celui de l'obligation de soins, tant au regard du cadre dans lequel la mesure de soins peut être prononcée, que de la population pénale qu'elle touche, alors que cette mesure nécessite pour sa mise en oeuvre un déploiement de moyens humains et nécessairement financiers bien plus important. Néanmoins, on constate que, malgré les multiples extensions, en pratique, le prononcé de cette mesure reste cantonné à son cadre traditionnel : le suivi socio-judiciaire, et les infractions à caractère sexuel.

---

<sup>116</sup> C. pén., art. 222-48-1.

<sup>117</sup> C.-O. Doron, « La volonté de soigner. D'un singulier désir de soin dans les politiques pénales », Lazare Benaroyo éd., *La philosophie du soin. Éthique, médecine et société*. Presses Universitaires de France, 2010, p. 283-300.

<sup>118</sup> Loi n° 2014-1353 du 13 novembre 2014 renforçant les dispositions relatives à la lutte contre le terrorisme.

<sup>119</sup> Loi n° 2016-731 du 3 juin 2016 renforçant la lutte contre le crime organisé, le terrorisme et leur financement, et améliorant l'efficacité et les garanties de la procédure pénale.

<sup>120</sup> Loi n° 2020-1023 du 10 août 2020 instaurant des mesures de sûreté à l'encontre des auteurs d'infractions terroristes à l'issue de leur peine.

<sup>121</sup> C. pén., art. 421-8.

## §2 En pratique : une extension suivie d'effets ?

66. - Malgré une extension importante du champ d'application des soins pénalement ordonnés, en pratique, il semble que les mesures de soins soient le plus souvent prononcées dans les cadres et pour les populations pénales pour lesquels elles avaient été initialement pensées.

67. - Ainsi, à titre d'exemple, en ce qui concerne l'injonction de soins, un projet de recherche mené par l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP) et la Fédération française des CRIAVS (FFCRIAVS) sur 1 900 adultes sous injonction de soins au 15 avril 2017<sup>122</sup> révèle que parmi les personnes composant l'échantillon, « 90% ont été soumises à une injonction de soins à la suite d'une infraction à caractère sexuel ». Pour 37%, la mesure de soins pénalement ordonnés était prononcée à la suite d'une condamnation pour viol, et pour 38% des cas, suite à une condamnation pour agression sexuelle. 8% étaient soumis à cette injonction de soins suite à la commission de l'infraction de fixation, enregistrement, transmission, diffusion, exportation, ou consultation habituelle d'images pédopornographiques. L'étude souligne que « les violences aux personnes autres que sexuelles ne représentent que 7 % (dont 3 % à la suite d'un homicide) des infractions à l'origine d'une [injonction de soins]. Le prononcé d'une peine ou d'une mesure emportant une [injonction de soins] à la suite d'une atteinte aux biens est marginal : cela concerne 1,8 % des personnes composant l'échantillon »<sup>123</sup>.

68. - En élargissant quelque peu la réflexion aux mesures qui permettent le prononcé des soins, on constate le même phénomène : le développement des soins pénalement ordonnés à toutes les étapes de la procédure pénale ne semble en réalité qu'apparent. En matière d'injonction de soins, le constat est le même que celui fait au sujet de la population pénale concernée : malgré le fait que cette mesure de soins soit accessible au titre des aménagements de peine et des mesures de sûreté, dans l'étude de l'ONDRP, dans la quasi-totalité des cas, en l'espèce 96%, l'injonction de soins à laquelle ont été soumises les personnes composant l'échantillon a été prononcée dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire. Ces chiffres datent néanmoins de 2017 ; on peut dès lors se demander si l'ajout de l'injonction de soins au 22° de l'article 132-45 du Code pénal au titre des obligations particulières pouvant être ordonnées dans le cadre d'un sursis probatoire en 2019 ne va pas avoir

---

<sup>122</sup> A. Langlade et al., « État des lieux d'un dispositif de soins pénalement ordonnés : l'injonction de soins », Grand Angle n°49, novembre 2018.

<sup>123</sup> *Ibid.*

pour effet de diversifier, cette fois en pratique, les cadres dans lesquelles la mesure de soins sera prononcée.

**69.** - En parallèle, en ce qui concerne les autres mesures de soins, l'obligation de soins et l'injonction thérapeutique, la doctrine constate que les informations disponibles sur la fréquence de ces mesures de soins sont très rares, encore plus en ce qui concerne le profil des concernés, et les infractions qui ont justifié le prononcé de la mesure. En ce qui concerne le contexte dans lequel s'inscrivent les soins, Virginie Gautron affirme que, malgré le fait que des lois successives aient permis le prononcé d'une injonction thérapeutique à toutes les étapes de la procédure pénale, « seules 5% environ des injonctions thérapeutiques sont prononcées par les juridictions de jugement »<sup>124</sup>. En 2010, la magistrate Martine Lebrun affirmait que « dans 95,5 % des cas, l'autorité judiciaire qui prononce cette injonction est le procureur de la République »<sup>125</sup>, dans le cadre des alternatives aux poursuites.

**70.** - Ainsi, si le législateur a favorisé le recours aux soins en matière pénale en injectant des mesures de soins pénalement ordonnés à toutes les étapes de la procédure pénale et en élargissant leur champ d'application du point de vue des infractions pouvant justifier leur prononcé, il a également, pour certaines mesures, systématisé leur prononcé.

## **Titre 2 : La systématisation du recours aux soins pénalement ordonnés**

**71.** - La systématisation du recours aux soins pénalement ordonnés concerne essentiellement, là encore, les mesures de soins les plus récemment créées, à savoir l'injonction thérapeutique, et l'injonction de soins. Dans le premier cas, la systématisation se manifeste par une incitation de la part du Gouvernement vers les parquets et les juridictions de jugement à prononcer des injonctions thérapeutiques. Cette incitation se traduit notamment par de nombreuses circulaires successives qui rappellent l'opportunité du dispositif d'injonction thérapeutique dans le traitement des personnes faisant usage de stupéfiants ou un usage excessif et habituel d'alcool. Mais l'incitation n'est pas aussi ferme qu'en matière d'injonction de soins, le législateur étant intervenu par la loi du 10 août 2007 pour systématiser le prononcé des soins dans certains cadres (Chapitre 1). Néanmoins, cette systématisation est largement critiquée par l'ensemble des acteurs intervenants dans la mise en oeuvre des soins en milieu ouvert (Chapitre 2).

---

<sup>124</sup> V. Gautron, « Les mesures de sûreté et la question de la dangerosité : la place des soins pénalement ordonnés », *op. cit.*

<sup>125</sup> M. Lebrun, *op. cit.*

## **Chapitre 1 : La systématisation de l'injonction de soins par la loi du 10 août 2007**

72. - Le prononcé de l'injonction de soins, qui était à l'origine une simple faculté pour le juge, s'est transformé en une « quasi-obligation » avec la loi du 10 août 2007 (Section 1). La réforme, contestée devant le Conseil Constitutionnel, a néanmoins été jugée conforme à la Constitution (Section 2).

### **Section 1 : D'une faculté à une obligation**

73. - En matière d'injonctions de soins, jusqu'à la loi du 10 août 2007, les juges appréciaient librement l'opportunité de prononcer ou non une injonction de soins, quel que soit le cadre dans lequel intervenait cette mesure de soins (§1). Néanmoins, il semble que, depuis cette loi, le prononcé des soins réponde à une forme d'automatisme (§2).

#### **§1 Avant la loi du 10 août 2007 : une faculté pour le juge**

74. - Avant la loi du 10 août 2007, le prononcé d'une injonction de soins répondait à une libre appréciation de leur opportunité par l'autorité judiciaire, appréciation toutefois étayée par une expertise médicale préalable, et ce en conformité avec le principe de nécessité de la peine, reconnu par l'article 8 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, et le principe d'individualisation, reconnu par le Conseil Constitutionnel par une décision du 22 juillet 2005<sup>126</sup>.

75. - La faculté pour le juge d'apprécier l'opportunité de soins se retrouve en matière d'obligation de soins et d'injonction thérapeutique ; dans les deux cas, une analyse textuelle des dispositions révèle l'utilisation du verbe « pouvoir » de façon systématique : le procureur de la République, le juge d'instruction comme la juridiction de jugement « peuvent » prononcer une injonction thérapeutique ou une obligation de soins. Aucune procédure, aucune sanction ne prévoit le cas échéant que les soins accompagnent de façon systématique, sauf décision contraire du magistrat, une mesure de contrôle judiciaire, une peine, une mesure de sûreté ...

76. - Ainsi, à l'instar des dispositions relatives à l'injonction thérapeutique et l'obligation de soins, en matière de suivi socio-judiciaire, l'article 131-36-4 du Code pénal prévoyait, avant la loi du 10 août 2007, que « le suivi socio-judiciaire peut comprendre une injonction de soins », injonction qui « peut être prononcée par la juridiction de jugement, s'il est établi après une expertise médicale, ordonnée dans les conditions prévues par le code de procédure pénale, que la personne

---

<sup>126</sup> Cons. const., Décision n° 2005-520 DC du 22 juillet 2005.

poursuivie est susceptible de faire l'objet d'un traitement ». Dans le cas où la personne avait été condamnée à un suivi socio-judiciaire sans qu'une injonction de soins ait été par ailleurs prononcée, l'article 763-3 alinéa 3 du Code de procédure pénale prévoyait que le juge de l'application des peines pouvait également prononcer une injonction de soins.

77. - Dans le même sens, en matière de surveillance judiciaire, l'article 723-30 du Code pénal prévoit avant la réforme que la surveillance judiciaire « peut » comporter l'obligation prévue par l'article 131-36-4 du Code pénal, à savoir l'injonction de soins.

## **§2 Depuis la loi du 10 août 2007 : une obligation ?**

78. - Avec la loi du 10 août 2007, le législateur souhaite systématiser le prononcé de cette mesures de soins. En conséquence, par une inversion du principe et de l'exception, il rend obligatoire le fait pour le juge de l'application des peines d'envisager le prononcé d'une injonction de soins dans certaine situations (A). Il parachève par ailleurs cette systématisation des soins en diminuant le pouvoir d'appréciation du juge de l'application des peines dans les situations où des soins qu'il aurait proposés à des détenus ne seraient pas suivis (B).

### **A/ L'obligation d'envisager le prononcé d'une injonction de soins**

79. - Depuis la loi du 10 août 2007, le législateur inverse la logique en ce qui concerne le prononcé de l'injonction de soins, et plus encore, systématisé le recours aux soins, et ce même en détention. Un rapport déposé par le sénateur François Zocchetto sur le projet de loi n°333 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs déposé au le Sénat le 3 juillet 2007 fait état de la volonté du législateur de rendre obligatoire l'injonction de soins en matière de suivi socio-judiciaire et de surveillance judiciaire ; le sénateur écrit que le projet de loi « propose de systématiser l'injonction de soins tant au stade de la condamnation que de l'application de la peine », et « vise à rendre l'injonction de soins obligatoire dans le cadre du suivi socio-judiciaire »<sup>127</sup>. Ainsi, au stade de la condamnation, « dès lors que la juridiction de jugement prononce un suivi socio-judiciaire, elle devrait aussi ordonner une injonction de soins »<sup>128</sup>, et au stade de l'application des peines, « si la personne condamnée au suivi socio-judiciaire n'a pas été soumise à une injonction de soins, le juge de l'application serait tenu d'ordonner, avant sa libération, une expertise médicale et si

---

<sup>127</sup> F. Zocchetto, Rapport n°358 sur le projet de loi renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs, Sénat, 2007.

<sup>128</sup> *Ibid.*



cette expertise conclut à la possibilité d'un traitement, de décider une injonction de soins »<sup>129</sup>, étant précisé que le juge aurait toujours la possibilité, par une décision contraire, d'écarter l'injonction de soins. La loi, qui, on l'a vu, étendait ce dispositif de soins au sursis probatoire (autrefois « avec mise à l'épreuve ») pour les auteurs d'infractions pour lesquels le suivi socio-judiciaire est encouru, avait aussi systématisé son prononcé dans ce cadre. Dès lors, depuis cette loi, l'article 131-36-4 du Code pénal nouvellement rédigé prévoit que « sauf décision contraire de la juridiction, la personne condamnée à un suivi socio-judiciaire est soumise à une injonction de soins ».

**80.** - Par ailleurs, afin de contourner le principe de non rétroactivité *in pejus*, le même automatisme est prévu à la libération d'une personne condamnée à un suivi socio-judiciaire sans qu'une injonction de soins ait été prononcée à l'origine<sup>130</sup>. A ce titre, l'article 763-3 alinéa 3 prévoit depuis la loi du 10 août 2007 que dans le cas où « la personne condamnée à un suivi socio-judiciaire n'a pas été soumise à une injonction de soins, le juge de l'application des peines ordonne en vue de sa libération une expertise médicale afin de déterminer si elle est susceptible de faire l'objet d'un traitement. S'il est établi à la suite de cette expertise la possibilité d'un traitement, la personne condamnée est soumise à une injonction de soins, sauf décision contraire du juge de l'application des peines ».

**81.** - Le rapport précédemment évoqué précisait par ailleurs que la loi avait également pour objet de « rendre obligatoire l'injonction de soins dans le cadre de la surveillance judiciaire ». Le législateur a ainsi ajouté un second alinéa à l'article 723-30 du Code de procédure pénale prévoyant, là encore, que, « sauf décision contraire du juge de l'application des peines, le condamné placé sous surveillance judiciaire est soumis à une injonction de soins ».

**82.** - Selon Anne-Gaëlle Robert, « la loi procède donc à une inversion du principe et de l'exception, la liberté d'appréciation du juge quant au prononcé de l'injonction de soins devenant désormais une limite au caractère obligatoire de la mesure »<sup>131</sup>.

---

<sup>129</sup> *Ibid.*

<sup>130</sup> P. Poncela, « Finir sa peine : libre ou suivi ? », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, n° 4, 2007, p. 883-894.

<sup>131</sup> E. Vergès, C. Ribeyre, A.-G. Robert, « Chronique législative », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, n°4, 2007, p. 853-874.

## **B/ La perte du pouvoir d'appréciation de l'opportunité de l'aménagement de la peine**

**83.** - Si notre étude se limite aux soins pénalement ordonnés, un parallèle avec les soins en détention — qui sont souvent proposés par le juge de l'application des peines aux détenus qui auront, à la suite de leur détention, à suivre des soins en milieu ouvert — semble pertinent, en ce que ces derniers sont favorisés par le législateur et utilisés comme un préalable aux soins en milieu ouvert. Ici, la loi du 10 août 2007, qui modifie les dispositions en matière de libération conditionnelle et de crédits de réduction de peine (dans leur régime préalable à la refonte du dispositif par la loi du 24 décembre 2021), systématise là encore le recours aux soins, cette fois en détention, en incitant très fermement les détenus aux soins et restreignant la marge de manoeuvre des juges.

**84.** - La loi de 2007 ne modifie pas l'article 717 du Code de procédure pénale qui prévoit la faculté pour le juge de l'application des peines de proposer, à tout condamné à une peine privative de liberté pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru, de suivre un traitement pendant la durée de sa détention. Cela reste donc une faculté : le juge n'est pas contraint de proposer les soins. Toutefois, une fois les soins proposés, si le condamné ne s'y plie pas, le juge de l'application des peines perd de sa liberté dans l'octroi d'aménagements de peine.

**85.** - En ce qui concerne les réductions supplémentaires de peine, l'article 721-1 prévoyait déjà avant la réforme que les personnes condamnées pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru qui refusaient de suivre le traitement qui leur était proposé pendant leur incarcération, n'étaient pas considérées comme manifestant des « efforts sérieux de réadaptation sociale », efforts conditionnant l'octroi de ces crédits. La réforme franchit un nouveau pas et amoindrit la liberté du juge en prévoyant que, dans le cas où la personne refuse de suivre pendant son incarcération le traitement proposé par le juge de l'application des peines, sauf décision contraire, aucune réduction supplémentaire de peine ne peut lui être accordée.

**86.** - En ce qui concerne la libération conditionnelle, depuis la loi du 10 août 2007, dès lors qu'une proposition de soins a été formulée par le juge de l'application des peines, une libération conditionnelle ne peut être accordée au condamné si il refuse pendant son incarcération de suivre ledit traitement<sup>132</sup>. « Il en est de même lorsque le juge de l'application des peines est informé

---

<sup>132</sup> C. pr. pén., art. 729.

[...] que le condamné ne suit pas de façon régulière le traitement qu'il lui a proposé »<sup>133</sup>, ou lorsqu'il ne s'engage pas à suivre, après sa libération, un traitement dans le cadre d'une injonction de soins. Auparavant, il ne s'agissait que d'une simple faculté : le juge pouvait, tout au contraire, « accorder le bénéfice de la libération conditionnelle en dépit du refus de soins »<sup>134</sup>. En effet, comme le souligne le Professeur Jacques-Henri Robert, « cette fois, le législateur a oublié de réserver « la décision contraire du juge de l'application des peines », [...] omission très fâcheuse », en ce qu'elle peut avoir pour effet de « dissuader les magistrats de proposer un traitement en prison de peur, ensuite, de ne plus pouvoir libérer l'intéressé qui l'aura refusé »<sup>135</sup>.

## **Section 2 : La contestation de la réforme devant le Conseil Constitutionnel**

**87.** - La modification de la loi a néanmoins été contestée devant le Conseil Constitutionnel. Les députés et sénateurs contestaient en effet le caractère automatique de l'injonction de soins (§1). Toutefois, les membres du Conseil Constitutionnel ont écarté la contestation, le prononcé de l'injonction de soins résultant selon eux d'« une décision juridictionnelle qui ne revêt aucun caractère d'automatisme » (§2).

### **§1 La contestation de l'« automatisme » de la peine**

**88.** - Les peines automatiques sont « attachées de plein droit à certaines condamnations pénales sans que le juge ait à les prononcer »<sup>136</sup>. Supprimées par le législateur à l'occasion de la réforme du Code pénal de 1992, les peines automatiques sont par ailleurs censurées par le Conseil Constitutionnel de manière constante, d'abord dans le cadre du contrôle a priori<sup>137</sup>, puis dans le cadre de la question prioritaire de proportionnalité<sup>138</sup>. Le Conseil Constitutionnel affirme ainsi régulièrement que le principe d'individualisation des peines, qui découle de l'article 8 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789, « implique qu'une sanction pénale ne

---

<sup>133</sup> *Ibid.*

<sup>134</sup> E. Vergès, C. Ribeyre, A.-G. Robert, *op. cit.*

<sup>135</sup> J.-H. Robert, « Le plancher et le thérapeute Commentaire de la loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs », *Revue Droit pénal*, LexisNexis, 2007, n°10, étude n°20.

<sup>136</sup> A. Cappello, Question prioritaire de constitutionnalité, Y. Mayaud (dir.), Répertoire de droit pénal et de procédure pénale, Dalloz, 2021.

<sup>137</sup> Voir dans ce sens Cons. const. 13 août 1993, n° 93-325 DC, Cons. const. 30 déc. 1997, n°97-395 DC, Cons. const. 27 juill. 2000, n° 2000-433 DC.

<sup>138</sup> Cons. const. 11 juin 2010, n°2010-6/7 QPC.

puisse être appliquée que si le juge l'a expressément prononcée, en tenant compte des circonstances propres à chaque espèce »<sup>139</sup>.

**89.** - Dès lors, à la lecture des textes réformés, la doctrine s'est interrogée sur le pouvoir d'appréciation laissé au juge de l'application des peines et son rôle dans le prononcé de l'injonction de soins : La mesure n'a-t-elle plus besoin d'être prononcée par le juge ? « Serait-elle ipso facto attachée à la mesure d'exécution de la peine retenue ? »<sup>140</sup>.

**90.** - Comme le soulève la Professeure Evelyne Bonis-Garçon, « la curiosité de ce nouveau mécanisme n'a pas échappé aux députés et sénateurs qui ont saisi sur ce point le Conseil constitutionnel »<sup>141</sup>. Les requérants considéraient que ces nouvelles dispositions n'étaient pas conformes aux principes de nécessité et d'individualisation de la peine, à l'article 64 de la Constitution relatif à l'indépendance des magistrats du siège, et à l'article 66 de la Constitution, consacrant le principe selon lequel l'autorité judiciaire est gardienne des libertés individuelles.

**91.** - Les députés et sénateurs soulevaient qu'un tel mécanisme d'automatisme révélait « une logique de défiance à l'égard du pouvoir de l'Autorité judiciaire ». Selon eux, avec le nouveau dispositif, en matière de libération conditionnelle, « la juridiction de l'application des peines perd toute liberté d'appréciation [...]. Ces décisions sont pourtant de nature juridictionnelle : elles doivent prendre en compte le comportement global du condamné en fonction des ses capacités et des moyens qui lui sont donnés pour évoluer. L'automatisme de ce « non octroi » peut être considéré comme une nouvelle « sanction automatique ». Dans ces conditions, le suivi socio-judiciaire, [est] vidé de tout sens d'assistance et devient un levier de contrôle et de contrainte [...]. Ces dispositions, par leur automatisme, portent également atteinte au principe constitutionnel d'individualisation des peines qui s'impose dans toute la chaîne de la sanction : du prononcé de celle-ci à son exécution »<sup>142</sup>.

---

<sup>139</sup> Pour un exemple récent, voir Cons. const. 26 oct. 2018, n° 2018-742 QPC.

<sup>140</sup> E. Bonis Garçon, « Entre confiance et défiance à l'égard du juge pénal. Loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 », *La Semaine Juridique Edition Générale*, LexisNexis, n° 42, 2007, doct. 196.

<sup>141</sup> *Ibid.*

<sup>142</sup> Saisine du Conseil constitutionnel par plus de 60 députés et 60 sénateurs, en application de l'article 61 alinéa 2 de la Constitution, 31 juillet 2007.

## §2 « Une décision juridictionnelle qui ne revêt aucun caractère d'automatisme »<sup>143</sup>

92. - Par une décision rendue le 9 août 2007, le Conseil Constitutionnel déclare l'ensemble de ce nouveau dispositif conforme à la Constitution.

93. - En ce qui concerne l'injonction de soins prononcée dans le cadre du suivi socio-judiciaire, du sursis avec mise à l'épreuve et de la surveillance judiciaire, le Conseil Constitutionnel relève que, d'une part, les personnes condamnées ne peuvent être soumises à une injonction de soins que s'il est établi, après une expertise médicale, « qu'elles sont susceptibles de faire l'objet d'un traitement », et que, d'autre part, « par les mots « sauf décision contraire », le législateur a expressément préservé la possibilité pour la juridiction ou le juge d'application des peines de ne pas prévoir cette injonction de soins ». Il souligne par ailleurs que les dispositions « qui privent les personnes incarcérées du bénéfice des réductions supplémentaires de peine réservent également la faculté d'une décision contraire du juge ou du tribunal de l'application des peines ». Dès lors, pour le Conseil Constitutionnel, « en réservant ainsi expressément la possibilité pour la juridiction ou pour le juge de l'application des peines de ne pas prévoir cette injonction, le législateur n'a méconnu ni les principes de nécessité et d'individualisation de la peine, ni les articles 64 et 66 de la Constitution »<sup>144</sup>. C'est donc ce double tempérament de la décision contraire et de l'expertise médicale préalable qui permet de garantir le respect des principes précédemment évoqués. Pour la doctrine, il aurait été ainsi logique que le Conseil Constitutionnel statue dans un sens contraire à propos des dispositions relatives au retrait du bénéfice de la libération conditionnelle pour les condamnés refusant les soins proposés pendant leur incarcération par le juge, puisque, dans une telle situation, la loi ne permet pas au juge de l'application des peines de statuer dans un sens contraire.

94. - Toutefois, le grief a été également rejeté par le Conseil constitutionnel, au motif, cette fois, que « le non-octroi de la libération conditionnelle résulte ici du refus du condamné d'accepter ce traitement au cours de son incarcération »<sup>145</sup>. Or, dès lors que le juge conserve sa faculté de proposer ou non le traitement au cours de l'incarcération du condamné, les nouvelles dispositions « font toujours intervenir une décision juridictionnelle qui ne revêt aucun caractère d'automatisme

---

<sup>143</sup> Cons. const. 9 août 2007, n° 2007-544 DC.

<sup>144</sup> E. Vergès, C. Ribeyre, A.-G. Robert, *op. cit.*

<sup>145</sup> *Ibid.*

»<sup>146</sup>. Ainsi, selon la Professeure Anne-Gaëlle Robert, « les principes de nécessité et d'individualisation des peines sont donc saufs, du moins en théorie ». La systématisation des soins n'en est toutefois pas moins réelle : selon la doctrine, la précision « sauf décision contraire de la juridiction » et l'exigence d'une expertise préalable ne permettent pas d'atténuer les conséquences de cette réforme, qui systématise l'injonction de soins. Pour la Professeure Pierrette Poncela, « dorénavant, sont soumises à une injonction de soins toutes les personnes condamnées à un [suivi socio-judiciaire], ou condamnées pour une infraction encourant un [suivi socio-judiciaire], ou placées sous surveillance judiciaire »<sup>147</sup>.

95. - Face à une telle systématisation des soins, universitaires et professionnels de la justice comme de la santé s'interrogent sur la pertinence d'un tel mouvement, qu'ils semblent largement critiquer.

## **Chapitre 2 : Une systématisation des soins pénalement ordonnés critiquée**

96. - Comment cette systématisation des soins est elle reçue, en pratique ? Soignants et professionnels de justice s'interrogent sur, d'une part, la réalité de cette systématisation et la compatibilité de l'inflation législative en ce sens avec les moyens financiers et humains mobilisés en pratique (Section 1). D'autre part, ce recours presque « compulsif » aux soins est désapprouvé par de nombreux soignants, qui dénoncent une instrumentalisation des soins et un dévoiement de la relation thérapeutique (Section 2).

### **Section 1 : Une politique d'affichage en pratique difficile à mettre en place**

97. - En pratique, la mise en oeuvre des soins pénalement ordonnés est variable d'une mesure de soins à l'autre (§1). Cette mise en oeuvre différenciée s'explique notamment par un manque de moyens à la fois humains et financiers, qui ne permet pas, dans certains territoires, voire à l'échelle nationale, de mettre en oeuvre ces soins de façon satisfaisante (§2).

#### **§1 Une mise en oeuvre différenciée des mesures de soins**

98. - La systématisation des soins semble, en pratique, d'une part relative, mais surtout fonction des territoires et des mesures de soins dont il est question. En effet, comme le souligne Virginie Gautron, malgré le fait que peu d'informations soient disponibles sur la fréquence des

---

<sup>146</sup> Cons. const. 9 août 2007, n° 2007-544 DC.

<sup>147</sup> P. Poncela, « Finir sa peine : libre ou suivi ? », *op. cit.*

soins « effectivement ordonnés » par les autorités judiciaires, « quelques évaluations démontrent une augmentation tendancielle, à l'exception des injonctions thérapeutiques »<sup>148</sup>.

**99.** - En premier lieu, en ce qui concerne l'obligation de soins, en l'absence de statistiques nationales régulières, quelques rares études sur l'exécution des mesures de soins en milieu ouvert révèlent que les obligations de soins sont très régulièrement prononcées à l'occasion de mesures probatoires, spécialement dans le cadre du sursis probatoire. Si cette mesure de soins est la moins promue par le gouvernement, au début des années 2000, une étude d'Antoinette Chauvenet et al. révélait que, à l'époque, parmi les quatorze obligations et interdictions prévues par l'article 132-45 en 1999, l'obligation de soins était la mesure la plus prononcée dans le cadre d'un sursis probatoire ; elle l'était dans 40% des suivis<sup>149</sup>. Ultérieurement, selon une étude sur le sursis avec mise à l'épreuve réalisée en 2017, dans trois cas sur quatre, la peine est assortie d'une obligation de soins, que le sursis avec mise à l'épreuve soit partiel ou total<sup>150</sup>. Malgré la fréquence du prononcé des soins, il semble que les magistrats insistent tout particulièrement sur certaines infractions ; L'obligations de soins dépasse en effet « les 95 % pour les conduites sous l'emprise de l'alcool ou de stupéfiants ou pour l'usage de stupéfiants, alors qu'elle ne concerne que 2 % des personnes condamnées à un [sursis avec mise à l'épreuve] pour non paiement d'une pension ou prestation alimentaire »<sup>151</sup>. Selon la doctrine, « malgré l'absence de statistiques récentes relatives à la proportion de peines de sursis probatoire assorties d'une obligation de soins », on peut toutefois présumer d'une « absence de changement majeur » dans la pratique des juridictions de jugement<sup>152</sup>.

**100.** - S'agissant des injonctions de soins, là encore, les études sur le dispositif sont rares, mais plus fréquentes et rigoureuses que pour les autres mesures de soins pénalement ordonnés. Selon un rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soins publié en 2011 par l'Inspection générale des Affaires sociales et Inspection générale des services judiciaires, en 2009, 66% des SSJ comprenaient une injonction de soins<sup>153</sup>. Si « 3 800 injonctions de soins étaient alors

---

<sup>148</sup> V. Gautron, « La médicalisation de la peine : un équilibre fragile entre aspiration thérapeutique et contrôle social », *op. cit.*

<sup>149</sup> A. Chauvenet et al., *Contraintes et possibles: les pratiques d'exécution des mesures en milieu ouvert*, Rapport de recherche, Paris, GIP Mission de Recherche Droit et Justice, 1999, cité par X. Lameyre, « Les soins pénalement ordonnés, une pratique limite », *op. cit.*

<sup>150</sup> P. Pirot et al., *Le sursis avec mise à l'épreuve en 2016*, Infostat Justice, 2017, n° 155, cité par E. Louan, *op. cit.*

<sup>151</sup> P. Pirot et al., *op. cit.*

<sup>152</sup> E. Louan, *op. cit.*

<sup>153</sup> Inspection générale des Affaires sociales et Inspection générale des services judiciaires, *Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soin*, 2011.

en cours d'exécution, un an plus tard, une autre estimation ministérielle faisait état de 5 400 injonctions de soins en cours »<sup>154</sup>.

**101.** - S'agissant enfin des injonctions thérapeutiques, le constat semble plus mitigé ; En effet, malgré de nombreuses relances par le biais de circulaires mettant en avant l'importance du recours aux injonctions thérapeutiques (en ce sens, une circulaire du 16 février 2012 indiquait que « l'injonction thérapeutique [...] doit être systématiquement envisagée lorsque les circonstances font apparaître que le mis en cause est toxicodépendant et nécessite des soins »<sup>155</sup>), et une répression accrue des infractions liées à l'usage de stupéfiants (de 2 000 interpellations pour usage de stupéfiants en 1971 à plus de 70 000 en 1998, et 180 000 en moyenne depuis 2016), le nombre d'injonctions thérapeutiques n'augmente pas depuis 2007, voire « tend même à diminuer depuis 2007 (8 630 en 1995, 10 062 en 2007, 9 385 en 2009, 8263 en 2010) »<sup>156</sup>. En 2007, les injonctions thérapeutiques représentaient 12 % des alternatives aux poursuites pour usage de stupéfiants, et plus que 6 % en 2014<sup>157</sup>. Les disparités régionales sont en outre importantes ; en 2009, seulement 45% des tribunaux de grande instance avaient recours à ce dispositif. Selon chiffres plus anciens, en 2002 en France métropolitaine, 27 % des tribunaux de grande instance n'avaient prononcé aucune injonction thérapeutique, et 49 % en avaient prononcé moins de trois. À l'inverse, 13 %, en avait prononcé plus de cent<sup>158</sup>. Comment expliquer ce hiatus avec les autres mesures de soins pénalement ordonnés ? Le faible recours aux injonctions thérapeutiques et les disparités territoriales dans leur prononcé s'expliquent notamment par l'« accélération du traitement procédural des affaires de petite et moyenne gravité »<sup>159</sup>, avec le traitement en temps réel au sein des parquets, ce qui crée des difficultés en terme de repérage des publics. L'évaluation préalable du profil des auteurs par le biais d'un examen médical ou d'une enquête sociale sont peu compatibles avec le traitement en temps réel, qui privilégie l'immédiateté de la réponse pénale, « et ne laissent donc pas aux magistrats du

---

<sup>154</sup> V. Gautron, « La médicalisation de la peine : un équilibre fragile entre aspiration thérapeutique et contrôle social », *op. cit.*

<sup>155</sup> Circulaire du 16 février 2012 relative à l'amélioration du traitement judiciaire de l'usage de produits stupéfiants, NOR : JUSD1204745C.

<sup>156</sup> G. Charbonnier et al., Rapport de la Mission d'évaluation de la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance, 2010, cité par V. Gautron, « La médicalisation de la peine : un équilibre fragile entre aspiration thérapeutique et contrôle social », *op. cit.*

<sup>157</sup> I. Obradovic, « Trente ans de réponse pénale à l'usage de stupéfiants », *Tendances*, n°103, OFDT, 2015.

<sup>158</sup> L. Simmat-Durand, « La mise en œuvre différenciée de l'injonction thérapeutique », *La Gazette du Palais – Doctrine*, 2002, p. 34-39.

<sup>159</sup> V. Gautron, « La médicalisation de la peine : un équilibre fragile entre aspiration thérapeutique et contrôle social », *op. cit.*



parquet le temps de vérifier la situation des personnes qu'ils ont à sanctionner »<sup>160</sup>. En parallèle, de nombreuses pratiques coexistent au sein des différents parquets : des parquetiers excluent du bénéfice de cette mesure les publics « marginalisés », de crainte que le traitement ne puisse être suivi avec rigueur, d'autres réservent le prononcé de l'injonction thérapeutique aux usagers de drogues dites « douces » (cannabis) en dépit de l'esprit de la loi<sup>161</sup>, quand certains refusent d'accorder plusieurs mesures de soins à un même usager de drogues, la consommation réitérée étant appréhendée non pas comme une rechute mais comme un délit en récidive.

## **§2 Une inflation législative contrebalancée par un manque récurrent de moyens**

**102.** - Si la pratique semble suivre les évolutions législatives en matière d'injonction de soins notamment, force est de constater que la mise en oeuvre des soins n'est pas chose aisée.

**103.** - L'une des difficultés principales réside dans le manque de moyens financiers et humains pour mettre en oeuvre efficacement ces mesures de soins, et spécialement concernant les médecins coordonnateurs et médecins relais. En effet, le dispositif d'injonction de soins nécessite que soit désigné un médecin coordonnateur et ce à partir d'une liste de psychiatres ou médecins ayant suivi une formation appropriée<sup>162</sup>. Un système similaire est prévu en ce qui concerne le médecin relais.

**104.** - Un rapport d'information de l'Assemblée Nationale sur la mise en application de la loi du 10 août 2007 dénonçait déjà le nombre insuffisant de médecins coordonnateurs<sup>163</sup>. Un rapport ultérieur du Sénat en 2012 « dresse un constat alarmant sur l'insuffisance des médecins coordonnateurs nécessaires à la mise en place des injonctions de soins et souligne encore, comme pour les expertises pénales, l'inadéquation entre une législation inflationniste et la réalité des moyens »<sup>164</sup>. Le même constat est dressé en ce qui concerne les médecins relais dans le cadre de l'injonction thérapeutique. En effet, la systématisation des soins pénalement ordonnés « asphyxie un

---

<sup>160</sup> *Ibid.*

<sup>161</sup> M. Setbon, L'injonction thérapeutique. Évaluation du dispositif légal de prise en charge sanitaire des usagers de drogues interpellés, Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives, étude n°21, 2000.

<sup>162</sup> C. de la santé publique, art. L. 3711-1.

<sup>163</sup> G. Geoffroy, C. Caresche, Rapport d'information n° 1310 sur la mise en application de la loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs, Assemblée Nationale, 2008.

<sup>164</sup> N. Borvo Cohen-Seat, Rapport n°302 sur le projet de loi adopté par l'Assemblée Nationale après engagement de la procédure accélérée, de programmation relatif à l'exécution des peines, Sénat, 2012.

système sanitaire déjà submergé »<sup>165</sup>. La France manque de praticiens, qu'ils soient médecins relais, coordinateurs, traitants, ou encore experts. En effet, Vincent Lamanda, premier président de la Cour de cassation, écrit, dans un rapport sur le risque de récidive des « condamnés dangereux » en 2008 qu'« on peut raisonnablement estimer que les injonctions de soins ne peuvent être mises en place, de façon satisfaisante, dans plus de la moitié des juridictions »<sup>166</sup>, faute de professionnels qualifiés. Un rapport d'information de l'Assemblée Nationale de 2009 révélait un nombre très faible de médecins coordonnateurs sur le territoire (237), ces derniers étant très inégalement répartis<sup>167</sup> : 17 départements en étaient dépourvus en 2009. La loi de programmation de 2012 évaluait ainsi à 1 750 le nombre d'injonction de soins non exécutées, « soit plus de 30 % des mesures alors en cours »<sup>168</sup>.

**105.** - Au delà des pénuries de médecins volontaires, certains praticiens soulèvent de lourds défauts organisationnels. À ce sujet, le Docteur Bouyssi, psychiatre, expert et médecin coordonnateur depuis 2006, affirmait lors d'un entretien réalisé dans le cadre de ce mémoire qu'« il y a un défaut d'organisation en matière d'injonction de soins. J'ai été médecin coordonnateur pendant plusieurs années en province. Je déménage et j'arrive en 2012 à Créteil. Dans la semaine où je suis arrivée, j'ai rencontré la procureure de la République du tribunal pour me présenter et je lui ai dit que j'étais médecin coordonnateur en province et que je voulais reprendre cette activité. Il a fallu 4 ans pour m'inscrire. L'information se perd, il n'y a pas de démarches réelles pour saisir la balle au bond quand les gens se proposent. J'ai rencontré un collègue de Toulouse dans le cadre d'une formation sur la délinquance sexuelle qui était dans la même situation que moi, et qui n'arrivait pas à s'inscrire sur la liste des médecins coordonnateurs auprès d'un autre tribunal »<sup>169</sup>. Elle évoque par ailleurs un parcours du combattant une fois inscrite sur les listes ; « Une fois inscrite, je n'étais pas désignée. Un an après l'inscription, en 2016, alors que j'étais au téléphone avec un juge de l'application des peines dans le cadre de mes activités d'expertise, je profite de

---

<sup>165</sup> V. Gautron, « La médicalisation de la peine : un équilibre fragile entre aspiration thérapeutique et contrôle social », *op. cit.*

<sup>166</sup> V. Lamanda, Rapport : Amoindrir les risques de récidive criminelle des condamnés dangereux, 2008, cité par M. Lebrun, « Témoignage à propos des soins pénalement ordonnés », *op. cit.*

<sup>167</sup> E. Blanc, Rapport d'information n° 1811 sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes majeures placées sous main de justice, Assemblée Nationale, 2009.

<sup>168</sup> V. Gautron, « La médicalisation de la peine : un équilibre fragile entre aspiration thérapeutique et contrôle social », *op. cit.*

<sup>169</sup> M. Bouyssi, propos recueillis lors d'un entretien non retranscrit réalisé le lundi 6 juin 2021.

cette conversation téléphonique pour lui faire part de cette difficulté et ce dernier m'informe qu'il n'avait pas été destinataire de la liste actualisée des médecins coordonnateurs »<sup>170</sup>.

**106.** - En parallèle, certains départements souffrent d'une pénurie de médecins traitant, notamment en addictologie, de sorte que certains condamnés ne parviennent pas à trouver de thérapeute. Les centres médico-psychologiques (CMP) et ceux spécialisés dans l'accompagnement des personnes souffrant d'addictions, comme les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ne peuvent parfois proposer des prises en charge « dans un délai inférieur à six mois »<sup>171</sup>. Comme le soulève Virginie Gautron, « si le manque de moyens et l'afflux de patients constituent la principale justification [des difficultés de prise en charge], d'autres motivations plus souterraines expliquent vraisemblablement ce qui s'apparente à des pratiques discriminatoires »<sup>172</sup>. En effet, certains CMP refusent de prendre en charge des publics estampillés « justice », spécialement les auteurs d'infractions à caractère sexuel, en raison notamment de la contrainte exercée sur eux et du déni des faits, qui, pour certaines soignants, seraient des obstacles à tout investissement dans un travail thérapeutique. À l'origine de cette réticence, certains mettent en avant le manque de formation des professionnels de santé<sup>173</sup>, qui, en l'absence de spécialisation, ne s'estiment pas compétents, et un manque de connaissances sur les soins pénalement ordonnés. La formation des équipes de soins reste un problème de fond, bien qu'ait été créés dans le champ des infractions à caractère sexuel des Centres ressource pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (CRIAVS) dans chaque région sanitaire<sup>174</sup>. Créés par une circulaire du 13 avril 2006<sup>175</sup>, ces structures ont pour objet notamment d'« assurer la formation des professionnels prenant en charge les auteurs et leur offrir un appui en termes de connaissances et de bonnes pratiques »<sup>176</sup>. Le CRIAVS Île-de-France propose par exemple des formations sur les soins

---

<sup>170</sup> *Ibid.*

<sup>171</sup> V. Gautron, « La médicalisation de la peine : un équilibre fragile entre aspiration thérapeutique et contrôle social », *op. cit.*

<sup>172</sup> *Ibid.*

<sup>173</sup> E. Guillon, « L'injonction de soins, entre santé et justice », *La gazette des communes*, [En ligne], Club Santé Social, Actualité santé social, A la une Santé social, 2014, consulté le 17 avril 2022. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.lagazettedescommunes.com/736454/linjonction-de-soins-entre-sante-et-justice/>.

<sup>174</sup> J. Senon, « Un bilan en demi-teinte de l'interface santé justice », *AJ Pénal*, Dalloz, n°3, 2009, p. 64-68.

<sup>175</sup> Circulaire N° DHOS/DGS/O2/6C/2006/168 du 13 avril 2006 relative à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles et à la création de centres de ressources interrégionaux.

<sup>176</sup> M. Mercier, M. Meunier et D. Vérien, Rapport d'information n°529 sur les politiques publiques de prévention, de détection, d'organisation des signalements et de répression des infractions sexuelles susceptibles d'être commises par des personnes en contact avec des mineurs dans le cadre de l'exercice de leur métier ou de leurs fonctions, Sénat, 2019.

pénalement ordonnés, sur les violences sexuelles à l'adolescence, les violences sexuelles intra-familiales ... L'importance du rôle des CRIAVS a été rappelée dans un rapport d'information du Sénat de 2019 sur les politiques publiques de prévention, de détection, d'organisation des signalements et de répression des infractions sexuelles. Encore faut-il néanmoins que les praticiens en connaissent l'existence et souhaitent se former.

**107.** - En parallèle de ces critiques quant à la faisabilité pratique de cette systématisation des soins, d'autres dénoncent une instrumentalisation de la démarche thérapeutique, les soins étant dévoyés de leur but originel de traitement d'une éventuelle pathologie afin de servir des objectifs sécuritaires de protection de la société.

## **Section 2 : La dénonciation d'une instrumentalisation des soins**

**108.** - Dès leurs création, les soins ont été pensés et présentés, de manière plus ou moins explicite selon la mesure, comme des instruments efficaces de lutte contre la récidive. Le postulat était le suivant : en soignant les pathologies psychiatriques et les addictions des délinquants, ces affections étant présumées comme des facteurs favorisant les passages à l'acte impulsifs ou violents, les délinquants seraient dès lors moins enclins à réitérer leurs comportements déviants. Cette perception « utilitariste » des soins est décriée par certains acteurs sanitaires comme judiciaires, qui questionnent d'une part l'efficacité des soins dans la lutte contre la récidive et d'autre part l'« absolutisme » avec lequel le législateur recourt aux soins, au dépit d'une prise en charge pluri-factorielle (§1). En parallèle, avec l'allongement de la durée des soins, qui peuvent aujourd'hui accompagner des mesures de sûreté comme la surveillance judiciaire, soignants et professionnels de la justice s'interrogent sur un réel dévoiement des mesures de soins et une instrumentalisation de la démarche sanitaire, nouvelle forme de surveillance sociale en milieu libre (§2).

### **§1 Les soins comme (seul) outil de lutte contre la récidive**

**109.** - Dans un ouvrage collectif publié en 2010, *La philosophie du soin*, le chercheur Claude-Olivier Doron retranscrit par écrit une discussion entre un détenu et l'ancienne Garde des Sceaux Rachida Dati, discussion révélatrice de l'obsession politique pour le soin comme clé de voûte de la lutte contre la récidive.

« La scène se déroule à Melun, avant le vote de la loi instituant la rétention de sûreté. Elle a lieu dans un établissement pénitentiaire, devant les caméras de télévision, lors d'une visite de la ministre de la Justice.

Celle-ci échange quelques mots avec un détenu condamné pour viol. Elle lui demande pourquoi « [il] refus[e] de se soigner ». Il répond : « Mais je suis normal, je n'ai pas besoin de me soigner ! » Trois fois de suite, la ministre insiste : « Pourquoi ne voulez-vous pas vous soigner ? ». À la fin, son refus est censé faire la preuve de sa dangerosité ; le sujet est dangereux au moins autant parce qu'il présente une « forte probabilité de récidive » que parce qu'il refuse de se soigner ou, plutôt, son refus de soins est l'un des éléments les plus nets témoignant de cette « forte probabilité de récidive ». Et la ministre de conclure : « Ce type de détenus, on les obligera à se soigner. Ils ne sortiront pas s'ils ne se soignent pas ». L'insistance de la ministre ne tient pas ici de l'accident. Depuis 1996, le problème de l'imposition des soins en carcéral et en post-carcéral est devenu le leitmotiv des réformes des politiques pénales visant la récidive »<sup>177</sup>.

**110.** - En France comme ailleurs, subsiste le mythe selon lequel « l'intervention du psychiatre ou du psychologue serait susceptible de donner à tout individu délinquant un équilibre jamais acquis contenant ses pulsions violentes par des soins chimiques (les hormones antiandrogènes par exemple chez les auteurs de crimes sexuels) ou psychothérapeutiques »<sup>178</sup>. Plusieurs praticiens s'interrogent néanmoins sur l'efficacité intrinsèque du traitement médical dans la lutte contre la récidive, son utilité et ses conséquences réelles dans les parcours de désistance, et déplorent une confusion entre la dangerosité criminologique, pierre angulaire des dispositifs de lutte contre la récidive, et la dangerosité psychiatrique<sup>179</sup>. En 2005, Jean-Louis Senon et Cyril Manzanera affirmaient qu'« aucune étude validée ne peut confirmer une atténuation de risques de violences par une seule action sur le psychisme »<sup>180</sup>. En effet, en France, aucune étude d'impact n'a été engagée pour mesurer l'efficacité des soins pénalement ordonnés dans la lutte contre la récidive (ce qui aurait été pourtant logique avant d'en systématiser le prononcé). Quelques rares recherches internationales qui se sont penchées sur l'impact des soins psychiques sur la réitération des infractions révèlent pour la majorité d'entre elles que les soins pénalement ordonnés n'auraient guère d'effet sur la récidive. Une étude du ministère de la Justice anglais a même conclu récemment que les condamnés qui avaient été soumis au programme « SOTP » créé en 1991, prenant la forme de thérapies de groupe cognitivo-comportementales, « récidivaient un peu plus souvent que les autres »<sup>181</sup>. En

---

<sup>177</sup> C.-O. Doron, « La volonté de soigner. D'un singulier désir de soin dans les politiques pénales », *op. cit.*

<sup>178</sup> J. Senon, C. Manzanera, « Psychiatrie et justice : de nécessaires clarifications à l'occasion de la loi relative à la rétention de sûreté », *AJ Pénal*, Dalloz, 2008, p. 176-183.

<sup>179</sup> La dangerosité criminologique est traditionnellement définie comme « un phénomène psychosocial caractérisé par les indices révélateurs de la grande probabilité de commettre une infraction contre les personnes et les biens » et se différencie de la dangerosité psychiatrique, définie comme « un risque de passage à l'acte principalement lié à un trouble mental » (J.-F. Burgelin, Rapport de la commission Santé, justice et dangerosité : pour une meilleure prévention de la récidive. Ministère de la Justice, Ministère de la Santé et des Solidarités, 2005).

<sup>180</sup> J. Senon, C. Manzanera, *op. cit.*

<sup>181</sup> V. Gautron, « Existe-t-il un bénéfice que les soins soient ordonnés pénalement et pour qui ? Quel bilan pour le dispositif d'injonction de soins ? Quelle est sa place par rapport à l'obligation de soins ? », *Audition Publique*, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge, 2018.

parallèle, une étude menée en Belgique en 2007 révélait que « 47 % des agresseurs sexuels internés dans les établissements de défense sociale récidivaient dans les trois ans »<sup>182</sup>.

**111.** - Ainsi, « prétendre traiter de la délinquance, ou de la délinquance récidiviste au seul moyen du soin psychiatrique ou psychologique est-il bien sérieux »<sup>183</sup> ? Pour les professionnels de santé, si une démarche de soins peut parfois être un outil permettant de prévenir la récidive, il est nécessaire de savoir aller chercher, dans une « optique pluridisciplinaire, des réponses que la psychologie et la psychiatrie ne pourront toujours apporter »<sup>184</sup>. Ainsi, selon Jean-Louis Senon et Cyril Manzanera, « la prévention, comme nous l'apprend la criminologie, ne peut être que le fruit d'une prise en charge multidisciplinaire associant la sanction qui dit la loi, une action socio-éducative et d'insertion souvent prioritaire », et, dans les cas où cela semble pertinent, « une prise en charge psychiatrique et psychothérapique »<sup>185</sup>. En pratique néanmoins, une étude sur le recours au suivi-judiciaire soulève en 2013 que, lorsque l'injonction de soins est imposée, « il n'y a, la plupart du temps, pas d'autre obligation particulière. 68 % des condamnés à une injonction de soins n'ont que cette obligation »<sup>186</sup>.

**112.** - Plus encore, le risque est que cette « psychologisation excessive des prises en charge » fasse passer au second plan les besoins sur le plan socio-économique, et que ces soins soient suivis au détriment de l'insertion sociale<sup>187</sup>. En effet, Virginie Gautron soulève que le cumul d'un contrôle judiciaire d'une part, et d'un suivi médical enjoint par la justice « n'est pas sans incidence sur la (ré)insertion sociale des condamnés », qui doivent s'organiser pour rencontrer de façon régulière de nombreux interlocuteurs, à savoir le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), le juge de l'application des peines, le médecin traitant, et, s'il y a lieu, le médecin coordonnateur ou médecin relais, ce qui complique les autres démarches sur le plan social et professionnel, qui ne sont pas moins essentielles<sup>188</sup> ; l'isolement affectif, social, la précarité financière, la précarité du

---

<sup>182</sup> C. Mormont, dans P. Bessoles (dir.), *Criminalité et récidive*, PUG, 2007, p. 35, cité par V. Gautron, « De la société de surveillance à la rétention de sûreté », *AJ Pénal*, Dalloz, 2009, p.53-58.

<sup>183</sup> M. Herzog-Evans, « Prévenir la récidive : les limites de la répression pénale », *op. cit.*

<sup>184</sup> A. Ventéjoux, A. Hirschelmann, « Soins pénalement ordonnés et positionnements professionnels : des pratiques au carrefour de la Santé et de la Justice », *Pratiques Psychologiques*, vol. 20, issue 2, 2014, p. 95-110.

<sup>185</sup> J. Senon, C. Manzanera, *op. cit.*

<sup>186</sup> R. Josnin, *Le recours au suivi socio-judiciaire*, Infostat Justice, n°121, 2013.

<sup>187</sup> V. Gautron, « Existe-t-il un bénéfice que les soins soient ordonnés pénalement et pour qui ? Quel bilan pour le dispositif d'injonction de soins ? Quelle est sa place par rapport à l'obligation de soins ? », *op. cit.*

<sup>188</sup> *Ibid.*

logement, le non-emploi sont autant de facteurs qui favorisent, dans le champ des addictions, les rechutes, et, d'une manière plus générale, dans le champ de la criminalité, la récidive. Sur ce point, et en lien avec les difficultés propres au manque de moyens financiers et humains pour une mise en oeuvre utile de ces mesures de soins, Virginie Gautron, en ce qui concerne l'injonction de soins, relate la manière dont les soins peuvent parfois en pratique constituer un obstacle à la réinsertion :

« Faute de médecin coordonnateur proche de leur domicile, il n'est pas rare que les condamnés soient dans l'obligation de se déplacer tous les trimestres à plus de 100 km pour rencontrer le médecin désigné, parfois pour des rendez-vous qui n'excèdent pas un quart d'heure. Ces déplacements sont souvent mal vécus, a fortiori lorsque le condamné n'est pas en demande de soins, et sont coûteux pour ceux qui ont de très faibles revenus. Les condamnés qui parviennent à trouver un emploi doivent obtenir au moins une demi-journée de congé pour s'y déplacer, auprès d'employeurs qui ne sont pas nécessairement au fait de leur situation pénale »<sup>189</sup>.

## §2 Les soins comme mesure de surveillance sociale

**113.** - « Soigner n'est pas la même chose qu'empêcher de nuire »<sup>190</sup>. Toutefois, l'allongement de la durée des soins pénalement ordonnés, notamment avec la peine de suivi socio-judiciaire et les diverses mesures de sûretés, « peines après la peine » où les soins peuvent être prononcés pour une durée indéfinie, semble traduire une volonté de la part du législateur de faire des soins une nouvelle méthode de surveillance des individus, afin de poursuivre un objectif de lutte contre la récidive.

**114.** - Au regard de ce mouvement sécuritaire faisant prévaloir un « strict principe de précaution et refusant conséquemment tout risque pénal »<sup>191</sup>, la critique formulée de manière récurrente par les professionnels de santé sur ces mesures de soins pénalement ordonnés réside dans la crainte de subir une instrumentalisation politique et judiciaire de leurs approches thérapeutiques. Psychiatres et psychologues déplorent en effet le fait que certains acteurs judiciaires envisagent les soins « comme un instrument de surveillance médicale superposable au contrôle des institutions pénales »<sup>192</sup> et craignent par le biais des soins pénalement ordonnés un « asservissement au pouvoir

---

<sup>189</sup> *Ibid.*

<sup>190</sup> Selon N. About, sénateur rapporteur de la commission des Affaires sociales du Sénat, cité par M. Lebrun, « Témoignage à propos des soins pénalement ordonnés », *op. cit.*

<sup>191</sup> X. Lameyre, « Pour une « poétique » des soins pénalement ordonnés », *Les cahiers de la justice*, 2008, p.71-83.

<sup>192</sup> V. Gautron, « La médicalisation de la peine : un équilibre fragile entre aspiration thérapeutique et contrôle social », *op. cit.*

judiciaire »<sup>193</sup>. Virginie Gautron écrit à ce sujet que la promotion du recours aux soins pénalement ordonnés « ne découle [alors] plus seulement de la volonté d'alléger des sujets de leurs souffrances [...] : c'est la protection de la société qui devient la finalité première du système pénal, de sorte que la réinsertion et le traitement ne sont plus des objectifs en soi, mais des moyens placés au service de cette première finalité ». Dans ce cadre, les soins ont moins pour objectif final la guérison d'une pathologie que « l'encadrement sécurisant d'une potentialité de violence ».<sup>194</sup> Et cette instrumentalisation du soin « a pour corollaire évident une instrumentalisation des soignants »<sup>195</sup>.

**115.** - Les acteurs sanitaires engagés dans la mise en oeuvre des soins pénalement ordonnés sont en effet confrontés à une situation source de tensions en ce qu'ils doivent composer en présence de deux logiques d'action aux sources et visées opposées : d'une part, une logique collective, sécuritaire, dont l'objet est la protection de la société, et, d'autre part, une logique individuelle et humanitaire, axée sur la compréhension des individus et faisant fi de leur statut pénal ou social<sup>196</sup>. Ainsi, pour contrer cette instrumentalisation de leur pratique, la majorité des thérapeutes se défendent de tout rôle dans la prévention de la récidive. Afin de ne pas dénaturer le soin, ces derniers « s'ils reconnaissent travailler la question [du passage à l'acte] dans les prises en charge, ils ne l'interrogent que sous l'angle de son vécu par le patient »<sup>197</sup>.

**116.** - Amandine Morice et Nicolas D'Hervé s'interrogent donc : les soins ne sont-ils qu'un objectif secondaire, voire un objectif « prétexte », pour toujours plus de contrôle et de surveillance ? « De « *soins* », n'ont-ils que le nom » ?<sup>198</sup> Claude-Olivier Doron voit au travers de cette systématisation du recours aux soins, spécialement lorsque ces derniers sont prononcés dans le cadre de mesures de sûreté ou dans le cadre du suivi socio-judiciaire et ont ainsi vocation à être suivis pour de très longues durées, une mutation dans l'objectif qui leur est dévolu. Dans cette logique de « surveillance sociale », les soins sont des « dispositifs d'évaluation continue » ainsi que

---

<sup>193</sup> V. Di Rocco, M. Ravit., « La psychiatrie de secteur confrontée aux soins pénalement ordonnés », *op. cit.*

<sup>194</sup> C.-O. Doron, « Une volonté infinie de sécurité : vers une rupture générale dans les politiques pénales ? », dans Chevallier P., Greacen T. (dir.), *Folie et justice : relire Foucault*, Paris, Érès, 2009, p.179-204, cité par *ibid.*

<sup>195</sup> V. Gautron, « De la société de surveillance à la rétention de sûreté », *op. cit.*

<sup>196</sup> X. Lameyre, « Pour une « poétique » des soins pénalement ordonnés », *op. cit.*

<sup>197</sup> A. Ventéjoux, A. Hirschelmann, *op. cit.*

<sup>198</sup> *Ibid.*



« des mécanismes de repérage et de sanction des résistances infra-légales »<sup>199</sup> ; Dans ce contexte, les soins permettent de « repérer, d'évaluer les résistances du sujet au processus d'amendement, d'adhésion et de pleine reconnaissance. Le soin produit un savoir bien spécifique du sujet, qui identifie ses résistances et évalue son rapport à l'acte, à la victime, à lui même : est-il sincère ? fait-il preuve de compassion envers la victime ? Tend-il à se déresponsabiliser ? Reconnaît-il la gravité de son acte ? Est-il prêt à changer ? »<sup>200</sup>. Le soin constitue en conséquence l'élément central d'un « dispositif d'évaluation et de différenciation des individus au long de leur parcours carcéral et post-carcéral »<sup>201</sup>.

**117.** - Avec les soins pénalement ordonnés et leur développement dans un cadre post-sentenciel, la peine cesse d'être le référent central des politiques pénales. Il ne s'agit plus de punir, mais de « traiter » une potentialité de menace. C'est ainsi que le soin incarne désormais une double fonction, de traitement, d'une part, pour limiter tout risque de récidive, et d'évaluation, d'autre part, afin d'encadrer l'individu « aussi longtemps qu'il est réputé dangereux ». Le soin est « le dispensateur d'un savoir qui permet de moduler ou d'étendre indéfiniment les régimes de détention et de suivi », et par ailleurs « le meilleur argument pour justifier par l'éternel prétexte de « l'humanisation » le retour en grâce des mesures de sûreté et des peines indéfinies »<sup>202</sup>.

**118.** - Ce constat d'extension et de systématisation des soins pénalement ordonnés nous amène à interroger le développement de garanties supposées légitimer ce recours croissant aux soins. Au fur et à mesure des décennies, le législateur a renforcé la rigueur du régime de ces soins. Consentement du condamné dans le cadre de l'injonction de soins, expertise ou examen médical par un expert psychiatre afin d'apprécier l'opportunité des soins, organisation millimétrée des rapports justice-santé dans l'objectif de fluidifier les transmissions des informations tout en respectant le secret professionnel ... sont autant d'éléments supposés garantir la pertinence du prononcé des soins et l'« efficacité » du traitement.

---

<sup>199</sup> C.-O. Doron, « La volonté de soigner. D'un singulier désir de soin dans les politiques pénales », *op. cit.*

<sup>200</sup> *Ibid.*

<sup>201</sup> *Ibid.*

<sup>202</sup> *Ibid.*

## **2ÈME PARTIE : LA LÉGITIMATION DES SOINS PÉNALEMENT ORDONNÉS**

**119.** - Afin de légitimer un système de soins pénalement ordonnés ayant un champ d'application de plus en plus large et dont le prononcé est de plus en plus systématique, le législateur a choisi, en créant notamment l'injonction de soins en 1998 et en réformant les différents régimes des mesures de soins, d'entourer le prononcé de ces soins et leur mise en oeuvre de garanties en garantissant la légitimité (Titre 1) et l'efficacité (Titre 2).

### **Titre 1 : Des garanties encadrant le prononcé et la mise en oeuvre des mesures de soins**

**120.** - Au fur et à mesure de la création des nouvelles mesures de soins pénalement ordonnés, le législateur a entouré leur prononcé et leur mises en oeuvre de garanties permettant de rationaliser le recours à ces mesures de soins. D'une part, pour s'assurer de leur opportunité, les mesures de soins les plus récemment créées exigent qu'un avis médical, prenant la forme d'une expertise ou d'un examen, soit formulé en amont de la mesure ou au moment de sa mise en oeuvre (Chapitre 1). D'autre part, afin de garantir la conformité du dispositif aux normes nationales et internationales exigeant un strict respect du consentement du patient aux soins, le législateur a intégré l'exigence du consentement du condamné au traitement (Chapitre 2).

### **Chapitre 1 : Un recours aux soins parfois subordonné à une expertise médicale**

**121.** - L'expertise médicale s'est imposée comme un préalable nécessaire aux soins pénalement ordonnés avec la création de l'injonction de soins en 1998. Toutefois, le prononcé d'une obligation de soins, lorsque le dispositif est créé dans les années 1950, n'exigeait et n'exige toujours pas d'expertise médicale, ce qui crée un décalage entre cette mesure de soins et les autres (Section 1). Si l'expertise semble alors être un instrument légitimant le recours aux soins, le dispositif n'est toutefois pas exempt de critiques. Acteurs sanitaires comme judiciaires s'interrogent sur l'intérêt de cette expertise, qui semble en pratique assez relatif (Section 2).

### **Section 1 : Une exigence d'expertise médicale ponctuelle**

**122.** - En matière d'injonction de soins comme d'injonction thérapeutique, un avis médical est sollicité dans le cadre du prononcé de la mesure (§1). Néanmoins, aucune expertise n'est exigée en ce qui concerne l'obligation de soins (§2).

## **§1 L'exigence d'un avis médical en matière d'injonction de soins et thérapeutique**

**123.** - En matière d'injonction thérapeutique, un examen médical ou une évaluation socio-psychologique se prononçant sur l'opportunité de la mesure est exigé (A). En ce qui concerne l'injonction de soins, une expertise médicale est également obligatoire avant le prononcé de la mesure de soins (B).

### **A/ Un « examen médical » se prononçant sur l'opportunité de la mesure**

**124.** - La loi du 31 décembre 1970, en créant le dispositif d'injonction thérapeutique, introduit pour la première fois l'exigence d'un avis médical sur la mesure de soins prononcée par le magistrat. L'ancien article L. 355-15 du Code de la santé publique, tel qu'issu de la loi du 31 décembre 1970, prévoyait en effet que « chaque fois que le procureur de la République, par application de l'article L. 628-1, aura enjoint à une personne ayant fait un usage illicite de stupéfiants, de suivre une cure de désintoxication ou de se placer sous surveillance médicale, il en informera l'autorité sanitaire compétente. Celle-ci fait procéder à un examen médical et à une enquête sur la vie familiale, professionnelle et sociale de l'intéressé ». Au fil des réformes cette exigence est restée intacte et s'est affinée ; désormais, le Code de la santé publique prévoit que chaque fois que l'autorité judiciaire enjoint à une personne ayant fait un usage illicite de stupéfiants ou une consommation habituelle et excessive d'alcool de se soumettre à une mesure d'injonction thérapeutique, elle en informe le directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS), qui « fait procéder dans les meilleurs délais à l'examen médical de l'intéressé par un médecin désigné en qualité de médecin relais ou, le cas échéant, à une évaluation socio-psychologique par un psychologue habilité ou tout professionnel de santé également habilité par le directeur général de l'agence régionale de santé ». Le directeur général de l'ARS fait également procéder, s'il y a lieu, à une enquête sur la vie familiale, professionnelle et sociale de l'intéressé, le cas échéant « à la demande du professionnel de santé désigné ». A l'issue de cette phase d'évaluation, le professionnel de santé désigné doit alors « faire connaître sans délai à l'autorité judiciaire son avis motivé sur l'opportunité médicale de la mesure d'injonction thérapeutique »<sup>203</sup>. A noter qu'un dernier alinéa disposait que « si le médecin relais estime qu'une prise en charge médicale n'est pas adaptée, il en informe l'autorité judiciaire, après avoir rappelé à l'intéressé les conséquences sanitaires de l'usage

---

<sup>203</sup> C. de la santé publique, art. L. 3413-1.

de stupéfiants », avant d'être abrogé par une loi de 2011<sup>204</sup>. Les textes réglementaires prévoient par ailleurs que le médecin relais doit procéder au troisième et au sixième mois de la mesure, à un nouvel examen médical de l'intéressé, puis, si la mesure se poursuit, à de nouveaux examens à échéance semestrielle<sup>205</sup>. Ici, l'examen médical intervient à posteriori, une fois que la mesure de soins est déjà prononcée. Depuis l'abrogation du dernier alinéa de l'article L. 3413-1 du Code de la santé publique, les textes ne précisent pas quelles conséquences emportent un avis défavorable du professionnel de santé sur la mesure. L'absence de précision en ce sens, cumulée au fait que l'examen et l'avis médical interviennent a posteriori, une fois la mesure prononcée par l'autorité judiciaire, permet de douter de son utilité.

## **B/ Une « expertise médicale » se prononçant sur l'opportunité de l'injonction de soins**

**125.** - Avec la création de l'injonction de soins, le législateur a souhaité rendre l'expertise médicale obligatoire avant même que la mesure puisse être prononcée. L'objectif était de donner davantage de crédibilité à la mesure de soins et répondre aux critiques des professionnels de santé qui dénonçaient un recours trop fréquent aux soins pour des personnes ne présentant pas de pathologie mentale. C'est pourquoi le législateur avait imposé, dès sa création en 1998, que l'injonction de soins prononcée dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire le soit après qu'un expert — voire deux dans certaines situations —, ait déterminé la faisabilité du traitement. Dans le cadre de cette expertise, également appelée « expertise de dangerosité », les experts saisis doivent dans leur rapport, d'une part, « se prononcer sur la dangerosité de la personne et les risques de récidive ou de commission d'une nouvelle infraction », et, d'autre part, « indiquer si la personne est susceptible de faire l'objet d'un traitement »<sup>206</sup>.

**126.** - Ainsi, l'injonction de soins, dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire, peut être « prononcée par la juridiction de jugement s'il est établi après une expertise médicale [...] que la personne poursuivie est susceptible de faire l'objet d'un traitement »<sup>207</sup>. L'expertise est également prévue dans le cas où une personne qui a été condamnée à un suivi socio-judiciaire n'a pas été soumise à une injonction de soins ; le cas échéant, le juge de l'application des peines doit ordonner, en vue de sa libération, une expertise médicale afin de déterminer si elle est susceptible de faire

---

<sup>204</sup> Loi n° 2011-1862 du 13 décembre 2011 relative à la répartition des contentieux et à l'allègement de certaines procédures juridictionnelles.

<sup>205</sup> C. de la santé publique, art. R. 3413-14.

<sup>206</sup> C. pr. pén., art D. 49-24.

<sup>207</sup> C. pén. art 131-36-4 ancien.

l'objet d'un traitement. Les textes prévoient que, « s'il est établi à la suite de cette expertise la possibilité d'un traitement, la personne condamnée est soumise à une injonction de soins, sauf décision contraire du juge de l'application des peines »<sup>208</sup>. Au regard de la lettre de l'article 763-3 du Code de procédure pénale, le résultat de l'expertise semble donc être un déterminant essentiel de la décision du juge de l'application des peines.

**127.** - Afin de s'assurer de la pertinence de la mesure, le législateur a prévu que cette expertise peut par ailleurs être renouvelée par le juge de l'application des peines avant la libération du détenu si la personne qui a été condamnée à un suivi socio-judiciaire comprenant une injonction de soins exécute cette mesure suite à une peine privative de liberté. Pour renforcer le dispositif, le Code de procédure pénale prévoit qu'une telle expertise est obligatoire « si la condamnation a été prononcée plus de deux ans auparavant »<sup>209</sup>. Le juge de l'application des peines a par ailleurs la capacité, à tout moment du suivi socio-judiciaire d'ordonner, « d'office ou sur réquisitions du procureur de la République, les expertises nécessaires pour l'informer sur l'état médical ou psychologique de la personne condamnée »<sup>210</sup>. Le médecin traitant prenant en charge le condamné dans le cadre de l'injonction de soins « peut également proposer au juge de l'application des peines d'ordonner une expertise médicale »<sup>211</sup>. A noter que le relèvement d'un suivi socio-judiciaire, notamment lorsqu'il comprend une injonction de soins, est également soumis à une expertise médicale.

**128** - Au fur et à mesure que l'injonction de soins s'est émancipée de son cadre d'origine - le suivi socio-judiciaire - l'exigence de réaliser une expertise médicale en amont de la mesure est restée. Cette dernière est donc exigée avant tout prononcé d'une injonction de soins dans le cadre d'une sursis probatoire<sup>212</sup>, une libération conditionnelle<sup>213</sup>, surveillance judiciaire<sup>214</sup>, d'une surveillance de sûreté. Cette dernière mesure faisant suite à une libération conditionnelle avec injonction de soins, l'expertise médicale doit ici constater « que le maintien d'une injonction de

---

<sup>208</sup> C. pr. pén., art 763-3.

<sup>209</sup> C. pr. pén., art 763-4.

<sup>210</sup> *Ibid.*

<sup>211</sup> C. de la santé publique, art. L3711-3.

<sup>212</sup> C. pén., art. 132-45 22°.

<sup>213</sup> C. pr. pén., art. 731-1.

<sup>214</sup> C. pr. pén. art., 723-30.

soins est indispensable pour prévenir la récidive »<sup>215</sup>. Dans tous les autres cas, l'expert est essentiellement appelé à se prononcer sur le point de savoir si l'individu est susceptible de faire l'objet d'un traitement ou non. Toutefois, en matière de libération conditionnelle, depuis la loi du 10 mars 2010<sup>216</sup>, les experts sont invités, pour des personnes condamnées à de lourdes peines pour des infractions particulièrement graves<sup>217</sup>, à se prononcer « sur l'opportunité, dans le cadre d'une injonction de soins, du recours à un traitement utilisant des médicaments inhibiteurs de libido »<sup>218</sup>. Ici, l'expertise n'a plus comme seul but de savoir si le condamné est susceptible de faire l'objet d'une mesure de soins, mais aussi de se prononcer sur l'opportunité d'un traitement bien spécifique, en l'occurrence un traitement inhibiteur de libido.

## **§2 : L'absence d'expertise exigée en matière d'obligation de soins**

**129.** - En matière d'obligation de soins, les textes relatifs à la mesure de soins ne prévoient en aucun cas que la décision du magistrat à l'origine de la mesure doit intervenir suite à une expertise médicale (A). Dès lors, l'appréciation de la nécessité des soins est purement judiciaire (B).

### **A/ Un recours aux soins malgré l'absence d'expertise en ce sens**

**130.** - Au stade de l'information, du jugement comme au stade post-sentenciel, le législateur, lorsqu'il crée la mesure en 1958, ne prévoit pas que la décision obligeant une personne à se soumettre à des mesures d'examen, de traitement ou de soins doit être prise en considération de quelque expertise psychiatrique. La seule exception est en matière de l'obligation de soins prononcée au titre d'une mesure de sûreté concernant les personnes dont le discernement était altéré au moment des faits, exception toutefois relative en ce que les textes ne mentionnent qu'un « avis médical », sans autres précisions.

**131.** - Néanmoins, si presque aucun texte ne prévoit qu'un avis médical doit être formulé en amont ou en aval de la mesure, le régime de droit commun relatif aux expertises en matière pénale

---

<sup>215</sup> C. pr. pén. art. 732-1.

<sup>216</sup> Loi n° 2010-242 du 10 mars 2010 tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédure pénale.

<sup>217</sup> Cela concerne les personnes condamnées à la réclusion criminelle à perpétuité ou à une peine d'emprisonnement ou de réclusion criminelle égale ou supérieure à quinze ans pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru, ou à une peine d'emprisonnement ou de réclusion criminelle égale ou supérieure à dix ans pour une infraction pour laquelle la rétention de sûreté est encourue. Ce dernier cas concerne les auteurs de crimes d'assassinat ou de meurtre, de torture ou actes de barbarie, de viol, d'enlèvement ou de séquestration, commis sur une victime mineure ou sur une victime majeure lorsque l'infraction est aggravée ou commise en récidive.

<sup>218</sup> C. pr. pén., art. 730-2.

trouve toutefois à s'appliquer, de sorte que les magistrats, s'ils ne sont pas contraints par la réalisation de quelque expertise, sont toutefois libres d'y recourir. Au stade de l'instruction, l'article 81 du Code de procédure pénale habilite le juge d'instruction à « prescrire un examen médical, un examen psychologique ou ordonner toutes mesures utiles »<sup>219</sup>. Dans le même sens, l'article 156 du même code habilite « toute juridiction d'instruction ou de jugement, dans le cas où se pose une question d'ordre technique », à « ordonner une expertise ». L'expertise peut être ordonnée d'office, mais également à la demande du ministère public ou des parties, qui peuvent préciser dans leur demande les questions qu'ils voudraient voir poser à l'expert<sup>220</sup>. La question de l'opportunité des soins est donc évoquée. Mais, en réalité, lorsqu'il est mandaté par un juge d'instruction ou par la juridiction de jugement, l'expert est tenu de répondre à un ensemble de questions dont la teneur ainsi que le nombre sont, en théorie, « à la discrétion des magistrats mais qui, dans la pratique, reproduisent un même modèle issu, pour le cas des psychiatres, d'une circulaire d'application de 1958 et, pour le cas des psychologues, d'une circulaire d'application de 1999 »<sup>221</sup>. Sur l'opportunité d'une mesure de soins, seule l'expertise psychiatrique y fait référence, laquelle ne fait que mention de l'injonction de soins dans le cadre du suivi socio-judiciaire, et non de l'obligation de soins, dont le cadre est plus souple. Enfin, en fait, de nombreuses condamnations à une obligation de soins sont prononcées sans qu'une expertise médicale ait été préalablement réalisée<sup>222</sup>.

## **B/ En l'absence d'expertise médicale, un magistrat prescripteur de soins**

**132.** - Dès lors qu'il n'est pas prévu d'avis médical, il revient au juge d'apprécier l'opportunité de l'obligation de soins. Ainsi, sur la base de quels critères les magistrats, à toutes les étapes de la procédure pénale, décident-ils d'assortir un contrôle judiciaire, un sursis probatoire, ou encore une libération conditionnelle d'une obligation de soins ? En dehors des expertises médicales, plusieurs éléments peuvent éclairer les magistrats. Ces derniers peuvent ainsi s'appuyer sur les déclarations de la personne, qui peut, par exemple, reconnaître spontanément une problématique addictive<sup>223</sup>, ou une pathologie psychiatrique pour laquelle elle était déjà suivie. De telles

---

<sup>219</sup> C. pr. pén., art. 81.

<sup>220</sup> C. pr. pén., art. 156.

<sup>221</sup> J. Sol et J.-Y. Roux, Rapport d'information n° 432 sur l'expertise psychiatrique et psychologique en matière pénale : mieux organiser pour mieux juger, Sénat, 2021.

<sup>222</sup> B. Le Boëdec-Maurel, « L'obligation de soins vue par un juge de l'application des peines », *AJ Pénal*, Dalloz, 2022, p.114-119.

<sup>223</sup> Fédération Addiction, Guide Pratiques : Santé/justice - Les soins obligés en addictologie, 2020, 92 p.

déclarations peuvent également émaner de proches de la victimes, lorsqu'elles sont parties à la procédure, ou entendues en tant que témoins. Dans le même sens, les constatations faites à l'occasion d'éventuelles enquêtes sociales rapides peuvent également éclairer le magistrat. Les antécédents judiciaires sont en outre des éléments qui peuvent être pris en compte. Enfin, lorsque la mesure intervient en post-sentenciel, le comportement du condamné en détention peut également orienter le juge dans sa décision.

**133.** - En ce qui concerne les décisions de la juridiction de jugement ou du juge d'application des peines, la juge de l'application des peines Bérangère Boëdec-Maurel déplore toutefois qu' « aucun texte ne précise quelles sont les conditions d'opportunité du choix des obligations facultatives fixées à l'article 132-45 du code pénal »<sup>224</sup>, à savoir notamment l'obligation de soins telle que prévue au 3° de l'article. Toutefois, au regard de la jurisprudence de la Cour de cassation, selon laquelle il est nécessaire qu'existe un rapport entre l'obligation édictée et les faits reprochés<sup>225</sup>, ni une juridiction de jugement ni un juge d'application des peines ne peuvent en théorie contraindre un condamné à une obligation de soins si la mesure « n'est pas directement en lien avec les faits reprochés alors même que sa personnalité pourrait laisser envisager l'utilité d'un suivi en addictologie, psychologique ou psychiatrique. On constate au demeurant que nombre de condamnations des juridictions du fond ne respectent pas la jurisprudence de la haute Cour sur ce point »<sup>226</sup>. D'une manière générale, on peut donc déplorer l'absence de critères « objectivés » et que, en l'absence d'expertise, aucun texte ne vienne préciser les éléments dont les juges doivent tenir compte pour prononcer une obligation de soins<sup>227</sup>. Les soignants interrogent ainsi la légitimité de ces soins prescrits par la justice. Dans une enquête sur les obligations de soins en Seine-Saint-Denis à l'Etablissement Public de Santé de Ville-Evrard, les soignants constataient que, pour 47 % des patients soumis à une obligation de soins, aucun trouble psychiatrique avéré n'a été trouvé au cours des entretiens<sup>228</sup>.

**134.** - Ainsi, l'exigence d'expertise médicale s'est imposée à l'occasion de la création des dernières mesures de soins pénalement ordonnés, et une partie de la doctrine regrette qu'aucune

---

<sup>224</sup> B. Le Boëdec-Maurel, *op. cit.*

<sup>225</sup> Cass. Crim. 25 juill. 1995, n° 95-82.713, Bull. crim. n° 259 et Crim 13 juin 2006, n° 06-83.164, Bull. crim. n° 175.

<sup>226</sup> *Ibid.*

<sup>227</sup> E. Louan, *op. cit.*

<sup>228</sup> G. Arena, F. Marette. « Enquête sur les obligations de soins en Seine-Saint-Denis EPS de Ville-Evrard », *L'information psychiatrique*, vol. n°83, n° 1, 2007, p. 23-28.



réforme n'ait été prise en ce sens en matière d'obligation de soins. Toutefois, certains professionnels remettent en question l'utilité même de cette expertise médicale.

## **Section 2 : L'intérêt relatif de l'avis médical**

**135.** - L'avis médical, nécessaire avant toute décision en matière d'injonction de soins, et avant toute mise en oeuvre de la mesure en matière d'injonction thérapeutique, est toutefois largement critiqué, et ce à plusieurs égards. D'un point de vue purement juridique, en matière d'injonction de soins, la jurisprudence de la Cour de cassation interroge sur l'impact de l'expertise médicale dans la décision de la juridiction de jugement ou du juge de l'application des peines (§1). Plus généralement, les professionnels de santé questionnent la valeur de cet avis médical (§2).

### **§1 Un avis médical à l'impact limité**

**136.**- La jurisprudence en matière d'injonction de soins questionne en ce qui concerne l'expertise médicale. Bien que cette exigence ait été fermement posée par le législateur, et qu'il semble même à la lecture des textes qu'il ait souhaité la rendre contraignante, il semble que la Cour de cassation la juge purement consultative (A), voire même qu'elle en fait une simple exigence formelle (B).

#### **A/ Une expertise purement consultative**

**137.** - À la lecture des textes relatifs à l'injonction de soins, on aurait pu croire que la décision des juges était liée aux conclusions de l'expert. En effet, en ce qui concerne par exemple l'injonction de soins prononcée dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire, pour ne prendre que cet exemple, les textes prévoient que « la personne condamnée à un suivi socio-judiciaire est soumise à une injonction de soins [...] s'il est établi qu'elle est susceptible de faire l'objet d'un traitement ». La décision du juge d'ordonner une injonction de soins semble donc être tributaire de ce que retient l'expert : si ce dernier considère que le condamné n'est pas susceptible de faire l'objet d'une telle mesure de soins, alors le juge est lié par ses conclusions. C'est du moins ce que soutenait le rapport sénatorial fait au nom de la commission des lois en 2007<sup>229</sup> : « le sens de la décision judiciaire est donc lié au résultat de l'expertise : le juge ne peut ordonner une injonction de soins lorsque l'expertise est négative. Cependant, il n'est pas obligé d'en ordonner une si l'expertise est positive ».

---

<sup>229</sup> F. Zocchetto, Rapport n°358 sur le projet de loi renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs, Sénat, 2007.

À cette époque, lier la décision du juge à la décision d'un expert est inédit, ce qui est pour la doctrine significatif de l'importance qu'a attaché le législateur à cette expertise médicale<sup>230</sup>.

**138.** - Toutefois, la chambre criminelle de la Cour de cassation, dans une décision du 16 octobre 2019<sup>231</sup>, a considéré qu'en dépit d'une expertise concluant qu'un individu n'était pas susceptible de faire l'objet d'un traitement, une injonction de soins peut être prononcée par le juge pénal<sup>232</sup>. Pour la Professeuse Virginie Peltier, cette décision n'est « pertinente ni juridiquement ni médicalement »<sup>233</sup>, en ce qu'elle délie le juge du carcan législatif qui l'enserme et transforme la nature de l'expertise, qui d'une condition de fond et donc de validité de la procédure, « devient simplement une aide matérielle à la décision du juge, à l'instar de ce qui a lieu, par exemple, en matière de trouble mental »<sup>234</sup>.

## **B/ Une exigence purement formelle**

**139.** - En matière d'injonction de soins, la réalisation d'une expertise médicale en amont du prononcé de la mesure afin de déterminer si le condamné est « susceptible de faire l'objet d'un traitement » est une exigence posée par le législateur quel que soit le cadre de son prononcé. Toutefois, la jurisprudence semble se défaire de cette obligation pour n'en faire qu'une exigence formelle. Dans un arrêt du 16 mars 2005<sup>235</sup>, la chambre criminelle de la Cour de cassation jugeait que « le seul visa des articles 131-36-1 à 131-36-8, du code pénal dans l'arrêt de la cour d'assises « suffit à établir » que les avertissements du président et l'expertise prescrits par ces textes ont été effectués »<sup>236</sup>. Dans cette affaire, le demandeur invoquait au soutien de son pourvoi que ni l'ordonnance de mise en accusation, ni l'arrêt de la cour d'assises, ni le procès verbal des débats ne mentionnaient qu'une expertise médicale avait été réalisée, ni même qu'elle établissait que ce dernier était « susceptible de faire l'objet d'un traitement » selon les dispositions de l'article 131-36-4 du Code de procédure pénale. Mais la chambre criminelle, dès lors que les textes

---

<sup>230</sup> M. Herzog-Evans, « Injonction de soins : la Cour de cassation peu regardante sur les prescriptions légales », *AJ Pénal*, Dalloz, 2005, p. 236-243.

<sup>231</sup> Cass. crim., 16 oct. 2019, n°18-84.374, à paraître au Bull.

<sup>232</sup> E. Bonis, V. Peltier, « Un an de droit de la peine (Janvier 2019 – Janvier 2020) » *Revue Droit pénal*, LexisNexis, 2020, n° 3, chron. 3.

<sup>233</sup> *Ibid.*

<sup>234</sup> V. Peltier, « Recours à une injonction de soins et motivation d'un emprisonnement ferme devant la cour d'assises », *Revue Droit pénal*, LexisNexis, 2019, n°12, comm. 214.

<sup>235</sup> Cass. Crim. 16 mars 2005, n° 04-81.328, Bull. crim. n° 95.

<sup>236</sup> M. Herzog-Evans, « Injonction de soins : la Cour de cassation peu regardante sur les prescriptions légales », *op. cit.*

réglementant le suivi socio-judiciaire et précisément ceux relatifs à l'expertise médicale ont été mentionnés dans la décision de condamnation, a considéré que les dispositions relatives aux exigences médicales ont été appliquées, quand bien même les pièces du procès n'en portent pas la trace<sup>237</sup>. Il est dès lors légitime de s'interroger sur la réalité de cette expertise, et sur l'importance que lui accorde la jurisprudence : comment s'assurer que les conditions légales sont effectivement observées, dès lors que la mention des textes n'est pas corroborée par des éléments qui établissent que, dans les faits, les formalités imposées par la loi, à savoir l'expertise médicale, ont été respectées ? En effet, un simple visa des textes applicables « n'apporte aucune certitude quant à la réalisation effective de l'expertise ni quant à son contenu. [...] L'indication de la réalisation de l'expertise devrait apparaître dans le jugement, sauf à ce que des conditions tenues pour essentielles par le législateur soient vidées de tout caractère contraignant et ne puissent être contrôlées »<sup>238</sup>.

## §2 Un avis médical à la valeur relative

**140.** - Plus généralement, qu'il soit formulé dans le cadre de l'injonction thérapeutique ou de l'injonction de soins, la doctrine se montre particulièrement critique à l'égard de ces avis médicaux, qui ne sont pas encadrés par quelconque critères objectifs permettant de conclure à l'opportunité de la mesure (A), et qui sont par ailleurs fortement influencés par les biais des experts désignés (B).

### A/ L'absence de critères objectifs permettant de conclure à l'opportunité de la mesure

**141.** - Actuellement, aucun texte ne prévoit quels critères doivent être pris en compte pour apprécier l'opportunité de la mesure, ou dans le cas de l'injonction de soins, si la personne est « susceptible » de faire l'objet d'un traitement. De façon plus précise, il n'existe aucune recommandations émises par les autorités judiciaires ou sanitaires sur les troubles mentaux qui peuvent relever d'une injonction thérapeutique ou d'une injonction de soins<sup>239</sup>. L'appréciation de l'opportunité de la mesure de soins est donc complètement laissée à l'expert. Dans un rapport sur le dispositif d'injonction de soins publié en 2018, l'ONDRP a conclu qu'il n'existait « pas d'harmonisation ni de consensus pour justifier de l'opportunité d'une condamnation à une injonction de soins »<sup>240</sup>. L'auteur du rapport précise en ce sens qu'« il n'a, en effet, pas été rare

---

<sup>237</sup> G. Vermelle, « Conditions du prononcé d'une injonction de soins assortissant une peine de suivi socio-judiciaire », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, 2005 p.840.

<sup>238</sup> M. Herzog-Evans, *op. cit.*

<sup>239</sup> H. Spriet et al., « L'indication d'injonction de soins repose-t-elle sur un diagnostic médical ? », *op. cit.*

<sup>240</sup> A. Langlade, Rapport sur le dispositif d'injonction de soins. Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge, 2018.

d'observer que pour un même individu, certaines de ses caractéristiques justifiaient pour un expert psychiatre qu'il puisse être apte à suivre des soins, et pour un autre, en raison de ces mêmes caractéristiques, non. À titre d'exemple, nous avons rencontré des cas pour lesquels, certains psychiatres préconisaient une injonction de soins en la justifiant du fait que la personne placée sous main de justice ne reconnaissait pas les faits, et dans le même dossier, pour la même raison, un autre expert psychiatre s'était prononcé en défaveur d'une injonction de soins »<sup>241</sup>. Il constate ainsi que, sur un échantillon de 1900 personnes sous injonction de soins, 16% des dossiers pour lesquels plus d'une expertise psychiatrique avait été réalisée contenaient des expertises contradictoires. Une autre étude basée sur 68 dossiers de sujets soumis à une injonction de soins, comprenant 123 expertises psychiatriques et médico-psychologiques dont la mission était « de déterminer l'existence d'un trouble psychiatrique et se prononcer sur l'opportunité de soins », révèle que, parmi les expertises concluant à l'opportunité d'une injonction de soins (91% d'entre elles), la catégorie diagnostique « absence de trouble » était la plus fréquemment retrouvée (27 %) <sup>242</sup>, ce qui questionne sur l'opportunité des soins.

## **B/ Une appréciation subjective de l'opportunité de la mesure**

**142.** - En l'absence de recommandations, de définitions consensuelles sur ce que sont les troubles mentaux et sur les objectifs que poursuivent la mesure de soins, l'opportunité de la mesure est laissée à la libre appréciation de l'expert, qui « peut [...] relever d'une subjectivité, subordonnant l'avis technique qu'est l'expertise à une appréciation personnelle de ce qu'est le trouble mental, de ce qu'est le soin et, par tant, de la finalité de l'injonction de soins »<sup>243</sup>. Si une définition des troubles mentaux avait été posée en 2005 par la commission Santé, justice et dangerosité dans son rapport relatif à la prévention de la récidive<sup>244</sup>, l'absence de consensus scientifique perdure, et « contribue à ce que la psychiatrie voit son champ d'intervention s'élargir par la volonté du législateur, comptable des attentes sociales à l'égard de la dangerosité »<sup>245</sup>.

---

<sup>241</sup> *Ibid.*

<sup>242</sup> H. Spriet et al., *op. cit.*

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

<sup>244</sup> La commission définissait les troubles mentaux comme des « manifestations psychopathologiques s'organisant le plus souvent en maladie psychiatrique aiguë ou chronique et s'exprimant dans la sphère intellectuelle, affective ou comportementale » (J. Burgelin, Rapport de la commission Santé, justice et dangerosité : pour une meilleure prévention de la récidive. Ministère de la Justice, Ministère de la Santé et des Solidarités, 2005).

<sup>245</sup> H. Spriet et al., *op. cit.*

143. - Dans une étude sur la prise en charge d'auteurs de violence sexuelle auprès d'une cohorte de psychiatres hospitaliers en France en 2011, le Docteur Alexandre Barrata s'était intéressé à la perception de la finalité de l'injonction de soins par les psychiatres. Si l'objectif annoncé des mesures de soins est la prévention de la récidive, l'étude révèle qu'il y a une absence de consensus chez les experts. En ce qui concerne les soins, après la diminution du risque de récidive (31,3 %), 23,9% des psychiatres interrogés considéraient que ces derniers ne visaient pas d'objectifs précis. Seuls 25 % d'entre eux attribuent un même objectif aux soins et à la mesure d'injonction de soins, mesure qui est perçue par près de 20% de praticiens comme un moyen de rassurer les politiques ou décharger le judiciaire<sup>246</sup>.

144. - D'autres limites inhérentes à la personnalité de l'expert ont été mises en avant par la doctrine, à savoir notamment une tendance à « se couvrir en ouvrant largement le parapluie »<sup>247</sup>. L'expert prend en effet beaucoup moins de risques d'un point de vue professionnel s'il conclut que l'individu est « susceptible » de faire l'objet d'une mesure de soins ou que cette dernière est « opportune » que s'il affirme qu'elle ne l'est pas. Si l'individu récidive alors que l'expert avait conclu à l'inopportunité des soins, sa crédibilité professionnelle est davantage remise en question, et ce d'autant plus si l'infraction commise est particulièrement socialement réprouvée. Arnaud Coche soulevait à cet effet au sujet des expertises de dangerosité que « la colère de l'opinion publique en cas de récidive d'un criminel est aussi de nature à inciter les experts à une prudence excessive »<sup>248</sup>; on pense par exemple aux expertises qui concerneraient des auteurs d'infractions à caractère sexuel, pour lesquelles les experts seraient plus enclins à se prononcer en faveur d'une mesure de soins en raison de la forte réprobation sociale que suscite ces infractions.

145. - En parallèle de cette exigence ponctuelle d'expertise médicale, une autre exigence, plus constante cette fois, tient au consentement du condamné.

## **Chapitre 2 : Un recours aux soins toujours subordonné au consentement du condamné**

146. - Les soins pénalement ordonnés font appel au consentement de celui qui y est assujéti. Le consentement du patient aux soins est une exigence consacrée par la norme nationale et supra-

---

<sup>246</sup> A. Baratta, et al., « Étude sur la prise en charge des auteurs de violence sexuelle auprès d'une cohorte de psychiatres hospitaliers en France en 2011 », *Annales Médico-psychologiques, Revue psychiatrique*, 2011, vol. n° 169, Issue 9, p. 578-580.

<sup>247</sup> J. Senon, C. Manzanera, *op. cit.*

<sup>248</sup> A. Coche, « Faut-il supprimer les expertises de dangerosité ? », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, 2011, n° 1, p. 21-35.

nationale et trouve à s'appliquer même lorsque les soins interviennent dans un contexte pénal (Section 1). Toutefois, bien qu'exigé en théorie, il ressort de l'étude des textes qu'en matière de soins pénalement ordonnés, le législateur perçoit le consentement de la personne aux soins comme un frein à la mise en oeuvre de la mesure, de sorte qu'il semble que ce consentement soit *in fine* contraint (Section 2). Alors pourquoi ne pas contraindre directement l'individu aux soins et faire fi de sa volonté de manière explicite ? Si pour certains le consentement est un nécessaire préalable pour que les soins soient pleinement investis, certains professionnels de santé voient le cadre judiciaire et la contrainte comme une chance (Section 3).

### **Section 1 : Un consentement exigé**

147. - Au regard du droit interne et conventionnel et en raison de règles déontologiques relatives au respect de l'inviolabilité du corps humain, un acte médical ne peut par principe être réalisé, sauf rares exceptions, sans le consentement de celui y en est l'objet (§1). La matière pénale, et plus particulièrement les soins pénalement ordonnés, ne semblent pas déroger à cette règle (§2).

#### **§1 Le consentement libre et éclairé aux soins, principe de la déontologie médicale**

148. - La reconnaissance du consentement du patient à un acte médical s'est imposée en France de manière progressive au cours du XXI<sup>ème</sup> siècle sous l'impulsion de la jurisprudence de la Cour de cassation avec l'arrêt Mercier du 20 mai 1936 qui inscrit l'intervention du médecin dans le cadre d'un contrat médical. Promu au rang de principe à valeur législative par la loi bioéthique du 29 juillet 1994 créant un article 16-3 du Code civil, dont le second alinéa dispose que « le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement » à toute atteinte à l'intégrité du corps humain, ce principe acquiert par ailleurs en 1995 une valeur réglementaire, l'article 36 du Code de déontologie médicale prévoyant depuis lors que « le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas ». Enfin, la consécration de cette exigence de consentement est intervenue avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé<sup>249</sup>, qui intègre dans le Code de la santé publique un nouvel article L. 1111-4, selon lequel « 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 »<sup>250</sup>.

---

<sup>249</sup> Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

<sup>250</sup> C. de la santé publique, art L. 1111-4 al. 3.

Le consentement, au delà d'être « une condition du cadre contractuel de la relation médicale », constitue, depuis cette loi, « un droit des personnes malades et des usagers du système de santé [...] dans la relation de soin »<sup>251</sup>.

**149.** - Du point de vue du droit international, la Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine prévoit à son article 5 qu' « une intervention dans le domaine de la santé ne peut être effectuée qu'après que la personne concernée y a donné son consentement libre et éclairé »<sup>252</sup>, et que ce consentement peut être à tout moment librement retiré. Dans le même sens, l'article 3-2 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne fait expressément référence au consentement libre et éclairé de la personne dans le cadre de la médecine et de la biologie. En ce qui concerne la jurisprudence du Conseil de l'Europe, si la Convention Européenne des Droits de l'homme ne fait pas de référence expresse au consentement du patient, la Cour européenne des droits de l'homme, dans sa décision *Pretty contre Royaume-Unis*, a considéré que « l'imposition d'un traitement médical sans le consentement du patient s'il est adulte et sain d'esprit s'analyserait en une atteinte à l'intégrité physique de l'intéressé pouvant mettre en cause les droits protégés » par l'article 8 §1 de la Convention<sup>253</sup>.

**150.** - Les textes internes comme internationaux exigent du consentement que ce dernier soit « libre » et « éclairé ». En ce qui concerne le caractère « éclairé » de ce consentement, il est ici fait référence à l'information donnée par le soignant au patient. Cette information « porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus »<sup>254</sup>. En matière de soins pénalement ordonnés, les textes sont peu directifs du point de vue de l'information délivrée au condamné avant que ce dernier ne puisse exprimer un consentement. En ce qui concerne plus particulièrement l'obligation de soins, la question du consentement n'étant pas abordée lors de l'audience (contrairement à ce qui est prévu pour l'injonction de soins), il est possible que des informations générales ne soient délivrées que tardivement, par le juge de l'application des peines ou le conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation si ce n'est directement par le médecin psychiatre ou le psychologue au premier rendez-

---

<sup>251</sup> P. Mistretta, « L'illusion du consentement du délinquant à l'acte médical et aux soins en droit pénal », *op. cit.*

<sup>252</sup> Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine, art. 5.

<sup>253</sup> CEDH, 29 avr. 2002, *Pretty c/ Royaume-Uni*, RTDC 2002, p. 482, obs. J. Hauser.

<sup>254</sup> C. de la santé publique, art. L1111-2.

vous. Par ailleurs, pour ce qui est du caractère « libre » du consentement, on peut considérer qu'une telle liberté consiste dans le fait de pouvoir refuser ou accepter le soin sans être soumis à quelque forme de contrainte extérieure guidant le choix du patient. Comment caractériser cette contrainte ? La notion englobe d'un point de vue juridique « des réalités bien plus larges que la seule coercition résultant de l'exercice d'une force matérielle »<sup>255</sup> (pour faire un parallèle avec la matière civile, on pense par exemple à la contrainte morale exonératoire de responsabilité pénale de l'article 122-2 du Code pénal, qui consiste en une forme de pression exercée sur la volonté de l'individu). Appliqué à notre sujet, la question de la liberté du consentement en matière de soins pénalement ordonnés interroge : le consentement est-il donné en dehors de toute contrainte extérieure ? Qu'en est-il du caractère libre du consentement aux soins exigé par l'article 1111-4 du Code de la santé publique lorsque ce dernier est offert, par exemple, sous la menace de poursuites, d'une incarcération ou ré-incarcération ? Pour le Professeur Maxime Couturier, « dans le cas des soins [pénalement] ordonnés, la substance du consentement est hétéronome car elle est altérée par la supervision exercée par un tiers susceptible de faire produire des conséquences juridiques préjudiciables à un éventuel refus »<sup>256</sup>.

## §2 La place du consentement aux soins en matière pénale

**151.** - Il s'agit ici de s'interroger sur les liens entre le consentement et la matière pénale. Si le consentement aux soins est, par principe, exigé indifféremment de la qualité de délinquant (A), il convient toutefois de s'interroger sur la place accordée au consentement aux soins en matière de soins pénalement ordonnés (B).

### A/ Un consentement aux soins exigé indifféremment de la qualité de délinquant

**152.** - D'une manière générale, en ce qui concerne la victime, le droit pénal accorde une place résiduelle au consentement. Le consentement de la victime n'a ainsi pas de portée justificative pour la plupart des infractions, « le droit pénal [étant] d'ordre public et au service avant tout de l'intérêt général »<sup>257</sup>. C'est ainsi à ce titre que l'euthanasie en France pourrait être poursuivie au titre de l'empoisonnement, le consentement de la victime à l'administration de la substance par autrui n'autorisant pour autant pas le dit acte. Ainsi, s'il ressort des développements précédents que,

---

<sup>255</sup> M. Couturier, « La contrainte et le consentement dans les soins ordonnés par l'autorité publique : vers une aporie juridique ? », *Revue de droit sanitaire et social*, 2014, p. 120-133.

<sup>256</sup> *Ibid.*

<sup>257</sup> X. Pin, *Droit pénal général*, Dalloz, coll. Cours, 11<sup>ème</sup> édition, 2019.



tant en droit interne qu'international, le consentement du patient aux soins qui lui sont administrés s'est imposé dans la sphère médicale comme une condition fondamentale de tout acte médical, on peut s'interroger sur la place accordée au consentement lorsque les actes médicaux concernent une personne condamnée. Lorsque, par exemple, les soins prennent la forme d'une obligation de soins ou d'une injonction thérapeutique et constituent l'une des obligations particulières prévues au titre de l'article 132-45 du Code pénal d'un sursis probatoire, dans quelle mesure le consentement du délinquant est-il pris en compte par la juridiction de jugement ? Plus largement, le Professeur Philippe Salvage s'interroge : « peut-on, au nom du droit pénal, contraindre un délinquant à se soigner » ?<sup>258</sup>

**153.** - Si le principe de consentement aux soins comporte des exceptions, ces dernières sont limitées en ce qu'elles se cantonnent aux situations d'urgence dans lesquelles un consentement approprié ne peut être obtenu<sup>259</sup>, ou toute autre situation où l'état de la personne « rend nécessaire une intervention thérapeutique » à laquelle elle « n'est pas à même de consentir »<sup>260</sup>. Au regard de l'importance croissante accordée au consentement en matière médicale, on pourrait ainsi considérer qu'il ne saurait souffrir d'une exception reposant sur la simple qualité du patient, à savoir son statut de prévenu dans une instruction ou de condamné pour des faits délictuels ou criminels. Pour la doctrine, le principe du consentement aux soins ne saurait être altéré en raison du statut de « délinquant » du patient, qui, s'il a commis une faute, doit en rendre compte à la société, sans que cette dernière ne soit pour autant habilitée à lui imposer des soins sans son consentement<sup>261</sup>. Les dispositions du Code de procédure pénale semblent abonder en ce sens. A titre d'exemple, l'article D 364 du Code de procédure pénale prévoit qu'un détenu qui se livre à une grève de la faim prolongée ne peut être traité sans son consentement. Dans le même sens, l'article D 389 alinéa 2, du même code prévoit que, « sauf impossibilité », un détenu doit donner un assentiment écrit dans le cas où une intervention chirurgicale serait envisagée. Toutefois, « si ce principe de consentement aux soins correspond à un droit inhérent à toute personne humaine dont nul ne saurait être privé, quand bien même il serait l'auteur d'une infraction, il s'avère parfois difficilement conciliable avec les objectifs pénaux de lutte contre la délinquance »<sup>262</sup>. Et c'est précisément le cas lorsqu'il est

---

<sup>258</sup> P. Salvage, « Les soins obligatoires en matière pénale », *La Semaine Juridique Edition Générale*, n° 45, 1997, doctrine 4062.

<sup>259</sup> Article 8 de la Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine.

<sup>260</sup> C. civ., art. 16-3 al. 2.

<sup>261</sup> P. Salvage, *op. cit.*

<sup>262</sup> E. Vergès, C. Ribeyre, A.-G. Robert, « Chronique législative », *op. cit.*

admis que « l'état de santé mentale d'une personne est, au moins partiellement, à l'origine de sa conduite criminelle ou constitue un frein à sa réadaptation sociale. L'intérêt objectivement apprécié du délinquant à être soigné se combine alors avec l'intérêt général qui commande, pour la sécurité de tous, de prévenir la récidive en combattant la cause même de la criminalité, autrement dit la maladie »<sup>263</sup>. Dès lors, doit-on pour autant s'affranchir du consentement de cette personne à se faire soigner ? Le législateur a-t-il prévu un système entièrement contraignant où le soin peut être administré « de force », en dehors de tout assentiment du concerné ?

## **B/ Le consentement aux soins en matière de soins pénalement ordonnés**

**154.** - En matière de soins pénalement ordonnés, quelle place est accordée au consentement de ceux qui sont à la fois patient et délinquant ? Si les textes relatifs à l'injonction thérapeutique et à l'obligation de soins n'y font pas référence (1°), les dispositions en matière d'injonction de soins mentionnent explicitement le consentement du condamné aux soins (2°).

### **1° L'absence de référence au consentement en matière d'obligation de soins et d'injonction thérapeutique**

**155.** - On constate d'emblée que la question du consentement est totalement absente des textes en matière d'obligation de soins et d'injonction thérapeutique. En ce qui concerne l'injonction thérapeutique, on relève que ni les dispositions du Code pénal ni les dispositions du Code de la santé publique ne font quelque référence au consentement du mis en examen dans la phase pré-sentencielle, ou du condamné dans la phase sentencielle ou post-sentencielle. Ainsi, ni les textes qui habilite les magistrats du siège ou du parquet à prononcer cette mesure ni ceux qui organisent la prise en charge sanitaire ne font référence au recueil du consentement de la personne soumise à l'injonction thérapeutique<sup>264</sup>. Il n'est par ailleurs pas non plus prévu que le magistrat qui recourt à la mesure informe le mis en examen ou le condamné que ce dernier est en droit de refuser les soins.

**156.** - Dans le même sens, en ce qui concerne l'obligation de soins, le droit pénal ne prévoit là encore pas explicitement que le condamné doit consentir à la mesure de soins. Lorsque l'obligation de soins est prononcée dans le cadre du contrôle judiciaire, l'article 138 10° du Code pénal ne prévoit pas pour cette mesure de soins que le condamné exprime à quelque moment son

---

<sup>263</sup> E. Vergès, C. Ribeyre, A. Robert, *op. cit.*

<sup>264</sup> P. Mistretta, « L'illusion du consentement du délinquant à l'acte médical et aux soins en droit pénal », *op. cit.*

consentement. D'une manière similaire, lorsque l'obligation de soins constitue une modalité d'exécution d'une peine, ou encore lorsqu'elle est prononcée au titre d'un aménagement de peine, ou, enfin, dans le cadre d'une mesure de sûreté, au titre de l'article 132-45 3° du Code pénal, « dans toutes les hypothèses, à aucun moment le législateur ne fait référence à la question du consentement »<sup>265</sup>. Toutefois, en l'absence de toute référence expresse au consentement, ce n'est pas pour autant que les soins peuvent être réalisés sous la contrainte. En effet, les textes n'excluent pas expressément le principe général de l'exigence du consentement à l'acte médical et aux soins, qui trouve donc à s'appliquer, en application du droit commun : « telle est la vocation d'un principe général que d'être applicable tant qu'une disposition expresse contraire n'y déroge pas »<sup>266</sup>.

**157.** - Dès lors, dans les deux cas, en matière d'injonction thérapeutique comme d'obligation de soins, l'individu concerné par la mesure n'exprime en réalité son consentement qu'au moment de l'exécution des obligations qui lui sont imposées, au risque toutefois d'être sanctionné par des poursuites s'il était dans le cadre d'une alternative aux poursuites, ou la révocation de la mesure probatoire, qu'il s'agisse d'une peine ou d'un aménagement<sup>267</sup>.

## **2° Un consentement explicitement prévu en matière d'injonction de soins**

**158.** - L'article 131-36-4 du Code pénal dispose que, dans le cadre de l'injonction de soins, « le président avertit [...] le condamné qu'aucun traitement ne pourra être entrepris sans son consentement ». Initialement, le projet de Jacques Toubon en 1996 ne prévoyait pas cette exigence. En effet, le délinquant était sommé de se soigner : il s'agissait d'une condamnation, or, « on ne recueille pas le consentement d'un prévenu pour le condamner, fût-ce à des soins »<sup>268</sup>. En réalité, comme le souligne le psychiatre Gérard Dubret, le principe de consentement aux soins faisant obstacle à tout acte médical « forcé », il ne paraissait pas envisageable dans les faits d'administrer de force des traitements hormonaux, ou encore d'« extirper [les] fantasmes déviants [des délinquants] par d'hypothétiques psychothérapies de coercition »<sup>269</sup>. Si les textes relatifs à l'injonction de soins n'avaient pas fait mention du consentement du patient, on l'a vu pour les

---

<sup>265</sup> *Ibid.*

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

<sup>267</sup> Les soins pénalement ordonnés, journée d'analyse des pratiques professionnelles CPIP 18, du 22 mai 2015 au 23 mai 2015; p 121.

<sup>268</sup> G. Dubret, « Obligation et continuité de soins pour les auteurs d'infractions sexuelles : Modalités d'accès aux soins. Difficulté du suivi ambulatoire », *L'information psychiatrique*, vol n° 77, n°5, 2001, p. 476-482.

<sup>269</sup> *Ibid.*

autres mesures de soins pénalement ordonnés, cela n'aurait pas permis pour autant à l'autorité judiciaire de s'affranchir du consentement du condamné<sup>270</sup>. Le consentement aux soins n'est par ailleurs pas toujours explicitement exigé en matière d'injonction de soins ; L'article 132-45 du Code pénal relatif au sursis probatoire - mais auquel de nombreux aménagements de peine renvoient - prévoit que l'injonction de soins peut être prononcée au titre des obligations particulières ; néanmoins, s'il est fait référence à l'expertise psychiatrique, le 22° ne fait pas mention du consentement du condamné.

**159.** - En outre, parmi les différentes possibilités de recours à des soins pénalement ordonnés, en matière d'injonction de soins, le traitement inhibiteur de libido « présente un intérêt particulier au regard de l'exigence du consentement à l'acte envisagé »<sup>271</sup>. En effet, depuis la loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales, le médecin traitant peut, dans le cadre d'une injonction de soins, prescrire un traitement inhibiteur de libido. Conscient du caractère particulièrement intrusif de ce type de traitement qui agit directement sur le corps humain et comporte des effets secondaires, le législateur avait initialement renforcé l'exigence de consentement. Etait ainsi exigée du condamné qu'il renouvelle chaque année et par écrit son consentement au traitement inhibiteur de libido. La doctrine suggérait même que la décision de recourir à un tel traitement ne puisse être prise qu'après que le consentement du condamné ait été recueilli en présence de son avocat<sup>272</sup>. La loi n°2010-242 du 10 mars 2010 tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédure pénale, si elle ne s'est pas affranchie totalement de l'exigence de consentement, a toutefois supprimé la référence à l'expression écrite et renouvelée de ce consentement, de sorte que, depuis cette loi, la mise en oeuvre d'un tel traitement n'est pas différente d'une simple psychothérapie du point de vue du consentement du condamné. Ce dernier n'a pas davantage de marge de manoeuvre pour accepter ou refuser un tel traitement, malgré l'atteinte directement portée à son corps et son intimité sexuelle.

**160.** - Ainsi, « le droit pénal, « qui est naturellement un droit de direction et non consensualiste », se heurte au droit médical qui, ainsi qu'on l'a relevé, s'est édifié autour du respect de la volonté individuelle et du consentement »<sup>273</sup>. C'est donc avec hostilité qu'est envisagée la question du consentement aux soins en matière de soins pénalement ordonnés. Si le législateur ne

---

<sup>270</sup> *Ibid.*

<sup>271</sup> P. Mistretta, « L'illusion du consentement du délinquant à l'acte médical et aux soins en droit pénal », *op. cit.*

<sup>272</sup> B. Lavielle, *op. cit.*

<sup>273</sup> P. Mistretta, « L'illusion du consentement du délinquant à l'acte médical et aux soins en droit pénal », *op. cit.*

peut s'en affranchir complètement, il prévoit en pratique des dispositifs permettant de s'accommoder de cette exigence, en élaborant un système d'incitation aux soins, qui, en pratique, permet de contraindre les individus à s'y plier, quand bien même ils auraient *a priori* refusé le traitement.

## **Section 2 : Un consentement contraint**

**161.** - Comme l'écrivait Homère dans l'Illiade, « on peut consentir contre sa volonté »<sup>274</sup>. On l'a vu, il est en effet possible pour un individu de consentir mais que ce consentement soit contraint par une pression extérieure ou vicié par l'absence d'informations reçues en amont. C'est là tout l'intérêt de caractériser ce consentement, en s'assurant que ce dernier est libre et éclairé. Il s'agira ici de s'interroger sur la réalité du caractère libre du consentement aux soins dans le cadre des soins pénalement ordonnés. Le droit pénal, un droit de direction qui tend toutefois à être de plus en plus contractualisé, peut-il intégrer le consentement du justiciable lorsqu'il s'agit de le punir (§1) ? L'individu est-il libre de refuser ces soins ? Quelles sont les conséquences d'un refus de soins *a priori*, devant le magistrat ? Quelles sont les conséquences si le sujet arrête les soins entrepris ? (§2)

### **§1 Un consentement « substitutif » face à un droit pénal « de direction »**

**162.** - Comme le souligne le Professeur Patrick Mistretta, « on pouvait imaginer que la rencontre d'un droit médical, focalisé sur l'exigence du consentement, et d'un droit pénal, de plus en plus réceptif à cette question, allait placer le concept de consentement au centre des préoccupations d'un droit pénal médical tout juste émergent »<sup>275</sup>. Néanmoins, force est de constater que si, par principe, le droit pénal ne peut s'affranchir du principe de consentement aux soins, cet assentiment « constitue une donnée très éphémère du droit pénal »<sup>276</sup>. Comment concilier les nécessités répressives et préventives du droit pénal avec l'exigence de consentement consacrée par le Code de la santé publique et le Code civil sans exclusion aucune de l'état de condamné de la personne ? En somme, comment concilier le respect de la liberté individuelle avec l'efficacité répressive ? « Le droit pénal, qui est naturellement un droit de direction et non consensualiste, se heurte ici directement au droit médical qui, ainsi qu'on l'a relevé, s'est édifié autour du respect de la volonté individuelle et du consentement »<sup>277</sup>.

---

<sup>274</sup> Homère, L'Illiade, IV, 43.

<sup>275</sup> P. Mistretta, « L'illusion du consentement du délinquant à l'acte médical et aux soins en droit pénal », *op. cit.*

<sup>276</sup> *Ibid.*

<sup>277</sup> *Ibid.*

**163.** - Cette question n'est pas propre aux mesures de soins. Si peine et consentement sont deux notions qui peuvent de prime abord paraître antinomiques, on constate depuis un demi-siècle, avec notamment l'abolition de la peine de travaux forcés par l'Ordonnance du 4 juin 1960, l'émergence d'une justice pénale de plus en plus consensuelle, coexistant avec une justice impérative, d'ordre public. Consentement dans le cadre de la comparution sur reconnaissance préalable de culpabilité, consentement aux travaux d'intérêt général, aux soins ... L'on exige de plus en plus du condamné que ce dernier donne son accord pour exécuter une sanction.

**164.** - Pour le Professeur Xavier Pin, il s'agit en réalité d'un « consentement substitutif », ou d'un « acte d'opinion », permettant à l'individu de « choisir un statut »<sup>278</sup>. Quand le soin est une peine, ou toute autre forme de mesure pénale (c'est à dire toute mesure émanant des autorités répressives comme les mesures alternatives aux poursuites ou encore les soins prononcés dans le cadre d'un contrôle judiciaire), en conformité avec le principe de libre consentement aux actes médicaux, le justiciable n'est donc pas contraint d'accepter les mesures de soins prononcées à son encontre. Toutefois, dans cette logique de « consentement substitutif », le législateur a prévu que l'absence de consentement de l'individu, soit clairement exprimé dès l'audience devant la juridiction de jugement, soit matérialisé par l'abandon des soins pendant l'exécution de la mesure, ne serait pas sans conséquences.

**165.** - En parallèle, l'étude de la lettre des textes en matière de soins pénalement ordonnés interroge du point de vue de la prise en compte du consentement. La terminologie utilisée dans les textes est représentative du fait que le droit pénal est traditionnellement un droit de « direction », et non consensualiste. En ce qui concerne l'article 138 du Code de procédure pénale, qui prévoit l'obligation de soins au stade de l'instruction en tant qu'obligation particulière du contrôle judiciaire, les termes employés sont révélateurs de la volonté du législateur de contraindre le prévenu aux soins. Ce dernier doit « se soumettre » à des mesures d'examen, de traitement ou de soins<sup>279</sup>. Dans le même sens, en ce qui concerne l'injonction thérapeutique en tant qu'alternative aux poursuites, l'article L3423-1 du Code de la santé publique prévoit que le procureur peut enjoindre à la personne ayant fait un usage illicite de stupéfiants ou une consommation habituelle et excessive d'alcool de « se soumettre », à une mesure d'injonction thérapeutique<sup>280</sup>. Lorsqu'elle est

---

<sup>278</sup> X. Pin, Le consentement en matière pénale, Bibliothèque des sciences criminelles, Tome 36, L.G.D.J, 2002.

<sup>279</sup> C. pr. pén., art. 138 10°.

<sup>280</sup> C. de la santé publique, art. L3423-1.

prononcée au stade de l'instruction, le mis en examen peut « se voir notifier, par ordonnance du juge d'instruction, du juge des enfants ou du juge des libertés et de la détention, une mesure d'injonction thérapeutique »<sup>281</sup>. En ce qui concerne les soins prononcés dans le cadre d'une peine probatoire ou d'un aménagement de peine, il est là encore prévu que le condamné doit « se soumettre » aux mesures de soins (obligation de soins et injonction thérapeutique) à l'article 132-45 3° du Code pénal. En ce qui concerne l'injonction thérapeutique, l'article L. 3425-1 du Code de la santé publique permet, à titre de peine complémentaire, à la juridiction de jugement d'« astreindre » les auteurs de certaines infractions à une mesure d'injonction thérapeutique.

**166.** - En ce qui concerne l'injonction de soins, le vocabulaire utilisé est moins impératif : il est expressément fait référence au consentement du condamné et au fait que la mesure lui est « proposée » et non imposée. Néanmoins les moyens de pression et de sanction prévus par le législateur dans le cas où celui qui aurait été enjoint à se soigner refuserait de se soumettre aux soins permettent là encore de douter, même dans le cadre de l'injonction de soins, de la réalité de la liberté du consentement.

## **§2 Un refus ou un abandon de soins sanctionné**

**167.** - En étudiant toutes les hypothèses où le droit pénal permet de recourir à un acte médical pour apporter une réponse pénale à un acte de délinquance, on observe que le consentement, qui fait entrave à la logique répressive du droit pénal, est envisagé avec hostilité<sup>282</sup>. En effet, en matière de soins pénalement ordonnés, il semble que le consentement aux soins soit toujours offert sous la menace d'une sanction : incarcération au titre d'une détention provisoire, poursuites, mise à exécution d'une peine d'emprisonnement, révocation d'une mesure d'aménagement de peine ... On distingue deux temps dans la sanction du refus ou de l'abandon des soins : au stade pré-sentenciel (avant toute déclaration de culpabilité) (A), et au stade post-sentenciel, après que la peine ait été prononcée et lorsque que cette dernière est en cours d'exécution par le condamné (B).

### **A/ La sanction du refus ou de l'abandon des soins au stade pré-sentenciel**

**168.** - Les soins en matière pénale peuvent être ordonnés avant toute déclaration de culpabilité. Outre le cas de l'ajournement, le refus ou l'abandon des soins peut être « sanctionné »,

---

<sup>281</sup> C. de la santé publique, art. L3424-1.

<sup>282</sup> P. Mistretta, « L'illusion du consentement du délinquant à l'acte médical et aux soins en droit pénal », *op. cit.*

soit par le déclenchement des poursuites dès lors que les soins intervenaient dans le cadre d'une alternative aux poursuites (1°) soit par le recours à une mesure plus coercitive lorsque les soins ont été prononcés dans le cadre du contrôle judiciaire (2°).

### **1° Le recours à une mesure coercitive dans le cadre de l'instruction**

**169.** - L'article 138 du Code de procédure pénale permet au juge d'instruction ou au juge des libertés et de la détention de prononcer une obligation de soins dans le cadre du contrôle judiciaire. En l'absence de toute exclusion explicite du consentement du mis en examen à la mesure de soins, le principe général de consentement du patient aux actes médicaux s'applique. Néanmoins, l'article 141-2 du Code de procédure pénale prévoit que « si la personne mise en examen se soustrait volontairement aux obligations du contrôle judiciaire, le juge d'instruction peut décerner à son encontre mandat d'arrêt ou d'amener. Il peut également, dans les conditions prévues au quatrième alinéa de l'article 137-1, saisir le juge des libertés et de la détention aux fins de placement en détention provisoire. Quelle que soit la peine d'emprisonnement encourue, le juge des libertés et de la détention peut décerner, à l'encontre de cette personne, un mandat de dépôt en vue de sa détention provisoire ». Un dispositif similaire existe en ce qui concerne l'injonction thérapeutique dès le stade de l'instruction<sup>283</sup>.

**170.** - Dans ce cadre, le consentement tacite du prévenu qui engage une thérapie est « donné » avec la crainte, s'il refuse, d'être incarcéré au titre de la détention provisoire. Quelle est donc la réalité de ce consentement ? Par ailleurs, au delà du régime applicable au stade de l'instruction, à un stade de la procédure où le mis en examen est dans l'attente d'être jugé, dans quelle mesure peut-il se permettre de refuser les soins ? La pression est particulièrement forte pour le mis en examen, puisque l'investissement ou à l'inverse le refus d'initier un processus de soins durant l'information aura une influence déterminante sur la décision de la juridiction de jugement en ce qui concerne le choix de la peine et ses modalités d'exécution. La pression sur le consentement résulte ici, outre la crainte d'être incarcéré, « de l'espérance de mansuétudes, promises ou garanties, lors du traitement judiciaire ultérieur de l'affaire »<sup>284</sup>.

---

<sup>283</sup> C. de la santé publique, art. L3424-1.

<sup>284</sup> P. Mistretta, « L'illusion du consentement du délinquant à l'acte médical et aux soins en droit pénal », *op. cit.*



## 2° Le déclenchement des poursuites

171. - L'injonction thérapeutique peut être prononcée dans le cadre des alternatives aux poursuites. À cette occasion, le procureur de la République reçoit le justiciable, et, après un bref rappel de la loi, l'informe de sa volonté de lui faire bénéficier d'une mesure alternative aux poursuites, et donc de suspendre les poursuites pénales, à conditions que ce dernier se soumette à une injonction thérapeutique. En effet, selon le Code de la santé publique, l'action publique n'est pas exercée à l'encontre des personnes qui se soumettent à la mesure d'injonction thérapeutique qui leur est ordonnée et la suivent jusqu'à son terme<sup>285</sup>. Mais, là encore, dans quelle mesure le consentement est-il libre dès lors que l'individu a conscience qu'un refus l'expose à des poursuites pénales pouvant déboucher sur une décision de condamnation ?

172. - Pour le Professeur Patrick Mistretta, c'est donc à l'évidence « sous la pression que s'exprime le consentement à l'acte médical ; Le refus de soins et la mauvaise volonté manifestée lors de la réalisation de la thérapie souhaitée par le magistrat du parquet expose l'individu à une mise en œuvre certaine de l'action publique. Entre le passage garanti devant un magistrat du siège l'exposant à une condamnation pénale quasi inéluctable et l'extorsion d'un acte médical, l'alternative est très théorique, et l'on peut comprendre que les délinquants fassent le choix pragmatique de sacrifier le libre exercice d'une liberté individuelle sur leur corps »<sup>286</sup>.

### **B/ La sanction du refus ou de l'abandon de soins au stade post-sentenciel**

173. - Au stade post-sentenciel, c'est à dire lorsque la peine a déjà été prononcée et que cette dernière est en voie d'être exécutée ou est déjà en cours d'exécution par le condamné, le refus d'initier ou l'abandon des soins est également sanctionné. Cette sanction, qui se traduit le plus souvent par une incarcération du condamné mais peut aussi consister dans le fait de refuser à ce dernier le bénéfice de certains aménagements de peine, peut intervenir au moment de l'exécution de la peine (1°), de son aménagement (2°), mais aussi au moment de l'exécution d'une mesure de sûreté (3°).

---

<sup>285</sup> C. de la santé publique, art. L. 3423-1.

<sup>286</sup> P. Mistretta, « L'illusion du consentement du délinquant à l'acte médical et aux soins en droit pénal », *op. cit.*

## **1° Au moment de l'exécution de la peine**

**174.** - En vertu de l'article 131-36-4 du Code pénal, lorsque l'injonction de soins est prononcée dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire, la juridiction de jugement doit avertir le condamné « qu'aucun traitement ne pourra être entrepris sans son consentement ». Le texte ajoute néanmoins aussitôt que, si ce dernier « refuse les soins qui lui seront proposés, l'emprisonnement prononcé en application du troisième alinéa de l'article 131-36-1 pourra être mis à exécution ». Ce texte prévoit en effet que la décision de condamnation doit fixer « la durée maximum de l'emprisonnement encouru par le condamné en cas d'inobservation des obligations qui lui sont imposées » dans le cadre du suivi socio-judiciaire. Cet emprisonnement est au maximum de trois ans dans le cas où la personne a été condamnée pour un délit, et sept ans en cas de condamnation pour un crime. Sur ce point, le législateur a renforcé la contrainte avec la loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité (dite loi Perben II) en augmentant les quantum des peines d'emprisonnement encourues. Initialement, la durée maximum de l'emprisonnement encouru par le condamné en cas d'inobservation des obligations qui lui sont imposées était de deux ans en cas de condamnation pour délit et cinq ans en cas de condamnation pour crime. L'article 763-5 du Code de procédure pénale précise en son alinéa 3 que cet emprisonnement pourra être mis à exécution par le juge de l'application des peines, en tout ou partie, dès lors que le condamné refuse « de commencer ou de poursuivre le traitement prescrit par le médecin traitant et qui lui a été proposé dans le cadre d'une injonction de soins » ; le refus de soins ab initio est donc aussi sévèrement sanctionné que l'abandon de soins en cours de mesure. Enfin, l'article 763-5 du Code de procédure pénale tempère le caractère « substitutif » du consentement, en ce qu'il dispose que « l'accomplissement de l'emprisonnement pour inobservation des obligations du suivi socio-judiciaire ne dispense pas le condamné de l'exécution du suivi socio-judiciaire », de sorte qu'« en cas de nouveau manquement par le condamné à ses obligations, le juge de l'application des peines peut de nouveau ordonner la mise à exécution de l'emprisonnement pour une durée qui, cumulée avec la durée de l'emprisonnement exécuté, ne saurait excéder celle fixée par la juridiction de condamnation ». Ainsi, en réalité, dans le cadre du suivi socio-judiciaire, le condamné, qui doit par principe consentir à la mesure de soins, n'a en réalité pas le choix : s'il ne consent pas aux soins, il peut être emprisonné. À l'issue de cet emprisonnement, qui, on aurait pu le croire, le dispenserait des soins, ce dernier ayant préféré la privation de liberté à une thérapie ou à un traitement inhibiteur de libido, le condamné est à nouveau enjoint d'initier un processus de soins. S'il ne s'y résigne pas, il sera de nouveau emprisonné.

**175.** - En ce qui concerne le sursis probatoire, dans le cadre duquel des soins peuvent être ordonnés (indifféremment, une obligation de soins, une injonction de soins et une injonction thérapeutique), outre d'éventuels rappels ou modifications des obligations, les textes prévoient que le juge de l'application des peines peut révoquer le sursis dès lors que « le condamné n'a pas satisfait aux mesures de contrôle et aux obligations particulières qui lui étaient imposées »<sup>287</sup>, notamment les soins ordonnés. Le refus ou l'abandon des soins, en ce qu'il constitue une violation des obligations particulières prévues dans le cadre du sursis probatoire, peut justifier la révocation du sursis et ainsi la mise à exécution de l'emprisonnement. Là encore, l'article 132-49 du Code pénal prévoit que « la décision ordonnant la révocation partielle du sursis ne met pas fin au régime de la probation et n'attache pas à la condamnation les effets d'une condamnation sans sursis », de sorte que le probationnaire doit, pour la période encore assortie du sursis, investir la mesure de soins ordonnée. S'il ne s'exécute pas, le condamné pourra à nouveau voir son sursis révoqué, totalement ou partiellement.

**176.** - Ainsi, pour le Professeur Patrick Mistretta, en ce qui concerne particulièrement l'injonction de soins, « poser l'exigence du consentement comme fondement [de la mesure] pour aussitôt ensuite menacer le condamné d'une peine d'emprisonnement s'il fait valoir son droit en manifestant un refus de soins est un système très hypocrite qui aboutit à un assentiment sous pression très éloigné de toute idée de liberté »<sup>288</sup>. L'utilité de ce consentement contraint interroge, en ce qu'il est « aux antipodes du droit au consentement qu'a su faire émerger le droit médical »<sup>289</sup>. Cette position est partagée par la doctrine de façon presque unanime, qui dénonce un « dispositif en trompe-l'oeil »<sup>290</sup>. Bien que le consentement du condamné ne soit explicitement pas prévu par les textes pour les autres formes de soins pénalement ordonnés, on peut toutefois là aussi interroger l'existence d'une telle « pression » aux soins, le principe de consentement du patient à l'acte médical s'appliquant malgré le fait qu'il n'y soit pas fait explicitement référence.

## **2° Au moment de l'aménagement de la peine**

**177.** - La logique est la même en matière d'aménagement de peine. Un aménagement de peine peut être octroyé au condamné avec comme obligation particulière de suivre une mesure de

---

<sup>287</sup> C. pén., art 132-47.

<sup>288</sup> P. Mistretta, « L'illusion du consentement du délinquant à l'acte médical et aux soins en droit pénal », *op. cit.*

<sup>289</sup> *Ibid.*

<sup>290</sup> *Ibid.*

soins, et, si le condamné refuse de se soigner ou abandonne les soins en cours de mesure, le juge d'application des peines peut *in fine* révoquer la mesure, ce qui conduit à la réincarcération du condamné.

**178.** - À ce titre, lorsque le juge d'application des peines octroie, par exemple, une libération conditionnelle, un placement à l'extérieur ou encore une semi liberté, ce dernier peut assortir la mesure d'une obligation de soins, une injonction thérapeutique ou encore d'une injonction de soins (articles 723-1, 723-4 et 731 du Code de procédure pénale). Toutefois, l'article 723-2 du Code de procédure pénale relatif au placement à l'extérieur et à la semi liberté prévoit que « si les conditions qui ont permis au tribunal de décider que la peine serait subie sous le régime de la semi-liberté ou du placement à l'extérieur ne sont plus remplies, si le condamné ne satisfait pas aux obligations qui lui sont imposées [...] le bénéfice de la mesure peut être retiré par le juge de l'application des peines ». La logique est la même en matière de libération conditionnelle ; l'article 733 du Code de procédure pénale prévoit qu'« en cas de nouvelle condamnation, d'inconduite notoire, d'infraction aux conditions ou d'inobservation des mesures énoncées dans la décision de mise en liberté conditionnelle, cette décision peut être révoquée ». À nouveau, dans ces différentes hypothèses, le consentement aux soins est particulièrement relatif, dès lors que le refus de suivre des soins au moment de la mise en oeuvre de la mesure d'aménagement peut aboutir de façon presque certaine à la révocation de la mesure, et donc à la réincarcération du condamné. Si le condamné « consent » et se rend aux rendez vous médicaux, c'est donc probablement moins parce qu'il croit aux bienfaits de la thérapie que par crainte d'être réincarcéré.

**179.** - Dans le même sens, en dehors des mesures de soins pénalement ordonnés à proprement parler, une très forte incitation aux soins existe avant même que l'aménagement de peine ne soit octroyé, au cours de la détention. En 1998, lors de la création du suivi socio-judiciaire, le législateur considérait qu'il était « à la fois inefficace et contraire à la déontologie médicale d'imposer, sous peine de sanction, des soins à une personne déjà privée de liberté »<sup>291</sup>. Néanmoins, les textes prévoient un système d'« incitation ferme »<sup>292</sup> aux soins en détention : le refus de suivre le traitement proposé par le juge de l'application des peines en détention est sanctionné par le retrait du bénéfice de certaines mesures. Ainsi, comme vu précédemment, toute personne condamnée pour un crime ou un délit pour lequel le suivi socio-judiciaire est encouru qui refuserait les soins proposés

---

<sup>291</sup> F. Le Gunehec, « Aperçu rapide sur les disposition de la loi n°98-468 du 17 juin 1998 instituant le suivi socio-judiciaire des condamnés sexuels », JCP G 1998, p. 1193, cité par E. Vergès, C. Ribeyre, A.-G. Robert, *op. cit.*

<sup>292</sup> A. Ciavaldini, « Conflictualité et éthique du soin pénalement obligé avec les auteurs de violences sexuelles », *op. cit.*

par le juge de l'application des peines pendant son incarcération ne peut prétendre à une libération conditionnelle<sup>293</sup>. Avant la refonte du système des crédits de réduction de peine par la loi n°2021-1729 du 22 décembre 2021, l'article 721-1 du Code de procédure pénale prévoyait que ces mêmes personnes ne pouvaient pas bénéficier de réductions supplémentaires de peine. Depuis cette loi récente, le nouveau système leur permet de bénéficier de réductions de peine, mais les quantums sont amoindris dans le cas de figure où les soins en détention seraient refusés. Il en va de même lorsque une personne condamnée dont le discernement était altéré aux moments des faits refuse les soins qui lui sont proposés en détention<sup>294</sup>.

### **3° Au moment de « l'après peine »**

**180.** - Lorsque la peine a été dûment exécutée, les mesures de soins pénalement ordonnées peuvent toujours être prononcées dans le cadre de mesures de sûreté, comme c'est le cas de l'injonction de soins dans le cadre de la surveillance judiciaire. De la même manière qu'en matière de suivi socio-judiciaire, le juge de l'application des peines, avant la libération du condamné, l'avertit qu'« aucun traitement ne pourra être entrepris sans son consentement, mais que, s'il refuse les soins qui lui seront proposés, tout ou partie de la durée des réductions de peine dont il a bénéficié pourra lui être retiré ». En effet, dans ce cadre, le Code de procédure pénale prévoit expressément que « constitue pour le condamné une violation des obligations qui lui ont été imposées le fait de refuser de commencer ou de poursuivre le traitement prescrit par le médecin traitant et qui lui a été proposé dans le cadre d'une injonction de soins »<sup>295</sup>. Le cas échéant, le juge de l'application des peines peut, après un débat contradictoire, retirer tout ou partie de la durée des réductions de peine dont a bénéficié le condamné et ordonner sa réincarcération. Si l'obligation de soins avait été préférée à l'injonction de soins, le régime est le même dans le cas où le condamné refuse ou cesse les soins<sup>296</sup>.

**181.** - Concernant la surveillance de sûreté, le fait pour la personne de refuser de commencer ou de poursuivre le traitement prescrit par le médecin traitant et qui lui a été proposé dans le cadre d'une injonction de soins constitue une méconnaissance par cette dernière des obligations qui lui sont imposées dans le cadre de la surveillance de sûreté (article 706-53-19 du Code de procédure

---

<sup>293</sup> C. pr. pén., art 729.

<sup>294</sup> C. pr. pén., art 721.

<sup>295</sup> C. pr. pén., art. 723-35 al 4.

<sup>296</sup> C. pr. pén., art 723-35.

pénale). Le cas échéant, cela peut justifier son placement en centre socio-médico-judiciaire de sûreté. On constate là encore une réelle contrainte ; le consentement, explicitement prévu par les textes en matière d'injonction de soins, est conditionné par la crainte de se voir contraint à une réincarcération, ou à une rétention de sûreté.

**182.** - Ainsi, il ressort de l'étude des prévisions légales qu'en dépit du principe de consentement aux soins, une forte contrainte est exercée sur les individus afin de les déterminer à consentir aux soins qui leur sont proposés. Pourquoi dès lors en réaffirmer l'importance avec la création de l'injonction de soins ? Certains praticiens insistent sur la nécessité de ce consentement.

### **Section 3 : Un consentement nécessaire**

**183.** - Le consentement voire la demande du prévenu ou du condamné à la mesure de soins est considéré par de nombreux psychiatres et psychologues comme un préalable nécessaire à l'adhésion de ce dernier aux soins qui lui sont administrés (§1). Toutefois, une position inverse est défendue en doctrine, selon laquelle les soins pénalement ordonnés seraient un cadre, un préalable nécessaire à la demande de soin (§2).

#### **§1 Le consentement, préalable nécessaire à la mise en oeuvre des soins**

**184.** - Les soins pénalement ordonnés font appel, soit implicitement (comme c'est le cas pour l'obligation de soins par exemple), soit explicitement (comme c'est le cas pour l'injonction de soins) au consentement de l'individu. Pourtant, la réalité de ce consentement n'est pas garantie au regard des dispositifs de contrainte prévus par le législateur. Dès lors, pourquoi le législateur a-t-il, par exemple, intégré la notion de consentement dans les textes relatifs à l'injonction de soins, si c'est pour ajouter immédiatement après qu'un refus de soins conduirait à une incarcération ?

**185.** - Le consentement libre et éclairé à la mesure de soins est considéré par de nombreux professionnels de santé comme un préalable nécessaire à l'efficacité des soins, ces derniers n'envisageant pas le soin sans demande préalable. Pour ces thérapeutes, un processus thérapeutique ne peut être engagé qu'avec un minimum d'adhésion<sup>297</sup>, adhésion qui se manifesterait par une demande de soins en dehors de tout cadre judiciaire. Pour les partisans de cette théorie, une demande qui est produite par des injonctions ou des obligations n'est pas une véritable demande sur

---

<sup>297</sup> J.-M. Beney, « Obligation de soins : aspects juridiques, éthiques et médicaux », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 2006, 190, n° 6, p. 1147-1155.

laquelle il est possible de travailler<sup>298</sup>. Les soins pénalement ordonnés ne peuvent alors être bénéfiques pour la personne qui y est assujettie que s'il y a « un retour émotionnel », sinon quoi il ne s'agit que d'une mesure administrative ou judiciaire « sans aucun intérêt »<sup>299</sup>, d'où cette exigence de consentement.

**186.** - Le risque régulièrement soulevé par la doctrine lorsque les soins sont contraints est que l'auteur de l'infraction les investisse de façon purement utilitariste, qu'il adhère formellement à une situation qui est en réalité subie<sup>300</sup>. Pour éviter que l'une des « sanctions » précédemment décrites ne trouve à s'appliquer, le patient peut par exemple confier au thérapeute « des messages rassurants à l'intention du juge de l'application des peines »<sup>301</sup>, notamment lorsque les soins sont enjoins au début de la procédure pénale, au titre d'un contrôle judiciaire par exemple. Dans l'optique d'amenuiser leur peine, il est fort probable qu'à ce stade de la procédure, les mis en causes engagent un « faux travail thérapeutique »<sup>302</sup>. Ultérieurement, les condamnés peuvent également se rendre aux rendez-vous médicaux dans l'unique objectif d'obtenir une attestation de suivi, afin de la remettre par la suite aux différents organes chargés de ce suivi, à savoir le SPIP, le médecin coordonnateur ou le médecin relais.

**187.** - Dans une logique plus utilitariste, certains insistent sur les vertus de l'« auto-contrainte ». Le consentement du patient aux soins en matière pénale a aussi plusieurs fonctions ; Il est clair qu'« imposer des soins par la force physique en milieu ouvert à des individus qui les refusent paraît inenvisageable »<sup>303</sup> : outre les risques de condamnation sur le fondement de l'article 3 de la Convention EDH, une telle mise en oeuvre de mesures de soins par la force impliquera des coûts humains et financiers « démesurés ».

**188.** - On l'a vu, on constate une évolution dans la sémantique en ce qui concerne l'injonction de soins ; Si les textes créant les premières mesures de soins pénalement ordonnés étaient particulièrement directifs, en 1998, lorsque l'injonction de soins est créée, l'individu est

---

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

<sup>299</sup> *Ibid.*

<sup>300</sup> M.G. Schweitzer, N. Puig-Vergès, « Soins obligés, injonction de soins et expertises judiciaires. Enjeux idéologiques ou enjeux politiques pour la psychiatrie », *Annales médico-psychologiques*, vol. n° 172, n° 7, 2014, p. 573-576.

<sup>301</sup> E. Archer, « Le traitement psychiatrique des auteurs d'agressions sexuelles », *Jéricho (Bulletin de l'Association Nationale des Visiteurs de Prison)*, 1999, p. 179.

<sup>302</sup> A. Ciavaldini, « Conflictualité et éthique du soin pénalement obligé avec les auteurs de violences sexuelles », *op. cit.*

<sup>303</sup> M. Couturier, *op. cit.*

appelé à consentir à des soins qui lui sont « proposés », tout en étant informé que, s'il refuse, il risque l'incarcération<sup>304</sup>. L'institution judiciaire propose alors les soins au délinquant qu'elle juge malade, et l'incite à y collaborer en faisant planer sur lui la menace d'une privation de liberté. Le consentement du délinquant aux soins s'inscrit dans l'idée d'une auto-contrainte que ce dernier s'impose, en cohérence avec des modes de contrôle social post-disciplinaire<sup>305</sup> où est prônée « l'incitation à collaborer, de sa place et selon ses besoins, à la gestion des contraintes dans le cadre d'une division du travail entre les instances de domination et ceux qui y sont assujettis »<sup>306</sup>. Toute l'efficacité de ces nouveaux dispositifs de contrôle social est en effet fondée sur la « reconnaissance d'une liberté, au moins partielle, à celui qui fait l'objet de la surveillance, aboutissant ainsi à une forme de fusion entre contrôle et liberté »<sup>307</sup>. Le contrôle social post-disciplinaire se fonde dès lors sur une forme d'auto-contrainte, une intériorisation du contrôle par l'individu, « au travers d'une construction de l'adhésion à ce qui le contraint ». Celle-ci permet dès lors « d'économiser en partie la dépense de pouvoir nécessaire pour obtenir la docilité »<sup>308</sup>.

**189.** - Certains professionnels de santé se réjouissent de l'existence d'un tel cadre de soins, permettant de faire émerger une demande auprès d'un public qui, initialement, n'aurait pas initié quelconque processus de soins. Il parlent d'une « illusoire attente de la demande »<sup>309</sup>.

## §2 La sanction, préalable nécessaire à la demande ?

**190.** - La question de l'absence de demande explicite de soins est soulevée par nombre de soignants dans le secteur de la psychiatrie. Le déni, la crainte d'être confronté à un passé douloureux, au jugement du thérapeute, la croyance selon laquelle ce dernier « ne peut rien faire » pour aider le patient, sont autant d'éléments qui limitent les démarches de soins en dehors de toute contrainte. À ce sujet, en ce qui concerne particulièrement l'addictologie, certains médecins

---

<sup>304</sup> *Ibid.*

<sup>305</sup> Mathias Couturier, à ce sujet, écrit que « l'essence de la société disciplinaire était selon Foucault, une organisation globale opérant la mise en conformité de l'individu à la norme par inclusion, tout au long de son existence, dans des institutions de contrôle social cloisonnées exerçant alors leur pouvoir sur un mode autoritaire et coercitif (l'école, la caserne, l'usine, la prison, l'asile...). Ces modes traditionnels du contrôle social, dans le monde post-disciplinaire, tendent à être concurrencés par des dispositifs plus variables, souples et dispersés dans le corps social dont le ressort essentiel n'est plus tant d'insérer l'individu dans la norme de manière autoritaire que de l'insérer par interaction avec ses affects » (M. Couturier, *op. cit.*).

<sup>306</sup> R. Castel, *La gestion des risques : De l'antipsychiatrie à l'après psychanalyse*, Ed. de Minuit, 1981, p. 208.

<sup>307</sup> M. Couturier, *op. cit.*

<sup>308</sup> O. Razac, *Avec Foucault. Après Foucault. Disséquer la société de contrôle*, L'Harmattan, 2008, p. 119 et s.

<sup>309</sup> J. Chagnon, F. Houssier, « L'illusoire attente de la demande », *Adolescence*, vol. n° 304, n° 4, 2012, p. 919-933.



psychiatres considèrent que les patient consultent rarement de leur propre initiative, mais que la majorité d'entre eux « consultent dans une ambiance de contrainte », et sont « souvent adressés par un tiers (médecin traitant, leur conjoint, leurs enfants) »<sup>310</sup>. Dès lors, pour ces professionnels, « attendre que le patient soit demandeur n'est pas un critère suffisant pour réussir un changement »<sup>311</sup> : « la demande de soins n'est pas le fondement de la relation, elle est à construire au fil de la relation [...]. Plus qu'à un soin, la justice contraint avant tout à une rencontre avec un clinicien. L'émergence d'une demande est donc tout au plus une perspective dans les premiers temps de la rencontre »<sup>312</sup>.

**191.** - Dans ce cadre, refuser une alliance des cadres judiciaire et sanitaire ne revient-il pas à ne pas permettre à un public qui en aurait besoin un accès aux soins ? Si, seuls, ces sujets ne sont pas en capacité de faire la demande, les soins pénalement ordonnés permettent de forcer les individus qui y sont assujettis à rencontrer le soin, dans des conditions environnementales favorables<sup>313</sup>. On peut percevoir ces soins obligés par la justice comme une forme de « méta-cadre » paradoxalement respectueux des individus en ce qu'ils ne les placent pas dans la situation de faire la demande d'un soin ou d'en choisir la teneur, « ce dont [ils n'ont] pas encore acquis la capacité »<sup>314</sup>. La sanction et le soin ordonné fonctionnent comme une sorte de « rite de passage », un « processus civilisateur »<sup>315</sup>, qui peuvent permettre d'initier un processus de soins, poursuivi ensuite en dehors de tout cadre judiciaire<sup>316</sup>. En somme, l'« obligation pénale organise la rencontre »<sup>317</sup>.

**192.** - Sur la « menace » de la sanction en cas de refus de soins, pour certains cliniciens, une telle contrainte peut être une bonne motivation ; la motivation initiale d'un sujet ne prédit en effet pas la persévérance dans le traitement<sup>318</sup>. La crainte d'être poursuivi, incarcéré au titre de la

---

<sup>310</sup> O. Cottencin, C. Bence, « Addictions : soins obligés et soins motivés ». La Presse Médicale, vol. n°5, n° 12P1, 2016.

<sup>311</sup> *Ibid.*

<sup>312</sup> V. Di Rocco, M. Ravit, *op. cit.*

<sup>313</sup> A. Ciavaldini, « Conflictualité et éthique du soin pénalement obligé avec les auteurs de violences sexuelles », *op. cit.*

<sup>314</sup> *Ibid.*

<sup>315</sup> A. Ciavaldini, « Sanctionner et soigner : du soin pénalement obligé au processus civilisateur », *op. cit.*

<sup>316</sup> C. Le Bodic, M. Michelot, D. Robin, « Les soins pénalement ordonnés (II). Mise en place d'un dispositif d'accueil de patients sous main de justice au sein d'un service de psychiatrie de secteur », *Annales médico-psychologiques*, vol. n°173, n°2, 2015/03, p. 203-210.

<sup>317</sup> Fédération Addiction, Guide Pratiques : Santé/justice - Les soins obligés en addictologie, 2020, 92 p.

<sup>318</sup> W.-R. Miller « Motivation for treatment : a review with special emphasis on alcoholism » *Psychological Bulletin*, 1985, p.84-107.

détention provisoire ou de voir son sursis révoqué, par exemple, peut être la source de la motivation au changement. Fisch et al. proposent de « renégocier le contrat » : « si le patient n'adhère pas à l'objectif thérapeutique initialement annoncé, il existe de toute façon une plainte sous-jacente pour laquelle il est réellement motivé à faire évoluer la situation. L'objet de la plainte est simplement différent de celui de la demande apparente »<sup>319</sup>. En l'espèce, en matière de soins pénalement ordonnés, ce sont les sanctions pénales en suspend qui peuvent pousser l'individu à investir la mesure de soins ordonnée par la justice.

**193.** - Ainsi, l'exigence de consentement aux soins et l'expertise médicale en amont de la mesure permettent de légitimer le prononcé des soins et d'en apprécier l'opportunité. Pour parfaire le dispositif de soins pénalement ordonnés, le législateur a progressivement encadré les rôles des différents acteurs et leurs échanges afin de permettre « un suivi dans le suivi » et ainsi renforcer l'efficacité des soins obligés.

## **Titre 2 : Une organisation des relations santé-justice renforçant l'efficacité du recours aux soins**

**194.** - Avec la création de l'injonction de soins, le législateur a défini les rôles des différents professionnels du soin et de la justice intervenant dans la mesure de soins. Cette définition des rôles, qui s'est ensuite progressivement étendue aux autres mesures de soins pénalement ordonnés (Chapitre 1), permet une transmission accrue des informations et plus généralement une meilleure coordination des acteurs sanitaires et judiciaires (Chapitre 2).

### **Chapitre 1 : La définition progressive des rôles des acteurs sanitaires et judiciaires**

**195.** - Lorsque le législateur crée le dispositif d'injonction de soins en 1998, il introduit une triangulation entre le juge de l'application des peines et le médecin traitant avec la création d'un médecin coordonnateur<sup>320</sup>. Le dispositif sera repris près de dix ans plus tard en matière d'injonction thérapeutique, avec la création d'un médecin relais. Les rôles des acteurs sanitaires, complémentaires, sont alors définis avec précision (Section 1). En parallèle, acteurs judiciaires jouent des rôles inégaux. Quand certains voient leur attributions se renforcer au fil des réformes, particulièrement en ce qui concerne le juge de l'application des peines, d'autres, comme les CPIP, pâtissent d'une pratique qui rend leurs missions difficiles à mettre en oeuvre (Section 2). Il s'agira

---

<sup>319</sup> O. Cottencin, C. Bence, *op. cit.*

<sup>320</sup> J. Senon, « Un bilan en demi-teinte de l'interface santé justice », *op. cit.*

ici de s'intéresser principalement à l'injonction de soins, qui est le dispositif le plus encadré par les textes, puis à l'injonction thérapeutique, et, de façon plus résiduelle, à l'obligation de soins.

## **Section 1 : Complémentarité des rôles des acteurs sanitaires**

**196.** - Le rôle du médecin traitant a été précisé par des dispositions législatives au fur et à mesure de la création de mesures de soins pénalement ordonnés de plus en plus encadrées (§1). En matière d'injonction de soins et d'injonction thérapeutique, ont été en parallèle respectivement créés des médecins coordonnateurs et médecin relais, des interfaces justice-santé (§2).

### **§1 L'encadrement du rôle du médecin traitant**

**197.** - Le Code de la santé publique régit les relations entre le médecin traitant et la personne suivie dans le cadre d'une injonction de soins et de l'injonction thérapeutique, ainsi que ses contacts avec les autres professionnels intervenant dans le cadre de ces soins pénalement ordonnés. Ces relations sont toutefois peu — voire pas — règlementées en ce qui concerne l'obligation de soins. Il s'agira ici de s'intéresser à la liberté laissée par le législateur, d'une part, à la personne soumise aux soins, qui peut librement choisir son thérapeute (A), et d'autre part au médecin qui la prend en charge, qui jouit également d'une grande liberté : celle d'accepter ou de refuser de suivre la personne obligée de se soigner, et de choisir le traitement qu'il juge le plus adapté (B).

#### **A/ Le choix du médecin traitant**

**198.** - Le choix du médecin traitant par la personne soumise à une mesure de soins pénalement ordonnés est, par principe, libre (1°). Mais l'assentiment du médecin choisi doit être recueilli (2°).

##### **1° Le choix du médecin traitant par la personne enjointe aux soins**

**199.** - Si la loi impose les soins, elle n'impose pas pour autant un médecin traitant à celui qui est enjoint à se soigner.

**200.** - Le médecin coordonnateur a pour rôle de convoquer la personne soumise à une injonction de soins « pour un entretien au cours duquel il lui fait part des modalités d'exécution de cette mesure et l'invite à choisir un médecin traitant »<sup>321</sup>. Le choix du médecin traitant est donc libre pour la personne soumise à une injonction de soins. Depuis la loi n° 2005-1549 du 12 décembre

---

<sup>321</sup> C. de la santé publique, art L. 3711-1 et R. 3711-12.

2005, si la personnalité du condamné le justifie, « le médecin coordonnateur peut inviter celui-ci à choisir, soit en plus du médecin traitant, soit à la place de ce dernier, un psychologue traitant ayant exercé pendant au moins cinq ans »<sup>322</sup>. On retrouve cette même liberté en matière d'injonction thérapeutique : le médecin relais invite la personne « à choisir immédiatement ou au plus tard dans un délai de dix jours un médecin destiné à assurer sa prise en charge médicale »<sup>323</sup>. Plus précisément, le Code de la santé publique dispose que le médecin relais « invite l'intéressé à se présenter auprès d'un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ou d'un médecin de son choix ». Le texte prévoit néanmoins que, à défaut d'un choix par la personne sous injonction thérapeutique dans ces délais, le médecin peut être « désigné d'office »<sup>324</sup> — par le médecin relais, on présume, en l'absence de précisions des textes — de sorte que cette liberté semble plus relative en matière d'injonction thérapeutique. Mais un dispositif est également prévu en matière d'injonction de soins dans le cas où le médecin coordonnateur estime que le médecin ou psychologue traitant choisi n'est « manifestement pas en mesure d'assurer la prise en charge »<sup>325</sup>. Dans une telle situation, il peut refuser d'avaliser le choix du médecin traitant par la personne. Si un désaccord sur le choix effectué persiste, c'est le juge de l'application des peines qui désigne un médecin traitant pressenti par la personne soumise à l'injonction de soins, après s'être assuré du consentement du médecin et après avis du médecin coordonnateur<sup>326</sup>. Toutefois, si le juge de l'application des peines estime impossible de procéder à cette désignation, il peut ordonner, « selon les cas et conformément aux dispositions du code de procédure pénale, la mise à exécution de l'emprisonnement encouru, la révocation du sursis avec mise à l'épreuve, le retrait ou la révocation de la libération conditionnelle, le retrait des réductions de peines ou le placement en rétention de sûreté »<sup>327</sup>.

**201.** - En matière d'injonction de soins comme d'injonction thérapeutique, des règles particulières de désignation du médecin traitant sont prévues lorsque la personne enjointe à se soigner est un mineur ou un majeur protégé ; le cas échéant, le médecin qui assure la prise en charge

---

<sup>322</sup> C. de la santé publique, art. L. 3711-4-1.

<sup>323</sup> C. de la santé publique, art. R. 3413-11.

<sup>324</sup> C. de la santé publique, art. L. 3413-2.

<sup>325</sup> C. de la santé publique, art. R. 3711-12.

<sup>326</sup> C. de la santé publique, art. R. 3711-15.

<sup>327</sup> *Ibid.*

médicale est respectivement choisi par les représentants légaux ou la personne chargée de la mesure de protection, et l'accord du mineur ou du majeur protégé doit être recherché sur ce choix<sup>328</sup>.

**202.** - La liberté du choix du praticien, même si elle n'est pas explicitement prévue par les textes, existe également en matière d'obligation de soins. A ce sujet, le magistrat Jean-Marie Beney parle d'une « excessive liberté de choix » accordée à la personne, qui « laisse les sphères médicales et judiciaires dans l'ignorance réciproque de leur action, au bénéfice direct de cette dernière »<sup>329</sup>, les rapports entre les différents acteurs étant très peu formalisés en ce qui concerne ce dernier dispositif.

## **2° L'assentiment du médecin assurant la prise en charge**

**203.** - L'assentiment du médecin prenant en charge la personne doit être recueilli par écrit, dans un délai de quinze jours, par le médecin coordonnateur ou le médecin relais selon le dispositif. En cas de réponse négative ou de silence gardé à l'expiration du délai, le médecin coordonnateur ou relais invite la personne à choisir un autre médecin<sup>330</sup>. Sur ce point, le Docteur Bouyssy, en sa qualité de médecin coordonnateur, explique le procédé qu'elle a mis en place afin de recueillir le consentement du médecin traitant :

« Pour m'assurer du consentement des médecins traitants, je leur adresse un courrier écrit dans lequel je mentionne qu'il s'agit d'une injonction de soins, qui implique que la personne soit suivie régulièrement et que lui soient délivrées des attestations permettant de justifier de la réalité de son suivi auprès du juge. Je leur adresse donc un document, avec des cases à cocher, dans lequel je leur demande de s'engager formellement et de me confirmer qu'ils sont bien d'accord pour prendre la personne en charge. Sans ce document pré-rédigé avec des cases à cocher, ils ne répondent pas. Je n'ai jamais reçu de lettre spontanée d'un médecin traitant pour confirmer qu'il consentait à prendre en charge le patient. Avec cette méthode, 7 fois sur 10 le courrier me revient. Il arrive toutefois que le courrier ne me revienne jamais, parfois alors même que la personne est bien suivie dans le cadre de son injonction de soins et produit des attestations »<sup>331</sup> (Annexe 1).

---

<sup>328</sup> En matière d'injonction de soins, voir C. de la santé publique, art. R. 3711-12.  
En matière d'injonction thérapeutique, voir C. de la santé publique, art. R. 3413-13.

<sup>329</sup> J. Beney, *op. cit.*

<sup>330</sup> En matière d'injonction de soins, voir C. de la santé publique, art. R. 3711-14.  
En matière d'injonction thérapeutique, voir C. de la santé publique, art. R. 3413-12.

<sup>331</sup> M. Bouyssy, propos recueillis lors d'un entretien non retranscrit réalisé le lundi 6 juin 2021.

**204.** - En pratique, le refus de certains médecins de prendre en charge une population pénale se soignant « sous la contrainte » n'est pas chose rare<sup>332</sup>. Sur ce point, Aude Ventéjoux, psychologue, affirme que « l'élément prégnant du discours des psychologues quant à ces suivis est l'évocation de la contrainte, qu'ils détournent des patients concernés pour la considérer au regard de leurs propres positionnements : « *c'est pas vraiment un choix, moi j'ai pas envie de faire que des obligations de soins non plus, j'ai rien demandé* » » (1 psychologue), « *des fois on peut se demander qui est sous obligation. Est-ce que c'est vraiment les personnes qu'on nous adresse, ou est-ce que c'est les thérapeutes ?* » (1 psychologue), « *des fois je me sens plus dans l'obligation de soigner* » (1 psychologue) »<sup>333</sup>. Un rapport d'information de l'Assemblée Nationale de 2012 constatait que, « tant dans le secteur privé que dans le public, la mise en œuvre de soins pénalement ordonnés se heurte à l'insuffisance des structures de prise en charge en milieu ouvert »<sup>334</sup>. À titre d'exemple, en ce qui concerne les CMP, structures rattachées aux hôpitaux publics regroupant psychiatres, psychologues, infirmiers et autres spécialistes des troubles mentaux, le rapport constatait de nombreuses difficultés d'accès, tels que « d'importants délais d'attente pour l'obtention d'un rendez-vous », ou encore « des refus nets de la part des personnels de ces établissements de prendre en charge des personnes dans le cadre de soins pénalement ordonnés »<sup>335</sup>. Etait soulevée l'insuffisance des moyens humains de ces centres et le constat que « certains CMP soient réticents à l'idée de prodiguer des soins sous contrainte, surtout lorsqu'il s'agit d'auteurs d'infractions à caractère sexuel »<sup>336</sup>.

**205.** - Face à ces réticences de certains professionnels, plusieurs structures spécialement dédiées aux comportements addictifs, aux auteurs d'infractions à caractère sexuel et plus généralement aux soins pénalement ordonnés se développent à des échelles locales, surtout, mais aussi nationales. On pense notamment aux CSAPA qui assurent une prise en charge pluridisciplinaire (médicale, psychologique, sociale et éducative) des conduites addictives et accueillent notamment la population pénale et les personnes soumises à des soins pénalement ordonnés. On en recense près de 500 sur le territoire français, en métropole et en outre-mer. À une

---

<sup>332</sup> A. Ventéjoux, A. Hirschelmann, « Soins pénalement ordonnés et positionnements professionnels : des pratiques au carrefour de la Santé et de la Justice », *op. cit.*

<sup>333</sup> *Ibid.*

<sup>334</sup> E. Blanc, Rapport d'information n° 4421 sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel, Assemblée Nationale, 2012.

<sup>335</sup> *Ibid.*

<sup>336</sup> *Ibid.*

échelle plus locale, on pense par exemple à la création de centres spécialisés, comme le Centre intersectoriel de soins pénalement ordonnés (CISPÉO), structure rattachée au groupe hospitalier Paul-Guiraud à Villejuif. Unité fonctionnelle du SMPR de Fresnes, les professionnels du CISPÉO prennent en charge des patients placés sous main de justice en milieu libre, à l'occasion de thérapies individuelles ou de groupe qui « ont pour vocation principale le travail autour du passage à l'acte »<sup>337</sup>.

## **B/ Le choix du traitement proposé par le médecin traitant**

**206.** Le médecin traitant est libre de choisir la thérapie qu'il estime la plus adaptée à l'individu (1°), qui peut parfois être soumis à un traitement particulier quant à sa mise en oeuvre et ses effets : le traitement inhibiteur de libido (2°).

### **1° Une liberté dans le choix de la thérapie**

**207.** - Il s'agit ici de la liberté du thérapeute de choisir la mesure de soins qu'il estime la plus adaptée au patient qu'il suit. Le médecin ou psychologue traitant est l'unique acteur impliqué dans la thérapie médicale du condamné<sup>338</sup>. En matière d'injonction de soins, le Code de la santé publique précise que « le juge de l'application des peines ne peut intervenir dans le déroulement des soins décidés par le médecin traitant »<sup>339</sup>. Il existe une grande variété de soins, qui sont sensiblement les mêmes quelle que soit la mesure de soins prononcée, à l'exception des prises en charge médicamenteuses aux fins d'inhibition de la libido, qui ne sont prévues que dans le cadre de l'injonction de soins.

**208.** - E. Floris et al., professionnels de santé, se sont penchés sur les différentes approches thérapeutiques existant dans le cadre des soins pénalement ordonnés. Il distinguent en premier lieu la prise en charge médicamenteuse, qui s'attache « à soulager le sujet des symptômes qui entravent son équilibre et qui ont pu concourir, plus ou moins directement, à lui faire commettre une infraction pénale »<sup>340</sup>. Cette prise en charge est de deux types : elle peut consister en la prescription de médicaments psychotropes (antidépresseurs et régulateurs de l'humeur, anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques, voire neuroleptiques et antipsychotiques), ou de modulateurs de libido.

---

<sup>337</sup> <https://www.gh-paulguiraud.fr/actualites/ouverture-du-centre-intersectoriel-de-soins-penalement-ordonnes>.

<sup>338</sup> A. Langlade et al., « État des lieux d'un dispositif de soins pénalement ordonnés : l'injonction de soins », *op. cit.*

<sup>339</sup> C. de la santé publique, article R. 3711-18.

<sup>340</sup> E. Floris et al., « Les approches thérapeutiques dans l'injonction de soins », *Soins Psychiatrie*, n°309, 2017, p. 25-30.

**209.** - Peuvent également être réalisées dans le cadre de ces soins pénalement ordonnés des psychanalyses et des thérapies d'inspiration psychanalytique, comme les méthodes psychodynamiques, mises en œuvre en psychothérapie individuelle comme en thérapie de groupe, qui « font usage des théories psychanalytiques et proposent un cadre de traitement où la souffrance peut être entendue et représentée »<sup>341</sup>. Selon E. Floris et al., ces thérapies visent, dans le cadre notamment de la prise en charge d'AICS, à développer et explorer les relations mentales en rapport avec la sexualité. Les psychothérapies et thérapies cognitivo-comportementales sont également de plus en plus utilisées en France. Ces thérapies proposent « une lecture du passage à l'acte comme résultant d'une succession de phases, dont certaines comportent des leviers cognitifs, émotionnels et comportementaux »<sup>342</sup> ; elles peuvent porter sur les habiletés sociales, les éventuelles distorsions cognitives et croyances en lien avec le passage à l'acte, les comportements déviants et l'apprentissage du comportement adapté ... Enfin, des prises en charge groupales peuvent également être mises en place dans le cadre de soins pénalement ordonnés, avec la mise en place de groupes de paroles thérapeutiques, qui favorisent la mobilisation. Selon E. Floris et al., le groupe, de par sa constitution, a différentes fonctions thérapeutiques, notamment une « fonction contenante » (l'aspect fiable et constant du cadre crée un espace perçu comme sécurisant), une « fonction étayante » (« chaque participant va devenir pour l'autre “un appareil à penser” »<sup>343</sup>), une « fonction d'appartenance » (qui sort l'individu de son isolement), et une « fonction de différenciation » (afin de « se positionner au regard de son vécu et de celui de l'autre, se différencier, et pouvoir penser et prendre en compte la différence de l'autre »<sup>344</sup>).

## **2° La délicate question des traitements inhibiteurs de libido**

**210.** - En matière d'injonction de soins, depuis la loi du 13 décembre 2005, le médecin traitant est habilité à prescrire des « médicaments inhibiteurs de libido »<sup>345</sup>. Le psychologue traitant n'a toutefois pas la faculté de prescrire quelconque traitement médicamenteux<sup>346</sup>. Ces médicaments sont prescrits à des personnes ayant été condamnées pour des infractions sexuelles, le plus souvent d'une certaine gravité, qui éprouvent des difficultés à contrôler leurs comportements sexuels ou

---

<sup>341</sup> *Ibid.*

<sup>342</sup> *Ibid.*

<sup>343</sup> *Ibid.*

<sup>344</sup> *Ibid.*

<sup>345</sup> C. de la santé publique, art. L. 3711-3 et C. pr. pén., art 706-47-1.

<sup>346</sup> C. de la santé publique, art. L. 3711-4-1.



souffrent d'une paraphilie et sont ainsi considérés comme « à risque » du point de vue de la récidive.

**211.** - Les inhibiteurs de libido sont des traitements endocriniens, plus spécifiquement des anti-androgènes qui inhibent la production de testostérone. L'objectif thérapeutique de ces traitements est de « réduire, voir inhiber totalement les fantasmes et préoccupations sexuelles déviantes »<sup>347</sup>. Il existe aujourd'hui en France deux traitements inhibiteurs de libido utilisés dans le cadre de l'injonction de soins : l'acétate de cyprotérone, commercialisé sous le nom d'Androcur, et la triptolérine, commercialisée sous le nom de Salvacyl. La première, qui s'administre par voie orale, s'oppose aux effets de la testostérone en l'empêchant de se fixer sur ses récepteurs. La seconde, qui s'administre par injections, bloque la production de testostérone. Ces traitements, en réduisant le taux sanguin de testostérone, sont supposés corrélativement conduire à une diminution du désir sexuel.

**212.** - Au regard du caractère particulièrement intrusif de ces traitements sur le corps humain, et de leurs nombreux effets secondaires, il est légitime de s'interroger sur leur efficacité. En pratique, plusieurs travaux portant sur l'utilisation d'anti-androgènes chez les auteurs d'infractions à caractère sexuel constatent, et ce de manière constante, « une réduction significative de l'intérêt sexuel, des pensées, pulsions et comportements, [et] font également état de taux faibles de récidive »<sup>348</sup>. Mais comme le soulève la doctrine, « en raison même des populations cibles pour ces traitements, de telles études comportent rarement un groupe témoin similaire, au-delà du fait qu'ils prennent tous le médicament en cause. Les comités d'éthique de la recherche ne risquent pas de donner leur consentement à des recherches dans lesquelles de « dangereux » délinquants sexuels se voient administrer des pilules ou injections placebo »<sup>349</sup>.

**213.** - D'une manière générale, les psychiatres considèrent que ce type de traitement doit systématiquement s'accompagner d'une démarche psychothérapeutique de fond, où sont travaillés le parcours de vie, la vie relationnelle et affective. En effet, si le traitement « freine le désir sexuel, donc l'activité sexuelle qui en résulte [...], il n'est pas capable de réorienter une sexualité déviante,

---

<sup>347</sup> E. Floris et al., *op. cit.*

<sup>348</sup> D. Gubrin, « L'utilisation de médicaments pour traiter de la délinquance sexuelle », traduit par M. Herzog-Evans, *AJ Pénal*, Dalloz, 2012, p. 622-626.

<sup>349</sup> *Ibid.*

prohibée »<sup>350</sup>. Le traitement médicamenteux permet justement au patient d'être disponible psychologiquement pour réaliser cette thérapie. En pratique, certains praticiens sont particulièrement réticents à prescrire ce type de traitement ; pour eux, le traitement permet de répondre à un besoin médical (qui, en l'espèce, peut être, par exemple, un comportement sexuel compulsif), mais ne vise pas à « neutraliser » un individu dont le risque de récurrence serait jugé élevé. Ils considèrent en ce sens que l'aspect clinique est la seule base sur laquelle s'appuyer pour prescrire des traitements inhibiteurs de libido.

## **§2 La création du médecin coordonnateur et le médecin relais : des interfaces justice/santé**

**214.** - Il s'agira ici de s'intéresser à l'injonction de soins et l'injonction thérapeutique, deux dispositifs pour lesquels un intermédiaire a été créé entre le médecin assurant la prise en charge médicale de la personne et l'autorité judiciaire. La volonté était de mettre en place une interface entre le médecin traitant et l'autorité judiciaire, qui n'appartient pas au corps judiciaire mais qui ne prodigue pas non plus de soins et peut communiquer plus « librement » avec tous les acteurs impliqués dans la mesure de soins. Le dispositif inspirera une réforme de l'injonction thérapeutique, avec la création d'un médecin relais aux attributions similaires (A). En pratique néanmoins, cette fonction est confrontée à des limites qui mettent à mal sa pérennisation (B).

### **A/ Une interface entre le médecin traitant et l'autorité judiciaire**

**215.** - Le médecin coordonnateur est créé avec l'injonction de soins dans le cadre du suivi socio-judiciaire par la loi n° 98-468 du 17 juin 1998. Son rôle est d'assurer, tout au long de la mesure, la liaison entre les acteurs sanitaires et les acteurs judiciaires. C'est l'originalité du dispositif de l'injonction de soins qui a inspiré la réforme de l'injonction thérapeutique en 2007. Avec la loi du 5 mars 2007, le législateur a réformé le régime de l'injonction thérapeutique et a créé un médecin relais chargé de décider des modalités de l'injonction thérapeutique, ainsi que d'en contrôler l'application effective. Cette nouvelle fonction, selon la doctrine, « ressemble à s'y méprendre au médecin coordonnateur de la loi du 17 juin 1998 »<sup>351</sup>.

**216.** - En matière d'injonction de soins, c'est l'article 3711-1 du Code de la santé publique qui définit avec précision le rôle pluriel du médecin coordonnateur. Il lui revient dans un premier

---

<sup>350</sup> T. Albernhe et K. Albernhe, « Comment traiter les délinquants sexuels ? », dans R. Cario et J. Heraut (dir), *Les abuseurs sexuels : quel(s) traitement(s) ?*, L'Harmattan, Paris, 1998, p. 55-90.

<sup>351</sup> K. Cornier, « Les soins pénalement ordonnés », *Les Tribunes de la santé*, vol. n° 17, n°4, 2007, p. 87-95.

temps le rôle d'inviter le condamné à choisir un médecin traitant et de l'aiguiller dans ce choix. Le médecin relais est également chargé de cette tâche. Ils jouent également un rôle de conseil auprès du médecin traitant, si ce dernier en fait la demande.

**217.** - Le médecin coordonnateur a par ailleurs pour rôle de « transmettre au juge de l'application des peines ou à l'agent de probation les éléments nécessaires au contrôle de l'injonction de soins ». Sur ce point, l'article R3711-21 du Code de la santé publique prévoit que, pour l'exécution de l'injonction de soins, le médecin coordonnateur doit convoquer la personne périodiquement, au moins une fois par trimestre, afin de réaliser un bilan de sa situation, et transmettre au juge de l'application des peines au moins une fois par an « un rapport comportant tous les éléments nécessaires au contrôle du respect de l'injonction de soins ». Si la personne a été condamnée pour un crime pour lequel la rétention de sûreté est encourue, ce rapport est adressé au moins deux fois par an. Le même article du Code de la santé publique précise que « ce rapport dresse un bilan précis de la mise en œuvre de l'injonction de soins ». Le cas échéant, il comporte des « éléments d'appréciation sur l'évolution de la personne au regard de son besoin de soins ainsi que des propositions sur les modalités de poursuite de la mesure ». En matière d'injonction thérapeutique, le médecin relais, est également chargé, à l'issue d'exams à échéance semestrielle, d'informer l'autorité judiciaire « de l'évolution de la situation médicale de l'intéressé », information qui figure « dans un rapport écrit mentionnant le type de mesure de soins ou de surveillance médicale mis en place, la régularité du suivi et, sous réserve du secret médical, tous autres renseignements permettant d'apprécier l'effectivité de l'adhésion de l'intéressé à cette mesure »<sup>352</sup>.

**218.** - Ces « médecins-pivot »<sup>353</sup> assurent ainsi une évaluation longitudinale qui permet au juge de l'application des peines d'apprécier au mieux l'évolution du condamné tout en préservant le secret médical du thérapeute. Dans un rapport d'information de l'Assemblée Nationale de 2012 sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel, le député Étienne Blanc soulevait que, « de façon générale, les praticiens, tant médecins que magistrats, [...] considèrent le médecin coordonnateur comme une institution indispensable. En effet, il permet aux uns et aux autres de travailler ensemble et d'échanger des informations essentielles sans pour autant remettre en cause le secret professionnel [...]. Le médecin coordonnateur a précisément pour rôle de distiller les informations strictement nécessaires aux autres acteurs du suivi. De même, pour que le traitement

---

<sup>352</sup> C. de la santé publique, art. R. 3413-14.

<sup>353</sup> E. Christin et al., *op. cit.*

fonctionne, le soignant doit conserver son rôle et se préoccuper à titre principal de la souffrance des auteurs d'infractions à caractère sexuel, non pas des risques de récidive, qu'il appartient au médecin coordonnateur et au juge d'évaluer »<sup>354</sup>. C'est d'ailleurs pourquoi le Code de la santé publique prévoit, tant en matière d'injonction thérapeutique que d'injonction de soins, des incompatibilités avec le statut de médecin coordonnateur ou médecin relais. Ce dernier ne peut en effet être le médecin traitant de la personne qu'il suit en tant que médecin coordonnateur ou relais<sup>355</sup>.

**219.** - On constate néanmoins une différence notable en matière d'injonction de soins et d'injonction thérapeutique : si, dans le premier cas, le médecin coordonnateur ne peut être désigné pour procéder à l'expertise de la personne qu'il suit dans le cadre de ses fonctions, c'est précisément le médecin relais qui est chargé de l'examen médical précédemment décrit dans le cas de l'injonction thérapeutique.

## **B/ Des limites constantes à la pérennisation de ces fonctions**

**220.** - Bien que cette fonction de médecin pivot soit unanimement reconnue comme d'une particulière utilité pour les différents acteurs, en pratique, le dispositif se heurte à plusieurs difficultés, la principale étant le manque de médecins coordonnateurs et médecins relais et leur répartition inégale sur le territoire.

**221.** - En ce qui concerne le médecin coordonnateur en premier lieu, face aux difficultés précédemment soulevées quant à l'insuffisance de médecins volontaires pour endosser ces fonctions, le projet de loi de programmation relatif à l'exécution des peines envisageait en 2012, « d'une part, de porter de 700 à 900 euros le montant de l'indemnité forfaitaire par année civile et par personne suivie et, d'autre part, d'appliquer aux médecins coordonnateurs les mécanismes de bourse et de tutorat proposés pour les experts »<sup>356</sup>. Ces mesures n'ont toutefois jamais été mises en oeuvre ; Actuellement, les médecin coordonnateur perçoivent une indemnité forfaitaire de 700 euros brut par année civile par personne suivie. Néanmoins, la somme est réduite par moitié si le nombre d'entretiens de suivi réalisés est égal ou inférieur à deux sur l'année concernée. Sur ce point, le Docteur Bouyssy, psychiatre et médecin coordinateur, soulève une difficulté : « On est payé au

---

<sup>354</sup> E. Blanc, Rapport d'information n° 4421 sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel, Assemblée Nationale, 2012.

<sup>355</sup> En matière d'injonction de soins, voir C. de la santé publique, art R. 3711-8.  
En matière d'injonction de soins, voir C. de la santé publique, art. R. 3413-6.

<sup>356</sup> N. Borvo Cohen-Seat, Rapport n°302 sur le projet de loi adopté par l'Assemblée Nationale après engagement de la procédure accélérée, de programmation relatif à l'exécution des peines, Sénat, 2012.

regard du nombre de rendez-vous honorés. Dès lors que quelqu'un ne se présente pas aux rendez-vous, même si on a pu mobiliser du temps à lire le dossier, à recueillir l'assentiment d'un médecin traitant, et, éventuellement, lorsque le patient pose problème, à communiquer avec le SPIP par échange de courrier, on n'est pas payés. Ensuite, pour être payé, c'est le parcours du combattant. Par exemple, je n'ai pas encore été payée pour l'année 2021 »<sup>357</sup>. En somme, pour le Docteur Bouyssy « on donne une responsabilité importante à des intervenants dont on attend du bénévolat ».

**222.** - Face à cette pénurie de médecins coordonnateurs, la loi du 27 mars 2012 de programmation relative à l'exécution des peines<sup>358</sup> a mis en place un mécanisme de bourse et de tutorat, qui permet de proposer aux internes de médecine psychiatrique « un contrat d'engagement relatif à la prise en charge psychiatrique de personnes sur décision de justice, ouvrant droit à une allocation en contrepartie de leur inscription, une fois leurs études terminées, pour cinq ans, sur une des listes de médecins coordonnateurs lorsque le nombre de médecins coordonnateurs y figurant est insuffisant ». Actuellement, le dispositif, prévu à l'article L 632-7 du Code de l'éducation, ne peut toujours pas être mis en oeuvre, les mesures réglementaires prévues par la loi n'ayant pas encore été prises par le Gouvernement<sup>359</sup>.

**223.** - En matière d'injonction thérapeutique, la réforme du 5 mars 2007 créant la fonction de médecin relais avait précisément pour objectif de remédier au manque de professionnels sanitaires de la DDASS. Divers rapports constataient en effet un manque d'efficacité et un très faible recours à la mesure<sup>360</sup>. Mais le recours à l'injonction de soins n'a pas fortement augmenté suite à cette loi, voire a sensiblement diminué, notamment en raison de la publication particulièrement tardive de l'arrêté du 21 septembre 2009 relatif à la rémunération des médecins relais, retardant de deux ans la création de ces interfaces justice-santé. Une autre difficulté régulièrement relatée et déjà évoquée en ce qui concerne l'injonction de soins est l'existence d'une pénurie de médecins, plus ou moins importante selon les départements<sup>361</sup>. Depuis la création du médecin relais, la mise en oeuvre de l'injonction thérapeutique s'est trouvée ironiquement

---

<sup>357</sup> M. Bouyssy, propos recueillis lors d'un entretien non retranscrit réalisé le lundi 6 juin 2021.

<sup>358</sup> Loi n°2012-409 du 27 mars 2012 de programmation relative à l'exécution des peines.

<sup>359</sup> Sénat, Contrôle de l'application de la loi de programmation relative à l'exécution des peines [En ligne], Travaux parlementaires, Projets/Propositions de lois, Dossier, [Consulté le 10 mai 2022], disponible à l'adresse : <https://www.senat.fr/application-des-lois/pj111-264.html>.

<sup>360</sup> E. Blanc, Rapport d'information n° 1811 sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes majeures placées sous main de justice, Assemblée Nationale, 2009.

<sup>361</sup> E. Christin et al., *op. cit.*

« fortement entravée par l’instauration de cette interface »<sup>362</sup>. Face au recours limité à cette mesure, le législateur a adopté une nouvelle loi en 2011<sup>363</sup>, mise en application par une circulaire du 16 février 2012, laquelle considérait l’injonction thérapeutique comme « indispensable à la lutte contre la toxicomanie et la réduction des risques sanitaires »<sup>364</sup>. Le législateur a ainsi souhaité faciliter le recours à l’injonction thérapeutique en assouplissant les conditions de sa mise en œuvre, ajoutant « la possibilité de faire procéder à une première évaluation de l’usager-toxicomane par un [psychologue] qualifié et habilité par l’agence régionale de santé »<sup>365</sup>, à la place du médecin relais<sup>366</sup>. Cette habilitation peut résulter soit de la « justification d’une formation », soit d’une « expérience professionnelle dans le domaine de la prise en charge des addictions », des critères bien vastes donc. En 2018, E. Christin et al. affirmaient néanmoins que telle pratique n’était toujours pas effective, retardant ainsi « la bonne mise en œuvre de cette mesure sur le plan national »<sup>367</sup>.

**224.** - En parallèle de ces rôles complémentaires des acteurs sanitaires, les soins pénalement ordonnés sont également décidés et mis en oeuvre par des acteurs judiciaires aux rôles inégaux.

## **Section 2 : Inégalité des rôles des acteurs judiciaires**

**225.** - Les magistrats du parquet, le juge d’instruction et la juridiction de jugement sont autant d’acteurs qui jouent des rôles essentiels en matière de soins pénalement ordonnés, notamment au stade de l’information judiciaire et du jugement. Néanmoins, il s’agira ici de s’intéresser au rôle du juge de l’application des peines, qui, quelle que soit la mesure de soins pénalement ordonnés, s’est vu octroyé par le législateur des pouvoirs importants tant dans le prononcé de la mesure que dans son contrôle postérieur (§1). En parallèle, le SPIP, dont le rôle, essentiel, est régulièrement réaffirmé par le ministère de la Justice, semble en pratique rencontrer des difficultés dans l’exercice de ses missions en matière de soins pénalement ordonnés (§2).

---

<sup>362</sup> Circulaire du 16 février 2012 relative à l’amélioration du traitement judiciaire de l’usage de produits stupéfiants.

<sup>363</sup> Loi n° 2011-1862 du 13 décembre 2011 relative à la répartition des contentieux et à l’allègement de certaines procédures juridictionnelles.

<sup>364</sup> Circulaire du 16 février 2012 relative à l’amélioration du traitement judiciaire de l’usage de produits stupéfiants.

<sup>365</sup> *Ibid.*

<sup>366</sup> Loi n° 2011-1862 du 13 décembre 2011 relative à la répartition des contentieux et à l’allègement de certaines procédures juridictionnelles, art. 67.

<sup>367</sup> E. Christin et al., *op. cit.*

## §1 Le rôle croissant du juge de l'application des peines

**226.** - Le juge de l'application des peines en matière de soins pénalement ordonnés s'est vu octroyé au fur et à mesure des réformes un rôle croissant. Ce rôle est double : il est compétent à la fois pour ordonner la mesure de soins, au même titre que la juridiction de jugement, ainsi que pour veiller à son exécution et, éventuellement, en ordonner le relèvement.

**227.** - En ce qui concerne le prononcé de la mesure, dans le cadre de l'aménagement des peines privatives de liberté, le juge de l'application des peines, on l'a vu, ne pouvait à l'origine ordonner au stade post-sentenciel qu'une obligation de soins. Mais, depuis la loi n°2007-1198 du 10 août 2007, l'article 132-45 du Code pénal fait également mention de l'injonction thérapeutique. Depuis la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019, l'injonction de soins peut également être ordonnée en vertu de cet article. On l'a vu, avec la loi du 10 août 2007, le législateur lui a également octroyé la compétence d'ordonner, dans le cadre du suivi socio-judiciaire, une injonction de soins si la personne condamnée à un suivi socio-judiciaire n'avait pas été soumise préalablement à cette mesure par la juridiction de jugement. En ce qui concerne le relèvement de l'injonction de soins, lorsque celle-ci est prononcée dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire, la mesure peut être levée sur décision du juge de l'application des peines, sans qu'il soit nécessaire, comme c'était le cas avant la loi du 10 mars 2010, de saisir la juridiction de jugement qui a prononcé cette peine complémentaire<sup>368</sup>.

**228.** - Toutefois, pour ce qui relève du contrôle de l'exécution des soins pénalement ordonnés, le juge de l'application des peines est chargé selon l'article 712-1 du Code de procédure pénale de « fixer les principales modalités de l'exécution des peines privatives de liberté ou de certaines peines restrictives de liberté, en orientant et en contrôlant les conditions de leur application »<sup>369</sup>. En matière de soins pénalement ordonnés, son rôle se résume au contrôle de la bonne exécution de la mesure. En somme, il s'agit pour le juge de l'application des peines de s'assurer que le condamné est effectivement suivi dans le cadre de son obligation, et ce de façon régulière. Mais si le contrôle est facilité et encadré par de nombreuses dispositions en matière d'injonction de soins et d'injonction thérapeutique, le contrôle du juge de l'application des peines de

---

<sup>368</sup> J.-H. Robert, « Commentaire de la loi n° 2010-242 du 10 mars 2010 tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédure pénale », *op. cit.*

<sup>369</sup> C. pr. pén., art. 712-1.

la réalité du respect de l'obligation de soins se réduit bien souvent en réalité « à solliciter la production d'une attestation de soins »<sup>370</sup>.

## §2 Une mise en oeuvre fastidieuse par le service pénitentiaire d'insertion et de probation

**229.** - Le SPIP a pour mission principale la prévention de la récidive<sup>371</sup>. Les CPIP sont chargés de mettre en œuvre les mesures de contrôle et de veiller au respect des obligations imposées aux condamnés<sup>372</sup>. En matière de soins pénalement ordonnés, l'importance de leur rôle est régulièrement réaffirmée. Selon le Guide de l'injonction de soins, il revient au SPIP d'« [orienter] les personnes condamnées vers les structures de soins adaptées »<sup>373</sup>. Les personnels d'insertion et de probation sont dès lors « en charge du suivi de la mesure ». À ce titre, ils sont destinataires « de la part du médecin coordonnateur des éléments nécessaires au contrôle de l'injonction de soins<sup>374</sup> et [reçoivent] copie du rapport de situation établi par ce médecin sur la pertinence du traitement entrepris par le condamné, ainsi que des attestations de suivi du traitement délivrées par le médecin traitant<sup>375</sup> »<sup>376</sup>. Toutefois, en pratique, les échanges entre le médecin coordonnateur et le SPIP sont très rares. Le rapport de situation n'est que très rarement transmis aux SPIP : selon le rapport sur le dispositif d'injonction de soins publié par l'ONDRP en 2018, moins de 3 % des dossiers SPIP font mention d'un contact entre le médecin coordonnateur et le CPIP<sup>377</sup>. En ce qui concerne le médecin traitant, les praticiens « reconnaissent un refus d'échanges cliniques avec les CPIP, que ce soit par téléphone, écrits ou lors de réunions »<sup>378</sup>.

**230.** - Les CPIP sont en outre chargés d'évaluer le degré d'adhésion de la personne à la thérapie, ce dont il doivent rendre compte aux autorités judiciaires, « à leur demande ou chaque fois [qu'ils l'estiment] nécessaire ». Le guide de l'injonction de soins précise en outre que les CPIP sont

---

<sup>370</sup> B. Le Boëdec-Maurel, *op. cit.*

<sup>371</sup> Selon Elliot Louan, Conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation (CPIP), « la circulaire de la Direction de l'administration pénitentiaire (DAP) n° 113/PMJ1 du 19 mars 2008 relative aux missions et aux méthodes d'intervention des SPIP, puis la loi du 15 août 2014 ont consacré la prévention de la récidive comme mission principale des SPIP » (E. Louan, *op. cit.*).

<sup>372</sup> C. pr. pén., art. D574.

<sup>373</sup> Ministère de la Santé et des Sports, Ministère de la Justice, « Guide de l'injonction de soins », 2009.

<sup>374</sup> C. de la santé publique, art. L3711-1, 3°.

<sup>375</sup> C. de la santé publique, art. L 3711- 3.

<sup>376</sup> Guide de l'injonction de soins, *op. cit.*

<sup>377</sup> A. Langlade, Rapport sur le dispositif d'injonction de soins, *op. cit.*

<sup>378</sup> A. Ventéjoux, A. Hirschelmann, *op. cit.*



chargés d'adresser « chaque semestre au juge de l'application des peines un rapport de situation proposant le cas échéant des modifications des mesures de contrôle ou rendant compte de leur violation »<sup>379</sup>.

**231.** - Outre les éléments propres à l'injonction de soins, le Code de procédure pénale prévoit que le CPIP propose au magistrat, dans le cadre d'un aménagement de peine, « des mesures de contrôle et obligations et rend compte de leur respect ou de leur violation », et lui adresse des rapports ponctuels en cours d'exécution de la mesure, notamment en cas de difficultés ou d'incident rencontrés dans le suivi de la mesure<sup>380</sup>. L'article D574 du même code prévoit en outre expressément que le SPIP veille au respect de l'obligation de soins lorsque celle-ci est ordonnée au titre d'une mesure de sûreté en cas de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ou en cas de reconnaissance d'altération du discernement.

**232.** - Néanmoins, Elliot Louan, CPIP, constate des dysfonctionnements majeurs en pratique. La mise en oeuvre des soins pénalement ordonnés, pourtant pensés comme un instrument de la lutte contre la récidive, serait dans certaines situations « contre-productive ». Elliot Louan affirme en effet que le temps passé par le CPIP à mettre en oeuvre l'obligation de soins « réduit le temps disponible pour travailler au changement des cognitions et des comportements installés qui valorisent le recours à la délinquance »<sup>381</sup>. En s'appuyant sur une étude menée dans la province de l'Ontario, au Canada, il affirme que « les professionnels de la probation qui consacrent une part majeure de leur temps d'entretien à la vérification des obligations influent peu sur la récidive de leurs probationnaires, comparativement à leurs collègues qui privilégient un temps réduit de vérification des obligations mais qui consacrent en revanche l'essentiel des entretiens à travailler sur des domaines associés à la récidive »<sup>382</sup>. Il déplore une trop grande importance accordée au recueil de justificatifs de soins. Au delà de mettre les CPIP dans un rôle de « contrôleur » et de les enfermer dans une « identité professionnelle incomplète », ces justificatifs sont « bien souvent acceptés comme une preuve supposée d'adhésion à une démarche de changement, voire d'un changement, sans que cette évolution supposée ne soit finalement évaluée avec rigueur, en début puis en fin de suivi SPIP. Le rapport de fin de mesure du SPIP se contente généralement de rendre compte des

---

<sup>379</sup> Guide de l'injonction de soins, *op. cit.*

<sup>380</sup> C. pr. pén., art. D575.

<sup>381</sup> E. Louan, *op. cit.*

<sup>382</sup> *Ibid.*

rendez-vous honorés et de l'évolution générale du probationnaire, sans moyen précis de connaître le bénéfice de l'obligation de soins par rapport à d'autres facteurs intervenus pendant le suivi »<sup>383</sup>.

**233.** - Ainsi, cette définition progressive des rôles des différents professionnels, bien qu'elle soit parfois encore fragile, permet aux différents acteurs des soins pénalement ordonnés de coordonner leurs pratique et garantit, en principe, une transmission des informations fluide entre le sanitaire et le judiciaire.

## **Chapitre 2 : La coordination des acteurs sanitaires et judiciaires**

**234.** - La question de la coordination des acteurs sanitaires et judiciaires se cristallise essentiellement autour de la transmission des informations entre ces différents acteurs concernant le suivi des personnes soumises à des soins pénalement ordonnés (section 2), en présence de secrets professionnels (section 1), et particulièrement du secret médical, pouvant expliquer quelques réticences de la part de certains acteurs.

### **Section 1 : La question des secrets**

**235.** - En matière de soins pénalement ordonnés, différents secrets s'articulent. D'un côté, les soignants sont soumis au secret médical, quand bien même les soins interviennent dans un cadre judiciaire (§1). De l'autre, les acteurs judiciaires sont soumis au secret de l'enquête et de l'instruction et, d'une manière générale, au secret professionnel. Dès lors, se pose la question des informations pouvant être communiquées aux soignants dans le cadre d'une information judiciaire (§2).

#### **§1 La protection du secret médical dans le cadre des soins pénalement ordonnés**

**236.** - Le secret médical conserve toute son importance et revêt une utilité particulière dans le cadre des soins pénalement ordonnés (A). Néanmoins, on l'a vu, la prise en charge de l'individu en matière d'injonction de soins comme d'injonction thérapeutique peut, depuis 2007, être réalisée par un psychologue. Se pose dès lors dans ce cadre la question de l'assujettissement de ce praticien au secret médical (B).

##### **A/ Une protection nécessaire et affirmée**

---

<sup>383</sup> *Ibid.*

**237.** - En matière de soins pénalement ordonnés, les médecins sont soumis au secret professionnel, que l'on peut définir comme « l'interdiction faite à certaines personnes de révéler ce qu'elles ont appris dans le cadre professionnel sous peine de sanctions pénales »<sup>384</sup>. L'article 226-13 du Code pénal sanctionne en effet l'atteinte au secret professionnel : il prévoit 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 ». En ce qui concerne plus précisément le secret médical, l'article 4 du Code de déontologie médicale, repris à l'article R.4127-4 du Code de la santé publique, prévoit que « le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi ». Il couvre « tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris »<sup>385</sup>. Comme l'écrivait Emile Garçon, « le bon fonctionnement de la société veut que le malade trouve un médecin, le plaideur un défenseur, le catholique un confesseur, mais ni le médecin, ni l'avocat, ni le prêtre ne pourraient accomplir leur mission si les confidences qui leur sont faites n'étaient assurées d'un secret inviolable. Il importe donc à l'ordre social que ces confidents nécessaires soient astreints à la discrétion et que le silence leur soit imposé sans condition ni réserve, car personne n'oserait plus s'adresser à eux si l'on pouvait craindre la divulgation du secret confié. Ce secret est donc absolu et d'ordre public »<sup>386</sup>.

**238.** - En matière médicale, le secret est un « principe fondamental de la relation soignant soigné »<sup>387</sup>. Il n'y a « pas de soins sans confidences, de confidences sans confiance, de confiance sans secret »<sup>388</sup>. En effet, le secret médical est une « condition minimale pour que s'instaure une relation thérapeutique authentique et confiante »<sup>389</sup>. La confidentialité permet de faciliter la verbalisation, et surtout d'éviter les « thérapies vides » et que l'individu voit au travers du

---

<sup>384</sup> P. Verdier, « Secret professionnel et partage des informations », *Journal du droit des jeunes*, vol. n° 269, n° 9, 2007, p. 8-21.

<sup>385</sup> C. de la santé publique, art. R.4127-4.

<sup>386</sup> E. Garçon, commentaire de l'article 378 du Code Pénal, 1897.

<sup>387</sup> J. Da Costa et al., « Définitions, dérogations et applications du secret professionnel dans le cadre des soins pénalement ordonnés : revue de la littérature médicale et juridique française depuis 1998 », *L'Encéphale*, vol n° 47, Issue 6, 2021, p. 589-595.

<sup>388</sup> B. Hoerni, B. Glorion, *Ethique et déontologie médicale : permanence et progrès*, 2e édition, Masson, 2000.

<sup>389</sup> G. Dubret, « L'injonction thérapeutique de la loi du 17 juin 1998 : Une tentative pour articuler la peine et le soin », *Annales Médico-Psychologiques*, 2006, p. 851-856.

thérapeute « qu'une simple boîte aux lettres par laquelle il s'efforcera de diffuser les messages rassurants qu'il destine au juge »<sup>390</sup>.

**239.** - Les textes relatifs aux soins pénalement ordonnés font toutefois rarement référence au secret médical. En matière d'injonction thérapeutique, seul l'article R. 3413-14 du Code de la santé publique relatif aux missions du médecin relais prévoit que le rapport d'information qu'il fournit à l'autorité judiciaire doit mentionner tous les renseignements qui permettent d'apprécier l'effectivité de l'adhésion de l'intéressé à l'injonction thérapeutique, et ce « sous réserve du secret médical »<sup>391</sup>. En ce qui concerne l'injonction de soins, la référence au secret est également rare. Il n'y est fait mention qu'à l'article L. 3711-3 du Code de la santé publique, qui prévoit une exception au secret médical. En matière d'obligation de soins, les quelques dispositions relatives au dispositif ne font pas mention de ce secret.

## **B/ Le cas particulier du psychologue traitant**

**240.** - Aucune disposition légale ne prévoit que les psychologues soient soumis au secret professionnel. Toutefois, le code de déontologie des psychologues prévoit à son article 7 que « les obligations concernant le respect du secret professionnel s'imposent quel que soit le cadre d'exercice », et à son article 19 que « le psychologue évalue avec discernement la conduite à tenir en tenant compte des dispositions légales en matière de secret professionnel » dans le cas où il serait averti d'une situation « susceptible de porter atteinte à l'intégrité psychique ou physique de la personne qui le consulte ou à celle d'un tiers »<sup>392</sup>. Néanmoins, ce code n'a pas de valeur légale, contrairement au code de déontologie médicale, dont les articles ont été retranscrits dans le Code de la santé publique<sup>393</sup>. Dès lors, le secret professionnel ici « représente plutôt un enjeu de bonne pratique qu'une obligation juridique »<sup>394</sup>. Ainsi, par principe, les psychologues ne sont pas supposés être soumis au secret professionnel « par profession ».

**241.** - Néanmoins, les psychologues peuvent être désignés en tant que « psychologue traitant » dans le cadre d'une injonction de soins. Sont-ils alors soumis au secret dans le cadre de

---

<sup>390</sup> *Ibid.*

<sup>391</sup> C. de la santé pu., art. R. 3413-14.

<sup>392</sup> Groupe Interorganisationnel de Réglementation de la Déontologie des Psychologues, code de déontologie des psychologues, art. 19.

<sup>393</sup> J. Da Costa et al., *op. cit.*

<sup>394</sup> *Ibid.*

leurs « fonction » ou de leur « mission » ? En fonction de son cadre d'intervention, à savoir s'il travaille en libéral ou non, un psychologue peut être soumis au secret professionnel s'il prend en charge une personne dans le cadre de soins pénalement ordonnés. C'est notamment le cas s'il travaille dans un établissement, un service ou un organisme concourant à la prévention ou aux soins dont les activités sont régies par le Code de la santé publique<sup>395</sup>, comme par exemple, les services addictologie des hôpitaux publics.

## §2 La protection du secret de l'enquête et de l'instruction

**242.** - Le secret de l'enquête et de l'instruction est consacré à l'article 11 du Code de procédure pénale, qui dispose en son 1er alinéa que « sauf dans le cas où la loi en dispose autrement et sans préjudice des droits de la défense, la procédure au cours de l'enquête et de l'instruction est secrète ». L'alinéa 2 précise que « toute personne qui concourt à cette procédure est tenue au secret professionnel dans les conditions et sous les peines prévues à l'article 434-7-2 du code pénal ». Principe fondateur de la procédure pénale, en matière de soins pénalement ordonnés, en théorie comme en pratique, le secret de l'instruction pose très peu de difficultés.

**243.** - Seule l'obligation de soins et l'injonction thérapeutique peuvent être prononcées au stade de l'instruction, en vertu, respectivement, des articles 138 du Code de procédure pénale et L. 3424-1 du Code de la santé publique. En matière d'injonction thérapeutique, les textes prévoient que l'autorité judiciaire doit informer le directeur général de l'ARS de la mesure d'injonction thérapeutique afin que celui-ci fasse procéder à un examen médical ou à une évaluation socio-psychologique de l'individu, et lui transmettre, ainsi qu'au préfet, « la copie des pièces de la procédure qu'elle estime utiles », pièces que le directeur général de l'ARS communique « sans délai au médecin relais qu'il a désigné pour procéder à l'examen médical de l'intéressé »<sup>396</sup>. Au terme de l'exécution de la mesure, le médecin relais doit détruire « l'ensemble des pièces de procédure qui lui ont été adressées »<sup>397</sup>. En ce qui concerne l'obligation de soins, les textes prévoient uniquement que le juge d'instruction peut transmettre au médecin ou au psychologue qui traite la personne mise en examen l'ordonnance de placement sous contrôle judiciaire, les rapports d'expertise réalisés pendant la procédure, et « toute autre pièce utile du dossier »<sup>398</sup>. En dehors de ce cas, les

---

<sup>395</sup> C. de la santé publique, art. L1110-4.

<sup>396</sup> C. de la santé publique, art. R. 3413-10.

<sup>397</sup> C. de la santé publique, art. R. 3413-15.

<sup>398</sup> C. pr. pén., art. 138.

informations divulguées par l'autorité judiciaire aux soignants au stade de l'exécution de la peine et de son aménagement ne sont pas protégées par le secret de l'enquête et de l'instruction, mais par le secret professionnel.

**244.** - Se pose dès lors la question de la transmission des informations entre les différents acteurs mobilisés dans le cadre des soins pénalement ordonnés, notamment lorsqu'elles sont spécialement protégées.

## **Section 2 : La question de la transmission des informations**

**245.** - Les soins pénalement ordonnés nécessitent une étroite collaboration des différents acteurs mobilisés dans le cadre de ces mesures. Dès lors, le législateur a encadré avec plus ou moins de clarté selon les mesures de soins les rapports entre les acteurs sanitaires et judiciaires, afin de permettre la transmission des informations nécessaires à l'efficacité des soins (§1). Néanmoins, subsistent des difficultés, qui font parfois obstacle au partage des informations (§2).

### **§1 Un partage d'informations nécessaire à l'efficacité du suivi**

**246.** - Le partage des informations entre les différents acteurs qui concourent aux mesures de soins pénalement ordonnés est nécessaire pour que, d'une part, les acteurs sanitaires travaillent en possédant l'ensemble des éléments nécessaires à la prise en charge des individus qui leur sont confiés par la justice (A), et que, d'autre part, les acteurs judiciaires soient au fait d'éventuelles difficultés rencontrées dans le suivi ou d'éléments nouveaux nécessitant d'ajuster la réponse pénale (B).

#### **A/ Des acteurs judiciaires vers les acteurs sanitaires**

**247.** - Le code de la santé publique régit les pièces devant être transmises par l'autorité judiciaire aux différents acteurs sanitaires intervenant dans la mesure de soins. En ce qui concerne l'injonction thérapeutique, les textes sont brefs sur ce point. Les informations transmises par l'autorité judiciaire au médecin relais sont les mêmes, quel que soit le cadre procédural dans lequel intervient la mesure, que celles déjà évoquées dans le cadre de l'instruction. Toutefois, la transmission de ces pièces n'est, au regard des textes, destinée qu'au médecin relais, dans le cadre de l'examen médical réalisé en amont de la prise en charge. Le Code de la santé publique ne précise donc pas si l'autorité judiciaire doit transmettre des pièces aux professionnels de santé prenant en charge la personne enjointe à la thérapie. L'article 132-45 du Code pénal, qui prévoit que la mesure

de soins ordonnée au titre d'une obligation particulière du sursis probatoire peut prendre la forme d'une injonction thérapeutique, prévoit néanmoins que certaines pièces de la procédure peuvent être transmises par le juge de l'application des peines au médecin ou au psychologue qui suit la personne condamnée. Il semble qu'il y ait un hiatus, voire une incohérence des textes sur ce point : si l'injonction thérapeutique est ordonnée au stade pré-sentenciel, les textes ne précisent pas que des documents doivent être transmis au médecin ou psychologue traitant, tandis que lorsqu'elle est prononcée dans le cadre d'une condamnation pénale, « toute pièce utile du dossier » peut lui être adressée.

**248.** - Le cadre est davantage précis en ce qui concerne l'injonction de soins. En vertu de l'article L3711-2 du Code de la santé publique, le juge de l'application des peines doit communiquer « au médecin traitant, par l'intermédiaire du médecin coordonnateur, copie de la décision ayant ordonné l'injonction de soins. Il lui communique également, à sa demande ou de sa propre initiative, par l'intermédiaire du médecin coordonnateur, « copie des rapports des expertises médicales réalisées pendant l'enquête ou l'instruction, du réquisitoire définitif, de la décision de renvoi devant la juridiction de jugement, de la décision de condamnation ainsi que des rapports des expertises qu'il a ordonnées en cours d'exécution de la peine ». Le texte prévoit par ailleurs que le juge peut en outre « adresser au médecin traitant toute autre pièce utile du dossier ». Comme le relevait le médecin coordonnateur Régis Goumilloux, en ce qui concerne les expertises, il peut s'agir par exemple des expertises réalisées sur réquisition au début de la procédure, des expertises demandées par le juge d'instruction ou de celles demandées en fin de peine par le juge de l'application des peines, ainsi que des expertises psychologiques ou enquêtes de personnalité réalisées au cours de la procédure<sup>399</sup>. Ces pièces sont particulièrement utiles pour les soignants ; Pour certains praticiens, « il apparaît que l'intégration, l'utilisation des éléments issus des procédures judiciaires est essentielle dans ce type de psychothérapie<sup>400</sup>. [...] Le chercheur Vincent Di Rocco et la psychologue clinicienne Magali Ravit écrivent à ce sujet que « jugements et expertises sont autant d'objets qui encadrent la demande institutionnelle de soins, autant d'objets à investir, à questionner. Comment le juge a-t-il parlé de l'acte et de son auteur ? Quel était le point de vue des experts ? [...] Les éléments issus du monde de la justice et de ses procédures ne sont pas des intrus dans le soin. Ils sont un point de rencontre entre deux pensées, un objet de passage qui disparaît quand la

---

<sup>399</sup> R. Goumilloux, « Médecin coordonnateur de suivis socio-judiciaires : une nouvelle fonction », *L'information psychiatrique*, vol. n°90, n° 3, 2014, p. 213-219.

<sup>400</sup> V. Di Rocco, M. Ravit., *op. cit.*

relation thérapeutique trouve sa dynamique transférentielle »<sup>401</sup>. Cet investissement conjoint « permet aussi un premier travail d'appropriation subjective, une première mise en sens, peut-être même tout d'abord une première perception des effets de cet acte, de son écho, non pas uniquement sur la victime, mais aussi sur la société à travers ses réponses. Un peu comme s'il fallait travailler sur une sensibilité à la réaction de l'environnement global avant de saisir les conséquences de l'acte en lui-même sur la personne qui l'a subi »<sup>402</sup>.

**249.** - Néanmoins, dans sa pratique, le Docteur Bouyssy constate que certains médecins traitants préfèrent travailler sans les pièces de la procédure :

« Il y a des psychiatres traitants qui ne veulent pas les pièces, parce qu'ils préfèrent privilégier la rencontre, parce qu'ils ne travaillent pas dans une optique de lutte contre la récidive mais dans celle de proposer un suivi et de tricoter quelque chose avec quelqu'un qui n'est pas forcément demandeur. Personnellement, je me manifeste auprès du médecin traitant. Dans le même courrier dans lequel je lui demande s'il consent à suivre la personne dans le cadre de ses soins pénalement ordonnés, je l'informe que la personne a été condamnée à des soins pour des certains faits que je précise, et que j'ai des pièces à lui transmettre s'il le souhaite. J'intègre un bordereau avec mention suivante : « Je souhaite que des documents de procédure me soient adressés », et une case à cocher » (Annexe 1)<sup>403</sup>.

## **B/ Des acteurs sanitaires vers les acteurs judiciaires**

**250.** - Il s'agit ici de la question du secret médical et des dérogations que le législateur a prévu afin de fluidifier les communications entre les équipes soignantes et l'autorité judiciaire. Le médecin qui prend en charge la personne qui a été soumise à une mesure de soins pénalement ordonnés n'est pas délié de son secret médical. Ce dernier ne peut donc pas par principe communiquer au juge des informations sur la nature des soins dispensés ou la pathologie du patient sans violer le secret auquel il est astreint<sup>404</sup>. Néanmoins, le Code de la santé publique prévoit en matière d'injonction thérapeutique comme d'injonction de soins des dispositifs permettant aux autorités judiciaires d'être averties d'éventuelles difficultés et de l'avancement des soins.

**251.** - Dans un premier temps, en matière d'injonction thérapeutique comme d'injonction de soins, on l'a vu, le médecin relais et le médecin coordonnateur adressent à échéances régulières des

---

<sup>401</sup> *Ibid.*

<sup>402</sup> *Ibid.*

<sup>403</sup> M. Bouyssy, propos recueillis lors d'un entretien non retranscrit réalisé le lundi 6 juin 2021.

<sup>404</sup> B. Le Boëdec-Maure, *op. cit.*



rapports à l'autorité judiciaire en charge de la mesure afin de lui permettre d'apprécier l'effectivité du suivi ainsi que l'évolution de la personne au regard de son besoin de soins.

**252.** - En ce qui concerne le médecin traitant, ce dernier n'est pas supposé communiquer directement avec les acteurs judiciaires. Ainsi, afin que la personne soumise à la mesure de soins puisse justifier du suivi de la mesure auprès du SPIP et du juge de l'application des peines, en matière d'injonction de soins — mais cette exigence vaut en pratique pour les trois mesures de soins pénalement ordonnés — le médecin traitant doit « délivrer des attestations de suivi du traitement à intervalles réguliers, afin de permettre au condamné de justifier auprès du juge de l'application des peines de l'accomplissement de son injonction de soins »<sup>405</sup>. Sont ainsi délivrées des attestations de présence, de rencontre ou encore de suivi, lesquelles mentionnent de façon minimale la date et le lieu du rendez-vous, et, éventuellement, le professionnel rencontré.

**253.** - Des dérogations au secret médical sont par ailleurs prévues en matière d'injonction de soins et ont été renforcées en 2010. À l'origine, l'article L. 3711-3 du Code de la santé publique prévoyait uniquement que « le médecin traitant est habilité, sans que puissent lui être opposées les dispositions de l'article 226-13 du code pénal, à informer le juge de l'application des peines ou l'agent de probation de l'interruption du traitement. Lorsque le médecin traitant informe le juge ou l'agent de probation, il en avise immédiatement le médecin coordonnateur ». Ici, contrairement à l'injonction thérapeutique où les interactions entre le sanitaire et le judiciaire se limitent à des échanges entre le médecin relais et l'autorité sanitaire, le médecin traitant peut directement entrer en contact avec le juge de l'application des peines. Le médecin traitant peut également informer le médecin coordonnateur « de toutes difficultés survenues dans l'exécution du traitement le médecin coordonnateur qui est habilité, dans les mêmes conditions qu'à l'alinéa précédent, à prévenir le juge de l'application des peines ou l'agent de probation », selon le même article. Il était alors question de faculté et non d'obligation, comme en témoigne l'utilisation des verbes « habilitier » et « pouvoir ». Le législateur a renforcé ce dispositif par la loi n°2010-242 du 10 mars 2010. Le projet de loi issu de l'Assemblée Nationale prévoyait initialement de « rendre obligatoire le signalement par le médecin traitant d'un refus ou d'une interruption de traitement lorsqu'il s'agit d'un traitement utilisant des médicaments qui entraînent une diminution de la libido »<sup>406</sup>. Néanmoins, les représentants de l'Association Nationale des Juges de l'Application des Peines et des psychiatres

---

<sup>405</sup> C. de la santé publique, art. L. 3711-2.

<sup>406</sup> J.-P. Garraud, Rapport n°2007 sur le projet de loi n°1237 tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédure pénale, Sénat, 2009.

avaient convaincu le rapporteur de la commission des lois du Sénat, Jean-René Lecerf, de ne pas maintenir cette obligation<sup>407</sup>. L'article L. 3711-3 du Code de la santé publique s'est toutefois vu agrémenté d'un nouvel alinéa prévoyant que dans le cas où le refus ou l'interruption du traitement intervient contre l'avis du médecin traitant, « celui-ci le signale sans délai au médecin coordonnateur qui en informe immédiatement, dans le respect des dispositions relatives au secret médical, le juge de l'application des peines ». Dans le cas où le médecin coordonnateur est indisponible, « le médecin traitant peut informer directement le juge de l'application des peines du refus ou de l'interruption du traitement intervenu contre son avis ». Dans ce cas de figure, c'est l'existence d'un différend entre le médecin traitant et son patient qui justifie le caractère « obligatoire » de la transmission de l'information au juge. En réalité, si ce nouvel alinéa semble plus contraignant, pour la doctrine il n'a pas de « portée pratique », le praticien pouvant se soustraire à son obligation en gardant le silence sur ce conflit<sup>408</sup>. Sur ce point, le Docteur Bouyssy, en qualité de médecin coordonnateur, affirme qu'il est extrêmement rare que des médecins traitants « dénoncent », même auprès du médecin coordonnateurs, leurs patients suivis dans le cadre de soins pénalement ordonnés.

**254.** - En ce qui concerne l'injonction thérapeutique, aucune dérogation au secret médical n'est prévue pour le médecin qui assure la prise en charge de la personnes soumise à la mesure de soins. Le Code de la santé publique prévoit qu'il revient au médecin relais d'informer l'autorité judiciaire « de l'évolution de la situation de dépendance de l'intéressé ». C'est le donc le médecin relais qui, « en cas d'interruption du suivi à l'initiative de l'intéressé ou de tout autre incident survenant au cours de la mesure, en informe sans délai l'autorité judiciaire »<sup>409</sup>.

## **§2 Des obstacles au partage d'information**

**255.** - Malgré une volonté du législateur d'encadrer les rapports santé-justice, des difficultés subsistent. Les difficultés proviennent des réticences de certains professionnels du champ sanitaire face à la volonté judiciaire d'instaurer un « secret partagé » (A). Pour certaines mesures de soins, les difficultés proviennent d'un cadre encore trop peu défini (B).

---

<sup>407</sup> M. Lebrun, *op. cit.*

<sup>408</sup> J.-H. Robert, « Commentaire de la loi n° 2010-242 du 10 mars 2010 tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédure pénale », *op. cit.*

<sup>409</sup> C. de la santé publique, art. L. 3413-3.

## A/ La réticence face au « secret partagé »

**256.** - Les dérogations précédemment évoquées en matière d'injonction de soins font débat dans la doctrine. D'une manière générale, la plupart des soignants revendiquent un secret médical « général et absolu » et « réprouvent les obligations croissantes de divulgation d'informations, de peur de perdre le lien difficilement établi avec les patients qu'ils prennent en charge, de passer à leurs yeux pour des délateurs »<sup>410</sup>. Ils dénoncent une confusion des genres et craignent une instrumentalisation de leurs fonctions, les magistrats se faisant prescripteurs de soins et les soignants auxiliaires de justice<sup>411</sup>. Ils montrent donc une méfiance vis à vis des dispositifs de soins pénalement ordonnés et des mesures exigeant d'eux qu'ils dévoilent certaines informations relatives à leurs suivis, comme c'est le cas en matière d'injonction de soins.

**257.** - Selon Virginie Gautron, ces réticences sont mal vécues par les acteurs judiciaires qui, sont « naturellement demandeurs d'informations sur le déroulement, la nature et l'efficacité des suivis »<sup>412</sup> et perçoivent le silence des professionnels de santé « non pas comme une protection du cadre thérapeutique, mais plutôt comme un moyen de protéger le pouvoir médical de toute ingérence, sinon comme une marque de défiance ou de mépris »<sup>413</sup>. Dans les cas où la loi n'encadre pas rigoureusement la transmission des informations, comme c'est le cas en matière d'obligation de soins, on le verra, ces critiques à l'égard du corps médical sont d'autant plus fortes que ces derniers n'ont aucune obligation de communiquer des informations sur les soins aux acteurs judiciaires. Certains juges dénoncent donc le fait que, en pratique, en matière d'obligation de soins, les médecins traitants auprès desquels s'orientent les condamnés sollicitent très peu les juges de l'application des peines voire ignorent pouvoir le faire, et se contentent des déclarations du condamné ; Dans un tel cas de figure, « l'efficacité du suivi pose réellement problème »<sup>414</sup>.

**258.** - Se pose alors la question de la mise en place d'un « secret partagé », que les magistrats promeuvent malgré les réticences des soignants. En réalité, selon Virginie Gautron, la qualité et la fréquence des échanges sont tributaires non pas des textes, qui en réalité « exacerbent

---

<sup>410</sup> V. Gautron, « La médicalisation de la peine : un équilibre fragile entre aspiration thérapeutique et contrôle social », *op. cit.*

<sup>411</sup> V. Gautron, « Les mesures de sûreté et la question de la dangerosité : la place des soins pénalement ordonnés », *op. cit.*

<sup>412</sup> V. Gautron, « La médicalisation de la peine : un équilibre fragile entre aspiration thérapeutique et contrôle social », *op. cit.*

<sup>413</sup> *Ibid.*

<sup>414</sup> B. Le Boëdec-Maurel, *op. cit.*

les oppositions plus souvent qu'ils ne facilitent la discussion », mais de rapports « d'interconnaissance et de confiance »<sup>415</sup>. Sur quelques sites en effet, CPIP, magistrats et équipes soignantes se réunissent ponctuellement afin de réfléchir, de manière plus ou moins formelle, « aux moyens d'agencer leurs interdépendances complexes, d'assurer la complémentarité de leurs interventions, de concilier la loi, la clinique et l'éthique »<sup>416</sup>. Mais ces initiatives sont principalement locales — on pense par exemple aux « réunions de triangulation » dans les Landes ou aux rencontres associant la personne suivie dans les Deux-Sèvres<sup>417</sup> — et ne font pas l'unanimité sur l'ensemble du territoire. Les soignants refusent de parler de secret partagé et préfèrent des termes moins « connotés », comme l'expression « confiance partagée ». André Ciavaldini, docteur en psychopathologie clinique et psychanalyste, écrit à ce sujet qu'« il ne saurait être question dans cet espace d'échange de « secret partagé ». Il s'agit plutôt que s'instaure une « confiance partagée », qui passera par l'élaboration, non d'un discours commun, mais d'un *langage commun* autorisant l'échange, et qui peut conduire secondairement à une forme de « confidentialité partagée » aux règles connues de tous et élaborées ensemble dans le respect des missions et de déontologie de chaque champ professionnel »<sup>418</sup>.

## **B/ L'absence de cadre légal en matière d'obligation de soins**

**259.** - En matière d'obligation de soins, la difficulté réside principalement dans l'absence de cadre légal en ce qui concerne le partage d'informations. À l'inverse des situations précédemment décrites en matière d'injonction de soins par exemple, en l'espèce, le législateur n'a pas prévu de cadre permettant au juge d'être informé de la régularité du suivi de la mesure, du type de mesure de soins ou de surveillance médicale mise en place ... Les rapports santé-justice sont donc très peu règlementés et formalisés. En l'absence de toute disposition légale régissant la transmission des informations entre le médecin et le juge, le législateur a souhaité par une loi du 27 mars 2012<sup>419</sup> encadrer et favoriser le partage des informations dans le cadre de l'obligation de soins. Désormais, les articles 138 10° du Code de procédure pénale (pour ce qui est de l'obligation de soins dans le cadre de l'instruction) et 132-45 du Code pénal (pour tous les autres cas dans lesquels une

---

<sup>415</sup> V. Gautron, « La médicalisation de la peine : un équilibre fragile entre aspiration thérapeutique et contrôle social », *op. cit.*

<sup>416</sup> *Ibid.*

<sup>417</sup> E. Guillon, *op. cit.*

<sup>418</sup> A. Ciavaldini, « Conflictualité et éthique du soin pénalement obligé avec les auteurs de violences sexuelles », *op. cit.*

<sup>419</sup> Loi n° 2012-409 du 27 mars 2012 de programmation relative à l'exécution des peines.

obligation de soins peut être prononcée) prévoient qu'une copie de la décision ordonnant la mesure de soins est adressée, selon le cas, par le juge de l'application des peines ou le juge d'instruction « au médecin ou au psychologue qui doit suivre la personne » condamnée ou mise en examen. Les rapports des expertises réalisées pendant la procédure sont également adressés au médecin ou au psychologue, à leur demande ou à l'initiative du juge. Ce dernier peut également leur adresser « toute autre pièce utile du dossier ». En pratique, les soignants déplorent toutefois la lenteur de la transmission des pièces<sup>420</sup>. On constate en outre que ces nouvelles dispositions ne précisent pas quelles informations peuvent être transmises par le soignant au juge.

**260.** - Dans le cadre de l'obligation de soins, il n'existe pas de médecin intermédiaire entre le médecin prenant en charge la personne et l'autorité judiciaire<sup>421</sup>. Cette absence d'intermédiaire pose plusieurs difficultés en pratique, qui se cristallisent autour de la question du secret médical. Lorsque le médecin traitant constate que la personne n'investit plus les soins ou qu'elle cesse de suivre la thérapie, peut-il le faire savoir au magistrat sans violer le secret médical ? Peut-il informer le médecin s'il considère que celle-ci n'a plus besoin de ces soins sans violer « l'interdiction qui figure au code de déontologie médicale d'être à la fois thérapeute et expert ? »<sup>422</sup>, et à nouveau, le secret médical ? Sur cette question de partage d'information et de secret médical, le guide de l'injonction de soins précise que « 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 »<sup>423</sup>. Très souvent, dans les faits, « les relations entre le juge et le médecin se limitent à la transmission de certificats médicaux » ou d'attestations de suivis<sup>424</sup>, dont le contenu est particulièrement minimal, comme en témoignent les modèles d'attestation de suivi proposés par la Fédération Addiction dans sa boîte à outils sur les soins obligés en addictologie (Annexe 2). Ainsi, selon le psychiatre Julien Da Costa, F. Cochez résumait bien la différence en ce qui concerne la transmission des informations entre l'obligation de soins et les autres dispositifs de soins pénalement ordonnés, notamment dans la situation où des difficultés interviendraient dans le suivi

---

<sup>420</sup> G. Arena, F. Marette, *op. cit.*

<sup>421</sup> E. Christin et al., *op. cit.*

<sup>422</sup> M. Eglin, « Quand la justice impose des soins », *Enfances & Psy*, vol. n°30, n° 1, 2006, p. 121-133.

<sup>423</sup> Ministère de la Santé et des Sports, Ministère de la Justice, « Guide de l'injonction de soins », 2009.

<sup>424</sup> M. Eglin, *op. cit.*

médical, en énonçant que « pour faire court, 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 »<sup>425</sup>.

---

<sup>425</sup> J. Bouchard et F. Cochez, « La meilleure des lois ne fera jamais l'économie d'une réflexion sur le terrain », *Soins Psychiatrie*, vol. n°38, n° 309, 2017, p. 36-39, cité par J. Da Costa et al., *op. cit.*

## CONCLUSION

**261.** - Le champ d'application des soins pénalement ordonnés s'est considérablement développé au cours des deux dernières décennies, faisant ainsi du traitement thérapeutique l'un des principaux outils de lutte contre la récidive. Par la création successive de l'obligation de soins, mesure peu contraignante pouvant être prononcée pour tout type d'infraction, puis de l'injonction thérapeutique, réservée aux délinquants addictes, et enfin de l'injonction de soins, dispositif plus élaboré ne pouvant au départ être prononcé que dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire, le législateur a agrémenté le catalogue des peines de mesures de plus en plus rigoureuses dans leur prononcé et leur mise en oeuvre.

**262.** - Afin de garantir toute la légitimité et l'opportunité de ces mesures de soins en pleine expansion, les politiques pénales ont ainsi favorisé un recours croissant aux expertises et avis médicaux, des « certificats d'aptitude aux soins » en réalité toujours ponctuels, et dont la valeur est contestée. En parallèle, la référence explicite au « consentement » du condamné dans les dispositions relatives à l'injonction de soins, supposée garantir une forme d'adhésion aux soins et éviter toute contrainte excessive, en pratique ne dupe personne. Professionnels de santé comme de justice s'accordent sur un constat : cette exigence paradoxale n'est en réalité qu'apparente en ce que planent sur les individus des sanctions les contraignant à entamer des soins sans réelle conviction. En faisant enfin intervenir des acteurs variés aux rôles de plus en plus définis, les mesures de soins ont gagné en rigueur et en effectivité, la création du médecin coordonnateur suivie de celle du médecin relais permettant une meilleure transmission des informations entre les champs sanitaires et judiciaires, du moins en théorie.

**263.** - Ce développement progressif et constant du recours aux soins en milieu ouvert au titre d'une sanction pénale traduit ainsi une volonté politique de « traiter la délinquance » qui confond médecine et justice pénale, maladie et délinquance. Si la justice et le droit pénal ont une vocation normative et définissent les comportements humains selon des normes jugées « conformes aux conceptions éthiques » de la société à laquelle ils s'adressent<sup>426</sup>, la démarche sanitaire est axée sur la connaissance et la reconnaissance de la maladie, puis sur son traitement, dont le but « n'est pas de diminuer le degré de délinquance [de l'individu], mais d'atténuer et de faire disparaître [ses]

---

<sup>426</sup> P.-B. Schneider, « Le psychiatre et la justice pénale », *Déviance et Société*, 1977, p.427-434.

troubles, symptômes, [sa] souffrance, et de modifier éventuellement sa personnalité, même si la délinquance continue »<sup>427</sup>.

**264.** - Enfin, l'allongement de la durée des soins dans le cadre de suivis socio-judiciaires particulièrement longs remet en question les fondements même de notre droit et surtout de notre rapport à la peine. Par principe, une fois la peine purgée, celui qui « réintègre la société » est supposé être exempt de toute contrainte et surveillance persistantes, à l'exception peut-être de celles attachées de façon inhérente à la décision de condamnation et à la peine. Toutefois, les soins interviennent aujourd'hui comme un « surplus de peine », une « peine après la peine », et nourrissent un objectif sécuritaire de surveillance sociale des individus dits « dangereux ». L'individu catégorisé comme « dangereux » devient un malade « à vie » qu'il ne faut pas que la justice quitte de l'oeil.

**265.** - Plus qu'à un besoin, le recours systématique et obsessionnel aux soins répond à des logiques populistes et sécuritaires. Ainsi, il serait judicieux de s'interroger sur cette médicalisation compulsive de la peine, pour revenir à une utilisation plus rationnelle de la médecine dans le champ pénal. Sans disqualifier complètement la question de la récidive, en ce qu'il s'agit simplement d'un habit juridique « qui ne doit pas masquer la part humaine de souffrance que l'acte qu'il qualifie recèle »<sup>428</sup>, il est donc nécessaire de reconsidérer le sens donné aux soins et la finalité recherchée à travers eux.

---

<sup>427</sup> *Ibid.*

<sup>428</sup> A. Ciavaldini, « Conflictualité et éthique du soin pénalement obligé avec les auteurs de violences sexuelles », *op. cit.*



## ANNEXES

- **Annexe 1** : Courrier et formulaire d'acceptation adressés au médecin traitant. Documents créés et utilisés par le Docteur Marie Bouyssy dans sa pratique, en tant que médecin coordonnateur ..... 120
- **Annexe 2** : Modèle d'attestation de suivi, Boite à outils - Soins obligés en addictologie, Fédération addiction. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.federationaddiction.fr/soins-obliges-outils/> ..... 122



## Pôle Médecine- Urgence – Santé Publique

### Unité Médico-judiciaire

Dr M. BOUYSSY  
Praticien Hospitalier  
Psychiatre  
marie.bouyssy@chicreteil.fr

**Dr**  
**Psychiatre**

:  
.

Créteil, le

Cher Confrère,

J'ai été désignée médecin coordonnateur dans l'injonction de soins **Mr, né le**.

Il me dit être régulièrement suivi par vous et vous avoir choisi, comme psychiatre traitant.

**Mr** a été condamné **le** à une peine de détention et à un suivi socio judiciaire avec injonction de soins **de ans**, pour des faits commis **en** .

Ses soins s'engageant dans le cadre de soins pénalement ordonnés, le suivi revêt un caractère formel.

Dans ce cadre formel de suivi, votre engagement auprès de ce patient implique de :

- Lui délivrer périodiquement des attestations de consultation lui permettant de justifier de son suivi
- M'informer le plus rapidement possible de l'interruption du suivi, des difficultés que vous pourriez rencontrer, ou de votre souhait de ne pas poursuivre sa prise en charge

En tant que médecin coordonnateur, je convoquerai **Mr** de façon trimestrielle pendant la durée de la mesure, en plus de votre suivi habituel.

Je suis à votre disposition pour échanger à propos de ce patient et peux vous transmettre, pour votre information si vous le souhaitez, les documents du dossier judiciaire qui m'ont été confiés. Vous trouverez ci-joint un formulaire à me retourner.

Bien confraternellement,

Docteur BOUYSSY

**Dr M. BOUYSSY**  
**Psychiatre**  
**Unité Médico Judiciaire**  
40 avenue de Verdun  
94010 Créteil Cedex

Je soussigné, Dr ..... , déclare avoir pris connaissance du courrier du Dr Bouyssy, médecin coordonnateur.

J'accepte de prendre en charge Mr ..... , comme psychiatre traitant, dans le cadre de son injonction de soins.

Je souhaite que des documents de procédure me soient adressés.

Je refuse, au motif suivant :

Date :

Signature et cachet :

## Annexe 2

*Logo de la structure*

### **ATTESTATION DE SUIVI**

Nous, soussigné : *nom et type de la structure*, certifions par la présente que :

M/ Mme

**Est régulièrement suivi.e par** : *nom de la structure et adresse*

Pour la structure : *signature*

Attestation établie à :            le :

*Fait à la demande de l'intéressé.e pour servir et valoir ce que de droit.*

*Coordonnées de la structure*

# BIBLIOGRAPHIE

## OUVRAGES GÉNÉRAUX

- E. Bonis-Garçon, V. Peltier, *Droit de la peine*, LexisNexis, 3ème édition, 2019.
- M. Herzog-Evans, *Droit de l'exécution des peines*, Dalloz, 2016.
- P. Morvan, *Criminologie*, LexisNexis, 3ème édition, 2019.
- X. Pin, *Droit pénal général*, Dalloz, coll. Cours, 11ème édition, 2019.

## OUVRAGES SPÉCIAUX

- B. Hoerni, B. Glorion, *Ethique et déontologie médicale : permanence et progrès*, 2e édition, Masson, 2000.
- R. Castel, *La gestion des risques : De l'antipsychiatrie à l'après psychanalyse*, Edition de Minuit, 1981, p. 208.
- P. Conte, S Tzitzis (dir), *Peines, dangerosité, quelles certitudes ?*, Dalloz, Collection Essais de philosophie pénale et de criminologie, Institut de Criminologie de Paris, vol. 9, 2010.
- L. Guignard, *Juger la Folie. La folie criminelle devant les Assises au XIX<sup>e</sup> siècle*, Paris, PUF, 2010.
- M. Foucault, *Les anormaux*, Cours au Collège de France. 1974-197, Paris, Gallimard et Le Seuil, Coll. « Hautes études », 1999.
- Homère, *L'Iliade*, IV, 43.
- M. Kaluszynski, *La République à l'épreuve du crime : la construction du crime comme objet politique : 1880-1920*, Paris, LGDJ, 2002, 190.
- M. Landry, *L'état dangereux : un jugement déguisé en diagnostic*, L'Harmattan, Collection Psychologiques, 2002.
- P. Mbanzoulou, P. Pottier, *Santé et Justice, Savoirs et pratiques*, L'Harmattan, 2014.
- X. Pin, *Le consentement en matière pénale*, Bibliothèque des sciences criminelles, Tome 36, L.G.D.J, 2002.
- O. Razac, *Avec Foucault. Après Foucault. Disséquer la société de contrôle*, L'Harmattan, 2008, p. 119 et s.

## OUVRAGES COLLECTIFS ET ACTES DE COLLOQUES

- T. Albernhe et K. Albernhe, « Comment traiter les délinquants sexuels ? », dans R. Cario et J. Heraut (dir.), *Les abuseurs sexuels : quel(s) traitement(s) ?*, L'Harmattan, Paris, 1998, p. 55-90.
- A. Cappello, « Question prioritaire de constitutionnalité », dans Y. Mayaud (dir.), *Répertoire de droit pénal et de procédure pénale*, Dalloz, 2021.
- A. Ciavaldini, « Conflictualité et éthique du soin pénalement obligé avec les auteurs de violences sexuelles », dans M. Sassolas et al. (dir.), *Conflits et conflictualité dans le soin psychique.*, Érès, 2008, p. 77-92.
- P. Conrad, J. W. Schneider, « Article 20. The medicalization of deviance », dans M. L. Andersen, et al. (dir.), *Understanding society : an introductory reader*, Belmont, CA (USA), Thompson & Wardworth, 2009.
- C.-O. Doron, « Une volonté infinie de sécurité : vers une rupture générale dans les politiques pénales ? », dans P. Chevallier, T. Greacen (dir.), *Folie et justice : relire Foucault*, Paris, Érès, 2009, p.179-204.
- C.-O. Doron, « La volonté de soigner. D'un singulier désir de soin dans les politiques pénales », dans L. Benaroyo et al. (dir.), *La philosophie du soin. Éthique, médecine et société*. Presses Universitaires de France, 2010, p. 283-300.
- V. Gautron, « La médicalisation de la peine : un équilibre fragile entre aspiration thérapeutique et contrôle social », T. Clay et al. (dir.), *Actes des états généraux de la recherche sur le droit et la justice*, LexisNexis, 2018, p.581-591.
- F. Gros, « Punir, c'est éduquer un individu », dans A. Garapon, F. Gros, T. Pech, *Et ce sera justice. Punir en démocratie*, Paris, Odile Jacob, 2002, 93-94.
- Les soins pénalement ordonnés, journée d'analyse des pratiques professionnelles CPIP 18, du 22 mai 2015 au 23 mai 2015, p 121.

## THÈSE

- A. Lochon. L'évolution de la réaction sociale aux violences et crimes sexuels entre 1989 et 2012 dans la presse française, Thèse, Normandie Université, 2019.

## ARTICLES DE DOCTRINE

- E. Archer, « Le traitement psychiatrique des auteurs d'agressions sexuelles », *Jéricho (Bulletin de l'Association Nationale des Visiteurs de Prison)*, 1999, p. 179.
- G. Arena, F. Marette. « Enquête sur les obligations de soins en Seine-Saint-Denis EPS de Ville-Evrard », *L'information psychiatrique*, vol. n°83, n° 1, 2007, p. 23-28.
- A. Baratta, et al., « Étude sur la prise en charge des auteurs de violence sexuelle auprès d'une cohorte de psychiatres hospitaliers en France en 2011 », *Annales Médico-psychologiques, Revue psychiatrique*, 2011, vol. n° 169, Issue 9, p. 578-580.
- L. Bègue, B. Subra, « L'alcool rend-il agressif ? », *Revue électronique de Psychologie Sociale*, n°3, 2008, p. 41-55.
- J.-M. Beney, « Obligation de soins : aspects juridiques, éthiques et médicaux », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 2006, 190, n° 6, p. 1147-1155.
- E. Bonis-Garçon, « Entre confiance et défiance à l'égard du juge pénal. Loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 », *La Semaine Juridique Edition Générale*, LexisNexis, n° 42, 2007, doct. 196.
- E. Bonis-Garçon, V. Peltier, « Un an de droit de la peine (Janvier 2019 – Janvier 2020) » *Revue Droit pénal*, LexisNexis, 2020, n° 3, chron. 3.
- J. Bouchard et F. Cochez, « La meilleure des lois ne fera jamais l'économie d'une réflexion sur le terrain », *Soins Psychiatrie*, vol. n°38, n° 309, 2017, p. 36-39
- J. Chagnon, F. Houssier, « L'illusoire attente de la demande », *Adolescence*, vol. n° 304, n° 4, 2012, p. 919-933.
- J. Chami, « La contrainte aux soins, enjeux et difficultés », *Connexions*, 2013, vol. n° 1, n° 99, p.72.
- E. Christin et al., « Usage de toxiques et mesures pénalement ordonnées : les difficultés inhérentes à leurs applications », *Ethics, Medicine and Public Health*, vol. n°4, 2018, p. 51-57.
- A. Ciavaldini, « Sanctionner et soigner : du soin pénalement obligé au processus civilisateur », *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, vol. n° 57, n° 3, 2004, p. 23-30.
- A. Ciavaldini, « Conflictualité et éthique du soin pénalement obligé avec les auteurs de violences sexuelles », Marcel Sassolas éd., *Conflits et conflictualité dans le soin psychique*. Érès, 2008, p. 77-92.

- A. Coche, « Faut-il supprimer les expertises de dangerosité ? », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, 2011, n° 1, p. 21-35.
- K. Cornier, « Les soins pénalement ordonnés », *Les Tribunes de la santé*, vol. n° 17, n°4, 2007, p. 87-95.
- O. Cottencin, C. Bence, « Addictions : soins obligés et soins motivés ». *La Presse Médicale*, vol. n°5, n° 12P1, 2016.
- R. Coutanceau et A. Martorell, « Traitement médico-psychologique ou suivi psychocriminologique », *Forensic*, n° 17, 1997.
- M. Couturier, « La contrainte et le consentement dans les soins ordonnés par l'autorité publique : vers une aporie juridique ? », *Revue de droit sanitaire et social*, 2014, p. 120-133.
- J. Da Costa et al., « Définitions, dérogations et applications du secret professionnel dans le cadre des soins pénalement ordonnés : revue de la littérature médicale et juridique française depuis 1998 », *L'Encéphale*, vol n° 47, Issue 6, 2021, p. 589-595.
- J. Danet, « Les politiques sécuritaires à la lumière de la doctrine de la défense sociale nouvelle », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, Dalloz, 2010, p. 49-57.
- V. Di Rocco, M. Ravit., « La psychiatrie de secteur confrontée aux soins pénalement ordonnés », *Psychothérapies*, vol. n° 34, n° 2, 2014, p. 75-83.
- G. Dubret, « Obligation et continuité de soins pour les auteurs d'infractions sexuelles : Modalités d'accès aux soins. Difficulté du suivi ambulatoire », *L'information psychiatrique*, vol n° 77, n°5, 2001, p. 476-482.
- G. Dubret, « L'injonction thérapeutique de la loi du 17 juin 1998 : Une tentative pour articuler la peine et le soin », *Annales Médico-Psychologiques*, 2006, p. 851-856.
- G. Dubret, « Peut-on soigner et/ou punir et dans quel cadre ? », *L'information psychiatrique*, vol. n° 89, n° 9, 2013, p. 705-712.
- M. Eglin, « Quand la justice impose des soins », *Enfances & Psy*, vol. n°30, n° 1, 2006, p. 121-133.
- E. Floris et al., « Les approches thérapeutiques dans l'injonction de soins », *Soins Psychiatrie*, n°309, 2017, p. 25-30.
- V. Gautron, « De la société de surveillance à la rétention de sûreté », *AJ Pénal*, Dalloz, 2009, p.53-58.



- V. Gautron, « Les mesures de sûreté et la question de la dangerosité : la place des soins pénalement ordonnés », *Criminocorpus* [En ligne], La prévention des récidives : Évaluation, suivis, partenariats, Les suivis, 2016.
- S. Gilard-Pioc et al., « Personnes placées en garde à vue en Seine-Saint-Denis : données médicales et situations à risque, étude descriptive », *La Presse Médicale*, vol n°42, n°9, 2013, p. 293-299
- R. Goumilloux, « Médecin coordonnateur de suivis socio-judiciaires : une nouvelle fonction », *L'information psychiatrique*, vol. n°90, n° 3, 2014, p. 213-219.
- D. Gubrin, « L'utilisation de médicaments pour traiter de la délinquance sexuelle », traduit par M. Herzog-Evans, *AJ Pénal*, Dalloz, 2012, p. 622-626.
- E. Guillon, « L'injonction de soins, entre santé et justice », *La gazette des communes*, [En ligne], Club Santé Social, Actualité santé social, A la une Santé social, 2014, consulté le 17 avril 2022.
- M. Herzog-Evans, « Injonction de soins : la Cour de cassation peu regardante sur les prescriptions légales », *AJ Pénal*, Dalloz, 2005, p. 236-243.
- M. Herzog-Evans, « Prévenir la récidive : les limites de la répression pénale », *AJ Pénal*, n°9, Dalloz, 2007, p. 357-363.
- C. Hugon, « Les soins pénalement ordonnés : éducation ou soins ? », *Le Journal des psychologues*, vol. n° 284, n°1, 2011, p. 59-63.
- X. Lameyre, « Les soins pénalement ordonnés, une pratique limite », *Annales Médico-psychologiques, Revue psychiatrique*, vol. n°162, Issue 8, 2004, p. 657-661.
- X. Lameyre, « Pour une « poétique » des soins pénalement ordonnés », *Les cahiers de la justice*, 2008, p.71-83.
- B. Lavielle, « Surveiller et soigner les agresseurs sexuels : un des défis posés par la loi du 17 juin 1998 », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, 1999, n° 1, p. 35-48.
- C. Le Bodic, M. Michelot, D. Robin, « Les soins pénalement ordonnés (II). Mise en place d'un dispositif d'accueil de patients sous main de justice au sein d'un service de psychiatrie de secteur », *Annales médico-psychologiques*, vol. n°173, n°2, 2015/03, p. 203-210.
- B. Le Boëdec-Maurel, « L'obligation de soins vue par un juge de l'application des peines », *AJ Pénal*, Dalloz, 2022, p.114-119.
- F. Le Gunehec, « Aperçu rapide sur les disposition de la loi n°98-468 du 17 juin 1998 instituant le suivi socio-judiciaire des condamnés sexuels », *La Semaine Juridique Edition Générale*, 1998.

- M. Lebrun, « Témoignage à propos des soins pénalement ordonnés », *La lettre du psychiatre*, vol. n°6, n°3, 2010, p.84-88.
- P.-E. Lehman, « The Medical Model of Treatment : Historical Development of an Archaic Standard », *Crime & Delinquency*, 1972, p. 204-212.
- A. Legras, « L'injonction thérapeutique entre les mains du parquet : quel cadre d'intervention ? », *AJ Pénal*, n°6, Dalloz, 2013, p. 329-331.
- E. Louan, « La mise en oeuvre de l'obligation de soins : constats, limites et perspectives d'évolution de l'article 132-45 du code pénal », *AJ Pénal*, n°3, 2022, p. 119-126.
- W.-R. Miller « Motivation for treatment : a review with special emphasis on alcoholism » *Psychological Bulletin*, 1985, p.84-107.
- P. Mistretta, « L'illusion du consentement du délinquant à l'acte médical et aux soins en droit pénal », *Revue internationale de droit pénal*, vol. n°82, n° 1-2, 2011, p. 19-39.
- I. Obradovic, « La pénalisation de l'usage de stupéfiants en France au miroir des statistiques administratives. Enjeux et controverses », *Déviante et Société*, vol. n°36, n°4, 2012, p. 441-469.
- I. Obradovic, « Trente ans de réponse pénale à l'usage de stupéfiants », *Tendances*, n°103, Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives, 2015.
- V. Peltier, « Recours à une injonction de soins et motivation d'un emprisonnement ferme devant la cour d'assises », *Revue Droit pénal*, LexisNexis, 2019, n°12, comm. 214.
- P. Poncela, « Finir sa peine : libre ou suivi ? », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, n° 4, 2007, p. 883-894.
- J. Pradel, J.-L. Senon, « De la prévention et de la répression des infractions sexuelles, commentaire de la loi n°98-468 du 17 juin 1998 », *Revue pénitentiaire et de droit pénal*, 1998, p. 208-243.
- J.-H. Robert, « Le plancher et le thérapeute Commentaire de la loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs », *Revue Droit pénal*, LexisNexis, 2007, n°10, étude n°20.
- J.-H. Robert, « Commentaire de la loi n° 2010-242 du 10 mars 2010 tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédure pénale », *Revue Droit pénal*, LexisNexis, 2010, n°5, étude n°8.
- P. Salvage, « Les soins obligatoires en matière pénale », *La Semaine Juridique Edition Générale*, n° 45, 1997, doct. 4062.

- P.-B. Schneider, « Le psychiatre et la justice pénale », *Déviance et Société*, 1977, p.427-434.
- M.-G. Schweitzer, N. Puig-Vergès, « Soins obligés, injonction de soins et expertises judiciaires. Enjeux idéologiques ou enjeux politiques pour la psychiatrie », *Annales médico-psychologiques*, vol. n° 172, n° 7, 2014, p. 573-576.
- J. Senon, C. Manzanera, « Psychiatrie et justice : de nécessaires clarifications à l'occasion de la loi relative à la rétention de sûreté », *AJ Pénal*, Dalloz, 2008, p. 176-183.
- J. Senon, « Un bilan en demi-teinte de l'interface santé justice », *AJ Pénal*, Dalloz, n°3, 2009, p. 64-68.
- L. Simmat-Durand, « L'obligation de soins : une pratique ambiguë », *Déviance et société*, n°4, 1999, p. 421-436.
- L. Simmat-Durand, « La mise en œuvre différenciée de l'injonction thérapeutique », *La Gazette du Palais – Doctrine*, 2002, p. 34-39.
- H. Spriet et al., « L'indication d'injonction de soins repose-t-elle sur un diagnostic médical ? », *L'Encéphale*, 2014, vol. n° 40, n° 4, p. 295-300.
- A. Ventéjoux, A. Hirschelmann, « Soins pénalement ordonnés et positionnements professionnels : des pratiques au carrefour de la Santé et de la Justice », *Pratiques Psychologiques*, vol. 20, issue 2, 2014, p. 95-110.
- P. Verdier, « Secret professionnel et partage des informations », *Journal du droit des jeunes*, vol. n° 269, n° 9, 2007, p. 8-21.
- E. Vergès, C. Ribeyre, A.-G. Robert, « Chronique législative », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, n°4, 2007, p. 853-874.
- G. Vermelle, « Conditions du prononcé d'une injonction de soins assortissant une peine de suivi socio-judiciaire », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, 2005 p.840.
- D. Viriot-Barrial, « L'injonction de soins dans la loi du 10 mars 2010 : suite et fin », *Gazette du Palais*, n°15, 2011, p. 20-26.

## **RAPPORTS PARLEMENTAIRES**

- E. Blanc, Rapport d'information n° 1811 sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes majeures placées sous main de justice, Assemblée Nationale, 2009.
- E. Blanc, Rapport d'information n° 4421 sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel, Assemblée Nationale, 2012.

- N. Borvo Cohen-Seat, Rapport n°302 sur le projet de loi adopté par l'Assemblée Nationale après engagement de la procédure accélérée, de programmation relatif à l'exécution des peines, Sénat, 2012.
- J.-P. Garraud, Rapport n°2007 sur le projet de loi n°1237 tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédure pénale, Sénat, 2009.
- G. Geoffroy, C. Caresche, Rapport d'information n° 1310 sur la mise en application de la loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs, Assemblée Nationale, 2008.
- M. Mercier, M. Meunier et D. Vérien, Rapport d'information n°529 sur les politiques publiques de prévention, de détection, d'organisation des signalements et de répression des infractions sexuelles susceptibles d'être commises par des personnes en contact avec des mineurs dans le cadre de l'exercice de leur métier ou de leurs fonctions, Sénat, 2019.
- J. Sol et J.-Y. Roux, Rapport d'information n° 432 sur l'expertise psychiatrique et psychologique en matière pénale : mieux organiser pour mieux juger, Sénat, 2021.
- F. Zocchetto, Rapport n°30 sur la proposition de loi, adoptée avec modifications par l'Assemblée Nationale en deuxième lecture, relative au traitement de la récidive des infractions pénales, Sénat, 2005.
- F. Zocchetto, Rapport n°358 sur le projet de loi renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs, Sénat, 2007.

## **AUTRES RAPPORTS ET ÉTUDES**

- J.-F. Burgelin, Rapport de la commission Santé, justice et dangerosité : pour une meilleure prévention de la récidive. Ministère de la Justice, Ministère de la Santé et des Solidarités, 2005.
- C. Balier et al., Rapport du groupe de travail sur les possibilités de traitement des auteurs de délits ou de crime sexuels, 1994, DGS, Ministère de la Santé.
- L. Casavant, C. Collin, « La consommation de drogues illicites et la criminalité : une relation complexe », Rapport produit pour le comité sénatorial spécial sur les drogues illicites (Canada), Division des affaires politiques et sociales, Bibliothèque du Parlement, 2001.
- G. Charbonnier et al., Rapport de la Mission d'évaluation de la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance, 2010.

- A. Chauvenet et al., Contraintes et possibles : les pratiques d'exécution des mesures en milieu ouvert, Rapport de recherche, Paris, GIP Mission de Recherche Droit et Justice, 1999.
- J.-M. Delarue, et al., 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, 2018.
- V. Gautron, (Se) soigner sous la contrainte : une étude du dispositif de l'injonction de soin, Recherche réalisée avec le soutien de la Mission de Recherche Droit et Justice, Note de synthèse, 2017.
- V. Gautron, « Existe-t-il un bénéfice que les soins soient ordonnés pénalement et pour qui ? Quel bilan pour le dispositif d'injonction de soins ? Quelle est sa place par rapport à l'obligation de soins ? », *Audition Publique*, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge, 2018.
- R. Josnin, Le recours au suivi socio-judiciaire, Infostat Justice, n°121, 2013.
- V. Lamanda, Rapport : Amoindrir les risques de récidive criminelle des condamnés dangereux, 2008
- A. Langlade et al., « État des lieux d'un dispositif de soins pénalement ordonnés : l'injonction de soins », *Grand Angle* n°49, novembre 2018.
- A. Langlade, Rapport sur le dispositif d'injonction de soins. Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge, 2018.
- P. Pirot et al., Le sursis avec mise à l'épreuve en 2016, Infostat Justice, 2017, n° 155.
- M. Setbon, L'injonction thérapeutique. Évaluation du dispositif légal de prise en charge sanitaire des usagers de drogues interpellés, Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives, étude n°21, 2000.
- Inspection générale des Affaires sociales et Inspection générale des services judiciaires, Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soin, 2011.
- Fédération Addiction, Guide Pratiques : Santé/justice - Les soins obligés en addictologie, 2020, 92 p.

## **SITES INTERNET ET RÉFÉRENCES ÉLECTRONIQUES**

- Larousse, « Soins », dans *Dictionnaire en ligne*, [En ligne], consulté le 16 avril 2022. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soin/73236>.

- Centre Nationale de Ressources Textuelles et lexicales, « Soins », [En ligne], consulté le 16 avril 2022. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.cnrtl.fr/definition/soins>.
- <https://www.gh-paulguiraud.fr/actualites/ouverture-du-centre-intersectoriel-de-soins-penalement-ordonnes>.
- Sénat, Contrôle de l'application de la loi de programmation relative à l'exécution des peines [En ligne], Travaux parlementaires, Projets/Propositions de lois, Dossier, [Consulté le 10 mai 2022], disponible à l'adresse : <https://www.senat.fr/application-des-lois/pjl11-264.html>.

## **AUTRES**

- M. Bouyssy, propos recueillis lors d'un entretien non retranscrit réalisé le lundi 6 juin 2021.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>6</b>
<b>1ÈRE PARTIE : LA GÉNÉRALISATION DES SOINS PÉNALEMENT ORDONNÉS.....</b>	<b>15</b>
Titre 1 : L'extension du champ d'application des soins pénalement ordonnés .....	15
Chapitre 1 : Des mesures de soins accessibles à toutes les étapes de la procédure pénale.....	15
Section 1 : Le soin comme mesure pré-sentencielle.....	15
§1 Les soins comme alternative aux poursuites.....	15
§2 Les soins dans le cadre de l'instruction .....	17
§3 Les soins dans le cadre de l'ajournement probatoire.....	18
Section 2 : Le soin comme mesure sentencielle .....	20
§1 Les soins dans le cadre du suivi socio-judiciaire .....	20
§2 Les soins comme modalité d'une peine d'emprisonnement assortie d'un sursis probatoire..	22
§3 Les autres cadres permettant le prononcé d'une mesure de soins.....	23
Section 3 : Le soin comme mesure post-sentencielle .....	24
§1 Les soins comme modalité d'un aménagement de peine .....	24
§2 Les soins comme modalité d'une mesure de sûreté .....	26
Chapitre 2 : Des mesures de soins accessibles à divers auteurs d'infractions.....	28
Section 1 : Un champ d'application à l'origine restreint .....	28
§1 Les soins comme outils de lutte contre l'addiction.....	28
A/ Des soins destinés aux usagers de stupéfiants .....	29
B/ L'opportunité du recours aux soins pour traiter de l'addiction en matière pénale .....	30
§2 Des soins destinés à l'origine aux auteurs d'infractions à caractère sexuel.....	31
Section 2 : Un champ d'application étendu.....	34
§1 L'extension progressive du champ d'application de l'injonction de soins .....	34
§2 En pratique : une extension suivie d'effets ? .....	37
Titre 2 : La systématisation du recours aux soins pénalement ordonnés.....	38
Chapitre 1 : La systématisation de l'injonction de soins par la loi du 10 août 2007 .....	39
Section 1 : D'une faculté à une obligation.....	39
§1 Avant la loi du 10 août 2007 : une faculté pour le juge .....	39
§2 Depuis la loi du 10 août 2007 : une obligation ? .....	40
A/ L'obligation d'envisager le prononcé d'une injonction de soins .....	40

B/ La perte du pouvoir d'appréciation de l'opportunité de l'aménagement de la peine.....	42
Section 2 : La contestation de la réforme devant le Conseil Constitutionnel .....	43
§1 La contestation de l'« automaticité » de la peine.....	43
§2 « Une décision juridictionnelle qui ne revêt aucun caractère d'automaticité ».....	45
Chapitre 2 : Une systématisation des soins pénalement ordonnés critiquée .....	46
Section 1 : Une politique d'affichage en pratique difficile à mettre en place.....	46
§1 Une mise en oeuvre différenciée des mesures de soins .....	46
§2 Une inflation législative contrebalancée par un manque récurrent de moyens.....	49
Section 2 : La dénonciation d'une instrumentalisation des soins .....	52
§1 Les soins comme (seul) outil de lutte contre la récidive.....	52
§2 Les soins comme mesure de surveillance sociale .....	55
<b>2ÈME PARTIE : LA LÉGITIMATION DES SOINS PÉNALEMENT ORDONNÉS .....</b>	<b>58</b>
Titre 1 : Des garanties encadrant le prononcé et la mise en œuvre des mesures de soins .....	58
Chapitre 1 : Un recours aux soins parfois subordonné à une expertise médicale.....	58
Section 1 : Une exigence d'expertise médicale ponctuelle.....	58
§1 L'exigence d'un avis médical en matière d'injonction de soins et thérapeutique.....	59
A/ Un « examen médical » se prononçant sur l'opportunité de la mesure .....	59
B/ Une « expertise médicale » se prononçant sur l'opportunité de l'injonction de soins .....	60
§2 : L'absence d'expertise exigée en matière d'obligation de soins .....	62
A/ Un recours aux soins malgré l'absence d'expertise en ce sens .....	62
B/ En l'absence d'expertise médicale, un magistrat prescripteur de soins .....	63
Section 2 : L'intérêt relatif de l'avis médical.....	65
§1 Un avis médical à l'impact limité .....	65
A/ Une expertise purement consultative .....	65
B/ Une exigence purement formelle .....	66
§2 Un avis médical à la valeur relative .....	67
A/ L'absence de critères objectifs permettant de conclure à l'opportunité de la mesure.....	67
B/ Une appréciation subjective de l'opportunité de la mesure .....	68
Chapitre 2 : Un recours aux soins toujours subordonné au consentement du condamné.....	69
Section 1 : Un consentement exigé.....	70
§1 Le consentement libre et éclairé aux soins, principe de la déontologie médicale .....	70
§2 La place du consentement aux soins en matière pénale.....	72



A/ Un consentement aux soins exigé indifféremment de la qualité de délinquant .....	72
B/ Le consentement aux soins en matière de soins pénalement ordonnés .....	74
1° L'absence de référence au consentement en matière d'obligation de soins et d'injonction thérapeutique .....	74
2° Un consentement explicitement prévu en matière d'injonction de soins .....	75
Section 2 : Un consentement contraint .....	77
§1 Un consentement « substitutif » face à un droit pénal « de direction » .....	77
§2 Un refus ou un abandon de soins sanctionné .....	79
A/ La sanction du refus ou de l'abandon des soins au stade pré-sentenciel .....	79
1° Le recours à une mesure coercitive dans le cadre de l'instruction .....	80
2° Le déclenchement des poursuites .....	81
B/ La sanction du refus ou de l'abandon de soins au stade post-sentenciel.....	81
1° Au moment de l'exécution de la peine .....	82
2° Au moment de l'aménagement de la peine.....	83
3° Au moment de « l'après peine » .....	85
Section 3 : Un consentement nécessaire .....	86
§1 Le consentement, préalable nécessaire à la mise en oeuvre des soins.....	86
§2 La sanction, préalable nécessaire à la demande ? .....	88
Titre 2 : Une organisation des relations santé-justice renforçant l'efficacité du recours aux soins..	90
Chapitre 1 : La définition progressive des rôles des acteurs sanitaires et judiciaires.....	90
Section 1 : Complémentarité des rôles des acteurs sanitaires.....	91
§1 L'encadrement du rôle du médecin traitant.....	91
A/ Le choix du médecin traitant.....	91
1° Le choix du médecin traitant par la personne enjointe aux soins.....	91
2° L'assentiment du médecin assurant la prise en charge .....	93
B/ Le choix du traitement proposé par le médecin traitant .....	95
1° Une liberté dans le choix de la thérapie.....	95
2° La délicate question des traitements inhibiteurs de libido.....	96
§2 La création du médecin coordonnateur et le médecin relais : des interfaces justice/santé ...	98
A/ Une interface entre le médecin traitant et l'autorité judiciaire .....	98
B/ Des limites constantes à la pérennisation de ces fonctions .....	100
Section 2 : Inégalité des rôles des acteurs judiciaires.....	102

§1 Le rôle croissant du juge de l'application des peines .....	103
§2 Une mise en oeuvre fastidieuse par le service pénitentiaire d'insertion et de probation .....	104
Chapitre 2 : La coordination des acteurs sanitaires et judiciaires.....	106
Section 1 : La question des secrets .....	106
§1 La protection du secret médical dans le cadre des soins pénalement ordonnés.....	106
A/ Une protection nécessaire et affirmée .....	106
B/ Le cas particulier du psychologue traitant.....	108
§2 La protection du secret de l'enquête et de l'instruction .....	109
Section 2 : La question de la transmission des informations .....	110
§1 Un partage d'informations nécessaire à l'efficacité du suivi .....	110
A/ Des acteurs judiciaires vers les acteurs sanitaires .....	110
B/ Des acteurs sanitaires vers les acteurs judiciaires .....	112
§2 Des obstacles au partage d'information.....	114
A/ La réticence face au « secret partagé ».....	115
B/ L'absence de cadre légal en matière d'obligation de soins .....	116
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>119</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>121</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>125</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES .....</b>	<b>135</b>