

Questions Pénales

CESDIP

Centre de Recherches
Sociologiques sur le Droit
et les Institutions Pénales

UMR 8183

www.cesdip.fr

D'une réforme à l'autre. Les ambiguïtés de la professionnalisation des médecins légistes en France

Romain Juston est post-doctorant au Centre de sociologie des organisations (Sciences Po) et docteur en sociologie du laboratoire Printemps (Université de Versailles-Saint-Quentin). Il a soutenu en décembre 2016 une thèse de sociologie sur les médecins légistes en France et sur les expertises judiciaires qu'ils effectuent, thèse engagée dans le cadre d'une coopération du Cesdip avec le CHU de l'UVSQ. Il décrit ici ce corps professionnel sous l'angle de ses transformations récentes en France, depuis une réforme en 2011 de l'organisation de la médecine légale jusqu'à la réforme en cours des études médicales qui instaure une spécialité de médecine légale.

Introduction

Déterminer les causes d'un décès suspect, mesurer la gêne fonctionnelle d'une victime de coups et blessures, déterminer l'âge d'une personne isolée, évaluer la compatibilité de l'état de santé d'un individu avec son maintien en garde-à-voir... les actes que les médecins légistes effectuent sur réquisition du procureur sont variés. Ils concernent des morts et des vivants, des victimes comme des mis en cause. Véritable groupe à part dans la profession médicale, les médecins légistes n'ont pas vocation à soigner mais travaillent quotidiennement comme auxiliaires de justice à l'interface du monde médical et du monde judiciaire.

Si un grand nombre de séries télévisées ont mis les « experts » sur le devant de la scène, les médecins légistes n'en demeurent pas moins un groupe professionnel méconnu¹. On ne sait que très peu de choses de ces médecins et de leur quotidien professionnel ou des modalités à travers lesquelles se fabriquent les preuves médico-légales, pourtant quotidiennement utilisées par les professionnels de la justice pénale. De plus, cette discipline connaît actuellement plusieurs transformations. Une réforme de l'organisation de la médecine légale entrée en vigueur en France en 2011 a eu pour objectif de généraliser l'entrée de la médecine légale à l'hôpital en mettant en place des services hospitaliers au sein desquels des médecins légistes « professionnels » (et non plus collaborateurs occasionnels du juge) travaillent quotidiennement à la réalisation d'expertises. Ensuite, une réforme des études médicales entrée en vigueur au 1er octobre 2017 crée un diplôme d'études spécialisées (DES) en médecine légale, la reconnaissant *de facto* comme une spécialité médicale d'exercice, et non plus une surspécialité qui s'ajoute et se combine à une autre formation d'internat.

La recherche détaille les logiques de ce monde méconnu, fantasmé et en transformation qu'est la médecine légale. Le corps médico-légal peut être abordé sous trois acceptions. En premier lieu, il fait écho au corps des médecins légistes eux-mêmes, façon-

Méthodologie

Cette recherche repose sur la mise en place d'un dispositif d'enquête associant des observations des pratiques médico-légales conduites en France dans le cadre du pénal (une trentaine d'autopsies et une centaine de consultations médico-judiciaires, notamment), des entretiens avec des médecins (n=55) et des magistrats (n=15), et un travail sur archives. Les différents sites étudiés (salles d'autopsies, cabinets médicaux, directions ministérielles, administrations déconcentrées, permanences-parquet, cours d'assises, congrès de médecine légale) sont constitutifs du dispositif médico-légal étudié selon deux plans distincts : le plan des protocoles qui, des ministères aux services, vise à organiser et à cadrer les activités médico-légales ; celui des rapports d'expertise établis par les médecins légistes, suivis depuis les services de médecine légale jusqu'aux tribunaux.

Quant à l'étude de l'organisation de la médecine légale et de la figure du médecin légiste qu'elle institue, elle s'appuie plus spécifiquement sur un travail mené auprès de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) lors des années suivant la difficile mise en place d'un schéma directeur de la médecine légale, à travers notamment une série de rapports d'inspection ayant contribué à transformer ce schéma directeur pour l'adapter aux contraintes rencontrées lors de sa mise en œuvre.

nés par les gestes à connaître, par les manières de savoir, d'agir et de penser incorporées au cours d'un long processus de socialisation. Ensuite, la formule renvoie au corps violenté, tel qu'il est exploré, décrit, mesuré, éprouvé par les médecins légistes au cours de leurs expertises. Enfin, le corps médico-légal désigne le corps professionnel formé par les médecins légistes. C'est cette dernière acception qui est au cœur de ce texte qui s'attache à décrire la discipline médico-légale comme traversée par des processus de professionnalisation problématiques instituant tantôt le légiste

¹ À noter néanmoins un dossier consacré à « l'identité du médecin légiste » dans un numéro récent de la revue *Déviance et Société*. Nous y signons l'article suivant : « Les médecins légistes en France : un groupe professionnel segmenté entre expertise judiciaire et spécialité médicale », *Déviance et Société*, 2017, vol. 41, n° 3, p. 387-413.

comme un *expert judiciaire* collaborateur occasionnel du juge et tantôt comme un *médecin spécialiste* exerçant la médecine légale à temps plein dans des services hospitaliers dédiés. Cette tension est ici examinée successivement à partir des réformes de 2011 et de 2017 qui visent respectivement à instituer la médecine légale comme une discipline hospitalière et comme une spécialité médicale, et non plus selon le modèle de l'expertise judiciaire que la médecine légale a pourtant contribué à forger un siècle plus tôt².

1. La lente constitution d'une discipline médico-légale hospitalière

Un détour par l'histoire : de la figure du médecin expert à celle du médecin légiste

L'histoire de la médecine légale révèle que cette discipline apparaît prise en tension entre les deux figures du *médecin expert* et du *médecin légiste*. Ainsi, les choix relatifs à l'organisation des activités médico-légales depuis l'Ancien régime jusqu'à nos jours oscillent entre deux conceptions opposées ; celle de la figure du médecin expert judiciaire – collaborateur occasionnel du juge –, et celle du spécialiste de médecine légale – professionnel de la discipline. Envisagé en référence au modèle de l'expertise judiciaire, le médecin réquisitionné par le juge est d'abord un expert en médecine légale, comme il en existe dans un grand nombre de spécialités techniques et scientifiques. Par contraste, le médecin légiste, saisi à partir de la grille des disciplines médicales, est d'abord un spécialiste de médecine légale, professionnel de la discipline et doté de titres universitaires lui permettant d'avoir une inscription hospitalière, ou hospitalo-universitaire, dans cette spécialité. La nomenclature actuelle des listes d'experts garde une trace de cette tension, puisque les experts des corps morts et des corps vivants relèvent de la rubrique : « Domaine médico-judiciaire spécialisé » (G1), alors qu'il existe par ailleurs une rubrique « Médecine » (F1). La coexistence de ces deux rubriques rend saillants les débats qui ont présidé à la constitution d'une discipline médico-légale au cours des deux derniers siècles. La médecine légale est-elle soluble dans l'expertise judiciaire, ou, à l'inverse, l'institutionnalisation de cette discipline s'est-elle également appuyée sur l'institution médicale ?

Les périodes successives mettent ainsi en jeu des imbrications différentes entre le régime de l'expertise et celui des spécialités.

Cette oscillation entre deux pôles apparaît alors comme structurante de l'organisation de la discipline, depuis sa création jusqu'aux débats contemporains autour d'une réforme de la médecine légale (cf. Tableau 1).

Faire rentrer la médecine légale à l'hôpital : la mise en place d'un schéma directeur « révolutionnaire »

Depuis les années 1970 s'opère un basculement qui, à une définition de la médecine légale dérivée du cadre général de l'expertise, substitue une définition ancrée dans l'univers hospitalier³. Ce mouvement franchit une étape importante en 2011, lorsqu'un cadre institutionnel, contraignant et durable, est donné à cette définition, avec la mise en œuvre d'un *schéma directeur pour la médecine légale*. Cette réforme reconnaît un ensemble d'acteurs effectuant des expertises pour le compte de *trois ministères de tutelle* : la Santé, la Justice et l'Intérieur. La Santé, *via* les structures identifiées par le schéma, exécute les actes médico-légaux sur réquisitions judiciaires. Dans les faits, les services enquêteurs, *via* les Officiers de police judiciaire (OPJ), relevant d'une double hiérarchie du ministère de l'Intérieur et du parquet, *réquisitionnent* les services médico-légaux. La chancellerie *finance* les actes médico-légaux. Ce paiement renvoie initialement à une dotation de 56 millions d'euros par an versée aux directeurs des CHU qui ont la charge de financer par cette dotation un service de médecine légale. La chancellerie paie aussi, *via* les juridictions et sur frais de justice, un certain nombre d'actes, soit parce que ceux-ci ne sont pas pris en charge par l'enveloppe, soit parce que les expertises sont effectuées par des médecins travaillant hors des structures hospitalières identifiées par le schéma (qu'ils relèvent du « réseau de proximité », ou d'une activité libérale de médecine de ville). Ces trois tutelles sont donc les trois piliers de la réforme en interaction avec les services médico-légaux pour organiser la plupart des actes.

Le schéma directeur repose sur une organisation à trois niveaux – un niveau régional, un niveau départemental et un niveau local – articulant la médecine légale thanatologique et la médecine légale clinique, la première étant confrontée au problème de la technicité des actes tandis que la seconde impose de rendre les médecins légistes facilement accessibles aux victimes de violence.

Tableau 1. L'expert et le légiste : deux figures de l'expertise médico-légale

	<i>Figure du médecin expert</i>	<i>Figure du médecin légiste</i>
<i>Marché professionnel</i>	<i>Ouvert</i> Tout médecin peut être requis, et le juge peut passer outre la liste.	<i>Fermé</i> La fermeture vient d'un diplôme spécialisé ou d'un contrat dans un service dédié.
<i>Type de régulation de la profession</i>	<i>Par l'institution judiciaire</i> On entre dans le groupe par une inscription sur une liste de cour d'appel (rubrique d'expertise ou liste des hôpitaux).	<i>Par la profession médicale</i> On entre dans la profession par un diplôme attestant une spécialisation en médecine légale.
<i>Lieux d'expertise</i>	<i>Diffus</i> L'ensemble des cabinets privés ou des services où exercent des médecins requis	<i>Localisé</i> Service de médecine légale
<i>Modalités de financement</i>	<i>Ministère de la Justice</i> Frais de justice pour financer une activité de type libéral	<i>Ministère de la Justice via le ministère de la Santé</i> Dotation à l'hôpital chargé d'organiser des services de médecine légale
<i>Associations professionnelles</i>	Compagnies d'experts judiciaires interdisciplinaires de la cour d'appel	Sociétés savantes de médecine légale

² Laurence Dumoulin, « La médecine légale aux fondements de l'expertise judiciaire, de l'activité de médecin légiste à la profession d'expert », *Équinoxe*, 1999, vol. 22, p. 65-77.

³ Voir à ce propos *La médecine légale en France. Rapport du groupe de travail chargé d'étudier les problèmes de la médecine légale*, Paris, Ministère de la Justice, 1975.

Le niveau régional est pertinent pour l'ensemble de la médecine légale thanatologique. Les autopsies s'effectuent ainsi au sein de trente structures hospitalières qualifiées de « centres-pivots » et d'Instituts médico-légaux (IML). Ces services de médecine légale réalisent aussi des actes de médecine légale du vivant dans une Unité médico-judiciaire (UMJ) associée à la structure, en accord avec le modèle de polyvalence promu par la réforme selon lequel un médecin légiste pratiquant des autopsies doit également effectuer une activité de consultations de victimes vivantes. Les centres-pivots sont aussi chargés de l'animation du réseau de proximité exerçant au niveau local, ainsi que de la formation des médecins.

La médecine légale clinique s'organise au niveau départemental, afin de garantir une proximité relative des victimes par rapport à ces centres, et, considérant que ces activités ne supposent pas un plateau technique imposant, de diminuer le nombre des sites pour réaliser des économies d'échelle. Au nombre de 47 en 2011, ces UMJ relèvent de trois types d'organisations (01, 02 et 03) distingués selon leur niveau d'activité.

Le niveau local est cité dans la réforme, qui entendait lui laisser une place subsidiaire. Ce « réseau de proximité » relève d'une activité libérale, et les médecins (généralistes, du SAMU, des UMJ privées, et de divers types d'associations de médecins) qui le constituent sont payés à l'acte sur l'enveloppe des frais de justice. Le paradoxe est que ce réseau, dont on attendait une mobilisation à titre exceptionnel, couvrirait dès sa mise en place et lors des années suivantes près de la moitié de la population française.

Applicable pour les deux premiers niveaux, un principe essentiel de la réforme est de *salarier les médecins légistes*, de la même façon que les professionnels des autres spécialités hospitalières. Ils exercent alors la médecine légale selon des statuts variés : praticiens hospitaliers, contractuels ou attachés pour les hospitaliers, chef de clinique, maîtres de conférences ou professeurs d'université-praticiens hospitaliers, pour les hospitalo-universitaires. Il faut ajouter les externes et les internes en stage dans des services de médecine légale dans le cadre de leur internat qui, rappelons-le, concerne une autre spécialité médicale, la médecine légale ne pouvant être jusqu'en 2017 un choix de formation effectué au moment de l'internat.

En définitive, la réforme opère un transfert de compétences du magistrat au directeur du CHU, et aux chefs de services, en ce sens qu'il ne peut plus nommer et payer à l'acte un médecin expert de son choix, mais qu'il doit s'en remettre aux choix des professionnels de l'hôpital. Cette réforme a été analysée comme une nouvelle étape historique par des médecins légistes, qui y voient une véritable « révolution » marquant une rupture nette avec un « ancien régime » où la médecine légale était conçue d'abord et surtout comme une médecine d'expertise⁴. Si le découpage entre ancien régime et révolution est séduisant, il doit être fortement nuancé, car la médecine légale continue d'osciller, à l'intérieur de chacune des périodes, entre un pôle judiciaire et un pôle médical. D'autre part, cette réforme d'allure budgétaire entérine une situation existant déjà dans certaines juridictions. Troisièmement, et c'est l'objet de la section qui suit, on peut formuler et nourrir l'hypothèse que se joue actuellement une restauration du modèle de l'expertise judiciaire pour certains types d'actes médico-légaux.

Une « restauration » du modèle de l'expertise ? Les révisions du schéma directeur

Le schéma directeur peut être nuancé par les révisions rapides qu'il a connues depuis 2012. En effet, celles-ci tendent à montrer que le régime de l'expertise judiciaire de l'homme de l'art, saisi occasionnellement par la justice, est maintenu pour certains actes médico-légaux (comme les examens de compatibilité avec la garde à vue (GAV) par exemple). C'est ce que nous apprend l'étude « par le bas » de cette réforme au sein de la juridiction où le travail de

terrain a été le plus poussé. On y voit que le protocole d'application locale prévu par la circulaire interministérielle de 2011, loin de réaliser le passage d'une activité d'expertise à une activité spécialisée au sein des hôpitaux, contient le retour à une médecine d'expertise libérale.

C'est notamment le cas pour la question des examens de compatibilité à la garde-à-voir que certains aimeraient sortir du périmètre de la réforme. L'échelon local du réseau de proximité contenait en puissance ce *retour à un régime d'expertise judiciaire* pour ce segment de l'activité, perspective formulée clairement dans un rapport d'inspection interministériel de 2013, dont une des recommandations-clés énonce : « Étudier les modalités de mise en place d'un réseau de médecins libéraux portant l'appellation d'attachés de médecine judiciaire et identifiés par inscription sur une liste établie par le procureur de la République »⁵. Identifier des médecins libéraux par l'établissement d'une liste du procureur⁶ et payer ces médecins à l'acte revient à restaurer un régime d'expertise pour une partie de la médecine légale du vivant. De même, il est proposé de recourir à des examens *in situ* dans les locaux de police, et on peut constater l'écart entre les motifs avancés et ceux que la conférence de consensus de 2004 sur l'intervention du médecin en GAV avait mis en avant. En effet, il s'agit moins de permettre au médecin de décider *in situ* de la compatibilité de la GAV avec l'état de santé du mis en cause que d'éviter la mobilisation d'un équipage policier pour conduire ces personnes gardées à vue dans les locaux de l'hôpital.

Au-delà de ces examens, c'est toute la médecine légale du vivant qui est marquée par la coexistence d'une logique de professionnalisation d'un corps de médecins légistes spécialisés et d'une logique d'expertise selon laquelle n'importe quel médecin peut répondre à une réquisition judiciaire. Certains magistrats du parquet observés dans leur travail au service de traitement en temps réel (TTR) d'un TGI de taille moyenne avancent un « *souci d'efficacité* » selon lequel « *on ne peut pas dire aux services de police et de gendarmerie que toutes les victimes doivent aller à l'UMJ. Par contre on va les envoyer à l'UMJ quand on a des situations particulières. Quand on a des armes qui ont été utilisées, par exemple* », et de poursuivre : « *on est plus coulant sur la demande d'ITT [Incapacité totale de travail] quand l'orientation de la poursuite est moins judiciaire. À l'inverse, si c'est très judiciarisé, comme l'ouverture d'une COPJ [convocation par officier de police judiciaire] ou d'une information judiciaire, on est prudent sur l'ITT* ».

Derrière la difficile mise en place d'un schéma directeur pour la médecine légale apparaît clairement le *cheminement de l'idée d'une médecine légale hospitalière, propice à l'émergence d'une spécialité médico-légale*, en cours de réalisation avec la réforme des études médicales de 2017 qui fait l'objet du point suivant.

2. L'émergence d'une spécialité médicale de médecine légale

La médecine légale comme surspécialité médicale

Inscrite dans les parcours médicaux, la médecine légale est – en attendant que la réforme des études médicales de 2017 ne produise ses premiers spécialistes –, une surspécialité médicale qui se combine nécessairement avec une formation à une spécialité d'origine, allant de l'anatomopathologie à la médecine du travail, en passant par la pédiatrie, la médecine générale, la chirurgie orthopédique ou encore la santé publique. Par conséquent, les médecins légistes possèdent des formations de spécialité très diverses qu'ils peuvent plus ou moins investir dans l'exercice de l'expertise médico-légale. Entre ces spécialités multiples et les manières variables d'intégrer les effets judiciaires de leur activité, le processus de socialisation professionnelle des médecins légistes amène à mettre en évidence le poids de la spécialité médicale dans l'exercice quotidien de la médecine légale.

⁴ Renaud Bouvet et Mariannick le Gueut, « La médecine légale au XXI^e siècle : une nouvelle étape historique », *Droit, déontologie et soin*, 2013, n° 1, p. 59-65.

⁵ *Les bonnes feuilles de l'IGA*, n° 2014-17, octobre 2014.

⁶ Les « listes du procureur » existent pour les experts interprètes, et se distinguent par leur caractère officieux par rapport à celles de la cour d'appel. cf. Jérôme Pélisse, (dir.), *Des chiffres des maux et des lettres. Une sociologie de l'expertise judiciaire en économie, psychiatrie et traduction*, Paris, Armand Colin, 2012.

Autrement dit, les postures des médecins vis-à-vis de l'expertise médico-légale dépendent de la façon dont ils ajustent l'exercice de cette activité pour la justice à leur formation médicale d'origine. La description du parcours des enquêtés en médecine légale permet, en premier lieu, d'expliquer pourquoi, selon plusieurs enquêtés, « *il y a autant de parcours en médecine légale que de médecins légistes* ». En effet, on croise en médecine légale toute la diversité de la profession médicale, des généralistes aux spécialistes, des hospitaliers aux libéraux, des précaires aux statutaires de la fonction publique hospitalière, des professionnels aux occasionnels. L'enquête a néanmoins permis de repérer quelques carrières typiques adossées à divers segments professionnels. Les logiques qui président à ces parcours présentent une gamme des motifs d'engagement dans la carrière, depuis les passionnés du droit jusqu'aux désabusés du soin. Ces motivations diverses se déclinent dans des temporalités différentes selon que chez certains, dès le plus jeune âge, la lecture de romans policiers stimule des vocations, là où d'autres ont croisé des réquisitions dans l'exercice routinier de la médecine, ou ont obtenu un poste à la faveur de la création d'une unité médico-judiciaire dans le contexte de la réforme de la médecine légale. L'étude des pratiques concrètes a permis d'enrichir cette carte des experts en étudiant comment la spécialité d'origine des légistes travaille l'exercice de l'expertise.

L'enquête a alors permis d'identifier deux modèles professionnels principaux – qualifiés de modèles du « bon expert »⁷ et du « bon médecin » – à partir desquels les médecins légistes règlent les relations entre leur formation de spécialité et les attentes judiciaires qui tendent à faire d'eux des auxiliaires techniques du juge. La tension entre deux modèles de référence, celui des spécialités médicales et celui de l'expertise judiciaire, est résolue diversement par les médecins qui aménagent leurs pratiques en référence à l'un ou l'autre. Pour les « bons experts », le passage de la spécialité d'origine à l'exercice de la médecine légale procède d'une logique de conversion professionnelle où tout se passe comme si la spécialité d'origine était un simple titre d'accès à l'activité expertale, qui ne vient pas en modifier le contenu. Pour les autres, moins « bons experts » que « bons médecins », la casquette d'expert ne vient pas supplanter celle du spécialiste, mais se combine avec elle. La socialisation à l'expertise s'enracine alors dans une socialisation antérieure puissante, qui est celle de la façon dont les professionnels ont jusqu'alors appris à exercer la médecine.

Une réforme des études médicales pour faire entrer la médecine légale à la faculté : la mise en place d'un Diplôme d'études spécialisées

Une seconde réforme, entrée en vigueur au 1er octobre 2017, prolonge le mouvement de professionnalisation initié par la mise en place de services hospitaliers de médecine légale : la création d'un Diplôme d'étude spécialisée (DES) en « médecine légale et expertise médicale », dans le cadre d'une vaste réforme des études médicales, institue en spécialités un certain nombre de domaines de la médecine qui constituaient jusqu'alors des surspécialités. Cette professionnalisation n'en demeure pas moins problématique, car elle est porteuse d'une tension entre expertise et spécialité à travers ces tentatives « d'améliorer l'efficacité de dispositifs de formation et de resserrer leur connexion à des systèmes d'emploi »⁸. C'est alors tout le système d'articulation entre spécialité et expertise qui est renversé. Après avoir construit les parcours de médecins légistes sur l'idée que des détenteurs de titres de spécialités diverses se sur-

spécialisaient en médecine légale, on se dirige vers un modèle où des médecins légistes de spécialité auront probablement à se sur-spécialiser dans des domaines variés de la médecine pour acquérir une compétence nécessaire aux spécificités des corps violents qu'ils auront à prendre en charge.

Conclusion : une professionnalisation des médecins légistes par la spécialisation de leur discipline

Ce texte a permis de clarifier le processus de professionnalisation de la médecine légale en éclairant deux séquences récentes au terme desquelles la médecine légale accède au rang de spécialité médicale. L'intérêt d'éclairer ces processus de professionnalisation originaux dépasse largement cette seule discipline – à l'intersection de l'expertise judiciaire, de la profession médicale et de la justice –, car elle permet, par sa position d'interface, de mieux comprendre les dynamiques de ces institutions. Ce texte a ainsi montré que les médecins légistes ne sont pas des experts judiciaires au sens traditionnel, mais que les actes constituant leur quotidien professionnel relèvent du cadre hospitalier et sont construits par une formation de plus en plus spécialisée. La médecine légale n'est dorénavant plus une activité exclusivement pilotée depuis la tutelle judiciaire qui finance et consomme des rapports d'expertise, mais tend à devenir une discipline médicale autonome régulée comme une spécialité depuis les Centres hospitalo-universitaires. Moins « experts », les médecins légistes sont alors en passe de devenir des « spécialistes ».

Romain Juston

(romainjuston@gmail.com)

Pour en savoir plus :

« Les médecins légistes en France : un groupe professionnel segmenté entre expertise judiciaire et spécialité médicale », *Déviante et Société*, 2017, vol 42, n° 3, p. 387-413.

« Comment une tache de sang devient-elle une preuve ? Ingrédients et recettes des preuves médico-légales », *Droit et société*, 2016, vol. 93, n° 2, p. 395-416.

⁷ Laurence Dumoulin, *L'Expert dans la justice : de la genèse d'une figure à ses usages*, Paris, Économica, 2007, p. 151 et s.

⁸ Didier Demazière, « Professionnalisations problématiques et problématiques de la professionnalisation », postface au dossier « Les processus de professionnalisation », *Formation Emploi*, 2009, vol. 108, p. 83-90, p. 89.

CESDIP

Centre de Recherches sur le Droit
et les Institutions Pénales

Min. Justice/CNRS - UMR 8183/UVSQ/UCP

Immeuble Edison - 43, boulevard Vauban
F-78280 Guyancourt

Tél. : +33 (0)1 34 52 17 00 - Fax : +33 (0)1 34 52 17

Directeur de la publication

Christian Mouhanna

Coordination éditoriale

Nicolas Fischer (rédacteur en chef)
Bettine Dyvrande (conception et maquette)

Diffusion : CESDIP

Imprimerie : Imprimerie Compédit Beauregard S.A.

ZI Beauregard - BP 39 - 61600 La Ferté-Macé

Dépôt légal : 2ème trimestre 2016

ISSN : 0994-

3870

Vient de paraître

Blanchard, E., 2018, Histoire de l'immigration algérienne en France, Paris, La Découverte.

Blanchard, E., 2018, « La colonialité des polices françaises », in Gauthier J., Jobard, F., *Police : questions sensibles*, Paris, PUF - *La vie des idées*, p. 37-50.

Hassenteufel, P., Maillard, J. de, 2017, « Le recours au marché comme processus politique. Les réformes du gouvernement de coalition britannique (2010-2015) dans la santé et la police », *Gouvernement et action publique*, vol. 6, n° 4, p. 101-126.

Maillard, J. de, 2017, *Polices comparées*, Paris, LGDJ.

Maillard, J. de, Zagrodzki, M., 2017, « Styles de police et légitimité policière. La question des contrôles », *Droit et Société*, n° 97, p. 485-501.

Maillard, J. de, Savage, S., 2017, « Les détectives dans la cage de fer néo-managériale ? Une analyse de deux polices britanniques », *Sociologie du travail*, vol. 59, n° 4, p. 1-22. <http://sdt.revues.org/1416>

Maillard, J. de, (dir.), 2017, « Polices et populations. Perspectives internationales », *Cahiers de la sécurité et de la justice*, n° 40.

Maillard, J. de, Roché, S., Schwarzenbach, A., Oberwittler, D., 2018, « Adolescents' divergent ethnic and religious identities and trust in the police. Combining micro- and macro-level determinants in a comparative analysis in France and Germany », in Oberwittler, D., Roché, S., (eds), *Police-citizen relations across the world: Comparing sources and contexts of trust and legitimacy*, Londres Routledge, p. 175-195.

Maillard, J. de, Smith, A., 2018, « Recent developments within French policy studies », in Halpern, Ch., Hassenteufel, P., Zittoun, Ph., (ed.), *Policy analysis in France*, Bristol, Policy Press, p. 63-77.

Maret, A., 2018, « La "prévention de la récidive" au sein du secteur associatif intervenant en prison. Etiquetage des pratiques associatives par les pouvoirs publics et diffusion limitée du concept de "prévention de la récidive" au Genepi et à l'ANVP », in Larralde, J.-M., Lévy, B., Simon, A., (dir.), *Privations de liberté*, Mare & Martin, p. 233-248.

Maret, A., Maillard, J. de, Gayet-Viaud, C., Jobard, F., 2017, « Aux bords de l'institution policière. Les délégués à la cohésion police-population (DCPP) en recherche de crédibilité », *Cahiers de la sécurité et de la justice*, n° 40, p.44-53.

Mouhanna, C., 2017, « État d'urgence, état des lieux : abus de police et usure démocratique », *Sociologie*, n° 4, vol. 8. <http://journals.openedition.org/sociologie/3389>

Mouhanna, C., 2018, « Des policiers fragilisés et en mal d'écoute, au bord de la rupture », *The conversation*, 23 janvier. <https://theconversation.com/des-policiers-fragilises-et-en-mal-decoute-au-bord-de-la-rupture-90179>

Mouhanna, C., 2017, « Le Code de déontologie : un outil de régulation des relations police-population ? », *Droit et société*, vol. 3, n° 97, p. 503-519.

Mouhanna, C., 2017, « Des minorités invisibilisées dans la police. La confrontation des policiers issus de minorités à la culture policière », *Migrations Société*, vol 29, n° 169, p. 25-38.

Sanchez, J.-L., 2018, « Au risque de la *Marseillaise* : la pratique du jeu au bagné de Guyane (XIX^e-XX^e siècles) », dans Charles Illouz, Pierre Prétou (dir.), *Heur et malheur du joueur. Études sur la violence et le jeu*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, p. 159-180.

Sanchez, J.-L., 2017, « Accommodements, contournements et preuves identitaires : réflexions sur quelques stratégies individuelles déployées devant la commission de classement des récidivistes pour échapper au bagné (fin XIX^e-début XX^e siècle) », *Criminocorpus, revue hypermédia*. <http://criminocorpus.revues.org/3645>

Sanchez, J.-L., 2017, « La discipline au bagné colonial. Les relégués collectifs au pénitencier de Saint-Jean-du-Maroni, Guyane française », *Criminocorpus, revue hypermédia*. <http://criminocorpus.revues.org/3570>

Sanchez, J.-L., 2017, « Le traitement par l'historien du bagné colonial de Guyane : méthodologie historique et usage numérique via la plateforme Criminocorpus », *Criminocorpus, revue hypermédia*, Prison et méthodes de recherche, Communications. <http://criminocorpus.revues.org/3506>

Sanchez, J.-L., 2017, « Paul Roussenoq, Vingt-cinq ans de bagné, sous la direction de Franck Sénateur », *Criminocorpus, revue hypermédia*, Compte rendu. <http://journals.openedition.org/criminocorpus/3668>

Kensley, A., Sanchez, J.-L., 2017, « La prison en Suisse, un état des lieux : un point de vue français », *Revue Suisse de Criminologie (RSC)*, n° 2, p. 67-68. http://www.szkr.recht.ch/index.cfm?startid=D47268F6978D4A B1BF61804BEA2F8921&o_lang_id=8

Sanchez, J.-L., 2017, « Michel Pierre, Le temps des bagnes 1748-1953 », *Criminocorpus, revue hypermédia*, Compte rendu. URL : <https://criminocorpus.revues.org/3494>

Sanchez, J.-L., 2017, « Pierre Piazza, Un œil sur le crime. Naissance de la police politique. Alphonse Bertillon de A à Z », *Criminocorpus, revue hypermédia*, Compte rendu. <https://criminocorpus.revues.org/3479>

Sanchez, J.-L., 2017, « Michel Fize, Une prison dans la ville. Histoire de la « prison modèle » de la Santé (1867-2014), préface de Robert Badinter », *Criminocorpus, revue hypermédia*, Comptes rendus. <http://criminocorpus.revues.org/3452>.