

C.E.D.E.P.
Comité Européen : Droit, Ethique et
Psychiatrie

XII^{ème} SEMINAIRE,

La Peine du Fou, la Prison, le Soins
The Madman Sentence, Prison,
Treatment

Programme et Documents

7, 8 et 9 juin 2003, Utrecht (Pays-Bas)

ARGUMENT : LA PEINE DU FOU, LA PRISON, LE SOIN	3
THE MADMAN'S PUNISHMENT, PRISON, TREATMENT	5
PROGRAMME (FRANÇAIS)	7
PROGRAMME (ENGLISH)	12
ABSTRACTS - RÉSUMÉS	17
LA PRISE EN CHARGE DES AUTEURS DE VIOLENCES SEXUELLES : UNE QUESTION CLINIQUE.....	26
PUNIR ET SOIGNER, LA QUESTION DE LA DÉLINQUANCE RÉCIDIVANTE ET DE LA PSYCHOPATHIE FACE AU DROIT PÉNAL ET À LA POLITIQUE PSYCHIATRIQUE DE SECTEUR.....	32
COURT PROPOS SUR LA TÉMÉBILITÉ ET LA TÉMIBILITÉ (TÉMIBILITÀ EN ITALIEN), AINSI QUE SUR LES TRAVAUX DE UEBERSCHLAG À LANNEMEZAN,	43
QUESTIONNAIRE : “ L'ÉTAT DES LÉGISLATIONS ” (FRANCE)	46
QUESTIONNAIRE : « L'ÉTAT DES LÉGISLATIONS » ALLEMAGNE	52
QUELQUES NORMES JURIDIQUES EN DROIT ALLEMAND	57
BIBLIOGRAPHIE « PRISON &PSYCHIATRIE »	60
SCHIZOPHRÉNIE, PSYCHOSE ET PRISON	64
VIOLENCE, FOLIE, ET POLITIQUE	78
LA DOUBLE FACE DU CRIME.....	82
D'UNE TRIPLE À UNE MULTIPLE ENTENTE	95
DU MÉSUSAGE DU CONCEPT DE "DANGÉROSITÉ" AUJOURD'HUI, TENTATIVE D'APPROCHE CRIMINOLOGIQUE	101

Argument : La Peine du Fou, la Prison, le Soins

« Les malades mentaux sont de plus en plus nombreux dans les prisons des Etats de droit », entend-t-on partout. Conséquence de la désinstitutionnalisation, de la responsabilisation à tout prix, de l'ouverture des hôpitaux, de l'exclusion croissante des malades mentaux des circuits sociaux ou de la violence croissante de certaines pathologies Les explications sont nombreuses et sûrement plus complexes que ne veulent bien le dire ceux qui stigmatisent certaines évolutions de la psychiatrie hors les murs, ou de l'expertise.

Ils n'en reste pas moins que les prisons sont inadaptées à la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques et que ceux -ci y connaissent un sort peu enviable, souvent mis à l'écart, stigmatisés en raison de leur pathologie et exclus pour les même raisons des possibilités de libération conditionnelle ou d'assouplissement de régime.

Malgré ce constat maintenant partagé par bien des responsables politiques, la tendance n'est pas près de s'inverser. Il faudra encore des rapports parlementaires ou des livres pamphlets pour faire évoluer véritablement l'état des prisons et le sort de ceux qui s'y trouvent. Le tout sécuritaire s'accommode assez bien de ces situations, sauf à posséder les moyens de construire des établissements qui permettent une gestion spécifique de ces patients inquiétants en prenant l'alibi psychiatrique pour priver ceux-ci de liberté de manière indéterminée.

Nous sommes probablement à une croisée des chemins dans l'évolution de législations et des structures. Le développement de la psychiatrie en prison a suscité certains espoirs qui restent encore incertains faute, peut-être, d'avoir pu penser cette difficile articulation et de donner les moyens d'y parvenir. A l'opposé de ce choix, certains pays ont considéré que seuls un système spécifique, distinct pouvait prendre en charge ces patients. Partout se pose la question de l'exercice de la contrainte ou de l'obligation dès lors que la folie se décompense ou que la pathologie inquiète. Nous sommes en crise de modèles.

Pour contribuer à cette réflexion le CEDEP propose d'organiser son séminaire annuel autour de trois axes : éthique, en interrogeant le difficile rapport entre soignant et instances de sécurité, juridique dans l'analyse des législations qui oscillent entre peines incompressibles et mesures de sûreté indéterminées et enfin clinique en posant l'interdisciplinarité et le partenariat comme possibilité d'une évolution des prises en charge en milieu pénitentiaire.

Comme chaque année, le séminaire se construira à partir des contributions que les membres du CEDEP enverront au secrétariat et qui nous permettront la constitution d'un document préparatoire.

Cette année le séminaire se tiendra en Hollande, à l'invitation de Frans Koenraadt. Ceux qui connaissent l'exemplarité du système de soins hollandais dans le champ de la psychiatrie légale ne pourront que souscrire au thème que nous proposons cette année et à la pertinence de le traiter à Utrecht.

Bruno Gravier, 20 février 2003

Comité d'organisation

**Claude Louzoun (Paris), Paul Arteel (Gent), Franz Koenradt (Utrecht),
Bruno Gravier (Lausanne), Ulrich Kobbé (Lippstadt)**

The madman's punishment, Prison, Treatment

As the rumor goes:« *In the prisons of democracies the number of mentally ill patients increases*». This can be explained by several factors: de-institutionalization, accountability at all costs, the opening of hospitals, the increasing exclusion of such patients from social systems or the increasing violence of certain pathologies..... Explanations are numerous and certainly more complex than what is claimed by those who denounce certain evolutions of either psychiatry beyond the walls or expertise.

Whatever the case, patients suffering from psychic disorders should not be treated in prisons where they experience a rather unpleasant fate, often kept out of things, stigmatized because of their pathology and, for the same reasons, excluded from possible release on parole or relaxed regimes.

Although this situation is well understood by many political decision makers, the trend is not about to be reversed. Many more parliamentary reports and pamphlets will be needed to change effectively the conditions of the prisons and of the inmates. Those who advocate a strong stance on law and order basically agree with such situations, unless they are replaced by institutions that would enable these difficult patients to be managed, using the psychiatric alibi to deprive them of freedom in an unclear manner.

We are probably at a crossroad of the evolution of law and structures. The development of psychiatry in the prisons fuelled certain hopes which remain stained with uncertainty due to a lack – possibly – of reflexion on this difficult articulation and of means needed to achieve it. On the contrary, some countries consider that only a specific distinct system could enable such patients to be managed. The issue of the application of constraint or of obligation whenever madness collapses or the pathology worries is raised everywhere. We face a model crisis.

In order to contribute to this reflexion, the CEDEP wishes to structure its annual seminar with three issues: ethical – by pondering on the difficult relationship between health care personnel and the prison authorities; legal – through the analysis of legislations which range from sentences to be served in full and undetermined security measures; and finally clinical – by looking at interdisciplinarity and partnership as a possibility of evolution for the treatment in prisons.

As usual, the seminar will be based on the contributions that all members of the CEDEP will send to the secretariat and which will enable us to elaborate a preliminary document.

This year the seminar will take place in the Netherlands, thanks to Frans Koenrad's invitation. Those who know of the exemplarity of the Dutch legal psychiatry care system will undoubtedly agree with the theme proposed and with the choice of Utrecht as the venue

So, let's get to work and send us your contributions.

Bruno Gravier, 20 February 2003

Organizing Committee

**Claude Louzoun (Paris), Paul Arteel (Gent), Franz Koenradt (Utrecht),
Bruno Gravier (Lausanne), Ulrich Kobbé (Lippstadt)**

La Peine du Fou, la prison, le soin

Programme (français)

Vendredi 6 juin 2003

21h30

Accueil à l'hotel Amrath

Samedi 7 juin 2003

8h45 : Accueil à l'Université d'Utrecht, Willem Pompe Institute, Janskerkehof 15a et 16

9h

Ouverture

Introduction à la problématique , Bruno Gravier (secrétaire du CEDEP. Lausanne)

9h 15 – 10h30

Session 1 : Les différentes législations en vigueur en Europe.

Etat des lieux à partir du questionnaire envoyé par le CEDEP :

Chaque présentateur devra essayer de présenter en quelques minutes les réponses aux points principaux soulevés par le questionnaire et notamment sur l'irresponsabilité pénale, l'obligation de soin, l'évaluation de la dangerosité pendant la peine, les mesures spécifiques pour les malades mentaux délinquants, l'état de la psychiatrie en milieu pénitentiaire.

L'idée est de dégager rapidement la philosophie qui guide l'organisation judiciaire en la matière dans chaque pays.

Modération : Paul Arteel (Belgique)

Claude Louzoun (France), Joris Casselman (Belgique), Bruno Gravier (Suisse), Maria Mitrossili (Athènes)

10h30 pause

10h45-13h

Session 2 : La situation hollandaise, un système exemplaire ?

Session organisée par Frans Koenraadt

Le système de soins Hollandais est une référence dans de nombreux domaines : psychiatrie forensique, prise en charge des toxico-dépendances, etc.

La présentation des différents aspects de ce système permettra une première réflexion quant aux réponses que peut proposer une société dans ce délicat interface

Modération : Paul Arteel (Gent)

10h45-11h : Les soins psychiatriques dans les prisons hollandaises, Constantin Kelk (Utrecht)

11h-11h15 Développements récents dans les soins de santé mentale en milieu résidentiel, Johan Legenmaate (Utrecht)

11h15- 11h30 : interventions psychiatriques et policières en santé mentale, Berthold Gersons (Amsterdam)

11h30 12h : discussion

12h-12h15 : Evaluation forensique en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Mielke Komen, (Utrecht)

12h15-12h30 : Protection de l'enfant, Brenda Oude Breuil (Utrecht)

12h30-13h discussion

13h-14h Buffet froid sur place

15h30h – 18h

Session 3 : La situation hollandaise. Un système exemplaire (suite) ?

Modération : Constantin Kelk (Utrecht)

15h 30- 15h45 Développements récents dans la psychiatrie forensique hollandaise, Frans Koenraadt (Utrecht)

15h45-16h : La perspective du patient dans la psychiatrie forensique hollandaise, Wouter van der Graaf, Harrie van Haaster, (Amsterdam)

16h –16h15 : le traitement des délinquants sexuels, Daan van Beek (Utrecht)

16h15- 16h45 : discussion

16h45-17h.pause

17h-17h15 : le droit d'être jugé, Peter Bal, (Maastricht)

17h15 – 17h30 : la politique de la drogue en Hollande, Tim Boekhout (Utrecht)

17h30-18h : discussion

18h –19h transport par train à Amsterdam

19h : la situation hollandaise en pratique : aperçu guidé de la problématique hollandaise : scène de la drogue, etc.

21 h diner à Amsterdam

Dimanche 8 juin 2003

9h-10h30

Session 4 :Le soin du fou dans un contexte judiciaire : aspects éthiques

L'éthique de la psychiatrie légale : éthique spécifique ou éthique générale, la problématique du secret professionnel et de l'échange interdisciplinaire dans un tel contexte ?

Modération : Frans Koenraadt (Utrecht),

Premières pistes à partir de la réalité française et de réactions sur la situation hollandaise, Claude Louzoun (Paris)

Questions posées par l'échange d'information dans le contexte de soins pénalement ordonnés en Suisse, Bruno Gravier (Lausanne)

10h45 –13h

Session 5 : Peine finie, mesure de sûreté indéfinie

Témibilité et dangerosité : peut-on fonder le prononcé d'une peine ou d'une mesure sur une telle évaluation ? La question de l'expertise et du pronostic.

Modération : Catherine Paulet (Marseille)

La dangerosité ,l'homme et l'innocence, Yann Bogopolsky (Lille)

Court propos sur la témibilité (temibilità en italien), la défense sociale nouvelle et l'Ecole d'Utrecht, Philippe Rappard (Etampes)

Les dangers de l'expertise pénale, Philippe Bernardet (Brinville)

13h – 14h buffet froid sur place

14h – 15h Visite du musée national "From Musical Clock to Street Organ"

16h30 18h15

Session 6- La question de l'obligation de soin : soins contraints et soins pénalement obligés, Le retour de la défense sociale

Qu'est-ce qu'une mesure de sûreté ? La défense sociale une réalité toujours présente. Les institutions « idéales » : établissements appropriés, hôpitaux psychiatriques judiciaires, etc. Peut-on soigner dans le contexte d'une obligation de soins ?

Modération : Jean-Pierre Legendre (Annemasse)

Les internés en prison en Belgique, Joris Casselman (Leuven)

Punir et soigner : la question de la délinquance récidivante et de la psychopathie, face au droit pénal et à la politique psychiatrique de secteur, Philippe Rappard (Etampes)

18h30 –20h

Session 7– L'avenir de l'univers carcéral et des institutions qui accueillent les malades mentaux délinquants

Travailler avec les personnels pénitentiaires : une interdisciplinarité est-elle possible ?

La sociothérapie doit –elle être développée ?

Peut-on soigner les délinquants présentant des troubles psychiques en prison ?

Modération : Maria Mitrossili (Athènes) Discutant : Bruno Gravier (Lausanne)

Le projet des Unités Spécialement Adaptées en France, Catherine Paulet (Marseille)

20h 15 Cocktail dans les jardins de l'Institut Willem Pompe

Dîner à Utrecht

Lundi 9 juin

9h30-12h

Conclusions : la délinquance est-elle une pathologie? Le futur des institutions forensiques

Les structures actuelles doivent-elle évoluer ou faut-il en inventer d'autres ?
La psychiatrie légale et l'appareil psychiatrique d'Etat

Modération Paul Arteel (Gent), Discutants : Frans Koenraadt (Utrecht) et Claude Louzoun (Paris)
Punir et soigner : la question de la délinquance récidivante et de la psychopathie, face au droit pénal et à la politique psychiatrique de secteur, Philippe Rappard (Étampes)
Essai de synthèse générale : Bruno Gravier (Lausanne)

The Madman Sentence, Prison, Treatment

Programme (English)

Friday, June 6th 2003

21h30

Welcome at Amrath Hotel

Saturday, June 7th 2003

8h45: Welcome at Utrecht University, Willem Pompe Institute, Janskerkehof 15a et 16

9h

Opening session

Introducing the Topic, Bruno Gravier (secretary of the CEDEP, Lausanne)

9h 15 – 10h30

Session 1 : the situation of legislations in Europe.

Statement from the questionnaire sent by the CEDEP :

Each speaker will present in a few minutes answers of the main points of the questionnaire and especially on the following topics: penal irresponsibility, obligation of treatment, assessment of dangerousness during the sentence, specific dispositions for mentally ill offenders, state of the psychiatry in prisons.

The objective is to quickly point the philosophy of the judiciary organisation in each country..

Chair: Paul Arteel (Belgium)

Claude Louzoun (France), Joris Casselman (Belgium), Bruno Gravier (Switzerland), Maria Mitrossili (Greece)

10h30 coffee break

10h45-13h

Session 2 : The Dutch situation, a model ?

Session organised by Frans Koenraad

The Dutch forensic system is a reference in many fields: forensic psychiatry, drug addiction policy, etc.

Presentation of some aspects of this system will allow a first thought on answers that can be proposed by a society in such an interface between psychiatric services and justice.

Chair : Paul Arteel (Gent)

10h45-11h : mental health facilities in Dutch penitentiaries, Constantin Kelk (Utrecht)

11h-11h15 recent developments in Dutch residential mental health, Johan Legenmaate (Utrecht)

11h15- 11h30 : psychiatric and police interventions in mental health, Berthold Gersons (Amsterdam)

11h30 12h : discussion

12h-12h15 : forensic reports in child and youth psychiatry, Mielke Komen, (Utrecht)

12h15-12h30 : child protection, Brenda Oude Breuil (Utrecht)

12h30-13h discussion

13h-14h lunch on the spot

15h30h – 18h

Session 3 : The Dutch situation, a model ? (continued)

Chair : Constantin Kelk (Utrecht)

15h 30- 15h45 recent development in Dutch forensic psychiatry, Frans Koenraad (Utrecht)

15h45-16h : patients perspectives in Dutch forensic psychiatry, Wouter van der Graaf, Harrie van Haaster, (Amsterdam)

16h –16h15 : treatment of sexual offenders, Daan van Beek (Utrecht)

16h15- 16h45 : discussion

16h45-17h.pause

17h-17h15 : the right to stand trial, Peter Bal, (Maastricht)

17h15 – 17h30 : Dutch drug policy, Tim Boekhout (Utrecht)

17h30-18h : discussion

18h –19h transport by train to Amsterdam

19h : the Dutch situation in practice : guided tour in Dutch criminalities : red light district, drugs-scene, etc.

21 h dinner in Amsterdam restaurant

Sunday, June 8th 2003

9h-10h30

Session 4 : the madman treatment in a penal context : ethical aspects

The ethics of legal psychiatry: specific or general?
Confidentiality and exchange with the authorities in such a context

Chair : Frans Koenraad (Utrecht),

**First thought from the French reality and from reactions on the Dutch situation, Claude Louzoun (Paris)
Questions asked by the exchange of information with the authorities in the context of compulsory treatment in Switzerland, Bruno Gravier (Lausanne).**

10h45 –13h

Session 5 : End of sentence, Endless security measure

Temibility or Dangerousness : can a sentence or a measure be pronounced on the basis of such an evaluation ?

The question of the expertise and of the prognosis

Chair: Catherine Paulet (Marseille)

**The dangerousness, the human being and the innocence, Yann Bogopolsky (Lille)
Short remarks on « Temibility » (temibilità in Italian), the new social defence and the Utrecht school, Philippe Rappard (Etampes)
Dangers of the penal expertise, Philippe Bernardet (Brinville)**

13h – 14h Lunch on the spot

14h – 15h Visit National Museum :“From Musical Clock to Street Organ”

16h30 18h15

Session 6- Obligation of treatment: constrained care and penal-imposed care, The return of social defence

**What's a security measure? The social defence: a still existing reality. "Ideal" Institutions: appropriate hospital, security hospital, psychiatric and judiciary hospital?
Which care in the context of an obligation of treatment?**

Chair : Jean-Pierre Legendre (Annemasse)

**Punish and treat : the question of the recurrent delinquency and psychopathy facing the penal law and the district psychiatry policy, Philippe Rappard (Etampes)
Commitment to prison in Belgium, Joris Casselman (Leuven)**

18h30 –20h

Session 7– The future of the prison world and of the institutions which receive mentally ill offenders

Working with prison personnel: is interdisciplinarity possible?
Should sociotherapy be developed?
Is it possible to treat in prison mentally ill offenders?

Chair: Maria Mitrossili (Athènes) Debater: Bruno Gravier (Lausanne)

The project of Specially Adapted Unit in France, Catherine Paulet (Marseille)

20h 15 Cocktail in garden Willem Pompe Institute

Dinner at Utrecht

Monday, June 9th 2003

9h30-12h

Conclusion: is delinquency a pathology? The future of forensic institutions.

Should the present structures evolved or should new ones be invented ?

Legal psychiatry and the State psychiatric apparatus

Chair : Paul Arteel (Gent), Debaters : Frans Koenraadt (Utrecht) et Claude Louzoun (Paris)
)

Attempt of general synthesis: Bruno Gravier (Lausanne)

Abstracts - Résumés

Nom : Bernardet

Prénom : Philippe

Coordonnées :

« Brinville », 72600 La Fresnaye-sur-Chédouet (France
tél. : 02-43-97-10-94, e-mail :
bernardet.philippe2@wanadoo.fr

Thème général (cf. plan du séminaire) :

Peine finie, mesure de sûreté indéfinie : aspects juridiques.
Le dire de l'expert (3)

Titre de la communication : LES DANGERS DE L'EXPERTISE PSYCHIATRIQUE PENALE.

Résumé :

Si, en France, l'art. 64 du C.P. a été le fondement de l'expertise psychiatrique pour déterminer l'irresponsabilité de la personne ayant agi en état de démence, la circulaire CHAUMIE de 1905 a étendu son champ à l'évaluation des circonstances atténuantes, en considération de l'état mental de la personne mise en cause. De cette enquête de personnalité du prévenu, l'on est passé, sous la pression des mouvements féministes, puis de la lutte contre la pédophilie, à l'expertise de crédibilité du plaignant, à l'occasion de la poursuite des crimes et délits sexuels

Après avoir contribué à l'évaluation de la responsabilité pénale de l'auteur des faits, l'expertise psychiatrique tend ainsi aujourd'hui à se substituer toujours davantage à la recherche et à l'examen des preuves dans l'établissement des faits. Elle comporte donc d'importants risques de dérapages et de perversion de la procédure d'instruction. En revanche, l'évaluation de la compatibilité de la peine encourue et de ses conditions d'exécution, avec le traitement médical nécessaire et approprié du criminel ou délinquant, souffrant de pathologie mentale, demeure la zone grise de l'expertise psychiatrique pénale. C'est pourtant en ce domaine qu'elle aurait pu, dès l'origine, apporter toute la lumière utile. Encore aurait-il fallu que l'expert psychiatre demeurât aux côtés du patient, au lieu de s'ériger en expert de sa dangerosité et de la sécurité publique, en se maintenant davantage aux côtés de l'intérêt collectif, dont il n'est pourtant pas l'évaluateur le plus compétent. C'est sur l'ensemble de ces glissements et sur leurs

conséquences que l'on s'interrogera pour aider à une redéfinition de la place de l'expertise psychiatrique dans le procès pénal

Nom : BOGOPOLSKY

Prénom : Yann

Coordonnées : 13, Rue Parrayon – 59800 LILLE - FRANCE
Tél. – Fax 03 20 31 37 90

Thème général
(cf. plan du séminaire) : En décalé

Titre de la communication : La dangerosité, l'homme et l'innocence

Résumé : La témibilité et la dangerosité : notions princeps de la criminologie et qui parcourent en filigrane l'histoire de la psychiatrie; mais cette notion de dangerosité vient- elle sanctionner un acte ou définir une identité ? Au fil de l'histoire, les figures que la dangerosité a revêtues n'ont cessé de changer. Aussi serait-il intéressant de s'interroger sur l'évolution de ces figures et le sens de leur déplacement. Par ailleurs de quel apport s'enrichirait l'écoute du sujet si l'on tentait de nommer les liens qui nouent ces figures de la dangerosité avec celles de l'idéal et de l'innocence ?

Nom : Prof. Dr. Casselman
Prénom : Joris
Coordonnées : Département de Criminologie
Katholieke Universiteit Leuven (Belgique)

Thème général
(cf. plan du séminaire) :

Titre de la communication : Les internés en prison en Belgique

Résumé :

Malgré quelques initiatives positives récentes de la part des ministères de la Justice et de la Santé Publique, environ un tiers des internés en Belgique se trouvent en prison. Les prisons ne sont pas équipées pour délivrer des soins psychiatriques ordonnés par la loi sur l'internement (loi du 1^{er} juillet 1964). Pour le moment la loi sur l'internement est en voie de réforme, mais le chemin à parcourir est long.

L'internement n'est pas une 'peine', mais une 'mesure de sûreté' dont la décision est le fait d'une juridiction de jugement ou d'instruction. Les conditions d'application sont: une infraction d'une certaine gravité, un jugement d'irresponsabilité à cause d'une maladie mentale et une dangerosité sociale.

L'exécution des décisions d'internement est confiée à une juridiction administrative, la 'Commission de défense sociale', composée d'un magistrat, d'un avocat et d'un médecin.

Exceptionnellement la loi de défense sociale peut être mise en œuvre par le ministre de la Justice lorsqu'une maladie mentale et une dangerosité sociale se révèlent à l'occasion de l'exécution d'une peine envers un condamné, sur avis conforme de la Commission de défense sociale.

Les initiatives récentes sont en partie provoquées par un rapport négatif de la part du 'Comité de prévention de torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants' (C.P.T.), élément essentielle de la direction des droits de l'homme du Conseil de l'Europe à Strasbourg.

Le but de la communication est de décrire la situation des internés qui se trouvent en prison en Belgique et d'en discuter l'aspect éthique.

Nom : Claudette HUGON, Alain HARRAULT

Prénom :

Coordonnées :

Psychologue clinicienne, Service de psychiatrie et de psychologie médicale – Secteur III –Centre Hospitalier de NIORT , 40 Av. Ch. De Gaulle 79021 NIORT Cedex et U.C.S.A., Maison d'arrêt,1 rue du Sanitat NIORT

Psychologue clinicien, Service de psychiatrie et de psychologie médicale – Secteur III – Centre Hospitalier de NIORT , 40 Av. Ch. De Gaulle 79021 NIORT Cedex

Thème général

(cf. plan du séminaire) : Peine finie, mesure de sûreté indéfinie

Titre de la communication :

LA PRISE EN CHARGE DES AUTEURS DE VIOLENCES SEXUELLES :*UNE QUESTION CLINIQUE*

Résumé :

Les auteurs présentent un dispositif de soins pour les auteurs de violences sexuelles mis en place dans le cadre d'une consultation ambulatoire recevant des patients soumis à une obligation de soin par le Juge de l'Application des peines. Deux vignettes cliniques illustrent cette présentation.

Mots-clés : Auteurs de violence sexuelles; obligation de soin; travail en réseau

Nom : RAPPARD

Prénom : Philippe

Coordonnées : 91, Route de Saclas – 91150 ETAMPES – France
Tél.. 01 64 94 04 34

Thème général
(cf. plan du séminaire) : 4 – 5 et 3

Titre de la communication : Punir et soigner : la question de la délinquance récidivante et de la psychopathie, face au droit pénal et à la politique psychiatrique de secteur.

Résumé : En ne dissociant pas l'action sanitaire et l'action pénale, la criminologie clinique permet à la psychiatrie de retrouver son rôle, à savoir celui de traiter la tendance antisociale et non de prévenir la récidive. Si l'asocialité relève de la politique psychiatrique de secteur, l'antisocialité et la psychopathie (qui n'est pas une maladie) relèvent de la justice qui seule, ici, représente l'efficacité symbolique de la loi. La thérapeutique, considérée comme une mesure de sûreté indéfinie, retrouve alors son sens par rapport à une sanction qui reconnaît l'acte en tenant compte de la personnalité.

Nom : Mrs. Dr. Mieke Komen
Coordonnées :

Willem Pompe Institute for Criminal Law and
Criminology, University of Utrecht11

Thème général

(cf. plan du séminaire) :

Titre de la communication : Difficulties of cultural diversity. An exploratory study into forensic psychiatric reporting on juveniles committing serious crimes in the Netherlands

Résumé :

This paper discusses psychiatrists' assessments of the personalities of ethnic minority and native Dutch juvenile delinquents. Psychiatric reports and recommendations help courts determine the type and duration of the sanction. Psychiatrists are involved in almost all cases of serious juvenile delinquency, because the Dutch law considers evaluating criminal responsibility a psychiatric matter. The court usually follows judgements and sentence recommendations of forensic psychiatrists.

So far difficulties that forensic psychiatrists encounter while producing their assessments have not been researched extensively enough. The present research concerns the extent and nature of these difficulties, being based on an analysis of personality reports and sentence recommendations produced by psychiatrists of the juvenile court for individuals placed at a judicial treatment institution, and subject to the criminal PIJ measure in the year 2000 (N=164). PIJ is an abbreviation of Placement at an Institution for Juveniles. The PIJ measure is the most severe sanction under Dutch criminal law that can be administered to juvenile suspects.

The study shows that according to psychiatric reports, the diagnosing of ethnic minority boys is more often difficult than that of their native Dutch peers, since the involved ethnic juveniles tend to present themselves more often in a threatening and manipulative way, and act as being different than they really are. The reports indicate that psychiatric assessment of personalities is often difficult, because forensic psychiatrists struggle against inadequate insight in and understanding of minority cultures, which seems to suggest a need for a broader cross-cultural approach that would enable a comprehensive personality assessment of juveniles committing serious crimes

This study has been possible among others thanks to a subsidy of the Netherlands Organization for Scientific Research (NWO) being part of its research program on the Dutch Multicultural and Pluriform Society authorized by the Ministry of Justice.

Nom : RAPPARD

Prénom : Philippe

Coordonnées : 91, Route de Saclas – 91150 ETAMPES – France
Tél.. 01 64 94 04 34

Thème général
(cf. plan du séminaire) : 4 – 5 et 3

Titre de la communication : Court propos sur la témibilité (temibilità en italien), la défense sociale nouvelle et l'Ecole d'Utrecht.

Résumé : Bref rappel des travaux de Ueberschlag à Lannemezan, en articulation avec la sociothérapie institutionnelle et l'Ecole d'Utrecht..

LA PRISE EN CHARGE DES AUTEURS DE VIOLENCES SEXUELLES : UNE QUESTION CLINIQUE¹.

Claudette HUGON*
Alain HARRAULT**

**Psychologue clinicienne*, Service de psychiatrie et de psychologie médicale – Secteur III – Centre Hospitalier de NIORT , 40 Av. Ch. De Gaulle 79021 NIORT Cedex et U.C.S.A., Maison d'arrêt, 1 rue du Sanitat NIORT .

** *Psychologue clinicien*, Service de psychiatrie et de psychologie médicale – Secteur III – Centre Hospitalier de NIORT , 40 Av. Ch. De Gaulle 79021 NIORT Cedex.

Résumé : Les auteurs présentent un dispositif de soins pour les auteurs de violences sexuelles mis en place dans le cadre d'une consultation ambulatoire recevant des patients soumis à une obligation de soin par le Juge de l'Application des peines. Deux vignettes cliniques illustrent cette présentation.

Mots-clés : Auteurs de violence sexuelles; obligation de soin; travail en réseau ;

Aborder la question des soins aux auteurs d'agressions sexuelles dans le cadre de l'obligation de soins soulève beaucoup de débats voire de polémiques. Cependant, et pour reprendre les propos de Daniel ZAGURY, "*cette omniprésence du recours à l'éthique accompagne l'indigence d'une clinique qui se confond désormais pratiquement avec l'usage des classifications*". Or, "*la conduite éthique doit être subordonnée à la clinique et non l'inverse*".²

Peut-on aujourd'hui soigner un sujet agresseur sexuel ? Comment et avec quels outils ? Ce sont ces questions qui animent notre propos. Nous allons tenter d'explicitier les éléments qui sous-tendent notre démarche puis nous l'illustrerons par deux vignettes clinique.

L'OBLIGATION DE SOINS

Dans la très grande majorité des cas l'obligation de soins fait partie de la situation thérapeutique. Nous allons nous arrêter sur les particularités de cette situation paradoxale.

Les personnes que nous recevons ont été jugées et condamnées soit à une peine ferme et libérées de façon conditionnelle, soit à une peine mixte avec sursis et mise à l'épreuve.

Par cette condamnation, la personne a été jugée responsable, accessible à une sanction et non conforme aux règles de la société. Il existe à ce niveau un risque important de confondre la personne et l'acte.

Lorsqu'elle est prononcée, l'obligation de soins, est souvent interprétée comme un rejet supplémentaire. Au rejet du délinquant, vient s'ajouter le rejet du malade. Dans cette perspective, l'obligation de soins transforme le sujet à soigner en un objet de soin.

Un autre risque existe celui d'entendre pathologie uniquement dans le sens de non conforme aux normes. A cela, la réponse la plus courante des sujets, quelles que soient les pathologies, va être la résistance. Or, pathologie veut aussi dire souffrance. Le soin suppose un sujet souffrant, suffisamment conscient de cette souffrance pour pouvoir adresser une demande.

¹ Nous remercions vivement ,pour leur collaboration à la rédaction de ce textes, les autres membres de l'équipe : A.Gauvin, L.Girard, I.Vignaud, Ph.Cezera.

² **Zagury D.** *Clinique, éthique et mutations sociales. Rapport au XVI^{èmes} Journées de l'Information Psychiatrique.* L'Information Psychiatrique 1998, 74 :1, 47-55.

Dans ces conditions, on doit fixer comme première étape à la démarche de soin la différenciation entre *sujet à soigner* et *sujet souffrant*, afin que progressivement celui-ci s'approprie une part de sa souffrance et imagine pouvoir en être soulagé. Ainsi, l'obligation de soin se présente comme un paradoxe :

Des obligations qui renvoient à un non-sujet.
Des soins qui supposent un sujet en souffrance

Notre premier travail va être d'analyser avec le patient ce paradoxe et la manière dont chacun y répond. Si on fait l'économie de ce travail, le sujet risque d'utiliser ce paradoxe pour se présenter comme victime de la société et éviter tout travail thérapeutique qui le confronte à sa souffrance et à sa responsabilité

Supposer ce paradoxe résolu, revient à mettre sur le compte du sujet son opposition aux soins ou sur le compte de l'éthique (et de la liberté) l'impossibilité d'imposer une telle mesure.

A coté de cette situation paradoxale, le dispositif de soins doit aussi tenir compte des modes de fonctionnement psychologique de ces sujets. Pour notre part nous avons repris les traits spécifiques dégagés par A.CIAVALDINI et M.GIRARD-KHAYAT³:

le clivage et le déni comme mécanismes de défense principaux, un niveau d' identifications archaïque, une angoisse d'effondrement massive, le recours à l'acte qui apparaît à des moments critiques et permet d'échapper à la folie par « une perception pure et dure ».

Dans ce contexte de fragilité identitaire, le projet thérapeutique devra s'articuler autour de - Interroger le fonctionnement clivé. Nous utiliserons des éléments de la réalité : nous pouvons nous appuyer sur l'obligation de soin, le paradoxe qui en découle, les éléments amenés par le procès...

Eviter l'effondrement par un étayage visant à conduire le patient vers la représentation. Pour cela, nous travaillerons sur l'émotion, le ressenti, individuel (des soignants, des patients) ou groupal (groupe thérapeutique, équipe soignante)

Par l'ensemble de ce processus, interrogation du clivage, étayage avec travail à partir des ressentis, le thérapeute ou le groupe thérapeutique permettent la transformation d'un vécu chaotique destructeur en affects puis en expression d'une souffrance au sein d'une relation.

LE DISPOSITIF DE SOIN

Nous commençons par une évaluation de la situation et de la demande du patient. Le sujet est rencontré par deux soignants qui confrontent leur analyse pour définir les modalités

de la prise en charge. Puis nous présentons le projet au patient , en présence du Conseiller d'Insertion et Probation (C.I.P) référent. Nous demandons au patient de se déterminer. Il peut

bien sûr refuser notre proposition et chercher un autre thérapeute.

S'il accepte la prise en charge s'organise autour de trois points

a) Tout d'abord **un cadre classique** garantissant au sujet la confidentialité, la liberté de parole et la sécurité ou, petit à petit, la souffrance déniée et masquée pourra se montrer, avant de se parler, sans que cela soit menaçant pour l'intégrité psychique du

³ **Balier C, Ciavaldini A, Girard-Khayat M.** *Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels.* Direction Générale de la santé, Ministère de la Santé, Paris, 1996.

patient. Ce cadre peut varier selon les patients et les soignants (cadre individuel ou groupal ou les deux). Ce sera un espace de travail centré sur le vécu intra-subjectif et intersubjectif. La dimension imaginaire sera au premier plan.

b) Pour prendre en compte l'aspect contraignant, sera créé, un espace (lieu et temps) où se rencontreront le patient, le C.I.P. chargé du dossier, un membre de l'équipe soignante. La dimension de la réalité sociale sera donc présente dans ce lieu. Nous l'avons nommé « **réunion triangulaire** »

c) Enfin, il est indispensable pour les soignants impliqués dans cette forme de travail de **se rencontrer régulièrement** pour élaborer en groupe les processus et les fantasmes auxquels ils sont soumis. Sinon, le thérapeute risque vite de devenir le "partenaire" du patient c'est à dire

la partie clivée de celui-ci soumise à ses manipulations. Dans ces conditions, tout occupé qu'il est à préserver son intégrité psychique, le thérapeute n'est plus en mesure de prendre de la distance et de favoriser la prise de conscience du clivage.

Nous allons maintenant développer la description de *la réunion triangulaire*, élément particulier de notre organisation des soins.

L'intérêt de ce dispositif à trois n'est pas de confronter le patient à la loi pour qu'il puisse l'accepter ou l'intégrer comme on l'entend dire parfois. Nous travaillons à différencier l'espace des soins de celui de l'obligation. Ceci dans un lieu rassemblant les deux aspects.

Il sera aussi question de permettre de ressentir, de repérer les effets du clivage pour en favoriser l'assouplissement. La présence du patient, d'un C.I.P. et d'un soignant ne va pas manquer d'amener des écarts de perception, de ressentis, de compréhension. Comment ces divergences peuvent-elles servir le soin ?

M. P. est suivi depuis peu de temps. Après le temps d'évaluation, nous lui avons proposé de participer au groupe de photo langage. Il a accepté.

Avec **M. P.**, nous avons alternativement l'impression d'être face à un enfant désarmé cherchant secours, soutien (son visage et son attitude sont alors puérils) ou d'être face à un adulte très sûr de lui (son allure est déterminée, son visage paraît en accord avec son âge - 48 ans) L'écart entre les deux "attitudes" ne peut être questionné.

Au tout début de la 3ème réunion triangulaire, alors que **M. P.** répond à une interrogation du psychologue concernant le début de sa participation au groupe de photo langage par un "ça se passe bien", la C.I.P, Mme T. a un haussement d'épaule et un sourire dubitatif. Elle est en colère : **M. P.** lui dit toujours que tout va bien quand ils se voient au service de probation mais ce n'est pas le cas. Il risque actuellement d'être expulsé de son

logement pour non-paiement. Il avait insisté peu avant cela pour augmenter le montant mensuel de son remboursement des parties civiles. Mme T exprime ne pas pouvoir faire confiance à **M. P.**, elle a l'impression « d'avoir été menée en bateau »

M. P. se met à son tour en colère. Il n'a pas fait exprès, il voulait sincèrement « rembourser les parties civiles ». Il a payé un peu de son loyer et « son propriétaire abuse ».

Face à ces deux colères, le psychologue est bien désarmé, il comprends la C.I.P. et ressent de l'empathie à son égard. En même temps, il comprend **M. P.** et ressent son désarroi. Il

le verbalise, la tension baisse. **M. P.** explique plus calmement qu'il est sincère, que tout va s'arranger, en même temps, il ne sait comment faire. Mme T. n'a pas de solution. Le psychologue non plus, bien entendu mais nous nous interrogeons sur comment **M. P.** est arrivé à cette situation. Il dit ne pas avoir pensé du tout au loyer quand il a voulu augmenter les mensualités, même quand Mme T. l'interrogeait sur ses possibilités financières.

Le psychologue fait alors référence à une situation déjà évoquée en réunion triangulaire. Récemment, **M. P.** a repris des études et passé avec succès un examen permettant une réintégration professionnelle. Pour y parvenir, il avait réussi à "libérer son esprit de tous les problèmes". Mme T. sourit. Le clivage peut être utile.

L'atmosphère et le ton de la conversation se sont alors détendus et **M. P.** peut parler de ses difficultés à tout gérer. Il a besoin de s'acquitter de sa dette aux parties civiles, il pense qu'il sera soulagé...

Dans un premier temps, les ressentis des deux personnes se sont affrontés, chacun représentant un élément du psychisme du patient. Le clivage évitait la rencontre et donc le conflit qu'y en résulte. La troisième personne a éprouvé et supporté, un sentiment intense d'impuissance face à ces deux ressentis présents dans un même lieu puis elle a pu les nommer et leur donner un sens en référence à une souffrance insoutenable. La tension a baissé. Le clivage a ensuite été resitué au niveau de son rôle défensif. Nous avons observé que la répétition du vécu de tels moments amène petit à petit un début d'intériorisation des liens et un assouplissement du clivage.

Ce fonctionnement est régulièrement activé dans les réunions triangulaires ; cependant le lieu des ressentis de chaque partie clivée, le lieu de leur rassemblement, le lieu qui provoque l'apaisement, varie suivant les séances, les patients et parfois à l'intérieur même d'une séance.

Dans l'exemple suivant, il y a eu circulation des différentes positions, échec de certaines tentatives de rassemblement. Le vécu insupportable a circulé, mais c'est le patient qui a permis au groupe de s'apaiser.

M. B. est suivi depuis un certain temps, sa femme est également suivie dans le service. Tous les deux ne nient pas les accusations mais disent ne pas se souvenir des faits qui leurs sont reprochés. Selon eux s'ils revoyaient leurs enfants, ils se souviendraient. Ceux-ci, surtout l'aîné, sauraient la "vérité" et la leur diraient.

A tour de rôle le C.I.P et le psychologue ont tenté lors de réunions triangulaires précédentes, d'interroger ce positionnement, en vain.

Au début de la réunion triangulaire que nous allons relater, M. N., C.I.P., signale qu'il souhaite s'entretenir ici d'une sollicitation de M. et Mme B. Ceux-ci ont demandé une aide pour rédiger une demande pour revoir leurs enfants en présence des travailleurs sociaux.

M. N. éprouve une colère retenue : après avoir pris du temps, dépensé de l'énergie pour expliquer la situation, les modalités de demandes appropriées... il s'est aperçu en relisant les données du service, que ce travail avait déjà été fait par un de ses collègues récemment. Il souhaite évoquer ce sujet lors de notre rencontre car il pense que le problème ne se situe pas au niveau de la forme à employer pour la demande.

M. B. nie alors toute difficulté et il change de sujet. Il parle de sa femme, celle-ci lui demande de rompre avec sa famille à lui, il est tout à fait d'accord... Un peu plus tard, il dit se soucier pour sa mère et lui avoir téléphoné. Le psychologue tente de nommer la difficulté dans laquelle il se trouve en reliant les deux aspects précédemment énoncés. M. N. essaie également. Leurs essais sont infructueux. L'atmosphère depuis le début de la séance est de plus en plus tendue. M.B. insiste sur l'unité du couple et énonce entre autre qu'ils parlent souvent de « leur amnésie » au sujet des faits reprochés. Le psychologue sent bien le rôle de ce positionnement. Néanmoins, quand M. B. enchaîne sur le souhait du couple de revoir les enfants pour savoir la vérité, le thérapeute ne supporte plus...et dit son agacement, son épuisement et son ressenti d'impuissance à aider M. B. Il accentue sur le côté illusoire dans lequel M.B s'évertue à rester au niveau du couple et de la relation avec ses enfants. Il dit à M.B que celui-ci demande aux enfants ou bien de dire ce qu'il veut entendre ou bien de faire ce que lui ne peut pas faire, c'est à dire se positionner par rapport aux actes reprochés.

M. B. semble, dans un premier temps, "secoué". Il y a un bref silence tendu et il lance avec émotion "oui, c'est les gamins qui portent tout en fin de compte", suit un silence plus calme puis "c'est vrai, ça ne va pas, c'est trop lourd pour eux". La tension baisse. Il sait, en demandant à revoir les enfants, qu'il y aura peut-être un refus des autorités ou pire, de la part des enfants. Ce serait difficile voire terrible. En même temps, ne pas les voir, c'est pouvoir maintenir l'illusion qu'il « saurait », si la justice ne l'empêchait pas de voir les enfants. Néanmoins, il souhaite faire la lettre concernant la demande de visites accompagnées.

Nous espérons avoir fait ressentir comment, c'est la capacité du groupe des personnes présentes à laisser émerger des ressentis intenses, à les contenir, puis à les nommer qui est opérant. L'émergence des ressentis est favorisée par la capacité de chacune des personnes de s'émouvoir et par la rencontre des trois parties concernées induite par l'obligation de soin.

La capacité du groupe à contenir, se représenter, nommer les éprouvés, prend appui sur le cadre général des soins défini plus haut, sur le cadre des réunions triangulaires, sur le cadre théorique sous-jacent, sur l'inscription du groupe et de chacun des référents, thérapeute et C.I.P., dans le symbolique.

Les « réunions triangulaires » ainsi conçues permettent à la personne d'expérimenter des modes de relations à l'autre mais aussi à la réalité extérieure, différents de ceux qu'il emploie habituellement sans danger pour son équilibre psychique et parfois même avec soulagement, voire plaisir.

CONCLUSION

Nous avons tenté de montrer au cours de ce travail comment nous pouvons organiser un cadre de prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles qui tienne compte de la spécificité de leur problématique et de la situation dans laquelle ils se trouvent tout en maintenant notre position de soignants.

Bien sur, les effets d'un tel travail devront être évalués mais déjà on peut constater que la nécessaire collaboration entre soignants et travailleurs sociaux a permis à chacun de mieux définir son champ d'intervention.

Tout ce travail est long et complexe. Il demande une solide formation et une expérience sans cesse réactualisée.

Dans quelle mesure la société est-elle prête à investir de tels moyens pour s'occuper de ses "démons" ?

Références bibliographiques :

- Aubut J. et coll. Les agresseurs sexuels. Théorie, évaluation et traitement. Maloine, 1993
- Balier C. Psychanalyse des comportements violents, Presses Universitaires de France, Paris, 1988
- Balier C. Psychanalyse des comportements sexuels violents, Presses Universitaires de France, Paris, 1996.
- Bayle G. Epître aux insensés. P.U.F, Paris, 1998.
- Ciavaldini A. Psychopathologie des Agresseurs Sexuels, Masson, Paris, 1999 .
- Ciavaldini A, Balier C (Eds). Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadres judiciaire, Masson, Paris, 2000.
- Conférence de consensus. Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle. Fédération Française de Psychiatrie et John Libbey Eurotext, Paris, 2001.
- Coutanceau R. Consultations ambulatoires spécialisée ou Antennes de psychiatrie et psychologie légale. Forensic 1996 ; 13 :29-30.
- Dubret G, Cousin F.R. La peine et le soin Nécessaire coordination de deux logiques pour une prise en charge des délinquants sexuels. Evolution Psychiatrique 1998 ;63 ,1-2 :157-174.
- Du Mesnil du Buisson G. Entre le juge et le thérapeute, quelle place pour le condamné agresseur sexuel ? L'Evolution Psychiatrique, 1996, 61 :1,159-169.
- Penot B. Figure du déni. En deçà du négatif. Dunod, Paris, 1989
- Savin B. Abord analytique groupal dans le traitement des délinquants sexuels. In : Gabel M, Lebovici S, Mazet P. Le traumatisme de l'inceste. P.U.F, Paris, 1995 :223-238.
- Savin B. Prise en charge et traitement des abuseurs sexuels : L'expérience du S.M.P.R. de la maison d'arrêt de Varcès, In : Govindama Y, Rosenblat Ch, Sanson M . Itinéraires des abuseurs sexuels L'Harmattan, Paris, 1999.
- Senon J.L, Mery B, Patillot P. Légitimité et limites du secteur de psychiatrie dans la prise en charge des agresseurs sexuels. Forensic 1997 ;17 :16-25.

PUNIR ET SOIGNER, La question de la délinquance récidivante et de la psychopathie face au Droit Pénal et à la politique psychiatrique de secteur.

Ph RAPPARD ⁴

« On n'impute pas à l'homme parce qu'il est libre ; mais l'homme est libre parce qu'on lui impute ».

Hans KELSEN

⁴ Psychiatre des Hôpitaux Honoraire. Ancien médecin chef des services de sûreté de Hoerdt et de Sarreguemines, ancien psychiatre de la Prison-Ecole de Oermingen, ancien expert près les Tribunaux, ancien médecin chef du secteur 91.G.05, président d'honneur de l'Association Essonnienne d'Entraide et de Réadaptation.

PUNIR ET SOIGNER
La question de la délinquance récidivante et de la psychopathie face
au Droit Pénal et à la politique psychiatrique de secteur.

Ph RAPPARD

Résumé

En ne dissociant pas l'action sanitaire et l'action pénale, la criminologie clinique permet à la psychiatrie de retrouver son rôle, à savoir celui de traiter la tendance antisociale et non de prévenir la récidive.

C'est à la prison de devenir un outil thérapeutique pénal et non à l'Hôpital Psychiatrique de redevenir prison, même « prison sans barreau »

Quant au statut d'irresponsabilité pénale du malade mental il fait problème en France en raison du non-lieu judiciaire qui en résulte, et non en raison du principe. Les notions de culpabilité et de responsabilité ne doivent pas laisser oublier celle d'imputabilité.

La présence de psychopathes en prison résulte de la politique psychiatrique de secteur, dont le but est la prise en charge des malades mentaux et de l'asocialité. La délinquance récidivante et la criminalité, relèvent de l'antisocialité et de la justice qui seule, représente auprès de ces sujets, l'efficacité symbolique de la loi.

1°) Mémoire et Histoire : Sarreguemines et les deux faces de la politique psychiatrique de secteur en voie de formation.

Après avoir été interne chez Henri EY, à Bonneval, où mon rôle consistait à animer la vie sociale des malades dans un club psychothérapique autofinancé et ouvert sur le monde extérieur, je me suis trouvé de 1957 à 1959 médecin chef intérimaire du service de sûreté de l'hôpital psychiatrique de Hoerdt (Bas Rhin), puis médecin chef de l'hôpital psychiatrique de sûreté de Sarreguemines (Moselle) qui venait d'être créée. Voilà ce que j'en disais dans un article rédigé à l'époque (1959) pour l'Information Psychiatrique :

« Le renouvellement de l'assistance psychiatrique a profondément modifié l'ambiance des hôpitaux psychiatriques ordinaires qui tendent à devenir des centres de traitement et de réadaptation sociale largement ouverts sur la vie extérieure. Tout est conçu pour qu'y règne un certain climat psychothérapique. L'aspect carcéral de l'hôpital doit disparaître pour faire place à l'open-door et au no-restraint.

Une telle modification implique évidemment l'élimination des malades anti-sociaux pour lesquels déjà GARNIER en 1905 et DUPRÉ en 1912 demandaient des établissements spéciaux. Si SÉRIEUX en 1903 devait se plaindre de ce que « cent ans après Pinel on en était arrivé à ce lamentable résultat de voir les aliénés dont sans cesse on proclame la dignité de malade, rabaissés à la condition de détenus c'est que, en plus des malades mentaux authentiques présentant ou non des réactions médico-légales, aboutissaient dans les hôpitaux psychiatriques la plupart des détenus difficiles ou présentant des psychoses intercurrentes et les sujets reconnus pénalement irresponsables sans présenter de psychoses caractérisées (délinquants anormaux responsables des auteurs étrangers), pour lesquels la législation pénale en France ne prévoit aucun dispositif pénitentiaire. Il est bien évident que la présence dans les mêmes établissements de malades mentaux inoffensifs, de malades dangereux et de déséquilibrés psychopathiques antisociaux délinquants récidivistes et criminels contribue au maintien de certaines mesures peu compatibles avec une ambiance psychothérapique ».

La politique psychiatrique de secteur a inauguré une psychiatrie ouverte, par delà « les murs de l'asile » (expression de MINKOWSKI, reprise par GENTIS), qui posait le problème des malades mentaux dangereux ou difficiles, ayant bénéficié ou non d'un non-lieu judiciaire et internés dans les hôpitaux psychiatriques. La mise en place de cette nouvelle politique - formulée dès les journées psychiatriques nationales de 1945 et de 1947, avant que les circulaires ministérielles du 15 mars 1960 ne lui donne consistance - aboutit le 5 juin 1950 à une circulaire destinée, pour faciliter l'ouverture des hôpitaux psychiatriques ordinaires (où les admissions selon les modalités du service libre prenaient de l'extension), à traiter dans des unités spéciales ou dans des établissements spéciaux, les malades difficiles « des catégories un, deux et trois ». Si la première et la deuxième catégorie pouvaient être maintenues dans les hôpitaux psychiatriques ordinaires dans des chambres protégées ou dans des unités fermées, la troisième catégorie constituée de grands déséquilibrés psychopathes généralement médico-légaux et susceptibles de préméditer des réactions et des évasions complotées, étaient à traiter dans des services de sûreté tels ceux de Villejuif, Hoerdt, Montdevergue, auxquels devaient s'ajouter ceux de Sarreguemines et de Cadillac.

2°) La réforme du code de procédure pénale de 1958

La réforme du code de procédure pénale de 1958 devait d'ailleurs modifier la composition de cette population des malades difficiles et en particulier celle de la catégorie trois. Les

nouvelles questions posées aux experts, en particulier celle de l'accessibilité à une sanction pénale, devaient réduire le recours à l'article 64 du code pénal de 1810 que de nombreux experts utilisaient pour éviter des peines courtes à des sujets dangereux relevant de la circulaire CHAUMIÉ de 1905, qui introduisait la notion de responsabilité atténuée. En 1958, 70% des sujets hospitalisés selon les modalités du placement d'office dans le service de sûreté de Sarreguemines, étaient des déséquilibrés psychopathes ayant bénéficié d'un non-lieu judiciaire et de l'article 64 du code pénal. Dix ans après, ce taux avait considérablement diminué et les psychotiques difficiles non médico-légaux venaient s'y substituer. Simultanément la population des établissements pénitentiaires devait se modifier elle aussi, et l'on peut considérer que la réforme du code de procédure pénale de 1958, joua un rôle certain dans le développement de la psychiatrie pénitentiaire et dans la création des centres puis des services médico-psychologiques pénitentiaires.

A partir de ce moment, le principe de l'irresponsabilité pénale du malade mental inscrit dans le code pénal de 1810 (article 64), puis repris dans le code pénal de 1992 (article 122-1), ouvrait deux champs à la criminologie psychiatrique : celui des établissements pénitentiaires, de la prévention et de la surveillance post-pénale des criminels et des délinquants pour le monde pénalisé ou pénalisable ; celui des établissements psychiatriques et de la postcure, pour le monde dépenalisé avec, paradoxalement, plus de liberté dans le monde pénitentiaire que dans le monde psychiatrique, pour les psychiatres thérapeutes, en raison des questions de culpabilité, de responsabilité et d'imputabilité.

La récidive est le « fait total » pour la criminologie, et sa prédiction n'est pas scientifiquement établie. Demander au psychiatre de prévenir la récidive obère son action thérapeutique. Ce n'est pas ce qui lui est demandé dans les établissements pénitentiaires, c'est ce qui lui est demandé dans les services psychiatriques. Or, comme y insistait WINNICOTT, (aspect que nous avons développé dans notre travail « la folie et l'Etat », Privat éd. 1981), prévenir la récidive et le passage à l'acte n'est pas compatible avec le traitement de la tendance anti-sociale.

3°) Défense sociale, irresponsabilité pénale et justice

La défense sociale, qui consiste à renoncer au procès de répression pour un procès de resocialisation, en respectant autant les victimes que les infracteurs, se profile. Même si elle maintient le principe de l'irresponsabilité pénale, elle ne fait pas échapper le malade mental à la justice. Qu'elle maintienne ou qu'elle ne maintienne pas la sentence indéterminée, elle laisse au tribunal (et non pas au médecin, comme en France), la responsabilité d'une libération ou d'une sortie. En cas de récidive, les crimes et les délits ne sont pas imputables aux thérapeutes ou aux « gardiens et préposés responsables », qui restent libres dans leurs actions thérapeutiques et leur gestion, que le sujet soit en établissement ou sorti. Autrement *le psychiatre est l'otage du non-lieu judiciaire* et le support d'une culpabilité liée autant au maintien par delà la période de soins, qu'aux risques d'une sortie sans obligation réelle de soins.

La sortie par voie judiciaire est prévue en France, autant par l'article 29 de l'ex-loi du 1838, que par l'article L.351 de la nouvelle loi du 27 juin 1990. Mais elle est peu appliquée, autant du fait des psychiatres que des magistrats. Ce qui bloque l'action psychiatrique, dans le domaine dépenalisé de la criminalité des malades mentaux, ce n'est donc pas le principe de l'irresponsabilité pénale (principe admis dans la quasi-totalité des pays d'Europe et du monde), mais la pratique du non-lieu judiciaire, liée au fait que le droit français n'intègre pas les actes accomplis par un malade mental atteint d'un trouble psychique ou neuro-psychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes, selon la formule actuelle. Ce ne sont pas les malades mentaux qui sont rejetés du Droit, mais leurs actes (autant au civil qu'au pénal). Mais peut-on exister sans ses actes ? Un progrès s'est dessiné

lors de la promulgation de la loi du 3 janvier 1968 portant réforme du droit des incapables majeures, qui rend leur responsabilité civile aux malades mentaux (article 489-2). Article, d'ailleurs inapplicable en lui-même, mais qui renvoie implicitement à l'article 1382 du code civil, celui du commun des mortels, où la notion de faute intervient, qui permet la désabsolutisation de la réparation du dommage contenue dans l'article 489-2, article dont le principe d'équité a été exclu, lors des amendements de la loi.

L'article 64 du code pénal de 1810 et le principe de l'irresponsabilité pénale du malade mental, ont permis le développement d'une discipline nouvelle, non axiologique, la psychiatrie, qui mettait sur le marché du savoir des concepts objectifs comme ceux de « passage à l'acte », de « comportement », de « situation », etc. La criminologie, qui en est plus ou moins issue, ne peut s'exercer véritablement qu'en dehors du champ de cette irresponsabilité. L'article 122-1 du nouveau code pénal favorisera-t-il cet exercice ? Oui ! Si les experts considèrent que, dans la plupart des cas, le malade mental reste punissable, c'est-à-dire si le trouble psychique ou neuro-psychique a altéré le discernement et entravé le contrôle des actes, sans pour autant les abolir. Le recours à l'abolition ne devrait être que rare et réduit à des cas précis dont certains ont d'ailleurs déjà été évoqués par FREUD.

L'humanitaire ne doit pas ici, comme dans les conflits ethniques, masquer une absence de politique. La psychiatrie n'est pas une action humanitaire, mais une politique, comme l'expression « politique de secteur » a tenu à le préciser dès le départ ; une politique qui, bien sûr, n'exclut pas une action thérapeutique humaniste. La visée de cette politique n'est pas le recours à des associations humanitaires qui viendraient pallier les insuffisances d'un système juridique ou d'un état. La psychiatrie n'est pas assimilable à une association non gouvernementale, aménageable dans l'espace vide du non-lieu judiciaire, espace qui ne dévoile pas une réalité, mais l'occulte encore plus.

Comme nous l'avons développé ailleurs, le principe de l'irresponsabilité pénale est un fantasme fondateur inanalysable, mais les symptômes que sont les lois liées à ce principe sont analysables et à élaborer en fonction du Droit. Droit, dont le rôle n'est pas d'entériner un état de fait (celui de la psychose) ou, pour parler comme Kelsen, celui de l'« être », mais d'organiser un « devoir être », celui de l'existence. Dans le contexte actuel il ne serait pas sage de continuer à opposer punition et soin. Dans le cadre de la pénalisation ou de la dépenalisation, punir et guérir ne sont pas antinomiques, et la justice et la psychiatrie sont condamnées à cohabiter pour des raisons, non pas de culpabilité ou de responsabilité, mais d'imputabilité.

4°) Société juridique et « sublimations normatives »

Les rapports de la justice et de la psychiatrie ne correspondent pas uniquement aux rapports de la punition et de la guérison. « Punir ou guérir », tel était le sous-titre donné par Ph. NÉMO à l'entretien qu'il menait avec Michel FOUCAULT en 1976. Le psychiatre y apparaissait comme un personnage qui n'a rien inventé mais qui est venu s'inscrire dans cette zone où la justice ne sait plus quel sens donner à la condamnation de quelqu'un. Car la peine a fini par ne plus conjurer un acte dommageable, mais bien à condamner l'auteur de l'acte. Le psychiatre, dans cette affaire, a été conduit à jouer un rôle auquel peut-être il ne s'attendait pas, à savoir celui de l'enfermement et de la protection paradoxale des libertés individuelles.

Mais l'acte non reconnu par le droit, l'acte accompli par le malade mental, est redevenu par delà la violence et la dangerosité, l'objet de la recherche en psychiatrie, car le droit en n'acceptant pas d'intégrer dans son sein ce qui ne résultait pas du libre arbitre, exprimait ce que les philosophes présentaient comme inséparables, à savoir « l'essence » et « l'acte d'exister ». La punissabilité et la non-punissabilité, qui prennent le relais de la

responsabilité et de l'irresponsabilité, laissent de côté la guérison, qui de toute façon, ne peut venir que de « surcroît », dans le contexte actuel marqué par la psychanalyse.

Le couple antinomique « punir ou guérir » n'est donc plus le modèle des interventions opportunes, même s'il est repris par les nouveaux textes légaux et réglementaires, dans les pays où la défense sociale prend progressivement la place d'une justice répressive. Les démarches thérapeutiques sont à entreprendre indépendamment des mesures de protection des personnes et des biens décidées par les tribunaux (sans pour autant méconnaître leur incidence sur le comportement) : l'indépendance du médecin restant le principe de son association au traitement psychiatrique des criminels et des délinquants dans les structures mises en place dans la société civile et les différents établissements.

FOUCAULT dénonce les stratégies de pouvoir normalisatrices et le modèle médical qui en est le support. Il se bat, dit-il, contre le normalisateur et non pas contre le législateur. La société de la norme serait venue remplacer la société juridique et « si la loi nous lâche souvent, la norme ne nous lâche jamais ! ». Mais en dénonçant le pouvoir normalisateur et en essayant de le faire apparaître là où il se cache, à travers une analyse philosophico-politique fonctionnant comme colorant du pouvoir, FOUCAULT, en fait, dénonce ce que LACAN, ailleurs et à propos de l'agressivité en psychanalyse, présentait comme les « sublimations normatives ». « Personnellement, je crois que FOUCAULT était dans l'erreur », disait Alain ROBBE-GRILLET. Cependant Foucault situe bien le problème, quand il fait de la prison le dispositif central à partir duquel s'organisent les lois, les codes, et l'appareil judiciaire. Ce n'est pas la prison qui est subordonnée au tribunal, mais le tribunal qui est subordonné à la prison et extérieur à elle. « La société disciplinaire », « la société de surveillance » produit « des petites ruses, des procédés calculés, des techniques, des sciences en fin de compte, qui permettent la fabrication de l'individu disciplinaire ». Et ce que dénonce en définitive FOUCAULT, c'est que la pénalité n'ose plus dire qu'elle punit des crimes, car elle prétend réadapter des délinquants. Le système médico-judiciaire ne juge plus le crime, mais le criminel. C'est à partir de la naissance de ce personnage que le juge, embarrassé, fait appel au médecin, auquel il sera demandé de se prononcer sur la dangerosité du criminel. Dangerosité potentielle, qui entraînera des peines variables et modulées en fonction de cette virtualité. FOUCAULT, sans le dire explicitement, se prononce donc contre la défense sociale et contre le « pouvoir savoir ». « Le pouvoir disciplinaire, écrit-il, semble avoir subi une épuration spéculative en s'intégrant à des sciences comme la psychiatrie, la psychologie... Mais il ne faut pas s'y tromper, ces techniques ne font que renvoyer les individus d'une instance disciplinaire à une autre, et elles reproduisent sous une forme concentrée ou formalisée le schéma de pouvoir-savoir propre à toute discipline... »

Quant à nous psychiatres, nous devons fournir des solutions, bien qu'imparfaites, au même ensemble de problèmes selon les attitudes de l'environnement conventionnel (cf. Albert COHEN), dans la mesure où la déviance, dans ses nombreuses variétés, force l'appui de l'organisation tout en accentuant la conformité aux normes. Le délinquant, en effet, « ayant renoncé à travailler sérieusement, au sens où l'entend la classe moyenne, est plus libre de détourner à son usage ces courants souterrains de notre tradition culturelle... ». Aussi réalise-t-il nos fantaisies morales sur une scène où nous projetons notre vision dynamique du caractère. A propos des lieux de l'action, GOFFMAN écrit : « D'un côté il y a des lieux sûrs et silencieux, le foyer, la profession régulière ; de l'autre, il y a toutes les activités qui permettent de s'exprimer, et qui obligent l'individu à monter en ligne et à s'exposer passagèrement. C'est sur ce contraste que nous bâtissons la plupart de nos rêveries commercialisées. C'est de ce contraste que les criminels, les escrocs et les sportifs tirent leur respect d'eux-mêmes. Peut-être est-ce là leur salaire pour l'usage que nous faisons du rituel de leurs exploits... »

La violence, dans cette affaire, se trouve confrontée à deux conceptions différentes : la médecine et la justice, qu'il n'y a pas lieu d'opposer de façon manichéenne entre punition ou guérison. Même si la violence n'est pas forcément une transgression, elle relève des deux disciplines, dans la mesure où les sociétés de droit attribuent à l'Etat le monopole de la violence légitime, et à la médecine l'obligation de soigner les plaies physiques et psychosociales.

5°) Le problème des déséquilibrés psychopathes et des anormaux mentaux.

Ce qu'il est convenu d'appeler le déséquilibre psychique a toujours fait question autant sur le plan juridique et pénal que sur le plan psychiatrique et criminologique. Les travaux actuels établissent les relations entre psychose et psychopathie. La projection perpétuelle de l'agressivité sur le monde extérieur est au psychopathe ce que la projection délirante dans l'imaginaire est chez le psychotique. Se référant à la tendance antisociale, WINNICOTT, au nom des carences narcissiques précoces qui n'ont pas permis l'apprentissage des premières frustrations, montre que l'enfant qui vole un objet ne cherche pas l'objet volé mais cherche la mère sur laquelle il a des droits. Le rapport à la loi du sujet psychopathe se trouve dès lors marqué par le fait que le langage devient un langage d'acte et que l'acte court-circuite les affects en rendant toute mentalisation impossible. Edith DRIHEN, à travers l'étude de 5 cas cliniques, illustre l'état de crise permanent et les mutations délirantes des positions psychopathiques habituelles. Il s'agit en effet pour ces sujets d'utiliser deux formes de réponses aux conflits habituels : « La décharge motrice ne vise ni à l'adaptation à terme, ni à la conservation. Il s'agit sur le champ de lier son agressivité libre sous peine de désorganisation » (R. MISES et F. CASTAGNET). De même que sans être franchement incohérentes, décousues, discordantes, les pensées sont vagues, confuses, pauvres, stéréotypées. Les réponses sont concrètes, terre à terre, prosaïques, ce qui donne parfois un aspect débilisé et fruste ». Cet état d'hypomanie surcompensatoire et impersonnel, s'étaye sur des troubles de l'appréhension de la réalité et de la relation à l'autre qui n'est pas de réciprocité mais de besoin (DENICKER, SEMPÉ, WIDLÖCHER, DIATKINE, J.R. MELOY). Les particularités du conflit oedipien, face à l'importance de la problématique narcissique n'aboutissent pas à une consistance suffisante de l'organisation libidinale objectale et, la transgression de la loi morale et sociale pallie l'impossibilité d'accéder aux sublimations normatives. Edith DRIHEN à travers l'étude du vécu des psychopathes, évoque ce « quelque chose d'incestueux à obéir, à se soumettre, à séduire la loi ».

A travers la pathologie du narcissisme et les origines prégénitales du surmoi, l'agressivité du psychopathe est définie comme une déflexion vers l'extérieur de l'instinct de mort opposé, à partir de 1920 par FREUD à l'instinct sexuel, déflexion vers l'extérieur du masochisme primaire (Mélanie KLEIN, GRENACRE). Mais faute de mentalisation ces passages à l'acte n'ont pas de signification symbolique pour ces sujets, et se répètent, s'opposant à tout changement et figent leur existence dans une inadaptation chronique caractérisée par la récurrence considérée comme un « délire en acte ».

L'autoplastie consiste pour le névrosé et le psychotique à réparer son mal au-dedans de soi. L'allopastie consiste elle à se reconstruire aux dépens de l'entourage, en le faisant souffrir et en espérant obtenir de lui des modifications.

Le passage à l'acte devient un effort adaptatif à la réalité « une tentative mégalomane et narcissique pour combler un sentiment d'incomplétude ». La sévérité excessive du surmoi, qui paradoxalement, selon FREUD incite à considérer certaine forme de criminalité, comme liées à un besoin de punition inconscient par sentiment de culpabilité, nous amène à étudier les réactions médico-légales des sujets paranoïaques et de leur rapport à la loi.

C'est à propos des psychopathies que DAUMÉZON situe l'un par rapport à l'autre discernement et responsabilité. Il rappelle la simplicité du droit français et la complexité de la position anglaise qui dès le 18^{ème} siècle distinguait la privation d'intelligence et de mémoire du sujet qui ne se rend plus compte de ce qu'il fait d'une part, et d'autre part la connaissance du bien et du mal : un délirant peut fort bien apprécier le caractère mauvais de son acte. MAUDSLEY évoquait déjà ces problèmes. En France, l'article 122-8 du nouveau Code Pénal tient pour certaine l'absence de discernement du mineur de moins de 13 ans et renvoie à une loi particulière pour les peines prononcées au-delà. La position du médecin devant le marginal est ainsi ambiguë et DAUMÉZON, qui conteste la remise en question du principe de l'irresponsabilité pénale, ne sépare pas la position thérapeutique et la position expertale : « obtenir que le patient soit le plus clair possible avec ses déterminations doit être notre seul objectif. Et ne pas tenter pour autant d'infléchir sa conduite dans un sens ou un autre. A lui seul de choisir, c'est alors que se posera pour le sujet lui-même le problème de sa responsabilité, de la façon qu'il entend d'assumer ses actes ». Et plus loin, l'auteur précise que le sujet doit assumer sa maladie et son irresponsabilité, la responsabilité morale incluant éventuellement la reconnaissance de l'irresponsabilité. L'intérêt de ces propos est de distinguer responsabilité morale et responsabilité juridique, dans une visée qui sépare l'homme et le citoyen et qui ne s'autorise pas à contester le code pénal. Par contre DAUMÉZON fait une critique tout à fait opportune du nouveau code de procédure pénale de 1958 qui semble instituer le psychiatre comme compétent pour trancher du normal et du pathologique. Or cette question est bien difficile avec les psychopathes délinquants.

C'est la raison pour laquelle certains pays ne distinguent pas sur le plan judiciaire les anormaux mentaux du type psychopathes délinquants et les délinquants d'habitude. En effet, la prédiction psychiatrique de dangerosité est aléatoire et c'est certainement le concept d'état dangereux, héritier de la tradition positiviste italienne, qui a subi ces dernières années les plus dures attaques. Le rôle des experts, devant la remise en question du savoir médical et la crise de légitimité qui secoue les sociétés libérales occidentales, consiste donc essentiellement à conseiller les tribunaux dans le processus pénal sans se prononcer sur « l'irresponsabilité criminelle attribuable à une maladie mentale, (qui) est une question juridique que le juge doit trancher seul ». Telle est la conclusion des auteurs canadiens Gian Carlo NIVOLI et Denis SZABO, qui après une analyse du système canadien en 1980, en arrivent aux mêmes conclusions que Gilbert BALLEET au congrès de Genève de 1907.

6°) La prise en charge des psychopathes en milieu carcéral

La réforme du code de procédure pénal de 1958, a contribué d'après notre expérience, à augmenter le nombre des déséquilibrés psychopathes dans les établissements pénitentiaires. Au Danemark existe des prisons pour psychopathes qui tiennent compte du désordre qu'habituellement ces sujets apportent dans les institutions où ils se trouvent. Psychopathie entendue au sens de déséquilibre différent de la psychose décompensée, qui correspond au terme d'aliéné utilisé encore par les criminalistes en France. Ces derniers ne peuvent pas être maintenus en prison au terme des dispositions de l'article D.398 du C.P.P. La psychiatrie ainsi, dans l'institution pénitentiaire doit restituer à la psychopathie son champ réel en la situant d'une part par rapport à la maladie mentale qui ne doit pas être traitée en prison et d'autre part aux problèmes disciplinaires habituels qu'il ne convient pas de trop psychiatriser. Ainsi, comme le rappelle P. HIVERT, près de la moitié de la population des maisons d'arrêt présente des traits psychopathiques (1980). Et paradoxalement, la prison propose un modèle archaïque qui ne peut satisfaire les besoins du psychopathe. Le détenu se trouve pris en charge sur un mode totalitaire (E. GOFFMAN)

où tout est prévu pour lui dans un climat d'attente insécurisante. Par delà son rôle manichéen qui consiste d'abord à faire le partage entre l'aliéné irresponsable et l'homme sain-responsable, le psychiatre doit assumer et traiter la tendance anti-sociale de ces psychopathes qui échappent à ce partage. Un travail psychothérapique individuel, de groupe ou institutionnel est entrepris par lui de façon occasionnelle puis de plus en plus intégré dans des structures soignantes spécifiques dont le principe est que le détenu doit accepter librement tout traitement psychiatrique. S'il n'est pas capable de consentement il doit être transféré sur un établissement régi par la loi du 27 juin 1990. Les mêmes problèmes se posent ici que dans le secteur démographique (libre choix, etc.) et les centres médico-psychologiques pénitentiaires auprès des maisons d'arrêt, viennent s'intégrer dans la politique générale de santé mentale, les liens statutaires de son personnel soignant avec le ministère de la santé restant les garants de son indépendance technique. HIVERT décrit le C.M.P. comme un lieu « ouvert » dans l'institution pénitentiaire qui doit offrir au détenu libéré un service de suite que les textes récents préconisent.

Rappelons que les auteurs italiens souhaitent, en développant les soins psychiatriques dans les prisons, éviter l'extension des hôpitaux psychiatriques judiciaires (manicômes), voire contribuer à leur dépérissement, puisque la loi 180 n'a pas modifié, le système de l'internement par voie judiciaire des malades mentaux criminels et délinquants.

Le récent travail de J.R. MELOY (Evolution Psychiatrique, 2001, n° 4) sur la personnalité antisociale et la psychopathie grave, nous éclaire sur les possibilités thérapeutiques et l'évaluation pronostique avec de tels sujets qui, privés de sympathie pour autrui, n'en sont pas moins empathiques et habiles dans l'art d'éconduire leurs interlocuteurs.

Les thérapeutiques doivent s'adapter à ce genre de personnalité qui demande un cadre contenant très strict et un type de relations interpersonnelles hiérarchisées très différentes de celles mises en place avec les sujets psychotiques.

7°) La psychopathie n'est pas une maladie.

Kurt SCHNEIDER, dans son travail classique sur « Les personnalités psychopathiques » (édition allemande en 1923, 9^{ème} édition, 1949) démontre que les psychopathies ne sont pas assimilables à des maladies. Il en est de même des différents DSM (le DSM III étant ici plus intéressant que le DSM IV), qui les situent en axe II, c'est-à-dire dans les troubles de la personnalité et du développement, et non en axe I, c'est-à-dire dans celui des différentes maladies mentales et syndromes cliniques. Pour Kurt SCHNEIDER, il n'y a aucune raison médicale d'appeler pathologiques les personnalités anormales psychopathiques.

En France, dans sa thèse de médecine de 1943, Georges CANGUILHEM aborda de façon philosophique la question des rapports du normal et du pathologique à travers la notion de normativité biologique. Ainsi l'état pathologique pouvait être dit normal dans un certain contexte où s'inscrira la pensée de Michel FOUCAULT qui se battra contre la norme et non contre la loi.

Or nos lois, pragmatiques, ont évolué.

Tant le code civil de 1968 qui réintroduit la responsabilité civile du malade mental (article 489.2) que le nouveau code pénal (loi du 22 juillet 2002), qui, par delà l'état de démence du code de 1810, introduit la notion de discernement et de punissabilité sans annuler l'acte.

Ce sont les psychopathes anti-sociaux, et non les malades mentaux caractérisés, dont le nombre actuellement augmente dans les établissements pénitentiaires, qui posent des problèmes. Car, si la mentalité du malade mental authentique (en l'occurrence le psychotique) est asociale, celle du psychopathe est anti-sociale.

J.P. SARTRE désigne comme nous-objet, la possibilité pour des sujets rassemblés, de constituer spontanément une mentalité collective, de se constituer en classe opprimée par une classe opprimante, d'éprouver la « honte d'un nous-objet ». Déjà en 1909, Georges

DUMAS remarquait que les révoltes d'aliénés étaient rares et que celles qui s'étaient produites l'avaient été par des « alcooliques guéris, des mauvais sujets dont la place n'était pas à l'asile, parfois par des délirants systématiques et passivement exécutées par des débiles ».

Ainsi, les méthodes psychothérapeutiques collectives sont très différentes pour les sujets psychotiques et pour les sujets psychopathes dans la mesure où ces derniers, rassemblés, forment des groupes différentiels où les plus forts tyrannisent les plus faibles et où les leaders deviennent porteurs de l'agressivité contre la société et organisent les tentatives d'évasion collective.

8°) C'est au système pénitentiaire de s'améliorer et non à l'Asile d'Aliénés de renaître.

Ce n'est pas à la psychiatrie de compenser les insuffisances de la justice et du Droit. En s'améliorant la justice et ses différents appareils entraîneront l'amélioration du système psychiatrique français. La politique de secteur n'a pu se mettre en place qu'à la faveur d'une évolution du code civil (loi du 3 janvier 1968 portant réforme du Droit des incapables majeurs) ; la psychothérapie institutionnelle qu'à travers la responsabilisation des malades mentaux dans leur vie quotidienne ; les soins psychiatriques dans les établissements pénitentiaires qu'à la faveur de la réforme du code de procédure pénale de 1958, etc.

La psychiatrie, même si elle revendique une autonomie professionnelle, s'est constituée comme auxiliaire de la justice. Combinée au Droit elle donne l'ouverture sur la société. Livrée à elle-même elle se totalise en isolats culturels. La psychiatrie, si elle veut garder une autonomie professionnelle, ne doit pas se substituer à la justice en revendiquant le principe de l'irresponsabilité pénale du malade mental. Elle doit accepter le droit commun pour tous, un droit évolutif lié à la séparation des pouvoirs législatifs, exécutif et judiciaire. Et nous le dirons aussi : elle doit accepter la séparation des savoirs et leur combinaison. Quand BALVET faisait de la médecine le péché originel de la psychiatrie, c'est parce que derrière la médecine se cachait le principe de l'irresponsabilité pour une catégorie de sujets.

Si aujourd'hui certains praticiens font de ce principe l'honneur de la psychiatrie, n'oublions pas qu'il fait le déshonneur de cette catégorie de sujets que sont les malades mentaux. HEGEL ne disait-il pas que la sanction pénale infligée au criminel était un honneur qu'on lui rendait.

Pénaliser *ou* psychiatriser le crime et le délit ? Non ! Pénaliser *et* soigner ? Oui !. Mais les soignants devront toujours auto-analyser le désir sadique de guérir.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

COHEN (A.K.) : *La déviance*, Duculot Gembloux ed. (éd. Angl., 1966).

DAUMÉZON (G.) : *Responsabilité et discernement*, confrontations psychiatriques, n° 18, 1980, p. 99-116.

DRIKEN (E.) : *Relations entre psychose et psychopathie*. A travers l'étude longitudinale de 5 cas cliniques au-delà de 20 ans. Université Paris VI, faculté de médecine Pitié-Salpêtrière, Mémoire pour l'obtention du CES de Psychiatrie, Paris, 1989, dact.

FOUCAULT (M.) : *Surveiller et punir, naissance de la prison*. Gallimard, N.R.F. Paris, 1975.

GOFFMAN (E.) : *Les rites d'interaction*. Les éditions de minuit, Paris, 1974.

KELSEN (H.) : *Théorie pure du Droit*, Dalloz, 1962.

LACAN (J.) : *Fonctions de la psychanalyse en criminologie* (avec Michel Cénac), Ecrits, Seuil, 1966, p. 125-149.

MELOY (J.R.) : *Les psychopathes : essai de psychopathologie dynamique*. Trad. Fr. d'A. Andronikof, Paris, Frison-Roche, 2000.

RAPPARD (Ph.) : *Composition de la population de l'hôpital psychiatrique de sûreté de Sarreguemines, services de sûreté et défense sociale*. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, 1958, Strasbourg, p. 579-589.

RAPPARD (Ph.) : *Le crime n'est plus annulé !*. Psychiatrie Française, n° I, 1994, mars, p. 61-67.

RAPPARD (Ph.) ; BUCHER-THIZON (M.) : *La raison psychiatrique et la raison juridique*. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, rapport de médecine légale, 88^{ème} session, Lille, 1990, Masson éd. Paris, Milan, Barcelone, Bonn, 1991.

SCHNEIDER (K.) : *Les personnalités psychopathiques*. Presses Universitaires de France, Trad. Fr., 1955.

Court propos sur la témébilité et la témibilité (témibilità en italien), ainsi que sur les travaux de Ueberschlag à Lannemezan,

la sociothérapie institutionnelle, la défense sociale nouvelle et l'école d'Utrecht

Ph Rappard
Etampes (France)

Il y a une ambiguïté dans l'utilisation des mots dont l'homonymie apparente cache une différence de sens d'une langue à l'autre, voire d'une époque à l'autre. Il en est ainsi de Témébilité dont Charles Bardenat donne la définition suivante dans le Manuel Alphabétique de Psychiatrie de A. Porot (P.U.F., 1^{ère} édit., 1952) : « *Aptitude pour un sujet à faire bénéficier sa conduite des enseignements que lui apporte le jeu des sanctions pénales, familiales, administratives et autres, par le mécanisme de l'intimidation. C'est sur son existence que reposent essentiellement l'armature et la doctrine de la répression dans les sociétés humaines ("responsabilité")* ».

Par contre, dans leur « *Traité de Droit Pénal et de Criminologie* », Bouzat et Pinatel, à propos de Enrico Ferri, qui préconise des mesures préventives qu'il nomme des substitutifs pénaux (comme par exemple l'éclairage des rues où se commettent beaucoup de crimes), font le commentaire suivant :

« Mais, ajoutent les positivistes, cette défense de la société ne peut être assurée efficacement que si, au lieu d'envisager l'infraction en elle-même, considérée dans sa gravité intrinsèque, on étudie directement le délinquant, apprécié dans son caractère, son tempérament, ses idées, ses tendances dont l'ensemble permet de déterminer la nature et l'importance des dangers qu'il fait courir à la société, en d'autres termes : sa nocuité sociale, ou encore sa redoutabilité (témibilità en italien). La sanction répressive doit varier suivant cette « temibilità » qui varie elle-même suivant l'espèce à laquelle appartient le criminel. Ce qui amène les positivistes à proposer une classification des délinquants qu'ils estiment présenter un intérêt capital ».

Rappelons que l'école positiviste (et l'école classique qui s'en rapproche) décrivait trois catégories spécialement dangereuses (les criminels nés de Lombroso ; les criminels aliénés ; les criminels d'habitude) et deux catégories moins dangereuses (les criminels d'occasion et les criminels passionnels). Quant aux autres écoles comme l'école néoclassique française (libre arbitre et individuation des peines), l'école positiviste critique italienne (négation de la liberté humaine et de la responsabilité morale avec maintien de la peine et intimidation collective), elles cèdent progressivement la place au mouvement de défense sociale.

Revenons à Ueberschlag et à ses études sur la réadaptation des malades des hôpitaux psychiatriques (Information Psychiatrique, mars 1954) et sur le problème de la sanction en psychiatrie hospitalière (Information Psychiatrique, juin 1956). Ils intéressèrent beaucoup certains juristes ou criminologues (par exemple Raymondis : quelques aperçus sur le problème de la subsistance de l'aptitude à la sanction chez le malade mentale interné ; revue de sciences criminelles, 1963) mais firent scandale dans les milieux psychiatriques.

Ces idées avaient cependant été déjà exprimées par Gilbert Ballet dans son fameux rapport de 1907 au congrès des aliénistes et neurologistes de langue française : « l'expertise médico-légale et la question de la responsabilité ».

D'après l'école de Lannemezan, avec Ueberschlag, le « dément », pourrait être apte à subir une sanction pénale, dans la mesure où il garde un certain « sentiment de responsabilité », et où il peut bénéficier d'une thérapeutique associant punition et traitement. Il n'en résulte pas que le « dément » soit intégré parmi les délinquants sains d'esprit, mais qu'il puisse bénéficier d'un « droit pénal asilaire » dont les sanctions seraient exécutées (voire même prononcées) dans des établissements de caractère médico-répressif.

En fait les auteurs proposent d'étendre aux malades mentaux criminels les mesures de défense sociale proposées depuis longtemps en France pour les délinquants anormaux. Il s'agit donc ici de « Témébilité » au sens de Bardenat. *Urberschlag s'inspirant des conceptions de Hermann Simon, un des pères de la psychothérapie institutionnelle, selon lequel « les trois maux dont sont menacés nos malades mentaux dans un hôpital et contre lesquels notre thérapeutique doit sans cesse lutter sont, l'inaction, l'ambiance défavorable de l'hôpital et le préjugé d'irresponsabilité du malade lui-même... »* (1929). La thérapeutique devant passer par trois stades :

Liberté, à ne pas confondre avec le simple laisser faire.

Responsabilisation par la thérapeutique plus active et la structuration téléologique du milieu.

Maîtrise psychothérapique du milieu avec étude des résistances émanant du personnel et du milieu. Ces méthodes sont celles qu'appliquaient à la clinique Van der Hoeven à Utrecht le Dr A.M. Rosenberg et que présentait ainsi dans son rapport de médecine légale au congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, le Pr Jacques Ley en 1961 (p. 135) :

« Il s'agit avant tout, tant à Herstedvester qu'à Utrecht de créer une communauté, un milieu, dans lequel le détenu doit travailler dans des conditions aussi proches que possible de celles de la vie normale, avec ses inconvénients et ses causes de tension, que l'on ne doit nullement chercher à supprimer. Les cadres et les détenus prennent part à la création de ce milieu. Il faut tendre à intégrer progressivement chaque détenu dans l'équipe chargée du traitement, en s'assurant son concours actif. En même temps, les efforts de chaque membre de l'équipe doivent être coordonnés suivant un plan d'ensemble.

Les cadres se composent de psychiatres, de psychologues, de socio-pédagogues, d'un personnel infirmier, d'éducateurs, d'assistantes sociales, d'aumôniers, d'un personnel administratif. La présence dans l'équipe de personnages féminins est utile pour donner au milieu le caractère relativement familial dont l'importance est grande pour des sujets dont la plupart sont issus de familles perturbées.

Ces cadres sont "full-time" et tiennent des réunions quotidiennes, au cours desquelles sont exposés et discutés les événements de la vie du groupe. Des contacts sont établis avec les parents des détenus, et certains entretiens de groupe se déroulent avec eux. La coopération du cadre et des détenus est poussée aussi loin que possible et l'on tend à provoquer la formation de comités, élus par les détenus, pour l'organisation de toutes les activités.

On s'efforce ainsi de faire assumer par le malade lui-même, dans la mesure où il en est capable, toutes les responsabilités de la vie quotidienne dans la communauté. S'il cherche à s'y dérober, on lui en fait subir si possible les conséquences, tout en l'aidant à comprendre l'utilité de sa collaboration. Cette *éducation de la responsabilité* est basée sur une organisation qui tend, dans toute la mesure du possible et de l'admissible, à faire prendre par les malades eux-mêmes toutes les décisions qui les concernent. Ils ont un comité de

direction, élu par eux, qui délibère tous les jours avec les dirigeants de la clinique, tout en ayant aussi ses propres délibérations. Cette direction donne entre autres, son avis sur le degré de liberté qui peut être accordé à chaque malade, tant à l'intérieur de l'établissement que pour des sorties éventuelles.

Nous avons assisté, à la clinique Van der Hoeven, à des réunions de ce conseil de direction, etc. ».

Pour cet auteur la défense sociale nouvelle et l'école d'Utrecht, loin de s'opposer, se rencontrent sur tous les points essentiels, tant en ce qui concerne les notions de responsabilité et de peine, que dans les transformations radicales qu'elles envisagent pour l'avenir entre tous les acteurs du psychodrame judiciaire. Et de conclure : « *On pourrait dire aussi que le classicisme était la négation de l'individu , le positivisme la négation de la personne et des droits de l'homme, et que la défense sociale nouvelle et l'école d'Utrecht sont les deux mouvements qui tendent à réaliser la négation de la négation, par le dépassement de l'opposition entre l'individu et la société* ».

Quant à la notion de témibilité, des auteurs comme Vouin et LÉAUTÉ la situent par rapport à la peine et à la mesure de sûreté. « *La peine est orientée en principe vers le passé ; elle dépend de la faute commise, et doit être proportionnée à la culpabilité du criminel... La mesure de sûreté, au contraire, est orientée vers l'avenir. Elle est en principe dépouillée de tout caractère afflictif, et ne dépend que de l'état dangereux (témibilité) de l'agent...* » (Droit Pénal et Criminologie, P.U.F., 1^{ère} édition, 1956).

En résumé, la *témibilité* renvoie à l'accessibilité à une sanction pénale ; la *témibilité* renvoie, elle, à l'état dangereux. Ces nuances sont-elles valides aujourd'hui ? That is the question.

Etampes, le 5 mai 2003

Questionnaire : " l'état des législations " (France)

Pays :FRANCE

Région ou Province :Provence - Alpes - Côte d'Azur

Chaque fois que c'est nécessaire, merci de préciser s'il s'agit de dispositions nationales ou régionales (ou provinciales).

Dispositions nationales. Pas de dispositions régionales

1. Dans le code pénal de votre pays comment sont libellés, s'ils existent, les articles concernant :
2. L'irresponsabilité pénale ? : *le nouveau code pénal de 1992 est entré en vigueur en 1994*
 - chapitre traitant des causes d'irresponsabilité ou d'atténuation de la responsabilité :
 - Article 122-1 : alinéa 1 : n'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes.
 - Alinéa 2 : La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime.
 - L'obligation de soin pendant la détention ? : Pas d'obligation de soin en détention. Une " incitation " pour les auteurs d'infraction sexuelle.
 - L'obligation de soin après la détention ? : Plusieurs cas de figure en matière d'obligation ou injonction de soin judiciaire (en rapport avec une infraction pénale).
 - Loi du 18-06-1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs : tant pour un délit que pour un art 131-36-4 du CP : le suivi socio-judiciaire peut comprendre une injonction de soins, 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 et si la personne y consent. Art 763-3 du code de procédure pénale : le juge de l'application des peines peut prononcer une injonction de soins, s'il est

établi après une expertise médicale ordonnée postérieurement à la condamnation que la personne astreinte à un suivi socio-judiciaire est susceptible de faire l'objet d'un traitement et si la personne y consent.

- Loi du 30-12-1970 relative à la lutte contre la toxicomanie : injonction thérapeutique pour usage illicite : art L 3423-1 et L 3424-1 et 2 du code la santé publique à l'initiative respectivement du procureur de la république, du juge d'instruction ou de la juridiction de jugement.
- Injonction de soin pour les alcooliques présumés dangereux de la loi du 15-04-1954 relative à la lutte contre l'alcoolisme abrogée.
- Non spécifiques : prévenu laissé en liberté sous contrôle judiciaire avec obligation de soin : art 138-10 du CPP; condamné à un sursis avec mise à l'épreuve dont obligation de soin : art 132-45-3 du CP
- La privation de liberté pour une durée indéterminée en cas de dangerosité ? N'existe pas en tant que telle. Sauf s'il s'agit d'une réclusion criminelle à perpétuité, mais dans ce cas le condamné a été reconnu pénalement responsable
-
- *L'expertise psychiatrique se prononce-t-elle sur :*
- L'irresponsabilité ? Oui, indirectement, par l'affirmation de troubles mentaux au moment des faits ayant aboli le discernement de la personne.
- La responsabilité atténuée ? Oui, indirectement, par l'affirmation de troubles mentaux au moment des faits ayant altéré le discernement de la personne.
- Le risque de récidive ? Oui sous la forme de la question de la " réadaptabilité ".
- La dangerosité ? Oui, certains experts répondent exclusivement à propos de la dangerosité psychiatrique, d'autres élargissent à la dangerosité criminologique.
- Les mesures thérapeutiques générales ? Oui sous la forme de la question de la " curabilité ", c'est à dire de l'accessibilité au traitement.
- Les mesures thérapeutiques spécifiques (castration chimique, etc.) Non.

- L'obligation de soin **Oui pour les auteurs d'infraction sexuelle** : s'il y a matière à prononcer une injonction de soin dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire.

1. *Evaluation de la dangerosité pendant la peine ?*

- Existe-il un dispositif prévoyant une expertise psychiatrique pour statuer sur l'évolution d'un condamné et les possibilités de libération ? **Oui, à l'initiative du juge de l'application des peines. Systématique en cas d'infraction sexuelle .**
- Existe-il dans votre pays ou votre région une législation spécifique concernant l'évaluation et la prise en charge de la dangerosité des délinquants condamnés souffrant de troubles psychiques ? **Non**
- Existe-il des commissions chargées d'évaluer le suivi de ces détenus ? **Non**

1. *Existe-t-il des mesures spécifiques aux délinquants malades mentaux qui viennent se substituer à une peine de prison ?*

Oui en cas d'irresponsabilisation pénale au titre de l'art 122-1-1 CP : art L3213-7 CSP : lorsque les autorités judiciaires estiment que l'état mental de la personne " nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public ", elles avisent immédiatement le représentant de l'Etat dans le département , qui prend sans délai toute mesure utile. Il s'agit d'une Hospitalisation d'Office (Hospitalisation Sous Contrainte) non spécifique pour l'entrée, spécifique pour la sortie.

- Si c'est le cas dans quel type d'établissement sont-elles effectuées :
Hôpital psychiatrique ordinaire ? **Oui** Hôpital psychiatrique judiciaire ? **Non (n'existe pas en France)** Autre structure ? **Unité pour Malades Difficiles (règlement intérieur spécifique prévu par l'arrêté du 14-10-1986).**
- Ces établissements accueillent-ils des détenus irresponsables ? **Oui**
Partiellement responsables ? **Non, sauf dans le cadre général de l'Hospitalisation d'Office des détenus lorsqu'en cours de peine ces patients " décompensent ".**

1. *Existe-t-il dans votre pays un dispositif de soins psychiatriques dans les prisons ? **Oui et sous tutelle du Ministère de la Santé pour l'ensemble des soins, somatiques et psychiatriques.***

- Quels textes de loi régissent-ils ce dispositif ?
- Loi sur la sectorisation psychiatrique de 1985 et le décret du 14-03-1986 qui créent le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire à côté du secteur de psychiatrie générale et du secteur de psychiatrie infanto-juvénile.
- Arrêté du 14-12-1986 (modifié 10-05-1995) relatif au règlement intérieur des Services Médico-Psychologiques Régionaux.
- Loi du 18-01-1994 relative à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale.
- Article D398 du CPP qui prévoit que " les détenus atteints des troubles mentaux visés à l'art L342 CSP (aujourd'hui L3213-1 CSP) ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais, à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité... "
-
- Le dispositif ci-dessus décrit va être profondément modifié par la Loi du 09-09-2002 d'orientation et de programmation pour la Justice qui traite dans son art 48 des dispositions relatives à l'hospitalisation des personnes détenues atteintes de troubles mentaux : le CSP est modifié : art L3214-1 CSP : " l'hospitalisation, avec ou sans son consentement, d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans un établissement de santé, au sein d'une unité spécialement aménagée ". La mise en œuvre de ces dispositions est subordonnée à la parution de décrets en cours d'élaboration.
- Peut-on soigner quelqu'un contre son gré en milieu pénitentiaire ? **Non**, hors le cas de l'urgence vitale.
- Ce dispositif de soin concerne-t-il des détenus en détention préventive ? **Oui** Les détenus condamnés ? **Oui**
- Existe-il dans les prisons de votre pays des unités de soin où peuvent être accueillis les détenus qui souhaitent se soigner ? **Oui**, dans les SMPR qui disposent d'unités d'hébergement spécifique avec prise en charge sanitaire (le plus souvent à temps partiel, rarement à temps plein) par une équipe psychiatrique pluridisciplinaire des patients détenus consentants aux soins.
- Un détenu qui présente une décompensation psychiatrique est-il transféré dans un hôpital civil ? **Oui** si le patient n'est pas consentant aux soins nécessaires (auquel cas on applique les dispositions de l'article D398 du CPP et le patient est Hospitalisé d'Office) Dans un hôpital de

haute sécurité ? Oui si les éléments de dangerosité psychiatrique sont majeurs (UMD) Dans l'annexe psychiatrique d'une prison ? Oui si l'on appelle annexe psychiatrique les SMPR, à la condition que le patient soit consentant aux soins.

- Les thérapeutes exerçant en prison dépendent-ils des autorités pénitentiaires ? Non Des autorités sanitaires ? Oui

- Le secret médical est-il reconnu en milieu pénitentiaire ? Oui

- Existe-il des structures de sociothérapie dans les prisons ?
- Oui mais non systématique.
- De la sociothérapie en tant que soin ; quelques structures au sens de programmes de réhabilitation psycho-sociale (comme par exemple les Unités de préparation à la sortie pour des détenus ayant ou ayant eu des problèmes d'addiction).

1. Existe-t-il des différences entre régions ou province et une juridiction spécifique à ce niveau ? Sans objet en France si j'ai bien compris la question.

2. Merci de bien vouloir apporter ci-dessous tous les commentaires ou compléments permettant d'affiner la compréhension et la connaissance de la situation dans votre pays

185 établissements pénitentiaires. 2/3 Maisons d'arrêt ; 1/3 établissements pour peines. 51000 détenus le 1^{er} janvier 2000, presque 60000 le 14 mai 2003.

9 régions pénitentiaires et 1 mission outre mer.

En application de la loi du 18-01-1994, l'organisation des soins est confiée au service public hospitalier et tous les détenus sont immatriculés à la Sécurité Sociale. Le service public hospitalier est chargé d'une mission globale de soins aux détenus (soins somatiques et psychiatriques, prévention et préparation du suivi après la sortie). Chaque établissement pénitentiaire est lié par un protocole à un établissement de santé de proximité.

Prise en charge psychiatrique :

- 26 Services Médico-Psychologiques Régionaux pour les soins ambulatoires dans l'établissement d'implantation (et le cas échéant dans un établissement voisin) et pour des soins intensifs et diversifiés incluant les hospitalisations librement consenties pour l'ensemble des détenus de la région pénitentiaire desservie. Les SMPR assurent également une mission de coordination régionale des prestations psychiatriques délivrées à la population pénale de la région desservie.

- *Secteurs de psychiatrie générale (et le cas échéant de psychiatrie infanto-juvénile) pour les soins ambulatoires dans les établissements dépourvus de SMPR.*
- *Les hospitalisations sans consentement sont réalisées sous forme d'hospitalisation d'office dans les établissements de santé habilités*

La question des hospitalisations d'office des détenus dans les établissements de santé habilités a fait l'objet de débats nourris. On pourrait dire, selon le mot d'une collègue de secteur de psychiatrie générale, que l'effet nombre a fait sens : de 100 en 1990, on est passé à 1000 en 2000. S'est posé avec acuité le problème de la garde des détenus hospitalisés par du personnel sanitaire, dans des services ordinaires de plus en plus ouverts et de moins en moins pourvus en personnel. La pratique du maintien en chambre d'isolement pendant toute la durée de l'hospitalisation s'est répandue. Quelques évasions médiatisées ont constitué la cerise sur le gâteau. Au total, le législateur a décidé de créer des Unités spécialement aménagées pour l'hospitalisation psychiatrique des détenus dans des établissements de santé avec une garde policière ou pénitentiaire (sur un modèle voisin des unités prévues pour l'hospitalisation somatique des détenus et qui vont ouvrir prochainement).

La mise en place des Unités spécialement aménagées pour l'hospitalisation psychiatrique des détenus va nous amener à repenser la totalité du dispositif et des relais.

Nom et coordonnées de la personne qui a rempli ce questionnaire :

Catherine PAULET, psychiatre des hôpitaux, chef de service, SMPR,
213 chemin de Morgiou 13009 Marseille France

Tel 00 33 (0)4 91 40 88 63

Fax 00 33 (0)4 91 40 57 12

Email : catherine.paulet@free.fr

Questionnaire : « l'état des législations » Allemagne

Pays : ALLEMAGNE

Région ou Province : RHÉNANIE du NORD WESTPHALIE

Chaque fois que c'est nécessaire, merci de préciser s'il s'agit de dispositions nationales ou régionales (ou provinciales).

1. Dans le code pénal de votre pays comment sont libellés, s'ils existent, les articles concernant :

- L'irresponsabilité pénale ? : OUI, § 20 StGB⁵, Loi Fédérale. S'ajoute à cela le § 21 StGB concernant la responsabilité atténuée.
- L'obligation de soin pendant la détention ? : Plutôt obligation de thérapie (Sozialtherapie) que soin au sens médical du terme, § 9 StVollzG⁶, Loi Fédérale
- L'obligation de soin après la détention ? : ??
- **Ajout Allemagne:**
 - *§ 183 StGB⁷ sursis possible en cas de soins (Heilbehandlung) (pour exhibitionnisme); § 35 BtMG⁸ (loi fédérale) pouvant remplacer la peine privative de liberté par une thérapie lorsque le quantum de la peine n'excède pas deux ans*
 - *§ 56 c StGB: directive dans le cadre d'un sursis pouvant prendre la forme d'une "Heilbehandlung". Une intervention corporelle nécessite l'accord du condamné*
 - *Il est possible qu'un auteur d'infraction subisse une peine privative de liberté en régime de détention "normal" réglé par la Strafvollzugsgesetz (loi pénitentiaire, loi fédérale) mais passe aussi par le Maßregelvollzug. La question se pose toujours de savoir dans quel ordre l'exécution de la peine et de la mesure doit s'effectuer même si la StGB (§ 67) prévoit que le passage par le*

⁵ *Strafgesetzbuch*, voir texte joint (traduction)

⁶ *Strafvollzugsgesetz*, voir texte joint

⁷ Voir traduction

⁸ *Betäubungsmittelgesetz* Loi sur les stupéfiants

Maßregelvollzug a priorité! (A noter: on parle de Regelvollzug et de Maßregelvollzug)

- La privation de liberté pour une durée indéterminée en cas de dangerosité ? : **OUI et NON. Cette question nécessiterait une réponse très différenciée (voir §§ 66, 67d StGB)**

1. *L'expertise psychiatrique se prononce-t-elle sur :*

- L'irresponsabilité ? **OUI**
- La responsabilité atténuée ? **OUI**
- Le risque de récidive ? **OUI**
- La dangerosité ? **OUI**
- Les mesures thérapeutiques générales ??
- Les mesures thérapeutiques spécifiques (castration chimique, etc.) ??
- L'obligation de soin ??

J'hésite à répondre ici dans la mesure où le terme d'"expertise psychiatrique" représente pour moi une catégorie trop générique. Il serait important de préciser qui est le commanditaire et quel est l'ancrage institutionnel de celui qui procède à cette expertise.

1. *Evaluation de la dangerosité pendant la peine ?*

- Existe-il un dispositif prévoyant une expertise psychiatrique pour statuer sur l'évolution d'un condamné et les possibilités de libération ?

OUI

Cette question nécessite aussi une réponse différenciée. Je renvoie au texte de la loi du 26 janvier 1998. Il faut faire une distinction entre la libération conditionnelle (généralement au 2/3 de la peine en Allemagne) et la libération en fin de peine.

- ***En cas de libération conditionnelle (§ 454 StPO, code de procédure pénale) une expertise psychiatrique est prévue dans certains cas***
- ***Dans certains Länder il est devenu possible d'ordonner la "Sicherungsverwahrung" après condamnation et donc durant le temps d'exécution de la peine.***

- Existe-il dans votre pays ou votre région une législation spécifique concernant l'évaluation et la prise en charge de la dangerosité des délinquants condamnés souffrant de troubles psychiques ? *J'avoue ne pas bien comprendre la question. En NRW la chambre d'exécution des peines (Strafvollstreckungskammer) doit être entendue avant qu'un patient se trouvant en Maßregelvollzug et considéré comme dangereux puisse profiter d'un allègement (sortie accompagnée par exemple), § 18 alinéa 5 MRWG*
- Existe-il des commissions chargées d'évaluer le suivi de ces détenus ?
Quel suivi?

1. *Existe-t-il des mesures spécifiques aux délinquants malades mentaux qui viennent se substituer à une peine de prison ?*

- Si c'est le cas dans quel type d'établissement sont-elles effectuées : Hôpital psychiatrique ordinaire ? Hôpital psychiatrique judiciaire ? Autre structure ? **OUI (Maßregelvollzug)**
- Ces établissements accueillent-ils des détenus irresponsables ? Partiellement responsables ? **OUI les deux**

1. *Existe-t-il dans votre pays un dispositif de soins psychiatriques dans les prisons ? NON même si certains neuroleptiques peuvent être ordonnés*

- Quels textes de loi régissent-ils ce dispositif ?
- Peut-on soigner quelqu'un contre son gré en milieu pénitentiaire ?
- Ce dispositif de soin concerne-t-il des détenus en détention préventive ? Les détenus condamnés ?
- Existe-il dans les prisons de votre pays des unités de soin où peuvent être accueillis les détenus qui souhaitent se soigner ?
- Un détenu qui présente une décompensation psychiatrique est-il transféré dans un hôpital civil ? Dans un hôpital de haute sécurité ? Dans l'annexe psychiatrique d'une prison ? **en principe à la Landeskrankenhaus (hôpital psychiatrique sous autorité du Land)**
- Les thérapeutes exerçant en prison dépendent-ils des autorités pénitentiaires ? Des autorités sanitaires ? **des autorités pénitentiaires**

- Le secret médical est-il reconnu en milieu pénitentiaire ?

OUI mais en raison du § 182 alinéa 2 StVollzG⁹ nombreuses sont les questions en suspens. Le médecin attaché à la prison est payé par la Justice

⁹ voir les articles en langue allemande

Existe-il des structures de sociothérapie dans les prisons ? **OUI**

1. *Existe-t-il des différences entre régions ou province et une juridiction spécifique à ce niveau ? OUI et NON. La sociothérapie est devenue obligatoire pour certains auteurs d'infraction à caractère sexuel, § 9 StVollzG. La qualité de la sociothérapie varie cependant beaucoup d'un lieu à l'autre car elle n'est pas toujours pratiquée dans des établissements réservés à cet effet.*

2. *Merci de bien vouloir apporter ci-dessous tous les commentaires ou compléments permettant d'affiner la compréhension et la connaissance de la situation dans votre pays :*

Un texte suivra

Je joins à ce questionnaire la traduction de certaines normes juridiques allemandes et renvoie au texte de loi relatif au Maßregelvollzug en Rhénanie du Nord Westphalie ainsi qu' à celui de la loi du 26 janvier 1998 concernant la lutte contre les infractions à caractère sexuel et autres infractions dangereuses (envoi par courrier postal).

Nom et coordonnées de la personne qui a rempli ce questionnaire :

Anne-Marie Klopp (criminologue)

Humboldtstrasse 19A

D-40237 Düsseldorf

Quelques normes juridiques en droit allemand

I. Quelques normes du StGB, partie générale

1. Les §§ 20 et 21 StGB réglant la question de l' « irresponsabilité » et de la « responsabilité atténuée »

a. Enoncé du § 20 StGB :

N'est pas responsable celui qui en commettant un acte n'est pas capable de reconnaître le caractère illicite de l'acte ou d'agir en conséquence ; cela en raison d'un trouble psychique maladif, d'un trouble grave de la conscience, de débilité ou d'une autre dégénérescence psychique grave.

b. Enoncé du § 21 StGB

Au cas où la capacité de l'auteur à reconnaître le caractère illicite de l'acte ou d'agir en conséquence est fortement réduite en raison d'un trouble tel qu'il est décrit dans le § 20, le montant de la peine peut être réduit selon le § 49 alinéa 1^{er} StGB.

Relevons, ici, que le législateur allemand n'utilise pas le concept de responsabilité mais celui de « Schuld(un)fähigkeit » signifiant mot à mot « (pas) capable de faute ». Ce terme étant intraduisible nous utiliserons les concept de « responsabilité » et d'irresponsabilité.

2 Enoncé du § 63 StGB réglant l'admission dans une institution médico-légale

Au cas où quelqu'un commet un acte illicite en état d'irresponsabilité (§ 20) ou de responsabilité atténuée (§21), le tribunal ordonne son placement en institution médico-légale si l'évaluation générale de l'auteur et de son acte laisse à penser qu'on peut attendre de lui, en raison de son état, des actes illicites graves et qu'il est donc dangereux pour la collectivité.

Dans un commentaire de loi¹⁰ il est précisé que les actes illicites sont dangereux pour la collectivité lorsqu'ils sont en mesure de troubler la paix (juridique) de la collectivité. Le moment décisif pour le pronostic de « dangerosité » à long terme est le moment du jugement. De plus le jugement concernant la dangerosité est d'ordre purement juridique comme le précise un expert.¹¹ Entre en ligne de compte l'importance du dommage matériel, physique et psychique dont souffre chacune des victimes, ce qui est confirmé dans le § 66 StGB.

3 Le § 66 StGB réglant la mesure de sûreté (*Sicherungsverwahrung*)

Ce § étant très long, nous nous contenterons de citer qu'une partie de ce §. :

Alinéa 1^{er} : Le tribunal ordonne une mesure de sûreté en plus de la peine lorsque...n° 3 L'évaluation générale de l'auteur et de son acte laisse à penser qu'en raison d'un penchant pour des infractions graves comme celles à travers lesquelles la victime subit d'importants dommages psychiques ou physiques ou entraînant un dommage économique important celui-ci est dangereux pour la collectivité...

A la suite de l'entrée en vigueur de la loi du 26 janvier 1998 il est prévu dans l'alinéa 3 que toute personne condamnée pour un crime ou un délit selon les §§ 174 à 174c, 176,179

¹⁰ TRÖNDLE H., FISCHER Th., Strafgesetzbuch und Nebengesetze, München , Bech 'sche verlagsbuchhandlung, 49^{ième} édition, 1999, § 63, n°9, p. 501

¹¹ KAISER G., KERNER H.-J., SACK F., SCHELLHOSS H., Kleines Kriminologisches Wörterbuch, Heidelberg, UTB, 3^{ième} édition, 1993 , p. 133

alinéa 1^{er} à 3, 182, 183 (infractions à caractère sexuel) à une peine privative de liberté d'une durée excédant deux ans et ayant été condamnée déjà une fois à une peine privative de liberté d'au moins trois ans peut être condamnée à une mesure de sûreté. Dans le passé la personne devait avoir été condamnée par deux fois

II. Changements intervenus au niveau de certaines normes du Code Pénal à la suite de l'entrée en vigueur de la loi du 26 janvier 1998 relative à la lutte contre les infractions sexuelles et autres infractions dangereuses

1. § 57 alinéa 1 phrase 1 n°2 StGB

Ce § règle la possibilité d'accorder un sursis probatoire pour des peines privatives de liberté autre que la peine à perpétuité.

Dans l'ancienne version on pouvait lire :

« *Le reste d'une peine privative de liberté limitée dans le temps peut être soumis à un sursis probatoire lorsque :*

2/3 de la peine , deux mois au moins, ont été exécutés

on peut prendre la responsabilité de mettre le condamné à l'épreuve (tenter de voir si le condamné ne commettra plus de délit en dehors du milieu carcéral)

Dans la nouvelle version on lit :

« *2. On peut en prendre la responsabilité en tenant compte du besoin de sécurité de la collectivité (Sicherheitsinteresse der Allgemeinheit)*

2 . § 67d alinéa 2 phrase 1 StGB

Ce § règle la durée de l'enfermement dans des institutions où sont placées des personnes ayant des comportements addictifs (assuétude) , en psychiatrie légale ou pour des mesures de sûreté.

Là encore le placement peut faire l'objet d'un sursis probatoire accompagné obligatoirement d'un suivi socio-judiciaire. La formulation était identique, dans l'ancienne version, à celle utilisée pour le § 57 StGB (*on peut prendre la responsabilité de tenter de voir si la personne internée...*)

Désormais il est dit :

« *...quand on est en droit d'attendre que... »*

De plus un nouvel alinéa (alinéa 3)a été ajouté où il est stipulé que :

« *après 10 ans d'enfermement en Sicherungsverwahrung le tribunal déclare la mesure comme ayant été exécutée s'il n'est pas à craindre que l'interné commette, en raison de son penchant, de graves infractions pénales qui entraîneront des dommages psychiques et corporels graves chez la victime.*

III. Le § 9 de la loi régissant l' exécution des sanctions criminelles privatives de liberté (StVollzG)

1. Le § 9 StVollzG régissant le placement dans une institution sociothérapeutique

Ce § ayant fait l'objet d'un changement important à la suite de l'entrée en vigueur de la loi du 26 janvier 1998 nous allons en présenter l'ancienne et la nouvelle version.

a.. Enoncé du § 9 StVollzG ancienne version

Alinéa 1^{er}: Le détenu peut être transféré avec son accord dans une institution de sociothérapie lorsque les aides sociales et moyens thérapeutiques particuliers de cette institution sont indiqués pour sa resocialisation. Il peut être transféré à nouveau (*dans le régime carcéral habituel*) si le but ne peut être atteint par ces moyens et ces aides.

Alinéa 2 : L'accord du directeur de l'institution thérapeutique est nécessaire pour le transfert.

b. Enoncé du § 9 StVollzG nouvelle version

Alinéa 1^{er}: Un détenu doit être transféré dans une institution de sociothérapie si il a été condamné à une peine privative de liberté, pour une infraction selon les §§ 174 jusqu'à 180 ou 182 StGB, excédant deux ans et que le traitement dans une institution sociothérapeutique est indiqué selon le § 6 alinéa 2 phrase 2 ou § 7 alinéa 4. Le détenu doit être retransféré quand le but du traitement ne peut être atteint pour des raisons en lien avec la personne du détenu.

L' alinéa 2 reprend l'énoncé de l'alinéa 1^{er}, ancienne version.

BIBLIOGRAPHIE « PRISON & PSYCHIATRIE »

Réunie par B. Gravier

- ARCHER E. (1996): L'hospitalisation des détenus dans les services de psychiatrie générale. *L'Information psychiatri.*, 72 : 53-62.
- ARCHER E. (1998): Le traitement psychiatrique des auteurs d'agressions sexuelles pendant et après la détention. *L'Information Psychiatri.*, 74 : 461-473.
- BADINTER Robert, (1992) "La prison républicaine", Fayard, Paris,
- BALIER C. (1998): Rencontre en prison . *Rev. Franç. Psychanal.*, 1 :51-62.
- BALIER Claude, "Psychanalyse des comportements violents", PUF Fil Rouge, Paris, 1988
- BARON-LAFORET S (1997), Organisation pratique des soins psychiatriques en prison,, *Journal des psychologues*, N° 151
- BARON-LAFORET S., BRAHMY B. Psychiatrie en milieu pénitentiaire. *Encycl. med. chir.* (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-953-A-10,9 p.,1998.
- BERNHEIM J., (1993) Sociothérapie institutionnelle de détenus présentant un désordre grave du caractère: l'expérience de "La pâquerette" à Champ-Dollon (Genève). In *Justice et psychiatrie*. Association d'Etudes et de Recherches de l'Ecole Nationale de la Magistrature Bordeaux, pp 141-147.
- BUFFARD Simone, "Le Froid pénitentiaire", *Esprit*
- CIAVATTI D.(1990), "La prison naissance et histoire", *Soins psychiatrie*", No 116/117,
- CIRLINI-VOYAME D., (1993) « Exercice de la psychothérapie en milieu carcéral » *Revue internationale de criminologie et de police technique*, 2, 170-176.
- DAVID M., (1993) *Psychiatrie en milieu pénitentiaire*, PUF, nodules, Paris, 128pp
- DE MONTMOLLIN M.J (1985). Un traitement des désordres de la personnalité? L'atelier de sociothérapie du service médical à la prison préventive de Champ-Dollon (Genève): survol de cinq années. *Revue Médicale de la Suisse Romande* Vol. 105, pp. 65-71
- DESCARPENTRIES F., WIKART A. (1997): Distorsions des notions d'espace et de temps chez le détenu en maison d'arrêt. *Forensic*, 15 :30-32.
- DEVAUD C., GRAVIER B (1999)"La prescription de méthadone dans les prisons : entre réalités et contraintes"., *Médecine & Hygiène*, No 2274, , 2045-2049
- DORMOY O,(1995) "Soigner et/ou punir", Editions l'Harmattan, Paris
- FLOCH J., *La France face à ses prisons*, Commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur la situation dans les prisons françaises, N°2521.6 juillet 2000.
- FOUCAULT M.(1973), "Moi Pierre Rivière ayant égorgé ma mère, ma soeur et mon frère"Gallimard, Paris, 1973
- FOUCAULT M.,(1975) "Surveiller et punir", Gallimard, Paris,
- GALLET E., CAMILLERI C., CROCHET F., LAURENCIN G., NOUVEL A. (2000) Les psychotiques incarcérés. *Forensic*, 2-3, 48-52.
- GRAVIER B (1989)., "La sexualité en prison ; un comportement à risque ?", *Nervure*, , 7, 51-54
- GRAVIER B (1990)Problèmes posés par la communication de la séropositivité à un toxicomane incarcéré",., *Nervure*, 2,.
- GRAVIER B (1992)La douleur de l'incarcération",., *Objectif Soins*, , 2, 31-32.
- GRAVIER B (1999)"L'exercice de la psychiatrie en milieu pénitentiaire dans le canton de Vaud"., *Courrier du Médecin Vaudois*, 1, , 2-3, repris dans la *Revue Médicale de Suisse Romande*, No 7, juillet 1999, 600-602.

GRAVIER B (1999)., "Soins et milieu carcéral : une rencontre toujours difficile" Perspectives Psychiatr., vol. 38, No 2, avril-mai, 100-107.

GRAVIER B (2000) « La prise en charge psychothérapique des délinquants particulièrement dangereux au cours de l'exécution de leur sanction », in Bauhofer S. et coll, « Délinquants dangereux », Ruegger Verlag, Zürich, sept.

GRAVIER B (2000)« Le traitement des dépendances alcooliques en milieu carcéral », in Yersin B. et col.. Ed. Médecine et hygiène, Genève, à paraître

GRAVIER B, (1985) "Aspects du traitement psychothérapique des psychopathes en milieu carcéral" Synapse, 13, 19-27

GRAVIER B, (2000) « Regards critiques sur les traitement psychiatriques en prison »,in Patients psychiques en prison, Actes des journées d'études du GRAAP, pp26-31 repris dans <http://www.graap.ch>, sept 2000

GRAVIER B. et coll., (1989)"De la difficulté de réformer l'article 64 du Code Pénal en France", Nervure, , 2, 1, 39-44

GRAVIER B. Psychothérapie institutionnelle en milieu pénitentiaire : quelques évidences", Forensic, N°8, , 12-15.

GRAVIER B., (1992), "Le délinquant fou en prison", in C. LOUZOUN, "santé mentale - réalités européennes", ERES, Paris, 284-288. Repris dans : "Le délinquant fou en prison", Nervure, 1992, V, 5, 70-76

GRAVIER B., (1993) "Psychothérapies en prison : possibilités, limites, évaluation", in DORAY B., RENNES J.M., "Regards sur la folie", L'Harmattan, Paris, , 71-79

GRAVIER B., (1993)"Du bon usage des psychotropes en milieu pénitentiaire", CHEVRY P., L'Evolution psychiatrique, 58, 1, , 93-107.

GRAVIER B., (1997)"le traumatisme de l'incarcération", in LOUZOUN C. et DORAY B., les traumatismes dans le psychisme et la culture, ERES ed., Toulouse, 227-235.

GRAVIER B., (1998)"L'évolution des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire : vers une clinique de la dignité" in LOUZOUN C. et SALAS D., Justice et psychiatrie, Normes, responsabilités, éthique, ERES ed., Toulouse, 280-296

GRAVIER B., GUEX P (1995) « Violence et exclusion : Du violent au perturbateur, le risque des circuits de soins marginaux",., Revue Médicale de Suisse Romande, 115, 499-503,.

GRAVIER B., LE GOFF V., DEVAUD C (1998)"Gewalt im Gefängnis",., in Eisner M., Manzoni P. "Gewalt in der Schweiz", Verlag Rüegger, Zürich, , 265-285.

GRAVIER B., LEGOFF V., DEVAUD C (2000)« Les thérapies actives », in Ciavaldini A. « Pratiques thérapeutiques en milieu carcéral et en milieu ouvert » Masson , Paris,

GRAVIER B.,(2000) « Décisions dans la zone limite entre peine et mesures - le point de vue du psychiatre traitant » in Riklin F. « Accompagnements thérapeutiques dans l'exécution des peines - comment et pourquoi ? » Caritas Verlag, Luzern,. 8-13

GUNN J. Future directions for treatment in forensic psychiatry. British Journal of Psychiatry, 176, 332-338, 2000

HARDING T.W., (1984) "Dépression en milieu carcéral", Psychologie médicale, 15, 5 835-839

HIVERT P., (1980) "Le comportement et la prise en charge des psychopathes en milieu carcéral", Confrontations psychiatriques, 18, 161-172

HOCHMANN J.,(1964) "La relation clinique en milieu pénitentiaire", MASSON (Collection de Médecine Légale), Paris 1964

HYEST J.-J., CABANEL G.-P., Prisons : une humiliation pour la République, Rapport de la commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France, créée en vertu d'une résolution adoptée par le Sénat le 10 février 2000. Sénat, session ordinaire de 1999-2000, No 449, Tome 1, 200p.

JAEGER M., MONCEAU M, (1996) La consommation de médicaments psychotropes dans les prisons, Erès, Toulouse,140pp.

Jails and jail inmates 1993-94. Washington, DC: US Dept of justice Bureau of Justice Statistics; 1995. Publication NCJ-151651.

JEAN J.-P. (1997) :Le détenu dangereux. In Garapon A., Salas D. (edts) La justice et le mal, Paris :Odile Jacob, :85-109.

JORDAN B. K., SCHLENGER W. E., FAIRBANK J. A., JUESTA M. C. Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women: II convicted felons entering prison. *Archives of General Psychiatry*, 53, 513-519, 1996.

LAMB H. R., WEINBERGER L. E.(1998) Persons with severe mental illness in jails and prisons: a review. *Psychiatric Services* 49, 483-492.

LAMOTHE P. (1998) Problèmes quotidiens de psychiatrie pénitentiaire à travers les changements du paysage psychiatrique et pénitentiaire français. *Criminologie, Les soins de santé mentale en milieu carcéral*, XXI, 2, 63-81.

LE GOFF V., GRAVIER B., (1999)"Les délinquants sexuels en détention préventive : aspects thérapeutiques" *Médecine & Hygiène*, No 2248, , 648-653.

LEGENDRE C., (1990) Art thérapie et prison. Aspects cliniques et réalités pratiques. *Soins. Psychiatrie*, 116/117, 75-79.

LEMIRE G., BROCHU S., RONDEAU G., PARENT I. (1997): Le traitement des personnes incarcérées pour une courte période : recension des écrits. *Rev.Int. de criminologie et de police technique*, 3 : 300-321.

LHUILIER D., VEIL C., (1998) Significations de la demande de soins psychiatriques et somatiques en milieu carcéral, *Ann.Méd.-Psychol.*, 9, 635-639.

MARTORELL A. Psychiatres, psychiatrie, prisons en France: ébauche historique. *Forensic*, 3, 42-49, 1993.

MARTORELL A.(1991), Malades psychotiques en milieu carcéral, esquisse historique et éléments d'actualité, *L'Information Psychiatrique*, 1991, 67, 4, 293-307.

MARTORELL A., (1989) La maison centrale de Château-Thierry, problèmes posés par les condamnés psychotiques, *Revue Française de Psychiatrie*, , VII, 4, 46-50.

MATHE A.G., (1976) Psychothérapies en prison, Denoël, Paris

MONCEAU M., JAEGER M., GRAVIER B., CHEVRY P.,1996., "La consommation des tranquillisants et des hypnotiques en prison : logiques à l'oeuvre et enjeux" in FAUGERON C., CHAUVENET A., COMBESSIE P., *Approches de la prison*, De Boek, Bruxelles, P.U.M., Montréal, P.U.O, Ottawa, , 153-176.

PRADIER P. La gestion de la santé dans les établissements du programme 13000. *Evaluation et perspectives*. 1999, 61p

SCHUKIT M.-A., HERMAN G., SCHUCKIT J.J., The importance of psychiatric illness in newly arrested prisoners, *The Journal of Nervous and mental Disease*, 165,2, 118-125, 1977.

SENON J. L. (1998) Réglementation et structure de l'intervention psychiatrique en milieu pénitentiaire, *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, 3, 509-522

SENON J.-L- (1998): *Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire*. Paris : PUF ;

SENON J.-L. (1998).: Histoire de la psychiatrie en milieu pénitentiaire de Pinel à la loi du 18 janvier 1994 *Ann. Méd.-Psychol.*, 156 : 161-178.

TEPLIN L. A. The prevalence of severe mental disorder among male urban jail detainees: comparison with the epidemiologic catchment area program. *American Journal of Public Health*, 80, 663-669, 1990.

TEPLIN L. A., ABRAM K. M., McCLELLAND G. M. Mentally disordered women in jail: Who receives services? *American Journal of Public Health*, 87, 604-609, 1997.

TEPLIN L. A., ABRAM K. M., McCLELLAND G. M. Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women: I pretrial jail detainees. *Archives of General Psychiatry*, 53, 505-512, 1996.

WULFMAN r. (1982). Les psychoses carcérales, *L'information psychiatrique*, 58, N°5, 647-652.

Schizophrénie, psychose et prison

F. Macheret-Christe*, B. Gravier*

La remise en question du statut du psychotique dans les institutions psychiatriques a été un puissant ferment du changement qui a bouleversé le paysage de la psychiatrie du XX^{ème} siècle à travers, notamment, le développement de la psychiatrie de secteur et de la psychiatrie sociale et la remise en question de l'asile par les mouvements qui ont mobilisé soignants et patients.

L'histoire n'étant pas avare de chausse-trappes, c'est aussi à partir de la question de la psychose et de la place croissante qu'occupent en son sein les patients rejetés des autres lieux, que l'institution pénitentiaire est interpellée en particulier par les commissions parlementaires du sénat¹² et de l'assemblée nationale¹³ ou le rapport Pradier¹⁴. Ce dernier évoque le « *désastre psychiatrique* » à l'intérieur des prisons et vilipende dans des termes très durs les responsables des institutions psychiatriques qui n'ont pas rendu les services qu'on était en droit d'attendre, tandis que les sénateurs stigmatisent un « *paradoxe terrible (...): de plus en plus de malades mentaux sont aujourd'hui incarcérés. La boucle est bouclée: la prison, aujourd'hui en France, est en train de retrouver son visage antérieur au code pénal napoléonien* ».

Ce constat difficile ne doit pas, néanmoins, occulter l'analyse de la place du sujet psychotique à la croisée des chemins entre délinquance et folie, et entre responsabilité pénale et aliénation. La situation actuelle est certes le fruit d'une histoire, autant des idées que des pratiques. Résumer cette situation à une aporie, conséquence de la défausse des psychiatres serait cependant sous-évaluer la complexité des entrelacs cliniques en cause et les enjeux qui se focalisent sur la pression sécuritaire et l'exclusion des conduites déviantes qu'elles s'expriment par la criminalité ou l'apparence de la folie.

Il est certain que la faillite des prisons françaises ne fait que rendre encore plus insupportable une interface qui a toujours été problématique. Il ne faut pas, non plus, sous-estimer la faible tolérance du monde pénitentiaire face à tout ce qui ne s'inscrit pas dans la logique d'un traitement pénal linéaire. Tout ce qui ne se décline pas entre resocialisation et répression est par essence incompréhensible au monde pénitentiaire, qui demande au psychiatre d'assumer tout ce qui surgit hors sens.

La psychiatrie en milieu pénitentiaire est traversée par cette complexité : révoltée mais impuissante face au sort de certains patients porteurs de lourdes pathologies et incarcérés pour de longues durées, hésitante quant aux limitations du soin dans un tel contexte, consciente des limites actuelles des hôpitaux psychiatriques, inquiète quant au développement de structures psychiatriques ultra sécurisées. Il s'agit souvent d'une pratique difficile, contradictoire qui appelle indiscutablement un large débat auquel tous les partenaires devraient être associés et en premier lieu ceux de la psychiatrie : experts, responsables de secteurs, etc.

* Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires (SMPP) du canton de Vaud (Suisse)

¹² HYEST J.-J., CABANEL G.-P., Prisons : une humiliation pour la République, Rapport de la commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France, créée en vertu d'une résolution adoptée par le Sénat le 10 février 2000. Sénat, session ordinaire de 1999-2000, No 449, Tome 1, 200p.

¹³ FLOCH J., La France face à ses prisons, Commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur la situation dans les prisons françaises, N°2521.6 juillet 2000.

¹⁴ PRADIER P. La gestion de la santé dans les établissements du programme 13000. Evaluation et perspectives. 1999, 61p

Ce débat est indispensable car il dépasse largement les frontières de l'hexagone. Tous les pays occidentaux, quel que soit l'état de leur système pénitentiaire sont confrontés à l'afflux de psychotiques dans les prisons et à l'inadéquation des réponses proposées.

Crime et folie : un débat ancien

La question de la présence de malades mentaux dans les prisons n'est pourtant pas récente. Esquirol en 1818 s'indignait de constater que des malades mentaux n'ayant pas commis de délits se retrouvaient enfermés dans les mêmes lieux que des criminels, que ce soit dans les prisons ou les hospices. Si la loi de 1838 a mis fin aux aspects les plus scandaleux de cette situation en réorganisant le « grand renfermement », la problématique de la réponse de la société face à des malades ayant commis des délits ou des crimes a toujours été très vive.

De fait, les remarques de Baillarger en 1844, les observations de Lelut en 1843, de Parchappe en 1863, les recherches de Pactet et Colin en 1876 et le célèbre rapport de Constans en 1874 détaillés par Martorell¹⁵ ¹⁶ s'accordent pour souligner l'effrayante proportion d'aliénés dans les prisons : chiffre estimé de 7 à 8 fois plus élevé que dans la population libre selon Lelut, ou représentant près de 3% de la population pénale selon Paul Sérieux en 1903. Très tôt, les psychiatres se sont d'ailleurs rendu compte que la pathologie mentale pouvait passer inaperçue au moment du procès ou se révéler en cours d'incarcération à la faveur du « régime disciplinaire » ou à la fin de la « période d'incubation » (Lelut cité par Martorell). Les recherches menées par Pactet et Colin sur les détenus de la Centrale de Gaillon (quartier pour condamnés aliénés et épileptiques ouvert en 1876) concluaient que 36.7% des détenus considérés comme des malades présentant des troubles psychiatriques au cours de leur peine, étaient probablement des malades qui n'avaient pas été diagnostiqués en tant que tels à l'occasion de leur incarcération.

Au delà de la difficulté à diagnostiquer la pathologie psychiatrique la question de la responsabilité pénale des aliénés et leur accessibilité à la sanction a été aussi source d'empoignades. On connaît l'analyse de Rappard¹⁷ qui estime que la psychiatrie s'est trouvée fondée, non par la loi sur l'internement mais par l'ancien article 64 qui exclut l'aliéné du libre arbitre et donc du champ de l'application de la loi pénale. Le cas de Pierre Rivière analysé par Foucault, de même que la polémique entre Georget, l'aliéniste, et Regnault, l'avocat, méritent aussi d'être rappelés pour bien indiquer à quel point entre prison et hôpital la place du malade mental criminel a été source de questionnements quant à son statut de sujet capable d'assumer la peine¹⁸, avant que soit posée la question du statut de l'acte dans l'économie psychique du criminel.

L'irresponsabilité pénale vise à faire échapper à la peine ceux qui, en état d'aliénation, ont commis des actes punissables. Si la définition clinique du trouble qui conduit à l'irresponsabilité pénale est encore à établir, pendant longtemps le débat s'est trouvé résumé dans les propos de F. Lelut. Celui-ci écrit dès 1846 qu'« *il existe malheureusement encore entre les hommes de science et les hommes de loi, entre les médecins et les membres du*

¹⁵ MARTORELL A. Malades psychotiques en milieu carcéral: esquisse historique et éléments d'actualité. L'information psychiatrique, 67, 4, 293-307, 1991.

¹⁶ MARTORELL A. Psychiatres, psychiatrie, prisons en France: ébauche historique. Forensic, 3, 42-49, 1993.

¹⁷ RAPPARD P., La folie et l'Etat, Privat, Toulouse, 1981.

¹⁸ GRAVIER B., LAMOTHE P., ELCHARDUS J.-M., BOUCHARLAT J., De la difficulté de réformer l'article 64 du code pénal en France, Nervure, II, 1, 39-44, 1989.

parquet un esprit d'opposition et comme de suspicion réciproque, qui, dans les fastes de la justice criminelle, a donné lieu plus d'une fois à de bien tristes résultats. Si les premiers sont quelques fois allés trop loin dans le désir d'arracher à la mort ou à l'emprisonnement des organisations (mentales) qui leur paraissent plus déraisonnables que criminelles, les seconds, dans plus d'une circonstance, n'ont pas été moins opiniâtres à appeler la sévérité des lois sur des malheureux en qui l'intelligence affaiblie ou malade avait au moins singulièrement diminué le libre arbitre, et à repousser à cet égard les enseignements de la science et les représentations des médecins ».

Malgré les opinions bien tranchées des experts concernant l'irresponsabilité des schizophrènes¹⁹, la limite est toujours restée bien floue, tributaire de l'évolution de la nosographie et de la psychopathologie et de bien d'autres considérations. Comme le dit Daumézon : « *Maladie des livres et irresponsabilité ne coïncident pas toujours et l'expert devra confronter le comportement du sujet avec l'image de l'infraction que la société s'est fixée* »²⁰.

Ces dernières décennies ont vu un mouvement de plus en plus fort se dessiner parmi les psychiatres pour « *dépasser cette dialectique où la non responsabilité exclut radicalement l'auteur du crime du champ de la communauté humaine : en d'autres termes, reconnaître à la fois l'imputabilité du crime et la vérité de la folie* »²¹. Beaucoup d'éléments ont facilité cette évolution : élaborations psychanalytiques, modification radicale de la perception de la psychose et, peut-être, malaise face à la perception d'un certain arbitraire dans les conclusions des experts.

A côté de la question de la responsabilité pénale, celle du lieu où doivent être enfermés les délinquants souffrant de troubles psychiques, qu'ils soient considérés par les criminologues comme « aliénés » ou « anormaux mentaux », rejoint l'histoire de la criminologie et des courants issus du positivisme. Beaucoup de législations se sont en effet structurées autour de la créations d'institutions appropriées tentant d'associer soin et sécurité dans une perspective de défense sociale. Ainsi la loi de défense sociale promulguée en Belgique en 1930 stipule que « *le délinquant reconnu atteint d'anormalité mentale échappe désormais à la sanction proprement dite. Il fera l'objet de mesures thérapeutiques et éducatives qui ne prendront fin que lorsque son état sera jugé suffisamment amélioré pour lui permettre de rentrer sans danger dans la Société; d'autre part, si, à l'expiration du terme de cette sentence, l'état de l'anormal justifiait la continuation de son internement, il peut être prolongé. Cette loi réalise, en fait, pour les délinquants anormaux, le principe de la sentence indéterminée* ». En Allemagne, en Italie, en Hollande se sont ainsi constituées, par le biais de telles législations, des institutions dont la mission excède largement celle des Unités pour malades difficiles en France et qui assument l'intégralité du contrôle social décidé par voie de justice. Cette orientation est loin d'avoir fait ses preuves, comme en témoigne la faillite des hôpitaux psychiatriques judiciaires italiens ou des instituts de défense sociale belges.

Le développement des services de psychiatrie dans les prisons

Plusieurs travaux ont déjà longuement décrit la démarche qui a conduit à la création des SMPR (Senon, 1998²²; Baron-Laforêt et Brahmy²³ 2000). En France, dès 1947, s'ouvriront quelques annexes d'abord à la prison de Rennes, puis à Toulouse, Lille, etc. conçues

¹⁹ LEYRIE j., Manuel de psychiatrie légale et de criminologie clinique, Vrin, Paris, 1977.

²⁰ DAUMEZON G., Essai sur les fondements de l'expertise psychiatrique au criminel, Ann. De Médecine et de criminologie, 31, 6, 273-279, 1951.

²¹ CHAUMON F., VACHER N., Psychiatrie et justice, La Documentation Française, Paris, 1988.

²² SENON J.-L. Histoire de la psychiatrie en milieu pénitentiaire de Pinel à la loi du 18 janvier 1994. Ann.Méd.-Psychol., 156,3, 161-177,1998

²³ BARON-LAFORET S., BRAHMY B. Psychiatrie en milieu pénitentiaire. Encycl. med. chir. (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-953-A-10,9 p.,1998.

principalement comme une aide à l'expertise et au dépistage des maladies mentales : « À l'heure actuelle, ce dépistage est fait par des expertises mentales qui sont ordonnées par le juge d'instruction soit spontanément, soit à la requête des avocats. Cette manière de procéder est hasardeuse. Il faut la remplacer par le dépistage systématique, ce sera la fonction des annexes psychiatriques auprès des prisons. Suivant le développement donné à ces annexes psychiatriques, celles-ci pourraient aller de la simple infirmerie jusqu'au laboratoire complet ». ²⁴ Initialement au nombre de 14, la plupart de ces annexes fermeront faute de moyens et de soutien de la part de l'administration pénitentiaire, dont dépend le personnel médical vacataire qui y travaille

Au premier juillet 1967, six annexes fonctionnaient encore, rattachés aux maisons d'arrêt de Bordeaux, Lille (Loos), Lyon, Marseille, Paris (La Santé) et Strasbourg. En 1974, alors que les prisons sont agitées de mouvements de révoltes une nouvelle impulsion est donnée avec la création d'un centre psychiatrique à Fleury-Mérogis où le personnel soignant est placé sous tutelle du ministère de la santé. Poursuivant l'entreprise de la sectorisation, la circulaire du 28 mars 1977 de S. Veil créera officiellement les Centre Médico Psychologiques Régionaux et posera d'emblée un certain nombre de principes fondateurs :

Limitation des internements en milieu psychiatriques aux seuls cas nécessitant une structure psychiatrique lourde

Rattachement de l'équipe de soins au service public hospitalier avec la création de secteurs spécifiques

Dimension volontaire des soins prodigués

Le décret du 14 mars 1986 et ses textes d'application (notamment l'arrêté du 14 12 1986) donneront au secteur psychiatrique en milieu pénitentiaire une reconnaissance légale véritablement inscrite dans les textes. Les CMPR deviendront alors Services Médico Psychologiques Régionaux (SMPR) avec une vocation thérapeutique affirmée et complétée par la création d'antennes de luttés contre la toxicomanie. Il existe aujourd'hui 26 SMPR en France pour 187 établissements pénitentiaires. En majorité implantés dans des maisons d'arrêts, les SMPR commencent à être ouverts dans des centres de détention ou des maisons centrales. La loi du 18 janvier 1994 a complété le dispositif en incitant les secteurs de psychiatrie à ouvrir des consultations dans les établissements non couverts par les SMPR dans le cadre des unités de consultations et de soins ambulatoires(UCSA)

La population carcérale de nos jours

D'après les rapports du Sénat et de l'Assemblée nationale, celle-ci a doublé de 1975 à 1995, passant de 26032 à 52658 alors que, dans le même temps, la population française n'augmentait que de 10%. Depuis 1996 cette population a par contre diminué de 6.6%. Pourtant, les préoccupations liées au surpeuplement carcéral restent d'actualité, si l'on considère que le parc pénitentiaire actuel manque encore plus de 2000 places. Le surpeuplement est surtout patent dans les établissements de détention préventive, certains connaissant des taux d'occupation de plus de 200%. L'allongement sensible de la durée des peines est une des raisons de cette surpopulation. Ainsi, le nombre de détenus qui purgent une peine de plus de cinq ans a été multiplié par 2.5 entre 1988 et 1999. Ceux-ci représentent donc 40% des condamnés, alors que ceux qui purgent une peine de moins de 6 mois représentent moins de 12%. Par contre, la population carcérale féminine ne s'est que peu modifiée en France, et ne représentait au 1er janvier 1999 que 3.8% de la

²⁴ AMOR P., la réforme pénitentiaire en France, Science Crim. Et Dr. Pén. Comparé, 1, 1-30, 1947.

population carcérale totale. A noter que sur ce dernier point la situation dans les prisons américaines a suivi une évolution radicalement différente puisque le taux d'incarcération des femmes y a triplé entre 1983 et 1994.²⁵ La population carcérale a également été modifiée dans sa composition. Ainsi, tant en France que dans d'autres pays, (y compris ceux ayant créé des institutions spécifiques décrites plus haut) on retrouve de façon croissante délinquants sexuels, toxicomanes et malades mentaux.

Aspects épidémiologiques de la maladie mentale en prison

"Tout se passe comme si la prison était devenue le seul lieu d'accueil pour un nombre croissant de psychotiques rejetés à l'extérieur de l'institution hospitalière par les responsables médicaux" dit avec vigueur le rapport Pradier.

Ce constat n'est cependant ni récent, ni spécifique à la France. En effet, Lamb, dans une revue de la littérature portant sur 110 études publiées depuis 30 ans sur la question de la maladie mentale et l'incarcération met en évidence que 6 à 15% des prévenus, et 10 à 15% des condamnés, présentent des troubles psychiatriques sévères, aigus ou chroniques²⁶. Il ressort de ces études que les malades psychiatriques sont plus fréquemment incarcérés que le reste de la population et que la population pénitentiaire dans son ensemble connaît une forte morbidité psychiatrique. Les publications scientifiques ont toujours insisté sur cette dernière donnée à l'instar de Schuckit qui relevait, dès 1977 que 46 % des prisonniers peuvent présenter des troubles répondant à un diagnostic psychiatrique, tandis que seuls 5% doivent bénéficier de soins aigus²⁷. La morbidité psychiatrique varie entre 25 à 60 % de la population pénale en fonction des études et de l'accent mis sur les troubles de la personnalité. Dans notre expérience des prisons du canton de Vaud, nous retrouvons une prévalence de 22 à 25 % des détenus suivis pour des problèmes psychiatriques (cf tableau en annexe).

La question est de savoir si l'accroissement constaté empiriquement par la plupart des acteurs du monde pénitentiaire est confirmé par les rares études disponibles. Seules les études de Gunn²⁸ qui, à trois reprises successives, a étudié la morbidité psychiatrique en milieu pénitentiaire (1978, 1991 et 1995) confirment véritablement cette tendance et indiquent que celle-ci est passée de un tiers des détenus en 1977 à 44.7% en 1990 pour s'élever à 66% en 1995.

Si l'on s'attache aux troubles les plus sévères en termes de pathologie, les taux demeurent importants sans que l'on puisse en tirer une véritable conclusion quant à une augmentation significative. Une des études les plus complètes menée récemment par Teplin²⁹ et portant sur 728 hommes incarcérés à Chicago entre 1983 et 1984, relève que 6.4% des personnes de cette cohorte présentaient une schizophrénie, un trouble bipolaire ou un trouble dépressif grave. Ce taux est 2 à 3 fois supérieur à celui retrouvé dans la population générale. La cohorte étudiée ne répertorie que les prévenus incarcérés et ne prend pas en compte les hommes arrêtés et directement transférés dans une institution de

²⁵ Jails and jail inmates 1993-94. Washington, DC: US Dept of justice Bureau of Justice Statistics; 1995. Publication NCJ-151651.

²⁶ LAMB H. R., WEINBERGER L. E. Persons with severe mental illness in jails and prisons: a review. *Psychiatric Services* 49, 483-492, 1998.

²⁷ SCHUCKIT M.-A., HERMAN G., SCHUCKIT J.J., The importance of psychiatric illness in newly arrested prisoners, *The Journal of Nervous and mental Disease*, 165,2, 118-125, 1977.

²⁸ GUNN J. Future directions for treatment in forensic psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 176, 332-338, 2000

²⁹ TEPLIN L. A. The prevalence of severe mental disorder among male urban jail detainees: comparison with the epidemiologic catchment area program. *American Journal of Public Health*, 80, 663-669, 1990.

soins publics, ce qui indique d'ailleurs une sous-estimation de l'incidence de ces pathologies dans le domaine médico-légal.

En ce qui concerne le seul diagnostic de psychose, les études oscillent entre 3 et 5%, confirmant l'enquête menée récemment dans 26 SMPR par l'Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (ASPMP). Ainsi, à la maison d'arrêt de St Michel de Toulouse, sur une période de 2 mois, 3.5% des détenus présentaient une psychose, dont 75% avec un diagnostic de schizophrénie et 25 % un diagnostic de psychose paranoïaque.³⁰ Au centre de détention de Muret la même proportion est retrouvée entre patients schizophrènes et paranoïaques alors que le pourcentage de condamnés présentant un diagnostic de psychose est un peu plus élevé avec une valeur de 4.6%. Nos propres chiffres (tableau en annexe) se situent autour de 2 à 3% des cas rencontrés ce qui représente une population qui oscille entre 45 et 65 sujets pour une moyenne de 2000 entrées annuelles.

D'après Teplin,^{31 32} les troubles psychiatriques au sein de la population carcérale féminine se différencient de ceux retrouvés chez les hommes incarcérés. L'étude porte sur une cohorte de 1272 femmes prévenues à Chicago entre 1991 et 1992, et souligne une prévalence des troubles mentaux plus élevée que dans la population générale, schizophrénie exceptée. Jordan³³, en Caroline du Nord, entre 1991 et 1992 dans une cohorte de 805 femmes condamnées note l'importance des conduites de dépendance, des troubles de la personnalité antisociale et borderline ainsi que la prévalence des troubles dépressifs et des syndromes post traumatiques.

Dans la même étude, Teplin a par ailleurs tenté d'évaluer quelles étaient les détenues, souffrant de troubles psychiatriques, qui recevaient un traitement approprié. Les résultats montrent que moins d'un quart des femmes malades recevait des soins durant leur incarcération. Il semblerait dans ce cas que ce soit le type de diagnostic qui détermine l'existence de soins. En effet, 47.5% des femmes souffrant d'une schizophrénie ou d'un trouble bipolaire auraient reçu des soins contre 15.2% pour les détenues souffrant d'une pathologie dépressive. L'existence d'antécédents psychiatriques connus serait alors un facteur déterminant pour l'accès aux soins. Ainsi, 75% des détenues qui présentaient soit un diagnostic de schizophrénie, soit un diagnostic de troubles bipolaires avec une histoire psychiatrique antérieure à l'incarcération, avaient accès à un traitement spécifique contre 25% pour celles qui ne présentaient pas d'antécédents connus mais présentaient l'un des deux diagnostics.

Plusieurs facteurs nous semblent devoir être examinés pour rendre compte de la proportion importante de troubles psychotiques en milieu pénitentiaire : la tendance à la responsabilisation des patients, les effets de la désinstitutionnalisation, l'association entre troubles psychiatriques sévères et comportements violents, la comorbidité associant de plus en plus, troubles psychotiques et conduites addictives.

³⁰ GALLET E., CAMILLERI C., CROCHET F., LAURENCIN G., NOUVEL A. Les psychotiques incarcérés. *Forensic*, 2-3, 48-52, 2000.

³¹ TEPLIN L. A., ABRAM K. M., McCLELLAND G. M. Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women: I pretrial jail detainees. *Archives of General Psychiatry*, 53, 505-512, 1996.

³² TEPLIN L. A., ABRAM K. M., McCLELLAND G. M. Mentally disordered women in jail: Who receives services? *American Journal of Public Health*, 87, 604-609, 1997.

³³ JORDAN B. K., SCHLENGER W. E., FAIRBANK J. A., JUESTA M. C. Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women: II convicted felons entering prison. *Archives of General Psychiatry*, 53, 513-519, 1996.

L'augmentation des psychotiques en prison : de l'article 64 à l'article 122-1 et la tendance à la responsabilisation

Après de nombreux projets, le législateur français a finalement remplacé l'article 64 par l'article 122 du nouveau code pénal qui distingue les personnes « dont le trouble psychique ou neuropsychique a aboli le discernement », et qui, par conséquent, ne sont pas pénalement responsables, et celles dont « le trouble a altéré le discernement ». L'introduction de la responsabilité atténuée ou partielle n'a probablement pas été sans effet sur l'augmentation du nombre de patients psychotiques dans les prisons. Le pourcentage des affaires où une irresponsabilité a été prononcée a diminué régulièrement pour passer de 1,7% au début des années 1980 à 0,17% pour l'année 1997. Ce qui équivaut à près de 200 affaires pour plus de 50'000 traitées par les tribunaux.

La démarche clinique qui tend à reconnaître la responsabilité du malade mental délinquant, pour ne pas disqualifier la personne en annulant son acte et pour lui permettre de se structurer dans la confrontation à la loi (Lamothe³⁴), a probablement été accélérée par la possibilité de reconnaître la responsabilité partielle du prévenu sans nier sa pathologie, ni le faire échapper au procès. La fin de la logique du tout ou rien que sous-tendait l'article 64 a peut-être été, en soi, et indépendamment de la position théorique des experts, un facteur de renforcement du mouvement par la démarche médiane qu'elle permet.

Le débat fait rage cependant, certains estimant que les experts sont « tenté(s) d'escamoter la réalité psychopathologique, de la banaliser ou de la sous-évaluer, pour justifier leurs conclusions » (Zagury³⁵). D'autres, soulignent « qu'à force de rechercher les raisons d'un crime (l'expertise) finit par inventer le criminel » et « se montre un auxiliaire précieux de l'accusation » indiquant que les experts ont abandonné la position d'antagonisme qui soutenait l'humanisme médical face à la rigueur des magistrats. « Le souci de satisfaire a remplacé l'exigence de contester » conclut Dubec en plaidant pour l'instauration d'expertises contradictoires.³⁶

Le débat est nécessaire, et la réponse sûrement difficile à articuler entre les différents axes de réflexion. La reconnaissance du statut de sujet passe par sa responsabilité. Il s'agit là d'un progrès indéniable dans le rapport de la société à la folie. Le problème réside, peut-être, surtout dans la place démesurée que prend l'acte expertal dans la pratique médicale. A trop demander au psychiatre de se prononcer sur le pronostic et l'évaluation des conduites et des comportements, il ne peut qu'y perdre ses repères, surtout face à une sémiologie vacillante dès lors qu'elle touche à la déviance et finit par conduire à la conclusion, on l'a vu plus haut, que la pathologie psychiatrique devient la règle en milieu pénitentiaire. Le problème est aussi celui de l'inadaptation des structures qu'elles soient hospitalières ou carcérales dans la gestion de plus en plus fréquente de ces situations d'entre deux où violence et folie s'entrecroisent et où finalement la rationalisation théorique rend bien pratique, faute de mieux, l'utilisation des structures carcérales, en l'absence d'articulation avec les structures de soin.

³⁴ LAMOTHE P. Problèmes quotidiens de psychiatrie pénitentiaire à travers les changements du paysage psychiatrique et pénitentiaire français. *Criminologie, Les soins de santé mentale en milieu carcéral*, XXI, 2, 63-81, 1998.

³⁵ ZAGURY D. Mais où est passée la psychose? évolution de la jurisprudence expertale. In: DORMOY O. *Soigner et/ou punir. Questionnement sur l'évolution, le sens et les perspectives de la psychiatrie en prison* L'Harmattan, Paris, 1996 pp225-242.

³⁶ DUBEC M., l'expertise psychiatrique en péril, *Libération*, 18/10/1999, <http://www.liberation.fr/quotidien/debats/octobre99> page consultée le 07/01/01.

La désinstitutionnalisation (ou déshospitalisation)

Les détenus souffrant de troubles psychiatriques en prison sont aussi ceux qui se retrouvent à la sortie dans la plus grande précarité. Ce constat n'est pas le seul fait de la situation française, bien au contraire, tous les états occidentaux sont confrontés à cette problématique.

Selon Lamb qui a recensé les études en la matière, plusieurs facteurs concourent à la présence de plus en plus importante de malades psychiatriques en prison : la tendance générale à la désinstitutionnalisation des personnes souffrant de troubles psychiatriques graves, les ressources insuffisantes des services publics pour soutenir et encadrer ces patients souvent décrits comme « difficiles », les restrictions qu'ils connaissent pour accéder aux soins communautaires, et, enfin, l'attitude générale marquée par la crainte et le rejet tant des services de police que de la société.

Ce constat des auteurs anglo-saxons est partagé par les auteurs français qui signalent cependant que « *la politique de sectorisation(..) a permis une déshospitalisation douce ou « à la française », sans toutefois mettre complètement les patients à l'abri de retombées graves sur leur qualité de vie... »*³⁷

Cette nuance faite, on constate, en France comme ailleurs, l'accroissement du phénomène de « la porte tournante », l'augmentation du nombre des malades mentaux sans abri ou des phénomènes de « transinstitutionnalisation » mettant à contribution les structures d'accueil non psychiatriques, les obstacles à l'intégration des patients atteints d'affections psychiatriques chroniques. Tous ces facteurs renforcent l'exclusion, source de marginalisation et de délinquance.

Ces deux mécanismes, soit la diminution du recours à l'irresponsabilité pénale et l'impact des phénomènes de désinstitutionnalisation, ne sont certes pas à négliger dans la genèse de la situation actuelle. Ils ne doivent pas cependant occulter le fait que cette augmentation est à inscrire dans un mouvement social beaucoup plus large où certains soulignent que, pour le public, « *l'individu meurtrier taxé de folie n'est plus considéré comme une marionnette de son destin* ». Participent aussi de ce mouvement une exigence accrue vis-à-vis de la judiciarisation, la prise en compte des victimes, l'incompréhension populaire devant l'horreur du crime (Portelli³⁸). A partir de l'analyse de l'évolution de la situation en Grande Bretagne, Gunn tire aussi un constat analogue et remarque que si ce mouvement peut être mis sur le compte de la « *panique du public vis-à-vis de la dangerosité* », il peut aussi être imputé à des facteurs économiques (les prisons coûtent moins cher que les hôpitaux !), le tout s'inscrivant dans un large changement réduisant la bienveillance sociale à l'égard des malades mentaux.

Comportements violents et troubles psychiatriques sévères

L'association de troubles psychotiques et de comportements violents est aussi source de nombreux débats. Rappelons qu'Henri Ey, a propos de l'héboïdophrénie, signalait que

³⁷ VIDON G., DUBUIS J., LEGUAY D., HABIB M., Le mouvement de réhabilitation psychosociale, une opportunité pour la psychiatrie française. L'Information psychiatrique, 75,4, 348-356, 1999

³⁸ PORTELLI S., la pratique de l'art 122-1 du nouveau code pénal, in LOUZOUN C., SALAS D., justice et psychiatrie , Normes, Responsabilité, Ethique, Erès, Paris, 153-162, 1998

dans certains cas la personnalité psychopathique « *n'est que la préface* » d'une évolution schizophrénique.

Eronen et coll.^{39 40} en Finlande, à partir d'une étude sur 12 ans, portant sur 1423 hommes incarcérés parmi lesquels étaient recensés 93 meurtriers souffrant de schizophrénie estiment que le risque de commettre un acte violent lié à une pathologie schizophrénique s'est avéré dix fois supérieur à celui retrouvé dans la population. Gallet et coll., à Toulouse vont dans le même sens et soulignent, qu'à leur avis, la schizophrénie est un facteur de risque de l'acte criminel. Il relèvent que 90% des meurtres commis par les patients psychotique qu'ils ont suivi sont l'oeuvre de patients schizophrènes, première manifestation morbide dans 30% des cas, 50% de ces crimes étant commis sur des proches. Ces résultats leur permettent de préciser deux périodes critiques dans l'évolution de la maladie, à savoir que le passage à l'acte survient plus fréquemment à l'occasion de l'éclosion de la maladie d'une part, et à 10 ans d'évolution d'autre part.

Dans une étude longitudinale courant sur six années, Teplin et coll.⁴¹ estiment, pour leur part que les études antérieures qui tendaient à confirmer la corrélation entre l'existence de troubles mentaux et l'accroissement du risque de passage à l'acte violent souffrent de biais méthodologiques, faute de groupe contrôle approprié. Cette étude s'attache à examiner si les détenus qui présentaient soit des troubles mentaux sévères (schizophrénie ou troubles affectifs majeurs) ou des conduites addictives (alcool ou drogues) soit encore une symptomatologie psychiatrique floride (hallucination ou délire) présenteraient un risque plus élevé d'être réincarcérés durant les 6 années suivant une première libération qu'une population de détenus non connus pour souffrir de troubles psychiatriques. Les résultats ont montré que la cohorte concernée présentait un risque de récurrence élevé puisque près de 50% de ces hommes a été réincarcéré durant les 6 années suivantes pour un acte criminel. Pourtant, la maladie psychiatrique en soi n'est pas apparue aux auteurs comme un facteur de risque global signant la probabilité d'une réitération criminelle. Par contre, l'observation d'une symptomatologie psychotique aiguë et floride semble accroître le risque de récurrence, quoique de façon non statistiquement significative.

Finalement, il est bien difficile de conclure sur la question de l'association entre violence et psychose, au contraire, en tant que praticiens travaillant en milieu pénitentiaire nous devons reconnaître que l'intuition clinique de H. Ey a trop vite été oubliée et, comme le souhaite Zagury, interroger à nouveau la question des héboïdophrénies à impulsivité maligne. Nous avons déjà souligné la difficulté de la prise en charge de certains patients présentant des personnalités psychotiques associées à des traits caractériels massifs et dont le fonctionnement est constamment menacé par une violence effroyable et morcelante, source de raptus imprévisibles ou trop prévisibles dans leur répétition⁴². Il devient impératif de prendre en considération le fait que, pour toute une frange de patients particulièrement violents, les comportements psychopathiques qui occupent le devant de la scène recouvrent d'authentiques schizophrénies ou des structurations psychotiques qu'on ne peut plus qualifier d'états limite à expression psychopathique, sans courir le risque de se fourvoyer dans la thérapeutique. Le développement d'instruments d'appréciation des comportements psychopathiques va probablement contribuer à

³⁹ ERONEN M., TIIHONEN J., HAKOLA P. Schizophrenia and homicidal behavior. Schizophrenia Bulletin, 22, 1, 83-89, 1996

⁴⁰ ERONEN M., ANGERMEYER M. C., SCHULZE B. The psychiatric epidemiology of violent behaviour. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol., 33 Suppl, 13-23, 1998.

⁴¹ TEPLIN L. A., ABRAM K. M., McCLELLAND G. M. Does psychiatric disorder predict violent crime among released jail detainees? A six-year longitudinal study. American Psychologist, 49, 4, 335-342, 1994

⁴² GRAVIER B., L'évolution des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire : vers une clinique de la dignité, in LOUZOUN C., SALAS D., justice et psychiatrie, Normes, Responsabilité, Ethique, Erès, Paris, 281-296, 1998

renouveler la réflexion sur la concomitance entre deux registres psychiques⁴³. C'est aussi dans ce contexte qu'il faut aborder la place du traumatisme comme catalyseur de la réactivité psychopathique.

La question de la comorbidité

Les pathologies de l'addiction à l'alcool ou aux drogues représentent un facteur de comorbidité important chez les détenus souffrant de troubles psychiatriques sévères. Cette comorbidité est bien supérieure à celle retrouvée dans la population générale. Une étude récente ⁴⁴ a suivi une cohorte de 211 détenus traités pour une problématique de dépendance (alcool et/ou drogues) à la prison de Chicago en mai 1997. Les auteurs ont répertorié 112 détenus (55%) qui avaient présenté à un moment donné un diagnostic de l'Axe I. En comparant 2 groupes de détenus, présentant soit une pathologie de l'addiction à l'héroïne, soit un trouble psychiatrique de l'axe I associé à un trouble de l'addiction (consommation d'alcool ou de marijuana) à un troisième exempt de ces deux séries de pathologies on observerait un taux plus élevé de récidives associées aux conduites addictives. La récidive concerne principalement, pour un groupe, des délits de consommation et de trafic et, pour l'autre groupe, des délits d'atteinte à la propriété.

Ce résultat n'a rien de surprenant en soi mais conforte l'image d'une population marginalisée, souffrant de pathologies psychiatriques souvent lourdes et recourant à la petite délinquance autant pour alimenter des conduites de dépendance que pour, simplement, survivre. Le recours aux toxiques et à l'alcool venant parfois suppléer aux restrictions dans l'accès aux possibilités thérapeutiques.

Schizophrénie et psychose carcérale

Senon et coll.⁴⁵, dans un travail très approfondi sur les pathologies rencontrées en milieu pénitentiaire notent que toutes les formes de psychoses schizophréniques se rencontrent en prison. Les patients souffrant de formes paranoïdes sont les plus aisément dépistés. Mobilisant l'institution lorsqu'ils présentent une décompensation, ces patients sont ceux qui interrogent le plus le monde pénitentiaire sur l'adéquation de leur pathologie avec leur présence en milieu carcéral. Certains patients stabilisés, ayant appris à vivre avec leur délire, s'accommodent finalement assez bien de la routine pénitentiaire qui reproduit rapidement le rythme de la chronicisation asilaire.

Les formes hébéphréniques sont souvent plus difficiles à mettre en évidence, les actes inadéquats, les propos saugrenus et agressifs conduisent cependant vite à des sanctions disciplinaires et c'est dans ce contexte que le psychiatre fait le plus souvent leur connaissance. La recherche d'un cadre contenant à l'extrême témoigne souvent de la nature indicible de l'angoisse de ces patients, qui peuvent être momentanément apaisés par l'isolement, même en l'absence d'une thérapeutique adéquate.

⁴³ NOLAN K.,VOLAVKA J., MOHR P., CZOBOR P., Psychopathy and violent behavior among patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Psychiatric Services*, 50, 787-792, 1999

⁴⁴ SWARTS J. A., LURIGIO A. J. Psychiatric illness and comorbidity among adult male jail detainees in drug treatment. *Psychiatric Services*, 50, 1628-1630, 1999

⁴⁵ SENON J.L., MERY B., LAFAY N., incidents collectifs et individuels en détention : étude des relations avec les psychopathologies pénitentiaires, [http ://www.medecine-penitentiaire.com/](http://www.medecine-penitentiaire.com/), pages visitées le 20/01/2001

Plus rares, du moins dans notre pratique, sont les formes déficitaires ou hébéphrénocatatoniques. Les établissements accueillant des détenus condamnés à de longues peines sont particulièrement propices au repli autistique et à l'apragmatisme de ces patients murés dans leur monde et dont on ne se préoccupe qu'à chaque examen automatique de leur situation pour en constater l'immuabilité.

Le monde pénitentiaire est particulièrement délétère pour les patients chroniques qui se trouvent vite à l'écart des stimulations et des médiations relationnelles que la prison propose au détenu. La ritualisation de la vie quotidienne, la dépendance qu'induit un milieu où tout est programmé conduisent à des régressions dont tous perçoivent l'inadéquation, mais pour lesquelles peu de moyens existent.

La psychose carcérale est en quelque sorte « *l'auberge espagnole* » de la pathologie rencontrée en milieu pénitentiaire. Archer⁴⁶ souligne bien l'absence totale de consensus quant à ce qu'une telle notion peut recouvrir et signale le caractère extensif que celle-ci peut prendre en fonction de l'expérience et des références de chaque équipe. Classiquement, la psychose carcérale revêt plusieurs formes : abattement dépressif chez un jeune délinquant primaire, syndrome hallucinatoire, ou délire d'apparition progressive à thème de revendication et de persécution. Les variétés décrites soulignent surtout le polymorphisme des manifestations pathologiques que l'on peut rencontrer en milieu pénitentiaire : psychoses hallucinatoires, psychoses dysthymiques, psychoses pseudo-autistiques, délires d'innocence (Senon), régressions catatoniques, syndromes cataleptiques (Lamothe), psychonévroses traumatiques, etc. On ne peut que souligner la diversité de telles descriptions qui pour rentrer dans le cadre hypothétique des psychoses carcérales, ne se distinguent du reste de la pathologie que par le fait qu'elles surviennent de manière préférentielle chez des délinquants primaires, qu'elles sont transitoires et curables (Wulfman⁴⁷) et apparaissent chez des personnalités vulnérables, pour lesquelles les traumatismes liés à l'incarcération et à l'isolement qui en découle, agissent comme catalyseurs.

Finalement cette psychose, apparemment dépendante du contexte pénitentiaire, peut s'inscrire, en fonction des auteurs, soit dans le cadre des psychoses réactionnelles brèves du DSM-IV (Archer, Chastaing⁴⁸) soit dans le cadre voisin des troubles psychotiques aigus et transitoires de la CIM-10, comme le propose Senon qui les rapproche alors des bouffées délirantes aiguës de l'école française.

La prise en charge des détenus psychotiques et schizophrènes

Les détenus schizophrènes paraissent particulièrement démunis face aux exigences spécifiques du milieu carcéral, surtout dans des établissements pénitentiaires surpeuplés et peu adaptés à la prise en charge de patients présentant des problèmes psychiques. Une étude américaine a mis en évidence que les malades schizophrènes passaient plus de temps en quartier disciplinaire et souvent de façon plus répétée que ceux appartenant à un groupe contrôle. Par ailleurs, leurs séjours en prison sont plus longs et ils obtiennent plus difficilement la liberté provisoire. Ils ont, également, moins fréquemment accès au travail dans le cadre de la prison. Comme l'on peut s'en douter, ces résultats ont amené les

⁴⁶ ARCHER E., Pour en finir avec les « psychoses carcérales », *Forensic*, 1, 27-31, 2000.

⁴⁷ WULFMAN R., les psychoses carcérales, *L'information psychiatrique*, 58, 5, 647-652, 1982

⁴⁸ CHASTAING F., CAHEN E., MARCHAL B., ZUBER M.P., BOISSENIN J.M., Psychose carcérale : mythe ou réalité, actes du 1^{er} congrès de l'Association Mondiale de Psychiatrie et de Psychologie légales, Expansion Scientifique Française, Paris, 183-191, 1991.

auteurs à insister sur la nécessité d'une prise en charge médicale plus spécifique pour les détenus souffrant de schizophrénie.⁴⁹

Nous avons mentionné plus haut l'aspect dramatique que peut revêtir une évolution schizophrénique au long cours pour les patients incarcérés. C'est une des limites du soin en milieu pénitentiaire qui doit pouvoir bénéficier à un moment ou l'autre de l'accès à des structures intermédiaires permettant de promouvoir une réadaptation tenant compte des difficultés psychiatriques de ces patients. Trop de patients pour lesquels un retour en milieu hospitalier ou dans les structures ambulatoires est exclu en raison de leurs antécédents, de la crainte qu'ils suscitent ou simplement de leur absence de domicile ou de lieu d'accueil, se retrouvent ballottés d'un lieu à l'autre une fois leur peine écoulée. Des tentatives de prises en charge concertées entre les différentes autorités concernées ont été décrites (Roskes⁵⁰) qui permettent un suivi multidisciplinaire plus adéquat de ces patients difficiles, dans le cadre de mesures de libération conditionnelle. Des interfaces sont encore à créer et à développer pour éviter que le fossé ne se creuse encore plus entre institutions pénitentiaires et structures psychiatriques, malgré la volonté du législateur français dans la loi de 1994.

La prise en charge des patients psychotiques en milieu pénitentiaire pose enfin le difficile problème des soins sous contrainte. Le droit français proscrit le maintien en détention « *des détenus en état d'aliénation mentale* » (article D398 du code de procédure pénale). Le constat d'un état pathologique qui ne permet pas au sujet de rendre compte de ses actes alors qu'il est détenu, impose donc une hospitalisation d'office dans un centre hospitalier spécialisé. Pourtant, en 1996, pour près de 7700 hospitalisations d'office en France seules 200 concernaient des détenus⁵¹. C'est dire que la plus grande part des situations qui seraient redevables d'une hospitalisation sont traitées en milieu pénitentiaire, soit parce que le patient y consent, soit parce que la perte de discernement et l'urgence autorisent un traitement contraint de courte durée. Les praticiens des SMPR ont refusé, à juste titre, que le statut interdisant l'hospitalisation d'office en milieu pénitentiaire soit modifié « *pour ne pas méconnaître cette incompatibilité (entre aliénation mentale et situation carcérale) affirmée jadis et naguère, pour des raisons humanitaires et pénologique...* »⁵². La tentation serait grande, si ce contexte venait à être modifié, de confondre insidieusement objectifs thérapeutiques et réponses disciplinaires. La vulnérabilité de la pratique psychiatrique face aux nombreuses pressions existantes n'en serait qu'accrue.

La situation est malaisée. Elle est loin d'être spécifique à la France : le droit suisse, bien flou sur ce point, laisse aux autorités une marge d'appréciation plus large et peut permettre, en l'absence d'Unités pour Malades Difficiles, un tel placement sous contrainte en prison, notamment dans le cadre de décisions judiciaires constatant la dangerosité d'un patient qui a commis un acte grave et le soumettant à une injonction thérapeutique dans le cadre d'une détention. Néanmoins, l'adhésion aux recommandations européennes⁵³, si elle ne supprime pas la mise en demeure faite au patient, garantit le respect des règles éthiques et place le consentement en position cardinale du soin en milieu pénitentiaire.

⁴⁹ MORGAN D. W., EDWARDS A. L.C., FAULKNER L. R. The adaptation to prison by individuals with schizophrenia. Bull. Am. Acad. Psychiatry Law, 21, 427-433, 1993.

⁵⁰ ROSKES E., FELDMAN R. A collaborative community-based treatment program for offenders with mental illness. Psychiatric Services, 50, 1614-1619, 1999.

⁵¹ PAULET C., Réflexions de l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire, document de travail, 22/07/1997

⁵² ARCHER E., L'hospitalisation des détenus dans les services de psychiatrie générale, L'Information psychiatrique, 72,1,53-62,1996

⁵³ Recommandation R(98)7 du comité des ministres du conseil de L'Europe relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire, avril 1998.

Enfin, malgré des législations qui diffèrent parfois largement, l'inconfort du psychiatre en milieu pénitentiaire est toujours et partout le même : contraints de soigner des patients présentant de lourdes pathologies dans un milieu qui ne s'y prête guère, nous avons bien du mal à mettre en place les conditions d'une prise en charge dans un milieu plus adapté (comme pourraient l'être les institutions psychiatriques) mais qui s'y refuse, faute d'une sécurité adéquate et par crainte de « *de perdre tous les acquis de l'ouverture des services de psychiatrie sur la cité* »⁵⁴. Une telle situation nous oblige, la plupart du temps, à naviguer à vue en cherchant constamment nos repères autant cliniques qu'éthiques

Janvier 2001

⁵⁴ VERPEAUX M., La prison peut-elle soigner ? Lettre de la schizophrénie, juin 2000.

Annexe

DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES CIM10				
<i>Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires du canton de Vaud (Suisse)</i>				
1997-1998-1999				
		1997	1998	1999
	<i>Nombre d'entrées dans les prisons</i>	1947	2043	2085
	<i>Nombre de patients suivis dans les consultations psychiatriques</i>	481 (24.7%)	489 (23.9%)	459 (22%)
F10-F19	<i>troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (total)</i>	203	218	287
F20-F29	<i>schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants</i>	65 (3.3%)	44 (2.15%)	45 (2.15%)
F20	schizophrénie	32	17	19
F20.0	schizophrénie paranoïde	15	10	10
F20.1	schizophrénie hébéphrénique	1	1	
F20.2	schizophrénie catatonique	1	2	1
F20.3	schizophrénie indifférenciée	11	2	6
F20.4	dépression post-schizophrénique	1	1	1
F20.5	schizophrénie résiduelle	2	1	1
F20.9	schizophrénie sans précision	1		
F21	trouble schizotypique	10	8	5
F22	troubles délirants persistants	7	3	4
F23	troubles psychotiques aigus et transitoires	13	12	12
F25	troubles schizo-affectifs	3	3	2
F28	autres troubles psychotiques non organiques		1	2
F29	psychose non organique, sans précision			1
F30-F39	<i>troubles de l'humeur</i>	42	45	67
F40-F48	<i>Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes</i>	96	84	170
F50-F59	<i>Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques</i>	11	14	10
F60-F69	<i>troubles de la personnalité et du comportement</i>	257	261	284
F70-F79	<i>retard mental</i>	14	14	13

Note : un patient peut faire l'objet de plusieurs diagnostics

Autres lectures recommandées ne figurant pas dans la bibliographie

1. ASNIS G. M., KAPLAN M. L., HUNDORFEAN G., SAEED W. Violence and homicidal behaviors in psychiatric disorders. Psychiatr. clin. north. am., 20, 405-425, 1997.
2. BADGER D., VAUGHAN P., WOODWARD M., WILLIAMS P. Planning to meet the needs of offenders with mental disorders in the United Kingdom. Psychiatric services, 50, 1624-1627, 1999.
3. SENON J-L. Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire. Puf, Paris, 1998.

Violence, Folie, et Politique

Bruno Gravier

L'agression dont a été victime Bertrand Delanoé pose une nouvelle fois, avec une récurrence insistante la question de la folie et de ses rapports avec le passage à l'acte violent dans notre société.

De tous temps les hommes politiques ont été la cible de violences individuelles. Parfois la maladie mentale est manifeste, on se rappelle l'attentat dont fut victime Ronald Reagan. Parfois, le destin individuel autoproclamé bouillonnant dans le chaudron d'un extrémisme violent laisse perplexe sur ce qui se joue de vacillement et de déraison dans l'acte commis. Parfois le lien est encore plus trouble, souvent jamais élucidé entre le passage à l'acte d'un individu et le sombre montage qui l'y conduit.

Beaucoup d'hommes politiques plaident, à juste titre, pour une proximité avec ceux qu'ils administrent et font du contact direct une manière d'être en politique, qui insiste sur leur dimension humaine et l'empathie avec le quotidien du citoyen.

Cet exercice n'est pas sans risque, on le voit aujourd'hui. On se rappelle aussi le sort d'Olof Palme, assassiné sur le chemin du cinéma. C'est effectivement méconnaître que le politique, par sa fonction de représentation (aussi bien dans le sens théâtral que psychologique), occupe une place particulière dans le psychisme de tout un chacun, et se trouve donc l'objet de multiples projections qui viennent défier la fonction autant que celui ou celle qui l'incarne, comme pour voir s'il est possible de passer de l'autre côté du miroir.

Les élus, comme nombre d'acteurs, de sportifs et de personnages publics sont souvent l'objet des assiduités délirantes, amoureuses ou persécutoires de patients qui se manifestent bruyamment et s'introduisent parfois dans la sphère privée de celui qu'ils poursuivent. Ce n'est pas nouveau. Le délire s'accapare de certaines figures publiques qui finissent par habiter la souffrance individuelle de ces patients et désigne celles-ci comme cibles d'un passage à l'acte potentiel.

La violence comme haine du politique

Les drames de Zoug, en Suisse, de Nanterre, venant après le terrible épisode de Québec il y a une quinzaine d'années illustrent, de toute évidence, un autre rapport du psychisme pathologique au politique, remarquablement détaillé par l'ouvrage de Pierre Legendre (le Crime du caporal Lortie). Au delà du fait pathologique, ces événements doivent cependant ouvrir à d'autres réflexions sur ce qui scelle les rapports entre la société et ceux qui les représentent.

La violence avec laquelle nombre d'auditeurs, de téléspectateurs, de lecteurs de journaux se sont exprimés lors de la tuerie de Zoug en a laissé pantois plus d'un. Loin de condamner l'acte meurtrier, beaucoup ont fustigé l'incapacité du monde politique et de l'administration à écouter les gens, « ceux d'en bas » et légitimaient le déchaînement meurtrier.

Certains s'inscrivent dans cette protestation nihiliste la déclinant à l'extrême et, à l'instar de R.Dürn, mettent en scène leur mal-être dans une dénonciation virulente, voire violente de la justice et de tout ce qui fait lien social. Il n'est pas rare, maintenant, dans nos consultations que les insatisfactions ou les détresses s'expriment sous forme de menaces qui font référence à l'un ou l'autre drame

Il y a sûrement, derrière cette violence un malaise qu'il n'appartient pas uniquement au psychiatre de décrypter dans ce qui peut faire identification, puis donc identité. Legendre estimait que le crime de Lortie, visant la représentation parlementaire équivalait à un parricide. La cible ainsi désignée de façon récurrente ne signifie-t-elle pas, d'une certaine manière la faillite de ce qui peut faire symbole ou, du moins le soutient. Les grandes angoisses contemporaines n'expriment –elles pas le désarroi face à une certaine mondialisation de la violence, de l'image violente qui fait intrusion dans le quotidien sans médiation, sans possibilité de reprise dans un système psychique protecteur. Le sentiment d'insécurité exacerbé est une des expressions de ce désarroi, soulignant l'impossibilité de se référer à des figures parentales dans un moment où on cherche désespérément ce qui fait limite. Nous n'avons pas fini, à la lumière des soubresauts actuels de nous interroger sur la situation d'anomie que connaît notre société et dont ces violences extrêmes sont des symptômes particulièrement inquiétants.

Qui commet le crime ?

Revenons à ceux qui agissent cette violence. L'acte fou, sinon criminel, n'est pas forcément l'acte d'un fou. Les destins de la colère ne peuvent pas se réduire à une catégorisation pathologique, même si la folie est là, voisine, préoccupante. Le passage à l'acte criminel, c'est ce que nous apprenons dans notre pratique en milieu pénitentiaire, n'est souvent que folie pure – au sens le plus inintelligible du vocable folie –, expression d'un acte qui n'a plus de raison mais pourtant échappe à toute pathologie. Le psychiatre a souvent bien moins à en dire que le savoir qu'on lui prête.

Par contre, c'est dans la manière dont la société et la psychiatrie établissent leur rapport à l'auteur d'un tel acte que se noue une problématique actuelle, radicale dans son changement vis à vis de la violence et de la folie. C'est aussi probablement dans ce rapport difficile que doit aussi se lire l'expression d'une violence qui suscite la perplexité.

Avec Basaglia et bien d'autres, les années 68 avaient mis en exergue la figure de la psychose comme forme paradigmatique de l'exclusion sociale, allant jusqu'à insister sur le rôle délétère des rapports sociaux et familiaux dans la genèse de la folie. On se rappelle le formidable impact du film *Family life*. Dans ce même mouvement, le refus de la « mort psychique » consécutive à l'irresponsabilité pénale entraînée par l'application de l'article 64 du code pénal (devenu depuis l'article 122-1) lorsque le prévenu était en « état de démence au moment des faits » a conduit à renvoyer vers la prison nombre d'auteurs de crimes, souffrant de maladie mentale avérée pour leur permettre d'affronter leur acte sans connaître la stigmatisation asilaire.

La désinstitutionnalisation et les mécanismes d'exclusion sociale et de marginalisation ont aussi contribué à renforcer ce mouvement qui a conduit nombre de psychotiques de l'asile à la prison, rendant de plus en plus difficile leur réinstitution comme sujets au sein de la société et surtout illusoire les effets de la confrontation à leurs actes.

Les prisons n'ont pas suivi. Et on connaît maintenant le désastre qui y règne et leur inadéquation dans la rencontre avec les malades de plus en plus nombreux qui s'y trouvent.

Le psychopathe , comme figure ultime du mal

Une autre figure refait surface actuellement : celle du psychopathe. Dans l'image qui se dessine actuellement dans une certaine psychiatrie criminologisante, entre média et polars, la facilité du passage à l'acte voisine avec la noirceur du dessein criminel. Pourtant il faut bien souligner le peu de crédit que l'on peut accorder maintenant sur le plan épistémologique à cette notion fourre-tout alors qu'elle avait été en son temps magistralement décrite par certains auteurs. En effet, celle-ci désigne pour certains, jusque dans les écrits scientifiques les plus récents l'insupportable et l'incassable, l'antisocial. Pour d'autres, elle évoque le criminel le plus redoutable. Il n'est pas anodin qu'elle réapparaisse dans ces temps sécuritaires. Marginalité, exclusion et violence se retrouvent vite dans des signifiants voisins.

Alors que la psychose dessinait une pathologie aux contours relativement bien définis depuis quelques maîtres de la psychiatrie, la psychopathie donne à voir un contour beaucoup plus flou, auberge espagnole de la violence, qui échappe à rendre compte, en dehors de la scène médiatique, de ce qui s'y joue.

Ni la prison , ni l'asile

Car il se joue sûrement quelque chose dans ce débordement d'excitation qui envahit les écrans et les représentations et qui produit des sujets fous dans leur violence, peu accessibles au soin tel qu'on le conçoit et qui naviguent au voisinage du délire dans une interpellation de la puissance publique.

Ce sont bien ces patients que se renvoient psychiatres et hommes de loi. Trop inadaptés pour jouer le jeu de l'institution pénitentiaire, trop violents et surtout trop au fait des règles et de la manière de les pervertir pour être susceptibles d'être considérés comme ayant perdu leur discernement. Trop révoltés et dans l'acte pour être susceptibles d'émettre une quelconque demande. Parfois délirants, souvent antisociaux, d'une violence inquiétante, beaucoup de sujets que nous rencontrons dans les prisons suscitent rejet et surtout incapacité des uns et des autres à s'en occuper.

Ils se trouvent dans un entre deux entre délinquance et pathologie qui ne justifie pas de mesures d'hospitalisation non volontaire et qui surtout les rend incapable de s'engager dans un quelconque traitement hors de situations aiguës ou d'un cadre comme celui que peut proposer le milieu pénitentiaire. Sur le plan psychopathologique, on parle volontiers de « co morbidité », c'est-à-dire d'association entre deux pathologies. En l'occurrence, bien souvent, le trouble grave de la personnalité se retrouve au voisinage de l'expérience délirante, sans que celle-ci s'organise en destinée comme dans la schizophrénie.

Il n'est pas anodin de constater que les auteurs des actes de violence évoqués plus haut se situent dans cette intersection inquiétante, reflet de trajectoires à la dérive, voisinant tantôt avec la psychiatrie, tantôt avec la justice, se traduisant par les images kaléidoscopiques qu'en restituent ceux qui les ont cotoyés.

Nouvelle expression pathologique, mimétisme avec la déstructuration du siècle, conjugaison malheureuse d'une histoire traumatique, d'une désinsertion sociale et d'une absence de repères structurants, ce ne sont là qu'hypothèses à prendre avec la plus grande précaution. Par contre cela démontre à quel point l'expression de la détresse psychique sait s'emparer de l'image que le corps social dégage. Cela démontre aussi combien nos institutions qu'elles soient sanitaires, sociales ou pénitentiaires doivent évoluer pour mieux accueillir ces sujets difficiles et éviter que leur marginalisation ne s'accroisse. Je ne crois pas que la solution soit à chercher dans la création de nouvelles structures, ni dans la défaisse de ces sujets des uns vers les autres. Mais c'est dans la remise en questions de tout le système qui accueille ces sujets dans leurs rencontres avec la loi et le soin, la redéfinition de leurs articulations et l'ouverture des différents partenaires aux réalités et limites des uns et des autres que se situe, peut-être, une voie de progrès.

Octobre 2002

La double face du crime

Franck Chaumon
Lausanne, 20 01 2002

Criminologie et psychanalyse⁵⁵ : la confrontation est passée de mode. Depuis l'intervention princeps de Lacan et Cénac⁵⁶ l'enjeu théorique ne semble plus guère actuel si l'on en juge par la littérature qui lui est consacrée. Il y a là un paradoxe dans la mesure où jamais la psychanalyse n'a été si directement interpellée et si concrètement impliquée dans les réponses sociales qui s'organisent face au crime. Le discours contemporain sur le crime et le criminel se réclame très souvent de la psychanalyse, et c'est en son nom que sont légitimés certains choix dans l'exercice du jugement et dans l'ordonnement de la peine. On en donnera pour seul exemple, même si le phénomène ne se réduit pas à cela, la spectaculaire fonte des déclarations d'irresponsabilité pénale dans les expertises psychiatriques des 15 dernières années, au motif d'une responsabilité du sujet identifiée peu ou prou à celle qui est à l'œuvre dans la cure analytique.

Tout se passe comme si la question théorique du rapport de la psychanalyse et de la criminologie était implicitement réglée, comme si l'on pouvait passer de l'une à l'autre sans discontinuité, comme si en quelque sorte il y pouvait y avoir une criminologie psychanalytique. La grande confusion qui règne à cet endroit nous semble dépendante d'une autre, plus fondamentale, qui concerne le rapport du discours du droit et du discours analytique et qui est autorisée par l'usage extensif qui est fait du concept de sujet qui conduit à parler indistinctement du sujet de droit et du sujet de l'inconscient comme si l'un et l'autre étaient superposables. Cette question générale du rapport du droit et de la psychanalyse mériterait à soi seule un abord systématique, et nous nous en tiendrons ici à la question du crime en tant qu'elle fait symptôme de cette difficulté.

Pour cela nous partirons du fait que la psychanalyse freudienne a tenu sur le crime deux types de propos, à partir de deux points de vue distincts quoique pas sans rapport. D'une part Freud a considéré le crime en tant qu'acte du sujet et d'autre part il l'a envisagé en tant que ciment du lien social. A partir de cette proposition que le crime présente une double face, "crime du sujet" et "crime pour les autres", il apparaîtra plus clairement que l'on ne peut sans conséquences dissocier les énoncés qui traitent du crime comme enjeu subjectif de ceux qui le considèrent en tant qu'enjeu du lien social. Il s'en déduira que l'on doit préciser le statut du crime dans la clinique psychanalytique en prenant en compte en même temps l'impact des propositions qui s'en déduisent quant au statut du crime dans le social.

La criminologie comme fiction.

Pour faire nos premiers pas dans cette direction, il est instructif de considérer tout d'abord le statut de la criminologie. De quelque date de naissance qu'on la crédite, cette discipline porte le poids de l'engagement du discours de la science à rendre raison de la question

⁵⁵

⁵⁶

immémoriale du crime. Le fait qu'il y a crime a toujours représenté pour le corps social une énigme majeure qui a suscité pour tenter d'en rendre compte des réponses mythiques, religieuses et philosophiques. Lorsque la science est venue s'emparer de cette question et en faire un objet de savoir, le nouveau discours constitué n'a pas pour autant aboli la demande sociale de sens qui jusque là était prise en charge par les fictions précédentes. La criminologie, qu'elle l'ait su ou l'ait ignoré, s'en est trouvée investie de sorte que le crime comme énigme du social a persisté dans l'ombre du crime comme objet de science. Le discours de la science a pris place à l'endroit où était attendue la réponse à l'énigme, et l'on peut en trouver un témoignage dans le fait que l'ambition de connaître le crime s'est aussitôt doublée du souhait de le réduire sinon de le supprimer. La criminologie, en même temps qu'elle constituait le crime comme son objet, portait en son flanc le vœu de le supprimer. Ceci est particulièrement manifeste dans le champ de ce que l'on appelle la criminologie clinique, directement issue du désir médical de guérir et de l'espoir de prévenir.

Certes tout comme la psychiatrie la criminologie est une discipline, indissociable comme telle de la demande sociale à laquelle elle répond et qu'elle contribue en même temps à constituer. Mais ce n'est pas par défaut de scientificité que l'on peut distinguer un tel envers du discours qui vaut aussi bien pour la science la plus rigoureuse, laquelle ne saurait se constituer sans cette part méconnue. Lacan, parlant de la mathématique comme exemple de discours du maître disait dans le séminaire *L'envers de la psychanalyse* qu'elle tend, en se dégageant du savoir mythique, à « se débarrasser du dynamisme du travail de la vérité »⁵⁷. A quoi il opposait le discours analytique qui selon lui « se spécifie, se distingue de poser la question d'à quoi sert cette forme de savoir qui rejette et exclut la dynamique de la vérité. » Et il répondait sans attendre : cette forme de savoir (de la science) « sert à refouler ce qui habite le savoir mythique ». De sorte que ce n'est pas l'insuffisante scientificité de la criminologie⁵⁸ qui la rendrait suspecte et qu'il s'agirait de dénoncer, mais c'est le savoir mythique en tant qu'il est refoulé avec l'appui du discours de la science qu'il s'agit de mettre à jour. Quelle sorte de savoir mythique est donc refoulé par l'opération criminologique, et en quoi un savoir sur le crime écarte-t-il « la dynamique de la vérité » ?

A cette question, Freud a répondu en quelque sorte par anticipation lorsqu'il désigne lucidement sa construction *Totem et tabou* du nom de « mythe scientifique ». Scientifique selon l'esprit des lumières était en effet son souci de rendre raison des comportements les plus obscurs et rejetés de l'homme (l'inceste, le parricide), scientifique son acharnement à dire qu'il y avait un réel à l'origine, et mythique cependant la forme du récit par lequel la solution qu'il adopte s'affirme comme récit des origines. Freud choisit d'ouvrir son énoncé par la formule « un jour... », inaugurale de tant de contes ou de mythes et qui marque l'origine des temps le moment de la création. « Un jour, les frères qui avaient été chassés se coalisèrent, tuèrent et mangèrent le père, mettant ainsi fin à la horde paternelle. »⁵⁹ La vérité se dit par les voies de la fiction et boucle le corpus freudien, donnant au crime une place centrale et fondant en même temps le lien social. Au point de passage énigmatique du singulier et du collectif l'acte mythique offre sa solution. Le pacte des conjurés puis le contrat juridique des frères se nouent au meurtre du père qui est indissolublement acte de chacun pris séparément et acte de tous par le repas totémique. La dimension mythique tient au récit qui tente de donner forme à la structure, celle qui lie destin du sujet et assomption de la communauté. Au commencement du lien social était le crime, et la communauté ne cesse depuis ce premier jour d'en tirer consistance par la commémoration

⁵⁷ *L'envers de la psychanalyse*, Seuil, p 103.

⁵⁸ Jacques Léauté

⁵⁹ *Totem et tabou*, Gallimard, p 289.

rituelle des procès et par l'écriture toujours recommencée de la codification juridiques des interdits.

La nécessité de ce mythe se démontre selon Freud dans son retour dans les diverses manières de raconter le crime dans la culture, récits épiques en premier lieu mais aussi théâtre, romans, fictions de toutes sortes qui peuvent se réduire à la même célébration du meurtre du père. Le plaisir qui s'en déduit tient à l'identification du lecteur ou du spectateur qui y reconnaît son crime intime. A chaque fois, par chaque lecture, lors de chaque représentation c'est la même répétition à la fois jubilatoire et troublante de ce meurtre premier, de ce crime unique indéfiniment rejoué. De l'épopée au roman moderne la palette formelle des récits du meurtre se déploie pour raconter toujours différemment la même fiction des origines.

Que l'on donne ou non son assentiment au mythe freudien du crime originaire, il est clair qu'une part importante du travail des fictions sociales participe de cette élaboration narrative du crime, de ce travail de la représentation. Il s'agit de trouver les formes pour dire le crime et ainsi le circonscrire de manière à en ritualiser l'évocation, et chaque époque privilégie telle ou telle modalité de narration. Or il est également un fait peu contestable, c'est que la criminologie participe directement et indirectement à cette mise en récit. Les diverses fictions qui disent le crime aujourd'hui dans le roman au théâtre ou au cinéma, s'alimentent en effet en tout premier lieu aux énoncés qu'elle produit. C'est bien sûr le cas de la littérature policière, qui ne cesse de mettre en forme les crimes et contribue à nommer les crimes "nouveaux" (pédophilie, sérial-killers) et qui puise pour ce faire dans le trésor des savoirs constitués par les diverses branches de la criminologie. Elle se nourrit des "faits" accumulés, des statistiques, des "profils", et s'appuie davantage encore sur des logiques de signification qui sont promues par les théories criminologiques les plus en vue. Il en va de même pour la lecture diffusée par les médias et qui participent d'une sorte de fabrique des figures du criminel et de la victime qui seront actives dans l'enquête, l'instruction et jusque dans l'enceinte du procès. Les théories savantes qui disent le crime finissent ainsi par prendre part aux fictions sociales les plus répandues jusque dans la manière dont le criminel est écouté, dans les questions qui lui sont adressées pour qu'il rende compte de ses actes et dans la signification de la peine qui lui est prescrite. Les jugements, les condamnations et les prescriptions sont bâtis pour une part importante avec les matériaux que propose la criminologie.

Ceci témoigne du fait qu'il n'y a pas d'énoncé sur le crime comme acte qui puisse se couper tout à fait de ce que produit le crime dans le lien social. Le criminologue est une sorte de Janus bifrons qui a affaire en même temps au "crime du sujet" dans la mesure où il se soucie de criminologie clinique c'est à dire où il s'interroge sur la genèse de l'acte, et au "crime pour les autres" au sens où il doit répondre à la demande sociale de sens qui s'exerce à son endroit. Le criminologue ne peut ni ne veut dissocier tout à fait le crime du criminel. C'est la raison pour laquelle son savoir intéresse au premier chef le juge à qui incombe la tâche décisive de nouer l'acte à celui que l'on va tenir pour son auteur, c'est à dire de garantir le lien du crime au criminel. Le procès d'assises est ce montage qui aboutit à l'énoncé légitime qui impute un acte antisocial, le crime, à un personnage social, le criminel. C'est la raison pour laquelle le savoir de la criminologie clinique n'est jamais bien éloigné du savoir de l'expert qui selon Foucault soulage le juge dans l'acte de juger dans la mesure où il lui dit en quoi le criminel ressemble à son crime⁶⁰.

La demande sociale d'un sens du crime s'alimente des références partagées selon les époques. Tandis que déclinaient les grands récits de légitimation du XIX^{ème} siècle, elle s'est nourrie de plus en plus des savoirs des "sciences humaines", et en tout premier lieu de la psychologie et de la sociologie. La statistique a pour charge d'instruire des séries de corrélations qui passent volontiers pour des causes et la psychologie se prête à la

⁶⁰ Michel Foucault,

construction d'une personnalité comme lieu retrouvé d'un sens subjectif. C'est dans ce contexte que depuis plusieurs décennies en France le discours psychanalytique a été mis à contribution pour donner sens au crime. Il y résiste plus ou moins bien, à la mesure de sa vigilance à l'égard des retrouvailles du sens, car s'il se prête à l'idéologie d'un sens inconscient, c'est à dire d'un sens caché des actes il lui sera vite attribué le rôle de nouveau pasteur des brebis égarées. Les psychanalystes pourraient pourtant ne pas être dupes de cette demande, laquelle ne réserve aucune surprise si du moins l'on se souvient que selon Freud la signification du crime est toujours *socialement* la même. Son articulation dans des énoncés partagés quand bien même ils s'autoriseraient de la psychanalyse, ne peut que rejouer indéfiniment la même partition qui donne appui au refoulement, nécessaire à la consistance du lien social.

Nous allons donc à présent tenter de suivre les deux faces du crime selon leur logique propre pour tenter d'en déduire ensuite quelques propositions.

Le "crime pour les autres".

Nous ne reprendrons pas ici la construction par laquelle *Totem et tabou* tente de donner forme à une solution que Lacan désignera comme névrotique, le mythe pouvant selon lui s'interpréter comme un rêve de Freud. Ce qui nous importe ici c'est la constitution freudienne du corps social dans son institution juridique à partir du crime, au terme d'un parcours qui fait de l'oubli partagé le verrou nécessaire et préalable à toute circulation des énoncés.

Reprenons les temps organisés par le récit. D'abord il y a le crime, ensuite le moment de désarroi quant à son produit, enfin la solution concertée qui fonde l'assemblée des frères. Il importe de souligner qu'il n'y a passage au social que seulement au troisième temps. En effet la conjuration qui aboutit au crime n'est pas suffisante à produire le lien social, car le pacte des conjurés laisse chacun face à l'acte : le crime initial est celui de chacun, non celui de tous. On ne sait pas si un seul a frappé ou bien tous ensemble, mais ce qui est certain c'est que la horde est encore là au temps logique de l'acte.

C'est seulement au deuxième temps, inauguré par le désarroi de la « fausse solution » du crime, qu'émerge ce qui fait communauté c'est à dire la mise en commun d'une solution pour parer après-coup à l'erreur de calcul qui a présidé au forfait. Il y a en effet une erreur intrinsèque à l'acte puisque celui-ci s'avère ne résoudre en rien le problème posé par la jouissance exclusive de l'*Urvater*. L'acte n'est pas résolutif dans la mesure où, à présent que le chef est mort, un quelconque membre de la horde pourrait venir occuper la place désormais vacante. Tout indique au contraire que le forfait pourrait se répéter, devrait même se répéter selon la logique de la frénésie sans limite qui caractérise une telle horde. C'est donc d'une autre erreur qu'il s'agit, et celle-là est d'une autre nature, comme le sera sa solution. C'est le point de passage où réside véritablement la solution freudienne puisqu'il s'agit de donner le ressort d'un changement structural il faut un levier pour sortir de l'ornière spéculaire de la haine des conjurés. Il faut poser un point d'Archimède hors de la scène pour accéder à un autre registre. Ce point le voici, il consiste dans le fait que les conjurés *réalisent* que non seulement le crime n'a pas aboli l'*Urvater* mais qu'il l'a rendu « plus grand mort que vivant »⁶¹. Mais en toute rigueur freudienne, cette venue à la conscience ne s'opère que de la prise en compte après coup d'un savoir inconscient : *ils ne savaient pas* que le père était pour chacun l'objet de l'amour à la mesure de la haine qu'ils lui vouaient. La simplicité de l'acte avait caché la division de l'auteur. Curieuse solution

61

que celle que nous propose Freud qui d'une certaine manière place sous nos yeux dans le chapeau le lapin de la solution, l'amour du père étant au début et à la fin de l'opération. Mais la participation du sujet Freud à la construction du mythe ne nous retiendra pas ici car ce qui nous intéresse c'est la logique de constitution du social à partir de la fiction du meurtre du père.

Il y a un impossible dont le récit de l'acte originaire témoigne lorsqu'il est fait état du désarroi qui saisit les frères après-coup, et cet impossible est résolu dans ce qui fonde véritablement la communauté. Le pacte, c'est ce en quoi *tous* se reconnaissent dans ce qui frappe désormais par avance l'acte de *chacun* : « tu ne tueras point ». Ce qui est dit entre eux, ce qui est inter-dit se pose comme origine d'un avenir de sorte qu'à partir de ce moment nul ne sera censé ignorer la loi. Le savoir de l'interdit efface l'impossible insu par l'instauration d'un flèche du temps : il frappe aujourd'hui (dans le moment originaire du pacte) et ne vaut surtout par son refoulement de l'acte passé. « Tu ne tueras point », ce commandement s'instaure après le crime et dans l'oubli de celui-ci. La loi selon Freud s'identifie non seulement à ce qui barre le désir mais à ce qui scelle sa méconnaissance, et seule l'interprétation analytique est en mesure de lever le refoulement pour lire dans le commandement la négation d'un désir toujours actuel.

Le droit s'écrit donc sur fond de refoulement et c'est en tant que toujours-déjà criminel que chacun s'y soumet. La logique freudienne du crime comme ciment social n'est certes pas morale au sens que l'on donne habituellement au pacte, que le philosophe considère comme un accord préventif et raisonnable, fruit d'un calcul benthamien qui évite de s'entre-tuer pour le profit maximum de chacun. Le pacte des frères n'empêche pas le crime généralisé puisqu'il a déjà été commis, et qu'il l'a été par chacun. Le lien social totémique est cette opération par laquelle le forfait singulier devient prescription universelle, et qui produit un énoncé qui scelle la mise en commun du refoulement.

A partir de ce récit princeps Freud montre que désormais tout crime vaudra répétition de cette logique, en donnant de multiples exemples dans le théâtre et la littérature. Il généralise même son propos en disant que tout récit de crime participe de la répétition de celui, inaugural, qui a créé la communauté. Le héros de fiction ou le criminel dont on raconte le forfait participeront ainsi nécessairement à cette mise en scène indéfiniment réécrite. Le plaisir pris par le spectateur ou le lecteur à cette « répétition tendancieuse » tient à la double satisfaction obtenue, celle du crime à nouveau perpétré qui évoque pour chacun le parricide qui est son désir en même temps qu'il satisfait son désir de châtement. Le spectateur jouit de crime est se réprimande avec délices au récit de l'arrestation policière, de la condamnation par le juge ou de l'implacable destin funeste qui frappe le héros.

« Au commencement était l'acte »⁶², l'acte est ce commencement non seulement de l'histoire humaine selon le mythe du meurtre de *l'Urvater*, mais également au sens où tout crime est un réel qui impose la répétition du pacte. La construction freudienne propose une lecture des origines qui place le social sous le règne de la nécessité de reconstruire ses énoncés légitimes à chaque nouveau crime. Le crime fait trou, c'est un événement qui ne peut trouver son traitement que dans la répétition d'une construction des énoncés, variable dans leur forme mais monotone dans leur structure. Tout acte criminel⁶³ aura cette portée et exigera un travail de commentaire à la hauteur du réel qui aura affleuré à cet endroit.

La construction freudienne rend compte la fascination toujours renouvelée qu'exerce le criminel sur le public, dans la mesure où le criminel s'égalé au père et occupe

⁶² Citation du Faust de Goethe par laquelle Freud clôt son ouvrage *Totem et tabou*.

⁶³ Seuls certains crimes imposent cette réactualisation du travail de la fiction. Leur médiatisation importante témoigne de l'impact du réel en cause.

virtuellement sa place. La figure narcissique dont Freud crédite le criminel⁶⁴ est celle du sans loi, de la jouissance sans limite celle là même qui est supposée au père de la horde. Lacan on le sait lit dans cette croyance le désir de Freud de préserver le père, cet être d'exception qui seul échapperait à la castration. C'est précisément la raison de la puissance sans cesse agissante de cette scène du crime sur les écrans du fantasme : célébrer le crime sous les espèces de l'horreur ou de l'indignation c'est à la fois satisfaire aux sévérités du surmoi et au rêve d'une jouissance criminelle illimitée. Les lois de la cité sont faites pour réitérer ce tour de passe-passe.

La théorie psychanalytique du "crime pour les autres" aura été pour l'essentiel celle de Freud. Le crime n'a en rien occupé dans la théorie de Lacan une telle place de clé de voûte de l'architecture du social. Toutefois, dans les premiers temps de sa logique d'une assomption du sujet dans le lien social une place décisive est faite au crime comme enjeu du rapport à l'autre. L'affrontement du maître et de l'esclave selon Hegel fait en effet intervenir la mort risquée par le maître comme prix assumé de la reconnaissance par l'esclave.

Lacan pas plus que Freud ne dissocie l'intimité de la construction du sujet de l'extimité du social, comme en témoigne sa formule reprise précisément de Hegel selon laquelle le désir de l'homme c'est le désir de l'Autre. Il n'y a d'assomption du désir que par la reconnaissance de l'Autre, et le fil hégélien via la lecture de Kojève mène au crime comme point de butée de cette reconnaissance. Est esclave celui qui refuse de payer de sa vie le prix de cet assentiment de l'Autre à son existence. Le crime ici, c'est non pas celui que pourrait commettre le sujet c'est celui dont il pourrait être littéralement l'objet. Si le père freudien est tué parce qu'il fait obstacle à la jouissance puisqu'il priver les frères de toutes les femmes objet de sa jouissance, c'est le frère lacanien qui représente une menace pour le frère. Dans le crime généralisé qu'évoque l'adage *homo homini lupus*, celui-là même que Freud évoque à l'orée de son mythe, Lacan voit la « preuve de l'humanité » puisque dit-il « c'est un semblable qui est visé ». ⁶⁵ Différence qui est fondamentale puisque les frères ne sont frères selon Lacan non pas de par leur commune rage envieuse d'une puissance paternelle, mais du fait de la douloureuse limitation qu'implique leur affrontement réciproque.

Car c'est avec sa théorie du miroir que Lacan lit Hegel et qu'il fait du crime le point limite de l'assomption spéculaire. C'est ou toi ou moi, telle est l'impasse de la reconnaissance spéculaire. Ultérieurement dans la construction de Lacan ce terme de la mort comme limite sera remplacé par celui de la jouissance comme devant être limitée, ainsi qu'en témoigne le fait que son élaboration ultérieure du lien social en termes de discours reprendra la lecture du rapport maître esclave pour la remplacer par l'écriture du discours du maître dans laquelle on retrouve la place de la jouissance, non celle de la mort. Par contre le crime gardera une place identique dans son œuvre en tant qu'impasse réalisée, passage à l'acte résolutif dans le champ des psychoses.

Le "crime du sujet"

⁶⁴

⁶⁵ J. Lacan, « Introduction théorique aux fonctions de la psychanalyse en criminologie » in *Ecrits*, Seuil, p 147.

L'autre face du crime, celle que nous avons désignée du terme de "crime du sujet", n'est autre que l'expérience que la psychanalyse en a dans le cadre de son exercice, c'est à dire dans la cure. Dire "crime du sujet" c'est d'abord prendre parti dans le champ criminologique, en affirmant que la psychanalyse ne saurait être concernée par le crime que dans la mesure où le sujet y est impliqué. Non que l'on puisse considérer le crime en tant qu'acte singulier du point de vue de son auteur (et non plus du point de vue « des autres » comme nous l'avons fait précédemment) comme cela peut se faire par exemple selon l'angle juridique ou psychologique. On peut considérer le crime en effet comme fait juridique et s'interroger sur son imputabilité à un sujet de droit, ou bien envisager le crime comme trouble des conduites ou pattern de comportement. Le crime dans sa singularité d'acte est passible de bien des interprétations, et on aurait tort d'identifier du terme de « sujet » le point convergent d'une sorte de faisceau de points de vue. Il faut ici restaurer le tranchant d'une théorie analytique en tant qu'elle ne peut se dissocier d'une méthode et d'une éthique. Le "crime du sujet" pour la psychanalyse ne se démontre que dans le cadre de sa pratique, c'est à dire en premier lieu par la prise en compte du transfert.

Dissipons également un second malentendu. Contrairement à une interprétation répandue, dire "crime du sujet" n'est pas équivalent à dire « pas de crime sans sujet » formule qui impliquerait une déclaration de principe par laquelle on déciderait que le fait même du crime devrait induire la supposition d'un sujet. L'énoncé « pas de crime sans sujet » est plutôt à rapporter à l'impératif catégorique kantien selon lequel si il y a crime en tant que fait humain alors il faut poser qu'il peut être imputé à un sujet, ceci résultant de la décision métaphysique qui identifie le sujet porteur de la loi universelle et celui à qui on doit nécessairement imputer le crime par respect pour sa dignité humaine.⁶⁶ « Pas de crime sans sujet » explicite la rigueur de la position kantienne opposée à toute considération utilitaire qui viserait les moyens non les fins et qui objecte donc à toutes les considérations pragmatiques l'absolue rectitude de la loi universelle. Il est remarquable que l'on puisse lire souvent des propositions qui soutiennent des propositions similaires au nom de la psychanalyse, et particulièrement à propos des criminels que des experts psychiatres déclareraient irresponsables du fait de leur folie. Puisqu'il n'y a dans l'expérience psychanalytique pas de crime qui ne puisse être rapporté à un sujet, alors il convient d'en faire une loi valant pour le droit et tout criminel donc devra être considéré comme sujet de ses actes. La supposition de sujet à partir du crime serait ainsi réputée se déduire de la psychanalyse. Autant la position kantienne dans le droit peut s'argumenter et se discuter, autant la position se réclamant de la psychanalyse est abusive dans la mesure où elle s'abstrait des conditions de la production de cet énoncé pour le faire valoir dans un autre champ, celui du juridique.

Pour autant qu'on puisse opposer à cette formule « pas de crime sans sujet » une formule symétrique, l'énoncé freudien serait plutôt « pas de sujet sans crime », qui donne à entendre l'ambiguïté présente dans ce que nous avons désigné des termes de "crime du sujet". Pas de sujet sans crime puisque « au commencement était l'acte », et que le désir lui-même est criminel. Il y a crime du sujet puisqu'il n'y a pas de sujet sans crime qui préside à son avènement.

Pour rappeler la trame de la démonstration freudienne, il convient de rappeler que si Freud identifie tout crime au meurtre du père, il précise à de nombreuses reprises que « les deux crimes majeurs ont toujours été l'inceste et le meurtre du père »⁶⁷. Suivant son argumentation issue de la clinique et de la nécessité pour lui de rendre compte du constant vœu de mort à l'endroit du père, il montre qu'à l'ombre de ce vœu se cache l'orientation du désir vers la mère qui fait de tout sujet un coupable de désirer. La généralisation de la

⁶⁶ Frédéric Gros, « Les quatre foyers de sens de la peine », in *Et ce sera justice*, Garapon, Gros, Puech, Odile Jacob, 2001, p 43.

⁶⁷

culpabilité est la conséquence de la conception freudienne du désir, elle en signe la condition oedipienne et à ce titre dire sujet désirant est la même chose que le désigner comme criminel. Il y a un crime du sujet comme tel.

Ces deux crimes - inceste et meurtre du père - sont liés de telle sorte que nous pouvons revenir à présent sur l'erreur de calcul qui avait présidé au crime originaire. Si le désir orienté vers la mère rencontre le père comme obstacle à sa réalisation, le meurtre devrait permettre l'accès à la satisfaction du souverain bien maternel. Or c'est une étrange félicité que le sujet gagnerait ainsi puisque l'inceste accompli réaliserait la mort du sujet comme tel. Faire un avec la Chose, pour reprendre les termes de *l'Esquisse*, c'est réaliser l'abolition du sujet dans la jouissance et non pas satisfaire le moi dans le confort d'un plaisir enfin abouti. Atteindre l'objet c'est la mort du désir. Le paradoxe freudien du crime, c'est qu'il représente le franchissement possible de ce qui fait obstacle au désir en même temps qu'il aboutit à sa négation radicale. C'est en ce sens que l'on peut relire le mythe freudien du pacte des frères comme un accord pour s'interdire de réaliser l'impossible.

Nous pouvons à présent mieux situer la culpabilité selon Freud à partir du crime. Que tout homme soit coupable se déduit du mythe oedipien et se vérifie absolument ; non seulement « l'inconscient assassine pour des vétilles »⁶⁸ mais désirer est criminel. La culpabilité inconsciente est omniprésente et se démontre dans le conflit du symptôme où il s'agit toujours d'un désir et d'une entrave à sa réalisation. C'est au point que l'on pourrait formuler la signification générale du symptôme en disant que le symptôme montre que le sujet est à la fois criminel et puni. Il y a en effet un juge implacable à qui rien n'échappe des turpitudes du sujet et pas même les vœux inconscients, un magistrat omniscient qui s'appelle le surmoi. Le modèle juridique de l'instance qui juge et condamne a été très tôt développée par Freud, qui a expliqué ainsi la formation du symptôme. C'est la raison pour laquelle les châtiments que le surmoi inflige au sujet peuvent paradoxalement l'aider à vivre et expliquent que l'on peut tenir ferme à une maladie invalidante dans la mesure où la souffrance qu'elle procure allège la conscience. C'est ce que Freud énonce avec précaution à son interlocuteur imaginaire dans son intervention sur la *Laienanalyse*. « La maladie est utilisée comme moyen de cette "autopunition" ; le névrosé est obligé de se comporter comme s'il était dominé par un sentiment de culpabilité, qui a besoin de la maladie comme châtiment pour être apaisé »⁶⁹. Puisqu'il est coupable, tout châtiment soulagera cette culpabilité, tel l'enfant qui se fait garnement pour récolter la correction qui l'apaisera. C'est selon cette même logique mais retournée sur elle même, que le texte princeps *Les criminels par sentiment de culpabilité*⁷⁰ démontrera comment un crime peut être commis réellement et donc s'attirer le châtiment de l'instance juridique pour soulager d'un autre, un crime de pensée qui n'a pas échappé à l'œil du surmoi et dont la culpabilité inconsciente taraude le sujet.

Tous les crimes s'avèrent ainsi crimes du désir, et même ceux qui pourraient paraître les plus maîtrisés, fruits d'un calcul bien pesé, les crimes dits d'intérêt (ou crimes du moi, par opposition aux crimes du ça et du surmoi). Le criminel « véritable » tuant pour un intérêt qu'il connaît, méconnaît cependant celui qui est visé inconsciemment par cet acte au delà de sa victime actuelle et ce ne sont ni le remords ni le sursaut de moralité qui en attesteront mais bien plutôt les actes manqués qui lui échapperont, au moment de son forfait ou dans les jours qui suivent. La "signature" qu'il laissera ainsi sur les lieux du crime et qui le fera prendre, phénomène bien connu des policiers, trouve ainsi son explication logique comme le démontre amplement Théodore Reik⁷¹.

68

69 *La question de l'analyse profane*, p 95

70 Freud ne dit pas qu'il explicite ainsi tous les crimes qui sont nécessairement etc.

71

Nul n'échappe à la signification oedipienne du crime telle pourrait être la conclusion de cet abord freudien du crime, qu'il nous faut garder en réserve pour le moment où nous ferons retour pour terminer sur les rapports de la criminologie et du droit.

La question du crime se présente dans l'œuvre de Lacan d'une manière toute différente. Il s'agit en premier lieu d'un crime réel. Là où chez Freud c'était sur une Autre scène que le symptôme névrotique faisait postuler l'existence d'un crime dont il a fallu ensuite reconstruire théoriquement la vérité historique pour en faire un crime réel, c'est par l'interprétation d'un crime effectif réputé que Lacan débute sa carrière. Il reprendra cette même question un peu plus tard avec le crime des sœurs Papin. Par la suite, le renouvellement de sa théorie de la psychose avec en particulier l'opérateur du concept de jouissance interviendra rétroactivement sur l'abord inaugural du crime. Mais du point de vue qui nous occupe ici on peut dire que l'essentiel a été formulé dans les premiers textes, et en particulier dans la thèse et l'intervention sur la criminologie.

Le crime occupe une place décisive et inaugurale dans son œuvre puisque c'est lui qui dans la thèse supporte l'enjeu théorique principal. Il est remarquable et après tout ne va pas de soi que la question clinique soulevée par le jeune Lacan soit celle là, en sorte que l'on pourrait dire ici à nouveau : au commencement était l'acte. La présentation même de l'histoire clinique qui constitue le corps de l'ouvrage est significative de ce point de vue puisque c'est très précisément par l'acte que débute le chapitre « examen clinique du cas « Aimée », dont voici les premiers mots : « Le 10 avril 193... à huit heures du soir, M^{me} Z., une des actrices les plus appréciées du public parisien, arrivait au théâtre où elle jouait ce soir là. ».⁷² L'acte n'est certes pas fortuitement le point d'origine du récit du cas, puisqu'il constituera le point d'Archimède de la démonstration. Il s'agit de rendre compte de l'acte criminel en tant qu'il réalise la réponse du sujet à l'impossible auquel il était confronté, ou plutôt c'est la proposition que construira Lacan contre la psychiatrie de son temps.

Le crime est avéré, mais est-il extérieur, étranger au sujet ou au contraire est-il pleinement son acte? Il ne s'agit plus comme dans le cas de Freud de poser l'hypothèse d'un acte à partir de ses différents modes de travestissement symptomatiques, il s'agit de lier un acte réalisé à un sujet hypothétique. Là où Freud s'était attaché à démontrer que le sujet réalise par substitution un acte déjà effectué dans l'inconscient, Lacan fera la démonstration que le crime est l'essai d'opération dans la réalité d'un acte qui a fait défaut dans l'inconscient. C'est pourquoi « la psychanalyse irrealise le crime »⁷³, elle l'irrealise c'est à dire elle donne un autre statut au crime certes réalisé.

Le deuxième trait qui caractérise l'abord du crime par Lacan, c'est qu'il s'agit de l'acte d'un sujet réputé psychotique. C'est n'est pas seulement la question de l'acte criminel comme acte du sujet qui est posée, mais c'est en tant qu'il est l'acte d'un sujet psychotique que réside le principal enjeu théorique. Cette question ne prend sens qu'à être située au regard de deux champs nécessairement solidaires à cet endroit : la psychiatrie et la justice. Leur commune frontière théorique et pratique avait été définie autour du débat des monomanies homicides⁷⁴, de sorte que l'internement d'Aimée présuppose l'interprétation d'un juge suivant les conclusions d'un expert psychiatre, tous deux s'accordant sur l'idée d'une coupure entre le sujet et l'acte. Le juge pour déclarer qu'il n'y a pas lieu (article 64 du code pénal) de statuer sur l'imputation de ce crime à son auteur puisque celui-ci est reconnu aliéné c'est à dire étranger à ses productions. Le lien du sujet à l'acte est déclaré

⁷² J. Lacan, *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*, Seuil, p 153. Après tout, Aimée avait été internée 6 mois auparavant, ce qui aurait très bien pu représenter un point inaugural de la maladie selon la tradition psychiatrique.

⁷³

⁷⁴

rompu, ce que la psychiatrie entérine en faisant de l'acte de folie une manifestation de la pathologie, non du malade.

Très explicitement Lacan situe son entreprise en regard de ces deux champs de la psychiatrie et du droit. Contre la psychiatrie qui fait du crime la simple production morbide d'une manifestation morbide d'un processus psychopathologique autonome il fait valoir le crime comme acte, comme réponse du sujet. Contre la théorie juridique de la responsabilité il fait valoir la psychose comme critique en acte. Si un crime est commis sous l'empire de la folie, faut-il le considérer ainsi que le fait la psychiatrie comme étranger au sujet ou faut-il au contraire lui donner son plein statut d'acte ? Mais si la psychanalyse s'avère pouvoir en rendre compte est-ce que du même coup la responsabilité de son auteur s'en trouvera annulée ? Ces questions, cruciales encore aujourd'hui au regard des positions que prennent les psychanalystes ou ceux qui se réclament du discours analytique, sont ainsi parfaitement posées dès ces premiers écrits.

Il ne s'agit pas d'établir des faits mais de leur donner un statut. Comme il est dit dans l'introduction de la thèse : « C'est éminemment un problème de faits, puisque c'est un problème d'ordre de faits ou, pour mieux dire, un problème de topique causale »⁷⁵. Ces faits, qui ne sont pas contestables, n'en sont pas moins à établir pour le psychanalyste qui se trouve confronté d'emblée concernant l'acte au postulat commun à la psychologie et au droit à savoir l'intention. Le lien entre acte et acteur c'est cet "élément intentionnel" - comme il est dit en droit - qui permettra d'en faire pleinement l'auteur, ou de le déclarer absent de son acte du fait d'une pathologie mentale qui a « aboli son discernement ». L'acte suppose l'intention de l'auteur et c'est pourquoi le scandale du concept d'acte manqué reste actuel pour la construction juridique. Lacan prend pour acquis la démonstration de l'opérativité d'une autre logique, celle de l'inconscient qui dit-il a rendu compte de la psychopathologie de la vie quotidienne et de la « fuite dans la maladie ». Il place l'enjeu de son travail au delà, au seuil d'une démonstration qui reste à établir : « Cette méthode d'interprétation (la psychanalyse), dont la fécondité objective s'est révélée dans des champs étendus de la pathologie, deviendrait-elle inefficace au seuil du domaine des psychoses ? »⁷⁶.

De même que Freud part du délire non comme erreur ou déficit de l'articulation des pensées mais comme production du sujet, comme réponse et selon ses termes comme « tentative de guérison », Lacan prend son départ non du caractère aberrant de l'acte ou du présupposé d'un dysfonctionnement organique qui en aurait généré l'échappée, mais au contraire de la réaction du sujet, réaction heureuse si on la mesure à l'effet d'apaisement et de disparition du délire qui lui a succédé. L'acte n'est pas une aberration, pas plus qu'une production morbide étrangère au sujet, c'est un acte dans toute sa dignité d'acte humain que l'analyse parvient à restaurer comme tel. Par quoi Lacan rejoint Freud, montrant que ce à quoi la psychanalyse a affaire dans sa clinique c'est toujours du sujet, et que s'il y a bien "crime du sujet" cela est établi désormais au terme de la thèse même dans le cas de la psychose.

Par sa proposition d'une paranoïa d'auto-punition, il pose que s'étant « frappée elle-même » par le coup qu'elle a porté à l'actrice, elle éprouve un soulagement caractéristique et se situe ainsi explicitement dans la lignée freudienne de la logique de la culpabilité par le terme d'auto-punition qui désigne dit-il ce dont « le sentiment de culpabilité représente l'attitude subjective »⁷⁷. La réalisation du crime soulage le sujet mais elle ne le fait pas au sens de la névrose elle-même tissée de culpabilité ; elle apporte sa réponse à ce que l'on pourrait au contraire désigner comme défaut de crime oedipien si l'on voulait préserver la symétrie de nos formules. En effet, si le crime freudien suppose qu'existe un barrage

⁷⁵ Id., p 14.

⁷⁶ Id, p 248.

⁷⁷ Id., p 251.

auquel s'affronter, le crime dont il s'agit ici dans la psychose tente plutôt de répondre à son défaut

Il faut, pour l'explicitier, revenir un peu sur nos pas en nous appuyant sur les développements ultérieurs de Lacan. Si le désir c'est le désir de l'Autre, on peut dire que le sujet reçoit l'interdit de l'Autre, c'est à dire du langage. L'Autre réel, la mère en l'occasion, est elle-même affectée, barrée par cette loi dans laquelle elle est inscrite. Si par exemple dans le mouvement pulsionnel oral l'enfant rencontre un obstacle à son désir d'incorporer sa mère, c'est que celle-ci est préalablement frappée d'un même interdit qui pourrait s'énoncer sous la forme de ce commandement : « tu ne réintégreras pas ton produit ». La limite est constitutive du langage et elle régule la jouissance du corps de l'enfant. C'est bien plutôt le défaut d'une incorporation de cette limite qui se démontre dans la psychose et qui tente de trouver une solution pour y parer. Lorsque le gouffre de l'Autre non limité (jamais assouvi) s'ouvre béant devant le sujet, il lui faut essayer d'y faire barrage, par exemple avec le rempart d'une phobie. Mais lorsque le trou ne peut en aucune façon être bordé ni comblé les manœuvres possibles sont restreintes, parmi lesquelles figure le délire cette sorte de pièce de tissu dont Freud disait qu'elle réalisait une tentative de pansement sur la plaie béante. Le passage à l'acte peut à cet endroit représenter une sorte d'ultime alternative, un va-tout qui tente de faire solution⁷⁸ et y parvient parfois comme en atteste la paix retrouvée après l'acte. Qu'il s'agisse de « se frapper soi-même » selon la version du « crime du surmoi » des psychoses paranoïaques, ou bien qu'il soit question de parer au défaut du circuit de la pulsion en cherchant à découper l'objet comme c'est le cas dans la schizophrénie⁷⁹, le crime est bien un « crime du sujet » mais cette formule est à présent à entendre autrement. Il faudrait dire plutôt que le crime représente cette tentative de produire du sujet par un crime du sujet si l'on peut ainsi en faire valoir l'aporie. Crime du sujet car dans cet acte il y est bien, et radicalement, et pourtant dans le même temps tentative de produire du sujet en tant qu'effet d'une séparation de l'Autre qui est précisément ce qui devrait résulter d'un acte « réussi ».

Si la théorie analytique rend compte ainsi avec Lacan que le crime psychotique est bien lui aussi un « crime du sujet », il n'en ira pas de même dans son statut de « crime pour les autres ». Si le crime permet pour les frères de renforcer en le répétant le pacte originaire, il est clair que c'est pour autant que chacun pourra s'identifier au criminel. Certes dans la logique freudienne c'est l'acte même qui permet cette identification, mais encore faut-il que le support imaginaire ne vienne pas faire défaut c'est à dire que l'acte dans ses caractéristiques ou le criminel dans ses traits singuliers ne viennent pas faire barrage à cette identification. Les « crimes du surmoi » sont de fait le plus souvent rendus lisibles par leur dimension spéculaire, leur sorte de caricature de rapport social qui se prête volontiers à la compréhension. Ce type d'actes sont souvent à ce titre susceptibles d'une interprétation par le public. A l'inverse, les « crimes du ça », ou crimes de la pulsion par la dissociation de l'image et la violence du surgissement de l'objet dans le corps de la victime sont beaucoup plus énigmatiques et suscitent un rejet horrifié qui s'oppose à une compréhension qui suppose le semblable, comme en témoigne le fait que c'est à leur propos que l'on ait pu parler de « crimes immotivés ».

La psychanalyse irrealise le crime mais ne déshumanise pas le criminel.

⁷⁸

⁷⁹ Cette tripartition entre crimes du ça (crimes pulsionnels), du moi, et du surmoi est établie par Freud, citée par Frenzi(...) et reprise par Lacan.

Nous pouvons à présent revenir à notre propos initial, c'est à dire à l'enjeu de la confrontation qui nous est proposée entre psychanalyse et criminologie. Nous le ferons en nous soutenant d'une formule souvent citée extraite de l'article de Lacan et Cénac *Introduction théorique aux fonctions de la psychanalyse en criminologie* :

« La psychanalyse résout un dilemme de la théorie criminologique : en irréalissant le crime elle ne déshumanise pas le criminel. »

La portée de cet énoncé tient à ce qu'il noue dans sa concision une proposition théorique et sa portée éthique, c'est à dire qu'il situe l'enjeu de l'acte analytique dans le lien social. C'est ce qui nous a décidé à prendre appui sur cette phrase, malgré le caractère daté des termes employés.

La psychanalyse irréalise le crime.

La criminologie traite de crimes effectivement commis et non de fantasmes. Cette proposition qui semble d'évidence, doit pourtant être précisée car un crime ne s'identifie pas à la matérialité d'un cadavre ou d'une violence faite à un corps⁸⁰ mais il faut qu'il soit juridiquement établi c'est à dire qu'il réponde à des critères précis et rigoureux. La réalité juridique du crime se fonde sur des critères de vérité qui ne valent pas nécessairement en dehors de la cohérence qu'organise ce discours. Ce que l'on désigne par exemple du terme d'"élément intentionnel" suppose que puisse s'effectuer l'opération d'imputation c'est à dire une modalité spécifique de mise en rapport du fait et du sujet de droit. Si la psychanalyse « irréalise le crime » cela ne signifie pas qu'elle lui ôte son caractère de réalité matérielle non plus que de réalité juridique mais souligne que cette réalité est construite et que son statut est dépendant de la cohérence du discours qui lui donne lieu. La réalité du crime est donc autre lorsqu'on le considère à l'intérieur du discours analytique que celle qui apparaît pour le sens commun et tel protagoniste du drame ne vaudra au regard de la logique de l'inconscient, que comme représentant de telle imago de l'univers oedipien. Il y a une grammaire inconsciente de l'acte qui fait de l'acte manqué un désir exhaussé et qui pareillement révèle le crime comme divisé dans ses fins et son objet.

Cette formule donne à mon sens sa portée exacte au rapport de la psychanalyse et de la criminologie, ou plutôt au rapport qu'elle doit entretenir avec elle. En effet, les textes de Freud concernant explicitement la criminologie, ou le droit pénal, ceux de Lacan à partir des cas princeps ou le rapport sur la criminologie, si on laisse de côté les enjeux théoriques divers dont ils sont porteurs (considérables en tant que tels), me paraissent pouvoir être réduits quant à leur enjeu précis au regard du rapport psychanalyse/criminologie à quelques propositions essentielles qui toutes ont trait aux enjeux éthiques. Il s'agit de préciser en quoi la psychanalyse, dans sa méthode et son éthique indissociables, soutient un discours qu'il convient de distinguer des autres et en particulier du criminologique et du psychiatrique, à charge pour ces deux derniers d'en tirer les conséquences qui s'imposent à eux. On comprend mieux du même coup le prestige du criminel, sa figure héroïque pour les autres : non seulement il a franchi l'obstacle mais il semble revenu de là où il n'est nul retour.

⁸⁰ Voire sans cela puisqu'il est désormais (code pénal de 1993) des crimes qui ne sont crimes que du fait du non-consentement de la victime.

On comprend mieux du même coup le prestige du criminel, sa figure héroïque pour les autres : non seulement il a franchi l'obstacle mais il semble revenu de là où il n'est nul retour.

D'une triple à une multiple entente

(tentative d'approche systémique des relations entre le corps médical, la Justice et le délinquant sexuel⁸¹)

Anne-Marie Klopp

Le terme de « triple entente » laisse entendre que le corps médical, la Justice et le délinquant sexuel, parties inscrites dans une société à une période historique donnée, doivent tenter de s'entendre. Actuellement la société oblige le médecin à quitter le cadre protégé du cabinet médical, le juge le cadre abstrait de la salle du tribunal, le délinquant sexuel à briser la loi du silence.

I Demandes de la société

Elle demande :

1. **Au médecin** de guérir le délinquant sexuel. Il a pour objectif de supprimer ou au moins de calmer la souffrance physique et/ou psychique du patient. Quand ce patient est qualifié de délinquant, le médecin se trouve confronté à une autre demande. Non seulement il a pour mission de guérir mais encore il doit se prononcer sur un danger potentiel qui pourrait émaner du patient - délinquant. Sa tâche, alors, ne vise plus uniquement la dimension individuelle de la guérison. Il doit encore (r)assurer la société
2. **Au juge** de sanctionner le délinquant de sorte qu'il ne présente plus de danger pour la société. Le juge dispose certes d'une panoplie de moyens pour ce faire. Mais aussi indépendant soit-il, il est lié par les mesures et sanctions pénales en vigueur au moment de la prise de décision
3. **Au délinquant sexuel** de (re)devenir un citoyen respectant l'ordre sociétal tel qu'il est défini aujourd'hui.

A la lecture de ces propos il devient clair qu'aucune des parties concernées ne peut agir seule. Des alliances doivent s'établir, mais sous quelles prémisses, dans quelles conditions et avec quels moyens?

II De la notion de "corps"

La médecine et la Justice doivent faire corps pour réguler le corps du délinquant qui, condamné pour avoir commis une infraction à caractère sexuel, a blessé ce qu'il y a de plus intime et intangible dans le corps de la victime. Le conflit particulièrement déchirant entre l'auteur et la victime, conflit inscrit dans deux histoires individuelles faites de relations personnelles intégrant tout un environnement familial, professionnel..., prend une dimension sociétale qu'il faut gérer à tout prix pour calmer les esprits.

Gérer à tout prix renvoie à la notion de faisabilité et aussi de contrainte. La contrainte est sous-jacente à tous les débats tournant autour de la notion de "soins obligés". Le corps médical s'insurge de la contrainte imposée au détenu de se soigner, de se faire traiter⁸². Pour la justice une infraction à caractère sexuel justifie, à elle seule, la contrainte à exercer sur la personne du délinquant sexuel. Si pour le délinquant sexuel il est clair qu'il est contraint de se soumettre aux contraintes imposées, le corps médical et la Justice sont

⁸¹ Les idées qui vont suivre sont le résultat d'une réflexion née des travaux du Congrès de Lille

⁸² Le terme de "soins obligés" est inadaptable en langue allemande. Le discours allemand tourne autour de la notion de "traitement", même si celle-ci ne fait l'objet d'aucune définition.

soumis à des contraintes imposées de l'extérieur mais aussi en lien direct avec leur position personnelle, position qui revêt de multiples facettes.

III Comment se décline la notion de contrainte pour les acteurs ?

1. **Le médecin** se voit contraint à travers un jugement voire une injonction de soins de traiter une personne dont le comportement a fait l'objet d'une plainte puis d'un examen d'ordre judiciaire mais peut-être aussi d'une expertise médicale et éventuellement d'un jugement pénal. A-t-il affaire alors à un patient ou à un client ou à un délinquant peut-être incarcéré? Par qui a-t-il été mandaté, dans quel but et avec quels moyens? Quelle est sa marge de liberté? En quoi la position de la personne à soigner qui, elle aussi, doit se définir personnellement (rien ne l'empêche d'être à la fois patiente, cliente ou/et condamnée) influe sur la position du médecin voire exerce-t-elle une contrainte?
2. **Le juge** se voit contraint au nom de la société de prononcer une injonction thérapeutique ou d'imposer des soins, un traitement à l'égard d'une personne reconnue avoir commis une infraction à caractère sexuel. Cette décision se base sur des lois mises en place sur fond sociétal. Comment expliquer autrement les retombées de l'affaire Dutroux sur les législations allemande (loi du 26 janvier 1998) rendant le traitement obligatoire pour toute personne ayant commis un abus sexuel ou un viol et condamnée à une peine privative de liberté excédant deux ans, et française (loi du 17 juin 1998) introduisant la mesure de suivi socio-judiciaire? Qu'attend le juge des soins, du traitement? A qui doit-il s'adresser pour que soit soigné, traité le délinquant, ceci n'étant évidemment pas de son domaine?
3. **Le délinquant** se voit contraint de suivre un traitement qui, en soi, lui est imposé mais dont il est peut-être aussi demandeur.

Les contraintes imposées au corps médical et à la Justice ou celles que ces instances s'imposent à elles-mêmes au nom de règles déontologiques pèsent tant que la personne du délinquant et/ou du détenu semble réduite au statut de pomme de discorde. L'auteur d'une infraction à caractère sexuel est à la croisée de chemins qui divergent initialement

III Des absents pourtant présents

1. **Les avocats:** Afin que leur client n'encoure pas une peine trop élevée, ils l'encouragent à la réserve. Ce qui, en soi, est compréhensible pose cependant problème. La personne accusée d'avoir commis une infraction à caractère sexuel doit se taire même si elle se sait auteur de l'infraction et même si elle souhaite être soignée. Le délai qui sépare le moment où a été commis l'acte et celui où l'auteur de l'infraction passe au jugement est souvent assez long. Ceci ne permet guère à l'auteur de travailler sur soi. La présence d'une enclave de Santé en milieu carcéral comme l'est le SMPR⁸³ dans certains établissements pénitentiaires français permet de remédier à cela. Un espace protégé de parole est offert. Ceci n'est cependant pas la règle
2. **Le milieu thérapeutique:** En se focalisant sur les "soins obligés" ou encore sur la "thérapie" qui ne font l'objet d'aucune définition précise, on passe sous silence le milieu thérapeutique qui, pour être concret, s'inscrit dans le temps voire la durée, l'espace. Dans la vie courante toute démarche thérapeutique fait l'objet d'un contrat. Une personne soumise à une souffrance exprime le besoin de se faire soigner (elle se sent "motivée"). Elle se décide à se rendre dans un lieu précis à une heure donnée durant une période à déterminer contre paiement (cadre thérapeutique). Le thérapeute offre des prestations en fonction de sa formation, le patient accepte les conditions proposées (offre et demande). On se met éventuellement d'accord sur les conséquences d'une rupture de contrat.

Dès qu'on entre dans le cadre de soins ou de thérapie obligés, on quitte la logique décrite plus haut. La démarche personnelle ou liée à une fonction professionnelle précise doit s'effacer derrière des "intérêts supérieurs" que sont l'ordre public ou la paix sociale, la protection de personnes vulnérables, le besoin de sécurité

V Données à différencier

⁸³ SMPR signifie Service médico-psychologique régional

Le terme générique de soins ou de thérapie (pénalement) obligés provoque un amalgame dangereux qui nivelle le débat. Ces soins ou thérapie (pénalement) obligés s'inscrivent dans le temps et l'espace. De plus ils impliquent des groupes de personnes autres que les médecins, les juges et les surveillants de prison. Toute infraction à caractère sexuel n'entraîne pas une peine de prison. Une non-acceptation d'une injonction thérapeutique ou son non-respect peut par contre mener en prison. Qu'en est-il alors de la liberté des personnes directement impliquées dans le processus thérapeutique?

1. Inscription dans le temps judiciaire

- Une démarche thérapeutique peut être mise en route dans une période pré-sententielle, sententielle ou encore post-sententielle. Selon cette inscription dans le temps, l'enjeu n'est pas du tout le même pour la personne qui doit être soignée
- La durée de la peine conditionne aussi le processus thérapeutique. Le quantum des peines pour des infractions normées de manière très similaire dans les codes pénaux allemand et français par exemple est loin d'être similaire. C'est ainsi que le viol est puni, en France, de quinze ans de réclusion criminelle conformément à l'article 222-23 CP. En Allemagne la peine minimum encourue en cas de viol est, selon le § 177 alinéa 2 phrase 1 n° 1, de deux ans de peine privative de liberté⁸⁴. Le quantum peut être, cependant, supérieur selon les circonstances dans lesquelles l'infraction a été commise.

Le quantum de deux ans constitue une "barrière magique" dans la loi pénitentiaire allemande. Qui est condamné à une peine privative de liberté excédant deux ans dans le cadre des §§ 174 à 180 et du § 182 StGB⁸⁵ (abus sexuels agressions sexuelles dont le viol), doit subir sa peine dans une institution de psychothérapie.⁸⁶

Ceci soulève un problème récurrent, commun à toutes nos sociétés, qui est de savoir en quoi un comportement déviant, tel qu'il est normé et sanctionné par le code pénal, peut constituer une indication pour une thérapie.

1. Inscription dans l'espace

Une démarche thérapeutique qui a lieu en milieu ambulatoire se vit différemment d'une démarche thérapeutique qui s'effectue en milieu carcéral même si dans les deux cas elle peut être vécue comme "subie".

S'ajoute à cela le fait qu'un processus thérapeutique ambulatoire peut avoir lieu chez un praticien(ne) généraliste, pas ou peu préparé(e) à gérer une situation où l'aspect délinquance fait partie intégrante de l'indication de soins voire en constitue la base même, et qui, en Allemagne, ne sera pas nécessairement un(e) psychiatre ou un(e) psychologue.

De plus il faut différencier les régimes carcéraux et l'inscription des groupes professionnels dans ces régimes carcéraux. C'est ainsi qu'en France le SMPR constitue une enclave de Santé au sein du carcéral. Le personnel soignant y travaillant jouit d'une indépendance inconnue, en Allemagne, des médecins et psychologues sans compter les socio-thérapeutes et autre personnel qualifié, fonctionnaires ou employés par la Justice.

L'Allemagne dispose, quant à elle, d'une institution qui lui est particulière, ladite institution de psychothérapie⁸⁷ dans laquelle des personnes condamnées à une peine de deux ans ou plus pour avoir commis une infraction à caractère sexuel doivent y être traitées⁸⁸, même si, en soi, cette institution ne leur est pas réservée. Les soins ou thérapies qui y sont dispensés ne relèvent pas

⁸⁴ Il n'existe en Allemagne qu'une peine privative de liberté unitaire

⁸⁵ StGB= Strafgesetzbuch soit code pénal allemand

⁸⁶ § 9 Strafvollzugsgesetz

⁸⁷ Sozialtherapeutische Anstalt

⁸⁸ Voir plus haut (temps judiciaires) les délits concernés

que de la psychothérapie. Elle intègre de nombreux éléments cognitivo-béhavioristes. De plus elle intègre, dans ce projet thérapeutique, l'environnement du délinquant.

2. Groupes de personnes impliquées

Curieusement les groupes professionnels généralement évoqués sont le corps médical et la Justice. Où et qui sont les soignants autres que les psychiatres? Qu'en est-il des personnes chargées de surveiller le déroulement des soins ambulatoires? Si la psychiatrie joue un rôle prépondérant en France, , des psychothérapeutes d'obédiences diverses, des socio-thérapeutes, des thérapeutes familiaux, des conseillers conjugaux... sont, en Allemagne par exemple, intégrés dans le processus thérapeutique . Et quand est-il des personnes travaillant au sein de comités de probation, de services sociaux divers, d'associations chargées de surveiller ou de participer à la démarche thérapeutique. Par qui sont-elles mandatées? En quoi le délinquant peut influencer sur la décision et le déroulement du processus thérapeutique? Est-il toujours aussi récalcitrant qu'on le croit, ne vise-t-il qu'un soulagement de sa situation pénale voire pénitentiaire, est-il si rarement motivé?

VI Déroulement du processus thérapeutique

Pour le déroulement du processus thérapeutique et ses effets plusieurs éléments sont essentiels, éléments qui peuvent évoluer. Il s'agit en outre de:

- La relation thérapeute (au sens large du terme) patient-condamné ou condamné-patient (cela dépendant du vécu de la personne concernée par les soins/thérapie et de sa position vis à vis de la démarche)
- La motivation non seulement du délinquant mais aussi du thérapeute
- La formation des thérapeutes

Lorsque aussi bien le thérapeute que la personne à soigner se rencontrent contraints et forcés, l'un parce qu'il est mandaté par une institution, l'autre parce qu'il est "condamné" à subir un traitement, la relation thérapeutique peut s'avérer difficile. Plusieurs cas de figure sont possibles:

- Le thérapeute et la personne à soigner se rencontrent en milieu ambulatoire
 - a. Dans le cas où cette rencontre a lieu dans la période pré-sententielle, le patient qui ne se vit pas forcément comme tel mais qui n'est pas (encore) condamné, peut être motivé par le fait que de se soumettre aux soins/thérapie pourrait lui éviter une sentence indésirable. Tâche difficile pour le thérapeute dont le mandat peut être vécu comme prétexte par le "patient".
 - b. Dans le cas où cette rencontre a lieu dans la période post-sententielle, le condamné, libéré conditionnel ou passible d'une mesure de socio-judiciaire a intérêt à se rendre aux rendez-vous fixés, un retour en prison le menaçant au cas il ne respecterait pas le contrat qui lui a été imposé. Dans ce cas précis, l'agent de probation sera chargé de surveiller le processus thérapeutique. De quels moyens en temps mais aussi au niveau du contenu dispose-t-il pour répondre à la demande? Le thérapeute ne pourra que confirmer ou infirmer l'assiduité de la personne à soigner, le thérapeute se gardant bien de dévoiler le contenu de ses entretiens avec la personne à soigner.
- Le thérapeute et la personne à soigner se rencontrent en milieu fermé

La différence se fera, ici, en fonction de l'inscription institutionnelle du thérapeute et de la situation du détenu:

 - a. Le détenu est en détention provisoire.

S'il est incarcéré en Allemagne ou en France où il n'y a pas de SMPR, il sera condamné au silence vis à vis des co-détenus, du personnel surveillant afin de ne pas faire l'objet de représailles. La loi du silence imposée par l'abuseur à ses victimes et éventuellement entretenue par l'entourage immédiat est maintenue voire imposée.

Dans le cas où l'établissement pénitentiaire français dispose d'un SMPR le détenu pourra entrer dans une relation thérapeutique en mesure de soulager sa souffrance.

En Allemagne il pourrait demander à rencontrer l'un des psychologues fonctionnaires ou employés par la Justice qui se voient désormais obligés de faire part à la direction de tout danger pouvant émaner du détenu conformément au § 182 alinéa 2 introduit en 1998 dans la StVollzG⁸⁹. Même si cette obligation est entourée de beaucoup de conditions en ce qui concerne son application elle biaise la possible relation entre le détenu et le thérapeute. Rien n'interdit en soi l'intervention de psychothérapeutes externes. L'organisation même de la détention provisoire rend quasiment impossible une telle intervention. Que d'autorisations à demander sans oublier la prise en charge des frais de thérapie !

b. Le détenu est condamné et subit sa peine

La sentence est prononcée. La privation de liberté pèse lourd pour le détenu pour qui une possible thérapie prend un sens tout nouveau. Soit il la vivra comme une peine supplémentaire dont il se passerait bien, soit il la vivra comme un moyen d'apaiser voire de guérir sa souffrance ou encore comme une possibilité de travailler sur soi-même et, grâce à une thérapie cognitivo-béavioriste, d'améliorer ses facultés sociales. Tout dépend, cependant, du type d'établissement dans laquelle il "purge" sa peine. Y a-t-il un SMPR, se trouve-t-il dans une institution de sociothérapie? Quelle place est accordée aux intervenants externes?

Conclusion

Même si les tâches des acteurs impliqués dans une démarche thérapeutique semblent antinomiques, rien n'empêche de faire d'une obligation ou injonction de soins un processus favorable pour la personne qui a dû s'y engager plus ou moins contrainte au départ et qui, au cours du temps, en découvre non seulement l'utilité mais encore les bienfaits. Malgré les difficultés, la pratique montre qu'il est possible de trouver des points de convergence dans ces logiques apparemment contradictoires.

Anne-Marie Klopp, novembre 2001

⁸⁹ Loi pénitentiaire allemande

Du mésusage du concept de "dangerosité" aujourd'hui, Tentative d'approche criminologique

Anne-Marie Klopp

Introduction

En lien direct avec l'insécurité, cheval de bataille de nos sociétés contemporaines, la dangerosité fait la une des media en Europe. Déclinée de moult manières ladite dangerosité permet de justifier la mise en place de systèmes de surveillance de plus en plus répressifs, ceci dans le champ pénal et celui du contrôle social qui, semblable à une pieuvre, développe des tentacules de plus de plus agressives et étouffantes.

Le concept de "dangerosité" est une extension du concept de "danger". Ni l'un ni l'autre ne peuvent faire l'objet d'une définition précise. C'est ainsi que le "danger" est défini dans le Robert comme "*ce qui menace ou compromet la sûreté, l'existence d'une personne ou d'une chose; situation qui en résulte*". De la "dangerosité" il est dit "*caractère dangereux*". Et dangereux peut être synonyme de méchant, redoutable. Ces éléments de définition montrent combien de concept de "dangerosité" est entaché de subjectivité. Et pourtant nos sociétés exigent de plus en plus des pouvoirs législatifs et exécutifs mais aussi du Corps médical que ceux-ci garantissent leur sécurité. Les réflexions qui vont suivre ont pour but de retracer l'historique de ce concept à travers l'histoire criminologique des 130 dernières années.

I Entrée du concept de dangerosité dans la criminologie

Le concept de dangerosité est entré dans le champ de la criminologie à la fin du 19^{ème} siècle, à une période où l'Europe a connu de nombreux bouleversements d'ordre économique et sociétal. (*J'envisage d'aborder ce concept à partir des textes de Lombroso et de son adversaire Franz von Liszt, le premier partant des stigmates physiques de l'infracteur, l'autre s'intéressant plus au bon fonctionnement des sociétés à la fin du 19^{ème} siècle*)

II De la culture de ce concept dans les sociétés européennes entre 1918 et 1945

Une étude des textes de loi et du discours politique permettra sans doute de voir combien le discours était pernicieux alors. (*J'envisage entre autre de me pencher sur la refonte du droit pénal allemand qui a alors introduit le "Maßregelvollzug" et sur la Défense Sociale dans les pays francophones*).

III La multiplication des approches criminologiques

Dans la période qui a suivi la deuxième guerre mondiale la criminologie a pris un essor important. Les approches criminologiques se sont multipliées. On en est venu non seulement à parler de criminologie de passage à l'acte (essentiellement fixée sur la personne de l'infracteur) mais encore de criminologie de la réaction sociale (essentiellement sociologique). La criminologie réflexive constitue un nouveau champ de recherche. (*J'envisage, ici, d'aborder quelques éléments théoriques relatifs aux approches criminologiques*).

IV de l'inflation du contrôle social

Cette inflation du contrôle social se fait sentir d'une part dans le champ de la vie publique (pensons ici au nombreux programmes de prévention de la criminalité, à la vidéo-surveillance, à la politique de la tolérance zéro...) et d'autre part dans le champ pénal).

Secouée par l'affaire Dutroux l'Europe a (re)découvert la notion de danger public, de dangerosité. De plus les citoyennes et les citoyens de nos sociétés, en vue des profonds bouleversements sociétaux et économiques, se sentent de plus en plus insécurisés et réclament des pouvoirs publics et du Corps médical de lutter contre l'insécurité et la dangerosité. *(J'envisage, ici, de montrer comment la société devient de plus en plus intolérante vis à vis de celle et de celui qu'elle définit comme "étant autre", ceci à partir d'exemples concrets et comment elle instrumentalise des corps de métier comme celui des psychiatres et des thérapeutes mais aussi celui des juristes pour s'assurer contre les risques qu'elle pense courir au quotidien).*

Conclusion