



CONFERENCE DE CONSENSUS

SUR LA PREVENTION DE LA RECIDIVE

Quelle place pour la psychiatrie et la clinique ?

Bruno Gravier

Questions posées :

« Quelle place occupe le psychiatre dans l'évaluation clinique au cours de la peine ? Le concept de dangerosité introduit par la loi du 25 février 2008 paraît-il opérant ? Que peut-on attendre de la prise en charge du psychiatre et à quelles conditions une évaluation clinique et psychiatrique peut-elle contribuer à la prévention de la récidive »

Interroger la place du psychiatre dans l'évaluation clinique au cours de la peine et mettre celle-ci en perspective avec la question de la dangerosité oblige à tenir compte des profondes modifications du champ pénal, en France comme à l'étranger, qui ont mis le psychisme des délinquants, autant comme objet de soin que comme objet d'évaluation, au centre des attentions du monde judiciaire comme du politique.

La question de la prise en charge sociale des auteurs d'infractions à caractère sexuel a conduit à la multiplication, dans tous les Etats de droit, de dispositifs pénaux visant à allonger la durée des privations de liberté.

Une production législative incessante, compulsive (D. Salas¹) est allée de pair avec une extension des dispositifs de surveillance et un recours de plus en plus fréquent à des injonctions sociothérapeutiques encadrant le retour du condamné dans la société, mais aussi à des enfermements de durée indéterminée fondés sur l'évaluation du risque que le condamné peut faire courir à la société.

¹ D. Salas, La volonté de punir. Essai sur le populisme pénal, Paris, Hachette, 2005

Alors que la sanction pénale s'est pensée pendant longtemps dans une durée finie qui se négociait en termes de remises de peine, de libérations conditionnelles ou de semi-liberté, pour certains sujets que l'on dit souffrant de troubles psychiques dans une acception vague et large elle se décline maintenant en termes d'indétermination, d'exigences comportementales ou thérapeutiques.

Il s'ensuit une pression croissante sur les psychiatres pour qu'ils prédisent, contraignent aux soins et soient inclus dans ces dispositifs de surveillance. Pour mieux comprendre à quel point il est nécessaire de clarifier le rôle du psychiatre autant comme agent d'un soin, parfois possible et souvent hypothétique, que comme évaluateur du risque, il importe de mieux saisir ce qu'il en est de ces dispositifs pénaux qui se multiplient, de ce qui est visé lorsque l'on parle de trouble psychique dans ce contexte – et en particulier de trouble de la personnalité.

Il est nécessaire aussi de dépasser la notion floue de dangerosité pour mieux penser les nouveaux outils dont dispose le psychiatre pour évaluer le risque de violence comme supports à une clinique de l'expertise ou comme aide à une démarche de soin avec des sujets difficiles plutôt que comme organisateurs centraux de l'exécution de la peine.

Le système des mesures pénales : une « nouvelle » donne de la sanction

La question posée oblige donc à s'arrêter sur ces dispositifs pénaux qui placent la dangerosité en position centrale et convoquent le psychiatre pour l'évaluer et la « traiter ».

Les mesures pénales sont des dispositions particulières, héritées d'une pensée criminologique marquée par la défense sociale et privilégiant le « redressement » du délinquant pour ce qu'il est, en tant que potentialité criminelle, mais non en raison des actes qu'il a commis.

Suivant le droit suisse, « *en matière pénale, on appelle mesure, ou mesure de sureté, une sanction imposée à un individu à la suite d'une infraction dans un but de protéger la société du danger qu'il représente. (...) Dans la perspective de la mesure, l'acte illicite est plutôt appréhendé comme un symptôme révélant chez l'individu un besoin ou une pathologie (...) il est fait recours à des moyens éducatifs, curatifs, disjonctifs (interdictifs) ou d'assistance* » (Parein, 2008²)

La mesure dans la conception pénale développée dans beaucoup de pays anglo-saxons porte en elle même une double valence qui, d'entrée, en montre l'ambivalence:

- L'individu étant en souffrance, on évite d'imposer une quelconque affliction à travers le prononcé d'une peine (qui sera souvent suspendue dans son exécution au profit de l'exécution de la mesure)
- Le but principal de la mesure étant la protection de la société, la mesure sera d'autant plus lourde que le niveau de danger est élevé.

Le message de 1998 du Conseil Fédéral Suisse introduisant la refonte du système de mesures pénales entrée en vigueur dans le Code Pénal révisé de 2007 illustre parfaitement la finalité de

² Parein L. , Victimes et procès pénal : je t'aime moi non plus, édition de l'Hèbe, 2008

celles-ci et leurs ambiguïtés : « *Les mesures doivent « à la fois favoriser l'amélioration des auteurs d'infractions susceptibles de se corriger et mettre hors d'état de nuire les délinquants impénitents ou incurables* »³. Certaines mesures seront plus orientées vers l'injonction de soin, dans le cadre d'un placement résidentiel dans un milieu fermé qui peut être la prison ou un établissement spécifique etc. D'autres vont privilégier la notion de mise à l'écart jusqu'à ce que le sujet soit accessible à une démarche thérapeutique.

Inconnu du droit français jusqu'à la loi de 2008, ce système des mesures est largement pratiqué dans d'autres Etats, comme l'Allemagne (où il est très proche, dans ses principes, du système en vigueur en Suisse), en Hollande, en Belgique voire plus récemment au Canada qui a instauré un suivi particulier pour des délinquants dits « à contrôler ».

Les peines, habituellement prévues ne sauraient être appliquées soit parce que l'auteur était irresponsable, soit parce que la privation de liberté nécessaire à « l'amélioration » ou à la « neutralisation » de l'auteur excède celle qu'implique le degré de culpabilité. Ceci conduit, dans la pratique, à des privations de liberté souvent beaucoup plus longues que ne le serait une peine privative de liberté à durée déterminée.

Dans certains pays, les mesures qui permettent qu'une disposition pénale entraîne une privation de liberté, s'appliquent quel que soit le statut psychique de l'auteur. Ce dispositif relègue la question du libre arbitre et de la responsabilité pénale au second plan, puisqu'il autorise la mise en œuvre d'une sanction, que l'auteur soit considéré ou non comme responsable de ses actes au moment des faits. Il s'oppose à l'un des principes fondamentaux de l'irresponsabilité pénale⁴ qui devrait faire échapper à la sanction l'aliéné malade mental pour le confier au système sanitaire.⁵

Dans le système de mesures pénales, il est donc question de traitement, mais d'un traitement dont la finalité exclusive est la protection de la société vis-à-vis d'un délinquant dangereux.

Un tel dispositif rend compte de l'ampleur du malentendu qui peut s'instaurer entre le psychiatre, peu rompu aux arcanes de la psychiatrie légale, et une administration de la justice impatiente de statuer sur l'amendement du justiciable.

Le psychiatre dans la logique de ces dispositions, se trouve dans la position particulière de celui qui détient un savoir décisionnel particulier qui l'éloigne de sa position clinique, thérapeutique, voire expertale habituelle. Il devient l'interlocuteur obligé des autorités dès le début du traitement des délinquants soumis à de telles mesures, jusqu'à l'évaluation de l'effet de celles-ci, voire dans la détermination des mesures les plus extrêmes.

³ Message concernant la modification du code pénal suisse (dispositions générales, entrée en vigueur et application du code pénal) et du code pénal militaire ainsi qu'une loi fédérale régissant la condition pénale des mineurs du 21 septembre 1998, voir note 3, p. 1876

⁴ Gravier B, Lamothe P, Elchardus JM, Boucharlat J. De la difficulté de réformer l'article 64 du code pénal en France. *Nervure* 1985 ; 2 (1) : 39-46.

⁵ Gasser J. , Gravier B. Quelques conséquences de l'application du nouveau code pénal suisse sur la psychiatrie légale, *Rev Med Suisse* 2007 ; 3 :2103-12

L'article 64 du Code Pénal Suisse est ainsi la disposition qui permet de priver indéfiniment de liberté les sujets reconnus dangereux au motif de leur structure psychique :

« Le juge ordonne l'internement si l'auteur a commis un assassinat, un meurtre, une lésion corporelle grave, un viol, un brigandage, une prise d'otage, un incendie, une mise en danger de la vie d'autrui, ou une autre infraction passible d'une peine privative de liberté maximale de cinq ans au moins, par laquelle il a porté ou voulu porter gravement atteinte à l'intégrité physique, psychique ou sexuelle d'autrui et si:

*a. en raison des caractéristiques de la personnalité de l'auteur, des circonstances dans lesquelles il a commis l'infraction et de son vécu, **il est sérieusement à craindre qu'il ne commette d'autres infractions du même genre**; ou*

b. en raison d'un grave trouble mental chronique ou récurrent en relation avec l'infraction, il est sérieusement à craindre que l'auteur ne commette d'autres infractions du même genre et que la mesure prévue à l'art. 59 semble vouée à l'échec »

La Loi française du 25 février 2008 s'inscrit directement dans cette filiation législative tout en laissant au second plan la dimension thérapeutique du système des mesures et en spécifiant son champ d'application aux troubles de la personnalité.

*« à titre exceptionnel, les personnes dont il est établi, à l'issue d'un réexamen de leur situation intervenant à la fin de l'exécution de leur peine, qu'elles présentent une particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive **parce qu'elles souffrent d'un trouble grave de la personnalité**, peuvent faire l'objet à l'issue de cette peine d'une rétention de sûreté selon les modalités prévues par le présent chapitre, à la condition qu'elles aient été condamnées à une peine de réclusion criminelle d'une durée égale ou supérieure à quinze ans pour les crimes, commis sur une victime mineure, d'assassinat ou de meurtre, de torture ou actes de barbarie, de viol, d'enlèvement ou de séquestration. »*

La dangerosité telle qu'elle est induite par la loi de 2008

La dangerosité définie par la loi de 2008 renvoie donc à 2 notions : la probabilité de récidive et le trouble grave de la personnalité. Le rapport Lamanda⁶ lie cette dangerosité à une dangerosité criminologique qu'il définit comme *« une notion complexe qui met en œuvre une série de critères d'appréciation prenant en compte l'ensemble des facteurs psychologique, environnementaux et situationnels de nature à favoriser la commission d'une infraction »*. Ce même rapport insiste sur la particulière dangerosité criminologique des individus présentant des troubles de la personnalité, troubles qui incluent la *« psychopathie, sociopathie, personnalité rigide, personnalité addictive »* au mépris de toute inscription dans une nosologie pertinente.

Il s'agit dans ce contexte, qui met en perspective personnalité inquiétante et acte criminel d'une particulière violence, d'une notion qui excède tout ce qui a pu être développé en termes de dangerosité sociale, criminologique ou psychiatrique mais à une association conceptuelle qui

⁶ Lamanda V. Amoindrir les risques de récidive criminelle des condamnés dangereux, rapport à M. le Président de la République, 30 mai 2008

renvoie au mal et à l'indicible. On dépasse ainsi la notion d'expérience singulière qui spécifie la dangerosité dans son flou conceptuel⁷ pour redessiner une forme de personnalité criminelle. Pourtant, autant l'histoire de la criminologie que celle de la psychopathologie ont bien montré que les tentatives de compréhension et de classification se focalisant sur l'aspect criminel d'une personnalité conduisaient répétitivement à des apories du fait des niveaux explicatifs variables et des interactions multiples en jeu dans les conduites délictogènes.

Dans le même ordre d'idée, la notion de dangerosité souffre d'un manque de définitions et de critères opératoires, tant empiriques que cliniques⁸. Elle renvoie tantôt au sujet porteur de cette dangerosité, tantôt au contexte, voire s'intéresse à l'articulation des deux.

Lorsque l'on s'essaye à l'évaluation de la dangerosité en tant que telle, on se rend rapidement compte qu'elle procède de facteurs et de champs divers et que la démarche d'évaluation elle-même est sous-tendue par des prémisses forts différents

Dans la loi de 2008, comme dans beaucoup de législations, celle-ci vise principalement à déterminer la décision pénale. Elle s'attachera donc à en chercher les causes chez l'individu désigné et à apprécier les conséquences de ses actes en termes de destructivité : « voulant caractériser l'individu elle le dépassera largement (...) et rend souvent impossible la différenciation entre celui qui commet l'acte et tout ce qui contextualise celui-ci.. »⁹. Ainsi certains auteurs¹⁰ ont pu conclure que la dangerosité est un concept qui appartient exclusivement au champ pénal et s'éloigne radicalement de toute démarche clinique.

La dangerosité est donc imprégnée des contextes où elle a été ressentie, exprimée, vécue et nécessairement empreinte d'une subjectivité qui avant tout l'écho des effets de la violence, qu'elle soit réelle ou imaginaire, bien plus que de la réalité de celle-ci. En ce sens la dangerosité telle qu'elle est mise en avant par ce texte de loi apparaît peu opérante et impossible à saisir dans une clinique psychiatrique qu'elle soit évaluative ou thérapeutique.

Le trouble de la personnalité, diagnostic anticipant la dangerosité ou venant la spécifier ?

La notion de grave trouble de la personnalité occupe une position centrale dans cette construction. Ceci pose une série de questions : Le constat d'un tel trouble doit-il être le fait d'une appréciation psychiatrique ou d'une appréciation criminologique ? Qui est légitimé pour accompagner de tels sujets pendant leur détention ? Le diagnostic de trouble de la personnalité est-il posé comme point de butée immuable ou bien sous-entend-t-il que seule une approche thérapeutique peut-être à même de faire évoluer ces sujets ? A qui revient-il d'apprécier l'évolution de ces sujets pour mettre fin à la mesure ?

⁷ Gravier B., Lustenberger Y., L'évaluation du risque de comportements violents : le point sur la question, Annales Médico Psychologiques, 2005 ; 163 : 668-680

⁸ Moulin V., Palaric R., Gravier B., Quelle position professionnelle adopter face à la diversité des problèmes posés par l'évaluation des dangerosités, L'Information Psychiatrique, 2012 ; 88 :617-629

⁹ Gravier B., Lustenberger Y., op. cité

¹⁰ Gravier B., Moulin V., Senon J.-L. L'évaluation actuarielle de la dangerosité, impasses éthiques et dérives sociétales, L'Information Psychiatrique 2012, 88 :599-604

On lie donc diagnostic, dangerosité et réponse sociale à travers la notion de troubles de la personnalité. Pourtant, s'il est un domaine dont la psychiatrie a du mal à se saisir dans le champ médico-légal, en tant que fait pathologique justifiant d'une prise en charge institutionnalisée et spécifique, c'est bien celui-là.

Les praticiens en milieu pénitentiaire connaissent bien cet inlassable débat entre soignants et surveillants concernant les détenus porteurs de troubles sévères de la personnalité : ces sujets relèvent –il du psychiatre ou de la sanction disciplinaire ?

Le législateur s'est ainsi emparé de la perplexité et du débat qui existe autour de la violence avec laquelle se manifestent certains troubles de la personnalité ; troubles que les psychiatres ne veulent pas assumer comme redevables d'une prise en charge globale et institutionnalisée et qui relèveraient plus d'une sociothérapie que d'un traitement¹¹. Le trouble de la personnalité en milieu médico-légal devient une sorte de fourre-tout où se retrouvent toutes les variations des troubles du comportement allant de la dyssocialité à la perversion.

Au centre du débat se trouve la notion de psychopathie à laquelle renvoient nombre de textes et de rapports. Pourtant une revue de littérature très fouillée à ce propos rappelle que « *peu de concepts psychologiques évoquent simultanément autant de fascination et d'incompréhension que la personnalité psychopathique* »¹². Le débat est actuellement loin d'être tranché entre la conception de la psychopathie comme entité psychopathologique unitaire et une vision qui réunit conjoncturellement chez certains individus des traits de personnalité qui vont colorer le comportement et les attitudes des sujets ainsi désignés. La seule unité se retrouve dans l'usage généralisé qui est fait de l'échelle de psychopathie créé par Hare et appelée PCL-R qui définit des scores et des seuils au delà desquels un sujet peut être considéré comme « psychopathe ».

D'ailleurs, le rapport d'orientation de l'audition publique sur la prise en charge de la psychopathie¹³ recommande de parler d'*organisation de la personnalité à expression psychopathique* plutôt que de *psychopathie*. Les travaux les plus récents tentent de proposer des modèles conceptuels permettant d'intégrer la complexité symptomatologique et processuelle de tout ce qui peut être regroupé sous le vocable de psychopathie¹⁴. Il apparaît cliniquement plus cohérent de s'en tenir à des catégories diagnostiques éprouvées tels que celles définies par la CIM-X qui distingue clairement *la personnalité dyssociale* (F 60.2) et *la personnalité émotionnellement labile* (F 60.3) avec deux sous-types, le *type impulsif* (F 60.30) et le *type borderline* (F60.31).

Plus l'on s'éloigne de la réduction que constitue la notion de trouble de la personnalité comme expression de la dangerosité, plus on peut s'attacher à pointer la diversité des organisations

¹¹ Merlini V. , personnes détenues présentant un grave désordre de la personnalité : la prise en charge au centre de sociothérapie « La Pâquerette » in Bertrand D. , Niveau G. (eds) Médecin Santé et Prison (2006), Médecine et Hygiène, Chêne-Bourg, 437-452.

¹² Skeem J.L., Polascheck D.L.L., Patrick C. J. Lilienfeld S. O. Psychopathic Personality : Bridging the Gap Between Scientific Evidence and Public Policy, *Psychological Science in the Public Interest*, 2011, 12(3) 95-162

¹³ Haute Autorité de Santé, Audition publique « prise en charge de la psychopathie », rapport d'orientation, mai 2006.

¹⁴ Patrick C., Drislane L. E, Strickland C., Conceptualizing Psychopathy in Triarchic Terms : Implication for treatment, *International Journal of Forensic MentL Health* (2012) 11 253-266.

psychopathologiques et symptomatiques qui permettent de mieux resituer le passage à l'acte dans une histoire singulière. Nous pouvons ainsi revenir dans l'espace de compétence de la psychiatrie qui peut interroger les dires et les actes des sujets comme autant de potentialités de rattacher ceux-ci à une possibilité de porter un regard sur soi. Ainsi, le recours à l'acte décrit par C. Balier peut s'inscrire dans un cortège de manifestations qui témoignent d'une angoisse diffuse, d'un vide intérieur, de la recherche des limites, d'une pauvreté fantasmatique et d'un vécu abandonnique fait de ruptures et d'abandon...

Ce sont autant de manifestations qui ne peuvent s'additionner mais doivent aider à donner une image non stigmatisée de ce qui est en jeu.

Mais, pourtant, à l'inverse, loin de ce regard clinique la pression exercée sur la pathologisation des troubles du comportement conduit à spécifier des diagnostics particuliers qui fonctionnent comme légitimation de privations de liberté indéterminées, dans des établissements spécifiques ou non, carcéraux ou sociothérapeutiques. Le programme des « dangerous and severe personality disorders » (DSPD) est ainsi un programme spécifique de détection et de prise en charge dans des unités fermées en Angleterre qui s'est développé à partir du postulat que « certaines pathologies de personnalité induisent et entretiennent des comportements criminels ». Selon ses promoteurs, il part des prémisses que de telles pathologies peuvent être identifiées avec une certaine fiabilité, que le risque de commission de crime sérieux par de tels individus est établi et que le traitement pourra permettre une diminution substantielle du risque dont ils sont porteurs. (Mullen, 2007)¹⁵. Les critères d'admission dans une telle unité reposent principalement sur l'utilisation de l'échelle de psychopathie de Hare (PCL-R). L'admission est possible à partir du moment où la personne concernée obtient un score de 30 ou plus lors de la passation de cette échelle, ou lorsqu'un score inférieur (entre 25 et 29) est couplé à un diagnostic de trouble de la personnalité autre que celui de trouble de la personnalité antisociale¹⁶. On le voit, il s'agit alors de toute autre chose que d'appréciation clinique mais de l'asservissement du diagnostic et du regard clinique à des normes métriques, pénales et pénitentiaires à partir d'une catégorie « diagnostique » façonnée pour l'occasion.

Le psychiatre expert doit répondre à la question de l'évaluation du risque de violence et à celle de l'adéquation des mesures thérapeutiques.

Avec le développement des mesures pénales, l'expertise psychiatrique prend une importance particulière autant dans l'évaluation du risque que fait courir la personne que dans l'évaluation des dispositions thérapeutiques les plus appropriées. Elle est prospective et non plus seulement rétrospective¹⁷. Elle est diachronique et longitudinale et ne se limite plus à l'appréciation de l'état psychique au moment des faits. Lorsqu'elle se répète au cours de l'exécution de la peine, l'expert doit pouvoir apprécier l'éventuelle évolution de la personne à la faveur de son parcours pénal.

¹⁵ Mullen P. E., Dangerous and severe personality disorders and in need of treatment, *British Journal of Psychiatry* (2007) 190 (supp 49) s3-s7.

¹⁶ K. Howells, G. Krishnan & M. Daffern Challenges in the treatment of dangerous and severe personality disorder, *Advances in Psychiatric Treatment* (2007), vol. 13, 325-332

¹⁷ Archer E. Expertise psychiatrique de prélibération, *Annales Médico Psychologiques* (2006) 164 : 857-863.

Les précautions déjà évoquées dans de précédents travaux ¹⁸restent de mise :

- l'évaluation du risque doit être revue en fonction de la fluctuation de l'état mental, des facteurs environnementaux, des facteurs de stress, etc.
- Le pronostic criminologique se trouve toujours au double risque, soit de s'obnubiler de la violence du sujet, soit, à l'inverse, d'être brouillé par les modalités relationnelles propres au sujet entre séduction, banalisation, ou capacité d'emprise

L'enjeu reste toujours de restituer notre compréhension de ce qui se joue sur la scène de la violence interne du sujet : comment a-t-il pu apprendre à se connaître, à anticiper sa violence et à identifier qu'il se met à risque ?

Le clinicien doit aussi être capable d'apprécier la manière dont le sujet gère les événements traumatiques, affronte son affectivité ou, au contraire, prend la mesure de son anesthésie affective.

Il a déjà été beaucoup écrit sur l'intérêt et les limites des outils d'évaluation du risque, qu'ils soient actuariels, ou procèdent d'un jugement clinique structuré ou semi-structuré comme la HCR-20. L'intérêt de ce dernier type d'instrument est d'allier l'évaluation de variables statiques liées à l'histoire de la personne aux variables dynamiques qui peuvent conduire à une intervention et se modifier en fonction de l'évolution individuelle. Ils permettent « *d'exprimer un niveau de risque à partir d'une discussion, d'une analyse, d'une combinaison et d'une pondération des items.* », mais aussi de « *favoriser les échanges et confrontations entre évaluateurs afin d'optimiser la qualité des analyses, notamment la fidélité inter juge* » ¹⁹. Il n'est donc pas question d'utiliser de tels instruments de manière isolée et déconnectée de la clinique, sans que les considérations qui en découlent ne fassent l'objet d'échanges et de supervision. Dans le même ordre d'idée, il ne peut être question de les réduire à un seul score utilisé comme prédicteur indiscutable.

Évaluer le risque de récurrence d'un point de vue médical, n'a de validité qu'en référence à une démarche clinique claire qui impose de poser un diagnostic et, à partir de ce diagnostic d'organiser les points de repères qui permettent de structurer une véritable discussion médico-légale en fonction, notamment, des facteurs de risque, de protection et des vulnérabilités identifiables.

« Il s'agit d'évaluer le rapport de l'expertisé à la violence. Au travers des éléments anamnestiques bien sûr, sa propre violence mais aussi celle subie ; au travers de la dynamique relationnelle qui s'engage dans le processus d'expertise ; au travers de l'observation clinique et des capacités d'élaboration de l'expertisé. Lister et trier les composants d'ordre psychologique, psychiatrique, situationnel, etc., les mettre en perspective les uns par rapport aux autres et

¹⁸ Gravier B, (2008) Comment évaluer la dangerosité dans le cadre de l'expertise psychiatrique et quelles sont les difficultés et les pièges de cette évaluation? in Senon J.-L., Pascal, J.-C., Rossinelli G., Expertise psychiatrique pénale, John Libbey Eurotext, 151-163.

¹⁹ Moulin V., Gasser J. Intérêt et limites de l'évaluation du risque de récurrence d'actes illégaux dans les expertises psychiatriques, Rev. Med Suisse, 2012 ; 8 : 1775-80

repérer ceux qui paraissent les plus pertinents ou les plus susceptibles de représenter un point d'action (thérapeutique ou autre). »²⁰

En droit suisse, dans les expertises pré-sentencielles l'expert qui aura à se prononcer sur le bien fondé d'une mesure pénale, au sens décrit plus haut, doit respecter trois principes de base :

- Une mesure doit être adéquate et respecter un certain principe de proportionnalité entre l'acte commis et la restriction de la liberté entraînée par la mesure
- Une mesure doit être nécessaire pour prodiguer un traitement qui ait des chances de succès
- Une mesure doit être applicable, c'est à dire que les possibilités thérapeutiques doivent véritablement exister.

Ces principes qui relèvent du bon sens sont souvent perdus de vue lorsque la privation de liberté se prolonge et que l'évaluation ne permet pas de souligner une évolution probante. Il est donc de la compétence de l'expert de s'interroger sur la manière dont l'environnement pénitentiaire interagit avec la dynamique psychique du détenu et lui permet d'accéder aux ressources susceptibles de lui proposer un espace thérapeutique.

Des attentes démesurées et inappropriées par rapport à la psychiatrie

Un soin imposé par la justice ne peut l'être qu'après une expertise. Il est maintenant reconnu qu'un dispositif thérapeutique instauré par voie judiciaire, à partir du moment où peuvent être travaillés « demande de soins et reconnaissance des dysfonctionnements psychiques (...) peut contribuer à prévenir la répétition de comportement délétères »²¹

Lorsque le juge indique au condamné qu'il doit suivre une thérapie, la confusion s'installe quasi inéluctablement, autant pour le patient que pour le psychiatre ou le psychologue qui sera amené à recevoir la demande. L'injonction n'est qu'une incitation forte et beaucoup de clarifications et de cheminements seront nécessaires avant qu'une authentique démarche ne se mette en forme. La confrontation du sujet à la justice est, avant tout, déclencheur d'une rencontre.

Il existe une très forte pression sur le soin à l'intention de ces sujets. Les instances politiques et judiciaires témoignent souvent d'attentes démesurées en regard des moyens et des structures largement insuffisantes qui existent dans ce domaine. Ces attentes se compliquent, d'une grande confusion quant à ce que l'on peut attendre du soin psychiatrique en général et de la psychothérapie en particulier. Pour les magistrats, avocats, et acteurs du monde pénitentiaires le terme thérapie est souvent employé en parfaite méconnaissance. La psychothérapie apparaît ainsi parée de vertus qui l'éloignent de sa réalité thérapeutique : mélange de prise de conscience à travers la reconnaissance de la gravité des actes commis, de contrition et de

²⁰ Delacrausaz P, Gasser J. La place des instruments d'évaluation du risque de récidive dans la pratique de l'expertise psychiatrique pénale : l'exemple lausannois. L'Information psychiatrique 2012 ; 88 : 439-43

²¹ David M., Paulet C., Laurencin G. information psychiatrique 2012 ;88 : 605-15

repentir, rééducation de comportements socialement inacceptables, etc. La psychothérapie est souvent comprise comme une sorte de parcours moral.

Au regard de la commande sociale, Le psychiatre traitant peut parler de son regard de thérapeute mais il ne peut être l'expert !

La tension va s'exacerber lorsque le thérapeute devra rendre compte de son travail à l'autorité qui le mandate. Il n'est plus alors un simple témoin mais ne doit ni ne peut, non plus, se prévaloir d'un rôle d'expert, compte tenu de sa place particulière auprès de son patient. Il y a un espace spécifique à définir, ce qu'ont fait les tribunaux anglais en entendant le thérapeute comme « témoin professionnel »²². L'enjeu est bien de témoigner dans le respect du mandat social, mais aussi de l'identité spécifique de psychothérapeute

Un traitement doit être évalué dans ce qu'il apporte de soulagement ou d'effet thérapeutique. A contrario, en accord avec la logique pénale, les autorités se soucient avant tout de l'influence de ce traitement sur la diminution de la dangerosité de la personne qui y est astreinte et la prévention du risque de récidive. Nous nous trouvons ainsi au cœur d'un autre conflit majeur de la pratique en psychiatrie forensique : L'efficacité du traitement doit-elle être évaluée en fonction de l'apaisement des symptômes du patient, quels qu'ils soient, ou doit-elle être guidée par des préoccupations de sécurité publique ?

Un consensus se dégage néanmoins pour souligner l'importance et les apports des approches psychothérapeutiques, et notamment les psychothérapies d'inspiration psychodynamique²³ ²⁴ Il convient cependant d'être très prudent pour privilégier une approche spécifique²⁵,²⁶ . L'important est d'intégrer les contingences propres à la réalité judiciaire du patient en s'inscrivant dans une démarche pluridisciplinaire.²⁷

Certaines méta analyses soulignent que les approches qui semblent les plus probantes dans cette optique, sont celles où le thérapeute inclut dans sa démarche des stratégies de prévention de la récidive (*relapse prevention programs*)²⁸. D'autres méta analyses soulignent que, indépendamment des écoles, la prévention de la récidive apparaît tributaire de trois principes :

- prise en charge des sujets à haut risque (*risk principle*),

²² Taylor RWM, Buchanan A. Ethical problems in forensic psychiatry. *Curr Opin Psychiatry* 1998 ; 11:695-702

²³ Schott M. Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie im Massregelvollzug. *Behandlung schwer gestörter Patienten. Psychotherapeut* 2009 ; 54 :251-256.

²⁴ Hoffmann K. The use of psychoanalytical knowledge during the implementation of penal measures. *International Forum of Psychoanalysis* 2009; 18:3-10.

²⁵ Milgrom E, Bouchard P, Olié JP. La prévention médicale de la récidive chez les délinquants sexuels, Rapport adopté le 8 juin 2010 par l'Académie Nationale de Médecine, consultable sur www.academie-medecine.fr

²⁶ Aubut J, Quels sont actuellement les moyens et les modalités spécifiques d'organisation recommandés dans le traitement des auteurs d'agression sexuelle ? in Thurin JM, Allilaire F. 5ème Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie, psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles, John Libbey Eurotext, Paris. Consultable sur internet <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confagrsex/RapportsExperts/Aubut.html>

²⁷ Hoffman op. cité

²⁸ White P, Bradley C, Ferriter M, Hatzipetrou L. Management for people with disorders of sexual preference and for convicted sexual offenders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1998, issue 4. Art. No.: CD000251.DOI:10.1002/14651858.CD000251

- intérêt porté aux facteurs criminogènes (impulsivité, asocialité, instabilité, intérêts sexuels déviants, *need principle*)
- attention portée au mode de vie et à la réceptivité du patient, sa motivation, son style d'apprentissage social (*responsivity principle*).²⁹

« En somme, ceci correspond à ce que la littérature portant sur la psychothérapie en général identifie comme un besoin de flexibilité dans la mise en place du traitement » en conclut Marshall,³⁰ qui rejoint la préoccupation mentionnée plus haut d'intégrer dans la démarche de soin l'ensemble de la réalité du patient et de ne pas réduire l'approche thérapeutique à une seule dimension criminologique.

Dans un contexte où une décision de justice impose un traitement spécifique, le médecin reste-t-il guidé par les principes déontologiques et éthiques ou sa mission d'agent de l'Etat soucieux de la sécurité publique l'emporte-t-elle sur toute autre considération ? Dans ce contexte, le soignant doit-il se référer à une vision éthique différente de celle du thérapeute en d'autres contextes en privilégiant la réponse au mandat qui lui est donnée par l'autorité ? De notre point de vue, la réponse est clairement non ! Le soignant doit pouvoir garantir à son patient que ses interventions obéissent aux mêmes règles déontologiques que pour tout autre patient non soumis à une injonction judiciaire, notamment en matière de traitement sous contrainte (par exemple en cas de nécessité de prescription d'un traitement neuroleptique).

Ceci vaut aussi pour la question de la transmission d'information à des tiers. Sans le consentement du patient et l'autorisation de celui-ci de renseigner l'autorité³¹, le médecin qui reçoit de tels mandats reste soumis au droit commun de la santé. Le devenir du détenu est cependant fortement tributaire de son évolution psychique et, potentiellement, de ce qui sera dit du soin aux autorités.

Peut-on rendre compte de ce qui se passe dans la relation thérapeutique sans mettre à mal la possible alliance thérapeutique ? Comment dépasser le sentiment de «coercition perçue»,³² corollaire de l'obligation de soin pour permettre à une authentique relation thérapeutique de se déployer ? Une patiente clarification des attentes mutuelles des autorités judiciaires et des thérapeutes (en termes de restitution du travail thérapeutique et des limites de cette restitution), et de ce qui restera confidentiel de l'acte de soin, permet au soignant de se placer en tiers dans une fonction et une posture spécifiques.

Le thérapeute n'est pas l'expert et n'a pas à renseigner l'autorité sur des questions de pronostic de dangerosité. Détenteur d'un mandat, il ne peut pas, par contre, refuser l'échange avec ces autorités. C'est en acceptant et en rendant possible cet échange entre les institutions

²⁹ Hanson RK, Bourgon G, Helmus L, Hodgson S. The principles of effective Correctional treatment also apply to sexual offenders: a meta analysis. *Criminal Justice and Behavior* 2009; 36: 865-891.

³⁰ Marshall WL, Serran GA, Marshall LE, O'Brien MD. Programme de prise en charge des délinquants sexuels au sein de la clinique Rockwood. In Coutanceau R, Smith J. (eds). *La Violence Sexuelle, approche psycho-criminologique*. Dunod : Paris, 2010 : 287-305.

³¹ Ceci est possible en droit suisse.

³² Monahan J, Hoge SK, Lidz C, et al. Coercion and commitment : Understanding involuntary mental hospital admission. *Int J Law Psychiatry* 1995;18:249-63.

concernées (judiciaires, médicales...) que peut s'instaurer une alliance qui permette élaboration et construction d'un projet authentiquement thérapeutique.

Une articulation est-elle possible avec des instances non médicales guidées par d'autres perspectives que le soin ? Cette question est l'objet de débats parfois tendus, notamment dans le domaine pénitentiaire où la question est alors posée de l'indépendance du médecin qui se trouve à devoir assumer l'exécution du traitement ordonné par l'autorité judiciaire. Même dans un tel contexte, cette indépendance ne peut se discuter car la perte de celle-ci aboutirait inévitablement à une instrumentalisation de la médecine à d'autres fins que le soin.

La réflexion éthique impose cependant de prendre en considération le caractère contradictoire de la situation du thérapeute dans un tel dispositif : en rendant compte à l'autorité, il peut, d'une certaine manière, participer à une décision qui va prolonger une détention et donc s'opposer au principe de non-malfaisance. Il n'y a pas de réponse toute faite mais une attitude générale qui conduit à définir contractuellement avec le patient de quelle manière le traitement peut prendre forme, de l'informer le plus loyalement possible de ce qui va être restitué et de respecter son refus éventuel de délier son thérapeute du secret médical. Les situations complexes sont légions et imposent débats, échanges et élaborations autant avec les autorités judiciaires que sanitaires.³³

De la place du psychiatre

Bien sûr, la prévention du risque de réitération est une préoccupation que tous les acteurs qui interviennent dans ces domaines se doivent de partager. Il n'est pas possible de faire abstraction du contexte du soin et des pressions mentionnées plus haut.

Cependant, la prévention de la récidive est une démarche criminologique qui ne peut se concevoir que de manière pluridisciplinaire en prenant en considération tous les éléments qui entrent en jeu dans la réponse sociale (privation de liberté, accompagnement social, etc.) et non en se focalisant sur la seule thérapeutique. L'examen par des commissions spécialisées mais pluridisciplinaires qui mettent en perspective les différents regards portés sur le condamné peut donner une lecture qui pondère les différents facteurs qui entrent en jeu dans l'évolution ou l'absence d'évolution de la personne. Le regard clinique du psychiatre s'en trouve, à partir de l'expérience que nous avons de ces commissions, relativisé et placé à une place plus adéquate qui l'éloigne de celle de l'oracle pour se rapprocher de celle de celui qui va apporter un éclairage sur le fonctionnement psychique du sujet avec toute la relativité que cela implique.

Le psychiatre peut contribuer à la prévention de la récidive en restant au plus près de son art et obéissant à une pratique rigoureuse fondée sur la séparation stricte des fonctions expertales et thérapeutiques et sur une démarche clinique qui ressortit d'une sémiologie solide, d'une démarche diagnostique étayée sur l'observation clinique et d'une évaluation thérapeutique au plus près des possibilités de mobilisation effective de la personne.

³³ Gravier B., Eytan A. (2011) Enjeux éthiques de la psychiatrie sous contrainte, Rev. Med Suisse, 2011 ; 7 :1806-11

La mobilisation thérapeutique ne peut que se fonder sur une appréciation de ce qui peut permettre d'accéder à la souffrance intime du sujet et non sur une approche quasi orthopédique de prises en charge qui se cantonnent à la confrontation stérile aux actes commis.

Dans ce contexte, les outils d'évaluation, et notamment les jugements cliniques structurés prennent toute leur valeur dans la mesure où ils s'intègrent à la démarche clinique globale et non pas si toute clinique se trouve réduite à ces seuls instruments d'évaluation.