

# Prise en charge des psychopathes graves au quartier de la maison centrale de Château-Thierry

G. SERIO\*, S. AIGROT\*, N. LONGUET\*\*,  
J. DAUMAL\*\*, D. RIVALS-HAULLER\*\*

## INTRODUCTION

- Rapport des docteurs Piel et Roelandt

## LA NOUVELLE PROCÉDURE D'AFFECTATION À CHATEAU-THIERRY

*Note ministérielle du 5 mars 2001 par madame  
M. Viallet, directrice de l'Assistance publique  
par délégation pour le garde des Sceaux,  
ministre de la Justice  
Remarques critiques sur la nouvelle procédure  
d'affectation*

## ÉTUDE DE LA NOUVELLE POPULATION ACCUEILLIE À CHATEAU-THIERRY

### Introduction

*Programme de recherche sur le diagnostic  
et le traitement des psychopathes transférés  
à Château-Thierry*

*Le diagnostic de psychopathie grave  
Le programme thérapeutique au Quartier  
de la Maison Centrale de Château-Thierry*

- Revue de la littérature

- La prise en charge à Château-Thierry

L'équipe médico-psychologique

Le service fermé de l'Unité Psychiatrique  
de Rattachement du Centre Pénitentiaire  
de Château-Thierry

Le rôle de la pénitentiaire

### L'évaluation

- De la curabilité

- De la réadaptabilité

- Sur l'utilisation de l'échelle de Hare à visée  
pronostique

## INTRODUCTION

L'année 2000 a été marquée, après les commissions  
d'enquête parlementaires sur les conditions de  
détenue dans les établissements pénitentiaires de  
France par les constats suivants :

- la présence de détenus présentant des troubles psy-  
chiatriques et l'insuffisance de la prise en charge psy-  
chiatrique, ainsi que des difficultés d'hospitalisation par  
l'application de l'article D-398 (1 000 cas sur 2 000 HO  
en France) ;

- les députés évoquaient la mise en place d'établissements  
spécialisés, des unités hospitalières intersectorielles sécu-  
risées, des établissements à double tutelle ou un proto-  
type "d'hôpital prison" (type Château-Thierry) ;

- les sénateurs évoquaient le renforcement des unités fer-  
mées des hôpitaux psychiatriques et le doublement des  
lits en UMD ainsi que le problème des expertises psy-  
chiatriques et de l'irresponsabilité pénale.

Le rapport des docteurs Piel et Roelandt (juillet 2001 —  
de la psychiatrie vers la santé mentale) incitant à repen-  
ser la loi de 1990 sur les soins sous contrainte, invite à ne  
pas confondre traitement obligatoire et obligation de  
soins, obligation de soigner et obligation de se soigner,  
danger pour soi et danger pour autrui.

L'intervention thérapeutique auprès d'une personne hors  
d'état de donner son consentement est d'abord néces-  
saire. Elle n'est obligatoire qu'en référence à "l'assistance  
à personne en danger". Elle est éthiquement nécessaire et  
légalement obligatoire. Ils proposent une loi déspecifiée  
pour l'obligation de soins (avec évaluation sur 72 heures  
dans un Centre d'Accueil Intersectoriel débouchant ou  
pas sur des soins ambulatoires ou des soins en hospita-  
lisation) rejetant la notion de "garde à vue psychiatrique".  
Ils réfutent obligation de soins et enfermement, rejetant  
les structures intersectorielles fermées, ceci nécessitant

\*Psychiatre

\*\*Psychologue, Maison centrale de Château-Thierry

"des hommes à la place des murs".

L'organisation des soins aux personnes sous main de justice pose l'articulation de la logique des soins et de la logique pénale. Pour les auteurs, dans les prisons, il ne devrait y avoir que des soins en ambulatoire.

Quant à l'hospitalisation des personnes placées sous main de justice nécessitant des soins psychiatriques, elles relèveraient d'UHSI psychiatriques (Unités d'hospitalisation sécurisées interrégionales) intégrées aux projets somatiques d'UHSI avec la même organisation de garde périmétrique par les agents de l'administration pénitentiaire ou de la police, étant placés pour les soins, sous la responsabilité d'un psychiatre étendant ainsi le rôle des SMPR.

Les auteurs évoquent d'autres solutions qu'ils réfutent :

- l'une consisterait à regrouper dans des "établissements sous double tutelle", des prisons-hôpitaux en quelque sorte, les malades mentaux détenus, cela étant contraire aux droits de l'homme par son côté arbitraire et ségrégatif ;

- l'autre consisterait en la création d'une structure spécifique d'hospitalisation liée au SMPR dans l'enceinte de quelques établissements pénitentiaires dont l'accès, la sécurité extérieure et intérieure seraient sous la responsabilité des personnes de l'Administration Pénitentiaire (UHSI psychiatriques localisées dans les établissements pénitentiaires) rejetés par la majorité des psychiatres travaillant en milieu pénitentiaire, qui souhaitent des lieux différenciés. Ils citent Château-Thierry : *"La prison de Château-Thierry, où sont regroupés des détenus malades mentaux dans la partie maison centrale surprend lorsqu'on la visite. Elle a une réputation péjorative que ne méritent ni les personnes détenues, ni les personnels de l'Administration Pénitentiaire (qui a fait des efforts sur leurs effectifs), ni les personnels soignants. Effectivement, ce petit établissement a le mérite de démontrer, avec modestie et discrétion, qu'une attention respectueuse envers les détenus et une collaboration étroite entre les soignants et les personnels de surveillance permet d'apaiser les conflits et de soigner les malades avec efficacité. Si l'on ose dire : il n'en faut pas plus !"*

Dans les conclusions plus générales, il est proposé qu'il ne devrait n'y avoir dans les prisons que des soins ambulatoires et qu'il ne saurait y avoir des personnes détenues dans les unités de soins en milieu ordinaire :

- en UHSI psychiatrique pour les personnes incarcérées ;  
- dans les unités soignantes de secteurs, en ambulatoire ou non pour les personnes bénéficiant d'un régime de liberté surveillée, conditionnelle ou autre ; et sous la responsabilité et le suivi du juge d'application des peines. Deux questions, qui sont au cœur même de l'activité de Château-Thierry, restent posées :

- comment favoriser la réinsertion des personnes détenues nécessitant des soins spécialisés de longue durée ? Elle ne peut évidemment se faire qu'en étroite collaboration entre les personnels de l'Administration Pénitentiaire et ceux de la Santé afin d'intégrer les dynamiques et les mouvements mis en jeu dans chaque champ par cette personne ;

- concernant les personnes détenues dont l'état psychique les rend durablement porteuses de troubles violents du comportement et dont les soins ne peuvent être envisagés que dans le temps de la chronicité même de la pathologie (articulation UHSI psychiatrique — soins ambulatoires en milieu pénitentiaire).

Questions :

- combien sont-elles, ces personnes ?

- où sont-elles actuellement ?

- sont-elles regroupées avec des détenus particulièrement dangereux et/ou malades mentaux ?

Ces données ne sont pas disponibles d'après les auteurs. Rappelons que 80 % des budgets de la psychiatrie en milieu carcéral vont dans les SMPR (26 SMPR pour 187 établissements) qui n'accueillent en principe que les sujets demandeurs ; l'enfermement psychiatrique dans les pavillons fermés pour les cas psychiatriques lourds (article D-398 du CPP) mal préparé en secteur ordinaire, et le peu de détenus en UMD (10 à 15 %) relance la question des "problèmes rares de patients très malades et très violents pour lesquels des solutions devraient être pensées dans le cadre de la réforme des soins obligatoires..."

Il est utile ici d'indiquer que du côté pénitentiaire, après le rapport Canivet et la Commission d'enquête parlementaire de l'Assemblée nationale, madame la Garde des Sceaux, ministre de la Justice, lançait une vaste concertation dans les préparatifs d'une grande loi pénitentiaire qui, entre autres, portait sur un questionnaire sur la classification des établissements pénitentiaires et particulièrement :

- convient-il de ne plus lier les catégories d'établissement avec la situation pénale du condamné et le régime de l'application des peines mais d'après des critères plus larges : quantum de peine ou reliquat de peine, personnalité du détenu, sa dangerosité, son âge, la proximité familiale, le parcours de réinsertion ?

- faut-il affecter les condamnés selon les niveaux de sécurité des établissements pour peines ou selon de la nécessité d'une prise en charge adaptée (malades, personnes âgées ou affectées de troubles du comportement, mineurs condamnés, délinquants sexuels) ?

- faut-il créer des établissements ou des quartiers spécialisés dans la prise en charge de certaines catégories de détenus (exemple : détenus à troubles du comportement...) ?

- faut-il créer des établissements à double tutelle Justice/Santé pour les détenus à troubles du comportement ?

Marylise Le Branchu

## LA NOUVELLE PROCÉDURE D'AFFECTATION À CHATEAU-THIERRY

**N**ous commencerons par présenter intégralement les nouvelles directives de la Garde des Sceaux, ministre de la Justice.

**Note ministérielle du 5 mars 2001 de madame Martine Viallet, Directrice de l'administration pénitentiaire par délégation pour la garde des Sceaux, ministre de la Justice**

*"En raison de la prise en charge des soins en milieu pénitentiaire par le service public hospitalier, la maison centrale de Château-Thierry a perdu sa qualification de structure sanitaire.*

Une note de la Direction de l'administration pénitentiaire en date du 15 mai 1996, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 1996, a défini de nouvelles conditions d'orientation et d'affectation des condamnés au sein du quartier maison centrale de Château-Thierry et institué une procédure spécifique d'affectation dans cet établissement.

Parallèlement, une note de la Direction des hôpitaux en date du 31 mai 1996, relative à l'évolution de cet établissement pénitentiaire et à ses implications sanitaires, était adressée aux directions régionales des affaires sanitaires et sociales, aux directions départementales des affaires sanitaires et sociales ainsi qu'aux établissements de santé concernés.

Un comité de pilotage, chargé de suivre l'ensemble de l'évolution du projet d'établissement, a été constitué.

Il a été confirmé dernièrement que l'établissement fonctionnerait en moyenne à 50 % de sa capacité d'affectation (54 détenus pour 114 places au 1<sup>er</sup> janvier 1999).

Il apparaît néanmoins :

- qu'il existe une population pénale répondant aux critères d'affectation de l'établissement qui pourrait bénéficier de cette structure mais pour laquelle cette solution n'a jamais été envisagée ;
- que, de ce fait, le problème de sous-effectifs est dû, pour partie, à un problème d'information des autorités pénitentiaires ou médicales, pour partie à une procédure d'affectation qui ne tient pas suffisamment compte du caractère désormais purement pénitentiaire de cette structure.

La présente note a pour objet :

- de rappeler la nouvelle vocation de l'établissement ;
- de préciser de façon plus concrète les critères d'affectation ;
- de modifier la procédure d'admission en tenant compte de la vocation spécifique de l'établissement.

La Direction des hôpitaux établit une note à destination des Directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales pour informer de ces modifications et en assurer la diffusion auprès des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

I. L'objectif d'un passage à la maison centrale de Château-Thierry

La maison centrale de Château-Thierry est avant tout un lieu d'affectation.

Ce lieu est destiné à permettre à un détenu, qui rencontre de sérieuses difficultés pour s'intégrer à un régime de détention classique ou qui est resté longtemps à l'isolement, de restaurer des liens sociaux et de se réadapter à la détention ordinaire après un séjour temporaire à l'établissement.

Il permet au détenu de vivre, pendant un temps, une détention avec un encadrement différent et un suivi personnalisé, cette structure bénéficiant de moyens pénitentiaires et sanitaires renforcés.

À titre d'exemple, près d'un tiers des détenus ayant quitté

la maison centrale de Château-Thierry en 1998 et encore incarcérés à ce jour, exécutent leur peine en détention normale.

II. Les critères d'orientation à l'établissement

1. Le condamné doit avoir un reliquat de peine supérieur ou égal à dix-huit mois.

2. Bien que ne relevant, au moment de la demande ni d'une hospitalisation en service médico-psychologique régional, ni d'une hospitalisation d'office, le détenu n'arrive pas à s'intégrer à un régime de détention classique.

À titre d'exemple, cette impossibilité peut se manifester par les comportements suivants :

- peur ou refus de sortir d'un isolement de longue durée ;
- manque d'hygiène grave, régression, état de prostration, retrait par rapport à la collectivité ;
- ingestions répétitives de corps étrangers ;
- automutilations fréquentes ;
- tentatives de suicide répétées, personnalité passive entraînant des sévices ou agressions renouvelées de la part d'autres codétenus ;
- agressivité constante et incontrôlable (sans que cela corresponde à des cas disciplinaires).

L'affectation à la maison centrale de Château-Thierry peut également à ces conditions, être proposée, à l'occasion d'une première affectation.

III. La procédure d'affectation

Désormais, les demandes d'affectation à la maison centrale de Château-Thierry ne sont plus subordonnées à l'existence d'un avis favorable du psychiatre de l'établissement pénitentiaire d'origine.

1. La demande d'affectation

Elle est faite par le directeur de l'établissement pénitentiaire où est incarcéré le détenu :

- soit de sa propre initiative ;
- soit sur l'initiative du psychiatre de cet établissement.

Le directeur d'établissement remplit de façon exhaustive l'imprimé de propositions d'affectation joint en annexe. Cet imprimé est transmis au bureau de gestion de la détention par l'intermédiaire de la direction régionale.

Dans les deux cas, concomitamment, le psychiatre de l'établissement d'origine, après concertation avec le médecin-chef du service médico-psychologique régional dont dépend l'établissement pénitentiaire, atteste que l'intéressé ne relève ni d'une hospitalisation en service médico-psychologique régional ni d'une hospitalisation d'office.

À cette fin, il remplit le formulaire spécial joint en annexe, qu'il transmet au chef d'établissement pour être intégré au dossier d'orientation.

Ce médecin en adresse également une copie pour information au psychiatre hospitalier responsable de l'équipe de secteur intervenant à la maison centrale de Château-Thierry.

## 2. La décision d'affectation

Ce formulaire et la demande d'orientation sont transmis au bureau de gestion de la détention qui apprécie l'opportunité de prendre une décision d'affectation à l'établissement pénitentiaire de Château-Thierry.

Vous informerez les chefs d'établissements de ces nouvelles modalités et vous leur ferez parvenir les nouveaux imprimés afin qu'ils puissent être utilisés, en remplacement des précédents.

Cette note prend effet immédiatement.

Vous voudrez bien veiller à la mise en œuvre des présentes instructions et me tenir informée des éventuelles difficultés que vous rencontreriez."

### Remarques critiques sur la nouvelle procédure d'affectation

Comme il est cité dans le texte, "désormais, les demandes d'affectation à la maison centrale de Château-Thierry ne sont plus subordonnées à l'existence d'un avis favorable du psychiatre de l'établissement pénitentiaire d'origine", il en résulte, pour les cas sur l'initiative du directeur de l'établissement pénitentiaire d'origine du détenu, des risques de dysfonctionnements tels que résumés dans une lettre que nous avons jugée utile d'écrire par précaution et adressée aux autorités de tutelles, ainsi qu'aux différentes instances sanitaires et associatives représentatives de l'exercice de la psychiatrie en milieu carcéral. Les principales recommandations concernent :

- une réunion a permis assez rapidement d'explicitier avec SD1, la nécessité pour le psychiatre correspondant d'origine (s'il en a connaissance) de la nature des difficultés présentées par le détenu sur le site, de nous communiquer alors dans le même temps son avis diagnostique, thérapeutique et pronostique ;
- la nécessité pour le détenu d'être informé de la procédure de transfert sur Château-Thierry ;
- de tenir suffisamment compte par SD1 des demandes d'affectation prises sur l'initiative des psychiatres de l'établissement d'origine (nombreux appels téléphoniques en ce sens) et qui restent, comme par le passé, confrontés à la nécessité impérieuse d'un relais ;
- si, en termes de moyens, la pénitentiaire avec l'équipe actuelle de direction a effectué des progrès remarquables dans les prestations d'activité groupales aux détenus, à commencer par les besoins élémentaires en hygiène ; **côté santé**, malgré l'appui et le soutien de monsieur Egert et tenant compte des 35 heures et de la montée en charge prévisible des effectifs sur le site, un point de rupture risque de se produire sans le réajustement des temps soignants nécessaires au plan psychiatrique. De même, à côté du travail habituel de Château-Thierry avec les UMD (Henri Colin, Cadillac surtout), la nécessité d'un relais psychiatrique structuré sur le site de la VI<sup>e</sup> Hommes de l'EPSMD de l'Aisne est indispensable pour un travail en réseau efficace ;
- la nouvelle catégorie de détenus accueillis sur le site comme nous le développerons au chapitre suivant concentre en effet des détenus :
  - condamnés longues peines (souvent pour des crimes sexuels),
  - avec des troubles violents du comportement allongeant

encore davantage leur temps de peine,

- qui, paradoxalement, nécessiteraient des soins spécialisés de longue durée,
- qui, pourtant, sont exclus du système de soins (ni HO, ni SMPR) car non demandeurs, apparemment sans conscience de culpabilité et souvent décrits "sans délire extériorisé..." par nos confrères ;
- ceci nécessite, dans le cadre légal français et avec un souci éthique rigoureux qui est le meilleur garant d'une thérapeutique efficace (cf. lois) :
- un **travail de recherche** et d'approfondissement des études menées sur le site, avec une coopération et une ouverture vers des équipes qui, en Europe, travaillent sur cette population, avec des études contrôlées et l'introduction de critères d'évaluation,
- note 1 : l'intérêt éventuel à **titre préventif** chez les jeunes en voie de psychopathisation grave comme semblent les confirmer les données anamnestiques,
- note 2 : une aide, un apport aux **décisions des JAP** à côté des expertises, par le fruit de ces travaux, sur les demandes de liberté conditionnelles, en termes de risque de récidive ("les rechutés") ou de nature de suivi post-carcéral.

## ÉTUDE DE LA NOUVELLE POPULATION ACCUEILLIE À CHATEAU-THIERRY

### Introduction

Contrairement à la procédure d'affectation antérieure, la nouvelle procédure d'affectation dans sa paradoxalité, cible très clairement les **psychopathies graves** comme critère d'affectation, alors que nous recevions auparavant, avec la même paradoxalité, une majorité des **psychotiques chroniques**. Ce recentrage sur ce que nous appellerons le noyau dur des psychopathies est à la fois un défi diagnostique, thérapeutique et pronostique.

#### Sur le plan diagnostique

Rappelons que la méthodologie diagnostique est le croisement entre les expertises dont a pu bénéficier le sujet, le passage au CNO, les avis des psychiatres des SMPR, des CHS (ante ou post-delictum) avec un brassage des critères diagnostiques supposés ou déduits, et des avis diagnostiques après observation prolongée sur le site même de Château-Thierry. De nouvelles approches psychométriques sont incontournables avec les mêmes difficultés que les critères CIM ou DSM et les mêmes critiques : l'échelle de psychopathie de HARE.

#### Sur le plan thérapeutique

L'exclusion du système de soins (dans le cadre légal en vigueur) est la conséquence très souvent au-delà de la psychopathologie propre du sujet, des dysfonctionnements santé/pénitentiaire, de la iatrogénicité secrétée par la carcéralité, mais aussi du manque de formation, de travail en réseau et en équipe des équipes soignantes, d'approches théoriques tronquées, et aussi des manques de moyens et d'intérêt que suscitent ces pathologies de la personnalité auprès des psychiatres. Le clivage, le déni, l'activité projective et l'agir compulsif du sujet obligent à

intégrer pleinement la pénitencière, dans la prise en charge institutionnelle du sujet, en analysant tous les phénomènes générant l'angoisse et l'agir prédateur du psychopathe incarcéré longue peine ou le défi de la mort (la sienne et celle d'autrui) est constamment à l'œuvre. L'éthique, la déontologie médicale sont ainsi les meilleurs garants de l'efficacité thérapeutique, rejoignant *in fine* l'immense besoin de revalorisation narcissique du sujet. Le cadre sécuritaire, contenant, structurant, est le meilleur pare-excitation pour le patient, condition *sine qua non* de la sécurisation interne primordiale du sujet pour favoriser l'étayage et l'intériorisation du cadre thérapeutique, c'est-à-dire la confiance dans l'engagement dans la relation thérapeutique. On est ici très loin des approches d'adaptation, de réadaptation, de rééducation ou d'éducation, tant les troubles initiaux paraissent profonds et où l'approche médicale, neurobiologique, des troubles comportementaux est indispensable, en assurant les conséquences thérapeutiques qui en découlent.

#### Sur le plan pronostique

Les prises en charge intensives à Château-Thierry par la durée, permettent de reculer considérablement les limites de "curabilité et de réadaptation" de ces sujets souvent initialement jugés incurables et inadaptables. Le coût de telles prises en charge est évidemment important et n'a d'intérêt actuel que sur les retombées à titre préventif qui peuvent en découler, ainsi que sur les problèmes de liberté conditionnelle. La dangerosité et les risques de récurrences ("les rechutés") dans la complexité des facteurs en jeu, seront finement évalués à côté des démarches d'expertises et de consensus pluridisciplinaires autour du JAP. Par exemple, le paradoxe d'une prise en charge "réussie" chez de tels sujets, est qu'ils finissent par admettre que la "liberté" est source d'une telle angoisse (même si elle est sûrement revendiquée pendant longtemps) que certains demandent à rester dans le lieu qui a permis de leur donner (redonner?) un sentiment d'humanité.

#### Le programme de recherche sur le diagnostic et le traitement des psychopathes transférés à Château-Thierry

La nouvelle procédure d'affectation nous ramène donc à la population accueillie dans les années 50 à la création de Château-Thierry, dénommé alors Centre d'observation des psychopathes dangereux.

Les principales recommandations par les spécialistes de la question définissent, après revue de la littérature et de la recherche, quelques données incontournables.

- Pour J.-R. Meloy (1), il y a six principes qui amènent ces sujets du fait de problèmes intercurrents, dans une situation thérapeutique volontaire ou non :
  - au cours de l'étape initiale d'élaboration diagnostique, il faut déterminer le degré de gravité de la psychopathie du patient ayant une personnalité antisociale avec une attention clinique toute particulière à la capacité de nouer et d'investir des relations d'attachement, et à toute perturbation observable du Surmoi (Jacobson, 1964, distingue trois couches dans le développement normal du Surmoi [cf. Meloy p. 268] et Kerneberg, 1984, six niveaux de pathologie ou d'échec du surmoi [id. p. 269]);
  - il conviendra d'identifier toutes les conditions pouvant être accessibles à un traitement telles que des symptômes psychiatriques se référant à l'axe I (DSM IV);

- les facteurs de situation qui pourraient aggraver ou empirer les conduites antisociales devront être mis en évidence;
- les professionnels de santé mentale doivent reconnaître l'équivalence entre les problèmes légaux et les situations embrouillées à développement légal potentiel, même si elles ont été initialement déniées;
- très important : le traitement ne devra commencer que si on a démontré qu'il pourra se faire en toute sécurité pour le patient et le clinicien et qu'il puisse être efficace;
- une attention rigoureuse devra être portée à toutes les réactions contre-transférentielles, car elles révèlent des aspects importants du monde intérieur du patient ayant une personnalité antisociale.
- Pour Thierry Pham et Gilles Côté (2) six recommandations peuvent être avancées pour les recherches relatives au traitement de la psychopathie :
  - la nécessité de disposer d'études contrôlées (elles manquent cruellement au sein du courant psychodynamique);
  - les critères d'évaluation de la psychopathie, qui varient considérablement au niveau des études et qui pourraient bénéficier de l'usage de la PCL-R (Hare, 1991);
  - le traitement de la psychopathie ne devrait plus considérer uniquement le taux de récurrence comme indice d'efficacité;
  - analyser ce qui amène les psychopathes à réduire leurs comportements aux alentours de la quarantaine;
  - examiner l'attente qu'ont les thérapeutes du traitement de la psychopathie ainsi que l'importance qu'ils accordent au déterminisme social sur le comportement délictueux (cf. Blackburn, 1988 : "Les thérapeutes qui abordent les comportements antisociaux sous l'angle d'une déviation sociale plutôt que sous l'angle d'une déviation de la personnalité sont plus pessimistes quant aux résultats du traitement");
  - développement de programmes efficaces auprès des jeunes en voie de psychopathisation.

#### Le diagnostic de psychopathie grave

Lors du colloque de l'Évolution psychiatrique à l'École nationale de magistrature (Paris, 2001) nous avons montré (article non publié) les difficultés diagnostiques des psychopathies graves au sein d'un carrefour de troubles mêlant psychoses, perversion et perversité. Le but est maintenant de pouvoir participer à la validation francophone de l'échelle de psychopathie de Hare, suivant en cela les premières approches prometteuses des Québécois et des Belges (Pham et Côté). Les objections à cette démarche peuvent être résumées comme suit :

- la première (cf. P. Lamothe à ce même colloque) revient à poser la question : "Psychopathie américaine et psychopathie française : une confrontation clinique et culturelle?", stigmatisant "les classifications qui ont appauvri la sémiologie pertinente et favorisé la description du comportement par rapport au fonctionnement psychique et relationnel". L'auteur oppose ainsi les psychopathes "américains" en décrivant des pervers et personnalités narcissiques aménagées à des *serial killers* psychopathes français qui seraient plus volontiers des borderlines avec une problématique abandonnique (3). On y opposera la préface de D. Zagury à l'ouvrage de J.-R. Meloy;
- la deuxième, inspirée de la place de la psychanalyse dans cette approche controversée, trouve sa réponse dans le texte de C. Balier en préface de l'ouvrage de Pham et Côté (2) : "Que vient donc faire un psychanalyste dans

cette galère? Certainement pas opposer une méthode d'investigation à une autre, encore moins confronter deux conceptions différentes de l'homme et de son fonctionnement psychique, ce qui nous conduirait à une discussion générale stérile. Mon but est de répondre, avec mon expérience de la même pathologie aux mêmes questionnements à partir des données expérimentales fiables dont les résultats sont analysés et critiqués dans un esprit objectif".

L'équipe de Château-Thierry se propose donc, en collaboration avec l'équipe de T. Pham, de développer une étude prospective sur la population d'entrants au QMC de Château-Thierry par évaluation systématique par l'échelle de psychopathie de Hare, en confrontant ces données à l'évaluation empirico-clinique qui a pu être faite de ces sujets et qui croisent habituellement après un long travail de recueil de données, les évaluations antécarcérales, expertales, celles relevant du CNO, des observations cliniques en SMPR, CHS et UMD, et celles faites habituellement "sur le terrain" au QMC de Château-Thierry.

### **Le programme thérapeutique au Quartier de la Maison Centrale de Château-Thierry**

#### Revue de la littérature

Rappelons tout d'abord que le processus même de sélection des entrants à Château-Thierry, résulte du fait qu'il s'agit en principe de sujets exclus du système de soins traditionnels, c'est-à-dire qu'il s'agit en pratique, *a priori*, de sujets dits "non demandeurs". Les premières approches empirico-cliniques effectuées depuis le début de la nouvelle procédure d'affectation (mars 2001) ciblent très clairement le noyau dur, si l'on peut dire, des psychopathes graves incarcérés et condamnés à de longues peines, en particulier du fait de l'item d'admission très fréquent que constitue "l'agressivité constante et incontrôlable sans que cela corresponde à des cas disciplinaires".

On sait par ailleurs que la tradition clinique concernant les psychopathes définit souvent ces derniers comme incurables et que par conséquent leur traitement suscite un grand scepticisme et ceci est à rapprocher du fait du manque d'études contrôlées qui nuit à la recherche sur le traitement des thérapies en général, et qui affecte plus particulièrement le domaine de la psychopathie (cf. Levine/Borstein, 1972, sur 295 publications ou la méta-analyse d'Esteban, Garrido et Mobero, 1995, sur 26 études).

Il ressort après une vaste revue de la littérature de Losèl (1993) sur les principes fondamentaux du traitement psychologique des psychopathes, les recommandations suivantes :

- les expériences thérapeutiques portant sur des psychopathes devraient être mises en place dans un environnement distinct de la prison (ou de l'hôpital). Cette mesure permettrait de protéger le travail thérapeutique contre les tentatives de déstabilisation et les conduites manipulatoires de ces sujets ;
- il est nécessaire que le traitement s'effectue dans un cadre de vie structurant où les règles sont clairement définies ;
- les attitudes du personnel doivent à la fois être confrontantes et constructives. Le traitement doit respecter le principe de la demande, en se centrant sur les facteurs criminologiques spécifiques de la psychopathie comme la gestion des conduites impulsives et de la colère, le mensonge pathologique et les tentatives de manipulation ;
- le traitement devrait respecter le principe de la réponse

et intégrer une approche multi-modale qui veille à modifier les styles de pensée ainsi que les comportements criminogènes ;

- ces modifications ne peuvent se départir de la nécessité d'établir un lien thérapeutique positif entre patient et thérapeute ;
- l'approche doit identifier au préalable les facteurs de risque de passage à l'acte à travers les données actuelles et celles relatives à la qualité de l'environnement familial ;
- la constitution d'un réseau relationnel composé des professionnels chargés du suivi thérapeutique et de l'entourage familial devrait être mise en place afin de contrer les tentatives de manipulation.

Comme le rappellent T. Pham et Côté (2 [p. 183]), les données psychothérapeutiques récentes ont montré que les psychopathes ont tendance à exploiter les programmes thérapeutiques communautaires qui sont peu structurés. Les changements obtenus à travers une longue psychothérapie sont rares chez les psychopathes. Des données empiriques suggèrent que le manque de structure et l'excès de permissivité nuisent à l'efficacité du traitement et peuvent même engendrer des effets inverses. Les objectifs thérapeutiques doivent être modestes. Il paraît plus réaliste de centrer l'action thérapeutique sur les comportements agressifs plutôt que de vouloir modifier la personnalité. La plupart des programmes de traitement adoptent comme critère d'inclusion que le patient ne nie pas de manière catégorique la réalité des délits qu'il a commis. Les frustrations quotidiennes du patient doivent faire l'objet d'une attention soutenue. Ainsi une attitude "confrontante-active" serait préférable à une attitude "interprétante-passive". Il faut tenir compte des tentatives d'emprise de ces sujets d'où la nécessité d'un contrôle ferme. Enfin comme le rappelle Balier la nécessité de travail en équipe s'impose afin de dépasser les découragements et les inévitables frustrations.

Plusieurs données rapportées par la riche expérience de J.-R. Meloy sont proposées concernant les caractéristiques de la personnalité des psychopathes et l'évaluation pronostique des possibilités thérapeutiques (1 [p. 568]). Ceci concerne l'anxiété et les capacités d'attachement du sujet, le degré de narcissisme et d'hystérie, l'intensité des défenses psychologiques du psychopathe (projection, rationalisation, dévaluation, déni, identification projective, omnipotence et clivage), les relations d'objets primaires font que les implications thérapeutiques sont centrées sur le risque de passage à l'acte violent, les affects, l'évaluation de la pathologie du Surmoi. Meloy énonce ainsi cinq critères cliniques comme contre-indication à toute forme de traitement :

- histoire de vie riche en conduites sadiques et violentes ;
- absence totale de remords ;
- un écart franc du degré d'intelligence mesurable (d'au moins deux degrés par rapport à la moyenne) ;
- aucune expérience d'attachement dans l'histoire de vie ;
- le ressenti par des cliniciens expérimentés d'une crainte de relation, même si celui-ci n'a pas eu un comportement ouvertement menaçant.

G. Dubret (3 [p. 665-8]) dans "Quel cadre de soins pour les psychopathes?" indique que dans la plus grande majorité des cas le psychopathe requiert un cadre de soins institutionnel. Un clinicien en consultation, fût-il régulier et rigoureux, ne permet pas d'amorcer la prise en charge. Tous les auteurs qui ont réfléchi aux stratégies thérapeutiques possibles pour les psychopathes, qu'il s'agisse de

Jacques Hochmann ou de Pierre Bailly-Salin, ont insisté sur la nécessité d'instituer un cadre de soins spécifique.

Ce cadre devra être suffisamment solide mais aussi suffisamment souple afin d'éviter d'entrer dans un cycle provocation-répression qui finit par la rupture. Ce cadre permettrait ainsi de passer progressivement d'une simple analyse comportementale à une analyse plus approfondie de l'économie psychique des sujets, leur permettant en retour, au travers d'expériences apaisantes et l'instauration de liens affectifs stables, de percevoir l'autre dans sa réciprocité et d'échapper au déni d'altérité.

Constatant la carence de places en UMD, l'auteur pense que pour autant la prison ne doit pas être le cadre institutionnel de référence pour la prise en charge de tous les psychopathes, en particulier pour ceux dont les troubles du comportement sont sous-tendus par une structure psychotique. Cette remarque exprime sans doute une nostalgie de la haute époque de la psychiatrie institutionnelle : de nos jours les psychopathes criminels, même ceux à polarité psychotique prévalente, sont condamnés et vont en prison. Ainsi J.-L. Senninger et V. Fontana dans l'article "Les UMD" (Criminologie et Psychiatrie, p. 670) chiffrent à 26 % le nombre de psychopathes en UMD, voire 19 %, indiquant : "Bien que la violence soit pour le psychopathe un recours privilégié à ses difficultés existentielles, elle a rarement une ampleur telle qu'une hospitalisation en UMD soit justifiée".

Évry Archer (3 [p. 669-77]) dans "Quelques réflexions sur la prise en charge des psychopathes incarcérés", met l'accent sur les "contraintes" inhérentes au milieu carcéral au nom des impératifs de sécurité. Il est évident qu'il faut rappeler au contraire des centres de détention qui accueillent des condamnés considérés comme présentant les perspectives de réinsertion les meilleures (6364 en centres et quartiers centres de détention nationaux, 8116 en régionaux), que les maisons centrales reçoivent les condamnés les plus difficiles, et leur régime de détention est essentiellement axé sur la sécurité (2751 condamnés en MC et QMC). Certains bénéficient même de l'étiquette pénitentiaire "DPS". Archer rappelle que l'accès aux soins est trop souvent contrarié par des distorsions cognitives non seulement de certains prestataires naturels, mais surtout de nombreux bénéficiaires potentiels.

Enfin, concernant la délicate question des objectifs thérapeutiques, il cite *a minima* : le soulagement de la souffrance psychique, la diminution des passages à l'acte et de la violence, la prévention des décompensations psychiatriques, la capacité à établir et à maintenir des liens affectifs hors du primat de l'emprise, la réduction de la tendance à provoquer des ruptures en les anticipant de trop et en mettant à l'épreuve les liens affectifs, l'aide à la reconstruction du narcissisme, le renforcement du sentiment de culpabilité et de la conscience morale.

#### La prise en charge à Château-Thierry

Revenons donc au programme thérapeutique des psychopathes graves admis à Château-Thierry. Rappelons qu'il s'agit de sujets condamnés à de longues peines, le plus souvent pour des crimes violents. On compte environ 60 détenus à Château-Thierry. La première question est de vérifier le diagnostic de psychopathie en comparant les analyses antérieures à celle produite par la définition à la PCL-R en cotant les sujets dont le score est supérieur à 30. La deuxième question est de vérifier le lien entre psychopathie et violence sur les sujets atteints de troubles mentaux graves, celui-ci étant réputé faible. Accessoirement la

mesure du QI nous apparaît d'un intérêt non négligeable. La question du cadre de soins approprié pour les psychopathes graves n'a, à notre sens, plus d'objet en France. Comme nous l'avons montré dans le Rapport d'activité du Dispositif de soins psychiatriques de Château-Thierry (années 1996-2000) (qui n'est pas un SMPR), il n'y a plus guère d'experts qui se hasarderaient encore de nos jours à déclarer de tels sujets irresponsables. Comme l'a montré la revue, peut-être un peu fastidieuse, de la littérature, à partir du moment où le sujet condamné, incarcéré, voit persister de manière stable des comportements violents, il va dans le cadre carcéral être ou pas confronté à un moment ou à un autre à un service de psychiatrie, avec tous les aléas des réactions contre-transférentielles habituelles face à un psychopathe et que résume J.-R. Meloy :

- le nihilisme thérapeutique (4). Ceci pour décrire les réactions du clinicien l'amenant à rejeter tous les patients ayant une histoire de vie antisociale en les considérant comme absolument inaccessibles au traitement ;
- à l'opposé, l'illusion d'alliance thérapeutique qui ne peut être qu'une simulation destinée à plaire au psychothérapeute ou à le manipuler ;
- la crainte de se faire agresser, d'autant plus si la structure n'est pas adéquate en termes de sécurité ;
- le déni et la tromperie (incrédulité) ;
- impuissance et culpabilité, chez les thérapeutes à la croyance narcissique dans la capacité omnipotente à guérir ;
- le sentiment de dévaluation et perte d'identité professionnelle, si on mesure la compétence thérapeutique uniquement d'après les changements comportementaux à court terme ;
- le mépris de la bonté du thérapeute qui peut après coup contre-réagir par un sentiment de haine (éviction, rejet) ;
- la présomption d'une complexité psychologique.

Dès lors faut-il des quartiers spécialisés dans les prisons pour les psychopathes et plus particulièrement pour les plus violents d'entre eux ? C'est en pratique ce qui se passe dans le QMC de Château-Thierry. Sans que ce processus ne se fasse de manière rationnelle, on constate qu'une des trois divisions du QMC concentre la majorité des psychopathes. Ceci sera à vérifier avec les nouvelles évaluations mais c'est d'ores et déjà une nécessité afin de protéger les détenus psychotiques ou psychologiquement vulnérables.

Rappelons qu'en principe les cas dits "disciplinaires" ne relèvent pas d'une admission pertinente à Château-Thierry. L'examen psychiatrique d'entrée, permet un repérage assez facile et qu'on ne peut confondre avec les formes de psychopathies graves qui nous sont d'ordinaire affectées. Le sujet va donc dans un premier temps entrer dans une période dite d'observation de trois mois par l'équipe médico-psychologique de Château-Thierry, afin d'évaluer la pertinence d'un contrat thérapeutique.

Rappelons que la majorité de ces sujets est non-demandeuse de soins initialement puisque exclus *a priori* du cadre de soins en SL qu'offrent les SMPR, et que leurs troubles ne relèvent pas *a priori* d'une orientation en psychiatrie (EPSM ou UMD) par application de l'article D-398. Or, le paradoxe du fonctionnement de Château-Thierry est que si l'admission repose désormais sur une affectation pénitentiaire du fait des troubles du comportement des sujets, l'avis psychiatrique n'est pas considéré comme une orientation. En revanche la sortie de Château-Thierry est en principe (dans la majorité des

cas) subordonnée à un avis d'exeat d'origine psychiatrique. L'élaboration de la demande est donc l'un des objectifs de cette période initiale de trois mois. La prise en charge des psychopathies graves repose en réalité sur un trépied institutionnel :

- bien entendu l'équipe médico-psychologique du QMC de Château-Thierry ;
- le service fermé de l'Unité Psychiatrique de Rattachement du Centre Pénitentiaire de Château-Thierry qui doit se constituer à l'avenir en UPID ou en UHSI-Psy ;
- le service pénitentiaire du CD de Château-Thierry.

*L'équipe médico-psychologique du QMC de Château-Thierry dans sa division dédiée aux psychopathes graves* Le premier constat est que ces sujets dans la trajectoire des longues peines ont développé un système de défense de type paranoïaque. La comorbidité entre un état psychopathique grave et des troubles psychotiques aigus intercurrents est une donnée clinique fréquente. Les réactions paranoïaques aiguës ne le sont pas moins. La fréquence, la répétition, la durabilité de ce type de défenses paraît chez certains sujets particulièrement violents, l'un des facteurs de leur agressivité chronique.

Certains auteurs réduisent trop rapidement la persistance de ces états aux effets environnementaux liés à la carceralité (psychoses carcérales). Les longues études longitudinales et anamnétiques, avec recueil de données auprès des familles de psychopathes condamnés longues peines montrent qu'il n'en est rien, et que l'on retrouve une stabilité des conduites violentes et ce dès le plus jeune âge (ce qui est d'ailleurs un élément diagnostique à l'échelle de Hare). Le point de rupture et la demande de transfert sur Château-Thierry de ces sujets à défenses paranoïaques prévalentes vient du fait qu'ils suscitent en retour dans un cycle répétitif provocation-punition, un effet de paranoïa en miroir du côté pénitentiaire.

À côté de ces défenses paranoïaques bien décrites par J.-R. Meloy, on retrouve dans une moindre mesure des défenses de type maniaque. Il nous semble que la comorbidité psychopathie/trouble grave de l'humeur est moindre que l'association précédente, mais ceci n'est qu'une hypothèse qu'il convient de vérifier. En particulier, l'hypothétique survenue d'un état dépressif chez un psychopathe, saluée et attendue par de nombreux auteurs comme un élément pronostique favorable, nous semble plutôt rare. Nous résumerons avec J.-L. Senon (5) le fonctionnement institutionnel de Château-Thierry, qu'évoque le phénomène de paranoïa en miroir entre pénitentiaire et soignants, et qui est un des artefacts de psychopathes maniant le clivage, avec l'art de mettre en place des relations de type persécuté-persécuter, agressant pour se faire mieux agresser, en vérifiant ainsi leur propre existence : *"La prévention des fonctionnements pathologiques de paranoïa en miroir passe par le respect des missions de chaque équipe et la capacité des soignants à respecter le rôle de la surveillance pour ce qui concerne l'ordre et la sécurité. Elle impose l'analyse de la fonction symbolique de chacun et la prise en compte des aléas de celle-ci. Au-delà du père défaillant, la surveillance représente la loi, une loi combattue par le détenu qui la provoque, la contourne et la viole ; l'équipe de surveillance peut très vite devenir le mauvais objet ou la mauvaise mère dans l'imaginaire institutionnel ; c'est un paradoxe dans la mesure où le travail soignant ne peut se faire que quand le cadre est posé et respecté, ce qui permet de restaurer la fonction de pare-excitation. Les équipes psy-*

*chiatrices sont bien dans l'obligation de reconnaître que le travail thérapeutique sur des personnalités limitées à expression psychopathique n'est longtemps possible qu'en détention. À l'opposé l'équipe soignante est très vite assimilée à une bonne mère, levant les rigidités, facilement permissive et complice : elle est alors, pour un temps le bon objet et peut trouver ici, si elle n'y prend garde, une source pathologique de gratification qui deviendra vite antithérapeutique. Le clivage qui alimente la pathologie de bien des troubles limites se retrouve ainsi reproduit".*

Et la conclusion, à laquelle nous souscrivons : *"Travailler la psychopathologie de l'institution constitue une dimension incontournable de l'exercice de liaison en milieu pénitentiaire".*

Le programme thérapeutique minimal à Château-Thierry vise, après la période d'évaluation de trois mois, à la réalisation, si la pertinence en est posée, d'un contrat de soins chez des sujets initialement non demandeurs pour la plupart ET de la nécessité de la conjonction avec un plan d'exécution de peine sur la période considérée, permettant à l'issue au sujet d'essayer de sortir du système sécuritaire et de réintégrer si faire se peut un établissement orienté vers la réadaptation et la réinsertion, ce qui n'est pas évident tenant compte du reliquat de peine souvent très long pour la majorité des détenus psychopathes accueillis sur le site.

De cet objectif, conjuguant contrat thérapeutique fût-il *a minima* et plan d'exécution de peine adapté aux capacités du sujet, découle, et le sujet en est informé, un dialogue obligé entre l'équipe psychiatrique et la pénitentiaire, au cas par cas, et de manière suivie et coordonnée sur le long terme. Ce dialogue instauré dans le cadre d'une réunion institutionnelle multidisciplinaire soulève deux objections :

- la nécessité de préserver le secret médical d'une part, qui est une obligation éthique et déontologique incontournable. C'est à cette condition qu'une amorce de travail thérapeutique peut être envisagée ;

- de résister à la demande pénitentiaire de soins contraints ou obligés qui ne peuvent se faire bien entendu, en cas de nécessité, en dehors de l'application de l'art. D-398. L'élaboration de la demande de soins avec les psychopathes opposants se fait par la recherche d'une alliance thérapeutique avec la famille quand cela est possible et souhaitable. En règle générale, les cas de quasi-déire partagé entre un détenu et ses proches (déire d'innocence, déire de persécution, acharnement procédurier à l'encontre de l'institution) sont le présage d'un mauvais pronostic. La canalisation vers des démarches procéduraires itératives peut toutefois être considérée comme une évolution positive dans un premier temps, dans la mesure où elle s'accompagne d'une sédation des comportements violents directs.

L'attention soutenue à la clinique de l'agir et des passages à l'acte repérables du sujet est bien sûr au centre de la période d'observation. On notera avec satisfaction que l'instruction des mesures disciplinaires est aujourd'hui bien plus étoffée qu'elle ne l'était auparavant, que le sujet a la possibilité de s'adjoindre un conseil. Pour notre part, il est de règle de ne pas intervenir dans les décisions de mise à l'isolement ou de peines de QD, hormis les cas bien entendu qui relèvent d'un trouble psychotique aigu justifiant l'application urgente de l'article D-398.

De la même façon, pour tout ce qui concerne les demandes de permission ou de liberté conditionnelle, l'attitude est généralement très neutre en ce qui concerne

l'équipe soignante. Le JAP a d'ailleurs depuis longtemps pris l'habitude à Château-Thierry d'évaluer les situations par le recours à des expertises psychiatriques externes, pour lesquelles, dans le respect de l'éthique et l'intérêt de la thérapeutique du sujet, nous ne collaborons pas, et il en est informé. L'élaboration d'un programme thérapeutique pour les psychopathes graves est le fruit d'un rouage complexe de facteurs, qui quoique non entièrement formalisé, a depuis longtemps fait ses preuves sur le terrain à Château-Thierry.

Côté soignant, à côté du trépied institutionnel décrit plus haut et que nous développerons plus loin, la prise en charge des psychopathes requiert au minimum trois intervenants : un psychiatre, un(e) psychologue, un infirmier référent.

- L'élaboration de la demande se fait par la sommation des entretiens individuels, des entretiens du groupe soignant avec le sujet, des synthèses pluridisciplinaires soignantes et du fruit du travail avec la famille ou les proches du sujet ;
- le passage de l'entretien individuel à la participation à des groupes appariés se fait progressivement, que ce soit des groupes à visée thérapeutique de resocialisation, ou dans le cadre des groupes de médiation artistique ;
- la demande est parallèle du côté de la pénitentiaire qui, en dehors des ateliers destinés au travail, dispose désormais d'un vaste éventail d'activités de groupe plutôt à visée occupationnelle.

*Le service fermé de l'Unité Psychiatrique de Rattachement du Centre Pénitentiaire de Château-Thierry*

L'EPSMD de l'Aisne a toujours disposé d'une unité psychiatrique fermée intersectorielle destinée aux HO qui nécessitaient une telle structure (VI° H de l'ex-CHS de Prémontré).

- On connaît les méfaits de mêler aux HO "ordinaires" des détenus devant bénéficier d'un temps d'hospitalisation psychiatrique durant leur parcours carcéral ;
- en pratique tout a été dit sur le manque d'accessibilité aux UMD et dans l'attente future mais déjà contestée des UHSI-Psy, c'est un projet type UPID avec un quartier réservé aux détenus nécessitant des soins psychiatriques qui s'avère la formule la plus pertinente dans l'Aisne ;
- la structure actuelle, fonctionnelle malgré tout, manque de place (4 cellules dites d'isolement pour Château-Thierry et le Centre Pénitentiaire de Laon) et ne permet donc pas la fluidité dynamique indispensable pour la prise en charge des psychopathes graves "décompensés" ;
- les échanges inter-équipes sont évidemment tout aussi indispensables, pour permettre d'accueillir en articulant le projet de soins au long cours ces sujets qui peuvent décompenser sur un mode psychiatrique bruyant, mais bref le plus souvent ;
- ce dialogue permet d'harmoniser la thérapeutique et la durée de séjour du psychopathe en HO ;
- la constitution de réseaux cohérents se fait ainsi au fil du temps et peut alterner sur un même mode certains SMPR et UMD qui avec le temps ont compris l'intérêt du travail avec de tels sujets sur le long terme ;
- l'organisation d'un tel travail en réseau nécessite évidemment des formations adéquates et des équipes expérimentées et motivées ;
- ceci nécessite donc pour les soignants travaillant en milieu carcéral du temps et de la patience.

*Le rôle de la pénitentiaire*

Concernant la prise en charge des psychopathies graves,

il nous est apparu naïf, dangereux et antithérapeutique, de ne pas inclure pleinement la pénitentiaire comme un élément fondamental du trépied institutionnel sans lequel ne peut se bâtir un projet de prise en charge durable pour ces sujets.

La première objection à écarter vient du fait qu'il y aurait dans cette démarche confusion entre le sujet et son rapport à la loi conçue comme externe, et la loi symbolique intériorisée qui fait défaut à celui-ci. L'échelle de temps dans les processus de changement chez les psychopathes incarcérés longue peine est une donnée souvent gravement méconnue par de nombreux soignants. Ces sujets réputés inamendables malgré les multiples expériences négatives de confrontation à la loi, nécessitent de manière durable un cadre sécuritaire dont le rôle de pare-excitation n'est plus à démontrer. Mais ce n'est qu'avec le temps et l'extrême minutie visant à détailler les agirs compulsifs que se construit un changement chez le sujet.

A l'inverse de ce que l'on imagine le plus souvent, le personnel pénitentiaire et la direction n'appliquent pas une espèce de "tolérance zéro" qui serait sans doute une utopie inquiétante si elle pouvait être réellement mise en œuvre, mais une tolérance intelligente, faite de mesure et de discernement et qui nécessiterait en cas d'incident une analyse soigneuse des phénomènes de microgroupes en milieu carcéral.

A l'inverse du système du caïdat ou de la loi du milieu reconstruite *intra-muros* dans certaines prisons, le psychopathe prédateur s'y fait à la longue rarement des amis passé le temps des premières illusions mais le plus souvent des ennemis. L'absence de respect des autres détenus, qui sont les premières victimes, conduit l'agresseur à être agressé, et hors le défi de la mort, il n'y a guère que l'isolement ou la fuite. L'automutilation ou l'agression de surveillance peut ainsi constituer un subterfuge afin d'échapper à certaines vindictes entre détenus. On voit par là que les incidents de promenades et que les trafics en tout genre, qui sont inévitables dans ce genre de milieu, doivent être l'objet d'une attention particulière et que cette démarche quasi préventive est un élément du terreau où prend racine la démarche thérapeutique. L'institutionnalisation de rencontres avec la pénitentiaire, de manière programmée, régulière, au cas par cas, permet ainsi un bien meilleur ajustement entre ce qui a été dit quant au contrat thérapeutique qui lie le sujet à l'équipe soignante, et au plan d'exécution de peine dans lequel il s'inscrit ou pas dans son parcours pénitentiaire. Cela permet aussi une analyse des phénomènes contre-transférentiels de la pénitentiaire face à certains psychopathes jugés particulièrement dangereux ou agressifs.

C'est au prix de ce travail lent, parfois fastidieux, répétitif, que s'ébauche un construit "surmoïque" pour le sujet, même si nous sommes frappés par l'extrême fragilité de ce construit mais aussi par certains changements radicaux et durables qui s'opèrent parfois. On a d'ailleurs observé avec le temps que le nouvel équilibre obtenu n'était pas transposable par le sujet en dehors du lieu où il s'est élaboré, créant de ce fait une véritable dépendance à l'égard de l'institution. Beaucoup n'arrivent pas en effet à dépasser cette nécessité d'un étayage permanent autour des équipes qui lui ont permis de se reconstruire.

Reste donc en chantier l'élaboration détaillée de ce programme thérapeutique dans le cadre historique, politique, culturel qu'est le nôtre. Notre souhait est de pouvoir collaborer et comparer notre approche avec des institu-

tions étrangères accueillant le même type de population définie suivant des critères comparables et tenant compte des référentiels législatifs, économiques et culturels qui bien évidemment sont différents des nôtres.

### L'évaluation

L'évaluation des résultats au long cours est évidemment un paramètre essentiel, ne serait-ce que pour justifier le coût (en temps, en hommes, en énergie) que cela suppose dans une démarche de qualité des soins. Cette évaluation est d'autant plus nécessaire que l'on ne saurait se satisfaire de quelques réussites représentatives et sujettes à publication, mais plus modestement vu l'aspect quantitatif du problème des détenus violents pour eux-mêmes ou pour autrui à mettre en balance l'avantage, à commencer par le détenu lui-même et l'institution carcérale chargée de l'accueillir, à développer à titre expérimental de telles pratiques, que les inconvénients à ne pas le faire (cf. pour mémoire in *Chiffres clés de l'AP*, mai 2001 : en France, 121 suicides, 324 agressions contre le personnel). De manière empirique sur l'échantillon de personnes accueillies sur le site, il nous semble que cela a permis de reculer substantiellement les limites de ces sujets jugés "incurables" et/ou "inadaptables".

### L'évaluation de la curabilité

Elle est le fait de l'équipe psychiatrique qui a organisé le programme thérapeutique pour le sujet qui y a adhéré et qui, par tranches de temps successives, peut demander son maintien à Château-Thierry afin de poursuivre son travail psychique. La définition des paramètres qui président aux critères de curabilité n'est validée bien entendu que si elle a une cohérence dans la durée.

Ces paramètres (cf. les objectifs thérapeutiques *a minima* d'E. Archer) ne sont bien évidemment pas tous obtenus de manière homogène pour deux individus donnés. Certains sont peut-être dus à des artefacts ou à des impossibilités constitutionnelles, tels par exemple ceux qui nécessitent un étayage indéfini ; d'autres ont un développement "dys-harmonique".

Le contrôle externe, par le recours à des experts indépendants concernant les progrès du sujet, ou les indices de dangerosité sont pris en compte.

Il manque enfin, pour l'évaluation de l'action entreprise auprès des sujets qui quittent Château-Thierry, le chemin parcouru par ceux-ci ultérieurement. Le retour du réveil de données les concernant est malheureusement souvent très incomplet après un transfert, parcellaires, inexploitable. Certains sont carrément "perdus de vue". Le psychiatre d'accueil interrogé disant qu'il n'est pas connu de son service... ce qui peut être interprété de manière positive mais pas forcément. Pour d'autres, c'est lors d'un retour à Château-Thierry à leur demande propre cette fois-ci, ce qui est somme toute fréquent, ou d'une réorientation pénitentiaire que peut se faire une seconde évaluation quelques mois ou années après un premier passage.

### De la réadaptabilité

Celle-ci est essentiellement le fruit de l'estimation pénitentiaire. Elle va au-delà du simple constat de la baisse significative du nombre d'incidents en rapport avec les comportements violents, interprétés en termes de récidive (*intra-muros*) et obérant ainsi parfois sérieusement le devenir de certains sujets.

Pour beaucoup de ces sujets les objectifs doivent là encore

être modestes et dépasser une forme d'assistantat, par impossibilité ou incapacité ou refus d'accéder à un travail rémunéré : une limite difficile à franchir. La question est d'autant plus difficile que pour certains qui ont abandonné une forme de parasitisme manipulateur auprès d'autres codétenus ne sont plus aidés par leur famille, et ne justifient pas pour autant l'octroi d'une pension adulte handicapé relevant de la COTOREP.

Avec la longueur des peines, ces sujets, passé un certain âge, semblent ainsi évoluer sur un mode d'allure déficitaire, avec épuisement des comportements agressifs, mais demeurant incapables de subvenir à leurs besoins en détention. Certains de ces sujets au passé dangereux et violent mais qui de longue date ont eu une rémission durable de leurs troubles mais sans perspectives consistantes de réinsertion, sont ainsi les laissés pour compte du système de réhabilitation. De ce fait par exemple, ils ne pas sont éligibles sur un des critères habituels à une demande de liberté conditionnelle.

Il faut sans doute travailler ici avec certains organismes qui réfléchissent d'ores et déjà à l'accueil des détenus au sortir de très longues peines et qui pourraient être des lieux d'accueil-relais après une longue incarcération, leur permettant une accessibilité à la conditionnelle.

### Sur l'utilisation de l'échelle de Hare à visée pronostique

Citons ici encore dans le projet de service, le souci de travailler avec des outils d'évaluation utilisés par des équipes de différents pays étrangers, afin de tester et de contribuer aux facteurs pronostiques utilisables en termes de permission ou de liberté conditionnelle (dangerosité/récidive). Ces instruments ne doivent toutefois pas être un objectif à long terme pour le pôle soignant mais pourront éventuellement, après validation, être pris en compte par les collaborateurs directs du suivi des détenus de l'administration pénitentiaire.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Meloy J.-R. *Entre la personnalité antisociale et la psychopathie grave, un gradient de sévérité*, in *Antisocial Personality Disorders, Treatments of Psychiatric Disorders*, 2nd ed. Washington D.C. American Psychiatric Rev., trad. fr. Yves Thoret, 1995 : 2274-90.
2. Pham T., Côté G. *Psychopathie : théorie et recherche*. Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion, 2000.
3. *Évolution Psychiatrique*, oct/déc 2001 ; vol. 66 : n° 4.
4. Lion. *Outpatient treatment of psychopaths*, in Reid W. Ed, *The Psychopath, a comprehensive study of antisocial disorders and behaviours*, New-York, Bricconnet Mazel, 1978 : 286-300.
5. Senon J.-L. et al. *Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire*. PUF,  : 81. ■