

LA

R.A.P.

REVUE DE L'APPLICATION DES PEINES

SEPTEMBRE 2008

LA RESPONSABILITÉ EN QUESTION POUR LA JUSTICE ET LA PSYCHIATRIE

Mon exercice – et singulièrement mon lieu d'exercice, la prison – me portent davantage à m'interroger sur l'éthique des conséquences que sur l'éthique des intentions.

La morbidité psychiatrique de la population pénale est importante, avérée et en augmentation (14% de psychoses, 35% des personnes détenues considérées comme manifestement voire gravement malades, 7 fois plus de suicides, 2000 HO D398CPP....).

On peut y voir la conséquence navrante d'intentions parmi les meilleures.

Les fous ne sont pas étrangers à la communauté des hommes. Leur permettre de répondre de leurs actes restitue leur humanité, leur appartenance, qu'il est si facile de leur dénier.

Certes, mais à cette logique inclusive, répond une autre logique, exclusive.

L'article 64 / 122-1-1 du CP fonde la responsabilité, la fiction du libre arbitre, définit la folie comme envers de la raison et détermine ainsi le contrat social comme se soutenant de ce que certains n'y sont pas (Franck Chaumon).

L'abandon progressif de la lettre mais surtout de l'esprit de l'article 64 / 122-1-1 se traduit par un surcroît de peine par réflexe de défense sociale face à la folie, porteuse d'inconnu, d'incompréhensible et surtout de danger.

Autre intention parmi les meilleures, corrélée à la précédente : la venue de soignants en prison, au plus près de la population captive, pour apporter des soins de qualité aux personnes malades ou en souffrance.

Certes, mais désormais le dispositif de soin est victime de son succès. Il légitime l'incarcération de personnes souffrant de pathologies mentales graves. Et il soulage implicitement ou explicitement la communauté psychiatrique de la charge que constitue le suivi des patients difficiles à soigner (patients psychotiques avec troubles de l'humeur et/ou du comportement et/ou conduites addictives, socialement précarisés et peu compliants).

De fait, cette concentration des malades mentaux dans les prisons n'est pas circonstancielle mais désormais structurelle. Le curseur des attentes sociales est l'égard du jugement, positionné sur une triade émotionnelle : une victime inconsolable en quête de vérité, un coupable responsable jamais assez puni et la revendication d'un risque zéro. Un mouvement sociétal s'est dès lors organisé pour neutraliser malades mentaux et assimilés (déviant sociaux) et se protéger de leur dangerosité réelle ou supposée.

Parallèlement, quelque chose bascule dans les demandes formulées à l'égard de la médecine, singulièrement de la psychiatrie.

Les nouvelles demandes portent sur l'exigence d'un partenariat actif des acteurs de santé dans le « traitement » de la délinquance - conçue comme maladie - et du délinquant, dans l'évaluation de la dangerosité et la prévention de la récidive. A côté de la médecine de la personne, se développerait ainsi un contrôle social médicalisé rassurant. L'évolution des dispositifs législatifs (1998, 2005, 2007, 2008) fait clairement émerger cette idée que la thérapie puisse être prioritairement destinée à limiter les risques de récidive délinquante, s'inscrivant ainsi dans une démarche criminologique.

LA

R.A.P.

REVUE DE L'APPLICATION DES PEINES

SEPTEMBRE 2008

Faut-il rappeler que le traitement n'a pas pour objectif la prévention d'une récidive délinquante ? Qu'il a pour objectif la mise en œuvre d'un travail difficile et incertain d'élaboration psychique qui permet au sujet engagé dans le travail, de repérer son fonctionnement mental et son mode relationnel (et leurs conséquences) et de s'en défaire tant que se peut ? Qu'ainsi le soin peut, peut-être et de surcroît, contribuer à la prévention de la récidive ? Oui, il faut le rappeler et parfois même à certains de nos pairs !

Sur ce terreau, les mésusages du concept polysémique de dangerosité prospèrent.

L'expertise psychiatrique de dangerosité fait à cet égard symptôme du nouveau discours psychiatrique. L'expertise de diagnostic et de pronostic (d'une maladie) a laissé place à l'expertise d'évaluation et de prédiction (d'une dangerosité).

La prévention est le paradigme du principe de précaution (cf champ de la santé mentale) et le modèle sécuritaire, le modèle de référence (cf obligation de soins ambulatoires).

L'évaluation de la dangerosité est devenu un maître mot du discours politique.

Quand on parle de dangerosité de quoi s'agit-il en définitive ?

Dangerosité criminologique (risque de commettre une infraction pénale) et dangerosité psychiatrique (risque de passage à l'acte auto ou hétéroagressif du fait de troubles mentaux) sont des concepts différents appartenant à des champs distincts ; elles sont parfois liées mais non nécessairement.

L'évaluation de la dangerosité psychiatrique dans le but de protéger la personne (et autrui), est fondée sur l'entretien clinique qui analyse le trouble mental dont souffre éventuellement le sujet, explore les éléments biographiques (antécédents personnels, familiaux, médico-légaux, judiciaires...), les éléments de personnalité (fonctionnement psychodynamique, mécanismes de défense...) et le contexte environnemental. L'ici et maintenant de la dangerosité psychiatrique ou le très proche, est assez bien repérable pour le psychiatre (agitation psycho-motrice, exaltation de l'humeur, hallucinations impératives ou menaçantes, confusion mentale...). Pour le moyen et a fortiori le long terme, le risque est par définition aléatoire, incertain et multifactoriel. Etant bien entendu que moins un patient sera suivi (prise en charge psychiatrique), accompagné (suivi social, hébergement, revenus) et entouré (famille, proches), plus sa précarisation favorisera les rechutes et l'exposera à se nuire ou (plus rarement) autrui.

L'évaluation de la dangerosité criminologique par les psychiatres dans le but de mieux prévenir la récidive délinquante, a fait l'objet de travaux de recherche en Amérique du Nord ; quelques auteurs européens ont essayé d'adapter ces outils à la culture européenne.

Pour l'heure, les résultats ne sont pas probants (cf travail de Gilles Chantraine et coll) et ne font absolument pas consensus au sein de la communauté psychiatrique.

La plupart des outils sont en effet des statistiques rétrospectives du grand nombre dont on ne peut inférer un cas particulier ; par définition tous les meurtriers par arme à feu disposaient d'une arme à feu mais tous les possesseurs d'arme ne tueront pas. Quant aux échelles, nombre d'entre elles mélange des éléments objectifs et subjectifs qui renseignent davantage sur le point de vue moral du cotateur que sur le score de la personne enquêtée : par exemple la notion de « promiscuité sexuelle » ou de « charme superficiel » de l'échelle de psychopathie de Hare. Enfin, les tests projectifs sont conçus pour éclairer le fonctionnement intrapsychique du sujet et non pour établir une preuve telle que la réalité d'une agression sexuelle (exemple de l'interprétation des dessins d'enfants) ; la « vérité » du sujet n'est pas la réalité des faits.

Autrement dit, lorsque le psychiatre prédit la récidive délinquante, là aussi par définition incertaine, aléatoire et multifactorielle, il fait référence non à sa science mais à son intime conviction.

LA

R.A.P.

REVUE DE L'APPLICATION DES PEINES

SEPTEMBRE 2008

Compte tenu de l'imperfection des outils d'évaluation et du mésusage qui peut en être fait, il convient de ne les utiliser que dans le cadre strict de la recherche et de ne pas s'aventurer à en faire un outil décisionnel.

Plus généralement, la criminologie est un axe de recherche non stabilisé au carrefour de champs hétérogènes ; elle requiert prudence et modestie et exclut de s'engager dans une démarche prédictive, comme le recommande du reste l'Audition Publique de la Haute Autorité de Santé sur l'expertise psychiatrique pénale de 2007.

La consécration de la figure du monstre et la loi du 25 février 2008 instaurant des centres socio-médico-judiciaires de rétention de sûreté parachèvent en fait le changement de doctrine. Nous ne sommes plus dans l'après coup mais dans l'avant coup ; on enferme non plus pour un acte commis mais pour un risque ; et il suffit d'Un pour que ça vaille pour Tous. Mais il faut savoir que lorsque l'exception devient la règle, il n'y a dès lors plus de règle.

La lecture de l'article 706-53-13 CPP est édifiante : aucun critère n'est exceptionnel et la marge d'appréciation est suffisante pour valoir pour le plus grand nombre.

« Art. 706-53-13.-A 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 (*comment caractérise t'on une particulière dangerosité ou que serait une dangerosité ordinaire?*) caractérisée par une probabilité très élevée de récurrence (*à partir de quel pourcentage parle t'on de très élevé et sur quels critères ?*) parce qu'elles souffrent d'un trouble grave de la personnalité (*quels sont les critères 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.

« Il en est de même pour les crimes, commis sur une victime majeure, d'assassinat ou de meurtre aggravé, de torture ou actes de barbarie aggravés, de viol aggravé, d'enlèvement ou de séquestration aggravé, prévus par les articles 221-2,221-3,221-4,222-2,222-3,222-4,222-5,222-6,222-24,222-25,222-26,224-2,224-3 et 224-5-2 du code pénal.

« La rétention de sûreté ne peut toutefois être prononcée que si la cour d'assises a expressément prévu dans sa décision de condamnation que la personne pourra faire l'objet à la fin de sa peine d'un réexamen de sa situation en vue d'une éventuelle rétention de sûreté (*quelle cour d'assises répondra non à la question du réexamen ?*).

« La rétention de sûreté consiste dans le placement de la personne intéressée en centre socio-médico-judiciaire de sûreté dans lequel lui est proposée, de façon permanente, une prise en charge médicale, sociale et psychologique destinée à permettre la fin de cette mesure.

Il s'agira donc de priver de liberté une personne qui n'a commis aucun acte tangible actuel mais que l'on supposera par hypothèse médicale non scientifiquement fondée, sur la base d'expertises psychiatriques, dangereuse, c'est-à-dire susceptible d'avoir l'idée, l'envie ou la pulsion de commettre un acte criminel. Autrement dit, cela revient à rendre possible l'enfermement d'une personne qui n'aurait jamais récidivé, au nom d'un revendiqué bien qu'impossible risque zéro.

Last but not least, sachant qu'il ne s'agira pas d'une hospitalisation psychiatrique motivée par une pathologie caractérisée et que le consentement de la personne n'aura pas été requis pour l'orientation vers le dispositif, de quel type de prise en charge médicale et psychologique s'agira t'il et pour soigner quoi ?

LA

R.A.P.

REVUE DE L'APPLICATION DES PEINES

SEPTEMBRE 2008

La prise en compte des victimes n'est pas incompatible avec le défi que constitue la réinsertion sociale de l'auteur pour autant que l'on s'en donne les moyens. A cet égard, la libération conditionnelle reste le meilleur moyen d'accompagner un condamné vers la réintégration dans le corps sociétal dont il est membre (cf travaux d'Annie Kensey et Pierre Victor Tournier).

Pour conclure, je citerai Franck Chaumon que la bascule dans l'articulation du Droit et de la Psychiatrie inquiète. Il nous rappelle que « l'impossible du lien social, sa boiterie essentielle, sont intolérables et doivent être résolus et surtout prévenus » et il nous met en garde contre « les démarches totalitaires », en nous incitant à ne pas céder à l'affaiblissement des concepts et à revendiquer la clarification des enjeux.

*Dr Catherine PAULET,
psychiatre, praticien hospitalier
Présidente de l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire*

A lire :

Lacan, La loi, le sujet et la jouissance – Franck Chaumon – Michalon 2004

Prison et récidive – Annie Kensey – Armand Colin 2007

Expertise psychiatrique pénale – Audition Publique 25 et 26 janvier 2007 – Fédération Française de Psychiatrie et Haute Autorité de Santé