

Association Nationale des Psychiatres présidents et vice-présidents des

Commissions Médicales d'Etablissements

Journée de réflexion – CH Edouard Toulouse, Marseille – 24 novembre 2009

Justice et Psychiatrie

Quel dialogue ?

La loi relative à la rétention de sûreté

Quelles approches de la notion polysémique de dangerosité ? Quels enjeux ?

Communication du Dr Catherine PAULET, psychiatre, praticien hospitalier

Secteur de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire 13P01 Région PACA Ouest

La loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté (et à l'irresponsabilité pénale) fait, comme nombre de lois aujourd'hui, suite à un fait divers dramatique largement médiatisé du viol, durant l'été 2007, d'un petit garçon, Enis, par Francis Evrard déjà condamné pour viol et récemment libéré.

La loi prévoit qu'à titre exceptionnel, les personnes condamnées à 15 ans (ou plus) de réclusion criminelle pour un crime grave (homicide, viol, actes de torture ou de barbarie, séquestration, enlèvement) à l'encontre d'une victime mineure ou majeure, qui présentent à la fin de leur peine, « une particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive parce qu'elles souffrent d'un trouble grave de la personnalité », soient placées à leur sortie de prison, dans un centre de rétention de sûreté. A dire vrai, aucun critère n'est exceptionnel et la marge d'appréciation est suffisante pour valoir pour le plus grand nombre.

Cette loi, rupture dans le droit français selon Robert Badinter, a ceci de particulier qu'il s'agit de priver de liberté une personne non pour un acte commis mais pour un risque, en l'occurrence de récidive. Autrement dit, cela revient à rendre possible l'enfermement d'une personne qui n'aurait jamais récidivé.

Dans l'évaluation de cette « particulière dangerosité » par une commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté composée d'un magistrat, d'un avocat, d'un psychiatre, d'un psychologue, d'un représentant du préfet de région, de l'administration pénitentiaire et d'une association d'aide aux victimes, les expertises psychiatriques jouent un rôle central; nous y reviendrons.

Le premier centre de rétention de sûreté existe. Il a ouvert ses portes cet été à Fresnes. Il est placé sous double tutelle Justice-Santé; son règlement intérieur a été publié par arrêté ministériel conjoint le 6 juillet 2009; aucun condamné n'y a encore été admis.

Seront affectées au centre :

- les personnes qui présentent toujours à la fin de leur peine une particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive liée à un trouble grave de la personnalité; la loi n'étant pas rétroactive, ce sera à partir de 2020.
- et les personnes placées sous surveillance de sûreté à l'extérieur qui ne respectent pas les obligations qui leur sont imposées. Pour ces personnes, le dispositif est d'ores et déjà opérationnel.

C'est un centre dit socio-médico-judiciaire. Le régime de vie est un régime de détention. La sécurité générale du centre est assurée par des surveillants pénitentiaires. Une équipe socio-éducative organise le quotidien. L'offre de soins médico-psychologiques comprend « l'ensemble des outils thérapeutiques disponibles conformes à l'état de la science », du lundi

au vendredi entre 9h et 17h . « Toute la prise en charge concourt à réduire le risque de récidive criminelle ».

La rétention dure tant que la dangerosité de la personne retenue ne permet d'envisager aucune autre mesure de sûreté à l'extérieur.

Un homme, un seul, est actuellement soumis à une mesure de surveillance de sûreté « à l'extérieur » : il est hospitalisé d'office à Villejuif depuis sa sortie de prison après vingt ans d'incarcération.

Mais la surveillance de sûreté est promise à un large développement si l'on s'en réfère au nouveau texte législatif en cours d'adoption faisant suite au meurtre fin septembre 2009 d'une joggeuse à Milly-la forêt par un criminel récidiviste. Autant de candidats potentiels pour le centre...

Avant d'aborder la question de la dangerosité, il me semble très important de proposer une contextualisation socio-politique des enjeux.

J'insisterai sur trois aspects.

Tout d'abord, la cristallisation du sentiment d'insécurité qui opère le transfert d'une inquiétude aux sources multiples (précarité économique, crise de l'identité, mutations de la sociabilité...) sur la délinquance et le crime. L'alliance sociale se fait ainsi sur des rejets sélectifs à vocation sacrificielle, dont la figure moderne du criminel sexuel dangereux et probablement fou.

Ensuite, le « populisme pénal » qui laisse entendre, au nom des victimes, que le risque zéro est un objectif atteignable. Il suffit d'Un pour que cela vaille pour Tous, l'exception devenant la règle.

Last but not least, la clé politique en la matière : « en politique, ce qui est cru devient plus important que ce qui est vrai » pour reprendre le mot de Talleyrand. De sorte qu'il est aisé de

comprendre l'échec d'une pédagogie des faits. Que le taux de récidive criminelle, homicide ou agression sexuelle, soit très faible n'a pas d'importance (pour mémoire : entre 0,5 et 1% de taux de retour en prison 5 ans après la libération).

En définitive, ce contexte renvoie à ce que soulignait **Michel Foucault** le 18 septembre 1981 dans un éditorial du journal Libération, au moment où se discutait l'abolition de la peine de mort au Parlement ; il se déclarait « contre les peines de substitution ». « La véritable ligne de partage, disait-il, parmi les systèmes pénaux ne passe pas entre ceux qui comportent la peine de mort et les autres, elle passe entre ceux qui admettent les peines définitives et ceux qui les excluent... L'abolition de la peine de mort sera sans doute facilement votée. Mais va-t-on sortir radicalement d'une pratique pénale qui affirme qu'elle est destinée à corriger mais qui maintient que certains ne peuvent et ne pourront jamais l'être, par nature, par caractère et par une fatalité biopsychologique ou parce qu'ils sont, en somme, intrinsèquement dangereux ?... En maintenant sous une forme ou sous une autre, la catégorie des individus à éliminer définitivement (par la mort ou la prison) on se donne facilement l'illusion de résoudre les problèmes les plus difficiles : corriger si on peut, sinon, inutile de se préoccuper, inutile de se demander s'il ne faut pas reconsidérer toutes les manières de punir : la trappe est prête où l'incorrigible disparaîtra.... ».

Nous en sommes là, dans des stratégies d'élimination qui commencent à dire leur nom.

Dans ce dispositif, la responsabilité des psychiatres est lourdement engagée, particulièrement dans leur positionnement expertal et thérapeutique.

En effet, depuis plusieurs années, la médecine et singulièrement la psychiatrie, est appelée avec insistance à intervenir dans un champ qui lui est hétérogène, la criminologie, avec des demandes d'expertises d'évaluation de la dangerosité criminologique et de prédiction de la

récidive, et des demandes de thérapies visant la prévention de la récidive. Ce n'est pas tant ce qu'on nous demande qui pose problème que la réponse que nous apportons.

A cet égard et à propos du positionnement expertal, il faut bien dire que les mésusages du concept polysémique de dangerosité prospèrent.

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

Mais ne nous voilons pas la face, c'est au sein de la communauté psychiatrique même que la confusion règne. Jean-Louis Senon ne prône t'il pas l'avènement d'une « psychiatrie criminelle » (sic dixit). Michel Benezech et Thierry Pham ne défendent-ils pas dans un article récent des annales médico-psychologiques, «une loi unique de défense sociale, de soins et de réinsertion de la personne dangereuse qui pourrait avantageusement remplacer nombre de dispositions pénales et administratives. Cette loi concernerait aussi bien les personnes souffrant de troubles mentaux que les autres, les condamnés et les non-condamnés, quelle que soit la situation de ces personnes : dans la communauté, en service psychiatrique ouvert ou fermé, en établissement pénitentiaire. L'individu à risque criminel élevé serait ainsi placé sous une surveillance spécifique et souple, susceptible de s'adapter rapidement à l'évolution de son état et de sa situation. Un contrôle de la dangerosité en milieu spécialisé, ouvert ou fermé, pourrait être ordonné à tout moment par une commission médico-judiciaire adéquate qui s'assurerait de surcroît que la personne bénéficie des traitements et des prestations psychomédico-sociales nécessaires à sa réinsertion ». Bienvenue dans le Meilleur des Mondes Orwelien!

Il est donc urgent d'en revenir aux fondamentaux de la discipline psychiatrique et de clarifier les concepts.

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. Mais dans les deux cas, il s'agit d'une situation de danger inscrite dans une temporalité et non pas d'un état permanent.

L'évaluation de la dangerosité psychiatrique dans le but de protéger la personne (et autrui), est fondée sur le trouble mental dont souffre le sujet, les éléments biographiques, de personnalité 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.

La plupart des outils sont 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 mélangent 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 « mode de vie parasite » (item 9), de « nombreuses relations maritales de courte

durée » (item 17), de « promiscuité sexuelle » (item 11), de « faconde et charme superficiel » (item 1) ou de « versatilité criminelle » (item 20) de l'échelle de psychopathie de Hare qui est un des piliers des échelles actuarielles d'évaluation du risque de récidive violente (VRAG et HCR-20 notamment). 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.

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.

Georges Lantéri-Laura du reste, résumait bien la problématique : « La psychiatrie dès qu'elle se trouve sollicitée non plus de donner un avis sur l'éventualité de l'état de démence au temps de l'action ou sur la présence d'une pathologie mentale précise et avérée, mais de rendre compte d'une grande partie des conduites d'infraction, se retrouve devant un dilemme : mesurer lucidement les limites de son savoir et de son savoir faire, faute d'explications rationnelles fondées sur des connaissances effectives ou bien dépasser ce qu'elle sait, allant vers un usage sans critique de l'analogie et de l'à peu près, c'est à dire, au bout du compte, vers un croire savoir et faire croire que l'on sait, infiniment préjudiciable à la vérité et à la déontologie ».

Autrement dit, lorsque le psychiatre abandonnant l'expertise de diagnostic et de pronostic d'une maladie, au profit d'une expertise d'évaluation de la dangerosité criminologique, prédit

la récidive délinquante, par définition incertaine, aléatoire et multifactorielle, il fait référence non à sa science mais à son intime conviction.

Concernant à présent, le positionnement thérapeutique.

L'idée que la thérapie puisse être prioritairement destinée à limiter les risques de récidive délinquante, s'inscrit dans une démarche criminologique et constitue un contrôle social médicalisé rassurant, traverse nombre de lois et concerne nombre de délits ou crimes (agressions sexuelles ou violentes, usages de drogue, d'alcool...). Un des derniers exemples en date : la nouvelle loi tendant à amoindrir le risque de récidive prévoit que les délinquants sexuels qui ont accepté de se soumettre, à leur sortie de prison, à un traitement inhibiteur de la libido, soient réincarcérés s'ils interrompent leur traitement hormonal.

Face à ces demandes d'un partenariat « actif » des acteurs de santé dans le « traitement » de la délinquance, il faut rappeler sans se lasser, parfois même à nos pairs :

- que délinquance et maladie ne sont pas synonymes,
- qu'une psychothérapie n'est pas une guidance éducative,
- 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,
- et qu'ainsi, peut-être et de surcroît, le soin pourra contribuer à la prévention de la récidive.

Je ne peux malheureusement pas conclure sur une note optimiste. Certes, mon propos a consisté à faire l'éloge de la clarification des concepts et des rôles pour contribuer à un

dialogue multidisciplinaire et pluriprofessionnel sinon apaisé du moins constructif, où chacun occupe sa place et pas celle de l'autre, gage d'efficacité.

Cependant, m'inquiètent au plus haut point les nouvelles conditions du vivre ensemble et du contrat social qui nous est proposé, qui se soutient désormais de ce que beaucoup n'y ont plus leur place. Le concept de relégation indéfinie qui sous-tend la rétention de sûreté (et nombre de lois récentes sur la récidive), au nom de la défense sociale, concerne des citoyens non pour ce qu'ils ont fait mais pour ce qu'ils sont, pour le risque qu'ils pourraient représenter.

J'aurais tout de même tendance à vouloir tenir bon, mais il faudra souquer ferme....