

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2010

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Spécialité de Psychiatrie

par

David SECHTER

Né le 18 décembre 1981 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 12 octobre 2010

Des Rapports entre Psychiatrie et Justice Pénale

Ressources et Limites du Modèle Intégratif français

Président du Jury : Monsieur le Professeur Jean-Marie VANELLE

Directeur de Thèse : Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON

SOMMAIRE

<u>Introduction</u>	5
----------------------------------	----------

<u>I. Évolution des Relations Psychiatrie – Justice</u>	7
--	----------

1. <u>Clivage originel</u>	7
a. Historique.....	7
b. Naissance de la Psychiatrie.....	11
2. <u>Début d'une Articulation Psychiatrie – Justice</u>	13
a. Premiers échanges entre Santé et Justice.....	14
b. L'Expertise Psychiatrique Pénale.....	19
c. Soins Psychiatriques en Prison.....	22
d. Premiers Soins pénalement ordonnés.....	24
3. <u>Développement des Réseaux de Santé</u>	26
a. Déclin des Institutions de l'État.....	26
b. Innovation institutionnelle : les Réseaux.....	27
c. Du Secteur aux Réseaux de Soins Psychiatriques.....	28

<u>II. Le Modèle Intégratif français</u>	32
---	-----------

1. <u>Définitions</u>	32
a. Développement du Champ Médico-légal en Psychiatrie.....	33
b. Naissance du Modèle Intégratif français.....	36
2. <u>Ressources du Modèle Intégratif</u>	39
a. Milieu carcéral : Réforme de 1994.....	40
b. Loi du 17 juin 1998 : une réelle Articulation.....	47
c. Améliorations des pratiques professionnelles.....	52

3. <u>Difficultés fonctionnelles</u>	59
a. Difficultés de Communication.....	59
b. Manque de Moyens.....	62
c. Temps nécessaire.....	66

III. Évolutions actuelles du Modèle Intégratif.....68

1. <u>Le Système Néolibéral</u>	68
a. Disparition de l'État Social.....	69
b. Nouvelle Politique Pénale.....	70
c. Conséquences pour les Malades Mentaux.....	75
2. <u>Déconstruction des Identités professionnelles</u>	79
a. Confusion.....	80
b. Dangerosité.....	83
c. Rupture avec la Psychiatrie Générale.....	89
3. <u>Instrumentalisation</u>	97
a. Perte de Contrôle.....	98
b. Attribution de Rôles nouveaux.....	105
c. Pertes de Sens.....	120

IV. Vers un modèle ségréatif ?.....126

1. <u>L'exemple de la Belgique</u>	127
a. Législation belge.....	127
b. Internements.....	130
c. Ressources.....	132
d. Limites.....	134
2. <u>Rapport Sénatorial de mai 2010</u>	143
a. Enseignements des exemples étrangers.....	144
b. Propositions du Rapport.....	145
c. Limites.....	151

<u>V. Illustrations cliniques</u>	155
1. <u>Monsieur X</u>	155
a. Cas clinique.....	155
b. Discussion.....	165
2. <u>Monsieur Y</u>	168
a. Cas clinique.....	168
b. Discussion.....	178
<u>Conclusion</u>	183
<u>Annexes</u>	189
<u>Bibliographie</u>	197

**Des Rapports
entre Psychiatrie et Justice Pénale**

**Ressources et Limites
du Modèle Intégratif français**

Introduction

Au XIX^e siècle se développe dans notre pays un mouvement humaniste de **médicalisation de la folie**, qui oriente alors la prise en charge des fous, devenant aliénés puis malades mentaux, vers l'Hôpital Psychiatrique. La définition de la Maladie mentale se fait dès lors par sa nette distinction du Crime, scellée par son **irresponsabilisation pénale**.

Par la suite, on s'aperçoit néanmoins que selon diverses circonstances, des personnes atteintes de troubles psychiques se retrouvent placées sous main de Justice pour avoir commis des actes répréhensibles. On identifie alors chez certains détenus des décompensations psychotiques ou dépressives secondaires à la mise sous écrou, pouvant être réactionnelles à la brutalité du milieu carcéral, alors que différents troubles psychiques se révèlent d'autre part ne pas être pénalement irresponsabilisants. Ces découvertes entraînent la reconnaissance de besoins de soins psychiatriques en prison, qui ne feront ensuite que s'accroître, le processus plus récent de désinstitutionnalisation de la Psychiatrie ayant notamment comme conséquence un nouvel essor de **judiciarisation des parcours de nombreux malades mentaux**.

La **nécessité d'une articulation entre Santé et Justice** semble ainsi ancienne, en particulier dans le domaine de la Psychiatrie, mais elle tarde à s'organiser. Ces deux champs de la société ne s'ouvrent en effet l'un à l'autre qu'à la fin du XX^e siècle en France, à travers l'élaboration d'un **modèle intégratif** par nos gouvernants. En **décloisonnant les diverses disciplines** sanitaires et judiciaires et en mettant en interaction leurs différents intervenants au sein de **réseaux dynamiques**, ce modèle de relations Santé – Justice permet alors notamment un accompagnement coordonné, global et ajusté des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis une infraction. Dans ce nouveau cadre, la **Psychiatrie** apporte ainsi une **prise en compte de la souffrance** de ces individus, qui contribue à humaniser leurs prises en charge et à **les intégrer dans la société**. Ce dispositif conduit en outre à l'enrichissement mutuel des différentes professions du champ médico-légal grâce aux échanges fructueux y existant entre leurs acteurs.

De nos jours se développe en France, comme dans la plupart des pays industrialisés, un **système néolibéral** basé sur l'individualisme et le désengagement de l'État qui attise d'importantes **préoccupations sécuritaires**, notamment dans les contextes de crise. Face à un sentiment diffus d'insécurité largement entretenu par les médias, la société française interpelle ainsi de plus en plus ses régulateurs et intervenants tels que la Police, la Justice et la Psychiatrie, en se focalisant alors sur la « **dangerosité** » des personnes. En ce sens, de nombreux travaux législatifs et parlementaires sont menés ces dernières années sur des sujets associant notre spécialité médicale au contrôle et à la prise en charge de divers troubles de comportement ou « déviances sociales », ceux-ci semblant souvent être entrepris en réaction à la survenue d'évènements dramatiques. Dans ce contexte idéologique fortement sécuritaire, la **Psychiatrie** se trouve donc confrontée à de nombreux **risques** de **stigmatisation** des malades mentaux, de **confusion** et d'**instrumentalisation**, qui tendent à l'éloigner de sa fonction soignante pourtant identitaire.

Le **Modèle Intégratif français**, aujourd'hui lui-même **fragilisé** par ces nouvelles orientations, pourrait alors évoluer **vers un dispositif plus ségréatif** de relations Santé – Justice, tel qu'il s'en est développé dans de nombreux pays occidentaux. Ce type d'organisation, caractérisé par un **cloisonnement** important entre les champs sanitaires et judiciaires, est basé sur des **principes de Défense Sociale** et attribue à chaque discipline du domaine médico-légal un rôle de protection de la société. La **Psychiatrie Légale** y est ainsi pratiquée dans le cadre de **mesures d'internements** au sein de structures de type « hôpitaux-prisons », et elle y constitue alors une **filière ségrégative spécifique** de prise en charge des individus auteurs d'infractions atteints de troubles psychiques, clivée de la Psychiatrie Générale. Ce dispositif ségréatif semble donc bien en phase avec les préoccupations sécuritaires actuelles, mais il présente lui aussi **certaines limites**.

Après avoir étudié la construction du Modèle Intégratif français d'articulation Santé – Justice, nous nous pencherons sur les nombreuses ressources qu'il offre à notre société. Nous dessinerons ensuite les limites et les évolutions de cette organisation à l'heure du développement de politiques sécuritaires, puis nous la mettrons en perspective par l'étude du dispositif ségréatif à l'œuvre en Belgique et l'analyse du récent rapport d'information *sur la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions*, présenté au Sénat le 5 mai 2010. Enfin, deux cas cliniques permettront d'illustrer ce sujet sensible, et d'identifier les différents enjeux qu'il soulève concernant la place et le rôle de la Psychiatrie dans notre société.

I. Évolution des Relations Psychiatrie – Justice

Les maladies mentales ont longtemps été mises au ban de la société, alors considérées sur le même plan que les conduites de mendicité ou criminelles. Les personnes souffrant de troubles psychiques étaient alors exclues de la collectivité, en vue de protéger les citoyens de tous les « indésirables ». Avec les apparitions de l'Aliénisme puis de la Psychiatrie, des prises en charge plus humaines ont progressivement pu leur être proposées, qui se sont ensuite étendues à différents champs de la société, dont le champ judiciaire.

1. Clivage originel

a. Historique [1-8]

Dès l'Antiquité et jusqu'au Moyen Âge, les « maladies de l'âme » intéressent **différents champs théoriques des civilisations**, de nombreuses perceptions philosophiques, psychologiques, religieuses et médicales de la maladie mentale coexistant alors dans diverses cultures, parfois même en s'y articulant.

Traditionnellement et quelles que soient les cultures, les malades mentaux bénéficient d'un statut spécifique lorsqu'il s'agit d'apprécier leur culpabilité lorsqu'ils commettent une infraction. Dès

l'époque romaine, les fous, comme les impubères, ne sont ainsi pas responsables de leurs actes, car le simple résultat d'un crime ne suffit pas à apprécier la culpabilité d'un homme : le **principe d'imputabilité** (Hadrien, 76 à 138 après J.C.) oblige pour cela à évaluer la volonté de l'auteur. La responsabilité pénale repose alors sur la **notion de libre arbitre**, et « *le fou, ne pouvant avoir d'intention, ne [peut donc] être coupable* » (Ulpien, 228 après J.C.) [1].

C'est au XI^e siècle que le terme de *fol*, issu du latin *follis*, apparaît dans la littérature en langues vulgaires pour désigner de manière générale celui qui a perdu la raison. Au cours des trois siècles qui constituent le Moyen Âge « classique » (XI^e-XIII^e siècle), les différents registres du monde de la folie sont alors décrits, peints ou étudiés dans des sources très variées. L'univers de la folie médiévale paraît singulièrement complexe : on trouve d'un côté une conception « **supernaturelle** » de la folie faisant du fou un être dominé par des forces supérieures et mystérieuses, au sein des enjeux de la lutte entre Satan et Dieu, et de l'autre une approche « **naturelle** » dans les ouvrages médicaux comme dans des romans où le héros verse dans la folie furieuse à cause d'un chagrin d'amour. L'interpénétration entre folie « extraordinaire » et folie « ordinaire » reste une constante pendant toute l'époque féodale, et la place du malade mental dans la société en découle directement. On y constate une **ambivalence** et une ambiguïté fondamentales : en effet, les attitudes positives de la société médiévale envers ses fous se traduisant par la tolérance, la compassion et un souci d'intégration sociale, coexistent alors avec des attitudes négatives où prédominent la peur, le rejet, l'exclusion.

Diverses théories tentent ainsi d'expliquer les troubles mentaux, leur identifiant des causes divines, physiologiques, philosophiques et anthropologiques, conduisant à différents traitements tels que des méthodes physiques, des médicaments, ou des travaux d'introspection psychologiques et philosophiques. L'hypothèse de la « possession démoniaque » peut alors, quant à elle, mener à l'exorcisme ou envoyer directement au bûcher. Les attitudes négatives de la société féodale par rapport à ses fous entraînent de plus la mise en place progressive d'un **processus de régulation sociale**, qui a pour résultat de contenir, de marginaliser, voire d'exclure, ceux qui incarnent l'idée même d'anormalité.

L'inaptitude du fou à comprendre le sens de ses actes, son immaturité et sa dangerosité entraînent ainsi d'inévitables **restrictions**, qui lui sont imposées soit par le droit canonique, soit par le droit civil. A une limitation d'accès aux sacrements (mariage, baptême), s'ajoutent de nombreuses incapacités civiles juridiques, où le problème principal est celui des biens pour lesquels le système de la curatelle est à nouveau mis en place, comme il existait déjà dans l'Empire romain. Le curateur devient ainsi responsable des biens de l'insensé, mais il a également l'obligation de protéger celui-ci,

en l'empêchant de se suicider ou de commettre un délit grave ou un crime. Si la prise en charge du fou est correctement assurée par le **milieu familial**, cependant par son exclusion du reste de la société, elle peut alors **éviter** à celui-ci **l'hospitalisation ou la prison**.

Comme dans les siècles précédents, on continue en effet à incarcérer un certain nombre d'aliénés dans les prisons : « *Il a existé tout au long du Moyen Âge des lieux de détention réservés aux insensés* », écrit Michel Foucault. Cet enfermement correspond alors à une **mesure de sûreté**, en vue du maintien de l'ordre public : on considère qu'il faut neutraliser les « fous dangereux » pour les empêcher de nuire à la communauté. Le droit permet ainsi d'**enfermer de façon préventive** les fous agités : « *Si l'on ne peut tenir un « dervé », il y faut conseil et remède tels qu'on le mette en prison* » (*Livre de justice et de plaid*). Dans le cas de commissions de délit ou de crime, le droit pénal accorde cependant aux fous des **circonstances atténuantes** liées à leur état mental : « *ils ne sont pas jugés comme les autres, car ils ne savent pas ce qu'ils font* » (*Coutumes de Beauvaisis*), et car, comme le précise un proverbe de l'époque, « *châtier un fou est un coup d'épée dans l'eau* ». Une certaine irresponsabilité pénale est alors valable, mais les fous peuvent être enfermés, comme nous l'avons vu, en raison de leurs comportements et aux titres de protection et de respect des bonnes mœurs.

La place du malade mental dans la société de l'époque féodale présente ainsi des contrastes, voire des contradictions, soulignant la complexité des rapports à l'altérité que le fou incarne. D'un côté, la souffrance des insensés est reconnue et on essaie d'y remédier, mais de l'autre, la mise à l'écart des fous augmente à cette période, et s'institutionnalise dans un mouvement concernant tous les marginaux, conséquence d'une **normalisation** qui est déjà sévère mais qui s'accentuera encore. A la fin du Moyen Âge, les insensés ne sont cependant que très rarement enfermés : ils sont alors principalement gardés par leur famille, ou deviennent errants et indigents si cela échoue.

Au XVII^e siècle, face à une multiplication progressive du nombre d'errants, Louis XIV crée des « **Hôpitaux généraux** », dont les objectifs n'ont cependant rien de médical. Ces structures sont alors assimilées à des institutions semi-juridiques, destinées à protéger les sujets « des indésirables et des oisifs » dont font partie les malades, les mendiants et les « fous », alors confondus dans l'ensemble des criminels, déviants sociaux et médicaux. Michel Foucault, dans *Histoire de la folie à l'âge classique* [3], soutient ainsi la thèse selon laquelle la folie aurait alors été « *réduite au silence* » par le « *coup de force* » de ce « *Grand Renfermement* », qui aurait commencé avec la fondation en 1656 de l'Hôpital général de Paris. Il y qualifie de plus cette période de « *degré zéro de l'histoire de la folie* », entraînée par la mise en ordre de la société sous le règne de la raison.

Pour plusieurs auteurs, ces Hôpitaux généraux se confrontent alors cependant à un échec dans leur

objectif d'enfermement des malades, du fait d'oppositions de la population aux arrestations et de leur envahissement, dans un contexte de grande misère, par des mendiants invalides mourant de faim. A la fin du XVII^e siècle, les hôpitaux généraux du royaume comptent ainsi selon eux environ 5% de malades mentaux (jusqu'à 10% à Paris) dont l'internement est décidé par voie de justice dans un tiers des cas, ce qui est loin de constituer un « grand renfermement ».

L'enfermement des insensés s'intensifie néanmoins dans les premières décennies du XVIII^e siècle avec l'arrivée des **lettres de cachet** et des **maisons de force**, institutions complexes dont les familles et les communautés se sont largement saisies, destinées à l'emprisonnement à la demande du pouvoir des déviants et des trublions, parmi lesquels se trouvent les fous. Les quelques sondages réalisés dans les archives de police montrent que la manière de déterminer que quelqu'un est fou se construit alors sur des critères de dangerosité, envers le quartier dans lequel vit celui-ci, envers sa famille ou envers lui-même.

Par la suite, les insensés se trouvent une fois de plus pris dans la spirale de l'enfermement des vagabonds sous le règne de Louis XV, lors de la création des **dépôts de mendicité**. De plus, Beccaria pose en 1764 les bases du système judiciaire moderne en matière de Droit Pénal, les peines infligées devant désormais être proportionnelles au crime. Une telle conception fait alors primer le statut de délinquant sur celui de malade, la volonté de l'auteur ou ses facultés intellectuelles n'étant plus prises en compte.

Au milieu du XVIII^e, un courant d'idées va cependant proposer un changement radical d'optique du problème : le **mouvement philanthropique**, caractérisé avec Rousseau par « *une répugnance innée à voir souffrir son semblable* ». C'est dans ce contexte que s'élabore ensuite la circulaire de 1785, fondamentale pour l'histoire de la Psychiatrie, rédigée par Colombier et Doublet : *Instruction sur la manière de gouverner les insensés, et de travailler à leur guérison dans les asyles qui leurs sont destinés* [6]. Ce texte, qui va être diffusé massivement dans le royaume, prescrit qu'il ne suffit pas de séquestrer les aliénés, mais qu'il faut aussi **les traiter dans des établissements spéciaux**. Institué en 1790 par l'Assemblée nationale, le Comité de mendicité constitue alors la conséquence révolutionnaire d'une prise en charge de l'assistance par l'État, dont les aliénés figurent parmi les premiers bénéficiaires. De plus, des décrets de l'Assemblée nationale ordonnent durant cette même année la mise en liberté des prisonniers par lettres de cachet et ils instituent, entre autres, « *la constatation médicale de l'état des personnes détenues pour cause de démence, afin de les élargir ou de les faire soigner dans les hôpitaux qui seront ultérieurement indiqués* » [7].

Depuis l'époque médiévale jusqu'à l'Ancien Régime, le fou a ainsi vécu une sécularisation de son état. D'un corps occupé par le diable, il laisse ainsi place à une humanité qui enjoint à l'État et à

l'Église de s'occuper de lui, la folie n'étant plus un péché contre-nature, mais une faiblesse qui montre son innocence.

b. Naissance de la Psychiatrie [9-13]

La naissance de la Psychiatrie se déroule en France au début du XIX^e siècle, dans un contexte socio-politique particulier marqué des idéaux républicains de la Révolution Française de 1789. Depuis l'Antiquité, la tradition, même si elle est parfois contestée, dicte une partition entre Médecine et Philosophie : le philosophe se réserve l'âme et le médecin s'attribuait le corps. Les origines de la Psychiatrie comme discipline médicale se retrouvent dans l'établissement progressif de liens entre ces théories qui débute avec l'Aliénisme, où le terme d'« aliénation » remplace celui de « folie ».

Le docteur **Philippe Pinel**, par son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie* paru en 1801 [9], réunit ainsi Médecine et Philosophie en annexant à la Médecine le domaine des **passions** : « *L'histoire médicale des passions entre nécessairement comme notion préliminaire dans le traité, car comment concevoir l'aliénation la plus fréquente, celle qui vient d'une exaltation extrême des passions, si on ne considère d'abord avec soin leurs effets sur le moral et le psychique ?* ». Pinel, puis **Esquirol** dans *Des Passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale* en 1805, adoptent alors la théorie stoïcienne des passions, telle qu'elle nous est transmise par les *Tusculanes III* et *IV* de Cicéron, qui y regarde les passions comme des maladies et expose des règles fondamentales pour les traiter et les guérir. Pinel et Esquirol décrivent ainsi la conformité entre les passions et l'aliénation en reliant par exemple « *un emportement de colère* » à « *un accès de manie* », faisant allusion à ce que dit Enius dans les *Tusculanes, IV* : « *La colère est un début de folie* ».

Ce qui est alors original et fondateur, c'est que ce soient des médecins qui reprennent à leur compte cette théorie antique : « *Le médecin peut-il rester étranger à l'histoire des passions humaines les plus vives, puisque ce sont les causes les plus fréquentes de l'aliénation de l'esprit ?* ». Et si Pinel et Esquirol adoptent ainsi la théorie stoïcienne de la passion comme début de la folie, ils ne sont pas stoïciens du point de vue de la cure ; c'est-à-dire qu'ils ne sont pas pour l'éradication totale des

passions. Ils sont à ce niveau plutôt aristotéliens, dans l'esprit qu'ils ont de « *contre-balancer les passions humaines les unes par les autres, partie importante de la Médecine* » [9], en introduisant la notion de traitement moral de la folie.

On assiste ainsi à la **médicalisation de la folie**, qui sera complétée par son **irresponsabilisation pénale**, élaborée par Pinel dans un souci humaniste envers les aliénés criminels, trop négligés par la Médecine et la Psychiatrie : « *Ces aliénés, loin d'être des coupables qu'il faut punir, sont des malades dont l'état pénible mérite tous les égards dus à l'humanité souffrante [...] Les aliénés, qui jusqu'alors ont été traités beaucoup plus en ennemis de la sécurité publique qu'en créatures déchues dignes de pitié, doivent être soignés dans des asiles spéciaux* » [11]. Pinel considère alors que le malade mental est un être raisonnable, atteint d'un trouble qu'il convient avant tout de soigner par le recours à un « **traitement moral** » de la maladie. Pour Pinel comme pour Esquirol, si l'aliéné est responsable de son premier élan de folie et s'il peut toujours user partiellement de sa raison, il est ainsi avant tout un malade et ne peut être puni : toute déraison partielle doit alors entraîner l'irresponsabilité totale.

C'est donc dans un souci de Justice et d'Humanisme que le premier **Code Pénal de 1810** va consacrer le principe d'**irresponsabilité pénale des malades mentaux**. Au nom de la fraternité et d'une certaine idée de l'humanité, son **article 64** y établit ainsi : « *Il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister* ». Celui-ci peut alors « bénéficier » d'un non-lieu, mais il reste cependant responsable civilement.

Le lieu de prise en charge des troubles mentaux est ensuite fixé par la **loi d'internement de juin 1838**, qui conduit à la création de l'**Hôpital Psychiatrique** en tant qu'« institution asilaire » et à l'apparition d'une nouvelle discipline, l'**Aliénisme**. Cette loi permet alors de trouver une solution, qui si elle n'est pas thérapeutique est du moins institutionnelle, à la confusion ayant persisté jusqu'alors, où le fou médical voué à la curation ne savait faire oublier l'éternel fou social, agité ou dangereux. Elle introduit alors une dimension de prévention certes encore pour partie sécuritaire dans les soins sous contrainte par « placement d'office » relevant de la compétence de l'autorité administrative, notamment pour les malades irresponsabilisés, mais elle développe également une dimension sanitaire et bienveillante totalement détachée de la notion d'ordre public dans le « placement volontaire ».

Le système juridique ainsi mis en place est dichotomique, s'appuyant sur l'opposition entre les notions de malade irresponsable interné et délinquant responsable incarcéré. Folie et culpabilité deviennent antinomiques, et il existe alors un cloisonnement, au moins théorique, entre l'institution

psychiatrique et l'institution carcérale.

Ces lois structurent ainsi pour longtemps le cadre des **relations Santé – Justice** et la représentation de la **maladie mentale** en France, le champ sanitaire pouvant succéder au judiciaire sans qu'ils ne s'articulent véritablement, car s'excluant l'un de l'autre dans ce **clivage originel**.

Cette organisation permet l'émergence progressive de la Clinique, de la Nosographie, ainsi que des premières réflexions théoriques et recherches thérapeutiques de l'**Aliénisme**, qui s'inscrivent dans un culte de la science et du positivisme. Cette discipline est alors basée sur la doctrine de la dégénérescence, qui, recherchant l'établissement de « stigmates », différencie le normal et le pathologique.

La **Psychiatrie** naît ainsi à partir de la lecture du passage à l'acte criminel, menant de l'unité de l'Aliénation de Pinel vers la multiplicité des espèces morbides. Le développement de cette nouvelle science se fait par la suite en concluant progressivement des alliances avec la Neurologie comme avec la Psychologie, qui renvoient alors le symptôme à une **souffrance** voire à un **sens**, et non plus à de simples conduites ou comportements.

Le « fou », ainsi « protégé » du champ judiciaire, se trouve cependant confiné dans le sanitaire, ce qui réduit les chances de l'inscrire dans le champ social et favorise sa **stigmatisation**, par une mise à l'écart souvent définitive. C'est alors la prise de conscience de la nécessité d'une prise en charge plus globale des patients atteints de troubles mentaux qui entraîne une ouverture progressive de la Psychiatrie à la société.

2. Début d'une Articulation Psychiatrie – Justice

La Psychiatrie est née d'un clivage d'avec la Justice, réalisé par l'irresponsabilisation pénale des malades mentaux selon l'article 64 de 1810 et par leur prise en charge exclusive par le champ sanitaire, confirmée avec la loi d'internement de 1838. Le développement de notre spécialité médicale a par la suite permis de prendre conscience de la nécessité d'une prise en charge globale

des patients atteints de troubles psychiques, ouvrant ainsi progressivement la Psychiatrie aux autres champs de la société. Certains besoins de soins psychiatriques ont alors pu être identifiés dans différents domaines, dont en particulier celui de la Justice.

a. Premiers échanges entre Santé et Justice

Dès le **début du XIX^e siècle**, la Psychiatrie s'introduit progressivement dans le champ judiciaire et le champ social, s'émancipant du domaine médical dans lequel elle est née. Elle nuance ainsi son clivage originel de la Justice, et l'article 64 du code pénal fait de plus rapidement l'objet de critiques et de contestations. Alors que son dispositif repose sur une distinction nette entre le criminel d'un côté et le malade mental de l'autre, des voix de plus en plus nombreuses s'attachent en effet à contester l'étanchéité de cette frontière à partir des années 1830-1840.

- **Premières ouvertures** [14,15]

Dans son analyse, Michel Foucault note tout d'abord la survenue dans la première moitié du XIX^e de crimes aux apparences étranges, car, au contraire des cas où la démence entraîne l'exclusion de la responsabilité pénale, ceux-ci « *ne sont précédés, accompagnés ou suivis d'aucun des symptômes traditionnels de la folie* » [14]. Ces troubles particuliers font à l'époque l'objet de nombreuses descriptions et analyses, et Esquirol propose en 1838 de les nommer « **monomanies homicides** » dans son traité *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, où il les décrit comme des délires partiels se traduisant en actes graves, chez des personnes exemptes d'antécédent particulier. Les **psychiatres interviennent alors dans les débats judiciaires**, les monomaniaques devant selon eux être **traités plutôt que jugés** car ils appartiennent au champ de la Médecine et non à celui de la Justice. En pratique, la question de la monomanie homicide entraîne de très vives controverses entre les experts, les magistrats et les jurés, et donne lieu à des décisions judiciaires en sens très divers.

Dans le même temps, la Psychiatrie fait son **entrée dans la sphère sociale** par un autre chemin, à travers l'**esprit hygiéniste** qui se développe à cette époque. Esquirol et ses collaborateurs créent en

effet la revue *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, et les psychiatres apparaissent alors dans les politiques de gestion des villes au sein des conseils de salubrité, qui tentent de faire face aux nouveaux « dangers » liés à l'urbanisation. Ils ont alors le sentiment de traiter un véritable danger social, car les conditions malsaines d'existence leurs semblent prédisposantes envers le développement de la folie, elle-même perçue comme source de danger.

Par ailleurs, malgré l'application de la loi d'internement de 1838, les aliénistes constatent que des **malades mentaux continuent d'affluer dans les prisons**. Baillarger publie ainsi en 1844 une *Note sur la fréquence de la folie chez les prisonniers*, et en cherche les causes. Il attire alors l'attention sur les **effets de l'incarcération** chez certains détenus, celle-ci pouvant provoquer des décompensations psychotiques comme dépressives par sa grande brutalité ; et il souligne par ailleurs le cas des condamnés qui, s'ils ne présentaient **pas un état de démence avéré** au moment des faits, souffraient néanmoins déjà de **troubles psychiques confirmés**. La formulation de l'article 64 du Code Pénal de 1810 se révèle alors préjudiciable. Ne pas être irresponsable ne signifie en effet pas forcément être totalement responsable, et des personnes jugées non irresponsables mais présentant tout de même des troubles psychiques peuvent ainsi se retrouver incarcérées. Un réel **besoin de soins psychiatriques** se fait donc sentir **en prison**, cette institution n'étant équipée d'aucun dispositif de ce type car elle ne doit alors officiellement pas recevoir de malades mentaux.

- **Positivisme** [14,16-20]

Au milieu du XIX^e siècle, la population asilaire s'accroît, tout comme la population carcérale, et les deux institutions se voient confrontées à l'échec du pari d'efficacité ayant justifié leur naissance. Les aliénés rechutent comme les criminels récidivent, le traitement moral de l'aliéné n'apparaît plus comme une panacée et l'amendement moral du criminel est loin d'être acquis. L'incurabilité du patient et l'incorrigibilité du criminel sont pointées, et cette période est ainsi marquée par les premières grandes **critiques de l'asile et de la prison**. La question de la **récidive** devient alors un problème renvoyé à l'anthropologie du récidiviste, qui ouvre une nouvelle période dans l'histoire parallèle de la Psychiatrie et de la Justice : la **frontière entre crime et folie** devient définitivement **perméable**.

Dans le champ judiciaire, on voit alors se développer progressivement en France des thèses de l'**école positiviste** née avec Auguste Comte, qui s'appuient sur des **principes de Défense Sociale** : le crime apparaissant stable malgré plusieurs réformes du système pénal, il ne reste selon celles-ci plus

qu'à s'en protéger, en soumettant le droit pénal à la science. Ce mouvement, mené en Italie par Lombroso, Garofalo et Ferri, met ainsi au premier plan non plus le fait punissable, mais le délinquant lui-même. L'intérêt est centré sur la personnalité et sur les caractéristiques biologiques et sociales de l'individu liées au milieu, qui définissent un « état permanent » et déterminent un comportement. On trouve dans ces travaux les débuts de la **Criminologie** dans une perspective fortement individuelle, en tant que science de l'*homme criminel* de Lombroso, basée sur l'idée d'un **déterminisme du crime** avec notamment une composante héréditaire. Le criminel, dont plusieurs typologies sont élaborées, est désormais considéré comme un « organisme incomplet », mû par des instincts d'homme préhistorique selon l'atavisme de ce même auteur. Ces thèses s'opposent alors à celles de l'école néoclassique, basées pour leur part sur les notions de responsabilité, libre arbitre, culpabilité, peine et punir, qui sont de plus en plus jugées insuffisantes pour assurer la protection de la société. La notion de **dangerosité** se substitue alors à celle de responsabilité morale, et son association particulière aux délinquants anormaux et d'habitude entraîne la punition de ceux-ci dans un but de Défense Sociale.

Parallèlement, des médecins font au cours du XIX^e siècle le postulat que la folie résulte tout à la fois de facteurs physiologiques liés à une prédisposition héréditaire et de l'influence du milieu environnant. La distinction entre le criminel et le fou apparaît ainsi de plus en plus malaisée, et l'on assimile alors crime et folie, ainsi que punition et traitement. Certains, à l'image de Brierre de Boismont en 1846, plaident pour la création de maisons spécialisées pour fous criminels, et la Société médico-psychologique développe dans les années 1860 des travaux sur la nécessité d'une **prise en charge spécifique des « aliénés dangereux » comme des « criminels dangereux »**, dans une volonté de **prévention sociale du crime**. Falret, Blanche ou Voisin sont alors opposés à ces institutions, Falret déclarant : « *Je ne partage pas une opinion souvent émise d'après laquelle on devrait créer des asiles spéciaux pour cette classe d'aliénés criminels. Il n'est pas bon que l'aliéné soit noté comme criminel et séparé des autres* » [19]. Ce mouvement conduit cependant à des **expériences « pénitenciaro-psychiatriques »** telles que le quartier des aliénés criminels de Gaillon en 1876 ou plus tard le quartier de sûreté de Villejuif en 1910, ancêtres des Maisons Centrales Sanitaires et des Unités pour Malades Difficiles (UMD). D'autre part, plusieurs textes visent alors à réformer la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, appuyant le fait que « *la loi de 1838 ne protège pas, d'une manière suffisante, les intérêts sociaux contre les aliénés criminels* » [20].

Sur le plan juridique, plusieurs **projets de loi** visent alors à mettre en place des **mesures de sûreté** pour les « anormaux mentaux » et les criminels multirécidivistes, en se fondant sur la personnalité et le passé médical et judiciaire de l'accusé, et non plus sur la nature de l'infraction et la part de responsabilité qu'a eue son auteur dans sa commission. Le camp positiviste enregistre en France une

traduction législative de ses théories avec la loi sur la relégation en 1885, qui ordonne alors l'internement perpétuel des multirécidivistes dans les colonies. Cette victoire demeurera cependant isolée dans notre pays, qui reste moins touché par les effets du positivisme que l'Allemagne, l'Italie ou la Belgique.

- **Responsabilité atténuée** [21]

Loin des préoccupations du positivisme et de la Défense Sociale, l'école néoclassique reprend le dessus en France par la suite, avec l'objectif de doser la liberté individuelle pour mieux et plus humainement juger l'homme.

Dès 1885, un arrêt de la Cour de Cassation pose explicitement le principe de l'**atténuation de la peine en cas d'altération du discernement**. La Cour considère alors qu'« *il n'y a pas violation de l'article 64 du code pénal dans un arrêt qui condamne un prévenu, tout en constatant, pour justifier la modération de la peine, qu'il ne jouit pas de la somme ordinaire de jugement que caractérise un complet discernement des choses, et qu'il y a en lui un certain défaut d'équilibre qui, sans annuler sa responsabilité, permet cependant de la considérer comme limitée* » [21].

Cette tendance se retrouve dans la **circulaire Chaumié de 1905**, du nom du Garde des sceaux de l'époque, qui cherche alors à mettre en évidence chez l'accusé des anomalies mentales ou psychiques de nature à **atténuer** sa **responsabilité pénale** :

« *A côté des aliénés proprement dits, on rencontre des **dégénérés**, des individus sujets à des impulsions morbides momentanées, ou atteints d'anomalies mentales assez marquées pour justifier à leur égard une certaine **modération dans l'application des peines** édictées par la loi. Il importe que l'expert soit mis en demeure d'indiquer, avec la plus grande netteté possible, dans quelle mesure l'inculpé était, au moment de l'infraction, responsable de l'acte qui lui est imputé* » [21].

À partir de cette date, une nouvelle catégorie de délinquants malades mentaux est donc officiellement reconnue, les « **criminels anormaux mentaux non irresponsables** », dont le statut bénéficie alors d'une protection envers la Justice, mais avec une certaine fragilité qui sera soulignée par la suite.

- **Prévention** [20]

On assiste dans le premier tiers du XX^e siècle à un déclin de la population pénale, véritable

« **crise de la répression** », qui remet une nouvelle fois en cause la vision pénale classique réapparue en 1905. Certains estiment alors que cette crise est liée au fait que les enfants, les prostituées, les vagabonds, les mendiants, les alcooliques et les « demi-responsables » sont soustraits au droit pénal.

Le système asilaire est lui aussi très discuté, mais sur une dynamique démographique inverse, sa population étant passée de 40 000 personnes en 1874 à 77 700 en 1926. L'échec du traitement moral en milieu asilaire fermé est alors pointé, et il suscite au début du XX^e siècle l'expérimentation de nouvelles formes de prises en charge. Certains médecins en appellent au principe de **prévention** : les anormaux étant ignorés par la Justice et arrivant trop tard à l'asile, on veut les repérer avant qu'ils n'entrent dans une phase de maladie irréversible, avant même qu'ils aient commis leur premier délit. Ces médecins demandent alors à sortir des asiles pour agir sur la population libre, au sein de « **services ouverts** ».

Le Dr Édouard Toulouse est à la pointe de cette politique, et crée ainsi le premier service ouvert à l'Hôpital Saint-Anne en 1922. Il institue par la suite les Sociétés de biotypologie et de prophylaxie criminelle en 1932, qui débattent notamment de la « prophylaxie des maladies mentales », de la « prévention du crime » et de la « défense de la race ». Toulouse explique alors que « *le problème du crime est étroitement lié au problème de la folie, car l'un fait souvent le lit de l'autre* », et que « *les récidivistes sont des anormaux dans une proportion qui n'est pas inférieure à 80%* » [20]. Il milite ainsi pour la multiplication de mesures prophylactiques visant à **dépister les fous et les criminels** avant même qu'ils ne passent à l'acte, définissant un concept de « **biocratie** », régime politique éclairé par les experts médicaux, qui sont alors vus comme des spécialistes de la prévention et de la guérison de tous les fléaux sociaux.

On assiste durant cette période à des enrichissements importants sur le plan de la réforme pénitentiaire et de la **Psychiatrie Légale**, dominés sur le plan criminologique par une amorce de circulation et de construction de savoirs utiles entre les communautés médicales et juridiques. L'étiologie du crime renvoie désormais à l'individu et à la société, elle est pour partie innée mais elle est aussi acquise, et les criminels doivent donc subir une peine appropriée à leur être autant qu'à leurs actes.

Les **institutions sanitaires et judiciaires** ne se succèdent ainsi plus uniquement en s'excluant l'une de l'autre, mais elles sont désormais contraintes de se concerter et de **s'articuler**, notamment pour la prise en charge des « demi-fous » tels que définis en 1905, avec un objectif qui a toujours été de protéger au mieux la société du risque de récidive.

b. L'Expertise Psychiatrique Pénale [19,20,22-25]

L'expertise mentale en matière criminelle n'est pas rendue obligatoire par le Code pénal de 1810, mais on y recourt en pratique très fréquemment pour les crimes **dès le début du XIX^e siècle**. Les experts, à condition d'être consultés et entendus, ont donc dès lors la possibilité d'annuler le crime, voire de le dissoudre, en déclarant son auteur atteint de folie et irresponsable.

Selon Michel Foucault, l'expertise connaît ensuite un tournant important avec la survenue des crimes inexplicables, qui suscitent l'effroi et la paralysie du système pénal car l'acte n'y est plus intelligible. L'exercice du pouvoir de punir se trouve alors en panne selon Foucault, et les magistrats démunis se tournent vers les aliénistes pour leur demander des avis, car s'il faut postuler la rationalité de l'acte, il faut surtout au XIX^e siècle postuler la **rationalité du sujet que l'on veut punir**. Ces avis demandés de plus en plus fréquemment correspondent donc bien à des expertises, qui fonctionnent alors « *dans l'institution judiciaire comme discours de vérité, discours de vérité parce que discours à statut scientifique* » [23].

Si l'expertise psychiatrique obtient ensuite une reconnaissance et une relative systématisation en 1905 avec la circulaire Chaumié, elle reste alors structurée par une conception classique de la pénologie. Sa mission s'y trouve en effet posée en terme d'**évaluation de la responsabilité**, et l'atténuation dûment constatée de celle-ci doit aboutir à « *une certaine modération dans l'application des peines édictées par la loi* ». On peut cependant identifier alors un véritable tournant pour le travail de l'expert psychiatre, qui se trouve ainsi interpellé de façon croissante dans le **vaste champ des « anormaux mentaux »**, débordant la pathologie psychiatrique aliénante avérée.

Avec le **courant positiviste**, on assiste à un élargissement supplémentaire du domaine de compétence de l'expertise psychiatrique, qui s'intéresse désormais à toutes sortes d'accusés, empiétant parfois sur les prérogatives des juges. Foucault y voit une généralisation du savoir et du pouvoir psychiatrique, qui changent alors de registre : à la charnière des deux siècles, « *c'est de la dangerosité d'un individu, beaucoup plus que de sa responsabilité, que parlent les psychiatres commis comme experts* » [24]. Ainsi, l'accusé n'est plus seulement jugé pour ce qu'il a fait, mais

aussi pour ce qu'il est ou pourrait être. Dans ce mouvement, qui tend alors vers la mise en place de dépistages préventifs de la population générale dans une « biocratie » telle qu'évoquée par Toulouse, la plupart des psychiatres admettent qu'il n'y a pas de frontière nette entre aliénation et psychopathie.

Les professionnels notent par ailleurs que les conditions mêmes de l'expertise mentale sur les prévenus, les inculpés et les condamnés sont déplorables, et qu'elles méritent donc d'être améliorées et étendues. Dès la fin du XIX^e siècle, Henri Colin appelle dans ce sens à la création dans les grandes prisons d'**annexes pénitentiaires spéciales d'observation** pour les inculpés présumés aliénés. La Belgique devance alors la France sur ce point, mais à partir des années 1920, ce pays sert effectivement de modèle aux partisans d'une réforme en France, s'appuyant sur les principes de la « Défense Sociale » qu'ils considèrent comme « inattaquables », selon les termes du rapport que le professeur Balthazard produit à la Société générale des prisons en 1922 [20].

Ces années vingt sont ainsi marquées par l'apparition d'une frange réformatrice commune aux médecins et aux magistrats, menant à diverses conclusions : d'une part à la nécessité de créer des « centres de triage » et des « laboratoires d'anthropologie criminelle » pour procéder à la « **sélection rationnelle des prisonniers** » ; et d'autre part au maintien indispensable de l'internement des condamnés anormaux mentaux jusqu'à ce que la chambre du conseil, statuant sur le rapport de trois experts psychiatres, ait constaté qu'ils « *présentent des garanties suffisantes de **non-récidive*** » ou que d'autres mesures leurs sont applicables.

Dans ce sens, le psychiatre Robert Vullien présente en 1929 un rapport sur les conditions de l'expertise médico-légale psychiatrique criminelle. Ses réflexions concernant les aliénés restent alors très classiques, la présence de ceux-ci dans un établissement pénitentiaire étant pour lui « *inadmissible dans tous les cas : s'il peut y avoir discussion sur la conduite à tenir à l'égard du psychopathe conscient et plus ou moins intimidable, il n'en est plus de même quand il s'agit d'un aliéné échappant par définition à toute sanction judiciaire* » [19]. En outre, les conclusions de son rapport constituent un réel **projet de révision de l'article 64** du Code pénal où l'on trouve amorcée une inflexion décisive, plus d'un demi-siècle avant sa réalisation juridique. Il y propose alors en effet de scinder cet article en deux alinéas, rédigés comme suit [20] :

1. L'inculpé était-il en état de démence au moment de l'acte?
2. A défaut d'un état de démence caractérisé, présente-t-il des tares psychologiques influant sur son activité? Ces tares sont-elles assez graves pour justifier des mesures spéciales?

On le voit, il n'est ici plus question d'atténuer la peine comme dans la circulaire Chaumié, mais de prendre des **mesures spéciales** - plus tard appelées « de sûreté » - au sein d'un cursus médico-pénitentiaire. **Peine et Soins** apparaissent dès lors comme les deux composantes de l'administration

d'une même sanction.

Sur le plan pratique, ce programme de « Défense Sociale » fait la part belle à la Psychiatrie légale, tant pour le développement de l'expertise des criminels que pour leur prise en charge. Elle articule donc, comme le proposait déjà le juriste français Robert Saleilles en 1909, peine classique et mesure de sûreté : « *La peine classique s'adresse aux individus doués de libre arbitre tandis que les mesures de défense sociale s'appliquent à la population qui met en échec la fonction d'amendement du système carcéral* ».

Michel Foucault voit dans cette période un processus « d'expertisation » de la Justice qui entraîne plusieurs bouleversements. La sacralisation de la parole du psychiatre a pour lui des effets judiciaires considérables, et, tandis que le personnage du dégénéré se substitue à celui du monomane, la Psychiatrie se donne ainsi une fonction qui délaisse le « pathologique » et se concentre sur une mission de Défense Sociale généralisée : elle devient ainsi « *la science de la protection scientifique de la société* ».

Il se développe alors selon lui entre le savoir psychiatrique et l'institution judiciaire une zone « médico-légale » de friction et d'échanges, qui entraîne une confusion importante entre ces deux disciplines, pourvoyant notamment des notions « *opératoires pour la médecine légale ou les expertises psychiatriques en matière criminelle* ». Cet espace hybride de jonction entre le droit et la clinique, qui n'est ni l'un ni l'autre, n'a ainsi pour lui aucune dignité, et se trouve « *mille fois en dessous du niveau épistémologique de la psychiatrie* », dont on sait qu'il ne le plaçait déjà pas très haut [25]. Les psychiatres ne s'intéressent plus seulement au geste du coupable mais à une « virtualité d'actes » du criminel, et nul doute alors pour Foucault que l'expert « *devient effectivement un juge ; il fait effectivement un acte d'instruction, et non pas au niveau de la responsabilité juridique des individus, mais de leur culpabilité réelle* » [23].

L'expertise psychiatrique pénale a donc suivi les évolutions législatives et idéologiques de notre société. Elle est ainsi devenue de plus en plus incontournable avec l'importance attribuée progressivement au discours scientifique, en particulier dans le domaine de la protection de la société envers le crime.

Malgré la succession en France d'avant-projets de loi dans le domaine de la Défense Sociale depuis les années 1920, ces propositions ne se sont pas concrétisées sur le plan législatif. Elles ont néanmoins entraîné les bouleversements soulignés par Foucault, et associé le développement de la Psychiatrie Légale à de grands risques de confusion et d'instrumentalisation.

c. Soins Psychiatriques en Prison [15,18,20,]

Au **début du XX^e siècle**, la volonté de dépister les « anormaux » présents en prison entraîne bien, quant à elle, la création des premières « infirmeries psychiatriques » intra-carcérales. Dès 1905, la circulaire Chaumié légitime en effet la prise en charge psychiatrique de détenus dans les établissements pénitentiaires en introduisant la notion d'atténuation de la responsabilité pénale liée à des troubles mentaux.

En France, les psychiatres n'entrent cependant dans les prisons que dans les années 1930, pour assurer des missions de diagnostic, d'orientation et d'observation. Ils sont alors **rattachés à l'administration pénitentiaire**, sous la direction du chef d'établissement.

La Psychiatrie Légale progresse donc lentement dans le champ juridico-pénitentiaire, sans attendre « le grand soir » législatif. Vullien, dans son rapport de **1929** que nous avons déjà évoqué, s'intéresse ainsi à l'ouverture de la **première annexe psychiatrique** en France, à la prison de Loos-les-Lille, dont la généralisation permettrait selon lui aux psychiatres de disposer d'un lieu dédié aux **expertises** et au **traitement** des psychopathes délinquants. Il commente de plus : « *Certes, comme par le passé, les aliénés seront envoyés dans les asiles ; les psychopathes légers et intimidables partageront le sort des condamnés, les amoraux incorrigibles seront justiciables d'asiles de sûreté qu'il faudra bien se résoudre à aménager ; mais la grande masse des psychopathes plus ou moins intimidables, trouveront à la prison même ce qui leur est indispensable : à savoir un hôpital organisé pour eux et un médecin pour les comprendre et les traiter s'il y a lieu* » [20]. Un décret du **31 mars 1936** crée par la suite à titre expérimental des « **services d'examen psychiatrique** » dans les prisons parisiennes, auxquelles vont participer des psychiatres sensibilisés à la psychanalyse. La seconde guerre mondiale met cependant un coup d'arrêt à cette tentation réformatrice, le projet d'une grande loi pénale sur les anormaux n'ayant en particulier pas abouti.

En **1944**, la **Réforme Amor**, du nom du directeur de l'administration pénitentiaire l'ayant engagée, porte néanmoins à nouveau une attention particulière aux délinquants « anormaux mentaux » : « *il s'agit d'une catégorie de délinquants qui doit retenir notre attention non seulement parce qu'il est juste de leur donner les soins que réclame leur état, mais parce que, de toute évidence, ils sont à la sortie de prison un facteur important de prévention de la récidive* » [18]. Paul Amor trace alors la

voie pour les soins psychiatriques en prison : « *dans tout établissement fonctionne un service social et médico-psychologique* », dont il fixe la mission « *d'éclairer la justice par le dépistage et le traitement des délinquants mentalement anormaux qui se trouvent dans les établissements pénitentiaires* » [26]. La création d'**annexes psychiatriques intra-carcérales** est ainsi progressivement développée, bien qu'ayant été initialement reliée à la réflexion sur l'adoption d'une loi de Défense Sociale qui ne se fera pas. Sur 24 annexes programmées, seules 14 verront cependant le jour, et le personnel médical y reste alors vacataire et **dépendant de l'administration pénitentiaire**.

Cette réforme conduit d'autre part aux créations en 1950 du premier système national de tri des condamnés nommé « Centre National d'Orientation » à Fresnes, et du « Centre d'observation spécialisé pour détenus psychopathes » rapidement rebaptisé « maison centrale sanitaire » de Château-Thierry.

Par la suite, quatre articles du nouveau **Code de Procédure Pénale de 1958** définissent la notion de services psychiatriques en milieu carcéral [15] :

- **D 395** : possibilité de **consultations d'hygiène mentale** dans chaque maison d'arrêt ;
- **D 396** : possibilité de **cure de désintoxication alcoolique** avant la libération ;
- **D 397** : organisation de **services psychiatriques** dans certains établissements, le **psychiatre** étant désigné par le **ministère de la Justice** ;
- **D 398** : création de l'**hospitalisation d'office** des personnes détenues. « *Les détenus en état d'aliénation mentale ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. Sur la proposition du médecin de la prison et conformément à la législation générale en la matière, il appartient au préfet de faire procéder à leur internement...* ».

A la prison de la Santé, P. Hivert crée alors le premier **Centre Médico-Psychologique Régional** (CMPR) expérimental. Son travail de pionnier est à l'origine de la circulaire du 30 juillet 1967 qui officialise l'institutionnalisation de ces CMPR, y situant cependant toujours le personnel médical **sous l'autorité du chef d'établissement pénitentiaire**. Il faut de plus attendre alors dix ans pour voir se concrétiser ce projet. Simone Veil, magistrat et Ministre de la Santé, présente en effet une circulaire interministérielle Santé – Justice le 28 mars 1977, constituant la base réglementaire du fonctionnement de 17 CMPR, qui se mettent progressivement en place sur le territoire national dans la décennie suivante.

Plusieurs initiatives se mettent par ailleurs en place durant cette période, dont le travail précurseur de J. Mérot, médecin chef de secteur qui propose à Fleury-Mérogis une consultation délocalisée de secteur sur le nouvel établissement pénitentiaire. Ces soins ne dépendent alors que de l'hôpital public, même si une convention relie celui-ci à l'établissement pénitentiaire.

Le **décret du 14 mars 1986** définit finalement les **Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR)**, qui remplacent les CMPR. Ils sont placés sous la responsabilité du **Ministère de la Santé**, et deviennent ainsi le **troisième type de secteur de Psychiatrie**, après le secteur de Psychiatrie Générale et celui de Psychiatrie Infanto-juvénile.

d. Premiers Soins pénalement ordonnés [13,27]

La définition de situations pour lesquelles l'intervention de soins psychiatriques peut être ordonnée pénalement participe grandement au développement de l'articulation entre Psychiatrie et Justice au XX^e siècle.

La première **obligation de soin** est instaurée en France par la loi de **1954** sur les alcooliques dangereux, puis elle se développe par la suite grâce à la création en 1958 du sursis avec mise à l'épreuve. Instituant un double signalement aux autorités, à la fois sanitaire et judiciaire, ce dispositif permet alors à une personne, dont l'abus ou la dépendance à une ou des substances est jugée dangereuse pour elle ou pour autrui, d'éviter les poursuites pénales si elle accepte de se soigner. Cette loi tente ainsi d'introduire de la nouveauté dans la relation Santé – Justice, mais un seul établissement spécifique à son application a cependant été créé depuis, traduisant une **réticence** ou de **grandes difficultés** à l'époque et jusqu'à maintenant dans la lutte contre l'alcoolisme comme dans l'instauration de nouvelles relations entre les champs sanitaire et judiciaire.

C'est ensuite la loi de **1970** portant sur la lutte contre la toxicomanie qui introduit dans la législation française la notion d'**injonction de soins** : le législateur permet alors au procureur d'« *enjoindre aux personnes ayant fait un usage illicite de stupéfiants de subir une cure de désintoxication ou de se placer sous surveillance médicale [...], l'action publique n'étant pas exercée à l'égard des personnes qui se conforment au traitement médical qui leur est prescrit et le suivent jusqu'à son terme* » [27]. Ce texte aura quant à lui un **devenir très variable** selon les périodes, les juridictions et les personnes ou équipes en charge de le mettre en œuvre.

Avec ces deux lois, la Justice française « médicalise » d'une certaine manière progressivement ses décisions, recourant de plus en plus fréquemment aux obligations de soins. Cette articulation entre Santé et Justice n'a ici **plus seulement un objectif social ou sécuritaire**, mais doit permettre aux

justiciables d'**accéder à des soins de qualité**, dont ils n'avaient pas jusque là la possibilité d'accès, ou même la conscience du besoin.

Cette évolution s'observe cependant sans que n'aient été expressément définis ni le cadre juridique, ni les indications médicales et ceux qui les portent, ni les places et les fonctions de chacun, ni en dernier lieu les obligations réelles de l'assujetti. De plus, le thérapeute se trouve alors de plus en plus souvent sollicité par la justice, ou par les acteurs de politiques sociales ou autres. A un régime de différenciation succède donc un **régime dynamique d'échanges**, dont la porosité n'est cependant à l'évidence pas sans risque.

Ces deux textes à l'avenir incertain, en marge de la législation régissant les soins aux malades mentaux et sans lien apparent avec elle, marquent néanmoins historiquement une modification de l'arsenal législatif sanitaire. Ils réfèrent en effet pour la première fois à des conduites, renvoyant à des pathologies alors hors du champ habituel de la maladie mentale, et tentent de définir une **articulation Santé – Justice** réalisée par des acteurs de différents domaines. A cette occasion, les praticiens des soins, de la justice pénale et du travail social font ainsi l'expérience de la **complexité d'application** d'une mesure judiciaire et sanitaire, qui exige des différents professionnels impliqués une audacieuse **ouverture** aux pratiques extérieures à leur champ d'action habituel, ainsi qu'une **rigueur déontologique** constante.

Si aucune grande loi de Défense Sociale n'est adoptée en France au XX^e siècle, force est de reconnaître que la psychiatrisation du système carcéral devient une réalité, et que les racines de ce mouvement sont bien à rechercher dans les années trente. Cette période constitue en effet un terrain très favorable aux échanges entre les communautés juridiques et médicales en formant une « nébuleuse réformatrice », faite de lieux permettant la formation de réseaux et de rencontres entre des hommes dont le sens commun s'accompagne cependant de malentendus. Nombre de psychiatres sont alors convaincus, à l'image d'un Rogues de Fursac, que « *dans la société future, la clinique psychiatrique et la clinique criminologique seront placées porte à porte et communiqueront largement, cela pour le plus grand bien de la science et de la défense sociale* ». Quant à Édouard Toulouse, il espérait lui aussi réunir magistrats et médecins « dans une collaboration harmonieuse », qui ne sera pour lui véritablement effective que le jour où les rôles du juge et du psychiatre auront fusionné en une même personnalité.

Ces évolutions progressives dans les rapports entre Psychiatrie et Justice sont ainsi à l'origine d'un développement majeur de l'espace commun entre ces deux champs sociétaux, qui rend alors

indispensable une réflexion pour améliorer leur articulation. En effet, un travail d'échanges dynamiques et d'élaboration de liens entre leurs différents acteurs permettrait d'obtenir une synergie fructueuse ainsi que l'adaptation optimale de ces deux services publics à leurs usagers ou assujettis.

3. Développement des Réseaux de Santé

À l'image de la Psychiatrie et de la Justice, les différents domaines de la société sont longtemps restés très cloisonnés les uns des autres, rendant ainsi difficile leurs articulations pour le traitement de certains sujets de société pouvant concerner simultanément plusieurs d'entre eux.

a. Déclin des Institutions de l'État [28]

L'émergence du concept de **Réseau** apparaît en **opposition au concept d'Institution** à la fin des Trente Glorieuses, période de trois décennies suivant la seconde guerre mondiale. Cette notion s'inscrit alors dans la critique du « Régime de Régulation Fordiste », du nom de l'industriel américain et inspiré du Taylorisme, qui organise jusqu'alors une régulation sociale globale par l'État au travers de grandes organisations, chacune liée à un mode d'action publique.

Les sociétés fordistes, régulée par un « État social » ou « État providence » très interventionniste, sont des sociétés fortement différenciées, divisées en systèmes qui bénéficient d'une autonomie importante les uns par rapport aux autres. Les **grandes Institutions**, telles que l'hôpital dans le système médical, la prison dans le système pénal ou l'école dans le système d'enseignement, y apparaissent comme des organisations centralisées qu'on qualifie d'ailleurs parfois de totales, car elles assument un **monopole** et une **concentration du savoir et du pouvoir** sur ce qu'elles ont charge de « gérer ».

Ce système permet ainsi à l'**État** d'exercer un **contrôle direct** sur les différents champs de la

société, par des politiques publiques ciblées sur les monopoles institutionnels dans chacun de ces domaines.

Ce mode d'action fortement différencié, basé sur des monopoles institutionnels et une logique de spécialisation, est donc contesté dès les années 1960.

Ce fonctionnement est en effet jugé problématique tout d'abord car il induit la domination dans chaque domaine d'un seul type d'acteur, qui y possède les compétences lui assurant un pouvoir important : médecin dans le champ médical, juge dans le champ juridique, enseignant dans le champ scolaire... De plus, ces **institutions** très différenciées se révèlent **potentiellement pathogènes** pour leurs usagers, car elles n'offrent qu'un seul point de vue et un mode d'action exclusif dans leur domaine, et sont ainsi **coupées du reste de la société**.

Dans le champ sanitaire et en particulier en **Psychiatrie**, un discours critique se développe alors, obéissant à des logiques socio-politiques mais aussi thérapeutiques. Il s'appuie pour cela sur les travaux de Michel Foucault, de Goffman et de l'**Antipsychiatrie**, qui font la critique des thérapies dominantes, et observent ainsi en particulier que l'institution « **Hôpital** » elle-même peut être **pathogène**, par la **stigmatisation** et l'**exclusion** qu'elle entraîne.

b. Innovation institutionnelle : les Réseaux [28]

Suite aux critiques envers les grandes Institutions, l'action publique cherche à se réinventer en favorisant la multiplication des acteurs dans chaque domaine ainsi que la **diversification** considérable des savoirs et des cadres cognitifs à l'intérieur de ceux-ci.

L'offre institutionnelle se diversifie par de multiples dispositifs, et l'on assiste alors à un processus de « **dédifférenciation** » fonctionnelle des systèmes, faisant apparaître le concept de **Réseaux**. Ces réseaux constituent des **espaces dynamiques d'échanges** entre acteurs de différents champs et offrent les ressources diverses de l'environnement, par opposition aux systèmes et organisations différenciés existants précédemment qui étaient fermés sur eux-mêmes.

L'État doit désormais assumer de nouvelles fonctions dans cette nouvelle organisation, basées en particulier sur des tâches de **coordination**. S'il veut être à la hauteur de la diversification et de la pluralisation alors à l'œuvre, l'État doit de plus modifier son fonctionnement au niveau éthico-

politiques, afin de se présenter non plus comme l'incarnation d'un savoir mais comme le **garant de ce pluralisme**.

Les gouvernants doivent donc substituer à la fonction de contrôle vertical qu'ils exerçaient à l'ère du régime de régulation une **fonction transversale** d'organisation et de coordination au sein des **Réseaux**.

c. Du Secteur aux Réseaux de Soins Psychiatriques [3,29-31]

Dans le domaine de la Santé, le concept de **Réseau** s'impose dans les années 1960-1970, au sein des critiques envers les Institutions. En Psychiatrie, la politique de **Secteur** alors développée avec des objectifs organisationnels et médicaux constitue un aboutissement du système des Institutions « totalitaires », mais elle amorce également un mouvement nouveau, cette innovation institutionnelle permettant la prise en charge globale des patients dans leur environnement.

En 1961 paraît *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*, qui constitue la thèse de doctorat de **Michel Foucault** [3]. L'ouvrage se présente comme une anti-histoire de la psychiatrie, avant d'être quelques années plus tard reconnu comme un classique de l'**Antipsychiatrie**. Foucault y refuse la vision conquérante traditionnelle du développement de la Psychiatrie depuis Pinel, qui fait apparaître l'objectivation médicale de la folie comme libératrice. Au contraire, la folie ne constitue pour lui pas un objet médical, mais elle correspond plutôt à une décision culturelle massive, voulant nous définir comme hommes de raison en rejetant les fous de l'autre côté du partage.

La Psychiatrie s'appuie ainsi pour Foucault sur ce premier geste d'**exclusion de la folie**, et l'**institution asilaire** en est le moyen pratique de mise en œuvre. Il montre de plus que la distance envers la folie requise par l'objectivité scientifique est en fait depuis toujours creusée d'une part par la pratique policière de l'enfermement du monde de la misère, et d'autre part par la condamnation morale de la déraison. Si Pinel a libéré les fous de leurs chaînes, la Psychiatrie qu'il a ainsi enfanté n'en constitue pas moins pour Foucault une forme nouvelle de pouvoir, une nouvelle discipline à laquelle le fou doit se conformer, dans les murs de laquelle il doit se confiner. C'est en effet l'analyse du fonctionnement de l'asile qui permet à Foucault de mettre en place le concept de

« discipline », en décrivant l'hôpital comme un champ de forces et la folie comme un pôle de résistance. Guérir, ce n'est plus alors pour lui être restitué à sa propre vérité, mais c'est se soumettre à des identités imposées par des machines de pouvoir.

D'autre part, la vision moderne de la folie, appelée par Foucault expérience « anthropologique » de la folie, en fait progressivement une maladie mentale définie comme l'aliénation de facultés psychiques normales, et se résout dans un dysfonctionnement cérébral. Ce point de vue signe alors le partage du normal et du pathologique humains, et la folie y devient pour lui prisonnière de sa définition médicale, qui permet de la maîtriser en en faisant un objet de science. *L'Histoire de la folie* se présente ainsi comme un réquisitoire contre une rationalité scientifique qui prétendrait épuiser l'être de la folie.

Au moment où Foucault énonce ce discours psychatricide, le savoir psychiatrique français est cependant à l'apogée de sa puissance, du fait de l'**alliance positive** qui s'est instaurée après la deuxième guerre mondiale entre les **traitements chimiques** et les **traitements dynamiques** tels que la psychanalyse. Les progrès accomplis par la Psychiatrie ne résident ainsi pas simplement comme en médecine sur l'élucidation des causes, et ils mènent de plus, dans ce contexte de prise de conscience de l'horreur concentrationnaire, à la **clôture progressive de l'asile**, enfermement de longue durée devenu au bout d'un siècle et demi le symptôme d'un nihilisme thérapeutique.

On assiste alors à un clivage entre ce système isolé de la société et le développement progressif d'une **Psychiatrie sociale** autour de préoccupations d'hygiène mentale, alors en plein essor. La fonction sociale du psychiatre s'élargit : il ne s'agit plus seulement de protéger la société des sujets qu'elle lui confie, mais il s'agit désormais, après avoir écarté les manifestations les plus gênantes de la folie, d'agir sur le milieu social pour y rendre possible son assimilation, celle-ci étant réduite à un handicap comme les autres.

A cette époque, la représentation de la Maladie Mentale se trouve elle-même progressivement modifiée et élargie : il est reconnu clairement que celle-ci n'est pas seulement corporelle, pas seulement psychique, mais qu'elle renvoie également à la question du contexte institutionnel ou social dans lequel elle émerge ou s'efface. On se rend ainsi compte que les problèmes thérapeutiques peuvent être étroitement liés à des problèmes économiques, sociaux et culturels qui nécessitent l'intégration de travailleurs de ces domaines parmi les intervenants sanitaires. Cette **ouverture** de la Psychiatrie, correspondant au **mouvement « désaliéniste »**, est alors également marquée par le développement accru de l'hospitalisation libre et des soins ambulatoires.

La **Désinstitutionnalisation** de la Psychiatrie est initiée par la circulaire ministérielle du **15 mars 1960**, qui crée officiellement la **Psychiatrie de Secteur** afin de « *soigner hors des murs, dans la*

cité ». Sous ce nom de politique de secteur, les soins aux malades mentaux sont alors en voie d'aménagement sur une base où l'exclusion par les anciens asiles est remplacée par une équilibration entre les exigences de santé mentale d'une collectivité et la nécessité d'insertion, d'**intégration sociale** des malades de cette collectivité.

Ce fonctionnement sectoriel est ainsi développé dans la volonté d'une **prise en charge globale** des sujets de la **population générale** souffrant de troubles psychiques, alors assurée par des équipes soignantes **pluridisciplinaires** chargées de la prévention, du diagnostic, du traitement et du suivi des patients, dans des objectifs de précocité, continuité et proximité des soins. Le secteur lui-même constitue une unité géographique de soins, où l'hôpital n'est alors plus qu'un des éléments diversifiés d'une prise en charge inscrite **au cœur de l'environnement naturel du sujet**, peuplé de ressources. L'État, qui place alors la personne en difficulté au centre de ses préoccupations, fait ainsi le pari de la possibilité de réadaptation et de réhabilitation du malade mental dans la société. Et s'il est alors possible d'imaginer faire vivre les malades mentaux dans la société civile et non plus à l'asile, c'est aussi parce qu'à cette époque la société elle-même a changé. Après le génocide et les meurtres de masse est venue une période d'espoir et de reconstruction et, surtout, une période sans crise économique. On peut alors d'autant plus s'interroger sur le statut des fous, des marginaux et de tous les exclus, que la pauvreté et la misère semblent avoir régressé en Europe. On sait bien en effet que pour soigner dignement les malades mentaux, encore faut-il que le peuple ne soit pas dans la misère, car il aurait alors l'impression d'être moins bien traité que les « fous ».

L'ouverture progressive de la Psychiatrie permet progressivement d'identifier des besoins de soins dans différents champs de la société, et mène ainsi à des interventions plus ciblées de notre spécialité médicale, dans des domaines où elle se met en lien avec d'autres disciplines.

Des **Réseaux de Soins Psychiatriques** se développent alors, chacun d'entre eux ayant à gérer les troubles psychiques de la population d'un champ particulier. Ils constituent des espaces dynamiques, où les professionnels de notre discipline peuvent interagir et échanger avec les autres acteurs y intervenant, établissant ainsi de nombreux partenariats.

Au niveau clinique, l'intérêt des praticiens jusqu'ici focalisé sur les schizophrénies et autres maladies « classiques » se déplace alors vers les franges de la Psychiatrie, tels que les troubles de la personnalité et les troubles des conduites ou du comportement, avec par exemple la psychopathie et les toxicomanies.

Le code de la Santé Publique précise dans la **loi du 4 mars 2002** les missions des **Réseaux de Santé**, reconnus ainsi tardivement au niveau légal, en son article L 6321-1: « *Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité*

des prises en charges sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins » [31].

Ces Réseaux de Santé se développent à l'initiative des soignants, particulièrement dans des domaines où les pathologies mettent en jeu une interdépendance forte entre acteurs de différents domaines, comme c'est en particulier le cas pour les personnes sous main de Justice atteintes de troubles psychiques. Dans ce domaine, un **Réseau de Psychiatrie Médico-légale** va ainsi progressivement se mettre en place.

Depuis l'Antiquité, le « fou » garde un statut particulier dans toute société, l'amenant parfois à être écarté de la collectivité par divers moyen en vue de protéger les citoyens de ses troubles du comportement. Le développement de la Psychiatrie à partir du XIX^e siècle permet progressivement de prendre en compte la souffrance des malades mentaux, et de leur proposer des soins de plus en plus adaptés en les éloignant de la prison pour les orienter vers des asiles spécialisés.

Par la suite, les réflexions du mouvement « désaliéniste » entraînent la désinstitutionnalisation de notre spécialité, permettant ainsi son ouverture à la société avec la mise en place de la politique de secteur au cœur de la cité. Ces évolutions s'accompagnent de plus d'une prise de conscience des intrications et interactions multiples à l'origine des troubles psychiques, qui conduit à la diversification des acteurs en Psychiatrie. Ces ouvertures progressives mènent par ailleurs au développement d'interventions diverses de ces professionnels dans différents champs de la société au sein de réseaux dynamiques, à l'image notamment des Réseaux de Psychiatrie Médico-légale en lien avec le domaine judiciaire.

II. Le Modèle Intégratif français

Le déploiement des Réseaux de Psychiatrie Médico-légale entre les champs sanitaires et judiciaires de notre société permet progressivement l'éclosion en France d'un Modèle Intégratif d'articulation entre ces domaines. Ce dispositif constitue une avancée considérable dans la prise en charge psychiatrique des sujets ayant commis un acte répréhensible par la loi, en milieu carcéral comme lors de leur libération. D'autre part, l'ouverture qu'il opère entraîne également un enrichissement mutuel des disciplines concernées, dans leurs pratiques comme dans leurs théories.

1. Définitions

À la fin du XX^e siècle, la référence organisationnelle en Psychiatrie continue d'être essentiellement une pratique sectorielle se voulant généraliste et en capacité de répondre à toutes les demandes. Pourtant, le repérage de situations particulières dans leurs dimensions et dans leurs diversités sociales, cliniques et comportementales va justifier la mise en place d'organisations de soins plus spécifiques avec notamment le **développement de Réseaux**, en particulier dans le cadre de la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiques ayant commis une infraction.

a. Développement du Champ Médico-légal en Psychiatrie

À toutes les époques, certains malades mentaux se sont retrouvés incarcérés, nécessitant alors une intervention spécifique de soins psychiatriques dans ce domaine de la société qui n'a cependant pas toujours été possible. Durant le XX^e siècle, divers phénomènes entraînent une intensification du placement sous main de justice de personnes atteintes de troubles psychiques, y participant ainsi au déploiement d'interventions soignantes diverses.

- **Évolutions de la Psychiatrie** [18,19,21,25,32]

Jusque dans les années 1950, la simple reconnaissance d'une pathologie psychiatrique évolutive lors de l'expertise psychiatrique pénale a souvent comme corollaire direct la proposition d'une irresponsabilité pénale. À partir de 1960, le développement de chimiothérapies psychotropes actives incite progressivement les experts à se centrer, comme le Code Pénal les y invite, sur l'état mental du sujet au moment des faits, en prenant alors en compte la **possible stabilisation** de ses troubles psychiatriques orientant vers une responsabilisation.

De plus, la désinstitutionnalisation de la Psychiatrie, marquée par la réduction drastique du nombre de lits d'hospitalisation à temps complet, fait progressivement apparaître aux yeux de l'expert la prison comme le seul lieu où des soins psychiatriques peuvent être prodigués dans des conditions de **sécurité** satisfaisantes.

On observe alors dans les expertises psychiatriques l'apparition d'une prudence et de réserves accrues envers l'**irresponsabilisation pénale** pour troubles psychiques. Celle-ci devient ainsi beaucoup plus **exceptionnelle**, et de nombreux malades mentaux sont alors incarcérés.

La **désinstitutionnalisation de la Psychiatrie** entraîne d'autre part de façon plus directe la judiciarisation du parcours de certains malades mentaux. En effet, si ceux-ci ne sont alors plus enfermés dans l'asile et exclus de la société, ils ont néanmoins de grandes difficultés à y être totalement réinsérés et correctement suivis. La **précarisation** de cette population entraîne ainsi une augmentation de ses actes de délinquance, la confrontant de plus en plus fréquemment à la loi, et l'orientant vers la prison.

En dépit des économies réalisées par la réduction du nombre de lits et du personnel hospitalier lors de ce mouvement d'ouverture des hôpitaux psychiatriques, il semble ainsi que les gouvernements aient négligé de mettre en place des lieux de soins de moyen séjour et d'autres structures d'hébergement transitoire. En effet, ces dispositifs s'avèrent alors nécessaires en vue d'assurer la **continuité des soins**, et de permettre une **réinsertion sociale** satisfaisante des patients.

On note de plus un sérieux manque de structures adaptées à la prise en charge des malades mentaux présentant des troubles du comportement, qui permettraient de leur administrer des soins dans des conditions de sécurité satisfaisantes en dehors de la prison. En ce sens, les Unités pour Malades Difficiles sont par la suite développées en 1986, mais de façon encore insuffisante.

Les **psychiatres eux-mêmes** participent par ailleurs à ce mouvement d'incarcération des malades mentaux. Lacan écrit en effet dans sa thèse, avec beaucoup de prudence : « *sans prendre partie sur ce sujet, nous dirons seulement que dans certains cas que nous décrivons et dans l'état actuel des lois, la répression pénitentiaire appliquée avec le bénéfice de l'atténuation maximale nous semble avoir une valeur thérapeutique égale tout en assurant de façon meilleure et les droits de l'individu et les responsabilités de la société* » [25,32]. Ces propos mesurés sont ensuite cependant repris et progressivement transformés en adage, « il faut **confronter le sujet à la loi** », la prison pouvant « concrétiser un **principe de réalité** », et certains mettent de plus en plus en avant la « vertu thérapeutique » de la sanction pénale, en confondant alors les registres du réel et du symbolique. L'abolition de la peine de mort lève par la suite les derniers scrupules envers les condamnations de malades mentaux, et l'expertise perd alors ses lettres de noblesse pour devenir une pratique peu prestigieuse, bien qu'elle avait auparavant été l'engagement de presque tous.

- **Législation** [18]

La solution législative française à deux niveaux de responsabilité pénale en cas d'abolition ou d'altération du discernement ne fait ensuite qu'aggraver ce phénomène d'incarcération des malades mentaux.

Dès 1905, la circulaire Chaumié de 1905 préconise clairement « *la réduction et l'adaptation des peines* » pour les criminels présentant des troubles psychiques mais responsables au moment des faits. Malgré l'application de cette mesure, les détenus malades mentaux ne connaissent alors non seulement pas d'amélioration de leur sort en détention, mais ils voient progressivement se produire un **effet paradoxal d'augmentation de la durée** de leurs peines.

Dans le **Code pénal de 1994**, ce mouvement s'amplifie encore avec la disparition du principe systématique d'atténuation de la peine en cas de troubles psychiatriques non irresponsabilisants.

L'**article 122-1** y est ainsi constitué de deux alinéas :

- **Alinéa 1** : « *N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes* » ;
- **Alinéa 2** : « *La personne qui était atteinte au moment des faits d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime* ».

Ce second alinéa apparaît lors de sa promulgation comme une avancée humaniste, définissant un champ de responsabilité atténuée pour certains troubles mentaux. Il doit ainsi permettre de modérer la réponse pénale et de l'articuler avec des mesures de soins.

En pratique, ce deuxième alinéa n'est cependant pas évoqué pour les personnes atteintes de troubles de la personnalité ou de pathologies anxiodépressives auxquelles ils permettraient d'accéder à des soins, mais il l'est seulement pour celles souffrant des pathologies les plus graves, dont le discernement est alors simplement jugé atténué et qui se retrouvent ainsi incarcérées.

L'orientation de cet article 122-1 apparaît donc finalement plus **sécuritaire** qu'antérieurement avec l'article 64, en officialisant et permettant désormais l'incarcération de personnes souffrant de troubles mentaux avérés. En outre, on se rend compte depuis que les personnes « bénéficiant » de cet alinéa 2 de l'article 122-1 sont en réalité **plus sévèrement punies** que celles jugées totalement responsables de leurs actes, du fait de la présomption chez elles d'une « **double dangerosité** », psychiatrique et criminologique.

Cet article est donc bien loin de la vision humaniste de la circulaire Chaumié, qui combinait la reconnaissance de l'atténuation de la responsabilité à une modération dans le prononcé de la peine.

Toute modification pénale de l'irresponsabilisation des malades mentaux est par ailleurs toujours accompagnée d'une évolution de la loi organisant les soins sous contrainte des individus déclarés irresponsables. Le Code Pénal de 1810 et son article 64 ont ainsi été suivi de la loi d'internement de 1838. Quoique constamment remise en question, cette dernière survit jusqu'en 1990, ce qui illustre la crainte des législateurs de modifier l'équilibre entre sanitaire et judiciaire quand il s'agit de Santé Mentale. La loi du 27 juin 1990 énonce alors l'exception de l'hospitalisation sans consentement de la personne souffrant de troubles mentaux, avant que le Code Pénal soit ainsi retouché quatre ans plus tard, en particulier par l'article 122-1.

Ces différents éléments entraînent donc durant le XX^e siècle une **augmentation importante du nombre des malades mentaux incarcérés** ou sous main de Justice.

Ce monde judiciaire reste néanmoins très stressant et pathogène, occasionnant parfois de véritables traumatismes psychoaffectifs qui le rendent ainsi extrêmement hostile envers les personnes déjà fragilisées au niveau psychiatrique.

Dans ce contexte, l'intervention de différents professionnels de Santé mentale se révèle donc indispensable auprès de cette population. La Psychiatrie Médico-légale se développe ainsi progressivement, englobant diverses professions et plusieurs intervenants médicaux, qu'ils soient soignants, experts ou coordonnateurs.

b. Naissance du Modèle Intégratif français [13,15,33-35]

Comme nous l'avons vu précédemment, les Réseaux de soins se développent dans des domaines mettant en jeu une interdépendance forte entre intervenants, et ils y permettent alors un décroisement des disciplines en vue d'un travail en commun. La prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiques et placées sous main de Justice entraîne ainsi la mise en place de **Réseaux de Psychiatrie Médico-légale**, les populations concernées n'étant réductibles ni au champ psychiatrique, ni au champ criminologique, ni au champ social, et nécessitant donc tout particulièrement un **décloignement** des espaces et un **partenariat** entre leurs différents acteurs.

La mise en œuvre de deux textes de loi adoptés à la fin du siècle dernier révèle une inflexion sensible en ce sens de l'articulation Santé – Justice et de la conception des soins obligés pour les personnes sous main de Justice. Un modèle français spécifique d'interaction entre les champs sanitaires et judiciaires est alors défini : le **Modèle intégratif**, qui s'appuie ainsi sur les **Réseaux de Santé Médico-légale**.

Dès 1980, une intersyndicale de travailleurs sociaux, de médecins, de psychiatres, d'infirmiers, de magistrats et d'enseignants, regroupés dans la Coordination syndicale pénale, pose les principes d'un **décloignement de la Santé en prison**. Cette initiative fait alors suite à plusieurs scandales liés en

particulier à l'état du dispositif sanitaire, mais aussi à une réflexion sur l'état de droit en prison dans les domaines de la formation, de la culture ou plus généralement de certaines pratiques autoritaires de l'Administration Pénitentiaire (AP). Ce mouvement de décloisonnement est par la suite officialisé en 1983 par Madame Ezratty, nommée à la direction de l'AP par Robert Badinter, puis il se développe au rythme de toutes les réformes de structure de l'État, grâce à un environnement socio-politique « progressiste » ainsi qu'au contexte dramatisant du sida, « réformateur social » par la mobilisation des institutions et des politiques qu'il entraîne alors.

En **1986**, les soins psychiatriques intra-carcéraux sont confiés au **Ministère de la Santé**, l'AP ouvrant ainsi ses portes à un autre champ de la société. Un troisième type de secteur est en effet créé à côté du secteur de Psychiatrie Générale et du secteur de Psychiatrie Infanto-juvénile par le décret du **14 mars 1986** : le **secteur de Psychiatrie en milieu pénitentiaire**, chargé de répondre aux besoins de Santé mentale de la population incarcérée. Dans chaque région pénitentiaire sont ainsi créés un ou plusieurs de ces secteurs ; chacun, rattaché à un établissement hospitalier public, comporte un **Service Médico-Psychologique Régional (SMPR)** aménagé dans un établissement pénitentiaire et composé d'une équipe pluridisciplinaire placée sous l'autorité d'un psychiatre, praticien hospitalier chef de service.

Le **rapport Chodorge**, établi en **1992** par le Haut Comité de la Santé Publique, dresse par la suite de façon nuancée mais fermement déterminée un constat accablant pour la Santé somatique dans les prisons, alors toujours sous la responsabilité de l'AP et du Ministère de la Justice : dispositif de soins inadapté, insuffisance de moyens, difficultés d'articulation avec les contraintes pénitentiaires... Cette commission constate donc que l'AP n'est pas disposée à mener une politique de Santé adaptée dans la prison, où s'accumulent les pathologies de la précarité sociale telles que la tuberculose, le HIV ou des hépatites. Elle propose alors, comme c'est déjà le cas pour les soins psychiatriques avec les SMPR, de confier au **Ministère de la Santé** la réalisation des soins de toute nature dans les établissements pénitentiaires. Un **modèle décloisonné de santé** privilégiant les **soins en réseaux** est ainsi choisi, l'AP étant donc incitée à s'ouvrir aux professionnels du domaine sanitaire à l'image des conventions signées avec l'Éducation nationale pour l'implantation de l'école dans la prison. Ce groupe de travail prône par ailleurs la prise en charge des détenus par la sécurité sociale, comme c'est le cas pour tout citoyen. Son rapport établit ainsi les bases de la loi de 1994.

Le **Modèle Intégratif français d'Articulation Santé – Justice** naît donc sur l'exemple des SMPR de 1986, avec la **Réforme des soins aux détenus du 18 janvier 1994**. Il se développe alors dans la lignée du modèle Welfare de Justice pénale, modèle d'après-guerre d'une Justice et d'une société paternaliste à vocation préventive et éducative, marqué par la solidarité et l'assistance et qui

fait un pari sur l'homme et sa réadaptation.

Cette loi constitue une révolution dans l'articulation entre Santé et Justice car elle place alors sous la responsabilité du **Ministère de la Santé** tous les soins dispensés en prison aux détenus, ceux-ci étant désormais assurés par le service public hospitalier. Chaque établissement pénitentiaire doit ainsi établir un protocole avec l'hôpital de rattachement géographique afin d'organiser dans ses murs une **Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA)** pour la médecine somatique. Les soins psychiatriques y sont quant à eux assurés par l'intervention du secteur de Psychiatrie Générale ou Infanto-juvénile dans un **Dispositif de Soins Psychiatriques (DSP)**, ou par le secteur de Psychiatrie en milieu pénitentiaire au sein du **SMPR** s'il est implanté sur cet établissement. Ces deux structures constituent ainsi la partie intra-carcérale des **Réseaux de Psychiatrie Médico-légale**.

Cette loi innove de plus en étendant le bénéfice de la protection sociale à l'ensemble des détenus, qui sont désormais affiliés dès leur écrou aux assurances maladie et maternité du régime général de la sécurité sociale.

Avec cette Réforme de 1994, le service public hospitalier pénètre au sein du milieu carcéral, point crucial du système pénal français, et l'on assiste ainsi à une véritable « **intégration** » des champs sanitaires et judiciaires.

La **loi du 17 juin 1998**, relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, constitue quant à elle la **première véritable loi d'Articulation Santé – Justice**, en introduisant de réelles nouveautés. Il s'agit d'une loi d'équilibre entre les deux champs, s'inspirant des travaux et réflexions de Claude Balier, psychiatre au SMPR de Varcès, et réalisée sous l'impulsion de l'Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Aggressions Sexuelles (ARTAAS).

Les principales dispositions de ce texte laissent la possibilité d'ordonner par jugement pour certains auteurs d'agressions sexuelles un **Suivi Socio-Judiciaire (SSJ)**, auquel peut être associée une **Injonction de Soins (IS)** si une expertise psychiatrique conclue à son indication. Une fonction de **médecin coordonnateur**, ni expert ni médecin traitant, est de plus créée à l'**interface Santé – Justice**, son rôle étant d'assurer des échanges dynamiques entre les acteurs et de permettre le bon déroulement du suivi et des soins.

Cette loi tente ainsi de mener de front une action sanitaire et une action judiciaire, en définissant clairement les places de chacun et en ébauchant la mise en forme d'outils adaptés. Elle participe donc pleinement au développement du **Modèle Intégratif français de relations Santé – Justice**.

Ce **Modèle Intégratif** s'est progressivement révélé être pertinent et performant, et nombre de nos voisins européens nous l'envient et s'en inspirent. Ils saluent en effet particulièrement l'intérêt du transfert de compétences « Santé – Justice » qu'il opère, **bénéfique** tant pour les **patients** par leur **intégration** dans le dispositif de la population générale, que pour les **soignants** par la garantie de leur **indépendance** technique et statutaire. Ce modèle peut se développer en France au sein d'une politique intégrative fondée sur les idées du soin de proximité, de la mixité des publics et de la réinsertion, par opposition aux fantasmes de neutralisation et/ou d'élimination qui s'expriment et prévalent alors dans d'autres pays.

Des **modèles ségrégatifs** se développent en effet dans plusieurs d'entre eux, où ils maintiennent une dichotomie importante entre Santé et Justice, incarnée par la figure de la « **prison-hôpital** » qui y constitue une **filière spécifique de prise en charge**, hors du circuit de la population générale. Les « hôpitaux psychiatrico-judiciaires » italiens et les « établissements de Défense Sociale » belges, consacrés aux malades et aux criminels « dangereux », y sont ainsi bien éloignés de l'Hôpital Général. Ces dispositifs ségrégatifs comportent alors des risques d'instrumentalisation et d'exclusion, leurs institutions étant de plus régulièrement dénoncées - notamment par le Comité européen pour la prévention de la torture - pour être des lieux de relégation et de non-droit, exempts de démarche thérapeutique.

2. Ressources du Modèle Intégratif

Pour succéder au clivage originel entre Psychiatrie et Justice, la France choisit donc un Modèle Intégratif d'articulation Santé – Justice afin d'améliorer les services proposés dans ce domaine à ses citoyens. Ce modèle offre de nombreuses ressources aux différentes disciplines qu'il met en relation comme à leurs usagers ou assujettis, notamment dans le domaine de la Psychiatrie.

a. Milieu Carcéral : Réforme de 1994 [15,21,33,34,36,37,38,39]

Les soins psychiatriques en milieu carcéral sont assurés par le service public hospitalier dès 1986. Depuis **1994** et la **Réforme des soins aux détenus**, ces soins sont dispensés en prison par les **SMPR** et les **DSP** qui dépendent des hôpitaux de proximité, réalisant comme nous le détaillons ci-après de réels **Réseaux de Psychiatrie Médico-légale**.

- **Structures existantes**

Le Secteur de Psychiatrie Générale a des **missions de Santé Publique** dans les structures de détention de son ressort : intervenir au plus près des populations en difficulté, faire un travail de prévention, établir un réseau multipartenarial dans l'intérêt du patient, donner des soins ambulatoires et si besoin hospitaliser.

La **mission de Santé mentale** des Secteurs de psychiatrie dans la prison a ainsi plusieurs volets :

- **Entretien d'accueil**, travail pré-thérapeutique d'éveil de la demande ;
- **Dépistage** des troubles mentaux ;
- **Prévention du suicide** ;
- Prise en charge des détenus présentant des **troubles addictifs** ;
- Prise en charge des **Auteurs de Violences Sexuelles (AVS)** en complémentarité avec les Services d'Insertion et de Probation ;
- Orientation vers les **SMPR** des détenus relevant de soins psychiatriques soutenus et y consentant ;
- **Hospitalisation** sur le secteur ou en UMD en vertu de l'**article D398 du CPP** des détenus présentant une pathologie psychiatrique avérée et ne consentant pas aux soins ;
- **Préparation de la sortie** des détenus suivis pour lesquels des soins ambulatoires ou hospitaliers sont nécessaires.

Le **secteur régional de Psychiatrie en milieu pénitentiaire** est constitué d'un **SMPR** implanté dans un établissement pénitentiaire et y assurant consultations et hospitalisations, de **DSP** dans les autres établissements de la région, ainsi que d'**antennes de soins des toxicomanies** et d'un **Centre Médico-Psychologique extra-pénitentiaire** de consultations.

Le personnel des SMPR se compose de médecins, d'infirmiers, de psychologues, de personnel socio-éducatif, de secrétaires, de personnel para-médical et d'agents des services hospitaliers. Les moyens en personnel sont supérieurs à ceux des secteurs de Psychiatrie Générale par rapport à la population couverte, mais ils le sont inférieurs au regard du nombre de patients pris en charge. Le taux de recours aux soins psychiatriques en milieu carcéral, estimé à 271 pour 1000, est en effet dix fois supérieur à celui observé en population générale [39]. Les équipes des **DSP** et des **antennes toxicomanies** sont quant à elles souvent constituées par des vacations de médecins, de psychologues, d'infirmiers et /ou de travailleurs sociaux, assurées par le **secteur de Psychiatrie Générale locale**.

Les **SMPR** sont actuellement 26 en France, rattachés à des établissements hospitaliers. Certaines régions administratives sont ainsi dépourvues de SMPR en raison de leurs faibles populations pénales (Auvergne, Corse, Franche-Comté, Guyane, Limousin).

Ils sont constitués d'équipes pluridisciplinaires, et leurs fonctions institutionnelles ont été établies par l'arrêté du 14 décembre 1986 avant d'être réactualisées par la réforme de 1994 :

- **Dépistage systématique** des troubles psychiques des **entrants** dans l'établissement pénitentiaire ;
- **Traitement** des troubles psychologiques et psychiatriques des détenus, **avec leur consentement** ;
- **Suivi** psychiatrique et psychologique de la population **post-pénale**, avec organisation de relais ;
- **Lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie** ;
- **Coordination des soins** dans les établissements pénitentiaires rattachés.

Le rapport Massé de 1992 précise de plus trois points fondamentaux dans leur fonctionnement : **Indépendance** vis-à-vis de l'administration pénitentiaire ; **Intégration** au secteur psychiatrique ; **Libre consentement** aux soins du détenu.

Le SMPR peut réaliser des « **hospitalisations** » **psychiatriques**, à l'exception des hospitalisations d'office relevant de l'application de l'article D398 du CPP. L'arrêté du 10 mai 1995 précise que l'admission y est alors réalisée avec le consentement du détenu, sur proposition du praticien hospitalier et par le directeur de l'établissement hospitalier de rattachement du SMPR. Elle est notifiée aux chefs des établissements pénitentiaires du SMPR ainsi que d'origine du détenu, qui informent le magistrat compétent : Juge d'Instruction pour un prévenu ou Juge d'Application des Peines (JAP) pour un condamné. La sortie du SMPR est effectuée selon le même protocole.

Tous les SMPR sont dotés d'environ une vingtaine de lits pour leur région pénitentiaire, exceptés deux SMPR qui n'en ont aucun. Seuls deux SMPR (Fresnes et Marseille) assurent une continuité des soins 24 heures sur 24, les autres fonctionnant de façon intermédiaire entre une hospitalisation à temps complet et une hospitalisation de jour. Les « hospitalisations » en SMPR ne sont pas des hospitalisations au sens sanitaire habituel : les « chambres » y sont en fait des **cellules**, et l'**accès des soignants** au détenu y est **tributaire du personnel de surveillance pénitentiaire**. Ces modalités de fonctionnement ne permettent donc pas la prise en charge de tous les troubles psychiatriques aigus, notamment par exemple lorsqu'ils sont accompagnés d'un fort risque suicidaire. Cependant, le bénéfice thérapeutique d'un placement au SMPR n'est pas négligeable, notamment pour les sujets psychologiquement fragiles envers lesquels la détention classique reste particulièrement pathogène, à qui il permet des contacts plus fréquents avec l'équipe pluridisciplinaire.

Les **consultations** en détention représentent une part importante de l'activité du secteur de Psychiatrie en milieu pénitentiaire. Elles sont réalisées par le **SMPR**, ainsi que dans tous les établissements pénitentiaires de la région par les intervenants des **DSP** et des **antennes de soins des toxicomanies**. Cette activité peut ainsi être assimilée à celle d'un CMP intra-carcéral. Toute demande de soin est prise en compte, qu'elle soit formulée par la personne détenue elle-même ou par sa famille, l'UCSA, le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP), l'AP, le JAP ou toute personne qui se soucie d'elle.

La prescription de **traitements psychotropes** est fréquente, et les médicaments, fournis par l'établissement de santé auquel est rattaché l'UCSA ou le SMPR, sont distribués en détention par les **infirmiers**, entre une à plusieurs fois par semaine selon les établissements pénitentiaires. Les traitements substitutifs oraux aux opiacés nécessitent cependant quant à eux une délivrance et une prise quotidienne, devant l'infirmier.

Le processus de soin en milieu carcéral repose ainsi sur l'adhésion du patient à sa prise en charge. Les différents dispositifs constituent des lieux de soins non contraints dans un milieu de contrainte, et une relation particulière entre le patient et le thérapeute doit donc être progressivement construite et consolidée. A ce propos, P. Hivert écrivait en 1982 : « *à aucun moment il ne faut user d'une obligation de soins en prison qui pourrait être confondue avec la contrainte carcérale et ruinerait son efficacité. Le psychiatre doit se comporter en prison comme un thérapeute œuvrant dans un service libre...* ».

- **Articulations avec l'Administration Pénitentiaire (AP) et l'Hôpital**

Le rôle du secteur de Psychiatrie en prison est de « soigner », et non de « punir » ou « surveiller ». Il doit cependant cohabiter avec le personnel de l'AP, pour qui la personne est un détenu souvent nommé par son numéro d'écrou, et dont la mission est de « surveiller ». Leurs rapports sont donc liés à des logiques différentes et peuvent parfois devenir confus, voire conflictuels.

La pratique de la Psychiatrie en milieu carcéral peut ainsi être rapprochée d'un **travail de liaison** en milieu hospitalier avec ses propres particularités et difficultés, comme le développe Jean-Louis Senon, professeur de Psychiatrie à Poitiers, dans son livre *Psychiatrie de Liaison en milieu pénitentiaire* [34]. En effet, les soignants doivent alors avant tout s'adapter au fonctionnement et aux nombreuses contraintes de ce lieu où ils interviennent, qui leur est étranger.

La **liaison avec le milieu d'exercice, pénitentiaire**, nécessite un travail d'articulation réfléchi quotidiennement. Le travail des soignants y comporte ainsi une grande part de **pédagogie** et d'**échanges** avec les autres professionnels y intervenant, afin d'y définir clairement leur place.

Dans la prison, l'équipe psychiatrique est de plus généralement considérée comme un partenaire de choix, fortement sollicité et à l'égard duquel les attentes sont fortes, de la part des patients mais aussi des intervenants pénitentiaires ou judiciaires. Elle est à ce niveau confrontée à un **risque important de clivage ou de rejet** par ces différents acteurs, qui peut d'ailleurs résulter de projections des difficultés et angoisses des patients-détenus eux-mêmes.

Or le **secret médical** existe et s'applique même en prison, ainsi que les règles déontologiques de la Psychiatrie, ce qui doit être régulièrement rappelé aux professionnels du milieu. Les entretiens se font dans des bureaux, en l'absence de personnel pénitentiaire, et restent donc confidentiels. L'AP est cependant au courant des mouvements des détenus et repère ainsi ceux qui vont consulter, ceux-ci devant de plus passer par le surveillant ou écrire une lettre non cachetée de demande de consultation s'il veulent être reçu au SMPR. Le secret risque alors d'être entaché par ces différents éléments, face auxquels les soignants doivent donc rester très vigilants pour le défendre à tout prix.

L'ajustement de la position de soignant en milieu carcéral est ainsi un exercice passionnant, qui exige de la rigueur et une aptitude à la sérénité afin d'**affirmer sa place** et son identité tout en reconnaissant celles des autres professionnels. Quelques lignes de conduites peuvent être esquissées dans ce sens :

- Toujours rester à l'**écoute du patient**, et le mettre au centre du dispositif qui le concerne ;

- Établir avec le patient une relation thérapeutique fondée sur la **confiance** et la confiance, ce qui suppose la **confidentialité** des échanges. Ce principe de confidentialité n'exclut pas cependant d'échanger une information pertinente avec d'autres intervenants, dès lors que le patient en a été informé et qu'il a donné son accord ;
- **Expliquer** aux différents partenaires le rôle et les limites du **Soin**, et rappeler que le médecin traitant n'a pas un rôle d'expert ;
- **Occuper sa place de soignant** et pas celle de l'autre (surveillant, conseiller d'insertion et de probation, avocat, juge...) sans pour autant la méconnaître.

Ces efforts d'échanges et d'articulation permettent ainsi aux intervenants d'affirmer leurs identités professionnelles en **évitant toute confusion**, et de mettre petit à petit en place entre eux un réel travail de **partenariat**.

Un travail de **lien avec l'Hôpital** est tout aussi primordial pour les équipes soignantes intervenant en milieu pénitentiaire. En effet, elles doivent y entretenir des relations soutenues avec **les secteurs de Psychiatrie Générale**, afin d'éviter tout cloisonnement par rapport à ceux-ci.

Le travail soignant de Psychiatrie en milieu carcéral nécessite tout d'abord l'existence de liens étroits et de nombreux échanges avec la Psychiatrie Générale. En effet, les équipes intra-carcérales doivent se tenir informer des évolutions théoriques et pratiques des prises en charges de Psychiatrie Générale en milieu libre, notamment dans leur hôpital de rattachement, par le biais d'**échanges cliniques** et de **formations** communes. En outre, 129 secteurs de Psychiatrie Générale intervenaient en ce sens directement en milieu carcéral en 2003, au sein des DSP.

De plus, des échanges se concrétisant parfois dans la pratique même du travail soignant, ces liens nécessitent donc d'être entretenus. En effet, lorsque l'état de santé d'un détenu n'est plus compatible avec son maintien en détention, il est hospitalisé d'office comme le prévoit l'**article D398 du CPP**, apparu en 1958 et retouché en 1998. Cette HO est demandée par un psychiatre ou un autre médecin de la prison dans un certificat médical circonstancié, puis elle est prononcée par le Préfet. Elle est alors organisée dans l'hôpital de rattachement du SMPR, dans le service sectorisé de Psychiatrie correspondant au domicile du détenu ou en Unité pour Malades Difficiles (UMD) si nécessaire.

La place de la Psychiatrie en prison pose par ailleurs nécessairement la question de l'amont et de l'aval, et est également en ce sens indissociable de la Psychiatrie en milieu libre. Tout une partie du travail thérapeutique avec les patients détenus consiste en effet à préparer leur sortie, et à organiser le **relais de leurs soins** avec leur secteur d'origine ou de sortie. D'autre part, des échanges avec la Psychiatrie générale sont indispensables **en amont** afin de réfléchir et d'adapter les soins proposés pour certains troubles psychiques et certaines populations, en vue d'espérer diminuer le nombre de

malades mentaux incarcérés.

Les échanges avec la Psychiatrie Générale sont donc indispensables au bon fonctionnement des Réseaux de Psychiatrie Médico-légale, une offre large de soins psychiatriques étant de plus très précieuse en milieu libre pour ces populations, notamment dans le domaine des psychopathologies du passage à l'acte. L'existence de diverses modalités de prises en charge nécessite ainsi d'y être encore développée, de l'ambulatoire aux services d'hospitalisation fermés et UMD qui restent incontournables pour certains patients en cas de crises ou de troubles résistants aux traitements, ainsi que pour l'accueil de détenus hospitalisés d'office selon l'article D398 du CPP.

Le travail des équipes psychiatriques en milieu carcéral impose ainsi une **vigilance éthique** et une réflexion déontologique toujours renouvelée. Afin d'assurer leur place, celles-ci doivent de plus entretenir des échanges dynamiques avec les divers professionnels du milieu d'exercice comme de celui d'origine, la Psychiatrie Générale.

Un **cadre thérapeutique solide** permet alors d'aider à **penser** l'activité de soins comme la souffrance des détenus, des surveillants et des soignants, dans un lieu où le passage à l'acte est la règle.

- **Améliorations**

Les améliorations apportées par le Modèle Intégratif dans les soins psychiatriques aux détenus sont ainsi de plusieurs ordres :

- **Démocratie : Ouverture** de l'Administration Pénitentiaire à un autre champ de la société, le partenariat avec les professionnels de Santé signant la fin de l'isolement et de l'opacité des lieux de réclusion. Punir ne peut se faire que sous le **regard du citoyen**.
- **Qualité de traitement égale entre personnes libres et personnes détenues**, assurée par un lien direct de la Psychiatrie en milieu pénitentiaire avec la Psychiatrie Générale, permettant le maintien d'échanges, de formations communes...
- **Humanité** des prises en charge, par l'évolution portée aux rapports entre Psychiatrie et personnes incarcérées : Le **libre consentement** des patients-détenus aux soins est rendu indispensable, pour ne pas ajouter cette ultime contrainte à toutes celles qui rythment leur quotidien. Une démarche authentique est alors favorisée, menant à un traitement adapté et consenti, et contribuant ainsi plus efficacement à une **réinsertion** future.

→ **Continuité des soins**, assurée par la **couverture hospitalière nationale**, avec laquelle le secteur de Psychiatrie en milieu pénitentiaire reste en étroite relation grâce à son réseau dynamique.

Ce décloisonnement, rendu possible par l'ouverture du milieu carcéral aux professionnels sanitaires, a ainsi permis d'**améliorer la santé** des personnes détenues. Il a de plus contribué à faire en sorte que l'AP se recentre sur ses missions propres et se « détende » en acceptant que, dans ses murs, d'autres institutions fonctionnent dans le respect de normes et de logiques autres que les siennes.

- **Évolutions**

Dans la poursuite d'un souci humaniste et d'amélioration légitime des conditions d'accueil des patients-détenus hospitalisés, et devant la multiplication des HO D398 du CPP ces dernières années, des **Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA)** sont créées par la loi d'orientation du 9 septembre 2002, à l'image des Unités d'Hospitalisation Sécurisées Interrégionales (UHSI) existant dans le domaine somatique.

Elles représentent désormais le troisième échelon de la prise en charge des détenus souffrant de troubles psychiques après le DSP ambulatoire et le SMPR, tous les deux situés en milieu carcéral. L'hospitalisation avec ou sans consentement d'une personne incarcérée y est alors réalisée en **milieu hospitalier**, au sein d'une unité sécurisée par l'AP. La première de ces unités a partiellement vu le jour à Lyon en mai 2010.

Ce nouveau dispositif ne manquera pas, lorsqu'il sera totalement déployé, de modifier très sensiblement la lecture des soins dispensés aux personnes délinquantes atteintes de troubles mentaux. Nous étudierons les limites de ces évolutions par la suite.

La Réforme de 1994 permet ainsi d'étoffer la partie intra-carcérale des Réseaux de Psychiatrie Médico-légale, en y entraînant de nombreuses améliorations dans les prises en charge de détenus atteints de troubles psychiques. Le Modèle Intégratif contribue de plus, par cette articulation entre champs judiciaires et sanitaires, à un renforcement du rôle d'**insertion** et de **préparation au retour à la liberté** de la Prison, complémentaire de ses fonctions sécuritaire, coercitive et punitive.

b. Loi du 17 juin 1998 : une réelle Articulation

Le Modèle Intégratif français permet d'autre part de grandes avancées dans le domaine particulier de la **prise en charge des auteurs de violences sexuelles (AVS)**, notamment à travers la loi du 17 juin 1998. Ces actes d'agressions sexuelles constituent de nos jours un lourd sujet de société, du fait de leur forte médiatisation et de la profonde réprobation éprouvée à leur rencontre par la population. La grande intrication des champs Santé et Justice dans ce domaine provient à la fois du type d'actes commis, qui constituent des infractions pénales, et de la fréquence importante de troubles psychiques se trouvant à leur origine, cependant souvent associés à une absence de demande de soins. De plus, si les troubles graves de la personnalité sous-jacents à un grand nombre de ces agressions ont longtemps été réputés « incurables », des travaux menés depuis une vingtaine d'années montrent des avancées possibles de la thérapeutique dans ce domaine.

- **Suivi Socio-Judiciaire et Injonction de Soins** [13,40-50]

La loi du 17 juin 1998, relative à la **prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs**, met en place la possibilité de prononcer au moment du jugement une peine complémentaire de **Suivi Socio-Judiciaire (SSJ)**, afin de surveiller les auteurs d'infractions sexuelles à leur sortie de prison. D'après ce texte, le SSJ est ainsi applicable pour les infractions limitativement énumérées à l'article 706-47 du CPP. Le juge peut alors mettre en place cette mesure face aux délits et crimes sexuels, ainsi que suite à un meurtre ou assassinat précédé ou accompagné de viol, tortures ou actes de barbarie. Le SSJ a une durée déterminée, et il s'applique à titre complémentaire à la fin de la privation de liberté ou comme peine principale en matière correctionnelle. En cas d'inobservation, une peine maximale encourue est fixée d'avance.

En raison de l'association établie entre certains actes de délinquance sexuelle et des troubles psychiques, ce suivi peut de plus comporter une mesure sanitaire, l'**Injonction de Soins (IS)**. Cette loi revêt en ce sens un caractère spécifique, d'exception pour certains, car elle s'appuie à la fois sur une lecture juridique et sur un fondement clinique grâce aux travaux de Claude Balier et de l'ARTAAS. En tentant de référer les comportements déviants à des troubles de la personnalité et non pas à des maladies mentales, ces réflexions permettent ainsi de nourrir l'élaboration de prises en charge qui soient adaptées à ces psychopathologies.

Si le traitement médical de la délinquance est une idée aussi ancienne qu'illusoire, obliger à se soigner ceux dont les troubles participent à la cause de comportements « déviants » peut paraître une solution de bon sens. La contrainte est pourtant impossible à mettre en œuvre en milieu carcéral, le **consentement aux soins** y constituant un droit de l'homme, consacré tant par les textes nationaux qu'internationaux. De plus, et avant tout, une thérapeutique appliquée sans consentement ne peut avoir d'effet durable, et court ainsi le risque d'être inefficace et illusoire.

Un compromis est cependant trouvé dans cette loi, qui respecte le principe du consentement aux soins tout en permettant de protéger la société : ni contrainte, ni simple proposition, l'Injonction de Soins tend à **inciter** les auteurs de violences sexuelles à s'engager dans une démarche de soins, pour leur bien comme pour celui de la société. Si le consentement au traitement est maintenu, son refus est cependant sanctionné. Le soin est en effet clairement présenté comme une **alternative à la prison**, et son refus entraîne l'incarcération ou la réincarcération. Sans engagement de la part du sujet, ces soins restent cependant de pure forme ; le sujet vient consulter régulièrement, le psychiatre lui délivre des attestations de suivi, mais rien ne se passe, rien n'est dit : l'injonction se transforme en illusion de soins. C'est dire la vigilance avec laquelle ces soins doivent être régulièrement évalués.

Cette mesure sanitaire peut être associée au SSJ lors du jugement sur **indication médicale**, après la réalisation d'une **expertise psychiatrique** qui est alors rendue légalement obligatoire pour la première fois en France. L'expert doit pour cela y préciser en conclusion que le sujet est susceptible de faire l'objet d'un traitement. Pour qu'un sujet fasse l'objet d'une IS, il faut alors qu'un trouble sous-jacent aux troubles des conduites sexuelles soit identifié chez lui, et que des soins soient susceptibles d'avoir un impact sur celui-ci. Pour cela, un minimum de capacité d'introspection et d'autocritique doit être retrouvé chez le sujet par l'expert, et les individus qui ne reconnaissent pas les faits qui leur sont reprochés ne relèvent ainsi particulièrement pas d'une IS. La loi lie donc le sens d'une mesure judiciaire pénale au résultat d'un avis médical, ce qui constitue une véritable innovation juridique.

Des mesures sont prises pour que le condamné se soigne dès son **incarcération**, et non pas uniquement après sa sortie de prison : celles-ci constituent l'« **incitation aux soins** » que nous avons évoquée. D'après plusieurs psychiatres cliniciens, les premiers temps de l'incarcération de ces sujets donnent lieu à un « bouillonnement » de réflexions où s'affrontent des idées de culpabilité et des défenses habituelles constituées de minimisation, banalisation, voire projection. Les troubles anxio-dépressifs ne sont alors pas seulement le fait de la privation de liberté, et ils doivent permettre de premières élaborations introspectives. L'importance d'une **prise en charge précoce** est ainsi capitale, dès le début de l'incarcération, à l'heure où les remises en question sont encore possible.

Pour favoriser ces soins, c'est alors la perspective d'une remise de peine, d'une libération conditionnelle, qui peut constituer le plus puissant ressort d'une première demande. Ainsi, le Juge d'Application des Peines (JAP) tient compte de façon importante de la participation à des soins en détention pour l'octroi d'aménagements de peine, puisqu'« *une réduction supplémentaire de la peine peut être accordée aux condamnés qui manifestent des efforts sérieux de réadaptation sociale [...] en suivant une thérapie...* » (art. 721-1 du CPP). Pour cela, les soins doivent cependant être régulièrement évalués par des expertises répétées, afin de faire notamment la part entre les démarches purement utilitaires et celles qui témoignent d'une authentique remise en question.

Cette loi crée par ailleurs en **milieu libre**, à l'**interface Santé – Justice**, la fonction de **médecin coordonnateur**, qui n'est ni expert ni médecin traitant. Son rôle est d'assurer des échanges dynamiques entre les acteurs des champs sanitaires et judiciaires, et de permettre ainsi le bon déroulement du suivi et des soins. Interface privilégiée entre Santé et Justice, il est le garant d'une éthique certaine en maintenant l'indépendance du soin face à la peine, et en évitant toute confusion entre Peine et Soins. Ce nouvel intervenant est désigné par le JAP, d'après une liste de psychiatres ou médecins ayant suivi une formation appropriée, établie par le procureur de la République. La loi circonscrit alors sa **mission** en lui attribuant quatre obligations :

- Inviter le condamné à **choisir**, mais ceci avec son accord, un **médecin traitant** disposant des « compétences nécessaires » ; en cas de désaccord, le médecin est désigné par le JAP, après avis du médecin coordonnateur ;
- **Conseiller le médecin traitant** si celui-ci en fait la demande ;
- **Transmettre au JAP** les éléments nécessaires au **contrôle** de la mesure, notamment concernant l'**évolution** du sujet soumis à l'IS et l'évaluation de son **investissement** dans les soins proposés, le médecin traitant pouvant ainsi n'avoir aucun contact direct avec les autorités judiciaires ;
- **Conseiller le condamné**, au terme de l'exécution de son suivi, concernant les possibilités dont il dispose, si cela s'avère nécessaire, de poursuivre les soins en l'absence de tout contrôle judiciaire.

Ce médecin coordonnateur maintient ainsi la relation médecin-malade et la confiance que le patient peut avoir vis-à-vis de son soignant, tout en conciliant deux impératifs : la confrontation à la loi et la durabilité de l'engagement personnel dans la démarche de psychothérapie. Il est également un interlocuteur de choix vis-à-vis du champ judiciaire afin d'obtenir une meilleure compréhension du travail et des rôles de chacun, permettant ainsi une lutte active contre tout risque de clivage.

La **clinique** contemporaine des auteurs de violences sexuelles (AVS) apparaît constituée de

différents mécanismes, mis en évidence par plusieurs travaux récents dont en particulier ceux de Claude Balier et de l'ARTAAS. Face aux fonctionnements psychiques particuliers de ces individus, l'appui sur ce texte de 1998 peut ainsi aider à **construire un environnement favorable aux soins** :

- Tout d'abord, l'importance de la **dimension perceptive** pour ces sujets, qui révèle chez eux une défaillance représentative, est prise en compte par ce texte en deux endroits. Le premier est la notion de l'**incitation aux soins**, qui est réitérée au moins une fois tous les six mois pendant l'incarcération et donne accès à des réductions de peine en cas d'obtempération. Le second est constitué par la mesure de **SSJ avec IS**, qui vaut alors pour une obligation de faire. Ces éléments contribuent ainsi à faciliter le travail d'**éveil de la demande de soins**, au sein d'une psychopathologie où prédomine le déni.
- Le **double cadre judiciaire et thérapeutique** permet de plus de prendre en charge le sujet dans un contexte à la fois ferme et bienveillant, à valeur symboliquement parentale. Cet environnement favorise le renoncement aux actes comme tentatives d'auto-guérison, et entraîne ainsi le remplacement du recours à l'acte par le **recours au Soin**.
- Une fois quitté l'espace carcéral, le **travail des Réseaux de Psychiatrie Médico-légale** constitue ensuite pour ces patients la part extériorisée de leur appareil psychique, autorisant une régulation plus économique de leur fonctionnement. L'injonction représente alors la part perceptive de ce qui n'a pas été intériorisé sous la forme d'un surmoi, permettant qu'un processus représentatif puisse se développer. La loi, dans cette **fonction de suppléance**, reconnaît la particularité de ces sujets et leur confère alors une identité humaine dans leur souffrance, générant chez eux un affect fondateur du travail thérapeutique qui correspond à un véritable holding psychique. Les **réseaux Santé-Justice** et inter-soignants constituent alors un travail singulier permettant de créer un **espace de confidentialité** propre à susciter la confiance, tout **en luttant contre des cloisonnements qui favorisent le déni et le clivage** auxquels sont particulièrement enclin ces sujets.

L'Injonction de Soins est ainsi considérée par les médecins qui prennent en charge les délinquants sexuels atteints de troubles psychiques comme l'occasion d'engager une démarche de soins. Pour nombre d'entre eux, les contraintes inhérentes à cette mesure sont suffisantes pour surmonter les réticences face aux soins, ou le simple déni des troubles. L'objectif est alors que la contrainte fasse place au consentement et surtout à l'adhésion aux soins, sans lesquels aucune thérapie n'est possible, en particulier dans le domaine psychique.

La loi du 17 juin 1998 réalise ainsi une **articulation entre Santé et Justice adaptée au sujet lui-même**, car l'Injonction de Soins qu'elle introduit est basée sur une **indication médicale**, devant la

psychopathologie d'un individu. Le médecin expert ne statue alors plus seulement sur l'existence et le degré du discernement d'un individu en vue de l'appréciation de sa responsabilité pénale, mais il délivre ainsi un diagnostic sur son aptitude à être traité. Le **médecin coordonnateur** est quant à lui capital dans l'orientation et la prise en charge du condamné devenu patient, comme dans le maintien d'une dynamique d'échanges entre les champs judiciaires et sanitaires qui définit un véritable **Réseau de Psychiatrie Médico-légale**.

Chaque intervenant de ce réseau doit ainsi être pénétré de l'intérêt du SSJ, expression du souci du juge de ne point réduire la réponse pénale à une sanction tournée vers un comportement délinquant passé, mais d'inscrire celle-ci dans une démarche d'incitation et d'encadrement en vue d'une réinsertion sociale, pouvant exiger l'administration d'un soin avec l'IS.

La Conférence de consensus de 2001 intitulée *Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle* conclut à ce sujet qu'« *en proposant d'articuler la peine et le soin, dans un cadre médico-légal qui respecte l'éthique et la déontologie, la loi du 17 juin 1998 ouvre la possibilité d'un travail clinique et socio-éducatif, et des perspectives renouvelées de partage et de synergie des compétences respectives du judiciaire et du médical* » [48]. Cette loi introduit ainsi un nouveau paradigme face à l'ancienne dichotomie du soin et de la punition : ce n'est plus réprimer ou soigner, mais **réprimer et soigner**.

- **Centres Ressources pour l'aide à la prise en charge des AVS (CRAVS) [49,50,51]**

En 2005, le plan Psychiatrie et Santé Mentale diffusé par le Ministère de la Santé prévoit la mise en œuvre de programmes spécifiques permettant un rapprochement supplémentaire des actions de Santé et de Justice autour de la prise en charge des AVS. Parmi ces mesures, le déploiement de cinq centres ressources inter-régionaux doit alors aider à garantir leur suivi.

La **circulaire du 13 avril 2006** précise ensuite les modalités d'**amélioration de la prise en charge des AVS**, applicables sur deux niveaux complémentaires :

- Offre de **Soins de Proximité** assurée par la **Psychiatrie Générale**, correspondant aux missions habituelles de celle-ci : Prévention, Diagnostic, Soins et Réadaptation Sociale dans un objectif de Continuité des soins ;
- Offre de **Recours et d'Appui**, via les **Centres Ressources Inter-régionaux pour l'aide à la prise en charge des Auteurs de Violences Sexuelles**. Les **missions** de ces centres sont alors définies :

- Développer la **Prévention** ;
- Être un **lieu de Soutien et de Recours**, pour les praticiens et les équipes de proximité ;
- Être **Promoteur de Réseau**, mettre en lien les différentes équipes de psychiatrie et les professionnels intervenant ;
- Assurer les **Formations**, promouvoir les modalités de formations croisées entre professionnels de Santé et de Justice ;
- Rechercher et mettre à disposition toute la **Documentation** sur le sujet ;
- Impulser et diffuser la **Recherche** et l'**Évaluation des Pratiques Professionnelles**.

Initialement conçus à une échelle inter-régionale, ces Centres Ressources sont régionalisés dans le cadre du dispositif d'accompagnement de la loi du 10 août 2007 « renforçant la lutte contre la récidive ». Ils sont donc progressivement développés au niveau national dans un objectif plus sécuritaire.

Cette Loi du 17 juin 1998, qui constitue un pilier du Modèle Intégratif français d'articulation Santé – Justice, a donc permis d'importants progrès cliniques et thérapeutiques dans le cadre du fonctionnement psychique des AVS. Ces personnes bénéficient ainsi de l'adaptation de leur « prise en charge » en milieu carcéral comme en milieu libre, et notre spécialité médicale s'enrichit de plus elle-même grâce à ces dispositifs, même si des limites se dessinent peu à peu avec l'apparition d'orientations de plus en plus sécuritaires. Par ailleurs, les décrets d'application de cette loi ne sont publiés que beaucoup plus tard, à partir de mai 2000, ce qui illustre bien les difficultés de mise en œuvre d'un texte qui vise à l'articulation de la peine et du soin.

c. Améliorations des pratiques professionnelles

Le Modèle Intégratif, s'il permet une meilleure intervention psychiatrique auprès de la population sous main de Justice par une alliance avec le champ judiciaire, contribue également à l'enrichissement mutuel des professionnels qu'il met en relation. Plusieurs améliorations peuvent

ainsi être notées à différents niveaux.

- **Prise en charge du Patient** [28,31,52,53,54]

Les Réseaux de Psychiatrie Médico-légale du Modèle Intégratif français n'apparaissent pas comme une organisation fixe, un parcours balisé, mais ils constituent des espaces dynamiques riches de multiples interactions centrées sur les patients, dont ils identifient ainsi les besoins et auxquels ils adaptent les soins.

Le Modèle Intégratif Santé - Justice permet en effet de construire un **circuit de soin ajusté** à chaque patient sous main de justice, **dans son environnement** propre peuplé de multiples ressources mobilisables. Les réseaux y contribuent à une **prise en charge globale** du patient-détenu dans sa dimension humaine, d'homme qui transgresse et qui souffre. En restant reliés à la Psychiatrie générale de secteur, ces réseaux bénéficient de plus de l'insertion ou inclusion sociale que celle-ci préserve, qui constitue bien la base du rétablissement des patients et non sa récompense.

Les capacités de travail et d'évolution des détenus dans leurs fonctionnements sont donc favorisées par cette adaptation du cadre, et par la prise en charge globale de leurs problématiques au-delà des seules conduites délinquantes.

L'ouverture du champ judiciaire au sanitaire et les échanges entre différents professionnels permettent de plus **d'identifier précisément les besoins** en soins psychiatriques de la population sous main de Justice, et d'y répondre de façon globale et coordonnée.

Le plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008 promeut en ce sens des « *actions Santé – Justice* », afin de « *développer des programmes coordonnés à destination des personnes détenues* ». Il y est ainsi constaté que des demandes de soins s'intensifient dans certains domaines, tels que dans la prévention du suicide – déjà appuyée par le rapport Terra de décembre 2003 [53] –, dans la prise en charge des AVS, ou dans celle des personnes dépendantes de produits psycho-actifs. Ce plan met alors en avant plusieurs objectifs afin de renforcer les soins psychiatriques proposés, notamment en améliorant l'accès à l'hospitalisation et en développant les UHSA, et en favorisant la continuité de ces soins.

La **prévention du suicide** en prison, sujet chronique mais « d'actualité » car fortement médiatisé ces dernières années, est ainsi organisée de façon coordonnée grâce au travail de réseau du Modèle

Intégratif. Plusieurs mesures, dont en particulier la nécessité de formations à l'adresse des différents intervenants auprès des détenus, le développement du repérage précoce de la crise suicidaire et le suivi coordonné des personnes présentant un risque élevé sont en effet recommandées à ce sujet par les rapports successifs du Professeur Terra en décembre 2003 [53] et du Docteur Albrand en janvier 2009 [54] sur la prévention du suicide en milieu carcéral.

Le travail de réseau interprofessionnel du Modèle Intégratif Santé – Justice, en plaçant la personne atteinte de troubles psychiques au centre de ses préoccupations, permet ainsi d'adapter au mieux les soins qui lui sont proposés et d'ajuster de façon optimale la coordination de différents intervenants pour répondre à sa problématique.

- **Progrès Professionnels** [28,31,40,53,54]

Le Modèle Intégratif, en mettant en relation la Santé et la Justice, permet d'autre part le développement d'un **espace de transaction** entre leurs différents acteurs, dont la dimension dynamique est essentielle. La Psychiatrie Médico-légale y a une fonction de restauration de la communication faisant suite à des passages à l'acte, et elle doit ainsi veiller à élaborer et lier par ses réseaux son propre travail avec celui du monde judiciaire comme avec les secteurs de Psychiatrie Générale.

Les débats entre les différents intervenants permettent tout d'abord la controverse, par la confrontation d'avis et de points de vue différents liés à des théories et des expériences variées. La réflexion et l'élaboration sur ces points de tension, indispensables, constituent alors une **conflictualité constructive** pour le Modèle Intégratif et ses différents domaines. En effet, ces échanges sont salutaires car ils imposent en particulier à chacun de s'interroger sur sa place et sur ses missions propres, tout en repérant celles des autres.

Les échanges et la discussion entre les professionnels de diverses origines institutionnelles entraînent de plus la diminution des incompréhensions mutuelles, par un précieux **partage des savoirs**. Ceux-ci sont liés aux formations académiques variées ainsi qu'aux expériences diverses des intervenants, et leur mise en commun permet d'obtenir des réponses adaptées aux situations rencontrées en pratique. Actuellement, des formations continues et des commissions pluriprofessionnelles se développent ainsi de plus en plus à la jonction des champs sanitaires et judiciaires, notamment dans les établissements pénitentiaires au sujet de la prévention du suicide

des détenus, comme préconisé par les rapports Terra [53] et Albrand [54].

En permettant d'améliorer l'organisation des soins et de travailler sur les fonctions de chaque professionnel dans la prise en charge dans un espace de confiance et de débat, le travail de réseau permet ainsi de déplacer la question du plan organisationnel à celui des pratiques professionnelles, et d'**enrichir les diverses disciplines** qui composent le Modèle Intégratif de relations Santé – Justice.

- **Psychiatrie : Développement de la Psychocriminologie** [25,38,43,55,56,57]

Depuis l'avènement du Modèle Intégratif, la Psychiatrie bénéficie particulièrement de sa mise en relation avec le champ judiciaire et de ses échanges avec les diverses disciplines qui le constituent. En effet, notre spécialité médicale s'enrichit ainsi dans ses différentes dimensions nosographiques, psychopathologiques, cliniques et thérapeutiques. Un débat très vif persiste cependant entre les psychiatres pour savoir s'il existe une « compatibilité » entre la Psychiatrie et la Criminologie, et s'il est possible d'être soignant d'orientation psychocriminologique.

L'articulation de la Psychiatrie avec la Justice permet en particulier, à l'époque de la désinstitutionnalisation et de l'apparition de la « Santé Mentale », le maintien d'une **clinique médico-légale des pathologies psychiatriques**, au sein de la **Psychocriminologie**. Cette nouvelle discipline est issue de la Criminologie clinique, science de la criminalité, et elle est ainsi constituée par la réunion de sciences juridiques, humaines et médicales dont en particulier la Psychiatrie. Des études internationales sont donc menées dans ce domaine, et elles confortent d'ailleurs la clinique médico-légale telle qu'elle a été développée dans la clinique française du XIX^e siècle par Esquirol, Chaslin, Falret, Legrand du Saulle, Régis ou Rogues de Fursac. Ces travaux de recherche se révèlent ainsi d'un intérêt indiscutable pour repérer les facteurs cliniques de violence dans la maladie mentale, et leur apparition dans le temps de la prise en charge. Ils permettent aujourd'hui de proposer, outre une lecture clinique des passages à l'acte qui en restitue la souffrance et une certaine humanité, la mise en place d'une clinique de dangerosité pouvant aider à prévenir les passages à l'acte violents chez les malades mentaux.

Le rapport entre violence et maladie mentale constitue cependant depuis toujours un sujet difficile et sensible dans les pays industrialisés. Il faut ainsi rappeler, en marge de ce rapprochement entre Criminologie et Psychiatrie, que la maladie mentale est avant tout corrélée à un risque accru de victimisation, dans un facteur 17 par rapport à la population générale. On peut néanmoins retenir de

la littérature récente, depuis 1990, sans stigmatiser nos patients et sans majorer leur rejet et la difficulté de leur réadaptation, que les troubles mentaux graves sont également à l'origine d'un risque majoré de violence, dans un facteur de 4 à 7 [56].

Le développement de la Psychiatrie Médico-légale entraîne ainsi la mise en évidence de **facteurs spécifiques de violence dans la maladie mentale**, qui permettent, par leur évaluation, de définir le « risque de violence » d'un patient. Ce risque paraît alors relié en particulier à l'association des troubles psychiques aux consommations de substances psycho-actives, ainsi qu'aux situations de précarité des malades mentaux et aux ruptures de soins psychiatriques, phénomènes de plus en plus fréquents dans nos sociétés de plus en plus dures, et dans le contexte de la désinstitutionnalisation psychiatrique des pays industrialisés. La notion de « **dangerosité psychiatrique** » est ainsi corrélée à ce risque de passage à l'acte violent chez un patient, et elle est définie par la Haute Autorité de Santé dans son audition publique sur l'Expertise Psychiatrique Pénale [55] comme **directement reliée à l'évolution d'une maladie mentale** et à l'analyse clinique de celle-ci, ce qui la différencie alors de la dangerosité criminologique, probabilité pour tout individu de commettre une infraction.

L'**Expertise Psychiatrique**, fonction à part entière de la Psychocriminologie, s'enrichit d'autre part elle-même considérablement des avancées liées au développement de ce domaine. On voit cependant se dessiner autour de cette pratique des risques d'égarement, en particulier au sujet de l'évaluation de la dangerosité. En effet, si l'évaluation de la dangerosité psychiatrique correspond bien au champ diagnostique de la pathologie mentale et donc au travail du psychiatre, l'expert doit savoir répondre prudemment et avec modestie aux nombreuses questions pouvant lui être adressées à la marge ou à l'extérieur de son champ direct de compétences, notamment par les autorités judiciaires. Selon Daniel Zagury, « l'expert suffisamment bon » est ainsi celui qui, conscient de l'hétérogénéité du champ médico-légal et de la complexité des enjeux psychiatriques, psychologiques, juridiques, criminologiques, politiques et humains, se soumet à une exigence éthique permanente du cadre et des limites de ce qu'il énonce à titre d'information ou d'hypothèse, en distinguant soigneusement les niveaux et les registres et en se montrant ainsi rebelle à toutes les instrumentalisation.

La Psychocriminologie entraîne par ailleurs des avancées importantes au niveau **thérapeutique**, en rappelant tout d'abord la nécessaire vigilance des équipes soignantes dans ce domaine, et en considérant comme indispensable le travail de déstigmatisation des patients afin de favoriser leur prise en charge globale et leur insertion sociale. Dans ce sens, elle appuie également la nécessité de conserver dans nos départements de Psychiatrie Générale des unités de crise opérantes, formées à l'évaluation et à la prise en charge des malades mentaux ayant des troubles du comportement. Une

prévention soignante du risque de passage à l'acte violent des personnes souffrant de troubles psychiatriques serait alors rendue possible, par l'identification et la lutte contre leurs facteurs spécifiques de violence, intégrées au sein d'une démarche clinique empathique, scientifique et rigoureuse du psychiatre.

La **Psychiatrie** a donc elle-même beaucoup à gagner de son engagement dans le modèle Intégratif, notamment à ce sujet de la prise en charge des maladies mentales accompagnées de troubles du comportement.

La mise en relation de la Psychiatrie avec la Justice permet d'autre part de grandes avancées dans l'étude clinique et la prise en charge de certains fonctionnements psychopathologiques spécifiques particulièrement présents dans le domaine judiciaire, qui ne constituent cependant quant à eux pas des maladies psychiatriques.

Différents **troubles de la personnalité** comme en particulier « l'organisation limite de la personnalité à expression psychopathique », ainsi que certains modes de fonctionnement tels que ceux des auteurs de violences sexuelles, peuvent en effet désormais être analysés.

L'ensemble des réflexions et des moyens thérapeutiques ainsi élaborés s'intègre également au développement de la Psychocriminologie. Cette discipline propose alors une prise en charge multidisciplinaire de ces troubles se situant aux confins du social, du judiciaire et du sanitaire, mais uniquement de façon transversale et expérimentale. Il n'existe en effet pas de « traitement » faisant consensus face à ces psychopathologies, et les soignants s'y trouvent alors à la marge de leur exercice, participant avec d'autres intervenants à un « **accompagnement** » **socio-psycho-éducatif**.

Dans ce domaine où leur expérience est encore balbutiante, les psychiatres doivent de plus revendiquer un droit à l'erreur, même si celle-ci les expose à la vindicte populaire. Loin de stigmatiser les échecs ou les difficultés, il faut en effet les analyser pour en tirer tous les enseignements. Les connaissances médicales actuelles sur ces psychopathologies sont encore fragmentaires et empiriques, et doivent ainsi faire l'objet d'évaluations et de validations selon des méthodologies fiables.

Selon plusieurs auteurs, la contribution des soignants de Psychiatrie à ces prises en charge y garantit néanmoins le respect des subjectivités de ces individus, et par contre-coup la sécurité de nos concitoyens, en évitant le trop simpliste développement des seules répressions et exclusions des conduites délinquantes, qui pourrait mener à un surcroît de violence. La **société** semble donc elle aussi pouvoir bénéficier de la mise en commun des compétences sanitaires et judiciaires au sein du Modèle Intégratif.

Le développement de la Psychocriminologie doit ainsi être soutenu, et la formation des psychiatres à cette discipline doit être fortement encouragée, dans une démarche bienveillante et humaniste. Certains cliniciens et enseignants se sont ainsi engagés dans cette voie, à l'exemple de Jean-Louis Senon à l'Université de Poitiers, notamment au travers du Diplôme Inter-Universitaire de Psychiatrie Criminelle et Médico-légale. Un DESC de Psychiatrie pourrait compléter ce type de formation, tout comme le développement d'enseignements de Criminologie qui pourraient être expérimentés selon une approche multidisciplinaire associant Psychiatrie, Psychologie et Sociologie criminelles et Droit pénal.

La multiplication des recherches de Psychocriminologie est de plus régulièrement prônée par les autorités politiques, notamment au sujet du développement d'indicateurs et de méthodes actuarielles d'évaluation de la dangerosité, ainsi que de modes de prise en charge des individus « dangereux ». Les experts psychiatres sont eux-mêmes de plus en plus sollicités autour de ces questions.

On peut cependant voir alors se dessiner des risques de confusion entre les champs psychiatriques et criminologiques dans ce domaine, et craindre une instrumentalisation de cette discipline. Ces phénomènes constituent donc des limites de cette pratique, qu'il est indispensable de prendre en considération.

Le travail de mise en relation entre Santé et Justice du Modèle Intégratif permet donc l'enrichissement mutuel de ces différentes disciplines comme leur adaptation optimale aux populations concernées. Les soins psychiatriques y sont développés de façon importante envers les individus sous main de Justice, mais les professionnels sanitaires doivent cependant veiller au maintien de la vocation soignante et humaine de ces prises en charge.

Dans ce domaine, la Psychiatrie reste notamment en lien indirect mais prégnant avec les politiques pénitentiaires et pénales. Si les conditions de détention des malades mentaux sont mauvaises ou indignes, si les alternatives à leur incarcération ou si leurs aménagements de peine sont inexistantes et si leurs peines sont démesurées, alors la Psychiatrie en prison n'est plus soignante, mais elle est au mieux palliative.

Certains risques peuvent ainsi être identifiés dans cette organisation intégrative des soins avec la peine, et pointent peu à peu des limites à ce modèle Intégratif d'articulation entre Santé et Justice.

3. Difficultés fonctionnelles

Plusieurs obstacles au bon fonctionnement du travail de réseau du Modèle Intégratif peuvent tout d'abord être remarqués au niveau pratique dans les relations entre Psychiatrie et Justice.

Les soins psychiatriques apportés aux personnes placées sous main de Justice sont en particulier confrontés à des difficultés en milieu carcéral. En effet, comme l'a souligné l'avis rendu en 2006 par le comité consultatif national d'éthique sur la santé et la médecine en prison, l'incarcération peut déjà à elle-seule être source d'aggravation des troubles mentaux de certains détenus, du fait de conditions de vie très hostiles dans les établissements pénitentiaires.

D'autres éléments freinent également la mise en place optimale des Réseaux de Psychiatrie Médico-légale, à différents niveaux.

a. Difficultés de Communication [40,56,58,59]

Les premières limites du Modèle Intégratif de relations Santé – Justice résident dans les **difficultés de compréhension** entre ses acteurs. Les professionnels issus des différentes institutions mises en relation possèdent en effet chacun leurs propres langages, savoirs et compétences, dont la mise en commun peut s'avérer problématique. De plus, les orientations mêmes de ces différents domaines ne sont pas uniformes et peuvent ainsi mener à des attentes mutuelles diverses des intervenants les uns envers les autres, parfois inadaptées.

Certaines **confusions** au sujet de la Psychiatrie et de ses missions peuvent tout d'abord exister chez les professionnels du domaine judiciaire, contre lesquelles il faut à tout prix lutter car elles pourraient avoir de lourdes conséquences. Des informations claires, exprimées dans un langage adapté à ces intervenants, se révèlent en ce sens indispensables en vue d'un travail conjoint.

La définition de la **maladie mentale** doit en particulier leur être bien expliquée, en appuyant sa distinction des **troubles de la personnalité**. L'opposition de ces deux entités, qui peut paraître floue pour certains, a en effet un corollaire quotidien dans les soins psychiatriques envers les patients sous

main de justice, pour lesquels la croyance populaire a souvent tendance à superposer « un crime fou » et « le crime d'un fou ».

D'autre part, l'intervention du psychiatre en milieu pénitentiaire peut poser un problème éthique. Par l'action qu'il a auprès du détenu, en faisant taire ses symptômes, celui-ci participe en effet à son adaptation favorable à l'institution carcérale. Il incombe alors au psychiatre et à son équipe d'affirmer la finalité soignante de leur intervention, tout en rejetant un quelconque rôle dans l'adaptation des détenus à la prison, le **risque d'instrumentalisation** vers la psychiatisation du désordre et de l'indiscipline y étant élevé. C. Balier, en 1988, ajoute ainsi que l'un des devoirs de l'équipe psychiatrique est de « *savoir distinguer ce qui est de l'ordre du conflit et de la protestation [...] et renvoyer à la justice et à l'administration pénitentiaire ce qui leur revient* » [59].

D'autres difficultés de communication entre les acteurs du Modèle Intégratif sont liées à l'existence de **secrets professionnels** dans les différentes disciplines judiciaires et sanitaires. Le cloisonnement existant entre ces domaines se cristallise ainsi autour de la question du partage de diverses informations.

Plusieurs professionnels de Santé témoignent notamment d'un certain malaise face aux sollicitations des Juges d'Application des Peines, de l'Administration Pénitentiaire ou des travailleurs sociaux pour obtenir des informations sur leurs patients. Ces échanges ne peuvent en effet être effectifs que s'il existe entre les professionnels des relations interpersonnelles de confiance, une dynamique d'échanges mutuels et de bonnes compréhensions et acceptations des rôles et places propres à chacun. De plus, les informations sont alors transmises uniquement si elles peuvent contribuer à la fonction au sein du réseau de celui à qui elles sont adressées, et elles sont strictement limitées et adaptées à son domaine d'intervention. Les **commissions intra-carcérales** de prévention du suicide se développent ainsi ces dernières années dans un partenariat entre soignants et AP basé sur des échanges réfléchis et adaptés. Les agents pénitentiaires peuvent alors y participer dans un rôle de dépistage des détenus présentant un risque suicidaire et de leurs signalements à l'équipe psychiatrique, puis par une surveillance accentuée de ceux-ci.

La place du **médecin coordonnateur**, dans le cadre du suivi socio-judiciaire avec injonction de soin, semble en ce point assez problématique, du fait de son rôle d'interface avec le JAP. Astreint au secret médical comme le médecin traitant du condamné, il doit alors distinguer la part d'information qu'il peut livrer à la Justice en sa qualité de coordonnateur chargé de rendre compte de l'effectivité de la mise en œuvre du soin imposé, et celle qui, touchant au diagnostic ou au traitement, doit demeurer dans la sphère de l'acte médical ne pouvant être divulguée. Certains parlent alors de « secret médical partagé », mais encore faut-il que ce partage soit accepté par le médecin traitant car

la loi, prudente, n'impose pas à celui-ci d'informer le médecin coordonnateur des difficultés rencontrées dans l'exécution du traitement, elle lui en donne seulement la latitude (article L355-35 du Code de la Santé Publique). Les informations remontant au coordonnateur sont donc à géométries et volumes variables, selon la conception qu'a le médecin traitant de ce dispositif et selon sa proximité avec le médecin coordonnateur. Ce dernier doit donc s'adapter à des situations variées par des postures peu aisées, ce qui peut faire apparaître un sentiment d'ambiguïté sur la nature et le périmètre de sa mission. De plus, le législateur relève dans certains cas le médecin traitant lui-même de la soumission au secret, en l'autorisant à informer directement le JAP de l'interruption du traitement sans que puisse lui être reprochée une atteinte au secret professionnel. Si l'institution du médecin coordonnateur ne saurait être remise en cause car elle facilite la collaboration entre le thérapeute et le juge sur laquelle s'appuie l'injonction de soin, elle nécessite donc cependant un important travail d'échanges et de réflexion commune au sujet de sa place.

Le secret professionnel doit ainsi généralement être maintenu au sein des différentes disciplines du Modèle Intégratif, afin d'assurer et de consolider la bonne distinction des rôles et places de chaque intervenant, qui fait leur complémentarité. En dépit de la nécessité de permettre certains échanges de façon restreinte et adaptée entre ces professionnels pour optimiser leurs résultats, la notion de « secret partagé » utilisée par certains semble devoir être évitée car elle entraîne un risque important de confusion et d'instrumentalisation.

La **Psychiatrie en milieu pénitentiaire** se trouve quant à elle confrontée à des difficultés de communication non seulement envers l'AP mais également au sein du domaine sanitaire, envers la Psychiatrie Générale d'où elle tire ses origines.

Ce **risque de « cloisonnement »** entre les équipes psychiatriques intra-carcérales et les **secteurs psychiatriques hospitaliers** paraît lié à leur éloignement géographique ainsi qu'aux différences de leurs pratiques. Il est cependant capital de maintenir des échanges réguliers et de bonne qualité entre ces équipes et la Psychiatrie Générale, afin de garantir la réelle efficacité du Modèle Intégratif Santé – Justice, lui-même directement basé sur une qualité de traitement égale entre personnes libres et détenues, et sur les principes de démocratie et de continuité des soins.

Les soignants de Psychiatrie intervenant en prison doivent ainsi particulièrement veiller à entretenir de bonnes relations avec leurs milieux d'origine et d'exercice, afin de faire face à des risques permanents de clivage, de rejet et d'exclusion de leurs équipes tant du côté de la Prison que de l'Hôpital.

b. Manque de Moyens [21,33,56,58,60]

Le Modèle Intégratif Santé – Justice nécessite, comme nous l'avons étudié, un développement important des Réseaux de Psychiatrie Médico-légale, pour lequel les moyens humains et matériels spécifiques ne sont cependant pas toujours prévus.

- **Milieu intra-carcéral**

Les soins psychiatriques proposés aux détenus en milieu carcéral sont confrontés à des manques de moyens à différents niveaux, qui constituent des limites difficiles à surmonter pour permettre leur mise en œuvre optimale.

Les prises en charge au sein des SMPR souffrent toujours d'une **insuffisance de personnels médicaux**, malgré les progrès réalisés ces dernières années dans ce domaine. Les effectifs doivent en effet y être rapportés aux importants besoins de la population concernée, des études révélant que le recours aux soins de santé mentale en détention est jusqu'à dix fois supérieur à celui observé en population générale. Selon les éléments transmis au Sénat par le ministère de la Santé à l'occasion de l'examen de la loi pénitentiaire adoptée en 2009, ces effectifs médicaux et soignants n'y ont ainsi progressé que de 21,45 % en Psychiatrie depuis 1997, alors qu'ils y augmentaient de 108,3 % pour les soins somatiques. De plus, pour des raisons liées à ces manques de personnels comme aux importantes contraintes de déplacement des détenus, les SMPR accueillent prioritairement les patient-détenus de l'établissement où ils sont situés. Une étude de 2005 portant sur le recours aux soins en prison a ainsi montré que 430 détenus sur 1000 incarcérés dans un établissement pénitentiaire disposant d'un SMPR ou d'une antenne SMPR ont bénéficié d'une prise en charge psychiatrique supérieure à une consultation dans l'année, contre seulement 144 pour les établissements non dotés d'un SMPR, qui se trouvent donc en grand déficit de soins.

Par ailleurs, les « hospitalisations » en SMPR sont pour l'essentiel des **hospitalisations de jour**, du fait notamment de l'absence de personnel soignant la nuit dans la plupart des cas. De plus, les **conditions matérielles** de ces prises en charge ne sont pas comparables à celles des réelles hospitalisations en services spécialisés, les « chambres » elles-mêmes ne s'y différenciant déjà très souvent pas des cellules de détention.

Depuis la loi de 1994, des moyens supplémentaires sont attribués à quelques secteurs intervenant en

milieu carcéral, mais la **situation critique de la Psychiatrie publique** dans certaines régions défavorisées de notre pays, du fait de problèmes de démographie médicale comme paramédicale, y rend difficile le maintien d'une présence soignante satisfaisante. La fermeture de plusieurs secteurs, ou leur regroupement faute de moyens, fait ainsi que l'intervention dans certains établissements pénitentiaires est devenue très aléatoire.

Les insuffisances de la prise en charge psychiatrique des détenus se manifestent enfin au moment de leur sortie de prison. Hors les cas où ils font alors l'objet de mesures telles que le Suivi Socio-Judiciaire avec Injonction de Soins, ils sont bien souvent remis en liberté sans qu'aucun suivi particulier soit prévu. Le rapport du Sénat paru en mai 2010 sur la *prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions* [21] note ainsi que le passage de relais au secteur psychiatrique général n'apparaît qu'imparfaitement assuré, soulignant en particulier un **manque de structures intermédiaires** susceptibles d'accueillir des sortants de prison, pour ménager une **transition** entre la prison et une prise en charge ambulatoire.

- **Milieu extra-carcéral**

On observe également en France d'importantes insuffisances pour la mise en œuvre et le bon fonctionnement des Réseaux de Psychiatrie Médico-légale hors de la prison. De nombreux professionnels de Psychiatrie Générale pointent en effet leurs manques de connaissances, de compétences et de moyens pour ces prises en charge spécifiques de patients étant ou ayant été placés sous main de Justice, auxquels ils sont de plus en plus confrontés avec la mise en place du Modèle Intégratif.

Les soins apportés aux patients détenus, lorsqu'ils nécessitent la contrainte selon l'**article D398 du CPP**, se trouvent ainsi confrontés à de grandes **difficultés de mise en place** pouvant être reliées au manque de moyens du service public hospitalier, notamment dans ce domaine de la prise en charge des troubles psychiatriques accompagnés de symptômes comportementaux.

Tout d'abord, les **structures** mêmes de la Psychiatrie publique paraissent aujourd'hui **inadaptées** à la prise en charge de ces patients. Depuis la désinstitutionnalisation de la Psychiatrie, la libéralisation des conditions d'hospitalisation rend en effet les structures d'accueil moins équipées face à ces malades, celles-ci n'étant plus assez sécurisées et contenantes. Or, l'hospitalisation d'office selon l'article D398 du CPP renvoie à la tradition asilaire de l'hôpital psychiatrique : enfermement et contention des malades mentaux, pour garantir l'ordre public. Il est de plus

intéressant de noter que l'absence de garde policière en cas d'hospitalisation d'un détenu en Psychiatrie – contrairement à l'organisation d'une prise en charge somatique – est une survivance de cette époque des hôpitaux fermés, où une telle mesure de sécurité paraissait inutile. L'accueil d'un détenu à l'hôpital interroge ainsi l'**identité professionnelle** des soignants, par le paradoxe d'être alors à la fois **soignant** et **gardien** du patient. Ceux-ci se retrouvent alors en effet à l'isoler en chambre d'isolement, souvent pendant toute la durée de l'hospitalisation. De plus, des contentions sont parfois utilisées alors que son état psychique ne le nécessite pas forcément, mais afin de se prémunir du risque d'évasion potentiellement élevé dans ces services hospitaliers inadaptés. L'isolement auquel le patient-détenu est confronté à l'hôpital est ainsi plus marqué que celui de la prison, et peut rapidement conduire celui-ci à y demander son retour. Le **manque de connaissance** par le personnel hospitalier des modalités très limitées de prise en charge en milieu pénitentiaire entraîne alors souvent un retour précoce du malade en prison, après avoir répondu à l'urgence mais sans avoir esquissé de travail de fond sur son adhésion aux soins et sans que les symptômes de la phase aigüe aient totalement disparu. A peine arrivé en prison, le patient ne tarde souvent pas à refuser à nouveau les soins et à rechuter, ce qui peut entraîner des hospitalisations à répétition et des va-et-vient entre prison et hôpital. Ces situations peuvent alors donner une forte impression de double rejet à la fois par la Psychiatrie et la Prison, qui compromet gravement les grands objectifs du Modèle Intégratif Santé – Justice.

On observe ainsi également un important **défaut de formation** des équipes de soins dans ce domaine en lien avec le champ judiciaire. Les psychopathologies du passage à l'acte ne correspondent en particulier pas toujours à la pathologie psychiatrique enseignée dans les formations qualifiantes pour les psychiatres, nombre de psychologues ou les infirmiers. De plus, les conditions précaires d'hospitalisation que nous avons décrites n'aident alors pas à réfléchir et à mettre du sens sur leurs troubles avec la prise de distance pourtant indispensable. L'identité personnelle des soignants y est ainsi fragilisée et des contre-attitudes négatives majeures peuvent apparaître face à ces patients, dont les équipes imaginent notamment les simulations ou la recherche de bénéfices secondaires. Des « diagnostics » de psychopathie leurs sont alors facilement rattachés au détriment de ceux de psychoses schizophréniques ou états maniaques pourtant souvent associés à cette dimension de leur personnalité, et qui évoqueraient plus quant à eux un réel besoin de soins. Ces manques de formation et de pratique peuvent donc également menacer la dimension soignante de ces prises en charge, en rendant difficile l'accès à la souffrance des patients derrière leur histoire délictuelle.

Les **Unités pour Malades Difficiles** sont quant à elles bien plus adaptées à ces prises en charge de détenus en hospitalisation d'office, du fait de leurs personnels plus expérimentés dans ce domaine et

de leur architecture plus sécurisée. Ces HO D398 peuvent théoriquement y être réalisées, mais elles sont cependant rares en pratique car les UMD sont saturées de façon chronique et qu'une référence sectorielle demeure indispensable. Ces structures accessibles à tous les usagers de la Psychiatrie publique souffrent ainsi d'un **développement très insuffisant** en France, celles-ci n'étant aujourd'hui que cinq pour une capacité totale de seulement 427 places. La mise en place progressive des **UHSA** permettra peut-être d'améliorer cette situation, ces structures étant destinées aux soins de patients-détenus. Leurs hospitalisations y sont en effet prévues avec ou sans contrainte, et ainsi réalisables dans des conditions à priori bien plus favorables qu'actuellement.

Par ailleurs, les « **prises en charge** » d'**auteurs de violences sexuelles** (AVS) souffrent également d'un grand manque de moyens, celles-ci nécessitant en particulier une formation que nombre de professionnels intervenant en Psychiatrie ne possèdent pas. La sensibilisation à cette pratique se révèle pourtant bien nécessaire, les soignants y étant confrontés de plus en plus avec la multiplication progressive des mises à exécution des mesures de SSJ avec IS pour ces individus.

Dans ce cadre spécifique de l'application de la loi du 17 juin 1998, le statut des **médecins coordonnateurs** demeure en particulier peu connu, guère reconnu et insuffisamment valorisé, malgré leur rôle clé d'interface entre Santé et Justice. Le statut de **médecin expert** se trouve d'ailleurs dans des difficultés comparables. Ces activités souffrent en effet d'un manque de formation, et leur exercice n'est en outre pas financièrement intéressant et entraîne des obligations administratives ainsi qu'une surcharge de travail importante. Ces éléments expliquent sans doute la **pénurie** actuelle d'experts et de médecins coordonnateurs, qui sont pourtant indispensables au décloisonnement Santé – Justice et au bon fonctionnement du Modèle Intégratif français.

D'autre part, l'**évaluation** des programmes expérimentaux de prise en charge médico-psycho-éducative des troubles de la personnalité est très **insuffisante** dans ce domaine. Ce champ de la Criminologie, concernant notamment ces AVS, est donc également touchée par un cruel manque de moyens.

Les **insuffisances** de la Psychiatrie Générale dans l'**adaptation de ses structures** et dans la **formation de ses intervenants** au sujet des troubles mentaux s'exprimant par des symptômes comportementaux compromettent donc actuellement la bonne prise en charge des patients placés sous main de Justice.

Le principe de **continuité des soins** pour les malades à leur sortie de prison mis en avant par le Modèle Intégratif est particulièrement menacé par ces difficultés de la Psychiatrie publique, qui fragilisent ainsi la réinsertion de ces patients dans la société. Un avis rendu en 2008 par la

commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) sur la maladie mentale souligne en ce sens la réduction de certaines capacités de la Psychiatrie : « *Les soins sont très divers, le plus souvent dispensés en ambulatoire, [...] (et) supposent d'importants moyens, notamment en personnel infirmier, qui se sont pourtant érodés ces dernières années, mettant en péril le principe sur lequel (ils) étaient fondés : [...] réinsérer dans la cité* ». On note donc aujourd'hui de grandes **difficultés de prise en charge et de réinsertion** chez tous les malades mentaux, qui se révèlent encore bien plus importantes chez ceux dont les troubles s'expriment de façon comportementale, notamment lorsqu'ils sont ou ont été placés sous main de Justice.

c. Temps nécessaire [13]

Comme pour tout partenariat, la **mise en place des Réseaux de Psychiatrie Médico-légale** du Modèle Intégratif de relations Santé – Justice nécessite un certain temps. La prise de connaissance entre acteurs de différentes origines se fait en effet progressivement, pour ne mener à une confiance mutuelle que dans un second temps, garantissant alors une réelle dynamique d'échanges interdisciplinaires.

Un **temps de latence** important s'est en particulier installé suite au débat et à l'adoption de la **loi du 17 juin 1998**, un des piliers du Modèle Intégratif français. De plus, ce délai a sans doute été amplifié dans l'esprit des acteurs judiciaires et sanitaires par le retard déjà apporté à la publication des décrets d'application de ce texte (2000 et 2001), et par son prononcé pour des condamnés à de longues peines qui a ainsi encore différé sa mise en route de quelques années.

D'autre part, la **prise en charge de certains troubles psychiques** demande elle-même souvent plusieurs années. De plus, la complexité de celle-ci se trouve accentuée dans ce domaine en lien avec le judiciaire par la multiplicité des acteurs, ne serait-ce qu'en termes d'accès aux éléments des dossiers.

La construction des Réseaux du Modèle Intégratif nécessite ainsi un investissement temporel important, alors que leurs effets ne sont pas immédiats mais visibles qu'à moyen terme.

Ces lenteurs, et notamment le retard de la mise en œuvre de la loi de 1998, réactivent une **impatience** et une forte attente des politiques, qui sont en outre fréquemment alimentées par

quelques affaires médiatiques dans ce domaine.

Le Modèle Intégratif français d'articulation Santé – Justice se développe ainsi depuis plus de quinze ans, ses réseaux s'enrichissant progressivement de nouvelles structures et de nouveaux intervenants. Cette organisation offre de nombreux avantages, pour la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychique placées sous main de Justice comme pour les différentes disciplines qu'elle met en relation.

Les Réseaux de Psychiatrie Médico-légale se heurtent cependant à diverses difficultés matérielles qui grèvent leur fonctionnement, fragilisant ainsi ce Modèle Intégratif. Plusieurs limites se dessinent alors au sein de ce dispositif, pouvant conduire le pouvoir exécutif à imaginer d'autres conditions et modalités de relations entre les champs sanitaires et judiciaires afin d'éluder ces obstacles.

III. Évolutions actuelles du Modèle Intégratif

Le Modèle Intégratif d'articulation Santé – Justice génère comme nous l'avons étudié de nombreuses ressources, notamment dans les soins apportés aux personnes atteintes de troubles psychiques ayant transgressé la loi. Cependant, « l'intégration » des champs sanitaires et judiciaires dans ce domaine peut également entraîner de nombreux risques, liés aux évolutions de notre société. En effet, ce modèle peut alors être la proie de confusions et d'incompréhensions pouvant aboutir à diverses instrumentalisation, qui lui constituent de réelles limites.

1. Le Système Néolibéral

Depuis la fin du siècle dernier, le Modèle Intégratif français de relations Santé – Justice doit s'adapter aux évolutions et changements de la société, notamment avec l'arrivée d'un Système Néolibéral basé sur l'individualisme et le désengagement de l'État.

a. Disparition de l'État Social [17,30,61,62,63]

Le système de l'État Providence se développe comme nous l'avons vu dans les années d'après-guerre, une des principales préoccupations des gouvernants étant alors de venir en aide aux personnes en difficulté. La disparition progressive des grandes Institutions permet alors petit à petit de mettre en place des Réseaux plurivalents de prise en charge pour ces sujets, en faisant le pari de leur adaptabilité et de leur intégration dans la société.

Cette possibilité de faire vivre des malades mentaux dans la société civile et non plus à l'asile est alors liée à un profond changement de la société elle-même, dans une période d'espoir et de reconstruction après la guerre et surtout du fait de l'absence de crise économique. En effet, on peut alors d'autant plus s'interroger sur le statut des fous, des marginaux et de tous les exclus du fait que la pauvreté et la misère semblent pouvoir régresser en Europe après les drames de la guerre, et que la générosité et le partage deviennent des valeurs sociales fortes. Dans ce contexte, le peuple peut donc accepter le coût économique de la prise en charge des exclus et des malades sans se sentir lésé. On peut de plus noter que ces évolutions se présentent durant une période hostile à toute répression, notamment marquée par le mouvement libertaire de 1968.

Le malade mental bénéficie ainsi du développement progressif de la Psychiatrie de secteur et d'un travail de Réseaux que l'État a coordonné, valorisant sa réadaptation à la société par une prise en charge globale ambulatoire et de proximité et par des politiques d'assistance et d'aide par le travail. Le Modèle Intégratif de relations Santé – Justice naît alors dans la lignée de cet État Providence, et se développe en s'appuyant sur la stabilité des réseaux mis en place tels que nous les avons étudiés.

Par la suite, la montée progressive du chômage, l'absence de perspectives de retour à l'emploi dans le domaine de la réadaptation, et le désengagement des gouvernants à ce niveau sont des éléments annonciateurs de la **fin de l'État Providence**. Cet État social, de plus en plus critiqué comme étant une institution de domination et de contrôle, se recentre alors sur ses missions régaliennes, en recherche d'une meilleure légitimité. Un **système Néolibéral** se met alors en place, entraînant une dégradation progressive du lien social et de la portance sociale dans le monde occidental. On observe depuis dans notre société le développement d'un **individualisme généralisé**, naturellement accompagné d'un surinvestissement paranoïaque de la problématique sécuritaire. Depuis les années 1990 se développe en effet un **sentiment d'insécurité** et de peur du crime, qui peut ainsi être relié au manque de prévisibilité et de sûreté dans les rapports sociaux. En réaction,

des demandes récurrentes de sécurité sont dirigées vers les institutions publiques, notamment vis-à-vis de la Police, de la Justice mais également de la Psychiatrie, demandes qui sont d'ailleurs particulièrement tournées vers les partis politiques afin d'obtenir des engagements de leurs parts sur des valeurs fortes de protection de la sécurité individuelle. Les citoyens plébiscitent ainsi une **politique de précaution** parant à toute atteinte individuelle comme sociétale et ils exigent, en tout domaine, l'obtention d'un **risque zéro**. En effet, cette demande de sécurité en matière pénale s'insère aujourd'hui dans un mouvement plus général de mise en place de structures de prévention des risques dans les domaines de la santé, de l'environnement et des technologies.

Une attention nouvelle est de plus accordée aux **victimes** d'infractions pénales et plus largement d'insécurité, accompagnée d'une reconnaissance de leurs droits et besoins. Ces évolutions perturbent le jeu des acteurs traditionnels des mondes judiciaires, sociaux et psychiatriques : un déplacement de l'intérêt collectif s'opère alors du délinquant, qui doit être corrigé et réinséré, vers la victime et la communauté, qui doivent être protégées et recevoir compensation au regard du dommage causé.

Contrôle, précaution et réduction des risques sont ainsi les nouvelles valeurs de nos sociétés, en lieu et place des idées de réhabilitation des années passées, aujourd'hui abandonnées. La rupture est donc nette dans les missions désormais attribuées à la Justice ou à la Psychiatrie. Le nouveau système qui se développe ne se centre en effet plus sur les personnes en difficulté, objet de générosité sociale, mais sur ce qu'elles génèrent comme **violence** dans les rapports sociaux, et sur leurs **victimes** dans notre société.

b. Nouvelle Politique Pénale [14,21,38,61,63-67]

Dans le système Néolibéral, l'**insécurité** constitue désormais la grande préoccupation des politiques. En effet, l'augmentation des peurs individuelles et collectives envers le crime entraîne le développement d'une obsession sécuritaire, qui en fait un enjeu électoral capital. De plus, le **poids considérable des victimes** et la **forte médiatisation** de faits divers sordides entraînent une aspiration des politiques dans le passage à l'acte, avec le développement au coup par coup d'un **Droit Pénal sécuritaire**.

- **Évolutions progressives**

La dynamique sociale du **sentiment d'insécurité** paraît en effet largement amplifiée par les **médias** ces dernières années, notamment autour de la survenue de crimes marquants car exceptionnellement choquants pour l'opinion publique, en particulier à l'encontre d'enfants. On constate alors que plus le crime se rapproche de la vie quotidienne, plus il suscite une crainte de contamination et plus est alors grande l'exigence d'une punition. La médiatisation généralise et rend universelle, et elle semble ainsi entraver la capacité des individus à penser et à prendre en compte une information objective et pondérée, notamment au sujet du déterminisme individuel du crime qui pourrait pourtant susciter une certaine compassion pour le criminel. En obéissant aux exigences populaires qui réclament alors la **protection des citoyens** par la réduction des risques et la mise en œuvre à tout prix du **principe de précaution**, les politiques basculent dans un **populisme pénal**. On assiste dès lors à une **instrumentalisation de la Justice** par les gouvernements, qui multiplient les textes législatifs en vue de rétablir leur contrôle dans ce domaine, au moins en apparence.

Le modèle Welfare de Justice pénale d'après-guerre, à vocation préventive et éducative, est ainsi abandonné depuis une quinzaine d'années. Ce modèle de justice paternaliste, oscillant de façon équilibrée entre des objectifs de solidarité et de normalisation, d'assistance et de contrôle, est en effet progressivement remplacé par un modèle à **vocation plus répressive** dans le système Néolibéral. La traditionnelle recherche des causes sociales de la délinquance et du traitement correctif des délinquants est désormais concurrencée par de nouvelles finalités : régulation du risque de délinquance et protection de la société par le contrôle des personnes dangereuses.

La plupart des pays industrialisés connaît le développement d'une politique pénale dite de « **tolérance zéro** ». Cette politique est développée aux États-Unis dès les années 1980, à partir de la thèse de Charles Murray, dans laquelle il critique la sur-assistance sociale selon lui responsable de la diffusion d'une petite criminalité « acquiescente » pour compléter ces revenus, qui constitue cependant une première étape vers une criminalité de bande organisée. La réponse doit alors être pour lui une répression indéfectible de cette petite délinquance, avec une tolérance zéro vis-à-vis de tout délit. Appliquées à la criminalité du métro de New York en 1987 par W. Bratton, ces idées entraînent la multiplication des incarcérations pour de petits délits, et le développement exponentiel des établissements pénitentiaires. Le terme de « New Penology » est utilisé aux USA par Feeley et Simon en 1992, pour y décrire ces transformations de la pénalité [66]. Cette « nouvelle pénologie » désigne selon les criminologues le « *passage d'une pénologie axée sur l'individu, sa punition et/ou son traitement à une pénologie axée sur la gestion de groupes à risques, leur surveillance et leur contrôle, afin de réguler les niveaux d'une délinquance considérée comme normale* ». La protection

de la société peut ainsi rendre nécessaire le recours à des mesures de prévention et de sûreté ainsi qu'à de nouveaux outils de surveillance, d'identification et de catégorisation des individus tels que des méthodes actuarielles ou de télésurveillance, qui permettraient de maintenir sous **contrôle** les personnes ou groupes dangereux, et le cas échéant de les **neutraliser** voire de les **exclure**.

On note **en France** un fort accroissement du sentiment d'insécurité depuis une dizaine d'années. Des politiques inspirées de cette « tolérance zéro », basées sur un **principe de précaution** absolue au nom de la protection de la société, se développent ainsi dans un processus généralisé de **victimisation**.

L'inquiétude des politiques en matière de sécurité, proportionnelle aux attentes de nos concitoyens, entraîne une volonté accrue de contrôle des gouvernants dans ce domaine, qui mène comme nous l'avons étudié à une **instrumentalisation de la Justice**. Ce refus de toute prise de risque et du moindre manque de contrôle se traduit en effet par l'apparition de **nouvelles mesures législatives**. On observe alors par exemple la définition de nouvelles petites infractions dans une optique de prévention d'escalade future par leurs auteurs, ou encore le développement de sanctions de plus en plus sévères à l'encontre de la récidive en général, et l'apparition de « mesures de sûreté » envers les individus « dangereux », dans un but moins répressif que de prévention de la récidive.

Notre société, infiltrée par ces préoccupations sécuritaires, se focalise sur la **dangerosité** de la personne afin d'orienter celle-ci dans une structure adaptée pour protéger la collectivité, et satisfaire ainsi les politiques de précaution et de réduction des risques. La notion de **Défense Sociale** semble donc ré-émerger, plus d'un siècle après son apparition au sein du courant positiviste au XIX^e, pour s'imposer de façon centrale dans notre société. Depuis toujours, la punition des criminels est reliée au danger qu'ils représentent pour les citoyens et correspond ainsi à un acte de Défense Sociale, mais elle s'accompagne habituellement d'un acte de Justice par l'application d'une pénalité relative à la culpabilité et à la responsabilité d'un individu, ce qui semble désormais être mis au second plan. Le nouveau dispositif qui se met en place peut ainsi être appelé « **dispositif de sécurité** » selon les termes de **Foucault** [68], car il ne pose comme son urgence ni la sanction d'une infraction – correspondant au « dispositif légal » – , ni la réforme d'un sujet responsabilisé – « dispositif disciplinaire » – , mais la prévention d'un risque, la gestion et la prise en charge de quelque chose comme une dangerosité.

D'autre part, ces évolutions législatives font de plus en plus appel à ce qui est considéré par les gouvernants comme « science », notamment par l'intermédiaire de l'**expert psychiatre**, qui est alors sollicité à bien d'autres occasions que pour les traditionnelles demandes de diagnostic et d'évaluation de la responsabilité pénale des prévenus. En effet, plusieurs rapports récents

témoignent de l'association actuelle du champ sanitaire avec le judiciaire autour de **problématiques sécuritaires**, tel que celui de la commission Santé – Justice présidée par Jean-François Burgelin et remis en juillet 2005 [38] au sujet de la prise en charge des dangers et de la prévention de la récidive. On peut ainsi voir se dessiner un **risque d'instrumentalisation** de notre discipline médicale elle-même par les nouvelles politiques pénales, dans leur volonté de domination de l'insécurité.

- **Législation**

Notre pays ne résiste donc pas aux évolutions occidentales des politiques pénales, et l'on y constate un empilage de lois sécuritaires, notamment depuis une décennie. Ces textes, rarement spécifiques du traitement des troubles mentaux, pèsent cependant de manière importante sur la prise en charge des patients sous main de justice, et donc sur le Modèle Intégratif français de relations Santé – Justice :

- **Loi du 30 août 2002**, d'orientation pour la sécurité intérieure ;
- **Loi du 9 septembre 2002**, d'orientation et de programmation pour la Justice, appelée **Loi Perben 1** : Elle préconise l'usage massif de la comparution immédiate et de la détention provisoire, dont on connaît désormais le rôle dans le retard de la détection des troubles mentaux chez les personnes prévenues et dans la recrudescence des **responsabilisations de malades mentaux**. Ce texte entraîne également une responsabilité pénale accrue des mineurs en réformant l'ordonnance de 1945, et il promeut d'autre part la « **dangerosité** » comme un critère discrétionnaire de l'administration pénitentiaire dans le classement d'un détenu, en lieu et place du quantum de peine.
- **Loi du 18 mars 2003** pour la sécurité intérieure ;
- **Loi du 27 novembre 2003** sur la maîtrise de l'immigration ;
- **Loi du 9 mars 2004**, dite **Loi Perben 2**, adaptant la Justice aux évolutions de la criminalité avec la mise en place d'un plaidé-coupable à la française, un **renforcement des pouvoirs des polices et parquets**, un élargissement de la garde à vue, et la création de nouvelles infractions ;
- **Loi du 12 mars 2005**, établissant la **Surveillance Judiciaire** comme une double peine, le JAP pouvant l'ordonner dès la libération sur réquisition du Procureur de la République à titre de **mesure de sûreté**, aux seules fins de prévenir une récidive dont le risque paraît élevé

chez une personne condamnée à une peine privative de liberté d'une durée d'au moins 10 ans et encourant le SSJ ;

- **Loi du 12 décembre 2005**, relative au traitement de la **récidive** des infractions pénales, étendant le champ d'application du **SSJ** et multipliant les demandes d'**expertise psychiatrique** préalable à la libération de condamnés. Cette loi permet alors également au juge d'ordonner directement une hospitalisation d'office dans les cas où l'irresponsabilité pénale de l'auteur fait qu'il ne sera pas condamné.
- **Loi du 5 mars 2007**, relative à la **prévention de la délinquance**, sonnant la fin de la singularité du modèle français dans ce domaine, avec mise en cause progressive de la politique de traitement socio-éducatif de la délinquance et retour en force de la **prévention pénale**, associée à une nouvelle extension des indications de **SSJ**. Cette loi a heureusement été amputée d'articles modifiant la loi du 27 juin 1990 du Code de Santé Publique relative aux conditions d'hospitalisation des troubles mentaux, qui devaient y inclure certaines modalités d'hospitalisation sous contrainte dans une confusion totale entre délinquance et maladie mentale.
- **Loi du 10 août 2007**, renforçant la lutte contre la **récidive** des majeurs et des mineurs avec les « **peines planchers** » et l'**obligation de soin**, et qui fait une large place à l'**Injonction de Soins** et comme nous le verrons à la « psychologisation » des crimes les plus graves.
- **Loi du 25 février 2008**, relative à la **rétenion de sûreté** et à la **déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental**, qui, en s'appuyant sur la notion de **dangerosité**, constitue un radical changement du système judiciaire ainsi que de ses liens avec la Psychiatrie.

Cet arsenal législatif établit un premier **revirement** par la **forme** de sa mise en place. Il s'agit en effet de lois courtes, rapides et ciblées dont les décrets d'application paraissent dans la foulée, sans que leur faisabilité ni leur respect de l'éthique n'aient été étudiés et concertés avec les acteurs de terrain en charge de leur mise en route. Comme nous l'avons évoqué, ce dispositif de sécurité prend alors appui sur des drames, l'émotion qu'ils suscitent permettant d'outrepasser certains principes fondamentaux des libertés publiques, notamment au nom de la protection des victimes. Une forme d'**état d'urgence** permanent est ainsi institué, entraînant une légitimité absolue.

Ces dernières années, il devient habituel de faire peur pour gouverner, le coût électoral de la sous-estimation de la menace s'avérant élevé pour les gouvernants, alors que celui de sa surestimation reste faible. Ce fonctionnement mène cependant progressivement à une **rupture majeure dans le contenu législatif** lui-même et dans l'**articulation entre Psychiatrie et Justice**, notamment depuis

2007 et 2008.

c. Conséquences pour les Malades Mentaux [17,21,52,62,69]

Avec le développement du système Néolibéral et du sentiment d'insécurité dans notre société, la **représentation de la maladie mentale** évolue beaucoup, les malades focalisant désormais les **peurs sociales** par leur différence. Alors que, dans la tradition pinélienne, le « reste de raison » dans la folie marque l'espoir d'un dialogue et d'un partage de sens possible avec l'insensé, c'est désormais sa part de déraison qui nous obsède.

Les nouvelles politiques pénales sécuritaires appuient encore la **stigmatisation** des personnes souffrant de troubles psychiques. En effet, l'association entre **dangerosité et maladie mentale** entretenue dans certains textes de loi comme dans plusieurs rapports sénatoriaux successifs entraîne de forts risques de rapprochement et de confusion de ces notions, que nous analyserons.

Tout d'abord, le **Modèle Intégratif français d'articulation Santé – Justice** lui-même, centré sur la prise en charge globale et humaine des patients sous main de justice en vue de leur réinsertion, se trouve aujourd'hui **en grande difficulté** avec l'épanouissement du système Néolibéral et de son idéologie sécuritaire.

Le **travail de Réseau du Modèle Intégratif** se base sur une ouverture mutuelle des domaines de la Santé et de la Justice ainsi que sur la diversification de leurs acteurs. L'État se voit alors attribuer un rôle transversal de coordination des échanges entre ces champs, en remplacement de son rôle jusqu'alors vertical de contrôle direct d'institutions ayant de véritables monopoles sur chacune de ces politiques publiques, telles que la Prison et l'Hôpital dans le domaine de la sécurité. La multiplication des acteurs et des institutions y participe cependant à une **perte de contrôle** progressive et à une certaine **insécurisation de l'État** dans ce domaine, le fragilisant face à l'émergence de demandes sécuritaires par la population.

Devant le développement et la médiatisation du sentiment d'insécurité dans notre société actuelle, on note une **impatience** grandissante des gouvernements et des politiques envers le Modèle Intégratif. Si ce sentiment semble principalement lié au **temps** nécessaire à la mise en place de ce dispositif et à l'obtention de ses résultats, il résulte sans doute également de cette **perte de maîtrise**

des gouvernants sur les institutions capitales du domaine de la sécurité publique, qu'elles soient sanitaires ou judiciaires, l'État n'ayant en effet envers elles plus qu'un rôle transversal et non plus vertical dans ce modèle. En réaction, le pouvoir exécutif tente ainsi ces dernières années de **reprendre un contrôle plus direct** dans ce domaine, notamment comme nous l'avons vu en légiférant de façon incessante.

Le développement de politiques pénales sécuritaires entraîne ainsi la **sclérose progressive du travail de réseau** dans l'articulation Santé – Justice car l'État n'y joue plus son rôle transversal, ce qui remet en cause l'essence même du Modèle Intégratif français.

De plus, dans un rapport sur l'Administration Pénitentiaire (AP) publié le 20 juillet 2010, la Cour des comptes souligne d'autres conséquences de ces politiques sur les soins en prison [70]. Elle relève en particulier la **surpopulation pénitentiaire** entraînée par les nouvelles lois, le nombre de personnes suivies par l'AP étant passé de 185 600 en 2005 à 235 000 au 1er janvier 2010 (61 000 détenus et 174 000 personnes en milieu ouvert), soit une hausse de 26,5 % en cinq ans. Un des effets de cette surpopulation est alors un état de santé décrit comme « préoccupant » des détenus et un accès au soin « défaillant ». D'après le rapport, la prise en charge sanitaire souffre ainsi de **l'inadéquation entre l'offre et la demande de soins psychiatriques**. « *La santé est un secteur très défaillant en prison. Un tiers des détenus devrait normalement bénéficier d'un suivi psychiatrique* », explique en ce sens Alain Pichon, président de chambre à la Cour des comptes.

L'incarcération des malades mentaux augmente d'autre part continuellement ces dernières années. L'accumulation des textes législatifs issus des nouvelles politiques pénales aggrave en effet cette situation, les patients étant plus exposés que toute autre personne aux effets des lois sécuritaires. De plus, les conditions d'exécution des expertises psychiatriques continuent d'être problématiques et attirent ainsi un nombre insuffisant de spécialistes vers ces pratiques, conduisant à un **manque chronique de dépistage** des troubles mentaux chez les prévenus. Aux causes antérieures qui entraînaient déjà l'incarcération de nombreux malades mentaux s'ajoutent ainsi aujourd'hui de nouvelles circonstances, qui aggravent encore ce phénomène.

La politique de **tolérance zéro** augmente tout d'abord considérablement la judiciarisation des petits délits dus à la « délinquance des espaces publics ». Or, celle-ci est constituée de personnes fragilisées au niveau social, qui le sont pour la plupart également au niveau psychiatrique. Comme nous l'avons étudié, la désinstitutionnalisation de la Psychiatrie fragilise en effet l'insertion sociale des malades mentaux de façon chronique, et une large précarisation de cette population s'en suit ainsi.

Plusieurs **mécanismes judiciaires** peuvent de plus conduire à l'accroissement des condamnations

de personnes atteintes de troubles mentaux graves en rendant la réalisation de l'**expertise psychiatrique pré-sentencielle facultative**. L'incarcération de malades mentaux est ainsi facilitée par le développement des procédures de **comparution immédiate** et de **détention provisoire**, qui sont reconnues comme ne permettant pas un bon repérage des troubles psychiatriques, et qui constituent donc une voie privilégiée de leur responsabilisation pénale. Le nombre de prévenus jugés en comparution immédiate est en effet passé de 5,71 % en 2001 à 10,8 % en 2006, dans ce contexte sécuritaire. Un mouvement de **correctionnalisation** des affaires, rendant l'expertise psychiatrique facultative et renforçant donc également ces responsabilisations, est d'autre part observé ces dernières années, les renvois devant le tribunal correctionnel étant passés de 68 % à 71 % des mis en examen entre 2001 et 2007 alors que ce taux était resté stable entre 1990 et 2001. Enfin, en situation de récidive et en l'absence d'expertise psychiatrique, la condamnation à une peine d'emprisonnement paraît désormais assurée même pour les malades mentaux du fait des « **peines planchers** » introduites par la loi du 10 août 2007.

Par ailleurs, le processus de **victimisation** touchant notre société conduit à un **mouvement généralisé de responsabilisation** des individus dans leurs actes, et par là-même de ceux souffrant de troubles psychiques. Cette évolution est liée à une volonté punitive de la part des victimes, qui fait alors écho à leur souffrance et s'intègre dans leur quête de la reconnaissance de leur statut.

Le **principe de précaution** prévalant dans les nouvelles politiques pénales tend lui aussi vers une accessibilité accrue des malades mentaux aux sanctions pénales, la **notion de dangerosité** d'un individu se substituant progressivement à celle de sa responsabilité. On observe ainsi une judiciarisation croissante de l'expression violente et comportementale de la pathologie mentale, celle-ci étant de moins en moins tolérée par la société actuelle, y compris comme nous le verrons par les soignants.

La **surreprésentation des personnes atteintes de troubles mentaux en prison** ne cesse donc pas de s'accroître. L'interprétation des études conduites à ce sujet appelle néanmoins à une grande prudence, tout d'abord du fait de définitions variables des troubles mentaux qui vont des troubles de personnalité aux troubles psychotiques, et en raison de statistiques parfois lacunaires et de bases méthodologiques souvent critiquables.

Les **enquêtes** les moins contestables semblent ainsi être celles menées par la direction de la recherche des études de l'évaluation des statistiques (Drees) en 2001 et 2003, ainsi que celle publiée en 2006 sous la direction de Bruno Falissard [71] (cf. Annexe 3). On y retrouve alors des taux de recours des détenus aux soins psychiatriques bien supérieurs à ceux de la population générale. Elles révèlent de plus la présence très fréquente d'au moins un trouble psychiatrique de gravité plus ou

moins importante chez les entrants en milieu carcéral, qui est repérée jusque chez 55 % d'entre eux. La prévalence des **troubles psychotiques** en prison y apparaît notamment bien plus élevée qu'en milieu libre, celle de la schizophrénie atteignant 8 % dans la population pénale alors qu'elle est de l'ordre de 1 % dans la population générale.

Au sein des prisons françaises, la proportion de personnes atteintes de trouble mentaux est ainsi importante, et elle ne cesse de plus d'augmenter. Nous avons vu que le Modèle Intégratif Santé – Justice permet d'y introduire des soins psychiatriques de qualité, qui accomplissent de réels progrès depuis deux décennies, mais la **prison n'est cependant pas un lieu de soins**, et le milieu carcéral peut considérablement **aggraver** les pathologies psychiques quand il ne les **suscite** pas.

Les évolutions politiques actuelles, en augmentant l'incarcération de malades mentaux, pointent donc des limites à ce dispositif intégratif. Ne suscitant plus la compassion, le malade mental est ainsi devenu la victime toute trouvée des nouvelles politiques pénales, et il bénéficie de moins en moins d'une prise en charge globale et adaptée en raison des difficultés d'application du Modèle français dans ce contexte.

Le développement du système Néolibéral dans notre société interfère ainsi grandement avec le Modèle Intégratif choisi pour y régenter les relations entre Santé et Justice, en particulier dans le domaine des troubles psychiques. En effet, le sentiment d'insécurité qui se développe en France entraîne une méfiance importante de nos concitoyens envers ceux qui leurs sont différents, augmentant ainsi la **stigmatisation** des malades mentaux, et notamment de ceux présentant des troubles du comportement. Ce phénomène, ainsi que l'accroissement du poids des victimes, orientent désormais la prise en charge des auteurs d'infraction atteints de troubles psychiques non plus vers une réhabilitation sociale, mais petit à petit vers une **exclusion** de la société afin de la protéger. Pour ce faire, le pouvoir exécutif reprend aujourd'hui la main dans les rapports entre Psychiatrie et Justice, en limitant leurs échanges dynamiques transversaux au sein des réseaux. Le **risque** se trouve alors accru d'une **instrumentalisation** des différents intervenants par leur éloignement de leurs missions d'origine, **à des fins purement sécuritaires**.

2. Déconstruction des Identités professionnelles

Depuis le XIX^e siècle, la dimension psychologique de l'inculpé se retrouve comme nous l'avons vu au cœur des débats judiciaires. La Justice examine à la fois des actes dont le caractère délictueux ou criminel doit être établi, et des sujets dont la responsabilité doit être évaluée. Aujourd'hui, la prise en compte accrue du ressenti des victimes et des peurs de la société réinterroge les rapports entre le domaine pénal et le domaine médical.

Ces rapports sont cependant instables et conflictuels depuis toujours, comme le montre Michel Foucault qui en a fait l'histoire. Si le Modèle Intégratif français d'articulation Santé – Justice est apparu depuis et si le Code Pénal a évolué, les questions posées par le philosophe face à ces interactions restent d'actualité [72,73] : à quelle légitimité prétend l'expertise psychiatrique, notamment dans ses nouvelles orientations ? Jusqu'où la Justice doit-elle se préoccuper de la psychologie des individus ? A quelles stratégies répond le suivi médico-judiciaire des malades jugés dangereux ?

Dès les premières esquisses du Modèle Intégratif, avec l'apparition en 1977 en milieu carcéral de CMPR confiés au champ sanitaire et gérés par les hôpitaux, les réactions des psychiatres sont plus que réservées [11,74]. Outre une « hostilité générale » relative au ternissement de l'image des secteurs et surtout à l'amputation de leurs budgets déjà insuffisants, J. Ayme s'interroge : « *un tel dispositif ne serait-il pas le point d'appui d'un échafaudage juridique où les psychiatres de service public deviendraient des auxiliaires de justice chargés de mesures de protection sociale ?* » ; et F. Pouyollon, premier médecin chef du CMPR de Rennes, en confirme les risques : « *l'objectif implicite est d'éviter la récidive, c'est à dire que l'objectif est criminologique. Les soins médicaux ne sont considérés que comme un moyen parmi d'autres d'obtenir ce résultat* ».

Les modifications sociétales liées à l'arrivée du système Néolibéral en France pointent à nouveau les limites du Modèle Intégratif de relations entre Santé et Justice. Les réseaux de collaboration entre ses disciplines doivent plus que jamais y être développés, mais en veillant à préserver un espace d'autonomie pour chacune d'entre elles afin d'éviter que des orientations non assumées leurs soient imposées du fait de contraintes extérieures, venant d'autres champs. Ce risque pourrait en effet mener à la déconstruction des identités des différentes spécialités des champs sanitaires et judiciaires, loin de l'objectif annoncé de leurs enrichissements mutuels.

a. Confusion [19,21,23,25,38,43,47,56,60,67,75-80]

Les disciplines mises en relation par le Modèle Intégratif, et en particulier la Psychiatrie, peuvent voir leurs identités et leurs raisons d'être fragilisées dans cette organisation, notamment du fait d'un interventionnisme accru de l'État dans leur domaine depuis l'avènement du système Néolibéral et de l'idéologie sécuritaire. La **Psychiatrie Médico-légale** doit ainsi y clarifier et y affirmer sa place et sa fonction, en luttant en priorité contre certaines confusions qui l'y menacent.

La recrudescence des phénomènes de peur et d'insécurité dans les pays industrialisés peut comme nous l'avons vu être rapportée à différents éléments, dont la grande influence de la médiatisation de la violence « ordinaire », où l'exceptionnel est généralisé et où la violence privée, qui touche la famille ou le couple, se trouve judiciairisée. Le fossé s'accroît ainsi entre l'aspiration au bonheur des citoyens et l'incompréhension des crimes dans la vie quotidienne, vécus comme une menace à la représentation protectrice du foyer. Pour se protéger, les individus et la société, notamment les associations de victimes et les politiques, assimilent ces « actes fous » à des « actes de fous », confondant alors **crime et maladie mentale** : comment ce crime horrible, commis par quelqu'un à leur image, pourrait-il être autre chose qu'un accès de folie ?

Ces dernières années, plusieurs rapports parlementaires alimentent de plus le débat mêlant la prise en charge de la **maladie mentale** à celle de la **criminalité** et de la « **dangerosité** », témoignant de l'actualité de ce sujet. On peut ainsi citer le rapport Burgelin de 2005 intitulé « *Santé, Justice et Dangerosités : pour une meilleure prévention de la récidive* » [38], celui sur les délinquants dangereux atteints de troubles psychiatriques remis par Philippe Goujon et Charles Gautier en 2006 [75], ou encore le tout dernier concernant les personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions, remis en mai 2010 par les sénateurs Gilbert Barbier, Christiane Demontès, Jean-René Lecerf et Jean-Pierre Michel [21]. Plusieurs lois entretiennent également cette confusion entre crime et maladie mentale en atténuant progressivement le contraste entre **responsabilisation et irresponsabilisation pénale**, notamment du fait du recentrage actuel sur la **notion de dangerosité**. Ce concept en plein essor entraîne en effet le développement de mesures applicables indifféremment aux criminels comme aux malades mentaux irresponsabilisés.

Le rapport entre violence et maladie mentale demeure un sujet sensible dans toutes les sociétés modernes. S'il faut reconnaître, comme nous l'avons vu, que les troubles mentaux graves sont à l'origine d'un risque majoré de violence, il convient cependant de pondérer ces chiffres en rappelant

que moins d'un homicide sur vingt est le fait d'un malade mental et que moins d' 1% des auteurs de violences sexuelles présentent une pathologie psychiatrique avérée. De plus, les personnes souffrant de troubles psychiatriques sont aujourd'hui bien plus des victimes privilégiées de violences dans notre société, dans une proportion dix-sept fois supérieure à la moyenne de la population générale.

De nos jours, la Psychiatrie reste néanmoins sollicitée par les politiques néolibérales pour prendre en charge divers troubles de comportement, dans une confusion fréquente entre **personnalités pathologiques et maladies mentales**. En ce sens, il existe un débat récurrent sur la place des troubles de la personnalité dans les missions de la Psychiatrie, qui, s'il était au départ très clinique, a vite pris une autre dimension du fait des pressions et enjeux politiques. Michel Foucault pointe d'ailleurs déjà à son époque les risques d'une extension illimitée de la Psychiatrie, corrélative de la « *levée du privilège de la folie* » [23]. En France, dans le confusionnisme politico-médiatique le plus total, voilà donc désormais le **mal**, la **violence** et la **perversité** promus au rang de **maladie**, entraînant l'interpellation de la Psychiatrie publique à chaque fait divers. Or, les troubles de la personnalité, composés par exemple des personnalités psychopathiques, borderlines ou de fonctionnements pervers, fréquemment présents dans le domaine judiciaire, sont bien à distinguer des véritables maladies psychiatriques telles que la dépression, les troubles bipolaires ou la schizophrénie.

Certains cliniciens britanniques, soutenus par leur gouvernement à l'image de Kendell [76], proposent cependant quant à eux de gommer cette distinction entre troubles de la personnalité et maladie mentale, en s'appuyant sur divers arguments tels que les conceptions socio-politiques, ou l'évolution régulière des interventions de la Psychiatrie avec les développements thérapeutiques. Les oppositions à cette assimilation sont alors nombreuses, et les critiques les plus fréquentes portent sur l'incidence de cette position sur la définition du champ de la Psychiatrie, dans sa distinction de celui de la Criminologie.

En effet, si des **traitements** chimiothérapeutiques ou psychothérapeutiques et des conduites à tenir faisant l'objet de recommandations internationales peuvent être proposés par les équipes psychiatriques face aux **maladies** de l'axe 1 du DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) [77], les **troubles de la personnalité** de l'axe 2 ne peuvent quant à eux qu'être **accompagnés** par ces équipes, dans un **exercice transversal** avec les professionnels **socio-éducatifs** et à condition que la **Loi** soit représentée. Nous sommes ainsi pour ces derniers dans le champ de la **Criminologie**, qui suppose une **démarche multidisciplinaire** visant à structurer les capacités sociales de l'auteur de crimes et à lutter contre ses défaillances psychologiques comme éducatives pour permettre son insertion.

La confusion pourrait ainsi atteindre les rapports entre **Psychiatrie et Criminologie**, en englobant les soins psychiatriques dans une **lutte contre la récidive criminelle** alors assimilée à la **rechute pathologique**, et en entraînant une exigence sociale et législative de soins et de traitement pour tous les auteurs de crimes présentant des troubles de la personnalité. Or, à ce jour, aucune étude validée ne peut confirmer une atténuation des risques de violence par une seule action sur le psychisme. De plus, la récidive criminelle des malades mentaux psychotiques dont l'acte est exclusivement en rapport avec le processus délirant, et pour lequel des soins psychiatriques sont donc indiqués, est de la plus extrême rareté.

Si l'effroi qu'il suscite au sein de la conscience collective conduit parfois à identifier l'acte criminel à un acte de folie, il importe de plus également de rappeler que toute personne dénommée « dangereuse » n'est pas atteinte de troubles mentaux, comme le fait Édouard Zarifian dans *les jardiniers de la folie* [78] : « *Ce qui sépare un comportement « normal » d'un passage à l'acte grave, c'est le poids des conditionnements culturels et sociaux, c'est l'autocensure de l'individu et du groupe, c'est la peur d'être pris, le sens de la faute, la crainte du remords [...]. Tout homme « normal » porte en lui le germe de la folie, tout homme, sans exception, peut, à la seconde, basculer dans un autre monde* ».

La **prévention du passage à l'acte criminel** ne peut ainsi qu'être le fruit d'une **réflexion multidisciplinaire** associant la sanction que dicte la **Loi**, une **action socio-éducative et d'insertion**, et une **prise en charge psychiatrique et psychothérapique**, qui n'est cependant déterminante que quand il existe une maladie mentale avérée. Dans ce domaine de la lutte contre la récidive et la « dangerosité » qu'elle constitue, c'est donc à l'**équipe criminologique** de tenter un accompagnement multidisciplinaire, à titre expérimental car il n'existe pas non plus de résultats validés au sujet de cette démarche.

Dans le contexte idéologique sécuritaire actuel, le risque de **stigmatisation des malades mentaux** s'avère donc plus que jamais accru. Il apparaît alors capital de maintenir la séparation existant entre maladie mentale et trouble de la personnalité, et de recentrer la Psychiatrie sur ses missions cardinales. La prise en charge des maladies psychiatriques pouvant être accompagnées de risques de violences doit notamment constituer une des priorités de notre spécialité, son développement s'avérant aujourd'hui indispensable pour rassurer l'opinion publique comme les politiques.

La maladie ne doit alors pas être confondue avec l'anomalie voire la monstruosité, elle constitue comme l'évoque Canguilhem « *une autre allure de la vie* » [79]. Nous sommes ici au cœur du

problème touchant le Modèle Intégratif, car ce qui est en jeu, c'est notre capacité à soutenir nos propres critères psychiatriques face au sens commun, à la pression politique ou aux intérêts divers et multiples. Toute l'histoire de la Psychiatrie Légale témoigne ainsi de l'**effort constant** des aliénistes pour **distinguer la folie de l'horreur**, la **maladie du mal**, et leur **appréciation propre du sens commun**.

D'importants efforts de réflexion et d'élaboration doivent ainsi être maintenus par notre discipline médicale au sein du Modèle Intégratif d'articulation Santé – Justice, afin de clarifier les différentes ambiguïtés qui l'y touchent et d'éviter l'extension et la généralisation du risque de confusion jusqu'entre ce qui relève d'un système pénal et ce qui relève d'un système de soins, et finalement entre Justice et Santé.

b. Dangerosité

De **nombreux rapports et textes de lois** se sont succédés ces dernières années au sujet de la prise en charge du **risque de récidive** ou de la **dangerosité** des individus, témoignant de l'actualité vivace de cette question et entretenant alors parfois également certaines **confusions avec le champ de la Psychiatrie** dans ce domaine. La délinquance est aujourd'hui appréhendée comme un risque normal de la vie en société, impossible à éradiquer mais contre lequel on peut se prémunir en prévoyant son occurrence et en limitant ses effets négatifs. Les nouvelles politiques pénales se développent ainsi avec l'idée d'une technicisation de la gestion de la criminalité, associée à une optimisation de notre système par l'implication et la responsabilisation d'une multitude d'acteurs et d'institution à tous les stades d'intervention. Le terme de dangerosité refait ainsi son apparition dans les politiques publiques, hérité du mouvement international de **Défense Sociale** de la fin du XIX^e siècle où l'état dangereux était le critère criminologique retenu pour la détermination de mesures de protection de la société contre les personnes déviantes ou délinquantes. De plus, des « **mesures de sûreté** » font aujourd'hui l'objet de ré-aménagements avec la renaissance de ce concept de dangerosité, auquel sont désormais rattachées de **nouvelles figures de l'insécurité** : le délinquant sexuel, en particulier pédophile, le multirécidiviste, mais aussi le **malade mental**.

- **Expertise Psychiatrique** [14,21,22,24,25,55,65,67,69,81-84]

Depuis plusieurs d'années, les **attentes de la Justice vis-à-vis de l'expert psychiatre** évoluent grandement, les magistrats demandant désormais à l'expert des éléments permettant d'**évaluer la dangerosité** de l'individu. Cette nouvelle fonction vient alors s'ajouter à ses rôles plus classiques de **recherche clinique** d'une pathologie psychiatrique altérant le **discernement** et d'**analyse psychopathologique** permettant d'éclairer le passage à l'acte criminel.

À partir des années 1990, dans le contexte sécuritaire que nous avons décrit, le législateur étend en effet l'exigence d'expertises psychiatriques **préalables aux libérations** de condamnés détenus, en vue de protéger la société d'individus potentiellement dangereux. En France, c'est depuis la loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive que la demande législative glisse réellement d'une exigence de diagnostic et d'évaluation de la responsabilité à celle d'une évaluation de la **dangerosité**.

Les **missions** du psychiatre chargé de ces expertises, au stade de l'exécution de la peine, sont alors bien distinctes de celles concernant l'expertise pré-sentencielle de responsabilité pénale :

- Décrire la **personnalité** de l'intéressé ;
- Décrire son **évolution** depuis l'ouverture du dossier pénal en tenant compte des expertises antérieures ;
- Décrire les éventuels **troubles** qu'il présente ;
- Émettre un avis sur l'**attitude du sujet par rapport aux faits** pour lesquels il a été condamné ;
- Déterminer s'il présente une **dangerosité en milieu libre**, discuter les éléments favorables et défavorables du **pronostic**, tant du point de vue de la **réinsertion** que du **risque de récidive** ;
- Préciser s'il relève d'un **suiti médical** ou d'un traitement.

On retrouve ici ce que relève Foucault dans les thèses positivistes qui se sont imposées à la charnière des XIX^e et XX^e siècles, « *en France, c'est de la **dangerosité** d'un individu, beaucoup plus que de sa responsabilité, que parlent les psychiatres commis comme experts* » [24]. Il critique alors le fait que l'accusé, déjà à cette époque, ne soit ainsi pas seulement **jugé** pour ce qu'il a fait mais aussi **pour ce qu'il est ou pourrait être**. Aujourd'hui, les fonctions classiques de l'expert de diagnostic et d'orientation thérapeutique risquent donc à nouveau d'être délaissées en faveur de ces demandes d'évaluation de dangerosité.

Une nouvelle **confusion** touchant la Psychiatrie peut de plus être relevée dans ce domaine. En effet,

les experts cliniciens sont aujourd'hui sollicités pour évaluer la dangerosité des personnes sous main de justice dans sa dimension psychiatrique, mais également criminologique. La **dangerosité psychiatrique** peut être définie comme le risque de passage à l'acte **lié à une maladie mentale**, constituant ainsi une manifestation symptomatique de celle-ci et appartenant donc bien au **domaine du psychiatre**. Cependant, la **dangerosité criminologique** prend quant à elle en compte l'ensemble des facteurs environnementaux et situationnels susceptibles de favoriser l'émergence du passage à l'acte violent chez un individu, et elle n'est donc **pas « soignable »** car elle ne fait pas uniquement partie du champ de la Psychiatrie. Dans ce sens, l'audition publique de 2007 sur l'expertise psychiatrique pénale [55] considère qu'il est toujours capital d'opérer une **distinction** entre d'une part, « *la dangerosité psychiatrique à évaluer par le psychiatre en prenant en compte les facteurs évolutifs de la maladie mentale, l'adhésion aux soins, les connaissances actuelles sur la thérapeutique...* », et d'autre part, « *la dangerosité criminologique à évaluer de façon multidisciplinaire à la façon d'une criminologie confrontant les données du droit, de la sociologie comme de la clinique* ».

Le troisième niveau d'analyse désormais demandé à l'expert psychiatrique pénal nécessite donc une **formation de Psychocriminologie**, car il s'agit d'y donner des éléments sur la dangerosité du sujet dans ses deux composantes psychiatrique et criminologique, et d'évaluer les risques de récidive. Cette évaluation soulève ainsi de grandes difficultés pour le psychiatre. En effet, la notion même de situation dangereuse peut être définie comme une **perception subjective** dans l'actualité du moment, et est donc associée à la notion d'**imprévisibilité** ; et la dangerosité criminologique est de plus définie comme un phénomène psychosocial prenant en compte un **ensemble de facteurs environnementaux et situationnels** entraînant une grande probabilité de commettre une infraction. Il s'agit donc bien d'essayer de prévoir un délit ou un crime à venir au-delà même du fonctionnement psychique, de l'aménagement défensif et de ses aléas ou des hypothèses psychodynamiques de la répétition, ce qui est a priori bien loin des missions du psychiatre.

L'évaluation de la dangerosité demandée à l'expert pose ainsi autant de **problèmes cliniques** qu'**éthiques**, notamment avec cette confusion entre dangerosités psychiatriques et criminologiques. Des auteurs québécois notent de plus dès les années 1980 que « *les méthodes de prédiction et les mesures qui supposent un pronostic de dangerosité [...], avec régularité, [...] font apparaître la valeur minimale des projections cliniques de la dangerosité. Elles révèlent également la tendance marquée des experts à surprédire le comportement dangereux* » [83].

- **Nouvelles méthodes d'évaluation** [38,57,75,85,86,87,88]

Par le biais de l'évaluation de la dangerosité, on note ces dernières années une **perte progressive de confiance** dans l'**expertise psychiatrique clinique**, accompagnée d'une revendication d'outils plus précis et fiables pour prédire la criminalité. Ces critiques de l'expertise psychiatrique pénale accélèrent ainsi plusieurs travaux de **recherche**, notamment sur des **calculs probabilistes** amenant à une catégorisation des criminels et à l'obtention de tables de prévision des risques de violence. Les **méthodes actuarielles** se développent ainsi depuis les années 1970 dans les pays anglo-saxons en s'appuyant sur des modèles purement statistiques, dans une logique de gestion des risques et de prévention qui s'inspire des techniques de l'assurance. De multiples outils ont ainsi vu le jour aux États-Unis : la **PCL-R** (Psychopathy Checklist – Revised) de Hare en 1991, l'**HCR-20** (Historical Clinical Risk – 20) de Webster en 1997 et le **VRAG** (Violence Risk Appraisal Guide) de Quincey et al. en 1998 en étant les principaux.

L'échelle **VRAG** correspond à une **méthode actuarielle pure**, et illustre donc parfaitement ce type d'outil. Pour son élaboration, douze items ont été sélectionnés dans une étude pour leur capacité à « **prédire** » la **récidive de violence** sur une période d'observation de sept ans. Lors de la cotation, les réponses aux douze items sont combinées selon une pondération prédéterminée, pour aboutir à un score total, et à une **classification de risque de violence** (sur une période de dix ans) en neuf tranches **entre 0 et 100 %**. Les items statistiquement associés avec un **risque de violence accru** sont alors : un score élevé à la PCL-R, des problèmes scolaires, un trouble de la personnalité, le départ du foyer parental avant 16 ans, la présence d'un échec antérieur lors d'une période probatoire, la présence dans les antécédents de délinquance concernant une atteinte à la propriété, l'état civil célibataire, et des antécédents d'abus d'alcool. À l'inverse, ceux associés à un **abaissement du risque de violence** sont : l'élévation de l'âge, la présence d'un trouble schizophrénique, une blessure infligée à la victime lors de l'infraction ayant conduit à l'évaluation, et le fait que cette victime soit de sexe féminin. Une des grandes **limitations** des méthodes actuarielles pures est cependant qu'elles ne se fondent que sur des comparaisons statistiques issues de leurs **études de validation**, et qu'elles font ainsi résolument l'impasse sur l'apport d'un jugement clinique. De plus, une évaluation fondée sur la VRAG ne donne aucune indication sur les dynamiques de changement possibles pour l'individu, et ne prend aucunement en compte la gravité de l'évènement qu'elle cherche à prédire.

La **PCL-R** constitue quant à elle un instrument destiné à préciser le **diagnostic de psychopathie**, en tenant compte de comportements antisociaux mais aussi de traits de personnalité considérés comme spécifiques (cf. Annexe 4). Fortement inspirée des travaux de Clekley ayant tenté de démontrer l'existence de la psychopathie comme entité spécifique, cette échelle vise à la fois à

rendre compte d'éléments diagnostiques de personnalité et à en déterminer l'intensité à partir d'un score. Elle aboutit ainsi à cerner le « **fonctionnement criminel** » du sujet. Certains indicateurs prendront en ce sens une valeur inquiétante en termes de pronostic : l'absence d'empathie, l'indifférence froide, la dimension égocentrique, l'existence de comportements impulsifs. Utilisée à titres divers, tant sur un **mode actuariel pur** que comme **soutien à une évaluation clinique** plus globale, cette échelle partage les atouts et limitations des autres méthodes de type actuariel. Son **utilisation très large** en Psychiatrie Légale **risque** en outre d'en faire une **norme rigide** évacuant toute analyse clinique, et entraînant des orientations sur cette seule base.

L'échelle **HCR-20** se situe pour sa part à mi-chemin entre une approche quantitative et une approche qualitative, celle-ci constituant une trame à l'examen et permettant ainsi un **jugement clinique semi-structuré** (cf. Annexe 4). Elle comporte 20 facteurs résumant les informations pertinentes sur le **passé** (histoire du patient), le **présent** (appréciation clinique), et l'**avenir** (gestion du risque probable à l'avenir). Les instruments tels que celui-ci, selon leurs concepteurs, ont pour avantage principal de **susciter la discussion** et la confrontation des points de vue, plutôt que de donner une vision univoque du patient. Ils rendent aussi plus transparents les principes de base du processus de décision, et permettent l'adoption d'un langage commun et un meilleur usage des informations à disposition. D'autres supports d'appréciation ont ainsi été développés sur ce même principe, tels que l'échelle élaborée par **Dittman**, reprenant les principales interrogations d'un clinicien confronté à l'évaluation du risque de violence (cf. Annexe 4).

En France, plusieurs rapports parlementaires sur le sujet préconisent ainsi le développement de tels outils statistiques, afin d'obtenir une « mesure précise » de la dangerosité et du risque de récidive.

Le recours accru à la notion de dangerosité se trouve de nos jours légitimé par l'utilisation de ces **nouvelles mesures d'évaluation**, qui apportent dans ce domaine une **dimension objective** contrastant avec la subjectivité habituelle des experts. Présentées comme limitant les risques d'erreur humaine, ces techniques attribuent en effet un **fondement scientifique** aux décisions prises par les acteurs de la sécurité et du traitement du crime, renforçant ainsi leur crédibilité et leur poids. Selon leurs partisans, elles permettent de prédire les choix et les buts recherchés par le délinquant et de prévenir alors le passage à l'acte antisocial, et elles remettent ainsi en question l'intérêt de l'expertise clinique davantage centrée sur le délinquant et les causes présumées de son comportement. De plus, l'évaluation clinique de la dangerosité conduit selon plusieurs travaux à une tendance à la surévaluation de celle-ci par les experts pouvant être reliée à une « ouverture de parapluie » due à l'engagement de leur seule responsabilité, phénomène qui pourrait être amoindri par l'utilisation de ces mesures plus objectives. La bonne reproductibilité des méthodes actuarielles

permet en outre désormais de **confronter des données** les unes aux autres, et d'étudier ainsi notamment l'**évolution** de leurs résultats pour un individu durant une période définie.

Depuis les années 1980, le Canada développe par ailleurs une voie originale autour de ces nouveaux outils. Un système carcéral hybride y voit en effet le jour, mêlant une **gestion actuarielle des risques** à des **interventions thérapeutiques ciblées** sur les « besoins » ou « facteurs criminogènes » alors mis en évidence chez les détenus. Cette approche mixte réconcilie les logiques actuarielle et clinique, et justifie ainsi le souci de **réinsérer** le délinquant dans la communauté par le motif de réduire ses risques de récidives. Des rapports parlementaires français sur le traitement de la récidive des infractions pénales recommandent d'ailleurs de s'inspirer de ces programmes correctionnels canadiens pour mettre en œuvre en France les méthodes actuarielles d'évaluation de la dangerosité.

Dans certains états, l'utilisation de ces techniques entraîne cependant un **emprisonnement à grande échelle**. On y tente alors de réduire les risques de crimes en substituant à la prise de décision judiciaire l'**application systématique de tableaux**, qui déterminent la durée des peines sur ce fondement du risque. Les États-Unis restent ainsi le pays où ces techniques sont les plus utilisées : 28 états en font usage comme fondement, parfois exclusif, des décisions de condamnation et d'aménagement de peines, mais également pour l'établissement de profils-types de délinquants justifiant des pratiques policières ciblées sur certaines populations.

L'emploi des échelles actuarielles est par ailleurs encore embryonnaire dans les pays européens actuellement : Belgique, Pays Bas, Suède ou Espagne les utilisent à titre expérimental ou dans des institutions de « forensic psychiatry », spécialisées en Défense Sociale.

Dans le contexte sécuritaire actuel, le travail expertal est donc de plus en plus sollicité pour évaluer la dangerosité des individus en vue de protéger la société, ce qui risque de l'éloigner de ses missions de diagnostic et d'orientation thérapeutique pourtant capitales pour les malades mentaux. L'audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale de janvier 2007 [55], organisée par la Fédération française de Psychiatrie et la Haute Autorité de Santé, recommande ainsi de **privilégier les mesures d'expertise à visée diagnostique et thérapeutique à celle de dangerosité**. S'il ne faut pas minimiser l'extrême dangerosité criminologique de quelques individus, acteurs de la plupart des affaires qui émeuvent régulièrement l'opinion, il faut ainsi interroger l'extensivité abusive de cette notion. Cette dernière ne cessant de se développer, elle peut en effet conduire comme nous le verrons à des risques sérieux d'instrumentalisation de notre spécialité.

c. Rupture avec la Psychiatrie Générale

Le Modèle Intégratif, en permettant une articulation entre Santé et Justice, rend possible une synergie de ces disciplines dans les domaines qui leurs sont communs, en particulier dans le champ de prise en charge des personnes sous main de Justice atteintes de troubles psychiques. Cependant, chaque intervenant risque d'y perdre ses repères et sa légitimité s'il ne veille pas à rester attaché à sa spécialité et à sa pratique d'origine. Dans le contexte actuel des politiques très sécuritaires, le risque est ainsi accru d'un **clivage entre la Psychiatrie Générale et la Psychiatrie Médico-légale** en lien avec la Justice.

- **Clinique** [21,89]

On note depuis quelques années une prise de distance de la Psychiatrie Générale publique envers les données de la clinique classique, dans une volonté d'élargir ses missions vers le champ de la « **Santé Mentale** ». Une frange de notre spécialité tente dans ce sens de s'affranchir des psychoses chroniques, et de leur dimension médico-légale en particulier. Cette **clinique médico-légale**, pourtant constitutive et à l'origine de la Psychiatrie, tend ainsi à être **oubliée** car elle n'est plus transmise entre les équipes.

Ce mouvement d'éloignement peut être rattaché à la **désinstitutionnalisation** de la Psychiatrie, accompagnée de la mise en place d'une organisation ambulatoire des soins et du développement de prises en charge thérapeutiques efficaces, en particulier avec l'essor des antipsychotiques. On observe depuis une libéralisation des conditions d'hospitalisation psychiatrique avec l'ouverture des services sur la ville ainsi qu'une féminisation progressive du personnel infirmier, qui compliquent alors la prise en charge des patients les plus difficiles, nécessitant des soins très contenant. De plus, le champ de la Psychiatrie s'est lui-même élargi ces dernières années par la diversification des interventions de « **Santé Mentale** » au sein de la société et par la multiplication des sollicitations qui lui ont ainsi été adressées. Le nombre de patients pris en charge en secteur de Psychiatrie Générale a ainsi augmenté de 50 % depuis 1993, laissant peu de temps disponible pour les prises en charge des maladies les plus lourdes, en particulier de celles accompagnées de troubles du comportement.

Du fait de ces évolutions, les **ruptures de soins** sont bien plus fréquentes depuis la

désinstitutionnalisation et elles ont comme conséquence la **judiciarisation** du parcours de nombreux de ces malades mentaux. Ce phénomène est d'ailleurs encore augmenté par les politiques récentes de « **tolérance zéro** », et attribue donc de plus en plus la prise en charge de malades psychiatriques lourds aux Réseaux de Psychiatrie Médico-légale. Or, ces équipes psychiatriques intervenant en milieu pénitentiaire sont, comme nous l'avons étudié, particulièrement confrontées à un **risque d'éloignement de la Psychiatrie Générale** en raison de leur isolement et du risque de leur **surspécialisation**. Le maintien de liens étroits entre les équipes de SMPR et DSP et les secteurs d'origine, notamment par leurs prises en charge communes de certains patients, permet cependant jusqu'à maintenant de renforcer leur cohérence. Le développement imminent des **UHSA**, unités spécifiquement destinées aux détenus et sans lien direct avec les secteurs, semble néanmoins **accroître ce risque de clivage** entre Psychiatrie Générale et Psychiatrie exercée en milieu pénitentiaire, en transformant progressivement cette dernière en une « **Psychiatrie Pénitentiaire** » hyperspécialisée et coupée de ses origines.

Le **désengagement progressif** de la Psychiatrie publique du domaine médico-légal se fait alors que la connaissance de cette clinique pourrait lui apporter des éclairages précieux, au niveau psychopathologique comme dans l'évaluation du risque de violence des patients. Si c'était un honneur au temps des aliénistes d'avoir à soigner les « médico-légaux », il en va cependant bien autrement aujourd'hui en Psychiatrie Générale, où ils sont accueillis avec beaucoup de **réticence**. En effet, les **équipes psychiatriques de secteur** sont notamment elles aussi touchées par l'idéologie sécuritaire de notre société, et deviennent donc **moins tolérantes** vis-à-vis de l'expression violente et comportementale de la maladie, voire même **rejetantes** envers ces patients. On peut ainsi noter à ce sujet l'augmentation majeure ces dernières années des plaintes déposées par des soignants à l'encontre de malades pris en charge ayant été violents à leur égard.

On peut donc considérer que ces patients « médico-légaux » sont les laissés-pour-compte de la libéralisation de la Psychiatrie : dans ce travail de désaliénation, la **rue** et la **prison** deviennent les annexes de l'hôpital psychiatrique. De plus, la différenciation croissante des pratiques de Psychiatrie en milieu libre et en milieu carcéral aggrave ainsi l'apparition d'un **cloisonnement progressif** entre ces disciplines, qui **risque d'éloigner la Psychiatrie Médico-légale de ses missions premières** et est donc néfaste au bon fonctionnement du Modèle Intégratif d'articulation Santé – Justice.

- **Sclérose des Réseaux** [21,25,52,54,58,60,90]

Né en opposition aux grandes figures institutionnelles de l'état, le **Modèle Intégratif** et son **travail de réseau** dans l'articulation Santé – Justice ne peut être pensé comme une organisation figée. Il ne peut pas être un parcours balisé d'avance pour le patient, mais doit rester, comme nous l'avons défini, un milieu, un environnement peuplé de ressources mobilisables. Il constitue un espace d'échanges entre acteurs sanitaires et judiciaires dont la dimension dynamique est essentielle, et qu'il doit donc défendre en luttant constamment contre le **risque d'une stabilisation sclérosante**.

La **loi du 9 septembre 2002** d'orientation et de programmation pour la Justice crée un nouvel échelon de prise en charge psychiatrique des détenus souffrant de troubles psychiques : les **Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA)**, destinées à améliorer leurs conditions d'accueil et d'hospitalisation devant les difficultés liées à leur nombre en augmentation constante et aux défaillances des secteurs de Psychiatrie Générale dans ce domaine, que nous avons précédemment pointées. Ces structures doivent ainsi accueillir en milieu hospitalier mais sous surveillance pénitentiaire tous les patients détenus, qu'ils soient compliants ou non consentants aux soins.

La première de ces unités a récemment ouvert partiellement à Lyon (20 places sur les 60 prévues), inaugurée le 21 mai 2010 par Michèle Alliot-Marie et Roselyne Bachelot, ministres de la Justice et de la Santé. Les UHSA sont définies comme des structures médicales avec sécurité périphérique, mais lorsque l'on s'approche de celle-ci, située dans le parc de l'hôpital psychiatrique du Vinatier à Lyon, cela ressemble beaucoup à une prison : murs de 6 mètres de haut, barbelés, douves, poste de garde aux vitres blindées, et, à l'intérieur, une cinquantaine de surveillants pénitentiaires assurant la sécurité, la gestion du greffe et les parloirs. Passées une grille et une zone « neutre » à l'intérieur, détenus et soignants sont en « territoire hospitalier », constitué de chambres et d'un plateau de soins assez complet. Officiellement, le personnel de l'Administration Pénitentiaire (AP) ne s'occupe que du transport et de la garde de l'enceinte, ne pouvant intervenir à l'intérieur qu'à la demande du personnel médical, en cas de danger. Cependant, un décret signé début mai indique déjà que les surveillants peuvent fouiller les chambres des malades et les lieux de soins.

Avec le développement de ces unités au sein des hôpitaux, les **risques de confusion** demeurent ainsi entre les différents intervenants sanitaires, pénitentiaires et judiciaires, pouvant même s'accroître. De plus, l'**image sécuritaire de la Psychiatrie** est alors renforcée, dans un rôle de contrôle social et de contention de la violence. Ce nouveau dispositif modifie donc très sensiblement la lecture des soins dispensés aux personnes sous main de Justice, ainsi que la dynamique d'échanges entre Santé et Justice définie par le modèle Intégratif français.

Le développement du système Néolibéral et du sentiment sociétal d'insécurité entraîne comme nous l'avons vu des tentatives de l'État de reprendre un contrôle plus direct sur les politiques sécuritaires. Les gouvernants laissent en ce sens moins de liberté aux échanges transversaux entre les domaines judiciaire et psychiatrique en particulier, ce qui semble être encore appuyé avec l'apparition des **UHSA**. En effet, ces unités constituent désormais une **filière spécifique** de prise en charge des **détenus** souffrant de troubles psychiques, **coupant tout lien** avec leur secteur psychiatrique d'origine et donc avec la **Psychiatrie Générale**. Leur dimension institutionnelle fait ainsi obstacle au travail de réseau en figeant les structures, et aboutit à l'abandon de la dimension d'adaptation des soins aux patients qui permettaient jusqu'alors leur prise en charge globale dans leur environnement naturel, inscrite dans une continuité. Les Réseaux de Psychiatrie Médico-légale se trouvent en effet limités dans leur dynamisme, et aboutissent alors à un système de **contrôle des personnes**, incompatible avec l'expression et la prise en compte des subjectivités indispensable au bon fonctionnement du Modèle Intégratif. La rupture du lien avec le secteur rend de plus **difficile** le maintien de la **continuité** des soins pour ces patients, notamment à leur libération, ce qui constitue pourtant un des objectifs du Modèle Intégratif français de relations Santé – Justice et participe à leur réinsertion.

L'existence de ces UHSA, comme le renforcement général des soins psychiatriques en prison, risque de plus de **légitimer l'incarcération de nombreux malades mentaux**, en cautionnant la tendance des experts à les irresponsabiliser de plus en plus rarement. Le principe de responsabilité serait ainsi lui-même dénaturé, avec des responsabilisations au seul motif que la condamnation pénale serait le meilleur moyen d'assurer une **prise en charge sécurisée** de ces personnes, du fait notamment des défaillances de la Psychiatrie Générale dans ce domaine. Certains experts, qui sont en majorité des praticiens hospitaliers, doutant de la réadaptabilité d'un malade ou le considérant comme trop dangereux pour être hospitalisé dans un secteur classique, seraient ainsi tentés de le responsabiliser en s'appuyant sur le fait que de toute façon il pourra être soigné en prison. On risque ainsi, avec ce développement dans le système pénitentiaire d'un dispositif d'hospitalisation psychiatrique permettant de prendre en charge les pathologies les plus lourdes, de voir s'amplifier encore le mouvement actuel d'incarcération de celles-ci, dont on disait pourtant autrefois qu'elles avaient une **dimension « aliénante »**. Ces maladies mentales sévères rencontrées aujourd'hui en détention se trouvent en effet souvent à l'origine même du délit ou du crime, et n'ont donc rien à faire en prison. La mise en place des UHSA semble vouloir pallier les carences de la Psychiatrie de secteur en prenant en charge ces patients dans des **filières ségrégatives**, alors que les rôles des équipes de Psychiatrie en milieu pénitentiaire, d'après le Modèle Intégratif français, seraient bien

plutôt de se recentrer sur la prise en charge des troubles consécutifs ou intercurrents à la privation de liberté tels que les troubles anxio-dépressifs ou la prévention du risque suicidaire, et de s'articuler avec les mesures pénales pour l'accompagnement des conduites addictives ou des auteurs d'agressions sexuelles.

Certains entrevoient même un **risque d'abrogation de l'article 122-1** avec le développement des UHSA, par la possible prise en charge progressive d'irresponsabilisés dans ces structures. En effet, ces patients pourraient être adressés dans ces lieux de soins pour détenus avec l'argument qu'ils pourraient y avoir des soins adaptés à leur état par la **Psychiatrie Médico-légale**, sans risquer surtout de « sortir trop vite de l'hôpital » comme cela est parfois reproché à la Psychiatrie Générale. A ce sujet, le récent rapport sur la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions de mai 2010 [21] évoque le point de vue du docteur Michel David, pour qui la mise en place des UHSA présente ainsi « *le risque de voir la disparition complète des non-lieux psychiatriques. Plus besoin de se poser des questions sur « l'abolition ou l'altération », un dispositif complet ségréatif pour condamné étant présent, il n'est plus nécessaire d'avoir d'état d'âme quant au problème de la responsabilité. Le délinquant ou le criminel sera condamné à une peine d'hospitalisation en psychiatrie. Il ne s'agira plus de confusion des peines mais de confusion du sens de la peine* ».

La création des UHSA, destinées à recevoir des personnes détenues avec ou sans leur consentement, soulève d'autre part des **problèmes éthiques**, les **soins sous contrainte** ne pouvant jusqu'à ce jour pas être imposés **en milieu carcéral** à des patients déjà privés de liberté : les hospitalisations d'office selon l'article D398 du CPP commencent pour cela toujours par une sortie du milieu pénitentiaire et un transfert en milieu sanitaire. Le fait que l'on puisse désormais administrer des **soins psychiatriques aux détenus avec ou sans leur consentement** dans ces UHSA entraîne en effet un risque important de dérive vers des volontés politiques d'**incarcérer pour soigner** des troubles du comportement. Les « soins » seraient alors envisagés pour réadapter à la société, et non plus dans l'orientation humaniste et subjective du Modèle Intégratif français d'articulation Psychiatrie – Justice. Les sujets détenus sont en effet jugés suffisamment lucides pour qu'ils assument la responsabilité pénale de leurs comportements délinquants, mais, une fois incarcérés, ils ne disposeraient pas de la lucidité suffisante pour consentir aux soins psychiatriques dont ils ont besoin ? De plus, on peut craindre que les psychiatres intervenants en milieu carcéral, dotés de ces lits d'hospitalisation et de la possibilité de recours aux soins sans consentement, subissent alors des **pressions** toujours croissantes de l'**AP**. Les surveillants, intervenants eux-mêmes dans les UHSA, ont en effet une main mise sur ces structures, et pourraient ainsi y revendiquer des

hospitalisations face à divers troubles du comportement perturbant la détention, quand bien même ces symptômes ne seraient que l'expression d'une attitude rebelle, indisciplinée ou simplement opposante, et ne relèveraient donc pas de soins sous contrainte.

Par ailleurs, le fonctionnement de ces **UHSA** risque de se révéler difficile en pratique, du fait notamment d'une **probable saturation rapide** de leurs lits. Cela pourrait alors nuire à la qualité des soins et à l'alliance thérapeutique avec les patients détenus par le risque qu'un système de « va-et-vient » se crée à nouveau, cette fois entre la prison et l'UHSA. L'UHSA lyonnaise est la première d'un programme de neuf structures, qui devraient accueillir environ 600 détenus en France d'ici 2012, la seconde devant ouvrir à Rennes en 2011. Pour le Dr Louis Albrand, auteur d'un rapport sur le suicide en prison [54] et coordonnateur d'un collectif pour l'humanisation des prisons et des hôpitaux psychiatriques, ces capacités d'accueil sont bien insuffisantes, et ce type de structure est ainsi « *une vitrine, un gadget, pas une véritable politique sanitaire [...] Sur 60000 prisonniers, 15000 environ sont atteints de maladies mentales graves. C'est comme si on soignait un cancéreux sur 25* ».

Ce nouveau dispositif de soins psychiatriques, s'il permet de répondre à des problèmes fonctionnels d'hospitalisation sous contrainte des détenus dans leur secteur d'origine, rend donc difficile le bon fonctionnement de notre Modèle Intégréatif. En effet, les UHSA ne participent pas à une articulation dynamique entre Psychiatrie et Justice mais constituent une **institution sanitaire spécifique**, destinée à soigner uniquement les **détenus**. Cette institution se trouve donc en difficulté pour assurer les missions de réinsertion sociale et de réadaptation du Modèle Intégréatif, qui seraient favorisées par la prise en charge globale des patients dans leur environnement naturel peuplé de ressources. Les patients s'y trouvent au contraire particulièrement **stigmatisés**, étant désormais référés à leur **statut de détenu avant celui de malade**. Pour certains, la création des UHSA résulte ainsi « *d'un divorce malheureux entre les psychiatres des SMPR et les psychiatres des secteurs de Psychiatrie générale* ». La création de ces unités revient alors pour ceux-ci à créer une nouvelle **filière ségrégative**, permettant d'**exclure les patients « dangereux sociaux »** dans un retour en arrière vers les asiles ou « hôpitaux-prisons ».

- **Concurrence financière** [21,60,89]

On observe depuis plusieurs années une **diminution des capacités d'hospitalisation** à temps plein en **Psychiatrie Générale**, celles-ci étant passées de 129500 à 89800 lits entre 1985 et 2005. Comme nous l'avons vu, la prise en charge des **malades les plus difficiles** s'en trouve particulièrement affectée, les services n'étant plus suffisamment contenantants pour eux du fait d'une **architecture inadaptée** et d'un **manque de personnel formé**. La prise en charge de ces malades et la prise en compte de leur souffrance nécessiteraient donc le développement de soins qui leurs soient adaptés dans notre société, ce qui est aujourd'hui bien compromis faute de moyens.

Devant l'augmentation constante des malades mentaux incarcérés, qui peut d'ailleurs être reliée à ces insuffisances de la Psychiatrie Générale, on voit parallèlement se développer actuellement divers dispositifs de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire. Le **programme UHSA** comprendra ainsi à terme 600 places d'hospitalisation sécurisée, ce qui semble paradoxal dans le contexte de fermeture des lits de Psychiatrie ces dernières années. Le coût de ce projet, tel qu'il est prévu, s'élève à 50 millions d'euros en investissement et à 100 millions d'euros par an en fonctionnement. Il risque ainsi de geler durablement toute possibilité de création nouvelle, alors même que les **UHSA ne répondent en rien aux besoins de sécurité des services de Psychiatrie de secteur**, confrontés à la violence de certains patients qui ne sont pas des détenus. Le coût annuel de l'UHSA lyonnaise serait pour sa part de 7 millions d'euros pour la seule partie santé. Son ouverture au sein du complexe hospitalier du Vinatier pourrait ainsi s'y traduire par une nouvelle répartition des ressources, avec une érosion des moyens à destination des services de Psychiatrie Générale. Cela accentuerait alors la tendance lourde liée à la désinstitutionnalisation : sur les 2000 lits que comptait le Vinatier en 1970, il n'en reste aujourd'hui que 600.

Avant de renforcer massivement les dispositifs de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire pour y faire face à la présence croissante de troubles psychiques sévères, il semble donc impératif de mener une réflexion plus générale. « *La situation actuelle s'explique par une défaillance de la psychiatrie publique générale en amont. Il vaudrait mieux **la renforcer**, afin d'éviter que des malades ne commettent des actes répréhensibles* », estime Céline Reimeringer, déléguée de l'Observatoire International des Prisons (OIP). Comme nous l'avons étudié, les capacités de prise en charge psychiatrique en milieu libre sont en effet particulièrement limitées pour les malades les plus « difficiles », dont les troubles s'expriment de façon comportementale ou violente. De plus, le développement des soins psychiatriques intra-carcéraux combiné à cette diminution continue des capacités d'accueil de la Psychiatrie Générale entérine le fait qu'il est désormais licite d'incarcérer

les malades mentaux pour qu'ils trouvent en prison les **soins** que nécessite leur état, ceux-ci devenant ainsi **plus accessibles par la voie judiciaire que par le système sanitaire**. Cependant, comme nous l'avons vu précédemment, le milieu carcéral lui-même, compartimenté, cloisonné et étanche aux transmissions soignantes, constitue un obstacle considérable aux prises en charge thérapeutiques, notamment de pathologies psychotiques. Ainsi, quels que soient les moyens qu'on lui attribue, la prison ne deviendra jamais un milieu soignant, et elle ne doit donc en aucune façon constituer une alternative à l'hospitalisation.

Des **budgets** sont donc nécessaires pour permettre à la **Psychiatrie** de **soigner ces patients**, et d'**atténuer leur dangerosité psychiatrique** avant qu'ils ne passent à l'acte et soient placés sous main de Justice. Pour cela, certains préconisent la création d'unités contenant et sécurisées accessibles à la population générale, sur le modèle des UMD ou des unités psychiatriques de soins intensifs telles que les UPID (Unités Psychiatriques Inter-Départementales), USIP (Unités de Soins Intensifs Psychiatriques) ou UMAP (Unités pour Malades Agités Perturbateurs). Néanmoins, l'attribution de moyens à chaque **secteur** reste ici une **priorité** pour favoriser le développement d'**unités fermées sectorielles ou intersectorielles de proximité**, qui permettront d'éviter un nouveau risque de stigmatisation des patients par des structures toujours plus spécifiques et isolées. De plus, si le dispositif sanitaire proposé aux malades détenus ou l'ayant été est quant à lui en cours de transformation, les besoins de Santé de ces individus demeurent cependant considérables, ce qui atteste que c'est bien **en amont** que des politiques de Santé et d'Éducation sanitaire doivent être menées de manière volontariste, en particulier à l'égard des publics les plus défavorisés.

L'ouverture des 600 lits du projet **UHSA**, positionnés au bout de la chaîne pénale, sans aucune augmentation de l'offre de soins de la psychiatrie générale de secteur et sans impact préventif sur les passages à l'acte des malades difficiles, témoignent ainsi de la volonté de nos gouvernants de faire de la prison le lieu d'un **Soin psychiatrique d'exclusion**. Malgré les messages d'alerte apportés dès l'année 2000 par les rapports du Sénat et de l'Assemblée nationale qui dénonçaient le nombre toujours croissant de malades mentaux incarcérés et qui préconisaient un doublement des capacités d'accueil des UMD, il semble donc que la grande majorité de l'opinion publique et des médias reste indifférente à cette situation honteuse, et persiste à ne voir dans les institutions psychiatriques et pénitentiaires que les deux volets complémentaires des aspirations sécuritaires de notre société. Les UHSA semblent ainsi participer à une **instrumentalisation de la Psychiatrie à des fins répressives**, sans permettre à l'Hôpital public d'améliorer ses missions de Soins et de Prévention pour l'ensemble de la population.

L'apport, déterminant en son temps, de la loi de 1994 se retrouve donc limité par le manque de

moyens de la Psychiatrie publique française encore accentué par ce développement coûteux des UHSA, et qui menace ainsi le bon fonctionnement du modèle français d'articulation Santé – Justice.

En renforçant la psychiatrisation des prisons et en transformant l'hôpital en lieu du soin carcéral, les UHSA sont une étape supplémentaire dans la **confusion** croissante des mesures de soins et des mesures pénales. En accaparant tous les investissements et en concentrant tous les moyens sur la Psychiatrie en milieu pénitentiaire, ce projet se limite ainsi à épargner aux services de secteur l'hospitalisation toujours difficile de malades détenus, mais il ne résout en rien les difficultés de ces services pour répondre au problème des malades difficiles ou dangereux qu'ils doivent prendre en charge. Les choix des gouvernants ne sont cependant jamais neutres, et leur intérêt pour ce nouveau dispositif semble sous-tendu par un projet politique divergent du projet médical des équipes soignantes intervenant au sein du Modèle Intégratif français.

Dans ce contexte, la **Psychiatrie Médico-légale** doit ainsi veiller à rester **en lien étroit** avec la **Psychiatrie Générale** pour maintenir leurs enrichissements mutuels, et afin également, et avant tout, de **ne pas perdre son identité soignante** et ses missions de Santé Publique. Ces principes de base sont en effet actuellement menacés par l'idéologie sécuritaire de notre société, qui risque d'isoler cette discipline de ses racines, de la figer et de l'enfermer dans un rôle rassurant mais démagogique de protection de la société : la **Défense Sociale**.

3. Instrumentalisation

Une fois victime de la fragilisation de son identité et de confusion quant à ses fonctions, toute discipline en articulation avec d'autres risque d'être instrumentalisée, du fait de l'existence de contraintes extérieures et de tentatives d'ingérences venant des autres champs. C'est ainsi le cas pour la Psychiatrie dans le Modèle Intégratif français de relations Santé – Justice, cette spécialité médicale s'y voyant imposer des orientations non assumées notamment depuis le développement du système Néolibéral.

a. Perte de contrôle [13,25,40,47,55,56,60,63,67]

Comme nous l'avons étudié, la plupart des pays industrialisés connaît un important affichage médiatique et émotionnel des crimes notamment lors de récidives, et, qu'ils soient ou non commis par des malades mentaux, le **procès du psychiatre** est alors régulièrement fait sans nuances. On s'attaque alors au psychiatre **traitant** qui a failli, comme si l'obligation de résultat était devenu la règle dans l'accompagnement socio-médico-psychologique du criminel, mais aussi à l'**expert**, qui n'a pas su en apprécier la « **dangerosité** ».

Paradoxalement, la Psychiatrie est par ailleurs très souvent taxée de « liberticide » par certains, comme en témoignerait selon eux le maintien dans notre pays de 27000 lits d'hospitalisation à temps complet et l'augmentation des hospitalisations sous la contrainte, qui, dépassant 60000 par an, sont passées de 11% des hospitalisations en 1990 à 14% en 2002.

Si la **Psychiatrie** est ainsi actuellement condamnée à de nombreux sujets, elle est également l'objet d'**attentes multiples** de la société. En effet, depuis la loi du 10 août 2007 sur la récidive et les peines plancher puis avec la loi de « rétention de sûreté » du 25 février 2008, les **crimes les plus graves** peuvent désormais relever de soins psychiatriques. Cependant, le fait que notre spécialité n'ait **pas été concertée** dans la mise en place de ces lois doit de plus être pointé, les échanges dynamiques entre Santé et Justice étant pourtant indispensable au bon fonctionnement du Modèle Intégratif français et à la lutte contre tout risque d'instrumentalisation.

- **Loi du 10 août 2007**

La **loi du 10 août 2007** sur la récidive, les peines planchers et l'obligation de soin semble tout d'abord participer à un mouvement volontaire de **psychologisation des crimes les plus graves**. En effet, ce texte élargit le domaine d'application à la fois juridique et clinique de l'**Injonction de Soins (IS)**, et il étend le recours à des **expertises psychiatriques post-sentencielles**. Cette loi majore ainsi la **confusion** existant entre crime et maladie mentale, récidive et rechute comme entre Peine et Soins.

Dans les travaux préliminaires de la loi de 1998, les professionnels de Santé rappellent vivement que l'on ne saurait condamner à des soins ; c'est ainsi que l'IS ne peut alors être ajouté au SSJ que selon l'avis favorable de l'expert et qu'elle est ordonnée par la Justice de façon limitée et contrôlée.

La nouvelle loi, en supprimant le premier alinéa de l'article 131-36-4 du Code Pénal qui énonce que « *le suivi socio-judiciaire peut comprendre une injonction de soins* », entraîne ainsi leur **association quasi-automatique** en rendant obligatoire à compter du 1er mars 2008 l'intégration de l'**IS au SSJ** dès lors qu'une expertise conclut à son opportunité et que la juridiction de jugement ne l'exclut pas explicitement. Or, les experts posent actuellement des indications larges de soins et les magistrats ne les contrediront jamais, du fait de l'essor continu de la notion de **dangerosité** qui impose que tous ces acteurs se couvrent. Un renversement singulier au sujet du SSJ semble donc se produire avec cette loi de 2007 : s'il y avait autrefois présomption de « normalité » des sujets concernés par cette mesure, il y a désormais **présomption de « pathologie »** posée par la Justice, qui prévoit aujourd'hui, sauf contre-indication, le bienfondé de l'IS.

De plus, le **SSJ avec IS** est désormais **élargi** aux condamnés relevant d'une Surveillance Judiciaire (art. 723-30 du CPP), avec application aux condamnations prononcées avant l'entrée en vigueur de la loi. Ces extensions législatives de l'injonction de soins laissent alors penser que seule une **action soignante** permet de **lutter contre la récidive criminelle**. En outre, l'indication même de ces soins semble dorénavant échapper au médecin et renforce ainsi la crainte d'une Justice intrusive, cherchant à s'immiscer dans le domaine sanitaire en véhiculant une acception du soin qui privilégie l'intérêt général au détriment de la prise en compte subjective de l'individu.

Ces éléments permettent alors de suspecter que l'IS, et finalement que le **Soin** lui-même, n'ait ici pas pour vocation la guérison d'une pathologie mais bien l'**encadrement sécurisant** d'une potentialité de violence.

De plus, si l'IS peut s'avérer utile voire indispensable dans un cadre bien spécifique avec un travail en réseau entre professionnels spécialisés dans ce mode d'intervention, elle peut néanmoins biaiser la prise en charge dans un certain nombre de cas. Cette injonction impose en effet au praticien de faire le **deuil de la demande spontanée** du patient, notamment en milieu carcéral où l'IS est un moyen de bénéficier de **remises de peines**. Les réductions supplémentaires de peines ne peuvent plus être accordées aux détenus encourant le SSJ avec IS qui refusent de suivre un traitement en détention, et beaucoup y ont alors cette **seule motivation**. Ceci vient à rebours des principes de libre choix et de consentement à l'œuvre dans toute prise en charge psychologique ou psychiatrique, qui sont particulièrement capitaux en prison. Ce paradoxe peut expliquer l'attitude de psychiatres qui refusent alors de suivre certains patients sous injonction au motif qu'il ne peut y avoir avec eux de relation thérapeutique sous la contrainte, notamment dans le cas de certains troubles de la personnalité.

Par ailleurs, ce texte législatif **multiplie** les situations de recours à une **expertise psychiatrique pénal**. L'extension du champ du SSJ avec IS élargit tout d'abord les conditions imposant une expertise avant la condamnation, et celle-ci acquiert de plus un rôle central dans le temps **post-sentenciel**. En effet, la loi ordonne désormais une **expertise psychiatrique préalablement à tout aménagement de peine** pour une liste de délits et de crimes. Dans ces conditions, l'expert, surtout s'il est peu formé, ne peut alors qu'agir avec excès de prudence en surévaluant les risques de récidive violente pour « se couvrir en ouvrant largement le parapluie » devant l'exigence sociale d'un risque zéro.

Ces dispositions vont de plus à l'encontre du rapport consensuel multidisciplinaire de l'audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale de janvier 2007 [55], qui recommande d'éviter de prévoir de nouveaux cas réglementaires ou législatifs de recours à l'expertise psychiatrique post-sentencielle, pour privilégier au contraire les mesures à visée diagnostique et thérapeutique pré-sentencielles.

La loi semble ainsi revenir à un **modèle de traitement psychique du crime**, qui entraîne une sur-sollicitation de psychiatres soignants et experts ces dernières années. On est alors cependant confronté dans ce domaine à de sérieux **problèmes de moyens**, ces intervenants se trouvant déjà en difficulté pour l'application de la loi de 1998 qui est pourtant plus limitée.

Plusieurs éléments de cette loi du 10 août 2007 constituent donc bien une **tentative d'instrumentalisation de la Psychiatrie**, en lui définissant de nouveaux positionnements et lieux d'intervention sans l'avoir préalablement concertée. La mesure d'Injonction de Soins, par l'extension arbitraire de son domaine d'application, y devient un simple **outil de Justice** et non plus une indication médicale adaptée à l'individu. Le thérapeute se trouve ainsi requis partout, dans une optique qui échappe à son domaine sanitaire mais qui semble participer à la mise en œuvre de **politiques sécuritaires**, de façon intimement liée à la démarche d'une Justice priorisant la **prévention de la récidive**.

- **Loi du 25 février 2008**

La **loi du 25 février 2008** relative à la **réétention de sûreté** et à la **déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental**, en s'appuyant sur la notion de dangerosité, inaugure quant à elle un **radical changement** du système judiciaire ainsi que de ses liens avec la Psychiatrie, qui illustre à nouveau l'absence de réflexion entre les acteurs de ces domaines. Cette loi, centrée sur le

principe de précaution, peut de plus être perçue comme le prototype des nouvelles politiques pénales. Le Président de la République, Nicolas Sarkozy, a en effet bien marqué cette dimension lors du débat sur ce texte : « *Ce qui est important pour moi, c'est qu'on ne laisse pas des monstres en liberté après qu'ils aient effectué leur peine. Le **devoir de précaution** s'applique pour la nature et doit s'appliquer pour les victimes.* »

Ce texte législatif illustre parfaitement les nombreux risques de **confusion** menaçant la Psychiatrie au sein du Modèle Intégratif. Comme il l'est énoncé dans son nom, cette loi remet tout d'abord en cause l'**irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental** elle-même en réformant profondément ses modalités de constatation et de déclaration.

En effet, le juge d'instruction rend depuis son application une « ordonnance d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental » et non plus une ordonnance de non-lieu, confirmant par ailleurs la culpabilité civile de l'accusé. De plus, si les parties ou le parquet le demandent, la chambre d'instruction peut désormais procéder ensuite à une **audience publique et contradictoire**, au cours de laquelle la personne mise en examen comparaît si son état le permet. L'irresponsabilité pénale pour raisons psychiatriques est ainsi remise en cause une première fois par ce texte avec cette volonté de **procès public**, au sein duquel « l'exhibition du fou » est supposée apaiser la douleur des victimes. Or, de nombreux psychiatres dénoncent l'absurdité de cette invocation thérapeutique pour les victimes du procès pénal, cette nouvelle mesure ne faisant pour eux qu'entretenir une grande confusion. Ceux-ci considèrent ainsi cette cérémonie comme « *conjuratoire et théâtralisée* », car elle est alors réclamée même si le sujet n'y était pas au temps de l'action, s'il est incapable de se défendre et si « *l'audience est transformée en mascarade* » [25]. La comparution en 2007 d'un jeune patient souffrant de schizophrénie devant le tribunal de l'instruction à Pau suite au meurtre d'une infirmière et d'une aide-soignante a ainsi montré que ce type de procès public, loin d'apaiser la douleur des victimes, suscite une **incompréhension** toujours plus grande qui risque d'être encore accentuée par la mise en scène médiatique de l'émotion.

Cette loi renforce d'autre part le dispositif de prise en charge des personnes à l'issue de la déclaration de leur irresponsabilité, dans une orientation très sécuritaire : les **juridictions de jugement** peuvent désormais ordonner elles-mêmes les **hospitalisations d'office**, sans passer par le représentant de l'État dans le département. Elles peuvent de plus prononcer une ou plusieurs « **mesures de sûreté** » à l'encontre de ces individus, malgré leur irresponsabilité pénale. Jusqu'à ce jour, notre pays était pourtant le seul où le juge pénal était dessaisi au profit du juge administratif en cas d'irresponsabilité pénale en application de l'article 122-1 alinéa 1, afin de faire alors primer les soins et la prise en charge médicale de ces sujets, ceux-ci relevant dès lors de la loi du 27 juin 1990.

Ainsi, les distinctions entre mesures sanitaires et judiciaires et donc entre maladie et criminalité sont ici encore fragilisées.

Enfin, la simple cohabitation et juxtaposition dans un même texte de dispositions relevant de la sûreté et d'autres concernant des malades mentaux avérés et reconnus irresponsables témoigne parfaitement à elle seule du **basculement**, du **chevauchement** et de la **confusion** entre les champs sanitaires et judiciaires s'opérant alors. De plus, l'apparition dans cette loi de mesures judiciaires applicables même aux malades mentaux irresponsabilisés appuie encore, comme nous allons le voir, la remise en question de la notion d'irresponsabilité.

La loi du 25 février 2008 crée par ailleurs une « **mesure de sûreté** » immédiatement exécutoire à l'issue de la peine sous la forme d'une **surveillance** en milieu libre ou d'une **rétenion**, et possiblement **renouvelable** chaque année, **sans limite**.

Cette mesure peut ainsi consister en un placement dans un « **centre socio-médico-judiciaire de sûreté** » pour des personnes qui présentent « **une particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive** ». Après une double expertise psychiatrique, une commission pluridisciplinaire évalue pour cela la dangerosité des détenus, définie dans cette loi par leur risque de récidive et directement reliée au fait qu'ils « **souffrent d'un trouble grave de la personnalité** ». On note alors dans ce texte une nouvelle **confusion** touchant le domaine psychiatrique, la notion de **dangerosité** – sans préciser de plus sa nature criminologique ou psychiatrique – y étant directement rattachée aux **troubles de la personnalité**, eux-mêmes associés à la notion de **souffrance** dans un amalgame avec la réelle **maladie mentale**. En dépit des conclusions de l'audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale de janvier 2007 qui recommandaient de privilégier les mesures d'expertise à visée diagnostique et thérapeutique à celle de dangerosité [55], la loi du 25 février 2008 est donc centrée sur cette notion de dangerosité et son évaluation. La Psychiatrie y est en effet requise pour identifier l'homme criminel virtuel à « soigner » dans les « centres de sûreté », par l'**évaluation de sa dangerosité**. Une cassure dans l'approche du crime est ainsi appuyée par cette nouvelle loi : il ne s'agit plus d'en rechercher des causes sociales ou psychologiques individuelles pour mettre en place une intervention correctrice, mais il s'agit désormais de réguler les risques et de **protéger la société**, en organisant un système de **repérage** et de **contrôle** des individus dangereux.

Avec cette loi, le lien de causalité entre le crime et la peine semble ainsi être lui-même supprimé, on ne cherche ni à définir un crime, ni à lui imputer une peine. Le lien est désormais assuré par la **dangerosité**, le **risque**, nouveau paradigme auquel on associe la sûreté. Les catégories de sujets visées par ces mesures demeurent ainsi très difficiles à déterminer. La dangerosité est en effet un

concept suffisamment flou pour s'étendre à tout un ensemble de sujets, entraînant comme nous l'avons étudié d'importants risques d'**amalgame**, notamment entre **malades mentaux irresponsabilisés** relevant uniquement de soins psychiatriques et **criminels** pour lesquels des accompagnements multidisciplinaires peuvent être indiqués. Si les mesures de sûreté sont indiquées pour les personnes condamnées à une peine de réclusion criminelle supérieure à 15 ans pour crime sur mineur, assassinat ou meurtre avec torture, barbarie, viol, enlèvement ou séquestration, elles peuvent ainsi être ordonnées **même en cas d'irresponsabilité pénale**, le juge pouvant alors désormais ordonner ces mesures dans les dix à vingt ans suivant cette décision, après qu'une expertise ait conclu à la dangerosité de l'individu.

La personne placée en centre de rétention de sûreté est d'après cette loi « *soumise à une prise en charge médicale, sociale et psychologique* », pour une **durée renouvelable indéfiniment**. A l'alternative historique entre soins contraints à durée indéfinie et peine de prison à durée déterminée succède ainsi pour certains la possibilité confusionnante de mesures de sûreté n'étant ni une peine ni des soins, dans un lieu n'étant ni une prison ni un hôpital, et ce pour une durée non limitée. On note ainsi dans cette loi la disparition des limites entre espace de soin, espace de la peine et espace de liberté avec l'avènement de mesures caractérisées par leur **indétermination**.

L'indétermination vaut d'abord du point de vue **temporel** : on autorise le renouvellement indéfini des mesures, qui s'inscrivent ainsi dans une temporalité très différente de la temporalité légale, désormais indexée sur la **dangerosité** et donc indéterminée dans le futur. On n'est désormais plus centré sur l'infraction matérielle constatable, mais on se situe dans l'anticipation de l'acte à venir, dans la potentialité de l'infraction, fondée sur un « état dangereux ».

L'indétermination est aussi **spatiale** : il s'agit de mesures qui rompent nettement le clivage entre l'ouvert et le fermé, comme entre la prison et l'hôpital psychiatrique. Il n'y a plus de limites bien claires entre espace de soin, espace de la peine et espace de liberté, ce qui favorise encore les confusions dans ce domaine.

D'autre part, le **sujet lui-même** n'est désormais plus le sujet juridique clairement identifié et défini, celui-ci laissant sa place à un sujet psychologique pensé comme **menace indéfinie**, et dont la personnalité et la dangerosité vont autoriser des modulations de ses droits juridiques.

On relève enfin une indétermination du point de vue des **objectifs** de ces mesures, ne sachant pas si elles visent à **soigner, réinsérer, punir** ou **contrôler**. Sans objectif clair et effectivement contrôlable, le terme de celles-ci semble de plus impossible à déterminer, conduisant à un caractère illimité où peut se loger l'abus et l'arbitraire.

Cette loi du 25 février 2008 atteint par ailleurs directement le champ sanitaire en fragilisant dans le

domaine de la **Psychiatrie** certains droits fondamentaux des personnes souffrant de maladies mentales ou présentant des troubles mentaux. En effet, l'**autodétermination** envers les soins est ici plus que jamais remise en cause, les individus n'ayant plus la liberté de faire une démarche authentique de soins basée sur leur consentement éclairé, mais ceux-ci y étant désormais contraints sous la **menace d'un enfermement infini**, tout refus de soin pouvant désormais être relié à une dangerosité. D'autre part, l'**inclusion sociale** si chère à la psychiatrie de secteur est battue en brèche dans ce texte, celle-ci n'étant alors plus considérée comme un droit pour les malades constituant la base de leur rétablissement, mais comme une **récompense**. Ces éléments rendent donc de plus en plus complexe l'élaboration d'une véritable relation soignante en Psychiatrie Médico-légale, pourtant indispensable à tout travail thérapeutique.

La loi du 25 février 2008 semble donc attribuer aux professionnels des **Réseaux de Psychiatrie** du Modèle Intégratif français une **fonction largement sécuritaire** en les associant pour cela à un nouveau type de mesure, déjà défini par Michel Foucault dans *Les anormaux* : la sanction n'a alors en effet « *pas pour but de punir un sujet de droit qui [enfreint] volontairement la loi, elle [a] pour rôle de diminuer dans toute la mesure du possible soit par élimination, soit par exclusion, soit par des restrictions diverses, soit encore par des mesures thérapeutiques le risque de criminalité représenté par l'individu en question* » [23]. Avec ce texte, un pénalisme d'un genre nouveau tend en effet à effacer toutes les frontières de l'ancien droit. On peut alors se demander si la Justice s'est désistée en faveur d'une simple expertise psychiatrique face à l'individu « jugé », si le Soin est devenu l'unique clef de la non-récidive et donc de la sûreté collective, et si la rétention de sûreté a armé un **État liberticide**, qui préfère le **contrôle social** au libre arbitre du citoyen présumé responsable.

Robert Badinter, ancien garde des sceaux, critique ouvertement ces dispositions qui signent pour lui un changement radical de société, développant une **Justice de sûreté** au détriment d'une Justice de responsabilité. Il observe ainsi que le lien entre une infraction commise et l'emprisonnement disparaît, pour juger un homme non plus pour ce qu'il a fait mais pour ce qu'il est, des batteries de tests psychiatriques guidant alors la Justice en lieu et place de la Loi. De plus, la prévention des violences par la détention, au regard d'une dangerosité signant une infraction virtuelle, constitue alors pour lui « *le fait de sociétés totalitaires, dans lesquelles on peut considérer l'individu comme dangereux du point de vue social, criminologique ou politique* ».

Ces deux lois, directement issues des nouvelles politiques pénales, remettent en question le

Modèle Intégratif d'articulation Santé – Justice dans son ensemble en niant toute réflexion commune, et en y réorientant les objectifs du Soins dans un sens très sécuritaire. En effet, les Réseaux de Psychiatrie Médico-légale perdent ici leurs caractéristiques dynamiques et s'éloignent de leurs missions soignantes d'origine. Les professionnels de Santé sont ainsi clairement **instrumentalisés** comme d'ailleurs ceux du champ judiciaire, de nouveaux rôles étant désormais attribuer à ces acteurs sans qu'aucun échange avec eux n'ait été préalablement envisagé. **Santé et Justice** semblent donc désormais devoir se consacrer en priorité à **une seule mission** : la **Défense Sociale**.

b. Attribution de Rôles nouveaux [14,17,22,23,25,30,43,56,57,60-65,82,85,86,91-97]

« *Ce n'est point la médecine qui a défini les limites entre raison et folie, mais depuis le XIX^e siècle, les médecins ont été chargés de surveiller la frontière et d'y monter la garde. Ils y ont marqué « maladie mentale ». Indication vaut interdiction* » [91] : le discours foucauldien des années 1960 est décalé par rapport à la situation réelle de la Psychiatrie à son époque, qui se trouve comme nous l'avons vu dans un mouvement humaniste de désinstitutionnalisation et d'intégration des malades dans la cité avec la politique de secteur. Ce qui attire surtout les foudres de Michel Foucault, c'est alors le domaine médico-légal, espace hybride entre le Droit et la Clinique n'étant pour lui ni l'un ni l'autre et entraînant un abâtardissement de leurs concepts respectifs, notamment du fait de l'expertise psychiatrique. Il considère alors cette position, qui n'appartient ni tout à fait au judiciaire ni tout à fait au psychiatrique, comme assujettie à un certain « *type de pouvoir qui finalement débouche sur la scène théâtrale du tribunal* » : un pouvoir de « normalisation », qui finit par coloniser les institutions et a « *étendu sa souveraineté dans notre société* »[23].

Après les diverses évolutions communes de la Société et de la Psychiatrie que nous avons étudiées, il semble bien que le discours de Michel Foucault, radicalement critique envers la Psychiatrie et notamment dans sa composante médico-légale, puisse être facilement adapté à la situation actuelle. En effet, la **Psychiatrie** est aujourd'hui particulièrement **instrumentalisée** au sein du Modèle Intégratif français par un certain « **pouvoir de normalisation** », les professionnels de ses Réseaux de Psychiatrie Médico-légale s'y voyant imposer par les gouvernants de nouvelles places et rôles sans être concertés. Les soignants sont ainsi désormais assujettis directement à l'État, qui semble à

travers eux vouloir reprendre le contrôle dans le domaine sécuritaire et qui leur attribue pour cela des missions de **Défense Sociale** pouvant être rapprochées d'une certaine quête de normalisation de la Société, par le biais de diverses lois issues des nouvelles politiques pénales.

- **Catégoriser**

De nos jours, la Psychiatrie dynamique disparaît de la tradition clinique de la Médecine pour être remplacée par une **approche comportementale et évaluatrice**, venue du monde anglophone et rattachée à la célèbre classification du DSM [77]. Les principes de la nouvelle Psychiatrie issue du DSM se rapprochent ainsi d'une branche des neurosciences : disparition de toute entité clinique, effacement de la notion de sujet, qualification collective et épidémiologique des comportements en termes d'évaluation et de protocoles, et enfin adéquation de toute médecine de l'âme à la médecine organique. La Psychiatrie s'intéresse ainsi de plus en plus aux troubles du comportement, et c'est donc dans ce mouvement qu'on lui attribue aujourd'hui de plus en plus la prise en charge des conduites les plus problématiques, celles des auteurs d'infractions.

Dans ce domaine médico-légal, l'**évaluation** du risque de passage à l'acte violent, ou « **dangerosité** », est ainsi désormais le rôle du **psychiatre**. Cette pratique s'étend de plus progressivement, intervenant aujourd'hui à différents moments du processus de privation de liberté. La dangerosité est ainsi prise en considération lors du prononcé de la peine avec l'expertise pré-sentencielle, mais elle intervient également durant l'exécution de la peine en guidant par exemple l'affectation spatiale d'un détenu et au moment de l'aménagement de la peine avec l'expertise post-sentencielle. Depuis la loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive, la demande législative glisse ainsi d'une exigence de diagnostic et d'évaluation de la responsabilité à celle d'une évaluation projective de la « dangerosité ». On demande finalement à l'expert une **prévision du risque de récidive criminologique**, bien loin à priori des missions du psychiatre.

Face à une perte de confiance généralisée liée aux crises successives, l'État libéral tente par ces nouvelles lois sécuritaires de reconquérir une légitimité dans le domaine pénal, car la vie est devenue une valeur absolue et les dangers qui la guettent semblent de plus en plus nombreux et menaçants. Il projette alors d'organiser le contrôle et la répression de la délinquance par des calculs de risques et par le recours à l'**expertise « scientifique »** plutôt que clinique. L'utilisation croissante de méthodes actuarielles est ainsi préconisée, ces techniques statistiques d'évaluation et de prévision des risques, dérivées des principes utilisés par les sociétés d'assurances et basées sur l'étude d'algorithmes, étant conçues pour évaluer la probabilité de « dangerosité future » d'un individu.

Avec la loi de février 2008 et le rapport Lamanda de mai 2008 [92], la Justice française encourage à nouveau les psychiatres experts à évaluer la dangerosité de façon plus objective grâce à ces **méthodes actuarielles**. Cependant, si l'application de ces techniques et la multiplication d'outils de surveillance facilitent la poursuite des objectifs sécuritaires de nos sociétés, elles suscitent aussi quelques inquiétudes.

Tout d'abord, l'**incertitude** règne encore sur la **pertinence** même du **concept de dangerosité** au sein de la communauté scientifique, le rapport parlementaire d'octobre 2006 [93] ayant lui-même qualifié d'« éminemment protéiformes et complexes » les notions de dangerosité criminologique et psychiatrique. On ne peut alors que reconnaître qu'une politique qui subordonne les droits de ses citoyens et l'évolution de leur parcours pénal et post-pénal à une notion qu'elle ne peut même pas définir est bien une **politique dangereuse**. Le fait le plus préoccupant est en outre que l'essence même du droit, demeurant depuis toujours dans sa limitation, sa précision et sa définition, se trouve aujourd'hui bousculée par cette politique pénale, sous prétexte d'une urgence permanente liée au raisonnement de précaution. En effet, les gouvernants mettent ainsi désormais au centre de la pénalité des notions qu'ils sont incapables de préciser, tout en engageant la liberté des citoyens.

De plus, si les outils mis à disposition des experts pour évaluer cette dangerosité s'affinent sans cesse, leur **capacité de prédictibilité** restera toujours **discutable** et sujette à caution, et ils risquent d'aboutir à des **résultats parfois faussés**. S'ils permettent de bonnes transparences et reproductibilités, leur fiabilité et leur pertinence clinique ne sont ainsi pas démontrées.

En identifiant les individus afin de maintenir sous contrôle les personnes ou groupes dangereux et de les neutraliser dans une optique bienveillante de protection de la société, ces nouvelles techniques risquent d'autre part de les **stigmatiser** de façon permanente, voire de les **exclure** définitivement. De nombreuses **critiques** visent en particulier les méthodes statistiques définissant des **seuils** entre « dangereux » et « non dangereux », soulignant alors la **catégorisation** et la **stigmatisation** des individus alors entraînés, et le risque de voir apparaître des **jugements** « **déshumanisés** » basés sur leurs résultats.

La classification des individus selon leur dangerosité entraîne donc une forte stigmatisation de ceux-ci : le groupe défini par une méthode actuarielle comme « à forte dangerosité » est en effet perçu très négativement au sein de la population générale, ce qui met alors en grand danger l'**insertion sociale** future de ses membres. De manière paradoxale, nous sommes attirés par l'actuariel parce que nous pensons qu'il nous aidera à nous approcher de la vérité, de la réalité, à connaître chaque délinquant et à adapter nos pratiques pénales aux réalités sociales, or c'est l'inverse qui risque de se produire. En effet, la réalité sociale peut alors se mettre en conformité avec les

pratiques pénales de notre société, les individus catégorisés « dangereux » étant stigmatisés, leur réinsertion est rendue encore plus difficile, et, ainsi, leur **probabilité de récidive est augmentée**. Un autre effet à prendre en compte avec ces techniques est alors le risque de **délégitimation du système judiciaire**, des individus faisant partie du groupe identifié comme « à fort risque d'infraction » pouvant être encouragés à s'entêter dans leurs comportements par un **sentiment d'injustice** imaginé ou réel. De plus, les récidivistes qui se voient systématiquement refuser des aménagements de peine finissent par constituer la majorité de la population carcérale. Le message symbolique de ce phénomène est selon Bernard Harcourt le suivant : « *si vous commettez un crime ou un délit une seule fois, la probabilité que vous récidiviez est élevée, et si vous récidivez, vous êtes finis pour la société* » [85]. Un tel message donne une image catastrophique et pessimiste des condamnés, et peut se révéler prémonitoire, en **empêchant la réinsertion** et en **favorisant le crime**. L'actuariel risque alors de devenir une sorte de **prophétie auto-réalisatrice** pouvant avoir des conséquences matérielles graves sur la réalité.

Avec ces méthodes d'évaluation de la dangerosité, les seules connaissances techniques que nous avons prennent la forme de prédictions binaires reposant sur des mesures objectives. Simplistes, basiques, mais quasi prophétiques, ces connaissances peuvent être validées, testées, reproduites, offrant comme réponse un simple « oui » ou un simple « non ». Dans un étonnant renversement de la relation entre sciences sociales et norme juridique, cette quête de connaissances techniques influence donc la conception actuelle de la Justice, mais aussi celle de la Psychiatrie.

Ce mode actuel d'évaluation des risques manifeste la mise en place de ce que Michel Foucault appelait les **nouvelles technologies de pouvoir**. Celui-ci repère en effet déjà la transposition des techniques d'assurance dans le champ criminologique au début du XX^e siècle afin de **couvrir les risques** dans une **responsabilité sans faute**, ce qui s'impose donc aujourd'hui avec la **Criminologie actuarielle**. On assiste ainsi à une diminution de la confiance dans le diagnostic des cliniciens au sein de la Justice pénale, de même qu'aux traitements qui visent à une resocialisation, mais on voit ce vide être progressivement comblé par de nouveaux dispositifs qui visent à catégoriser les individus. Comme le décrivait Feely et Simon en 1992, ces évolutions correspondent « *au remplacement d'une description morale ou clinique de l'individu par un langage actuariel de calculs probabilistes et de distributions statistiques appliqués aux populations* » [66].

De plus, si auparavant le critère à prédire était le comportement dangereux, où le concept crucial de dangerosité comme « attribut » d'un individu était considéré comme une catégorie diagnostique clinique, ce concept est aujourd'hui supplanté par celui des multiples « **risques de violence** », notion statistique et probabiliste qui n'indique plus aucun attribut véritable de l'individu. La

confiance de plus en plus grande accordée aux statistiques les plus raffinées s'accompagne ainsi d'une profonde perte d'intelligibilité dans l'analyse des cas singuliers. L'homme lui-même disparaît des classifications, et il n'en reste alors plus que quelque chose de morcelé, découpé par le biais d'une méthode dont l'usage est laissé à l'arbitraire. L'attention est ainsi désormais moins portée sur le sujet dangereux en tant qu'il serait amendable ou réinsérable, que sur la recherche et la mise en place de **politiques de gestion actuarielle du risque**, auxquelles cette notion de dangerosité sert de prétexte.

Punir purement et simplement ne suffisant plus, la **gestion du risque** est désormais le fil conducteur qui lie, chacun dans son rôle, tout magistrat et tout thérapeute. L'objectif de ce modèle est de guider le mieux possible la prise de décision au sein de la Justice pénale, afin de neutraliser les individus dangereux commettant la majorité des actes criminels. En plus du profilage des criminels, certains pays recourent ainsi aux **méthodes actuarielles** lors du **choix de la peine**, ou pour des décisions d'aménagement de celle-ci. En Virginie, un outil actuariel est par exemple utilisé pour l'évaluation des risques dans le domaine des agressions sexuelles. Cet outil classe ainsi les délinquants sexuels en niveaux de risque, qui les placent dans l'une des catégories de dangerosité et déterminent les recommandations des peines à leur attribuer. Cette transformation de la peine en des formes plus réglementées, techniques et actuarielles, est d'ailleurs un thème central de l'ouvrage *Surveiller et Punir* de Michel Foucault [94].

Conçue pour être l'auxiliaire du pouvoir du juge, l'**expertise psychiatrique**, qui pour certains acquière dans ce modèle actuariel une position de toute puissance, y est en réalité largement **instrumentalisée**. Le sceau scientifique est en effet un enjeu de vérité qui est alors pris dans un système de pouvoir et de savoir propre à notre modèle inquisitoire de Justice, dont Foucault trace déjà la généalogie dans ses conférences intitulées *La vérité et les formes juridiques*. De plus, aux réponses des experts psychiatres se superpose parfois une interprétation par les magistrats, qui simplifient alors certaines conclusions pour les rendre conformes aux attentes judiciaires, comme cela s'est par exemple produit dans l'affaire d'Outreau.

Si, par son évaluation de la dangerosité, l'expert psychiatre devient bien un **modulateur de la peine** dans le système actuel, il ne doit donc pas tomber dans le piège d'un sentiment de toute puissance, que l'on fait en réalité semblant de lui attribuer pour mieux l'instrumentaliser. E. Archer rappelle ainsi que les missions du psychiatre chargé de l'expertise post-sentencielle sont inscrites dans le cadre juridique construit par la politique pénale de la société. Selon lui, compte tenu des décalages possibles avec cette politique, le désir légitime de satisfaire les commandes sociales et d'exécuter les ordonnances judiciaires ne doit alors pas conduire l'expert psychiatre à une **illusion de toute puissance et de tout savoir**, et surtout à la méconnaissance des difficultés majeures du pronostic du

passage à l'acte, liées aux incertitudes inhérentes au concept de dangerosité.

Le développement des outils actuariels reflète le désir de notre société de croire, de prévoir, et de connaître avec précision le criminel. Nous sommes ainsi prédisposés à vouloir que le modèle actuariel soit correct, mais nous n'en avons aucune preuve empirique et certains auteurs en décrivent plusieurs biais. Ce désir positiviste de placer le comportement humain dans une perspective plus scientifique révèle en outre un **désir politique de contrôle des comportements**, de la même façon que nous contrôlons la nature.

En France, le débat n'est pas encore tranché entre cette approche actuarielle de la dangerosité, structurée à partir de variables socio-démographiques, et l'approche clinique qui laisse place au jugement individualisé. Néanmoins, les nouvelles politiques pénales demandent de plus en plus à la Psychiatrie Médico-légale de catégoriser les auteurs d'infractions selon leurs risques de récidive, en prônant pour cela l'utilisation de ces nouvelles **techniques actuarielles**.

Cependant, si l'évaluation de la dangerosité psychiatrique correspond bien au champ diagnostique de la pathologie mentale et donc au travail du psychiatre, l'expert doit savoir répondre prudemment et avec modestie aux questions se trouvant à la marge ou à l'extérieur de son champ de compétences. Comme nous l'avons vu précédemment, Daniel Zagury définit ainsi « **l'expert suffisamment bon** » comme celui qui, conscient de l'hétérogénéité du champ médico-légal et de la complexité des enjeux psychiatriques, psychologiques, juridiques, criminologiques, politiques et humains, ne cède pas à ce sentiment de toute puissance. Celui-ci se soumet alors au contraire à une **exigence éthique permanente** du cadre et des limites de ce qu'il énonce à titre d'information ou d'hypothèse, en distinguant soigneusement les niveaux et les registres et en se montrant ainsi rebelle à toutes les instrumentalisation. Seul ce travail expertal consciencieux, attentif et conforme aux données acquises de la science sert alors vraiment la cause de la Justice, et contribue au développement de la Psychiatrie Légale.

- **Déculpabiliser**

L'intolérable de la violence est aujourd'hui très souvent renvoyé à la Psychiatrie, dans une dérive de la société qui lui exige de « soigner à tout prix » avec le développement des soins sous contrainte et l'extension des soins pénalement obligés, dont l'indication paraît parfois uniquement déterminée par l'horreur du crime. La Psychiatrie semble alors se voir attribuer la fonction de **déculpabiliser la société**, tant vis-à-vis du rôle de celle-ci dans la **genèse de ces comportements** que par rapport à

son **extrême sévérité** dans les réponses qu'elle y apporte par les nouvelles politiques pénales répressives. La médicalisation de ces phénomènes, accompagnée de son image toujours bienveillante, serait ainsi mise en avant à cette fin par les gouvernants.

Selon Françoise Digneffe, évoquant dans « *Folie et Justice : relire Foucault* » les propos du criminologue québécois Bogopolsky de 1981 [14], si notre société accepte certains visages familiers de la mort lors des accidents de travail ou de circulation par exemple, elle sait tout autant se scandaliser de certaines de ses œuvres chez les meurtriers. Cette société tolère en effet les enclaves de violence tels que les ghettos où préside la justice individuelle, ou encore les violences institutionnelles multiples, mais elle concentre néanmoins ses regards sur certaines catégories d'individus ciblés comme particulièrement dangereux. Cette **dangerosité**, dont certains hommes deviennent le portefaix, acquiert ainsi le statut de prototype d'une destructivité **susceptible de faire éclater le corps social** ; c'est pourquoi la société, pour se protéger de ce qui lui apparaît comme une menace pour son intégrité, a, comme le dit Foucault, « *codifié le soupçon et le repérage des individus dangereux* », stigmatisant alors ceux-ci pour mieux **se décharger de toute responsabilité** dans leurs agissements. De plus, selon le psychiatre et psychanalyste Léon Cassiers, lui aussi cité par Françoise Digneffe à ce sujet, « *le danger présumé d'un acte délinquant serait proportionnel aux sollicitations qu'il soulèverait en notre propre inconscient de pulsions plus ou moins mal refoulées. Il n'y aurait ainsi, par exemple, de pires censeurs du vol ou du sadisme que ceux dont l'inconscient recèlerait de tels désirs fragilement refoulés. En condamnant les coupables, nous nous donnerions, bien plus que la sécurité d'un ordre social déterminé, la certitude d'être innocents de semblables pulsions* ».

En favorisant la psychiatrisation des crimes particulièrement macabres, nos gouvernants semblent ainsi chercher à affirmer l'**anormalité singulière** de ces comportements et à stigmatiser alors leurs auteurs comme « **fous** », en vue de s'en éloigner pour bien marquer le clivage entre ces « malades » et la prétendue normalité du reste des citoyens. La **Psychiatrie** est alors **instrumentalisée** pour relier les « comportements déviants » à des diagnostics de pathologies individuelles, et pour finalement **exclure** ces sujets d'une **société en quête de normalisation absolue**.

Cette idée d'un **déterminisme essentiellement individuel** et donc **psychologique du crime** a de plus déjà eu cours pendant des années aux États-Unis, avant d'être abandonnée dans les années 1980 après l'analyse de son échec. Comme nous l'avons vu précédemment, l'action de soins isolée n'est ainsi pas une réponse adaptée face aux risques de récurrence criminelle. L'homme, dans sa complexité, n'agit en effet que dans la rencontre de son **histoire psychique** avec les **pressions de son environnement** dont l'organisation de notre société est le noyau, et celles-ci sont donc à prendre en

considération pour espérer aboutir à un changement de ses comportements.

La Psychiatrie, de plus en plus sollicitée dans le domaine médico-légal, semble ainsi être instrumentalisée plus ou moins consciemment par les politiques pour les déculpabiliser face aux comportements criminels, en leur **épargnant toute remise en question** quant à la genèse de ces conduites par « leur » société.

Psychiatriser les crimes les plus graves, en intégrant à leurs sanctions de plus en plus de mesures d'obligation de soins, peut également correspondre à une tentative d'**instrumentalisation** de notre spécialité pour **humaniser** – ou en tout cas faire paraître comme tel – les **réponses** apportées à ces infractions par des politiques pénales toujours plus **répressives**. Tout se passe alors comme si, dans l'inconscient politique, donner des soins était la contrepartie déculpabilisante de la sévérité accrue et implacable des peines.

D'autre part, la sollicitation accrue d'experts psychiatres en vue d'**évaluer la dangerosité** des condamnés semble également avoir pour objectif de **permettre** à la Justice d'appliquer de nouvelles **mesures de plus en plus sécuritaires**, telles que la rétention de sûreté. Ces spécialistes, qui ne peuvent alors que surestimer cette dangerosité en vue de se couvrir en cas de récidive, fournissent en effet aux magistrats un parfait **alibi**, encourageant une sévérité accrue de leur part, par ailleurs déjà attisée par les politiques.

L'expert peut donc devenir le modulateur de la peine qui donne bonne conscience, pour des juges ne demandant qu'à être délivrés de la culpabilité de juger et à voir ainsi retourner « *le vilain métier de punir dans le beau métier de guérir* » [23].

Enfin, en demandant systématiquement l'avis de l'**expert psychiatre** avant tout aménagement de peine ou remise en liberté, qu'ils concernent ou non un malade mental, les politiques et la Justice semblent chercher à se **décharger des risques de récidive** en instrumentalisant une fois de plus notre spécialité. En cas de nouveau passage à l'acte, toute la responsabilité en revient en effet sur l'expert, en déculpabilisant ainsi ces autres acteurs sécuritaires comme la société dans son ensemble. De plus, en attribuant à une majorité de criminels des obligations de soins, toute récidive correspond alors également à l'échec du **psychiatre traitant**.

En ce sens, le procès de la Psychiatrie est donc mené de façon récurrente avec l'amplification habituelle des médias.

Dans ces diverses tentatives de psychiatrisation du domaine sécuritaire, on retrouve à nouveau une forte **confusion entre maladie mentale et crime**, la folie devenant la cause de l'acte criminel,

qui en représente le principal voire le seul symptôme, et dont la **dangerosité** désigne la pathologie que le psychiatre doit diagnostiquer. Pour Michel Foucault, la notion d'individu dangereux, virtuellement présente dans la « monomanie » des premiers aliénistes, a ainsi mis cent ans pour être au cœur de l'expertise. Cette fois, la notion de dangerosité peut cependant être associée à des sujets responsables pénalement, que l'on a successivement nommés dégénérés, déséquilibrés, psychopathes, caractériels, borderlines, carencés ou limités, et que l'on inclut dans le vaste champ des **troubles de la personnalité**, nébuleuse extensive censée établir par **confusion** des **ponts entre délinquance et maladie mentale**.

La dangerosité constitue ainsi pour certains un nouvel avatar de la « monomanie homicide », dénoncée par Foucault comme étant le fruit d'une construction permettant de faire coïncider la démonstration médicale avec l'attente des juges et du pouvoir. En ce sens, on note l'apparition aux États-Unis et en Grande-Bretagne de deux nouvelles catégories cliniques au sein de la Psychiatrie, conformes à ces volontés socio-politiques : les « Sexually violent predators » et les « Dangerous and Severe Personality Disorders » (DSPD). Dédifférencier ainsi les maladies mentales des troubles de la personnalité ou de l'orientation sexuelle offre en effet comme nous l'avons étudié un double intérêt politique : cela permet de surmonter un obstacle juridique en **légitimant des enfermements indéfinis**, et de **déplacer alors la charge de l'imputation de ces conduites** comme **de leurs sanctions** sur la **Psychiatrie**, avec en prime le généreux alibi du soin. On glisse ainsi de l'enfermement de sûreté au Soins à perpétuité.

Le Soins constitue un formidable argument pour autoriser l'extension indéfinie de mesures là où le Droit, dans sa définition même, implique en théorie la limitation. Ici, on n'exploite donc pas une explication scientifique du crime par le psychiatre comme dans la « monomanie homicide », mais on utilise son avis de façon émotionnelle pour la justification de détentions sans limites. De plus, cette **légitimité** se voit encore **renforcée** par la scientificité acquise avec les **méthodes actuarielles**, utilisées par certains sans autres prétentions que la mise hors circuit et l'exclusion du sujet.

La Psychiatrie Médico-légale semble donc actuellement subir de nombreuses tentatives d'instrumentalisation au sein du Modèle Intégratif. Selon Bogopolsky, les **fonctions de la notion de dangerosité** y seraient en ce sens de trois ordres :

- « *Nommer le mal social pour le circonscrire et l'enclaver, pensant que cet enfermement protégerait à jamais la société des dangers de violence qui sont pourtant inhérents à sa structure ;*
- *Légitimer la violence de l'enfermement et de la déshumanisation, en réponse à l'acte violent posé par un être humain qui vient battre en brèche l'intégrité du corps social ;*

- *Pérenniser la quête illusoire du désir d'objectivité qui tiendrait lieu de vérité tout en réduisant l'être humain à une somme d'éléments dissécables et réifiabiles* ».

Cette notion de dangerosité paraît ainsi être utilisée par nos gouvernants pour faire finalement jouer à notre spécialité, dans ses rapports avec la Justice, un véritable rôle de Défense Sociale, tel que le dénonçait en son temps Michel Foucault au sujet de la monomanie homicide.

- **Contrôle et Défense Sociale**

Les politiques pénales actuelles semblent par ailleurs tenter d'**associer la Psychiatrie** à leur vaste projet sécuritaire d'**encadrement des populations**. En effet, on note en ce sens l'apparition d'une nouvelle **confusion** touchant la notion complexe de « **soins** » constituée d'un authentique travail thérapeutique, qui se trouve alors souvent assimilée à celle du simple « **suivi** ». La **Psychiatrie** paraît ainsi de plus en plus sollicitée pour « suivre » les condamnés, plus dans une optique de **surveillance à visée sécuritaire** que pour leur apporter véritablement des « soins ».

L'extension récente du recours à l'Injonction de Soins, sans avis médical, ne permet pas de savoir si ces personnes relèvent objectivement de soins, mais elle renseigne bien en effet sur les **attentes des politiques et des magistrats envers les psychiatres**, et du **lien** qu'ils font entre **Psychiatrie et Criminologie**. Dans ce même sens, l'extension ces dernières années de mesures incitatives envers les détenus augmente par ailleurs considérablement les demandes de suivis psychiatriques en milieu carcéral, sans pour autant garantir alors de réelles démarches de soins. On peut en effet s'interroger alors sur l'authenticité de ces demandes de la part des condamnés, quand on sait qu'un certificat confirmant simplement l'existence d'un suivi peut retirer plusieurs mois d'incarcération à leurs peines.

Le psychiatre se voit ainsi attribuer dans les nouvelles politiques pénales le rôle d'assurer des « **suivis** », dans un but de **contrôle social** qui entrave son travail thérapeutique auprès des patients. Le nombre d'indications étant en constante augmentation, les médecins peuvent en effet avoir de grandes difficultés à travailler chez chacun l'élaboration d'une demande de soins qui est pourtant indispensable à la construction de relations thérapeutiques satisfaisantes.

En milieu libre, le rôle du **médecin coordonnateur** devient dans cette obsession sécuritaire celui d'un **gestionnaire** et d'un **évaluateur** des comportements à risque et des évolutions d'un sujet considéré par défaut comme dangereux. En lien continu avec la Justice, il constitue alors la pièce centrale d'un dispositif de **surveillance**, d'évaluation et de détection des menaces potentielles.

Certains de ces médecins coordonnateurs reconnaissent aujourd'hui cette situation, se sentant ainsi sollicités à intervalles réguliers pour pratiquer des sortes de « mini-expertises », centrées sur la notion de **dangerosité**.

La **Psychiatrie** en lien avec la Justice se voit donc actuellement **instrumentalisée** dans un rôle de **contrôle social** par la multiplication incessante des suivis qui lui sont attribués, l'éloignant de sa fonction soignante.

Avec le développement des nouvelles politiques pénales, notre spécialité semble de plus être de nos jours progressivement intégrée à un mouvement général de protection de la société qui lui confère de réelles orientations de **Défense Sociale**, notamment depuis la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.

Dans les années 1970, Michel Foucault souligne dans ses deux cours sur *Le pouvoir psychiatrique* et *Les anormaux* le passage, dès le début du XX^e siècle avec le **mouvement positiviste** que nous avons étudié, d'une Psychiatrie thérapeutique à une **Psychiatrie « de Défense Sociale »** dont le souci est de protéger la société du fou [23,95]. Comme il l'écrit à plusieurs reprises, la notion de **dangerosité** soutenue par une certaine criminologie participe alors d'abord à des pratiques disciplinaires et à des questions de gestion politique. Ce concept paraît ainsi infiltrée par le système socio-politique, qui tente d'instrumentaliser la Psychiatrie en lui faisant jouer un rôle de Défense Sociale dans sa volonté de gestion des individus. Michel Foucault dénonce par ailleurs dans ses travaux l'illusion largement répandue d'une désuétude du positivisme, prétendument liée à son scientisme, à sa naïveté et à la disparition de la notion de dégénérescence : il affirme en effet que « *l'anthropologie criminelle, au moins dans ses formes générales, n'a pas disparu aussi complètement qu'on veut bien le dire, et que certaines de ses thèses les plus fondamentales, les plus exorbitantes aussi par rapport au droit traditionnel, se sont petit à petit ancrées dans la pensée et dans la pratique pénale* » [24]. Dans ce même sens, Jean Danet met en avant dans ses analyses et réflexions que « *nous ne sommes jamais sortis du paradigme de la dangerosité dans lequel le positivisme nous a fait entrer* » [17]. Aujourd'hui, nous cherchons en effet à notre tour à définir l'identité de l'homme criminel avec d'autres outils, de plus en plus « performants ». Les grandes figures du traitement psychiatrique sont petit à petit devenues des emblèmes de « l'autre » dangereux, et les professionnels sont crédités d'attentes conformes aux craintes que leur objet inspire. Il est désormais demandé aux juges de prononcer des condamnations proportionnelles au degré de risque de récidive loin de la pénalité compréhensive d'antan, et les **psychiatres** sont invités à participer au projet de **neutralisation** des comportements. Dans cette logique positiviste de

« sortie hors du droit » au nom de la défense de la société, la Psychiatrie médico-légale devient ainsi le champ de toutes les tensions et de toutes les instrumentalisation. Le traitement, dont on ne sait plus s'il est pénal, criminologique ou médical, vient doubler la punition. La Psychiatrie, qui n'a alors plus besoin de l'aliénation ou du délire pour légitimer son intervention, s'offre à toutes les instrumentalisation, tout pouvant désormais être psychiatriser.

Ces évolutions se déroulent dans un climat de **populisme pénal** où règne la **confusion** entre **maladie mentale et crime**, entre schizophrénie et criminalité, ce qui est dénommé comme une véritable « schizophrénie » par une enquête de 2008 portant sur 40000 français et révélant la nette association dans la pensée collective des termes de meurtre, inceste et folie [96]. Durant l'été 2007, le Président de la République annonce en ce sens, sur les marches de l'Élysée, l'ouverture imminente d'« hôpitaux fermés pour pédophiles », où les délinquants sexuels seraient pris en charge sous la contrainte. L'élaboration de ce projet, qui s'est heureusement heurté par la suite à la réalité, témoigne donc bien de l'immense confusion conceptuelle qu'entretiennent depuis plusieurs années nos dirigeants entre ce qui relève d'un système de soins et ce qui relève d'un système pénal, et cela révèle de plus leurs **attentes profondes envers la Psychiatrie** en particulier.

Les tendances politiques actuelles laissent apparaître ce que les experts de la « Nouvelle Pénologie » appellent un continuum de contrôle envers les personnes potentiellement **dangereuses**, par la mise en place d'un ensemble de mesures de surveillance à tous les niveaux, de la prévention jusqu'à la sortie de prison, à laquelle la Psychiatrie est ainsi mêlée. L'avis du 10 février 2010 au sujet du projet de loi tendant à amoindrir le risque de récurrence criminelle [43], présenté au Sénat par Nicolas About, sénateur des Yvelines, souligne bien les risques croissants d'instrumentalisation de notre spécialité. Il y aborde en premier lieu l'Injonction de Soins de la loi de 1998, en décrivant ce dispositif comme une aide de la Justice à la mise en œuvre d'une thérapeutique, chaque intervenant restant alors dans son rôle et une séparation nette entre pouvoir judiciaire et médecine étant assurée par la présence du médecin coordonnateur. Cependant, il observe ensuite que « *cette séparation claire entre justice et soins est aujourd'hui remise en cause. On demande en effet à la médecine d'assurer une mission qui n'est pas la sienne, la **défense sociale**, c'est-à-dire empêcher les personnes criminellement dangereuses de nuire* ». A cet égard, il rappelle de plus qu'« *il ne faut pas confondre dangerosité criminelle et dangerosité psychiatrique, ce qui est pourtant fréquent. Un psychiatre peut déterminer le risque d'auto et même d'hétéro-agressivité d'un malade mais il n'y a pas de corrélation directe avec le risque de commettre un crime ou un délit. La criminologie est une science en devenir qui a, elle-même, beaucoup de mal à évaluer la dangerosité d'un condamné et donc le risque de récurrence* ». Il souligne enfin qu'« *il n'appartient pas à la médecine de compenser les incertitudes de la criminologie* ». Dans cette tendance bio-sécuritaire, notre spécialité devient en

effet une **science du danger social** qui démontre l'appartenance de la folie au crime et réciproquement, et qui conduit avec l'essor de cette notion de dangerosité à une responsabilité sans faute, sans acte et sans sujet. Désormais, on ne juge ainsi plus un homme pour ce qu'il a fait, mais pour ce qu'il est. On crée alors ce que dénonce Foucault en 1978, devant une expertise de dangerosité lors d'un procès pour évasion à Lisieux, mais qui s'avère plus que jamais d'actualité : « **l'infraction psychologique** », ou le « crime de caractère ».

Les objectifs politiques affichés mettent ainsi l'accent sur la nécessité de **protéger la société** du phénomène délinquant, que l'on ne cherche plus à éradiquer en réinsérant les infracteurs et en transformant la société, mais à réguler grâce à une logique qui s'inspire des techniques de l'assurance avec **l'évaluation psychiatrique de cette dangerosité**, ce qui doit aboutir à la **neutralisation du crime par l'exclusion**. S'il veut être réhabilité, le sujet doit alors montrer qu'il se « soigne », qu'il se transforme, qu'il fait des efforts afin certes de se réinsérer socialement, mais surtout de **réduire sa dangerosité**. La nouvelle loi pénitentiaire de novembre 2009 propose ainsi l'extension à toute la population carcérale du dispositif d'évaluation de la dangerosité institué par la loi de février 2008 pour certaines catégories de criminels. Ce texte inscrit de plus pour la première fois la « **prévention de la récidive** » comme une des missions fondamentales de la pénalité, à laquelle coopèrent d'autres services comme « *l'éducation, la santé* ». Cette politique de « décloisonnement » se caractérise alors par un brouillage parfois dangereux des frontières entre les diverses institutions, dans une **mobilisation générale pour la protection de la société**. On retrouve également cet objectif de Défense Sociale, cette fois directement associé à la Psychiatrie, dans l'article 721-1 du Code de Procédure Pénale où il est écrit qu'« *une réduction supplémentaire de la peine peut être accordée aux condamnés qui manifestent des efforts sérieux de réadaptation sociale [...] en suivant une **thérapie destinée à limiter les risques de récidive*** ». Les « soins » y sont ainsi clairement envisagés pour lutter contre la récidive criminelle et adapter le détenu à la société, et non pour soigner une personne présentant une psychopathologie repérée. On peut d'ailleurs noter à ce sujet un autre reflet flagrant de ces volontés d'instrumentalisation de la Psychiatrie dans le domaine des auteurs de violences sexuelles, au sein de la loi du 12 décembre 2005 qui intègre de nouvelles infractions au champ d'application du SSJ et modifie également son contenu. Le législateur y ajoute en effet dans l'article L3711-3, que le médecin traitant pourrait prescrire au condamné, avec l'accord écrit de celui-ci, « *des médicaments [...] qui entraînent une diminution de la libido, même si l'autorisation de mise sur le marché n'a pas été délivrée pour cette indication* ». Il s'agit alors d'une invitation à prescrire sans AMM (Autorisation de Mise sur le Marché), l'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé) n'ayant accordé une extension d'indication dans ce domaine des paraphilies qu'en juillet 2006, à un seul traitement antihormonal, l'acétate de

cyprotérone (Androcur). L'efficacité de ces médicaments reste de plus controversée en terme de diminution de la récidive dans ce domaine, et, comme le rappelle Daniel Zagury, ils n'y sont indiqués que dans 10 à 15 % des cas et leur prescription est du **ressort du seul médecin**. Nicolas About aborde de plus cette **référence législative faite à la « castration chimique »** dans son travail sénatorial, celle-ci renforçant encore selon lui la confusion entre Justice et Soins par la suggestion que le juge pourrait prescrire voire imposer un traitement précis, et du fait que l'interruption de celui-ci pourrait en outre entraîner une sanction pénale. Le parlementaire y souligne alors à nouveau les risques de la forte instrumentalisation des soins pour la protection de la société, expliquant que *« faire d'un type de traitement une panacée, voire une obligation légale, c'est laisser entendre à l'opinion publique et aux familles que la médecine a les moyens d'empêcher les délinquants sexuels de récidiver, [or] cela est faux et dangereux car tout échec sera désormais considéré comme un échec de la médecine qui tente de soigner mais ne peut, ni n'est faite, pour « neutraliser » des individus »*.

Ces nombreux exemples témoignent donc bien d'un glissement du champ psychiatrique vers le champ criminologique, accompagné d'une forte perte de sens de la notion même de Soins.

Avec la loi de février 2008, la France se dote finalement désormais de véritables **structures de Défense Sociale**. Les **centres socio-médico-judiciaire de rétention de sûreté** sont en effet définis par ce texte, destinés à « neutraliser les grands criminels » encore jugés dangereux à l'issue de leur peine, et cela pour des durées indéterminées, comme l'avait déjà suggéré le rapport Garraud d'octobre 2006 intitulé « Réponses à la dangerosité » [93].

Le premier de ces centres a été construit dans les locaux du SMPR de l'établissement pénitentiaire de Fresnes, et inauguré dès fin 2008 par la garde des sceaux Rachida Dati. Le fait que cette unité soit installée au sein d'une structure publique de Santé, et que les individus pris en charge y soient appelés « patients », témoigne ainsi une fois de plus de la volonté politique d'**attribuer cette fonction de Défense Sociale à la Psychiatrie**, pour les raisons que nous avons évoquées précédemment. Dans son avis de février 2010, Nicolas About appuie en ce sens qu'*« en instaurant la rétention de sûreté, la loi de février 2008 a prévu la possibilité d'interner les personnes dangereuses dans des établissements de soins, [...] or c'est là créer un risque d'amalgame grave : toute personne dangereuse n'est pas soignable en l'état de la médecine ; la dangerosité n'est pas une pathologie et on ne peut, par exemple, soigner un psychopathe. »*

De plus, ni prison ni hôpital, ces centres de rétention ne sont pas définis par une fonction interne mais en négatif, par une **fonction externe**. Les sujets y sont alors exclus de la société afin de la protéger, et l'on voit mal comment ils pourraient être soignés, punis ou réinsérés dans ces lieux

désincarnés. La création de ces structures semble ainsi avoir uniquement été alimentée par la volonté illusoire d'atteindre un « **risque zéro** » dans le domaine de la criminalité et de la récidive criminelle, et ils risquent donc désormais de devenir des lieux de « relégation » associés à un abus généralisé du **principe de précaution** par les experts et les juridictions.

Michel Foucault est ainsi bien optimiste en 1975 lorsqu'il nous explique que les camps, les lieux d'enfermement – en particulier psychiatriques – sont devenus « brusquement intolérables » à la suite du nazisme, avec l'écroulement de ses théories de base et des structures de pouvoir du corps social qu'il avait utilisées. En effet, trente ans plus tard, on observe dans notre société un pullulement de structures d'enfermement en dehors des principes de légalité et de souveraineté, dont font en particulier partie ces centres de sûreté. Les formes juridiques de diverses institutions sont ainsi douteuses et incertaines, que ce soit au nom de la dangerosité des individus, terroristes ou anormaux, ou pour des migrants au statut juridique insaisissable. De nos jours, les lieux « d'asile psychiatrique » et « d'asile politique » semblent en ce sens pouvoir être rapprochés, les demandeurs d'asiles et les « fous » non enfermés formant deux catégories majeures parmi les individus perçus comme dangereux. Ils suscitent d'ailleurs le retour singulier de certains concepts : « mesures de sûreté », « individus dangereux », « monstres humains », fichage de populations, ou encore examens génétiques.

La **Psychiatrie** est ainsi aujourd'hui **instrumentalisée** à des fins de **Défense Sociale**, pour vaincre l'obstacle juridique et permettre l'application d'une perpétuité réelle, « prescrite » pour « soigner la dangerosité ». Selon plusieurs études, la capacité à prédire la dangerosité ou la récidive reste cependant éminemment problématique, entraînant l'existence de nombreux faux positifs. De plus, la volonté politique d'incapacitation de la criminalité étant par nature sans limite et ses nouveaux outils n'indiquant pas quel est le niveau d'incarcération socialement optimal, ces évolutions semblent devoir s'accompagner ces prochaines années d'une vaste expansion des capacités carcérales. Cette politique n'a en effet aucune limitation interne, et, poussée à l'extrême, elle pourrait ainsi conduire à l'emprisonnement de tous les individus de sexe masculin ayant entre 16 et 24 ans.

Les nouvelles politiques pénales entraînent donc une forte instrumentalisation de notre spécialité médicale en lui attribuant plusieurs nouveaux rôles sans la concerter. L'illusion d'éradiquer toute récidive par les soins est alors en particulier mise en avant et la **Psychiatrie**, victime de l'idéologie sécuritaire, est ainsi **requisse partout**, se voyant attribuer des **fonctions de Défense Sociale** loin de ses missions premières, telles que mettre « hors d'état de nuire », tenir « à l'écart » ou exclure de la

société. On peut alors souligner la différence ténue entre la peine de durée indéterminée et la peine de mort, qui est aujourd'hui pourtant abolie, si ce n'est la composante déculpabilisante pour notre société de l'adjonction possible de « soins » à la première, même si ceux-ci y perdent alors tout leur sens.

c. Pertes de sens [21,25,52,60,63,67,89,98]

A l'origine, le partage médico-légal se voulait clair : aux « déments » irresponsables, la Psychiatrie avec l'asile ; aux criminels jugés responsables, la prison. Aux cas intermédiaires, dont la responsabilité est jugée atténuée, répondait la peine qui combine les soins, l'aide et l'enfermement dans une perspective de réinsertion. La Psychiatrie eut longtemps gain de cause tant que dominait dans ce débat « le traitement moral », cette croyance en la capacité d'entrer en relation avec l'insensé. Les cas intermédiaires traduisaient en particulier la permanence d'un « reste de raison » dans l'acte insensé, et ils témoignaient ainsi, à l'époque de la découverte de l'inconscient, des besoins d'un sujet psychique. On punissait, mais la peine s'ouvrait alors à des finalités de soin et d'aide.

Si le **Modèle Intégratif d'articulation Santé – Justice** s'est initialement développé dans une volonté d'humanisation par des prises en charge pluridisciplinaires dans ce domaine, il se voit cependant aujourd'hui **instrumentalisé** par les gouvernants à des **fins sécuritaires**. L'organisation du système actuel contribue ainsi désormais à l'emprise toujours plus forte des politiques pénales sur les individus et sur la société. Le durcissement des peines prononcées, la multiplication des sanctions et des dispositifs de surveillance, la diversification des modalités de contrôle social par l'implication et la responsabilisation des différents acteurs dans la mise en œuvre de ces politiques, tels que le psychiatre, sont autant de signes d'un filet pénal qui s'étend, se diversifie et dont les mailles se resserrent. Les dimensions de **contrôle** et de **surveillance** menacent alors de l'emporter sur la dimension d'aide, et notamment de Soins pour notre spécialité, d'autant plus que la gestion des risques fait passer le centre d'intérêt des individus aux groupes. Le Modèle Intégratif et ses réseaux se trouvent donc profondément pervertis par ces évolutions.

L'articulation entre le Soins et la Peine, entre soigner et punir, correspond à l'hybridation entre deux systèmes distincts mais néanmoins toujours connexes depuis le XIX^e siècle, particulièrement liés

voire confondus ces dernières années avec le développement d'une rationalité de sécurité. Les transformations sécuritaires de notre société liées aux nouvelles politiques pénales affectent ainsi aujourd'hui tout autant le sens du Soin que celui de la Peine.

- **Sens de la Peine**

Créé au départ en vue de protéger les citoyens contre le risque d'une emprise trop grande de l'État sur les libertés individuelles, le système pénal vise alors à limiter le pouvoir d'intervention de celui-ci aux transgressions clairement formulées dans la loi : « *Il n'y a pas de crime sans loi, pas de peine sans crime* ». Après une période d'humanisme pénitentiaire dans les suites de la seconde guerre mondiale, le retour de la rigidité pénale est cependant manifeste dans le monde nord-américain et en Europe. Le système pénal bascule ainsi nettement en faveur d'une **sévérité accrue**, notamment à l'égard de tous les malades mentaux criminels, que leur raison soit altérée ou abolie. Il devient alors à ses dépens un système d'aide sociale de dernier recours pour les démunis, les sans domicile fixe et les malades, sans qu'il ne puisse cependant s'adapter à cette nouvelle fonction de façon convenable. Le législateur, dans le cadre de la nouvelle loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, définit pour la première fois le sens de la peine privative de liberté : « *le régime d'exécution de la peine de privation de liberté concilie la **protection de la société**, la **sanction du condamné** et les **intérêts de la victime** avec la nécessité de préparer l'insertion ou la **réinsertion** de la personne détenue afin de lui permettre de mener une vie responsable et de prévenir la commission de nouvelles infractions* ». Or, l'**augmentation croissante** de la proportion des personnes atteintes de **troubles mentaux** au sein des prisons françaises et l'apparition de nouvelles mesures de privation de liberté applicables même aux malades mentaux irresponsabilisés témoignent au contraire d'une **grande perte de sens de la Peine**, qui ne peut en particulier en revêtir aucun pour ces individus. Comme nous l'avons étudié dans la loi de février 2008, la réinsertion sociale impliquant prise de conscience des motifs ayant justifié la condamnation, retour sur soi et capacité à se réintégrer dans une vie « normale » est de plus devenue dorénavant bien secondaire à la protection de la société avec la **Défense Sociale**, enjeu principal des nouvelles politiques pénales.

On observe de plus des **distorsions** dans la conception de la « **juste peine** », aujourd'hui reliée aux décisions reposant sur une évaluation actuarielle du risque, et donc à une **prédiction de la dangerosité future** au détriment du modèle de réinsertion, de dissuasion ou des autres modèles alternatifs. Ces évolutions sont en particulier dues aux progrès et à la production de connaissances d'ordre technique dans ce domaine. Telle conception **atténuée** alors le **rôle punitif** de la Peine,

dissociant juste peine et gravité intrinsèque du crime commis. De la même façon, l'effet **dissuasif** de la Peine est diminué dès lors qu'est aboli tout lien direct entre le crime commis et la peine correspondante. Le lien entre la Peine et la possibilité d'une future **réinsertion** est finalement lui aussi fragilisé, les méthodes actuarielles étant tournées vers des réalités passées ainsi considérées comme permanentes pour le sujet, telles que son casier judiciaire.

Aujourd'hui, la peine n'est donc plus conçue comme rétributrice d'une infraction, ni comme transformatrice envers le sujet criminel dans le sens de sa réinsertion sociale : elle est désormais **sécurisante**, régulatrice d'une potentialité de dysfonctionnements. La transformation qu'elle vise est toujours inachevée, et la **rétribution** qu'elle demande est celle d'une dette infinie, celle de la **souffrance des victimes**. Dans notre société, l'instauration d'un continuum de sécurité vient de plus court-circuiter l'espace et la temporalité de la légalité : traditionnellement, le Droit s'applique sur un espace bien délimité, sur des sujets définis juridiquement et dans une temporalité précise, alors que les mesures actuelles sont fondamentalement caractérisées par l'**indétermination**. La sécurité, et plus encore sa version de précaution qui semble aujourd'hui s'imposer, redouble ainsi la Peine et n'a pas de terme, à la manière d'un certain type de soin, celui des maladies chroniques.

- **Sens du Soin**

En Psychiatrie, et notamment au sein de ses liens avec la Justice, le **Soin** se trouve aujourd'hui **instrumentalisé** dans la mise en place d'un continuum de **contrôle social**, et il subit de fortes transformations avec l'évaluation de la dangerosité et la gestion d'obligations de traitement de plus en plus extensives qui sont attribuées à notre spécialité. Le sens du Soin est désormais d'objectiver et de gouverner la menace indéfinie que représente le **sujet dangereux**, en l'encadrant d'une technique indéfinie dans une temporalité également indéfinie, au contraire de celle de la Peine qui est quant à elle normalement bien limitée. On comprend alors que la dangerosité se confonde sans mal avec la maladie, et que de **nombreuses confusions** touchent de plus directement la place et le rôle de notre spécialité.

Le domaine de la **Psychiatrie expertale** semble souffrir d'un éloignement de ses grands principes et objectifs qui reflète particulièrement les évolutions touchant notre spécialité dans son ensemble. On observe en effet aujourd'hui de **grandes insuffisances de l'évaluation psychiatrique initiale** par l'expertise pénale. Une grande majorité de malades mentaux entre ainsi en prison sans avoir jamais vu aucun expert, la plupart du temps dans le cadre de procédures correctionnelles ou de comparutions immédiates pour lesquelles les expertises ne sont pas systématiques. Tandis que les

parquets harcèlent les experts psychiatres pour leur poser la question de l'opportunité d'une éventuelle Injonction de Soins ou pour obtenir des informations sur la dangerosité d'un individu, questions qui n'ont pas de caractère d'urgence, ils ne se préoccupent donc pas de la **compatibilité de la garde à vue ou de la détention** avec des pathologies psychiatriques parfois lourdes ni du **besoin de Soins** de ces dernières, ce qui correspondrait pourtant bien mieux aux **objectifs diagnostiques et thérapeutiques** de notre spécialité dans son **rôle soignant**. La pratique de la Psychiatrie, notamment en matière médico-légale, se trouve ainsi en lien indirect mais prégnant avec les politiques pénales et les politiques pénitentiaires.

Le rôle du traitement psychiatrique perd ainsi du terrain à mesure que les attentes à son égard deviennent sécuritaires, actuarielles ou prédictives. Il devient désormais souhaitable de maintenir les cas de « folie criminelle » autour d'un risque acceptable pour la société, ce qui suppose un système de contrôle fiable des individus dangereux, et donc une **responsabilisation accrue** de leurs actes, comme le propose la loi du 25 février 2008 sur la rétention de sûreté. Trois éléments semblent ainsi avoir participé au changement du regard de notre société sur les malades mentaux auteurs de crimes : le regain d'une **vérité judiciaire** à prétention scientifique, la défaite d'une Psychiatrie du traitement au profit d'une **Psychiatrie de « sûreté »**, et l'**impact** considérablement accru du discours des **victimes** dans une société apeurée.

Par ailleurs, le champ entier de la Psychiatrie s'étend sans cesse ces dernières années, sans que ses praticiens soient cependant concertés. On voit notamment éclore une notion de « **Santé Mentale** », qui est aujourd'hui associée à un domaine d'action plus large que celui de la Psychiatrie. Cette nouvelle discipline s'intéresse en particulier à de nouveaux « troubles » principalement basés sur les comportements, et dépasse ainsi les seules maladies psychiatriques. Dans l'idéologie sécuritaire actuelle, nos gouvernants semblent de plus vouloir appliquer cette « Santé Mentale » à l'ensemble de la société, dans une **optique hygiéniste de prévention des déviations sociales**, légitimée par un mouvement de « scientification » et de médicalisation des rapports humains. Les « soins » semblent ainsi désormais mis au contribution de causes sécuritaires en vue de bâtir une société de **normalisation**, constituée d'éléments rendus bien « conformes ».

La conception actuelle du Soins de Psychiatrie dans notre société semble ainsi faire écho à certaines thèses sécuritaires en vogue dès le Moyen-Âge avec les premières « mesures de sûreté » envers les aliénés, ainsi qu'à d'autres présentes au sein des théories hygiénistes et scientistes du mouvement positiviste au XIX^e siècle.

Comme nous l'avons étudié, de **nombreuses instrumentalisation mutuelles** existent aujourd'hui

entre **Justice** et **Psychiatrie** au sein du **Modèle Intégratif français**, malgré la vocation de ce système à les articuler de façon optimale. En effet, ces disciplines semblent tour à tour s'y trouver assujetties l'une à l'autre ; d'une part à travers l'augmentation considérable du poids de l'expertise psychiatrique sur le verdict du juge, la notion de dangerosité pouvant alors en particulier gouverner la décision judiciaire ; et de l'autre par les sollicitations multiples et diverses des psychiatres par la Justice. Cependant, ces deux disciplines sont de nos jours **principalement instrumentalisées par l'État et les nouvelles politiques pénales**, qui visent à travers elles et leurs réseaux à la reprise d'un contrôle social plus direct et plus étendu par nos gouvernants, notamment dans le contexte de crise que nous traversons. Comme le décrit Foucault dans *Les Anormaux* [23], le pouvoir met en effet en application ses volontés de normalisation et de contrôle en s'appuyant sur des instrumentalisation des institutions judiciaires et médicales, qui légitiment ainsi la multiplication de ses interventions dans notre société.

La Psychiatrie Médico-légale se trouve aujourd'hui en difficulté dans ses rapports avec la Justice au sein du **Modèle Intégratif français**, celui-ci étant désormais **pervers et instrumentalisé** à des fins de **Défense Sociale**. L'identité soignante elle-même de notre spécialité sanitaire y paraît ainsi en péril, en raison de son éloignement progressif de ses origines et à cause de multiples confusions sur ses fonctions. On note de plus dans les lois de 2007 et 2008 des attentes très contradictoires de la société comme des législateurs envers la Psychiatrie dans ce domaine : en effet, une grande méfiance est affirmée vis-à-vis des cliniciens et experts avec l'exigence de mesures actuarielles de la dangerosité, et, dans le même temps, les obligations de soins pour criminels non malades mentaux sont multipliés, en laissant penser que les soignants pourraient ainsi éradiquer tout risque de récidive. Ces textes démontrent en outre la primauté de l'évaluation de la dangerosité sur le diagnostic et la thérapeutique, au contraire des conclusions de l'audition publique de 2007 [55] à ce sujet, et tentent ainsi d'imposer à la Psychiatrie expertale et soignante une lecture et une approche initiale d'abord comportementale, avant d'être clinique et psychopathologique. Ils déterminent de plus sans concertation préalable avec la Psychiatrie son propre champ d'intervention, d'investigation et de compétence, ce qui constitue bien une tentative d'instrumentalisation de notre discipline. Les nouvelles politiques pénales illustrent ainsi clairement une rupture de l'équilibre antérieur entre Santé et Justice et au sujet des soins contraints. Au clivage historique excessif succède le risque d'une **confusion entre le Soin et la Peine**, le temps, les lieux, la durée et les textes réglant les

mesures sanitaires et judiciaires pouvant désormais se chevaucher voire se superposer.

IV. Vers un modèle ségréatif ?

Le bon fonctionnement du Modèle Intégratif d'articulation Santé – Justice se trouve aujourd'hui entravé dans notre société, notamment du fait de l'apparition de nouvelles politiques pénales orientées vers la répression et la protection de la collectivité. Comme nous l'avons étudié, la liberté d'échanges et le dynamisme des Réseaux de Psychiatrie médico-légale sont sérieusement remis en cause dans ce contexte. Les risques sont alors grands d'observer un glissement du modèle français vers un fonctionnement plus ségréatif, conduisant à un cloisonnement progressif entre Psychiatrie Générale et Psychiatrie Médico-légale, et aboutissant à l'éloignement de ces disciplines, tant au niveau de leurs usagers et de leurs professionnels que de leurs pratiques, et finalement de leurs objectifs et de leurs missions.

La caricature de ce risque d'évolution vers une filière ségrégative mettant hors-circuit un nombre important de personnes est incarné dans la figure de la « prison-hôpital », outil ségréatif par excellence, qui irait à l'encontre même de notre modèle intégratif fondé sur l'idée du Soins de proximité, sur la mixité des publics et la réinsertion, et non pas sur le fantasme de neutralisation et/ou d'élimination.

Nous étudierons particulièrement dans cette partie les instituts de Défense Sociale belges, qui constituent le véritable prototype du fonctionnement ségréatif, avant de nous pencher sur les évolutions françaises que nous pouvons voir se dessiner à partir du rapport remis au Sénat le 5 mai 2010.

1. L'exemple de la Belgique

Le concept de **Défense Sociale** belge est, comme nous l'avons étudié, directement issu des travaux de l'école positiviste au XIX^e siècle, qui visent alors à protéger la société des criminels et en particulier de ceux atteints de troubles mentaux.

La Belgique engage par la suite rapidement une réflexion sur la mise en œuvre des principes de la Défense Sociale dans sa société. Dès le début du XX^e siècle, on observe la création d'annexes psychiatriques dans les établissements pénitentiaires, puis le Parlement examine en 1923 un projet de loi concernant la protection de la société contre les « anormaux », les « délinquants d'habitude » et « l'adolescence coupable », créant alors notamment une commission spécialisée pour le suivi des délinquants malades mentaux [20].

La **loi dite « de Défense Sociale »** est finalement adoptée en Belgique le **9 avril 1930**, et elle institue alors un nouveau régime juridique pour tous les délinquants anormaux, que leur responsabilité soit annihilée ou « atténuée ». Elle suscite un vif intérêt dans ses pays voisins, notamment en France où des propositions de loi s'en inspirent amplement. Cette première loi est ensuite profondément **réformée en 1964** par un texte encore en application aujourd'hui, auquel ont à nouveau été apportées de profondes **évolutions en 2007**, mais dont l'entrée en vigueur est en attente.

a. Législation belge [21,99-103]

Comme son homologue français, le Code pénal belge comporte un article relatif à la **responsabilité pénale** des personnes atteintes de troubles mentaux. Cependant, le parcours des malades mentaux auteurs d'infraction est ensuite bien différent en Belgique, car ces personnes entrent dans le champ de la **loi de Défense Sociale**, au même titre que les délinquants d'habitude et les auteurs de certains délits sexuels, et elles peuvent alors être internées. Cet **internement** n'est pas une peine, mais une **mesure de sûreté** qui entraîne une privation de liberté dans un double objectif : **soigner le malade mental** jugé dangereux et **en protéger la société**.

Le dispositif belge concernant les délinquants atteints de troubles mentaux repose pour l'essentiel sur la loi de Défense Sociale du 1er juillet 1964, qui s'est elle-même substituée à la loi de 1930 en

respectant sa philosophie. Ce texte est cependant profondément modifié par la **loi du 21 avril 2007** relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental, mais qui n'est **pas encore appliquée**.

Le Droit en vigueur prévoit, dans son chapitre I, que: « *Lorsqu'il existe des raisons de croire que l'inculpé est, soit en état de démence, soit dans un état grave de déséquilibre mental ou de débilité mentale le rendant incapable du contrôle de ses actions, les juridictions d'instruction peuvent, dans le cas où la loi ordonne la détention préventive, décerner un mandat d'arrêt en vue de le placer en observation* ».

La **mise en observation** s'exécute dans l'annexe psychiatrique d'un centre pénitentiaire, et peut être ordonnée à toutes les phases de la procédure judiciaire. A l'issue de cette observation, qui peut durer jusqu'à six mois, l'inculpé est placé en maison d'arrêt à moins qu'un traitement ne soit ordonné par un **internement**.

Les **juridictions d'instruction et de jugement** peuvent ordonner cet **internement** de l'inculpé dans un environnement thérapeutique sécurisé, sans qu'une expertise préalable à cette décision soit rendue obligatoire. Depuis la loi de 1964, cet internement est d'emblée de **durée illimitée**, celui-ci étant relatif aux soins nécessaires, ne pouvant être déterminés à l'avance, et non plus à la gravité de l'acte.

Une **Commission de Défense Sociale**, composée d'un **magistrat**, d'un **avocat** et d'un **médecin**, et attachée à chaque annexe psychiatrique des établissements pénitentiaires, détermine alors l'établissement où la personne sera internée, et y est chargée de son **suivi**.

Cette commission peut par la suite, soit d'office, soit à la demande du procureur du Roi ou de l'interné, ordonner la **mise en liberté définitive** ou à **l'essai** de ce dernier, ou son passage en **semi-liberté**, lorsque l'évolution de son état mental et les perspectives de sa réadaptation sociale le permettent. Ces décisions peuvent cependant faire l'objet d'appels par les parties, et l'interné libéré à l'essai ou en semi-liberté peut être réintégré si son état mental révèle un danger social.

Il faut par ailleurs noter que l'internement est prononcé au moment où l'état pathologique est constaté, et qu'il peut ainsi concerner des personnes reconnues responsables pénalement et condamnées chez lesquelles des troubles mentaux se déclarent **en cours de détention**, quand la prise en charge de ceux-ci en annexe psychiatrique pénitentiaire se révèle alors insuffisante. Pour ces malades, une levée de l'internement avant l'expiration de leur peine entraîne ensuite un retour en détention, mais ils peuvent à l'inverse rester internés au-delà de cette échéance si leur état ne s'est pas amélioré.

Plusieurs modifications à ces dispositions sont apportées par la **réforme du 21 avril 2007**, n'étant cependant pas encore appliquées. Le Parlement belge a en effet adopté à cette date une loi « **relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental** » appelée à remplacer la loi de Défense Sociale et qui ne fait d'ailleurs plus mention de ce terme dans son intitulé, mais dont l'entrée en vigueur, initialement prévue dix-huit mois après sa publication, est reportée au 1er février 2012.

La définition des troubles justifiant un internement y est tout d'abord substantiellement transformée. La notion de « **trouble mental abolissant ou altérant gravement la capacité de discernement ou de contrôle des actes** » remplace en effet dans le nouveau texte législatif celle d'« état de démence » ou de « débilité mentale ». La notion de **dangerosité** y est de plus introduite, comme une condition supplémentaire à l'internement.

D'autre part, la loi de 2007 subordonne désormais la décision de l'internement à une **expertise psychiatrique**, qui remplace ainsi la phase d'observation, et qui doit alors déterminer la responsabilité pénale de l'accusé, le risque de commettre de nouvelles infractions du fait de son trouble mental – c'est à dire sa **dangerosité psychiatrique** –, ainsi que **l'indication et l'accès à des soins** en vue de sa réintégration dans la société.

La nouvelle loi transfère par ailleurs les compétences de la commission de Défense Sociale, désormais supprimée, aux **juridictions d'application des peines**, alors chargées de s'entourer d'avis d'experts.

A ce niveau, les différentes **mesures d'aménagement de l'internement** sont complétées par les permissions de sortie et le congé, ainsi que par la détention limitée et la surveillance électronique, qui constituent des régimes progressifs vers une libération à l'essai. De plus, les **conditions d'octroi** de ces aménagements, ainsi que des libérations, sont quant à elles **définies de manière plus rigoureuse** par le texte de 2007. Il faudra ainsi notamment prendre en compte quatre considérations supplémentaires à l'amélioration de l'état mental de l'interné et à la possibilité de sa réadaptation sociale qui étaient jusqu'alors évaluées : le risque que l'interné commette à nouveau des infractions graves, le risque qu'il importune les victimes, son attitude vis-à-vis de ces victimes, et le refus ou l'inaptitude de l'interné à suivre un traitement jugé pourtant nécessaire.

Cette nouvelle loi est issue de critiques formulées contre le fonctionnement actuel, en particulier à l'encontre de décisions des commissions de Défense Sociale, et son adoption a de plus été **accélérée** par la survenue de certains **faits divers**. Le système belge de prise en charge des auteurs d'infractions atteints de troubles mentaux se trouve donc aujourd'hui en suspens, mais la **Défense Sociale** n'y est cependant pas remise en question, même si cette notion n'est plus textuellement nommée dans la loi du 21 avril 2007.

b. Internements [21,99-103]

A l'heure actuelle, une fois l'internement ordonné par la juridiction d'instruction ou de jugement, suite à une période d'observation dans une annexe psychiatrique pénitentiaire, la **commission de Défense Sociale** détermine l'établissement où la personne sera internée. Elle a alors le choix entre les **établissements de Défense Sociale** gérés par l'État fédéral, les **établissements psychiatriques** organisés par les communautés et les régions, ou des **structures privées**.

Il n'existe actuellement que **trois lieux spécifiques de Défense Sociale** en Belgique, tous situés en région wallonne:

- L'établissement de Défense Sociale de **Paifve**, susceptible d'accueillir 205 internés, qui dépend du ministère de la Justice et est géré par l'administration pénitentiaire. Les internements au sein de cet établissement peuvent ainsi être considérés comme des incarcérations.
- La section de Défense Sociale du centre régional de soins psychiatriques « Les Marronniers », à **Tournai**, dont la capacité d'accueil est de 376 internés. L'encadrement y est médical, et la sécurité périmétrique est déléguée à une structure privée.
- La section de Défense Sociale du centre hospitalier psychiatrique du « Chêne aux Haies », à **Mons**, dont la capacité d'accueil est de trente lits, réservés aux femmes internées.

En Flandre, les internés sont donc répartis dans les **annexes psychiatriques des prisons** de Merksplas, Turnhout, Gand, Anvers, Louvain et Bruges, et peuvent accessoirement être accueillis au sein de **cliniques psychiatriques**.

Les **libérations à l'essai** peuvent quant à elles être organisées dans des **structures psychiatriques extra-hospitalières**.

Les tableaux suivants, issus du rapport parlementaire français de mai 2010 sur la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis une infraction [21], retracent la répartition des internés belges au mois d'avril 2009.

Nombre total des internés

	Wallonie	Flandre	Belgique
Internés non libérés à l'essai	800	507	1307
Internés libérés à l'essai	796	1203	1999
Total	1596	1710	3306

Répartition des internés non libérés à l'essai

	Wallonie	Flandre	Belgique
Internés incarcérés	343	505	848
Prison	175	505	680
EDS Paifve	168	0	168
Internés placés	457	2	459
EDS Tournai	344	0	344
EDS Mons	30	0	30
Clinique psychiatriques	40	2	42
Logements protégés	43	0	43
Total	800	507	1307

L'affectation de chaque interné à un établissement, comme tout son parcours de soin par la suite, est organisé par la commission de Défense Sociale chargée de son suivi.

Cette adaptation de chaque prise en charge est fondée sur l'analyse régulière par la commission des caractéristiques de l'individu, et de leurs évolutions. L'évaluation de la « **dangerosité** » de l'interné est alors particulièrement prise en compte, celle-ci définissant un « **niveau de risque** », qu'il s'agisse du risque pour la société, du risque de rechute, ou du risque pour le personnel soignant et les autres patients. Pour cela, les équipes disposent d'**outils d'évaluation de la dangerosité**, fondés sur les observations cliniques et validés par le **centre de recherche en Défense Sociale**, institué au sein même du centre hospitalier de Tournai. Chaque niveau de risque est ensuite relié à un type de

prise en charge.

Schématiquement, les internés classés à un niveau de **risque élevé** ont ainsi vocation à être admis en établissement de **Défense Sociale** ou en **établissement pénitentiaire**, ceux de **risque moyen** relèvent de projets pilotes de prise en charge en **établissement de Défense Sociale ou non**, alors que les individus évalués de **faible risque** peuvent être pris en charge par la **Psychiatrie Générale**, de façon classique.

Selon les travaux parlementaires français [21,100], les internés accueillis en établissement de Défense Sociale y passent en moyenne quatre ans, et le taux de rotation de ceux-ci y est faible, peu de libérations étant prononcées chaque année.

c. Ressources [21,99-102,104]

La loi belge de Défense Sociale poursuit depuis sa première version un double but : **soigner** le malade mental et **protéger** la société à l'égard d'un délinquant jugé dangereux. La loi du 1er juillet 1964 ne s'écarte nullement de ces principes adoptés en 1930. Par la suite, divers travaux parlementaires sont menés en vue de faire des propositions relatives à la restructuration du système juridique de l'internement, avec notamment l'institution en 1996 de la commission « internement », sous la présidence du Baron J. Delva. Plusieurs propositions de lois sont ensuite déposées, et un projet de loi a finalement abouti à l'adoption d'un **nouveau texte le 21 avril 2007**. Les objectifs alors poursuivis par le législateur ne rompent pas avec le régime juridique institué mais cherchent à le renforcer, et ils sont désormais explicitement mentionnés dans la loi, au sein de son article 2: « *l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental est une **mesure de sûreté** destinée à la fois à **protéger la société** et à faire en sorte que soient dispensés à l'interné les **soins** requis par son état en vue de sa **réinsertion dans la société** ».*

La Belgique parvient tout d'abord à réellement **articuler** les **domaines judiciaires et sanitaires**, en particulier autour des établissements de Défense Sociale. Ces structures sont en effet avant tout des lieux de soins, organisés sur le modèle de l'hôpital psychiatrique, mais elles sont également sécurisées comme peut l'être une prison. Les **Ministères de la Justice et de la Santé** y **coopèrent** ainsi, le premier prenant en charge le financement de l'ensemble des charges liées à la sécurité, et le

second toutes celles qui sont en rapport avec les thérapeutiques.

Le **lien avec la Psychiatrie Générale** n'est par ailleurs pas totalement rompu, ce qui permet des enrichissements mutuels de ces domaines, et la moindre stigmatisation des internés qui y sont pris en charge. En effet, les internés considérés comme « à risque faible » sont ainsi réintégrés dans le circuit psychiatrique classique, sans encadrement particulier.

Le dispositif belge entraîne de plus de nombreuses **avancées** dans le domaine médico-légal. La grande spécialisation des différentes structures de prise en charge permet en effet d'alimenter diverses **recherches de Criminologie et de Psychocriminologie**, et participe ainsi au développement de ces disciplines et de leurs outils, notamment grâce au **centre de recherche en Défense Sociale** situé au sein du centre hospitalier de Tournai.

Au cours des internements, les prises en charge proposées aux internés sont très riches, d'une grande diversité, car elles disposent d'**interventions pluridisciplinaires** variées, et elles peuvent ainsi associer soins médicaux, diverses thérapies, travail social, rééducation, et resocialisation. Chaque individu bénéficie ainsi d'aides ajustées et adaptées à ses besoins. Les sorties temporaires effectuées en vue du travail de réinsertion, qu'elles soient seules ou accompagnées, sont de plus très fréquentes, le nombre de fugues restant cependant très bas.

De plus, le développement ces dernières années de **structures psychiatriques extra-hospitalières**, tournées vers l'extérieur dans un objectif de **réinsertion sociale** des malades, participe à la réintégration progressive des internés dans la société, notamment lors des **libérations à l'essai**. S'il n'existe pas d'analyse statistique des taux de récurrence à l'issue d'un internement, il semble cependant que ces libérations à l'essai se déroulent sans difficultés. Selon les travaux parlementaires français réalisés fin 2007 [100], celles-ci ne se solderaient par un échec que dans un cas pour mille, et encore parfois seulement pour un manquement anodin à une des obligations auxquelles l'interné est soumis.

Ce système belge assure également aux internés une **continuité** tout au long de leur internement, chacun d'entre eux étant suivi par une même **commission de Défense Sociale** pour la durée de cette mesure. Cette stabilité permet ainsi de prendre en compte l'**évolution** de chaque sujet de façon **individualisée**, et participe grandement à la **personnalisation** des prises en charge.

Le dispositif belge de Défense Sociale permet donc un réel **ajustement** du parcours de Soins aux besoins de chaque malade, grâce à l'intervention de divers professionnels et aux différentes structures existantes. Lors de sa visite à la section de Défense Sociale du centre psychiatrique régional « Les Marronniers », le groupe de rapporteurs français de mai 2010 a en effet constaté l'importance du **travail pluridisciplinaire** réalisé pour bâtir des prises en charge individualisées à

chaque patient. De plus, cette mesure d'internement bénéficie en Belgique de l'importante dynamique des recherches scientifiques en Criminologie qui y est entretenue par ce système de Défense Sociale.

d. Limites [21,89,99,100-102,104-106]

La Défense Sociale belge, outre l'idéologie très sécuritaire qui l'accompagne et sur laquelle elle est fondée, comporte plusieurs risques et insuffisances, dont certains ont motivé l'adoption de la nouvelle loi de 2007. Cette dernière ne résout cependant pas toutes les problématiques soulevées, et on peut de plus y voir s'en dessiner de nouvelles.

- **Confusion**

La loi de Défense Sociale entraîne tout d'abord de forts risques de confusion touchant la maladie mentale et les soins psychiatriques, comparables à ceux que nous avons détaillés antérieurement. Le texte législatif de 1964, encore en vigueur actuellement, **regroupe** en effet dans le même dispositif d'internement les sujets atteints de **troubles mentaux** auteurs d'infractions, dits « délinquants anormaux », avec les « délinquants d'habitude », c'est-à-dire les **récidivistes**, et les auteurs de certains **délits sexuels**, assimilant ainsi la **maladie mentale** aux **troubles de la personnalité et des conduites**.

Le chapitre VII de cette loi contient en particulier les dispositions relatives aux **récidivistes**, prévoyant leur mise à disposition du Gouvernement à l'issue de leur peine, et la possibilité alors de les placer sous surveillance en liberté conditionnelle, ou, s'ils constituent un **danger** pour la société, d'ordonner leur **internement** dans l'établissement de Merksplas, seule institution susceptible d'accueillir les hommes ne souffrant pas de maladie mentale. En 1998, les **auteurs de délits sexuels** ont été ajoutés à ce champ de la loi de Défense Sociale, ceux-ci ne pouvant de plus désormais être libérés qu'après avoir été examinés dans des services spéciaux d'évaluation des risques de récidive. Ce regroupement dans une même loi des troubles psychiques avec les récidives et les violences sexuelles illustre bien l'importante **confusion** existant entre **trouble mental et criminalité**, ainsi

que la forte **présomption de dangerosité** attribuée aux personnes nécessitant des soins psychiatriques, ainsi « classées » au rang des multirécidivistes et des auteurs d'agression sexuelles, nouvelles images du monstre dans nos sociétés. Cela laisse de plus transparaître que la **protection de la société** est bien la **mission première de l'internement** belge, l'apport de soins aux personnes souffrant de maladie mentale constituant une préoccupation bien moindre.

Par ailleurs, une **confusion** entre les **domaines sanitaires et judiciaires** est également entretenue au sein du système belge de Défense Sociale par le manque de distinction entre les dispositifs et rôles y dépendant du Ministère de la **Justice** et ceux relevant du Ministère de la **Santé**. Par exemple, l'établissement de Défense Sociale de Paifve, seule institution organisée par l'état, dépend du Ministère de la Justice, ce qui va de plus à l'encontre des recommandations émises en 2004 par le Comité des Droits de l'Homme de l'ONU préconisant que la gestion des établissements de Défense Sociale relève de la responsabilité du Ministère de la Santé.

La **loi du 21 avril 2007** effectue un **ajustement** bénéfique au niveau des **populations visées** par la Défense Sociale, l'internement ne concernant désormais plus les récidivistes ni les délinquants sexuels, sauf s'ils sont atteints d'un trouble mental. Reste cependant à **définir ce trouble mental**, celui-ci pouvant sans doute être interprété tant comme une maladie mentale nécessitant des soins, que comme un trouble de la personnalité relevant d'un accompagnement multidisciplinaire.

Ce système reste en outre très **stigmatisant** pour les personnes souffrant de troubles psychiques, car elles y sont **catégorisées** et **orientées** en fonction de leur **degré de dangerosité**. Cette notion de dangerosité est d'ailleurs introduite de façon floue dans la loi de 2007, la commission Delva qui a inspiré cette loi définissant en effet ce concept comme le « **risque de rechute** » en considérant alors la rechute **dans le trouble mental** mais également **dans la délinquance**, ce qui témoigne une fois encore de la **confusion** régnant entre **maladie et criminalité**.

Cette nouvelle loi renforce d'autre part la **confusion des rôles** entre **Santé et Justice** en attribuant désormais les compétences de la commission de Défense Sociale aux **tribunaux d'application des peines** sans y intégrer les membres compétents, dont notamment le psychiatre, alors que la composition « médico-judiciaire » des commissions rappelait jusqu'alors le caractère thérapeutique de la mesure d'internement. Le suivi de l'internement se trouve ainsi **judiciarisé**, et les modalités de son exécution y sont très largement calquées sur celles relatives aux condamnés. On note ainsi dans ce texte un fort risque de confusion entre **mesure de sûreté et peine**, alors qu'« **internés** » et « **condamnés** » revêtent des profils bien différents, impliquant nécessairement des traitements différenciés ordonnés par des instances distinctes. Cette confusion se confirme de plus dans la terminologie utilisée telle que, par exemple, la possibilité d'« **internement avec incarcération** »

immédiate » apparue dans l'article 10 de cette loi de 2007.

- **Manque de moyens**

Le système belge de Défense Sociale est confronté en pratique à plusieurs obstacles secondaires à une grande insuffisance de moyens, qui peut être notamment reliée au **grand nombre d'institutions** judiciaires, sanitaires et de Défense Sociale qui le composent, additionnant ainsi de **forts coûts de fonctionnement**.

L'une des grandes difficultés pratiques du dispositif réside en particulier dans l'insuffisance du **nombre de places en établissement de Défense Sociale**, combinée au fait que les **hôpitaux psychiatriques** ne peuvent prendre en charge qu'un certain nombre d'internés. La situation est encore davantage problématique en Flandre, car il n'y existe pas à ce jour d'institution de Défense Sociale et les centres de traitements spécifiques pour internés y sont insuffisants.

Lors d'une décision d'internement, les individus visés sont ainsi provisoirement placés dans la section psychiatrique d'une prison, jusqu'à leur transfert dans un établissement ou une section de Défense Sociale, ou dans un centre de soins adapté. Une **grande proportion des internés** est donc maintenue **dans les annexes psychiatriques des établissements pénitentiaires**, souvent surpeuplées, et parfois même en cellule avec d'autres détenus, pendant des durées pouvant être très longues. Le tableau précédent illustrant la répartition des internés montre en ce sens que la distinction opérée par la loi de Défense Sociale entre la peine et l'internement est loin de conduire à une dichotomie aussi affirmée en ce qui concerne leurs modalités de prise en charge, nombre d'entre eux (680 sur 1307 en avril 2009) effectuant cette mesure en milieu carcéral. Selon le dossier du *Standaard* des 30 et 31 janvier 2010, le total des internés séjournant dans les prisons belges a même atteint 1094 personnes, ce qui représente environ 10% de la population carcérale [106]. Ces données relativisent donc une fois de plus l'idée selon laquelle la Défense Sociale permet une prise en charge médicale véritablement personnalisée des malades mentaux en les soustrayant à la prison.

De plus, les conditions de détention classique ne participent alors pas à l'amélioration de l'état de santé des malades mentaux, mais entraînent bien au contraire de très fréquentes aggravations. En effet, les annexes psychiatriques sont des espaces de la prison conçus en vue de l'enfermement de délinquants et non du traitement de malades mentaux, et elles ne sont donc pas adaptées à la pratique de soins psychiatriques sérieux. La **Belgique** a d'ailleurs été **condamnée par la Cour européenne des droits de l'homme** pour ce motif, qui va à l'encontre de l'arrêt « Aerts c.

Belgique » du 30 juillet 1998 (Recueil des arrêts et décisions 1998-V, § 46). La Cour y stipule, notamment, qu'« *il doit exister un certain lien entre, d'une part, le motif invoqué pour la privation de liberté autorisée et, de l'autre, le lieu et le régime de détention. En principe, la « **détention** » d'une personne comme **malade mental** ne sera « régulière » au regard de l'alinéa e) du § 1 (de l'article 5) que si elle se déroule dans un **hôpital, une clinique ou un autre établissement approprié** (arrêt *Ashingdane c. Royaume-Uni* du 28 mai 1985, série A n°93, p. 21, § 4) » ». De plus, le **comité contre la torture des Nations Unies** et le **comité des droits de l'homme de l'ONU** ont à leur tour recommandé en 2003 et 2004 d'améliorer le système d'accès aux soins de Santé dans les établissements pénitentiaires belges, de mettre fin au maintien en détention des malades mentaux jusqu'à leur transfert dans un établissement de Défense Sociale, et de s'assurer que le suivi et la protection de ces malades mentaux relèvent désormais de la responsabilité du Ministère de la Santé. Afin d'améliorer cette situation, de nouveaux établissements de Défense Sociale pourraient ouvrir à Gand et Anvers, pour une capacité d'environ 450 places, mais cela prendra du temps. D'autres efforts sont par ailleurs consentis par le Ministère de la Justice, tels que la mise sur pied d'équipes pluridisciplinaires dans les annexes des prisons. Cependant, cette proposition est loin de répondre aux difficultés décrites ci-dessus, d'autant plus que ces équipes interviennent uniquement dans les ailes psychiatriques des prisons, et non en cellule.*

D'autre part, les **différentes institutions** constituant le système de Défense Sociale sont confrontées en pratique à divers **manques de moyens** menaçant leurs bons fonctionnements. Ainsi, les prises en charge d'internés en établissements de Défense Sociale comme en hôpital psychiatrique se heurtent à des insuffisances communes, mais les problèmes qu'elles y rencontrent semblent bien différents.

En effet, si les **hôpitaux agréés** sont en recherche de **locaux adéquats**, et de normes officielles d'encadrement qui tiennent compte des deux missions dévolues à l'internement, les soins et la sécurité de la société, plusieurs **établissements de Défense Sociale** manquent quant à eux à tous les niveaux de **moyens d'encadrement thérapeutiques** satisfaisants.

Les services psycho-médico-sociaux prenant en charge les internés dans ces établissements doivent en effet faire face à certaines difficultés. La fonction de ces services y est double, consistant à la fois en un **travail d'expertise** et en un **travail thérapeutique**, et elle doit pourtant être assurés par les mêmes intervenants du fait d'un **manque de personnel spécialisé**. Or ces deux missions s'opposent et sont même absolument contradictoires pour certains, un travail réellement thérapeutique n'étant possible que si une relation de confiance et une authentique alliance thérapeutique se construit entre patient et thérapeute, ce qui ne peut être obtenu qu'une fois dégagé de tout regard expertal

d'évaluation, pouvant entraîner de lourdes conséquences au niveau judiciaire. De plus, l'établissement de Défense Sociale de **Paifve** est en particulier souvent perçu de façon péjorative comme une simple « **prison psychiatrique** ». À l'unanimité, les intervenants médicaux, paramédicaux et psychosociaux y regrettent en effet que le personnel de base y soit constitué d'agents pénitentiaires **peu ou pas formés dans le domaine de la psychopathologie**, ce qui va à l'encontre de la dispensation de soins spécifiques de qualité, et engendre une relative **maltraitance** liée à de multiples dysfonctionnements. Le personnel qualifié y est de plus en sous-nombre important, ce qui aggrave l'inactivité, la régression et l'institutionnalisation des patients, et met ainsi en péril leurs **capacités de réinsertion**.

Plusieurs principes du modèle belge de Défense Sociale semblent donc remis en cause par l'importante insuffisance des moyens dévolus à sa mise en œuvre. En effet, les prises en charge des internés y sont ainsi limitées par de grands **manques de personnels, de formations, de places et d'adaptation des structures**. Dans ce contexte, les deux objectifs capitaux du système belge semblent remis en question, les soins proposés semblant de qualité insuffisante et la protection de la société étant menacée par l'inadaptation de certains locaux comme par le manque de préparation à la réinsertion.

- **Cloisonnement**

Les difficultés de fonctionnement du système belge se trouvent encore aggravées par le grand cloisonnement existant entre ses diverses institutions judiciaires, sanitaires et de Défense Sociale, qui est entretenu par le caractère ségrégatif de ce modèle et y entraîne leurs isolements respectifs. La mise en place de **réseaux de soins** autour des internés se heurte ainsi en particulier à de grandes difficultés, qui entraînent de nombreuses limites à leurs prises en charge.

Les obstacles à l'établissement d'échanges dynamiques entre les différents intervenants en Défense Sociale sont notamment liés aux nombreux **cloisonnements politiques** du système belge et des **compétences**, entre les Ministères de la Justice et de la Santé d'une part, et entre les instances administratives communautaires, départementales, régionales et fédérales d'autre part. De plus, il existe en Belgique une **rupture ancienne entre la Psychiatrie Générale et la Psychiatrie Légale**, liée à la **forte spécialisation** de cette dernière dans les **filières de Défense Sociale**.

Au sein du système de Défense Sociale, le manque d'échanges entre les différents intervenants entraîne tout d'abord une grande **méconnaissance mutuelle des rôles** de chacun, conduisant à de

nombreux dysfonctionnements. La systématisation des collaborations est alors presque inexistante, et la pratique fluide d'un travail en réseaux plus que fragmentaire. À ce sujet, le nouveau report de la mise en application de la loi du 21 avril 2007 au 1^{er} février 2012 traduit d'ailleurs bien l'ampleur et la lourdeur de ce système. De plus, ces **manques de communication et d'échanges dynamiques** entre professionnels sanitaires et judiciaires entraînent alors une importante **sclérose** du circuit de soins proposés aux individus internés, devenant peu ajustable à chacun. Dans ce contexte, la **stigmatisation** qui frappe ces individus du fait de leur parcours spécifique en Défense Sociale se trouve alors encore aggravée, ceux-ci n'étant pas considérés globalement, dans leur dimension humaine.

D'autre part, le cloisonnement existant entre la **Psychiatrie Légale de Défense Sociale** et la **Psychiatrie Générale** entraîne d'autres difficultés spécifiques. Les établissements de Défense Sociale ont en effet beaucoup de **difficultés à établir des collaborations** avec les centres de Psychiatrie Générale, qui semblent peu enclin à prendre en charge d'anciens internés par peur, par ignorance, ou du fait des modifications de leur mode de fonctionnement depuis quelques décennies dans le sens de leur ouverture sur la société. Il est ainsi très difficile de faire admettre les internés dans les hôpitaux psychiatriques une fois la mesure d'internement levée, et de les intégrer alors dans le circuit de soin classique. Les établissements de Défense Sociale déplorent en ce sens le manque de structures d'accueil extra-hospitalières pouvant accepter la prise en charge d'internés, trop de libérations à l'essai étant de ce fait proposées dans des institutions mal adaptées, non agréées, alors choisies par défaut. Cette insuffisance de coordination entraîne donc de nombreuses limites dans la prise en charge des internés, **compliquant** notamment le travail de leur **réinsertion dans la société** ainsi que la fluidité et la **continuité des soins** dont ils ont besoin. Un aspect que la loi de Défense Sociale n'aborde quasiment pas est d'ailleurs celui de ces structures sociales au sein desquelles les « libérés » pourraient trouver un milieu de vie et une tutelle en vue d'améliorer cette réinsertion. En effet, un bon nombre des patients relevant de la Défense Sociale est dans une situation sociale précaire, parfois sans aucun soutien familial, et nécessiterait donc grandement un tel accompagnement.

Le travail de collaboration entre les acteurs des réseaux de Psychiatrie Générale et les circuits d'internement doit ainsi être poursuivi de façon prioritaire. Celui-ci devrait en effet pouvoir notamment aboutir aux projets prévoyant que les 20 % environ d'internés présentant un degré de dangerosité faible puissent être pris en charge par le circuit de soins psychiatriques réguliers, et ainsi ne pas rester trop longtemps dans le dispositif de Psychiatrie Légale. Pour cela, les hôpitaux psychiatriques agréés sont cependant en **attente de financements** pour le développement de lits destinés à la Défense Sociale.

- **Instrumentalisation**

La loi belge de Défense Sociale offre avec l'**internement** la possibilité d'enfermer et de prendre en charge des individus jugés dangereux pour des durées indéterminées, afin de protéger la société. Si les **indications** à cette mesure sont **limitées**, elle peut néanmoins donner lieu à des **tentatives d'instrumentalisation** sécuritaire risquant d'en faire une simple **mesure d'exclusion**, camouflée par un **alibi soignant bienveillant**.

La commission de Défense Sociale se prononce sur la situation de chaque interné tous les six mois, et peut reconduire **sans limite** les internements, en particulier pour les personnes considérées comme encore dangereuses. Il semble alors que pour cette raison, la juridiction de jugement soit parfois tentée de **privilégier l'internement plutôt qu'une condamnation** à une peine d'emprisonnement. Cette tentation serait notamment présente pour les personnes présentant une grande dangerosité, chez lesquelles on mettrait alors en avant d'importants **troubles de la personnalité**, même si ces troubles ne sont en réalité pas assimilables à une maladie mentale et ne relèvent donc pas d'un traitement médical. De plus, la loi en vigueur actuellement attribue directement la **décision d'internement** aux **juridictions** d'instruction ou de jugement, sans rendre obligatoire la pratique préalable d'une expertise psychiatrique, qui pourrait pourtant poser des indications de soins de façon plus adaptée.

Ces craintes d'instrumentalisation peuvent par ailleurs être appuyées par les manques manifestes d'objectivité et de clarté de certaines décisions. En effet, certains constatent notamment des **inégalités de traitement selon les commissions de Défense Sociale** en charge des dossiers, et l'on peut ainsi, dans des situations pourtant semblables, être interné dans la province d'Anvers ou condamné en Flandre occidentale [106].

La nouvelle loi, adoptée le 21 avril 2007, modifie comme nous l'avons vu plusieurs points du dispositif belge, notamment en subordonnant désormais la décision d'internement à une expertise psychiatrique, et en transférant les compétences des commissions de Défense Sociale aux tribunaux d'application des peines. Cependant, ce texte est lui-même issu de réflexions ayant directement suivi la survenue de faits divers criminels très médiatiques, ce qui peut à nouveau y faire craindre des tentatives **d'instrumentalisation par les politiques sécuritaires**. En effet, c'est en particulier en

2006 que des initiatives réformatrices ont été sérieusement prises, alors précipitées par la survenue du « drame de Liège ». Durant l'été 2006, la disparition de deux fillettes a en effet ébranlé les assises sécuritaires de la société belge, et l'individu inculpé dans leurs meurtres et le viol de l'une d'elle, plus tard condamné à la prison à perpétuité, s'est alors révélé être un ancien interné, libéré définitivement par la commission de Défense Sociale dont il dépendait en décembre 2005, après quatre ans d'internement. Cette libération avait alors suivi les conclusions du dernier psychiatre l'ayant expertisé, pour qui cet homme présentait une psychopathie et ne devait donc pas séjourner dans un service psychiatrique, son internement résultant d'une erreur diagnostique. Les **réflexions** ayant suivi cette affaire ont ainsi été orientées dans un **sens très sécuritaire**, celles-ci étant alors particulièrement motivées par des **réactions émotionnelles**, dans une **volonté de mieux protéger la société**.

Le législateur semble ainsi en 2007 avoir principalement voulu renforcer cette protection de la société, en réformant la loi de Défense Sociale dans un **mouvement répressif en réaction directe à ce fait divers tragique**. En effet, les **conditions des libérations d'internement** sont notamment **durcies** par ce nouveau texte, de nouveaux facteurs devant être préalablement pris en considération, et toute libération définitive devant être précédée d'une libération à l'essai d'au moins deux ans, elle-même obtenue après la mise en place d'aménagements progressifs. La nouvelle loi diminue donc les libérations d'internement, déjà de plus en plus parcimonieuses actuellement du fait d'une volonté absolue de réduire les risques.

De ce fait, ces évolutions augmentent encore les délais de prise en charge en établissement adapté d'une grande proportion d'internés, végétant en milieu carcéral en l'attente d'une place sans recevoir les soins pourtant jugés indispensables à leur état. Le fait que cette réforme soit alors défendue malgré l'aggravation de cette situation révèle bien une fois de plus les **priorités sécuritaires** des gouvernants dans la prise en charge des internés, qui dominent considérablement la dimension sanitaire de celles-ci. Cette **dimension soignante** semble alors plus que jamais être **instrumentalisée**, afin de rendre acceptable un simple but de protection de la société par **l'exclusion**. De plus, la question des **moyens** ressurgit ici avec vivacité, ce nouveau dispositif légal nécessitant plus que jamais de dégager d'importants moyens dans ce partenariat Justice – Santé, notamment dans la création de places de Défense Sociale.

Par ailleurs, c'est désormais le **tribunal d'application des peines** qui décide des modalités d'exécution de l'internement, ce qui entraîne un double effet : **l'absence du psychiatre** au sein de cette instance décisionnelle et la **suppression de la voie de l'appel** contre les décisions émanant de cette juridiction. Cette judiciarisation semble ainsi encore renforcer les risques d'instrumentalisation de l'internement à des fins purement sécuritaires et répressives.

Plusieurs intervenants regrettent d'autre part qu'en cas de manquement même relativement anodin à l'une des obligations auxquelles est soumis l'interné libéré, celui-ci soit alors désormais **directement renvoyé en prison**, sans pouvoir retourner au sein de sa structure de soin. Les internés sont de ce fait selon certains « **les hommes les moins libres du royaume** » car le moindre écart de conduite peut les mener en prison, même sans récidive, puis en annexe psychiatrique.

Enfin, une autre innovation de la loi de 2007 souligne bien cette accentuation de la sévérité répressive aujourd'hui voulue par le législateur : « *l'internement avec incarcération immédiate* », qui renvoie à nouveau à la prison comme lieu d'internement, calquant la détention préventive existant pour les condamnés.

Le système ségréatif belge de Défense Sociale offre donc comme nous l'avons vu aux internés des **prises en charge spécifiques et personnalisées**. En effet, la mesure d'internement apparaît ainsi ajustée par une bonne coopération entre le champ judiciaire et le champ sanitaire, notamment au sein des établissements de Défense Sociale. Cependant, ces instituts risquent de nos jours de devenir des **filières sur-spécialisées à visée uniquement sécuritaire**, s'éloignant de toute démarche thérapeutique notamment du fait de coûts de fonctionnement s'avérant très élevés. Ce dispositif semble alors poursuivre le simple but de mettre hors-circuit, de neutraliser et d'exclure des individus uniquement considérés comme « indésirables », en ignorant leur dimension humaine globale.

Si la nouvelle loi de 2007 est à son tour annoncée comme un compromis entre le traitement et la protection de la société, les **enjeux sécuritaires** y semblent néanmoins toujours **prédominants**. En dépit de la disparition dans ce texte de la notion de Défense Sociale, tant dans la dénomination de la loi elle-même que dans celle des institutions chargées de sa mise en application – les établissements de Défense Sociale devant devenir des « centres de Psychiatrie Légale » –, cette mission de protection de la société y apparaît en effet largement prioritaire à celle des soins. Ainsi, ces efforts de vocabulaire semblent encore y appuyer la volonté d'**instrumentalisation de l'image humaniste du « Soin »** psychiatrique, pour mettre en réalité en place un **système d'exclusion** mal assumé.

2. Rapport sénatorial de mai 2010 [21]

Le rapport d'information remis au Sénat le 5 mai 2010, relatif à la *prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions*, revient une nouvelle fois sur le parcours de ces individus en France, et élabore des **propositions** afin d'améliorer celui-ci à l'avenir. Il succède à de nombreux rapports et textes législatifs remis ces dernières années autour du débat plus large sur la dangerosité liée aux troubles psychiques, ce qui souligne la grande actualité de ce sujet. Ce travail est cette fois issu du regard croisé de la commission des affaires sociales avec Gilbert Barbier et Christiane Demontès, et de la commission des lois au travers de Jean-René Lecerf et Jean-Pierre Michel.

Dans l'avant propos, les auteurs soulignent la récente définition du sens de la peine privative de liberté par le législateur, que nous avons étudiée. Le groupe de travail met alors cependant en avant l'existence, « *au sein des prisons françaises, d'une proportion importante de personnes atteintes de troubles mentaux tels que la peine ne peut revêtir pour elles aucun sens* », et pour lesquelles tout travail de réinsertion est ainsi grandement compromis.

Ce rapport entend ainsi répondre aux nombreuses voix s'élevant pour dénoncer cette situation, qui n'est compatible ni avec les exigences de la sécurité, ni avec celles de l'éthique médicale, ni avec nos valeurs démocratiques. Et plutôt que de tenir pour un fait acquis la forte présence de troubles mentaux en prison, ce qu'ils reprochent aux travaux précédents, ses auteurs disent vouloir y pousser plus avant la réflexion, afin de parvenir à un équilibre pour la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux, qui tienne compte à la fois des préoccupations liées aux soins, à la sécurité et aux libertés.

Le groupe de travail a auditionné plusieurs professionnels afin d'enrichir son analyse, et il s'est rendu en Belgique et en Suisse afin d'étudier des systèmes de prise en charge très différents du modèle français. Comme nous l'avons étudié pour le dispositif belge, ces systèmes mettent en œuvre les principes de la **Défense Sociale**, dont la France pourrait donc s'inspirer prochainement. Après avoir analysé ces expériences étrangères, les rapporteurs formulent des **propositions** afin de faire évoluer le Modèle Intégratif français, articulées autour de trois lignes directrices : **l'atténuation effective de la peine** lorsque le **discernement est altéré**, l'obtention d'une **continuité**

des soins satisfaisante, et l'utilisation plus efficace des **moyens actuels de la Psychiatrie**. Comme nous le verrons, ces suggestions ne répondent cependant pas à toutes les difficultés du dispositif français d'articulation Santé – Justice que nous avons décrites, et pourraient y appuyer encore davantage la domination du sécuritaire sur le sanitaire.

a. Enseignements des exemples étrangers

Dans son rapport, le groupe de travail tire des enseignements de ses visites en Suisse et en Belgique en y mettant en évidence des prises en charges bien distinctes de celles proposées en France par le Modèle Intégratif aux auteurs d'infractions atteints de troubles mentaux.

Les rapporteurs évoquent en particulier l'existence de la **mesure d'internement** en Belgique, qui peut être prononcée, suivie et levée **par le juge** à l'encontre de personnes pourtant irresponsabilisées pénalement. Ils soulignent de plus la **judiciarisation** intégrale récente de cette mesure, appuyant ainsi sa grande différence de l'hospitalisation d'office française, malgré la possibilité pour cet internement d'avoir également une **durée indéterminée**, avec réexamen régulier.

Le terme de « **pragmatisme extrême** » est d'autre part attribué au système belge pour décrire ses modalités de fonctionnement, qui font face à de fortes contraintes budgétaires. En dépit d'un nombre en effet réduit d'établissements réservés à l'internement, il est ainsi pointé que des personnes concernées par cette mesure peuvent néanmoins être prises en charge en **hôpital psychiatrique**, ou en **établissement pénitentiaire**.

Ce système belge de prise en charge des auteurs d'infractions atteints de troubles mentaux est d'autre part défini dans ce rapport comme étant « *à la croisée des chemins, la défense sociale s'apprêtant à [y] subir une mutation importante dans les années à venir* ». Or, comme nous l'avons étudié, la loi du 21 avril 2007 conforte le modèle ségréatif de prise en charge, et réaffirme son principal objectif de protection de la société.

Les rapporteurs français semblent par ailleurs avoir vu se dessiner quelques risques inhérents à ce fonctionnement. Ils ont notamment bien noté la condamnation de la Belgique par la Cour Européenne des Droits de l'Homme, relative au maintien parfois très long de nombreux **internés en annexes psychiatriques d'établissements pénitentiaires**, lié à l'insuffisance du nombre de places en établissement de Défense Sociale. D'autres enseignements, moins complaisants, doivent ainsi

être tirés de l'analyse de cet exemple voisin. Ce rapport révèle en particulier un **coût très important** de ce dispositif d'articulation Psychiatrie – Justice, qui combine le fonctionnement de trois types de structures de prise en charge : la prison, l'hôpital et la filière ségrégative que constituent les établissements de Défense Sociale. Il est ainsi aujourd'hui impossible de développer ce modèle de façon optimale, et la tentative récente de sa rénovation par le texte législatif de 2007 se heurte de plus à des reports répétés d'application, compte tenu de l'ampleur des mesures à prendre.

Concernant ces expériences étrangères, le rapport établit finalement qu'« *en Belgique comme en Suisse, le travail commun entre magistrats et médecins paraît plus aisé et développé qu'en France* ». Comme nous l'avons étudié, le système belge apparaît cependant intégralement judiciaire, et tourné vers la protection de la société avec un pragmatisme extrême, à tout prix. On peut donc se demander si ce qui « faciliterait » ainsi son fonctionnement ne serait pas lié à une domination du sécuritaire sur le sanitaire dans ce modèle, risquant de conduire à une Psychiatrie inaudible, soumise et instrumentalisée.

b. Propositions du Rapport

Le groupe de travail élabore dans ce rapport plusieurs suggestions afin de mieux faire face à l'augmentation dans les prisons françaises du nombre de détenus atteints de troubles mentaux, pour lesquels la peine ne revêt aucun sens. Ces idées peuvent ainsi être regroupées en trois axes principaux, visant à améliorer le Modèle Intégratif actuel.

- **Atténuer réellement la peine en cas d'altération du discernement**

Le groupe de travail s'est intéressé dans son rapport à la distinction française entre abolition et altération du discernement, telle qu'elle est développée dans l'article 122-1 du Code Pénal. En dépit de l'existence de quelques critiques à son sujet, principalement relatives au caractère non médical et donc difficilement mesurable de la notion même de discernement pour certains, la pertinence de cette distinction y est alors appuyée.

Les rapporteurs estiment néanmoins qu'il est indispensable de réécrire le second alinéa de l'article 122-1, en raison de son application problématique. Comme nous l'avons étudié précédemment, le constat expertal d'**altération du discernement** conduit en effet très fréquemment à un **alourdissement des peines prononcées**, qui va à l'encontre de l'esprit initial du concept législatif.

Dans le deuxième alinéa de l'article 122-1 du Code Pénal, si la juridiction doit tenir compte de l'existence du trouble lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime, cela devrait ainsi être dans le sens d'une atténuation de celle-ci. Plusieurs pays européens reconnaissent d'ailleurs ce principe de responsabilité atténuée, et la plupart y associe une réduction automatique de peine, comme c'est notamment le cas en Espagne et en Italie. La première proposition du rapport Lecerf vise ainsi à *« compléter le second alinéa de l'article 122-1 du code pénal afin de prévoir que l'altération du discernement entraîne une réduction de la peine encourue comprise entre le tiers et la moitié de ce quantum »*.

Un autre type de modification touchant ce paragraphe législatif est également prôné dans le rapport, complémentaire au premier et portant sur le régime d'exécution de la peine. Par cohérence, celui-ci vise alors à fixer des **conditions nouvelles** relatives à la prise en charge des personnes dont la peine serait réduite en raison d'une responsabilité atténuée. Les rapporteurs élaborent ainsi une proposition pouvant se combiner ou se substituer à la première, ayant pour objet de *« prévoir que lorsqu'une altération du discernement est constatée, la peine prononcée est exécutée pour une période comprise entre le tiers et la moitié de sa durée sous le régime du sursis avec mise à l'épreuve assorti d'une obligation de soins »*.

En corollaire à ces modifications, un renforcement de la prise en charge médicale est alors mis en avant dans le rapport, pendant le temps de la peine ainsi qu'à l'issue de l'incarcération. En ce sens, les auteurs proposent tout d'abord, au stade de l'exécution de la peine, de *« prévoir l'affectation systématique des personnes dont le discernement est altéré dans les établissements pénitentiaires comprenant un SMPR »*. Cette proposition est de plus associée au *« retrait systématique des crédits de réduction de peine [...] en cas de refus, par la personne dont le discernement a été déclaré altéré, des soins qui lui ont été proposés par le juge d'application des peines après un avis médical »*. Au moment de la libération de ces personnes, les auteurs évoquent alors la possibilité d'application d'*« une obligation de soins [...] pendant la période comprise entre la libération [...] et le terme de la durée de la peine encourue »*, ainsi que *« des mesures de sûreté réservées actuellement [...] aux personnes irresponsables »*.

Ces propositions pourraient ainsi favoriser une meilleure application du second alinéa de l'article 122-1, qui est comme nous l'avons vu souvent perverti, en permettant une meilleure adaptation de

l'articulation entre peine et soin pour les auteurs d'infractions atteints de troubles mentaux mais responsabilisés. Cependant, il faut pour cela que des **moyens** soient mis à disposition des structures sanitaires en milieu carcéral comme en milieu libre, qui seraient encore davantage sollicitées. Des **dispositifs de prises en charge sécurisées** devraient en effet être particulièrement développés lors de la libération de ces personnes, afin de favoriser la continuité des soins et de constituer alors une alternative solide aux longues incarcérations, très souvent préférées aujourd'hui en vue de protéger la société.

- **Améliorer l'efficience des Réseaux de Psychiatrie Médico-légale**

La deuxième orientation des propositions élaborées par le rapport de mai 2010 concerne les Réseaux de Psychiatrie Médico-légale, indispensables comme nous l'avons vu à la bonne prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis une infraction.

Le bon fonctionnement de ces réseaux dépend tout d'abord d'une bonne organisation territoriale de la Psychiatrie, en vue de favoriser le maintien et la **continuité des soins** pour ces individus, notamment en milieu libre. Les difficultés d'organisation de la Psychiatrie Générale se retrouvent en effet dans la Psychiatrie Légale, souvent dans des proportions d'autant plus graves que l'attractivité de ce domaine est faible selon les rapporteurs. D'autre part, ils considèrent la continuité des prises en charge en Psychiatrie Générale, pour les patients ayant commis une infraction ou non, comme une nécessité absolue pour éviter de retrouver certains d'entre eux en prison. Le rapport Couty remis en janvier 2009 avait ainsi déjà repéré que pour certains malades, *« l'aggravation de l'état pathologique est à la fois cause et effet d'un affaiblissement ou d'une perte de contact entre le patient et le dispositif de soins »*, notamment du fait de problèmes d'observance médicamenteuse. Ce travail préconisait alors de définir une organisation graduée des soins psychiatriques, appuyant en particulier la nécessité de mettre en place un premier niveau de proximité structuré par la création de *« groupements locaux de coopération pour la santé mentale »*. Dans la lignée de ces analyses antérieures, le groupe de travail du nouveau rapport y élabore plusieurs propositions : *« organiser des états généraux de la santé mentale réunissant les professionnels concernés »* ; *« autoriser, dans le cadre d'expérimentations départementales, la mise en place des groupements locaux pour la santé mentale préconisés par le rapport Couty »* ; et finalement *« présenter un projet de loi sur la santé mentale susceptible de permettre l'adaptation de l'organisation territoriale de la psychiatrie aux besoins de la population »*.

A ce sujet de la continuité des soins, le rapport de mai 2010 évoque de plus la réforme prévue de la

loi du 27 juin 1990, en appuyant la nécessité de mettre en œuvre une « *obligation de soins en ambulatoire* » en vue d'« *éviter les ruptures de soins* ».

Par ailleurs, les rapporteurs ont noté l'insuffisance actuelle de la formation des psychiatres à la pratique médico-légale, soulignée par un grand nombre d'expert, et qui freine donc également le développement des réseaux du Modèle Intégratif. Plusieurs propositions sont alors mises en avant dans le rapport, visant notamment à « *renforcer la formation des psychiatres à la pratique médico-légale [...] en créant un diplôme d'études spécialisées complémentaire en psychiatrie médico-légale* », tout en développant « *les formations communes aux professionnels de la justice et de la santé* », « *afin de favoriser des échanges réguliers qui permettront de lever les incompréhensions persistantes* ».

Un autre problème soulevé par le groupe de travail dans la prise en charge des auteurs d'infraction atteints de troubles mentaux par le Modèle Intégratif français concerne les **mauvaises conditions actuelles de l'expertise psychiatrique pénale**, menant notamment à « *l'entrée en prison d'un grand nombre de patients atteints de troubles mentaux* ». Ce phénomène peut, comme nous l'avons évoqué précédemment, être relié à l'augmentation exponentielle des cas de recours à l'expertise psychiatrique ces dernières années, cette multiplication ne pouvant « *que se traduire par une diminution de leur qualité et de leur portée dans un contexte de pénurie relative du nombre d'experts* ». La nécessité d'améliorer la formation est alors à nouveau appuyée, ainsi que celle d'accorder une attention particulière à la clinique psychiatrique lors de toute garde à vue, s'il le faut par la réquisition d'un psychiatre. La première des recommandations de l'audition publique de 2007 [55] est également soulignée, suggérant « *d'éviter de prévoir de nouveaux cas réglementaires ou législatifs de recours à l'expertise psychiatrique* ». Quatre propositions sont finalement élaborées par le groupe de travail à ce sujet : « *actualiser et harmoniser au niveau national les questions types posées aux experts* » ; « *organiser régulièrement des échanges entre experts sur le modèle de l'audition publique de 2007* » ; « *revaloriser la rémunération des expertises pénales* » ; et « *examiner la possibilité de rétablir l'expertise conjointe par deux experts dans certains cas* ».

Ces différentes préconisations pourraient optimiser le fonctionnement dynamique des Réseaux de Psychiatrie Médico-légale, et améliorer ainsi la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux placées sous main de Justice dans notre pays. Cependant, certaines d'entre elles peuvent comporter des risques, et leur application concrète pourrait se révéler difficile.

- **Développer les moyens actuels de la Psychiatrie**

Dans ce rapport de mai 2010, le groupe de travail aborde finalement un troisième axe de propositions, dont l'objectif est de disposer d'une palette large d'outils pour prendre en charge les malades mentaux ayant commis des infractions.

Les rapporteurs évoquent tout d'abord le grand nombre de travaux consacrés à ce sujet, qui traduit la complexité de cette problématique. Ils reviennent ensuite sur la nécessaire flexibilité des dispositifs à mettre en œuvre, afin de conjuguer le Soins à la Peine de façon adaptée à chaque individu. Ils semblent alors plus critiques vis-à-vis du « grand pragmatisme » en vigueur dans les pays voisins étudiés, pouvant y conduire à l'incarcération de personnes déclarées irresponsables.

Plusieurs propositions sont mises en avant dans un premier temps, visant à **développer les structures de soins** des Réseaux de Psychiatrie Médico-légale déjà existantes :

- Conforter les **SMPR** :
 - . « *Envisager la création de SMPR supplémentaires en maison centrale* » ;
 - . « *Choisir les implantations des futurs établissements pénitentiaires en tenant compte de la démographie médicale, notamment en psychiatrie* ».
- Accroître le nombre d'**UMD**, une sixième étant en cours de construction en Rhône-Alpes, et la création de quatre nouvelles étant programmée (CHS du Rouvray, CH d'Eygurande, à Chalons-en-Champagne, et à Albi) :
 - « *Réaliser et mettre en service à brève échéance les nouvelles UMD programmées, afin de réduire les délais d'attente nécessaires pour accéder à ces structures* ».
- Au sujet des **UHSA**, le groupe de travail se montre plus prudent, la première venant seulement d'entrer en service. Des mises en garde sont en effet mises en avant dans ce rapport, prenant notamment en compte le risque que nous avons décrit de **responsabiliser** davantage les auteurs d'infractions souffrant de maladie mentale, en prenant prétexte du fait que la reconnaissance de la simple altération de leur discernement permettra une prise en charge médicale sécurisée dans ces structures. Il est ainsi avant tout préconisé d'étudier ces nouvelles unités :
 - « *Établir des statistiques précises et détaillées sur les profils des détenus accueillis en UHSA (pathologie, condamnations, parcours pénitentiaire, séjours multiples dans la structure...) afin de permettre une évaluation régulière de ces unités* ».

La prise en charge de ces personnes à leur sortie de prison est également envisagée dans le rapport, le **lien entre les SMPR et les secteurs de Psychiatrie Générale** semblant assuré de

manière « *très variable* », alors qu'il représente un enjeu considérable pour la continuité des soins. Les rapporteurs proposent à ce sujet deux mesures, afin que des prises en charge adaptées puissent être mises en place à l'issue de l'exécution de la peine :

. « *Mettre en place les outils nécessaires, sous l'égide des agences régionales de santé, pour que tout détenu ayant séjourné en SMPR puisse être suivi dans le cadre du secteur de psychiatrie générale à sa sortie de prison* » ;

. « *Prévoir des possibilités d'hébergement dans des structures intermédiaires, telles que les appartements thérapeutiques, pour les détenus atteints de troubles mentaux sortant de prison avant d'envisager une prise en charge ambulatoire* ».

Par ailleurs, le groupe de travail s'est intéressé au fonctionnement particulier du centre pénitentiaire de Château-Thierry, y vantant un travail pénitentiaire menant à « *l'organisation de relations très différentes de celles observées habituellement en prison* », et à « *un traitement individualisé des personnes atteintes de graves troubles mentaux* ». Cet établissement, dénommé « maison centrale sanitaire » en 1986 car accueillant alors de nombreux détenus anormaux, a retrouvé la qualification classique de centre pénitentiaire avec la réforme sanitaire de 1994, tout en conservant cependant sa spécificité et un encadrement médical se voulant « renforcé ». Les personnels de surveillance y ont ainsi progressivement acquis un « savoir-faire empirique » basé sur la dimension humaine des relations interpersonnelles, favorisée par leur nombre plus élevé qu'ailleurs, qui y permet une meilleure disponibilité et la connaissance de chaque détenu. Château-Thierry accueille ainsi aujourd'hui des détenus pour des durées de six mois à un an, avec l'objectif de « *restaurer des liens sociaux et de réadapter [la personne] à la détention ordinaire après un séjour temporaire dans cet établissement* ». Afin de valoriser cette expérience qui contribue à la stabilisation de ces condamnés, les rapporteurs évoquent deux propositions :

. « *Favoriser la mise en place, au sein de plusieurs établissements pénitentiaires, d'unités pour la prise en charge de long séjour de personnes stabilisées mais fragiles où, d'une part, les pratiques pénitentiaires s'inspireraient de celles mises en œuvre à Château-Thierry et, d'autre part, l'encadrement médical serait renforcé* » ;

. « *Envisager, dans le cadre du nouveau programme de construction, des établissements qui répondraient à ces caractéristiques* ».

Le rapport évoque enfin la situation des auteurs d'infractions reconnus irresponsables en raison d'une abolition du discernement. Le groupe de travail revient alors sur le manque de sécurisation de nombreux hôpitaux psychiatriques, et il envisage deux pistes alternatives pour y remédier dans ses

propositions :

. « *Envisager la possibilité de créer au sein des UHSA des secteurs séparés qui seraient ouverts aux auteurs d'infractions reconnus irresponsables et hospitalisés d'office lorsque le type de prise en charge qu'elles permettent et le niveau de sécurité qu'elles assurent est adapté à la situation de ces malades* » ;

. « *Envisager la création au sein des UMD de quartiers plus particulièrement sécurisés permettant d'accueillir les personnes ayant commis des infractions et reconnues irresponsables* ».

Ces différentes dispositions pourraient ainsi favoriser le développement des Réseaux français de Psychiatrie Médico-légale, mais leur mise en application pourrait se heurter à de grandes difficultés fonctionnelles.

L'ensemble des propositions élaborées par le groupe de travail dans ce rapport vise ainsi à mieux prendre en charge les auteurs d'infraction atteints de troubles mentaux. Ces démonstrations **ne remettent pas en cause le Modèle Intégratif français d'articulation Santé – Justice**, mais cherchent à l'enrichir pour mieux l'adapter à chaque situation. On peut cependant repérer quelques **limites** à ce travail, ainsi que différents **risques** inhérents à sa mise en place.

c. Limites

L'ensemble des propositions mises en avant dans ce rapport semble bien cohérent et orienté dans un sens globalement positif, de façon adaptée et réfléchie à partir de l'analyse des ressources et des limites des modèles français et étrangers. Cependant, l'application de certaines de ces suggestions pourraient s'avérer problématique, de façon pratique comme par le contenu mêmes de celles-ci.

Tout d'abord, la proposition d'atténuation réelle des peines combinée à l'application de mesures sanitaires pour les condamnés dont le discernement a été jugé altéré permettrait de mieux articuler la Peine et le Soins pour ces individus, de façon adaptée à chaque situation. Cependant, les nouvelles indications de soins suscitées par cette mesure se heurtent en pratique aux difficultés déjà existantes

d'assurer les prises en charge habituelles, liées à de grands **manques de moyens de la Psychiatrie**, en milieu carcéral comme en milieu libre.

D'autres suggestions des rapporteurs prônent parallèlement de développer certains dispositifs sanitaires existants pour améliorer les prises en charge de ce public spécifique, ainsi que de mettre en place une mesure de soins sous contrainte en ambulatoire. Une fois encore, ces recommandations semblent occulter l'état actuel de la Psychiatrie publique, qui ne dispose déjà pas d'assez de moyens pour proposer des prises en charge satisfaisantes à la population générale, en terme d'un manque de structures, telles que des appartements thérapeutiques par exemple, mais également d'un manque de soignants entraînant des difficultés à assurer de simples suivis.

Les dispositions préconisées, spécifiques à la Psychiatrie Médico-légale, risquent ainsi de favoriser l'émergence d'une **filière ségrégative de soins** pour les **auteurs d'infractions**, à l'écart de la Psychiatrie Générale. De plus, l'opposition et la mise en compétition de ces deux disciplines sur le sujet très sensible des moyens mis à leur disposition risquent d'encore creuser le **clivage** existant entre elles deux, malgré les forts liens qui les unissent en théorie.

Par ailleurs, l'évocation de l'**établissement de Château-Thierry** dans ce rapport donne lieu à une certaine **confusion**. En effet, il est expliqué que les surveillants pénitentiaires y ont acquis un savoir-faire empirique, qui les a notamment rendus capables de suppléer pour partie à l'absence de psychiatre en 2006. On peut ainsi relever une **confusion des rôles entre soignants et agents pénitentiaires**, la disponibilité et la bonne connaissance des détenus par ces derniers n'ayant rien à voir avec la réalisation d'un travail thérapeutique. Le type de population à qui s'adresse cet établissement demeure également confus, le rapport évoquant à ce sujet « *des personnes atteintes de graves troubles mentaux* », ou encore « *des personnes qui, sans justifier d'une hospitalisation dans une structure de soins stricto sensu, restent néanmoins inadaptées à une détention normale* ». Il est de plus précisé que leur **placement** y est actuellement **temporaire** car visant leur « *réadaptation à la détention ordinaire* », alors que cet objectif se révèle cependant parfois « *bien improbable* » étant donné le grand nombre de **retours successifs** des mêmes détenus au sein de cette structure.

Les rapporteurs envisagent alors de transposer cette expérience de Château-Thierry dans des unités au sein d'autres sites carcéraux, bien qu'elle semble ainsi bien imprécise et bâtie sur des notions confuses. De plus, la singularité de cette structure paraît en réalité simplement reposer sur **l'humanité des relations** y étant entretenues entre agents pénitentiaires et détenus, permise par un **nombre de surveillants adapté**. Cette pratique ne devrait donc pas être singulière, mais elle devrait au contraire être commune à tous les établissements pénitentiaires, des conditions humaines d'incarcération pouvant favoriser l'atténuation de tout type de troubles. De plus, la **création**

suggérée dans le rapport de **nouvelles unités spécifiques** s'inspirant de ces pratiques ne serait pas bénéfique, car celles-ci risqueraient d'augmenter encore la **confusion** en se surajoutant aux **SMPR**. Certaines conditions d'emprisonnement sont en effet aujourd'hui bien loin des objectifs mis en avant par les rapporteurs pour les détenus atteints de troubles mentaux. Le « **baluchonnage** », pratique systématique consistant à transférer successivement les détenus d'établissements en établissements, non évoqué par ce travail, est en particulier totalement inadapté à cette population et fragilise par ailleurs les autres condamnés. Le groupe de travail souligne en effet à plusieurs reprises dans son rapport l'importance d'un **cadre stable** pour les détenus, et d'une **continuité des soins** à l'intérieur comme à l'extérieur de la prison. Or, les détenus étant ainsi transférés dans de multiples établissements durant leurs peines, les constructions de bonnes relations thérapeutiques comme de liens solides avec leurs secteurs de Psychiatrie Générale afin de préparer la libération s'avèrent bien compromis.

On peut d'autre part noter de **nouvelles tentatives d'instrumentalisation** de notre spécialité dans ce travail, visant à lui attribuer un rôle finalement plus **sécuritaire** que sanitaire.

Dès l'avant-propos de ce rapport, le groupe de travail évoque le sort des **malades mentaux incarcérés**, « *qui n'ont pas leur place en prison, mais pour lesquelles la **détention** semble, par défaut, la seule solution* », mettant alors sur le même plan incarcération et hospitalisation, et confondant ainsi leurs fonctions. Or, comme nous l'avons étudié, plusieurs **structures de soins sécurisées**, telles que les UMD, sont déjà ouvertes à la prise en charge de ces populations. Le développement de ces structures de Psychiatrie Générale constituerait ainsi bien une solution alternative à l'incarcération de personnes nécessitant des soins, mais encore faudrait-il pour cela accepter de responsabiliser progressivement les malades en leur redonnant une autonomie, et de **prendre** par là-même **le risque de les réintégrer à la société**. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, la réinsertion sociale constitue bien une des bases des soins psychiatriques et du rétablissement des patients, et elle ne doit donc pas être considérée comme sa récompense.

La création d'une **nouvelle modalité de soins sous contrainte** applicable à tous les usagers de la Psychiatrie Générale, prévue par la prochaine réforme de la loi de 1990 et appuyée dans ce rapport, entraîne en ce sens plusieurs risques. La mise en place de ces soins ambulatoires sous contrainte peut en effet tout d'abord mettre en péril le travail de responsabilisation progressive du patient, une fois la crise passée et l'hospitalisation sous contrainte levée. La **relation soignante** risque ainsi d'y être **fragilisée**, l'appropriation authentique par le patient d'une demande et d'un projet de soins au sein d'une véritable alliance thérapeutique étant alors remise en question. Cette mesure introduit de plus une possibilité d'obligation de soins dans la sphère purement sanitaire, créant à nouveau de la

confusion avec les « obligations » ou « injonctions de soins » existant déjà pour les auteurs d'infractions dans le cadre des suivis socio-judiciaires, contrôles judiciaires ou des sursis avec mise à l'épreuve. Outre les grandes difficultés de son application liées au **manque de moyens** déjà évoqué, cette mesure sera ainsi confrontée aux failles déjà révélées par la pratique de ses homologues judiciaires assumés, telles que le fait que les condamnés viennent alors très souvent en consultation pour **chercher un certificat** plus que pour se livrer à un réel travail thérapeutique.

Une autre tentative d'instrumentalisation de la Psychiatrie à des fins sécuritaires peut de plus être retrouvée dans la toute dernière proposition du groupe de travail, évoquant la prise en charge des auteurs d'infraction reconnus **irresponsables**. En effet, l'idée de les soigner au sein des **UHSA** y est alors évoquée, alors que ces structures sont réservées aux condamnés incarcérés. On peut ainsi noter une réelle volonté de faire de ces unités de soin une **filière ségrégative**, excluant tous les auteurs d'infraction atteints de troubles mentaux des circuits de soins classiques, et en y assimilant alors l'hospitalisation psychiatrique à l'emprisonnement, et la Santé à la Justice.

Les **propositions** du rapport de mai 2010 sur la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions ne semblent donc **pas préconiser le remplacement de notre Modèle Intégratif d'articulation Santé – Justice par un système de Défense Sociale** comparable à ceux de nos voisins belges et suisses. On peut néanmoins noter dans ce travail la confirmation de certaines **évolutions ségrégatives** concernant la **Psychiatrie**, notamment avec le déploiement des UHSA dont l'extension des indications paraît de plus être aujourd'hui envisagée.

V. Illustrations cliniques

L'évocation des trajectoires de deux hommes entre les champs judiciaires et sanitaires, et donc au sein du Modèle Intégratif français, permet d'illustrer le fonctionnement de ce dispositif, ainsi que d'en souligner les ressources comme les limites.

1. Monsieur X

Monsieur X est actuellement incarcéré au Centre de Détention de Nantes, y purgeant une peine de huit ans de prison ferme depuis avril 2005 pour le meurtre de son frère cadet par blessures multiples à l'arme blanche. Ce détenu souffre de troubles psychiques ayant déjà entraîné plusieurs hospitalisations en Psychiatrie avant sa condamnation, et qui ont nécessité depuis la mise en place de soins au SMPR de Nantes ainsi qu'en hospitalisations d'office.

a. Cas clinique

- **Biographie**

Monsieur X est né le 5 octobre 1980 à Djibouti, et est le troisième d'une fratrie de six comprenant

cinq garçons et une fille. Sa mère a toujours été femme au foyer, alors que son père a été diplomate et ministre de l'éducation nationale à Djibouti. Ses parents ont divorcé en 1990 pour un motif qu'il dit ne pas connaître, et il est alors venu en France avec sa mère et sa fratrie, où ils se sont installés à Orléans puis à Angers. Cette séparation a été très mal vécue par Monsieur X, car il dit avoir été très proche de son père auparavant.

La scolarité de Monsieur X s'est déroulée sans difficulté jusqu'à l'âge de dix ans, où il fut alors victime d'une chute accidentelle du 4ème étage d'un immeuble entraînant un traumatisme crânien, des fractures multiples ainsi qu'un coma prolongé, qui ont laissé des séquelles à type de difficultés cognitives, de troubles moteurs et de difficultés d'élocution. Il a par la suite poursuivi ses études et obtenu un brevet, puis il a interrompu à 17 ans un BEP de Comptabilité en 2^{ème} année pour entrer dans la vie active. Il a alors eu plusieurs emplois sans qualification successifs, de courtes durées.

Monsieur X a toujours vécu chez sa mère, qui n'a pas reconstitué de vie conjugale depuis son divorce. Il n'a ainsi jamais vécu en concubinage et n'a pas d'enfant. Ses revenus financiers sont constitués d'aides sociales, ainsi que de bénéfices liés au trafic de drogues.

On retrouve d'ailleurs plusieurs antécédents judiciaires dans le parcours de Monsieur X, avec des incarcérations en 2003 puis de janvier 2004 à février 2005 pour divers délits tels que le trafic de stupéfiants, des vols avec violences ou encore des agressions de policiers.

- **Antécédents médicaux**

- **Chute accidentelle** du 4ème étage de son immeuble à l'âge de 10 ans, à Djibouti, avec traumatisme crânien, coma prolongé et multiples fractures notamment au niveau facial (maxillaire inférieur), ayant nécessité plusieurs interventions chirurgicales à l'hôpital français.
- Plusieurs **hospitalisations psychiatriques** à Orléans puis Angers, avec des notions de traits de personnalité **schizoïde**, d'éléments **psychotiques** et d'une consommation importante de **cannabis**. A la suite de ces prises en charge, les tentatives successives de **suites** ont cependant **échoué** et l'**observance médicamenteuse** s'est révélée **très mauvaise**.
- **Hospitalisations d'office** selon l'article **L3213-1** du Code de santé publique :
 - . Novembre 2002, pour **épisode hétéro-agressif** dans un contexte de **voyage pathologique** ;
 - . Septembre 2003, suite à un nouvel épisode agressif envers une caissière, associé à un **délire de persécution**.

- **Hospitalisations d'office** selon l'article **D398** du Code de procédure pénale en novembre 2003, pour des **troubles délirants** à thème de **persécution** avec tension extrême, opposition aux soins et hétéro-agressivité importante, notamment envers les surveillants.
- Prises en charge par le **SMPR** de Rennes, en ambulatoire et en « hospitalisation » lors de son incarcération d'un an en 2004-2005 à la Maison d'Arrêt de Rennes pour vols. Diagnostic alors évoqué : **Psychose Schizophrénique**, avec dissociation et troubles délirants, associée à des passages à l'actes auto-agressifs notamment par scarifications.
- Aucun antécédent psychiatrique familial n'a par ailleurs été retrouvé.

- **Condamnation actuelle**

Le 20 avril 2005 en fin d'après-midi, après avoir reçu un appel de Monsieur X depuis son domicile, les secours trouvent sur place son frère cadet décédé. Monsieur X reconnaît alors qu'un différend l'a opposé à son frère, qu'il a frappé avec un couteau de cuisine. Il affirme ne pas avoir été conscient de ses actes. L'enquête ne permet pas d'aboutir immédiatement, mais elle révèle que Monsieur X a déjà été soigné pour des troubles psychiatriques et qu'il ne serait pas assidu à prendre son traitement.

Une **expertise psychiatrique pénale** est par la suite ordonnée par le juge d'instruction en charge de l'affaire, Monsieur X étant mis en examen du chef de meurtre, et elle est réalisée en octobre 2005 par deux experts psychiatres auprès des tribunaux. Ceux-ci doivent alors répondre aux questions suivantes :

1. L'examen du sujet révèle-t-il chez lui des **anomalies mentales ou psychiques** ? Le cas échéant, les décrire et préciser à quelles affections elles se rattachent.
2. L'**infraction** qui est reprochée au sujet est-elle ou non **en relation** avec de telles anomalies ?
3. Le sujet présente-t-il un **état dangereux** ?
4. Le sujet est-il **accessible à une sanction pénale** ?
5. Le sujet est-il **curable ou réadaptable** ?
6. Indiquer si le sujet était atteint au moment des faits d'un trouble psychique ou neuro-psychique de nature soit à **abolir** son discernement ou le contrôle de ses actes, soit simplement à les **altérer** au sens de l'**article 122-1 du Code pénal**. Le sujet a-t-il agi sous

l'empire d'une force ou d'une contrainte à laquelle il n'a pu résister au sens de l'article 122-1 du Code pénal ?

7. Fournir toutes autres observations techniques utiles à la manifestation de la vérité, notamment sur l'**opportunité d'une injonction de soins** ordonnée dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire tel que prévu aux articles 131-36-1 et suivants du Code pénal.

Dans ce travail, plusieurs documents judiciaires et médicaux sont tout d'abord analysés, les experts relevant ainsi les **diagnostics** déjà évoqués et les **conclusions** des expertises psychiatriques ordonnées pour de précédentes affaires. On retrouve alors l'évocation de différents diagnostics, tels que « *Psychose Schizophrénique* », « *Personnalité Borderline avec réactions agressives lors de frustrations et décompensations déstructurées voire délirantes favorisées par les prises de toxiques* », ou encore « *Problématique Psychotique associée à des aménagements de personnalité psychopathique avec facilité aux passages à l'acte transgressifs et à l'émergence d'affects violents* ». Les deux expertises psychiatriques antérieures ont de plus concluent à la **responsabilité pénale** de Monsieur X, retenant cependant « *une altération du discernement* » et « *une légère entrave au contrôle de ses actes* ».

Les experts relatent ensuite leur entretien avec Monsieur X, revenant sur des éléments biographiques puis analysant les données cliniques recueillies et les discutant. Le principal questionnement soulevé est alors de savoir si Monsieur X a ou non répondu à des **ordres hallucinatoires** lors du meurtre de son frère. En effet, il affirme aux experts « *Je ne voulais pas tuer mon frère, je l'ai juste poussé contre la porte et il s'est plus relevé* », « *Je me rappelle pas trop, on m'a dit que j'ai donné des coups de couteau, lui il avait un couteau* ». Il précise alors : « *Les voix disaient : « Tue-le, frappe-le »* ». Cependant, l'enquête révèle que Monsieur X a été capable d'une attitude bien élaborée et constructive lorsqu'**il a appelé les secours**, et l'enregistrement de cet appel ne relève de plus **pas de symptomatologie délirante envahissante**. Cette capacité à appeler les secours et à avoir un comportement adapté milite ainsi contre un trouble psychotique à ce moment. Par ailleurs, les experts rappellent alors que si un diagnostic de psychose schizophrénique a été retenu lors de certaines prises en charge, plusieurs médecins ayant rencontré Monsieur X en hospitalisation ou en milieu carcéral s'avèrent bien moins affirmatifs et évoquent plutôt des troubles de la personnalité. Ils reviennent ensuite sur la courte durée des hospitalisations de ce prévenu, et expliquent que s'il ne fait aucun doute que Monsieur X a connu des **moments délirants et hallucinatoires**, sans doute favorisés par des prises de produits **psychotropes**, il est pour eux certains que ces troubles ne sont **pas permanents ni profondément envahissants**. En outre, ils rappellent que Monsieur X présente **depuis des années des troubles du comportement** conduisant à divers délits de violence contre les personnes. Les experts penchent ainsi plutôt pour une

structure de personnalité fragile chez Monsieur X, avec tendance manifeste à l'**impulsivité**, grandes difficultés de contrôle des comportements et des affects, et **aggravation sous l'effet de la prise de toxiques**. S'il n'est pas impossible que le grave traumatisme subi à l'âge de 10 ans puisse être en partie à l'origine de ce trouble, il n'en explique cependant pas pour eux la totalité.

Enfin, les **conclusions des experts** répondent aux questions précédemment posées :

1. L'examen de Monsieur X met en évidence un **trouble de la personnalité** de type « **État limite** » pouvant parfois se **décompenser sur un mode psychotique** avec hallucinations auditives et sentiment de persécution.
2. Les **faits** qui lui sont reprochés sont **en relation** avec les caractéristiques de sa personnalité, notamment l'**impulsivité** et l'**intolérance à la frustration**, mais il n'y a **pas d'argument** pour affirmer avec **certitude** que le sujet était sous l'empire de **commandes hallucinatoires** au moment des faits.
3. Monsieur X présente un **état dangereux** et un **risque de récurrence de comportements violents**.
4. Il est **accessible à une sanction pénale**, à la **condition** que des **soins** puissent continuer de lui être délivrés durant l'incarcération.
5. Les **soins psychiatriques** devront être poursuivis **après l'incarcération**.
6. Le présent examen permet d'affirmer qu'au moment des faits, Monsieur X présentait un **trouble psychique ayant entravé le contrôle de ses actes** au sens de l'article 122-1 du Code pénal.
7. Une **obligation de soins** telle que prévue aux articles 131-36-1 et suivants du Code pénal **peut être utile** pour lui.

Par la suite, Monsieur X a ainsi été **condamné à une peine de huit ans de prison ferme** pour l'homicide de son frère par arme blanche.

- **Parcours carcéral**

Dès son arrivée en détention le 22 avril 2005 à la maison d'arrêt d'Angers, Monsieur X est **immédiatement hospitalisé d'office** selon l'article **D398** du CPP au CHU d'Angers, son état se révélant incompatible avec le milieu carcéral. Il présente en effet un état d'**agitation extrême**, en lien avec des **éléments délirants de thème persécutif**. Cette prise en charge en milieu hospitalier dure alors deux semaines, et permet notamment l'introduction d'un **traitement neuroleptique**

injectable retard à forte dose. Monsieur X retourne ensuite en détention, où il participe dès mai 2005 à une demande d'hospitalisation au **SMPR** de Nantes, préconisée par les différents soignants le prenant alors en charge.

Peu de documents sont à notre disposition sur la suite du parcours carcéral de Monsieur X, mais il semble que celui-ci ait rapidement été transféré au Centre de Détention d'Argentan, ce qui a d'ailleurs été accéléré par des difficultés rencontrées à son sujet par l'Administration Pénitentiaire d'Angers. En effet, des **épisodes d'hétéro-agressivité** en lien avec une recrudescence de la **symptomatologie persécutive** se sont répétés envers les surveillants, dont la tolérance pour ce détenu était déjà amoindrie du fait d'antécédents de passages à l'acte dans cette même Maison d'Arrêt lors de précédentes incarcérations. Cette réaction de **transfèrement** dans d'autres établissements constitue d'ailleurs une pratique courante dans le milieu carcéral, en particulier pour les détenus posant des problèmes disciplinaires à l'AP les prenant en charge, et elle est appelée « **baluchonnage** ».

Monsieur X est à nouveau « baluchonné » par la suite, se retrouvant au Centre de Détention (CD) de Nantes le 16 décembre 2008. Ce second transfèrement semble cette fois avoir été orienté à Nantes du fait de la présence dans cet établissement d'un **SMPR**, l'état de santé de ce détenu semblant toujours nécessiter des soins psychiatriques.

Monsieur X est ainsi reçu dès son arrivée au CD de Nantes par un **psychiatre**, à la demande du personnel pénitentiaire et du patient lui-même. Lors de cet entretien, il se présente tendu, refusant de s'asseoir, et garde un contact méfiant, se montrant réticent envers toute élaboration. On note un **vécu persécutoire** manifeste, associé à de très probables **hallucinations auditives**. Sa demande se limite alors à la prescription d'un traitement « pour dormir ». Ce détenu est par la suite revu plusieurs fois en **consultations ambulatoires** médicales et infirmières, ce qui permet d'engager une alliance thérapeutique, et il y évoque alors notamment de façon très projective et parfois délirante une forte culpabilité concernant son acte, qu'il ne parvient pas à élaborer. Il **refuse** alors une **hospitalisation au SMPR** disant vouloir prioriser l'accès à une formation, mais il accepte la prescription d'un antipsychotique par voie orale.

Quelques jours plus tard, le 31 décembre 2008, Monsieur X se présente cependant à nouveau très tendu en entretien, où l'on note une **symptomatologie délirante de persécution**. Il exprime de plus de fortes **idéations hétéro-agressives** associées, craignant de passer à l'acte. Il accepte alors une **hospitalisation au SMPR** pour se mettre à l'abri.

Durant cette hospitalisation, ce détenu-patient respecte bien le cadre d'une prise en charge basée sur

des contrats de soins, et montre une bonne observance médicamenteuse.

Cliniquement, on retrouve alors des **troubles psychotiques** centrés sur un délire de **persécution** en lien avec son affaire, Monsieur X étant persuadé que tous les détenus sont au courant de celle-ci, et qu'ils lui veulent du mal pour la lui faire payer. On retrouve ainsi des éléments **interprétatifs**, « *tout regard, toute parole concernant son affaire* », et des **hallucinations acoustico-verbales** sont de plus décrites par le patient, « *des voix l'insultant et le traitant d'assassin* », associées des hallucinations intra-psychiques à type de **syndrome d'influence** dont la thématique peut être hétéro- ou auto-agressive. Ces phénomènes semblent alors alimentés par la situation de la détention, ainsi que par une forte culpabilité concernant le meurtre de son frère. On note de plus un vécu persécutoire ancien chez ce détenu-patient, avec une tendance interprétative entravant ses relations interpersonnelles, notamment dans le milieu professionnel où plusieurs expériences ont de ce fait été avortées.

Monsieur X peut de plus revenir progressivement en entretien sur l'acte qu'il a commis. Il le décrit alors comme un acte involontaire, disant n'avoir pas eu l'intention de tuer, et réévoquant à plusieurs reprises la survenue d'**ordres hallucinatoires** lors de ce geste, tels que « *tue-le!* », ainsi que la sensation de s'être « *senti attaqué* ». Cependant, il relate également des **conflits** bien réels et récurrents avec son frère, notamment au sujet de la participation de celui-ci au trafic de cannabis. Il identifie de plus « *l'effet parano* » du **cannabis** que lui-même fumait, qui a alors pu majorer sa violence. Il ressent une vive **culpabilité** par rapport à cet acte, et souligne qu'il n'a pas souhaité sa mort et qu'il ne pensait pas que les blessures au couteau étaient si graves.

Durant la prise en charge, Monsieur X garde par ailleurs des **contacts réguliers avec sa famille**, sa mère venant notamment le voir au parloir. Ses proches continuent ainsi de le soutenir malgré cette affaire, le considérant comme **malade** donc non coupable.

Le sujet reste de plus très intéressé par l'inscription à une formation mécanique auto, qui motive par moments des demandes de sa part de mettre fin à son hospitalisation au SMPR. Il est cependant très ambivalent quant à ce retour en détention classique, les relations avec les autres détenus demeurant pour lui très anxiogènes.

Monsieur X réfléchit d'autre part à ses projets futurs, envisageant d'aller en région parisienne lors de sa libération, où il a de la famille que sa mère est d'ailleurs allée rejoindre lors de son incarcération. Il fait ainsi plusieurs **demandes de permissions** et de **libération conditionnelle** durant son hospitalisation au SMPR, qui seraient judiciairement réalisables mais qui lui sont systématiquement **refusées**. Monsieur X rapproche alors à plusieurs reprises ces refus de son placement au SMPR malgré les recadrages des soignants à ce sujet, ce qui l'amène petit à petit à envisager de façon plus concrète sa sortie d'hospitalisation.

En mai 2009, ce détenu reçoit de plus une convocation au tribunal pour une **nouvelle affaire** liée à une **agression en détention**, ce qui accroît encore sa tension interne. Son **vécu persécutif** s'intensifie, et il devient de plus en plus opposant envers les soins, remettant en question son traitement et son hospitalisation. Il reconnaît alors avoir arrêté ses médicaments depuis plusieurs semaines, « *pour s'en sortir et travailler* », dans un souci de normalité. Début juin, Monsieur X **demande fermement sa sortie d'hospitalisation au SMPR**, tout en acceptant le maintien d'un **suiti ambulatoire**. Il est fait « **exeat** » le 3 juin 2009, et retrouve la détention classique.

Une semaine plus tard, **Monsieur X agresse de nouveau un surveillant** par des jets d'objets et des menaces de mort, et il est placé en quartier disciplinaire (QD). Il refuse alors de prendre son traitement et de s'alimenter, ce qui entraîne une nouvelle **hospitalisation d'office** selon l'article **D398** du CPP, au CHS de Blain.

A son admission dans le service de Psychiatrie Générale, Monsieur X se montre très tendu, et la **symptomatologie délirante à thème de persécution** est très présente et **envahissante**, altérant le contact et la relation à autrui. Il est alors placé en **chambre de soins intensifs**, où il reste très tendu et s'oppose aux traitements pendant plusieurs jours.

Après une semaine d'hospitalisation, son état de santé s'améliore progressivement et il présente un meilleur contact. Cette évolution permet un **élargissement progressif** du contrat de soins avec des temps de sortie dans l'unité et la possibilité de contacts avec sa famille. Au cours des entretiens, les éléments persécutifs vis-à-vis du système pénitentiaire demeurent cependant. Monsieur X prend alors régulièrement son traitement, mais il se montre fermement **opposé à la mise en place d'un traitement à action prolongée**.

Durant cette prise en charge en HO, faisant suite à l'agression d'un surveillant par Monsieur X, l'administration pénitentiaire du CD de Nantes met parallèlement en œuvre un **nouveau projet de transfèrement** pour celui-ci, dans la tradition du « baluchonnage » et en réaction à ses troubles du comportement.

Après deux semaines d'HO, le **retour en détention** est néanmoins organisée pour ce patient, tout d'abord au sein du SMPR. Il se montre alors « *nettement plus tendu* » du fait de la perspective de ce retour en prison, mais réintègre bien le SMPR le 3 juillet 2009.

Dès son admission au SMPR, le détenu-patient se montre cependant à **nouveau très sthénique**, remettant en cause les traitements et les conditions d'hospitalisations dans une réactivation de son **vécu de persécution**, y englobant les soignants. On note alors des éléments projectifs et sensitifs, en lien avec un fort sentiment de culpabilité sous-jacent. Les jours suivants, on observe la

persistance d'un **refus catégorique de tout traitement médicamenteux**, qui s'associe à nouveau à des refus du contact et de l'alimentation et à des comportements hétéro-agressifs. La seule demande qu'il exprime alors est « *qu'on le renvoie en Psy ou au QD !* ». Dans ce contexte, une **nouvelle HO D 398** est organisée le 9 juillet au CHS de Blain, et une **demande de prise en charge en UMD**, demandée simultanément, est acceptée le 15 juillet à Plouguernevel.

Face à cette répétition et à l'absence totale d'adhésion aux soins, la demande de prise en charge en UMD est ainsi motivée par la nécessité urgente de soins psychiatriques de qualité, dans un contexte contenant et **pour la durée s'avérant réellement nécessaire au patient**.

A son arrivée dans ce service, Monsieur X exprime à nouveau ses **convictions délirantes** à thème de persécution, notamment dirigées sur la détention, envers les autres détenus et le personnel pénitentiaire, qui chercheraient selon lui à lui nuire à cause du meurtre de son frère. Il dit à ce sujet avoir entendu « *des bruits, des coups sur les murs dirigés contre lui* », ce qui a provoqué sa grève de la faim et ses agressions envers autrui.

Son comportement a d'abord été source de difficultés à l'UMD, Monsieur X restant très tendu et délirant, se sentant persécuté car toujours **halluciné et interprétatif**. Son état s'est ensuite progressivement amélioré, et les relations interpersonnelles sont devenues plus aisées. Il semble alors avoir confiance envers les soignants et les patients, mais il reste convaincu que ses persécutions en prison ont été réelles. De plus, il est compliant envers la prise de traitement mais continue à ne pas le croire utile. Un **traitement neuroleptique retard à forte dose** lui est désormais injecté toutes les trois semaines, en plus des traitements antipsychotiques et hypnotiques quotidiens.

La levée d'HO du patient est prononcée le 30 décembre 2009, et il réintègre alors la détention au sein du service du SMPR.

Dès le retour de Monsieur X envisagé au CD de Nantes, les soignants du SMPR ont pu y évoquer son cas avec le personnel de l'AP. Ils ont alors mis en avant la grande nécessité pour ce détenu-patient de **favoriser une stabilité de son environnement**, et d'éviter un nouveau baluchonnage qui risquerait de ne faire qu'entretenir les mêmes difficultés dans un autre lieu. Ce **travail conjoint** permet alors d'envisager le maintien de Monsieur X dans l'établissement, ainsi que son inscription à des enseignements et à des ateliers professionnels.

Au sein du SMPR, Monsieur X se montre calme et posé, de bon contact. Il se dit satisfait de sa prise en charge à l'UMD, en identifiant les bénéfices notamment dans l'amélioration de ses relations aux autres, et précisant que « *là-bas, il a pu rire* ». Il s'approprie rapidement des projets d'enseignement, et **demande son retour en détention classique** après quelques jours. Dans un souci persistant de

normalité, il évoque alors son souhait d'arrêter son traitement retard pour un traitement per os, mais il n'insiste pas face au refus ferme de son référent médical à ce sujet. Il est fait **exeat** du SMPR le 14 janvier 2010.

Quelques semaines plus tard, Monsieur X **cesse** cependant de se présenter pour ses **injections médicamenteuses**. Le lien thérapeutique est alors mis en grande difficulté et les soins psychiatriques sont ainsi réduits au strict minimum, seules **quelques consultations** pouvant être honorées par le détenu-patient.

Il parvient cependant à **demander sa réadmission au SMPR** début avril 2010 à son référent infirmier, dans une recherche de **protection** et de **sécurité**. On retrouve alors une **recrudescence hallucinatoire et délirante majeure**, dans ce contexte d'arrêt de tout traitement depuis plusieurs semaines. Il exprime ainsi à nouveau un fort vécu de persécution généralisée, le conduisant à demander son transfèrement dans un autre établissement pénitentiaire « *car ici tout le monde connaît son affaire* ». En entretien, il reste calme et maintient le lien thérapeutique avec ses référents. Il veut alors prévenir sa famille de ce retour au SMPR, pensant qu'ils seront rassurés qu'il soit réhospitalisé et qu'il reprenne son traitement.

Monsieur X renonce alors à sa formation en détention, se disant **incapable de retourner en détention classique** car ne se sentant **en sécurité qu'au SMPR**. Il accepte progressivement une reprise des traitements par voie orale envers lesquels il reste cependant très ambivalent, et parvient à mettre à distance ses idées délirantes.

Ainsi, il peut petit à petit être accompagné dans des projets d'aménagement de peine et de préparation de sa libération. Monsieur X est alors libérable fin 2011, suite à ses condamnations à huit ans pour meurtre et à 2, 4 et 1 mois pour diverses agressions envers le personnel pénitentiaire. Un projet de réinsertion est donc élaboré, un dossier MDPH étant fait en vue d'une reconnaissance comme travailleur handicapé, une mesure de curatelle étant évoquée et des rendez-vous avec *Pôle emploi* étant programmés.

D'autre part, le détenu-patient demande alors une sortie en permission pour le mariage de son frère, qui lui est cependant refusée. D'autres **frustrations** s'accumulent à cette période, telles que l'impossibilité de son affectation dans le bâtiment qu'il souhaite à sa sortie du SMPR, ou une nouvelle convocation au tribunal pour l'agression d'une surveillante en 2009. Monsieur X se montre plus tendu, son **vécu persécutif** s'intensifiant à nouveau tout comme sa **réticence envers les traitements antipsychotiques**. Il craint alors notamment de se faire expulser dans son pays d'origine, à Djibouti, comme l'évoquent à cette période nos gouvernants dans un nouveau regain de politique sécuritaire.

Monsieur X redevient alors peu accessible à toute relation avec les soignants, et **demande de façon sthénique sa sortie du SMPR**. Il accepte un rendez-vous en consultation ambulatoire avec son référent médical, et est ainsi fait **exeat** du service le 19 juillet 2010...

b. Discussion

Plusieurs éléments de cette vignette clinique peuvent être rapprochés des développements que nous avons fait antérieurement, et illustrent ainsi les difficultés pratiques rencontrées dans les prises en charge mettant en relations les professionnels de Psychiatrie et de Justice.

- **Expertise**

Dans ce cas clinique, l'expertise psychiatrique pénale pré-sentencielle de Monsieur X permet de souligner plusieurs points pouvant entretenir une **confusion** au sujet de la Psychiatrie Médico-légale.

Tout d'abord, la troisième question posée aux experts psychiatres concernant la **dangerosité** du sujet appuie à nouveau le risque de **confusion** à ce sujet, que nous avons souligné. Aucune distinction n'y est en effet opérée entre dangerosité psychiatrique et criminologique. On voit alors mal comment les experts pourraient y répondre autrement que par l'affirmative, face à un individu qui vient de commettre un meurtre et devant la responsabilité qu'ils encourraient en cas de récidive criminelle, après qu'un jugement trop clément ait suivi leurs conclusions. Ils concluent ainsi que Monsieur X « *présente un état dangereux et un risque de récidive de comportements violents* ». Ils développent néanmoins leur réflexion dans la discussion, affirmant que le trouble psychique de Monsieur X entraîne une dangerosité en raison de la facilitation du passage à l'acte, notamment du fait de son **impulsivité**.

D'autre part, dans leur réponse à la deuxième question concernant la relation entre l'infraction et les troubles psychiques du sujet, comme dans leur discussion, les experts évoquent l'existence d'un **doute** : « *il n'y a pas d'arguments suffisants pour affirmer avec certitude que le sujet était sous l'empire de commandes hallucinatoires [...] et qu'il a présenté une abolition du contrôle des actes*

ou du discernement au moment des faits ». A contrario, ils reconnaissent par là-même qu'il n'est pas sûr non plus que Monsieur X n'ait aucunement été poussé à l'acte par des hallucinations. La simple existence de ce type de **doute**, qui semble d'ailleurs pouvoir être fréquent dans diverses situations comparables, contraste alors radicalement avec l'idéal de **vérité scientifique** attribuée à l'expertise psychiatrique. Face à ce doute, l'**hypothèse la plus responsabilisante** pour le sujet est de plus choisie, l'altération du discernement étant ici préférée à son abolition, et elle conduit alors à son éloignement de soins semblant pourtant indispensables à son état.

Dans ce sens, les experts répondent en outre à la quatrième question en expliquant que Monsieur X « *est accessible à une sanction pénale, à la condition que des soins puissent continuer de lui être délivrés durant l'incarcération* ». Or, cette affirmation semble confuse, contradictoire et paradoxale, le milieu carcéral n'étant **aucunement un lieu de soins**. En effet, si les réseaux de Psychiatrie Médico-légale que nous avons étudiés peuvent y intervenir, la continuité de ces soins y est très fragile, et ceux-ci sont avant tout dépendants du **consentement du détenu**. Dans ce cas clinique, les experts ont de plus pu observer dans les antécédents de Monsieur X qu'il était déjà loin d'être consentant aux soins psychiatriques en milieu libre, et encore moins conscient de leur utilité, celui-ci ayant été hospitalisé plusieurs fois sous contrainte et affirmant n'avoir jamais pris ses médicaments. Ces éléments n'engagent aucunement d'une subite prise de conscience lors de son incarcération, qui ne peut donc au contraire que rendre plus difficile un travail thérapeutique que les experts pensent ici pourtant **indispensable**.

Par ailleurs, on peut observer dans ce cas clinique une **divergence** d'appréciation clinique au sujet des troubles de Monsieur X entre les **experts** psychiatres et les différents psychiatres **soignants** intervenant dans sa prise en charge. En effet, les experts semblent minimiser les éléments psychotiques du tableau clinique dans leur travail, y assimilant plutôt ces troubles à une **personnalité pathologique** « *de type « État limite » pouvant parfois se décompenser sur un mode psychotique* ». Au contraire, les soignants ayant suivi Monsieur X lors de ses prises en charge psychiatriques en milieu carcéral ou en dehors de la détention lors des HO relèvent quant à eux « *une symptomatologie délirante à thème de persécution très présente et envahissante, altérant le contact et la relation à autrui* », très souvent associée à des **hallucinations** acoustico-verbales et intra-psychiques et à des mécanismes **interprétatifs**. Si ces décompensations psychotiques ne surviennent alors que de façon aiguë et transitoire, ces psychiatres soulignent cependant que ces troubles rechutent lors de chaque rupture de traitement, et qu'ils peuvent alors entraîner des gestes hétéro-agressifs. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce décalage des points de vue entre psychiatres experts et soignants au sujet des troubles de Monsieur X. En effet, le **temps d'observation** est tout d'abord opposé, les experts ne voyant l'individu que durant un entretien alors

que les soignants l'accompagnent sur de plus longues périodes et bénéficient des observations de toute une équipe. De plus, l'observation des experts est relative à l'état du sujet lors de cet entretien, et dépend donc directement de sa prise en charge ou pas à cette période, et notamment de l'administration de **traitements médicamenteux**. Par ailleurs, l'**empathie** pour le sujet peut être plus développée chez les psychiatres soignants que chez les experts du fait de la différence de leurs rôles envers celui-ci, et peut ainsi influencer leurs perceptions respectives des troubles.

- **Soins en milieu carcéral**

Cette illustration clinique révèle par ailleurs les obstacles concrets que doivent affronter les équipes de soins psychiatriques en milieu carcéral dans leur prises en charge.

Tout d'abord, le « **baluchonnage** » complique comme nous l'avons vu considérablement la prise en charge des détenus par les réseaux de Psychiatrie Médico-légale. Ces transfèrements disciplinaires sont très fréquemment réalisés suite aux troubles de comportement de détenus. Or, lorsque ceux-ci présentent des troubles psychiques nécessitant des soins, qui peuvent d'ailleurs être eux-mêmes à l'origine de ces passages à l'acte en détention, leur **prise en charge psychiatrique** est en effet grandement **remise en cause par cette pratique**. La **continuité** des soins est tout d'abord suspendue, et le **lien thérapeutique** lui-même risque alors d'être rompu, celui-ci étant basé sur une relation très fragile de confiance à un thérapeute, qui est encore plus difficile à construire lorsque le sujet souffre de troubles psychotiques avec une dimension persécutoire, comme c'est le cas dans notre vignette clinique.

D'autre part, le « baluchonnage » de Monsieur X au CD de Nantes, établissement comportant un **SMPR**, semble avoir en partie été guidé par la nécessité de soins de ce détenu. Or, comme nous l'avons étudié, les soins en milieu carcéral ne peuvent être administrés qu'avec le **consentement** du détenu, ce qui n'avait semble-t-il pas été réfléchi lors de ce transfèrement. Un établissement pénitentiaire, qu'il soit ou non pourvu d'un SMPR, ne constitue ainsi en aucun cas un lieu de soins.

En ce sens, et comme pour beaucoup de détenus souffrant de **troubles psychotiques**, c'est bien des **soins particulièrement contenant** que l'état de santé de Monsieur X nécessite. Or, les soins psychiatriques en milieu carcéral se heurtent comme nous l'avons vu à plusieurs obstacles, dont en particulier l'**impossibilité d'imposer la prise d'un traitement** à un malade mental, et de la vérifier. Dans ce cas clinique, on observe ainsi bien les grands bénéfices des prises en charge en milieu hospitalier de Monsieur X pour l'abrasion de ses troubles, qui réapparaissent malheureusement invariablement lors de son retour en détention, en premier lieu du fait de sa mauvaise observance

médicamenteuse.

Par ailleurs, les **troubles psychotiques** dont souffrent Monsieur X comme de nombreux détenus posent sérieusement la question du **sens de la Peine** pour ces individus. En effet, la **dimension délirante de persécution** y entraîne en particulier pour ces malades une **confusion** entre Peine et Soins, qui est entretenue par leur maintien en détention. Il est alors très difficile d'élaborer avec eux tout travail thérapeutique. À ce sujet, nous pouvons souligner la **grande confusion** dans la demande de Monsieur X, alors envahi par un intense sentiment de persécution : « *Renvoyez-moi en Psy ou au QD !* ».

Face à cette réalité, les nouveaux moyens mis en œuvre pour la prise en charge des malades mentaux en milieu carcéral semblent de plus en plus impuissants. En effet, les UHSA ne sont pas destinées à être des lieux de soins de longue durée, mais les prises en charges qu'elles proposent s'apparentent plutôt aux HO D 398, et le retour des malades en détention classique au terme de celles-ci risque ainsi de s'accompagner des mêmes difficultés que celles qui sont décrites dans ce cas clinique.

2. Monsieur Y

Monsieur Y est un jeune homme de 25 ans, actuellement hospitalisé dans le service psychiatrique de son secteur au CHU de Nantes, en **hospitalisation d'office** selon l'article **L3213-7 du Code de santé publique** (cf. Annexe 2) suite à son **irresponsabilisation pénale** dans une affaire judiciaire en vertu de l'article 122-1.

a. Cas clinique

- **Biographie**

Monsieur Y est né le 8 avril 1985 en Bosnie-Herzégovine, dans une famille musulmane où il est le quatrième d'une fratrie de sept enfants comprenant deux garçons et cinq filles. Sa famille et lui ont

vécu la guerre d'ex-Yougoslavie de façon très traumatique, Monsieur Y ayant six ans au début du conflit. Ils sont venus en France en 1997 afin de fuir cette guerre, s'installant alors d'abord en région grenobloise. Ils sont par la suite arrivés à Nantes en 2000.

À l'étude de son dossier, Monsieur Y semble n'avoir investi que très peu sa scolarité, du fait de la guerre en Bosnie puis d'un parcours émaillé de nombreuses hospitalisations et de multiples incarcérations en France. Ses rapports avec sa famille semblent être conflictuels depuis longtemps.

Monsieur Y est célibataire, sans enfant, et vit habituellement chez ses parents. Ceux-ci touchent le RMI, son père ayant été chauffeur-livreur. Le patient touche aujourd'hui l'allocation adulte handicapé (AAH), et est placé sous curatelle renforcée.

- **Antécédents**

- **Consommation ancienne et régulière de cannabis**, prise occasionnelle d'autres substances psycho-actives (cocaïne, héroïne...).
- **Première hospitalisation psychiatrique** en France dès 1997 à Lyon, à l'âge de **12 ans**, pour des **troubles délirants de mécanismes interprétatifs et hallucinatoires** à thèmes multiples, associés à des angoisses psychotiques importantes et à des idéations suicidaires.
- Prise en charge psychiatrique de **2 ans et demi** à Bourg-en-Bresse, en lien avec les soins débutés à Lyon.
- À l'arrivée à Nantes, **hospitalisations répétées en Pédiopsychiatrie** dès 2000 pour des **décompensations psychotiques**.
- Placement en **foyer** durant 6 mois et demi, suivi d'un **retour en Psychiatrie** suite à des **violences mises en lien avec des éléments hallucinatoires**, dont un syndrome d'influence.
- **Hospitalisation d'office** selon l'article **D398** du Code de procédure pénale en 2002, ayant duré 4 mois, pour des troubles du comportement associés à des **éléments psychotiques avec composante thymique**, faisant évoquer un diagnostic de « troubles de l'humeur atypiques ».
- **Multiplés hospitalisations sous contrainte en HDT** par la suite, à la demande de sa mère, pour des **troubles psychotiques avec délire de persécution** englobant sa famille, accompagnés d'**angoisse** majeure et d'une **agressivité** latente faisant craindre un fort risque de passage à l'acte auto- ou hétéro-agressif.
- **Nombreuses hospitalisations d'office** par la suite, dans le cadre d'incarcérations répétées puis suite à une irresponsabilisation pénale.

- Aucun antécédent psychiatrique familial n'a par ailleurs été retrouvé.

• **Condamnations**

Monsieur Y a été condamné à une peine de prison ferme pour la première fois à l'âge de 17 ans, en 2002, pour des **vols avec violence**. Il a alors été incarcéré au quartier des mineurs de la maison d'arrêt de Nantes.

D'autres condamnations pour des **faits délictueux** de nature similaire se sont répétées par la suite, entraînant de **nombreuses mises sous écrou**, celles-ci ayant en outre parfois été prolongées par des condamnations pour violences en détention envers le personnel pénitentiaire ou d'autres détenus, ainsi que pour des évasions lors de HO D398 :

- Incarcération d'octobre 2003 à septembre 2004 à la maison d'arrêt de Nantes ;
- Maison d'arrêt de Rennes d'août 2005 à janvier 2006 ;
- Maison d'arrêt de Nantes de juin 2006 à mars 2008 ;
- Incarcération début avril 2008 à la maison d'arrêt de Nantes, levée après 3 jours du fait de **l'irresponsabilisation pénale** de Monsieur Y selon l'article **122-1** du Code pénal et de son placement en **HO L3213-7** ;
- Nouvelle condamnation cependant en février 2009 à 18 mois de prison ferme, « *du fait de la répétition des délits en dépit de nombreux avertissements* » : Incarcération de mai 2009 à février 2010.

• **Peines et Soins**

Dès sa première incarcération en juillet 2002 au quartier des mineurs de la maison d'arrêt de Nantes, Monsieur Y est **suivi par le SMPR en consultations**.

À son arrivée en détention, il présente un bon contact, et l'on ne retrouve pas de délire construit mais une attention très labile associée à des **pensées déréelles** (« *fantômes, flèches...* ») et à des **éléments mégalomaniaques** (« *je suis Dracula* », « *je suis le fils de Sango Ku* », « *relation avec Britney Spears* »...), qui n'entraînent cependant pas d'envahissement psychique majeur. Ces observations cliniques sont alors mises en lien avec des difficultés existentielles majeures du détenu-patient, semblant principalement secondaires aux carences affectives et éducatives ainsi qu'aux traumatismes majeurs qu'il a vécus dans son histoire. Un traitement à visée anxiolytique est

introduit par le psychiatre.

Par la suite, les **éléments imaginaires et mégalomaniaques** s'intensifient et deviennent **plus envahissants**, Monsieur Y présentant des troubles du comportement tels qu'un retrait social marqué et de grandes difficultés dans les relations interpersonnelles qui entraînent plusieurs signalements par l'administration pénitentiaire. Le traitement psychotrope est ajusté, des médicaments **thymorégulateurs** et **antipsychotiques** étant réintroduits après prise de connaissance du dossier psychiatrique du sujet.

Cette prise en charge permet alors une amélioration du contact et un meilleur ancrage dans la réalité, mais qui ne sont que transitoires, Monsieur Y étant ensuite rapidement hospitalisé en **HO D398**, et ce **jusqu'à la fin de sa peine**.

Suite à une nouvelle condamnation, Monsieur Y est réincarcéré à Nantes début octobre 2003. Lors du premier entretien psychiatrique, il n'est pas délirant mais se montre sthénique et revendiquant au sujet de l'HO D398 organisée par les soignants du SMPR plus d'un an auparavant. Il **accepte** alors néanmoins un **suivi « ambulatoire »** médico-psychologique.

En consultation, le détenu-patient évoque très vite un mal-être lié à l'incarcération, et il **demande à retourner à l'hôpital**. On note alors la présence d'**hallucinations auditives et visuelles** et l'évolution progressive d'**éléments mégalomaniaques**, pour lesquelles il accepte la prescription d'un traitement psychotrope.

Par la suite, Monsieur Y présente cependant des épisodes d'**agitation** avec **menaces auto- et hétéro-agressives** liées à des plaintes quant aux conditions d'incarcération, **celui-ci « n'intégrant nullement le sens de sa condamnation » d'après son psychiatre**. Des **éléments délirants** à thèmes **mégalomaniaques** et **persécutifs** ainsi qu'une **dissociation** importante sont alors retrouvés, et une **HO D398** est organisée le 23 octobre du fait de la grande ambivalence du sujet envers les traitements comme envers la proposition d'une « hospitalisation » au SMPR.

À l'hôpital, Monsieur Y est pris en charge en **chambre de soins intensifs (CSI)** avant d'intégrer une chambre classique du fait de sa compliance envers les soins et de l'amélioration clinique observée. Quelques jours plus tard, il **fugue** cependant du service en forçant la porte d'entrée. Son psychiatre exprime à cette occasion par courrier les **grandes difficultés** auxquelles lui et ses collègues sont confrontés dans la prise en charge, au sein de leurs services de secteur « *pas équipés* » pour cela, des **malades en HO D398** qu'il décrit alors en tant que « *détenus fugueurs ou dangereux* », demandant à ce que celles-ci se déroulent désormais en **UMD**. Cependant, le référent médical de Monsieur Y au SMPR lui rappelle à ce sujet que « *le recours à ces structures ne se fait que dans des indications précises de mise en échec des soins psychiatriques* », et que « *les hospitalisations ne s'y*

font pratiquement jamais en urgence et qu'elles nécessitent une référence sectorielle ».

Monsieur Y réintègre ensuite rapidement le service hospitalier dont il a fugué, où l'HO D398 reprend ainsi son cours. Ce placement thérapeutique prend fin mi-décembre 2003, et le sujet apparaît stabilisé à son retour en détention. Il se montre alors **compliant envers les soins** et la prise des traitements médicamenteux, toujours composés d'un antipsychotique, d'un thymorégulateur et d'un neuroleptique sédatif.

Après deux mois, une **instabilité psychique** apparaît cependant à nouveau chez ce malade, associée à des éléments interprétatifs et à une tension interne croissante. Il **accepte** cette fois une « **hospitalisation** » au sein du **SMPR** de Nantes, qui est mise en place le 24 février 2004. Durant cette prise en charge, les soignants observent chez ce détenu-patient des **troubles psychotiques associés à une dimension thymique haute** leur faisant évoquer un tableau de **psychose infantile**, notamment du fait d'une hyperactivité, d'une intolérance à la frustration et de l'absence de frontière entre la réalité et l'imaginaire comme entre le temps de la guerre et le temps présent. Malgré un ajustement thérapeutique, les questions de place et de sécurité interne restent très douloureuses pour Monsieur Y, et celui-ci **demande sa sortie après 10 jours** d'« hospitalisation », qui constituent néanmoins un premier contact.

Le sujet retourne alors en détention classique, d'où il demande à nouveau une HO à l'hôpital après quelques semaines pour une recrudescence d'**angoisses** associée à des **éléments dépressifs**. Le 16 avril 2004, il **accepte alors un retour au SMPR**, où ses troubles dépressifs évoluent progressivement vers des **éléments hypomaniaques et maniaques** associés à des **éléments délirants imaginatifs et hallucinatoires**. Les questions de sa place et de son maintien en détention redeviennent alors aigües, ce qui amène les soignants à mettre en place un **travail thérapeutique contenant** et visant à construire une **alliance thérapeutique**. Pour cela, la prise en charge SMPR de Monsieur Y est prolongée **jusqu'à sa libération**, et **ponctuée d'hospitalisations d'office mensuelles** dans son secteur psychiatrique afin d'élaborer un projet de soins à l'extérieur. La famille paraît alors comprendre la poursuite nécessaire des soins à sa libération, et le détenu-patient prend lui aussi progressivement conscience de ses troubles. Il investit alors un **projet thérapeutique** mêlant visites à domicile, consultations, activités de CATTP et hospitalisations séquentielles, et est ainsi **libéré dans de bonnes conditions** le 4 septembre 2004.

Monsieur Y est incarcéré d'août 2005 à janvier 2006 à la maison d'arrêt de Rennes pour de nouveaux délits, période pour laquelle le dossier du SMPR de Nantes ne contient aucun document.

Le 9 juin 2006, Monsieur Y est à nouveau incarcéré à la maison d'arrêt de Nantes suite à des vols.

Il **demande** alors lui-même la reprise d'un **suivi en consultations par le SMPR**, où une exaltation de l'humeur associée à des éléments imaginatifs et hallucinatoires est retrouvée. Il se montre consentant envers les soins et la prise des traitements.

Fin juillet, le détenu-patient présente une **recrudescence délirante** paraissant associée à des **conflits avec ses co-détenus**, qui entraîne une **grande tension psychique** et des **troubles du comportement hétéro-agressifs**. Il évoque la survenue répétée d'**hallucinations** visuelles et auditives, et demande alors une « *hospitalisation au CHU ou une cellule individuelle* ». Début août, Monsieur Y réalise un premier passage à l'acte auto-agressif par une **phlébotomie**, survenant suite à l'annonce d'une nouvelle condamnation pour vol avec violence réfutée par celui-ci et donnant donc lieu à une grande **frustration**, mal supportée. Il présente alors une agitation importante sans élément délirant et **demande à nouveau une HO**, que les soignants refusent en lui expliquant l'**absence d'indication à celle-ci**. Suite à ces épisodes, Monsieur Y est placé au **quartier disciplinaire (QD)** par la **commission de discipline** de l'établissement pour **8 jours** (cf. Annexe 2), du fait de sa participation à des bagarres entre détenus.

Durant cet isolement, on retrouve une **augmentation des éléments délirants** ainsi qu'une grande tension interne, entraînant de nouveaux **gestes auto-agressifs** par des coups dans les murs et des scarifications. Un certificat évoquant l'incompatibilité de l'état de santé du sujet avec son maintien au QD est alors établi, et celui-ci est **transféré au SMPR**.

Plusieurs hospitalisations au SMPR se succèdent ainsi par la suite dans des contextes de **recrudescences délirantes et anxieuses** ou de **passages à l'acte hétéro-agressifs** suite à des évènements vécus comme intrusifs, face auxquels elles permettent un apaisement et une contenance sécurisante. Un traitement substitutif oral aux opiacés y est par ailleurs prescrit à Monsieur Y, celui-ci reconnaissant sa consommation problématique de **divers toxiques en détention**.

Trois hospitalisations en **HO D398** sont de plus mises en place en décembre 2006, mars 2007 et septembre 2007 devant des **refus de soins** associés à des **recrudescences psychotiques**. Celles-ci sont à nouveau émaillées de **fugues** durant lesquelles le détenu-patient dit rendre visite à sa famille, celui-ci retournant fréquemment de lui-même à l'hôpital ensuite.

Une prise en charge en « **hospitalisation** » **SMPR** est réalisée à la **fin de sa peine** en février 2008, afin d'organiser son retour dans sa famille. Il est ainsi libéré le 25 mars 2008, son premier rendez-vous en consultation au CMP étant fixé au 8 avril.

Quelques jours après sa levée d'écrou, Monsieur Y arrête cependant ses traitements et il est **réincarcéré** en maison d'arrêt pour un nouveau vol dès le 4 avril 2008. Il présente alors un **discours peu cohérent** et une **dissociation majeure**, mais consent à venir aux consultations SMPR et à

prendre ses médicaments. **Victime d'agressions** répétées en détention, il est rapidement placé en **quartier d'isolement** envers les autres détenus, où il présente une **nouvelle décompensation délirante et une phlébotomie**.

Le 7 mai 2008, Monsieur Y est relaxé à l'audience correctionnelle, car il est **irresponsabilisé pénalement selon l'article 122-1 du Code pénal** suite aux conclusions d'une expertise psychiatrique pénale effectuée le 23 avril, allant dans ce sens :

*« La pathologie psychiatrique dont souffre le sujet est une **pathologie chronique** qui ne va pas disparaître du jour au lendemain. Le pronostic, à moyen ou long terme, demeure très réservé. Le sujet doit faire l'objet d'une injonction de soins dans le cadre d'un triple traitement : psychotrope, psychothérapique, socio-thérapique. Cette **prise en charge très lourde ne peut être effectuée qu'en milieu spécialisé (un service psychiatrique hospitalier) et non carcéral**. Son maintien en milieu carcéral n'aurait d'autre effet que d'**aggraver sa pathologie**, non seulement du fait de l'enfermement mais aussi de l'éventuelle promiscuité avec de vrais délinquants, lesquels ne peuvent que gravement le perturber.*

*L'intéressé demeure à ce jour **dangereux, du seul fait de sa pathologie**, laquelle peut à tout moment le conduire à récidiver. Seul l'accompagnement (encadrement) thérapeutique peut faire espérer un estompage progressif des symptômes, une possible insertion socioprofessionnelle et, partant, une absence de récidive... ».*

Monsieur Y est alors immédiatement **hospitalisé d'office** selon l'article **L3213-7** du Code de santé publique (cf. Annexe 2).

Dans le service psychiatrique de son secteur, le patient présente à nouveau des **éléments délirants mégalomaniaques de filiation avec hallucinations**, associés à une **note thymique haute** et à une accélération psychomotrice. La prise en charge permet alors une abrasion progressive de ces troubles, mais le patient met en avant des demandes incessantes au sujet du cadre de celle-ci. Dans ce contexte, son référent médical demande dès le 27 mai 2008 deux expertises psychiatriques afin de **lever la mesure d'HO L3213-7**, conformément à l'article **L3213-8 du CSP** (cf. Annexe 2). Une première expertise est alors réalisée le 2 juin 2008 par un expert indépendant :

*« On doit considérer qu'actuellement le patient est **loin d'être stabilisé**. Envisager la **levée du placement d'office**, compte tenu de la symptomatologie observée ce jour, paraît particulièrement **inopportun**, pour ne pas dire contre indiqué et ce serait prendre le risque de **continuer à désocialiser** un patient qui peut par ailleurs s'inscrire dans un certain nombres de passages à l'acte susceptibles dans leurs réalisations d'être connotés d'une **dangerosité psychiatrique**.*

La mesure d'hospitalisation d'office ne peut donc pas être levée.

*La prise en charge d'une psychose aussi grave ne peut pas passer autrement que par l'**acceptation**,*

et par le patient et par les équipes de soins, d'une période d'hospitalisation longue au cours de laquelle le patient va bénéficier d'un accompagnement psychothérapeutique, institutionnel, psychotrope.

L'amélioration psycho-comportementale et la compliance quant à la prise en charge ne seront que très progressives. ... ».

Fin juin 2008, des **sorties d'essai cadrées** sont donc dans un premier temps progressivement envisagées. Devant son amélioration clinique, Monsieur Y peut ainsi retourner chez ses parents certains week-ends, ce qui se déroule bien. Une sortie d'essai lui est ensuite autorisée pour un mois, un projet d'hôpital de jour étant mis en place.

Le 4 septembre 2008, un certificat de **réintégration d'hospitalisation d'office** est cependant émis par son référent médical car le patient ne se rend plus aux activités d'hôpital de jour, et nécessite ainsi la reprise du « **travail thérapeutique intensif dans un milieu psychiatrique** ». Or, c'est **en détention** que Monsieur Y est placé le 4 septembre au soir par un Juge des Libertés et de la Détention (JLD), alors qu'il a bien été **irresponsabilisé pénalement** et soumis à une HO L3213-7 le 7 mai 2008 ! Dans cette grande confusion, un certificat est en outre demandé au chef du service du SMPR le 5 septembre, afin qu'il confirme l'incapacité du patient à rester en détention et la nécessité de son retour en hospitalisation.

Après cet épisode, Monsieur Y réintègre donc son service psychiatrique de secteur à temps plein. Il se montre néanmoins **réticent envers tout projet de soins** et multiplie alors les **fugues**, desquelles ils revient cependant très souvent de lui-même. De plus, le fait que ses **troubles semblent résistants aux chimiothérapies** entraîne rapidement l'élaboration par son référent médical d'une **demande d'admission en UMD** pour ce patient.

Monsieur Y est ainsi hospitalisé à l'UMD de Plouguernevel du 12 novembre 2008 au 14 mai 2009. Au début de cette prise en charge, le patient se montre **très tendu**, menaçant de mettre le feu à la structure. On retrouve alors des **éléments délirants** de thèmes **persécutifs et mégalomaniaques** avec **hallucinations** auditives, associés à une **intolérance à la frustration** et à un manque de maîtrise de soi entraînant l'**agression d'un autre patient**.

Durant cette prise en charge, Monsieur Y est par ailleurs jugé le 23 février pour une **affaire antérieure**, et il est alors **condamné à 18 mois de prison ferme** « *du fait de la répétition des délits en dépit de nombreux avertissements...* ».

Après cinq mois de soins, le chef de service de l'UMD note un apaisement progressif moyennant la prise régulière du traitement, un **délire toujours présent mais en arrière plan** et partiellement critiqué, et l'**absence de trouble majeur du comportement**. Il observe cependant la persistance d'éléments mégalomaniaques (« *pense pouvoir agir sur la météo et notamment contrôler la pluie* »),

ainsi que d'emportement verbaux, « *mais sans joindre le geste à la parole* ». Par ailleurs, il est noté que la famille de Monsieur Y ne lui a pas rendu visite pendant cette période.

La conclusion du référent médical du patient est alors la suivante : « [s'il] *peut actuellement quitter l'unité pour malades difficiles de Plouguernevel, il est nécessaire qu'il bénéficie d'un suivi psychiatrique serré qui ne pourra être effectué qu'en milieu hospitalier...* ».

Le 14 mai 2009, Monsieur Y réintègre ainsi son service psychiatrique de secteur, où une **nouvelle demande d'expertises pour la levée de la mesure d' HO L3213-7** est rapidement formulée par son médecin.

Or, un **arrêté préfectoral** ordonne le 20 mai 2009 la « **suspension** » immédiate de cette mesure d'**hospitalisation d'office**, le temps de la durée de la détention à laquelle Monsieur Y a été condamné en février. Le patient est alors **placé au SMPR** de Nantes, au grand étonnement des soignants de cette structure. En entretien, celui-ci a un bon contact et se présente détendu et souriant. Une nouvelle prise en charge thérapeutique est ainsi débutée, cette fois en détention.

Par ailleurs, les expertises de levée d'HO L3213-7 demandées par le service de secteur de Monsieur Y sont réalisées en juin 2009. L'expertise du 15 juin 2009 évoque ainsi : « *Le sujet doit recevoir des soins prolongés associant notamment selon l'évolution une dimension chimiothérapique, psychothérapique, socio-thérapique, institutionnelle. Ces soins seront menés vu le contexte de manière directive voire parfois sans le consentement du sujet. La dangerosité potentielle du sujet reste entière et le risque de récurrence d'actes transgressifs est majeur, nécessitant des mesures directives et contenant pour assurer la continuité des soins indispensables. Le maintien du cadre de l'hospitalisation d'office est dans ce contexte indispensable...* ».

Les deux expertises psychiatriques concluent ainsi de façon concordante à un **refus de la levée d'HO L3213-7**, et donc à la poursuite de cette mesure. En dépit de cette avis, sa suspension est bien maintenue, et Monsieur Y reste en détention.

Après quelques semaines, on observe chez le détenu-patient une **majoration de la symptomatologie délirante** avec des éléments mégalomaniaques et érotomaniaques (« *relation avec la chanteuse Kenza...* »), reliée par les soignants à une **observance médicamenteuse aléatoire**. Dans ce contexte, il présente quelques jours plus tard un **passage à l'acte hétéro-agressif** sérieux envers **deux surveillants pénitentiaires** intervenant au SMPR suite à une frustration (« *demandes de baisser sa musique* »), aucun élément annonciateur d'un tel geste n'ayant été perceptible.

Monsieur Y est alors immédiatement conduit au **quartier disciplinaire**, en attendant de comparaître au prétoire dès le lendemain. Une lourde peine de QD semblant très dommageable pour les

soignants vis-à-vis de son état psychique déjà bien fragile, une **hospitalisation d'office D398** est organisée le 7 août 2009.

Cette prise en charge dans son secteur psychiatrique se déroule alors bien, le détenu-patient y voyant notamment sa famille en visite. Celui-ci réintègre ainsi la détention le 24 août 2009 au sein du **SMPR** de Nantes, où son retour a été préparé par les soignants en lien avec la direction pénitentiaire. Ce **placement est alors maintenu jusqu'à sa libération**, le 11 février 2010.

Entre temps, deux nouvelles expertises psychiatriques sont demandés par le référent médical de Monsieur Y au SMPR, en vue de **lever la mesure d'HO L3213-7** susceptible de reprendre son cours dès la libération de celui-ci. Ces deux avis sont alors à nouveau concordants, dans le sens d'un **maintien de la mesure**. L'expertise du 20 janvier 2010, réalisée par un expert ayant déjà examiné Monsieur Y antérieurement, évoque notamment :

*« On ne peut que constater la persistance chez ce patient [«schizophrène »] même si c'est a minima d'un **fond délirant et hallucinatoire**, de troubles de l'attention, de la concentration, du cours de la pensée, d'une bizarrerie et d'une discordance. L'amélioration symptomatologique est effectivement notable, mais elle est due avant tout à une prise en charge dans un milieu fermé contraignant, où la prise de traitement est contrôlée.*

Toutefois, le comportement, compte tenu du fond de symptomatologie délirante et hallucinatoire encore observée, reste tout particulièrement imprévisible. Le sujet reste profondément immature, peu inscrit dans la réalité, il n'a aucune critique de son comportement, ni soucis, ni convictions de la nécessité de soins durables en ce qui le concerne.

[...] C'est donc uniquement lorsque les troubles psychotiques notamment sur le plan comportemental se seront bien durablement estompés, uniquement lorsqu'il acceptera de s'inscrire durablement dans une dynamique de soins, uniquement lorsqu'il acceptera le principe d'un traitement retard et lorsque par ailleurs pourront lui être proposées des perspectives de sortie qui incluent des garanties quant au suivi en CMP, quant au type d'accompagnement médical et social, notamment sur le plan de l'hébergement, qu'une sortie d'essai pourra être envisagée.

[...] En tout cas, envisager la levée du placement d'office, compte tenu de la symptomatologie observée ce jour, paraît tout particulièrement inopportun pour ne pas dire contre indiqué, et ce serait prendre le risque, alors qu'une amélioration est notable chez lui, de laisser à nouveau se désocialiser un patient qui peut par ailleurs s'inscrire dans un certain nombres de passages à l'acte...

*[...] Compte tenu de l'ampleur d'une telle prise en charge où le patient devra démontrer ses capacités d'autonomie au cours de sorties d'essais, une **levée de l'hospitalisation d'office ne devrait pas être examinée avant au moins un an** ».*

Monsieur Y est donc **réhospitalisé d'office** dans son secteur psychiatrique selon l'article **L3213-7** du CSP à la date de sa levée d'écrou, le 11 février 2010.

Le patient présente alors durant les premières semaines des éléments délirants avec angoisses et composante thymique hypomaniaque, pouvant entraîner des troubles du comportement et des fugues du service, alternant avec des moments régressifs constitués de clinophilie, incurie et refus alimentaire.

Progressivement, le bon déroulement de rencontres avec la famille et l'apparition d'une meilleure adhésion aux soins de Monsieur Y, notamment par des efforts comportementaux, permettent d'envisager des **sorties d'essai** qui sont mises en place fin mars.

Quelques mois plus tard, les certificats médicaux de maintien de l'HO mentionne la persistance de la dissociation psychique et des troubles délirants habituels chez le patient, ainsi que de multiples fugues du service dont il revient cependant de lui-même. Il ne présente pas de troubles du comportement majeur, mais la mise en place d'un projet de soins dans la continuité est pour lui difficile du fait d'un manque d'alliance thérapeutique avec sa famille et de son propre mode de vie constitué de fugues et d'errances, « *sans que cela présente de dangerosité* ». Par ailleurs, un **traitement neuroleptique retard** permet néanmoins la continuité des soins chimiothérapeutiques.

Le 7 août 2010, Monsieur Y regagne le domicile familial dans le cadre d'une **sortie d'essai**, son traitement oral lui étant dispensé quotidiennement dans une pharmacie, et des **hospitalisations séquentielles** étant programmées. Deux semaines plus tard, il est cependant réintégré dans son service de secteur à temps complet suite à un acte délictueux « *en rapport avec ses conduites sociopathiques chroniques* ». Après quelques jours, une nouvelle sortie d'essai est organisée, avec la programmation d'hospitalisations séquentielles deux fois par mois...

b. Discussion

Ce cas clinique illustre bien, lui aussi, plusieurs difficultés de la prise en charge psychiatrique des malades mentaux placés sous main de Justice que nous avons étudiées précédemment.

Différents éléments y soulignent tout d'abord le fait que la **prison** ne constitue **pas un lieu de**

soin, et est donc particulièrement **inadaptée** pour la prise en charge de sujets souffrant de **troubles psychotiques**.

Si, comme nous l'avons vu, l'intervention d'équipes psychiatriques en milieu carcéral permet de proposer aux détenus des accompagnements thérapeutiques, ceux-ci sont en effet limités, et avant tout conditionnés au **consentement** des sujets. Les tentatives de soins portées vers les personnes incarcérées souffrant de **psychoses** y sont alors en particulier gravement compromises, un **déni majeur des troubles** et une **grande ambivalence** caractérisant ce type de pathologies. L'alliance thérapeutique y est ainsi toujours très fragile avec ces malades, et **aucun traitement ne peut leur y être imposé**, dont notamment les antipsychotiques à action prolongée qui auraient été indiquées et bénéfiques dans ce cas clinique. De plus, la bonne prise des traitements ne peut pas être vérifiée en détention, et le fait que cette observance y reste ainsi toujours une question complique encore toute volonté d'adaptation chimiothérapique.

D'autre part, cette illustration souligne que le milieu carcéral lui-même constitue un obstacle considérable à la pratique soignante comme à l'amélioration clinique des malades mentaux. Les mauvaises conditions carcérales liées à la **surpopulation** – les détenus pouvant être jusqu'à six par cellule en maison d'arrêt – fragilisent ainsi particulièrement les sujets souffrant de **troubles psychotiques**, qui nécessitent le respect de leur espace personnel du fait de leurs angoisses profondes souvent liées à des sentiments délirants d'insécurité et de persécution. Ces conditions contribuent alors à aggraver leurs troubles, en favorisant leurs **sensations angoissantes d'intrusion**. Les malades psychiatriques sont de plus très **vulnérables en détention**, et ils y sont alors souvent victimes d'agressions ou de rackets par les « *vrais délinquants* » qui les entourent (cf. expertise du 23 avril 2008), ce qui entretient chez eux les éléments persécutoires. En outre, la **consommation répandue de toxiques divers** en prison compromet encore l'abréasement des troubles, celle-ci ne faisant au contraire qu'y favoriser les décompensations psychotiques.

Enfin, nous pouvons à nouveau souligner avec ce cas la **perte de sens** de la peine d'incarcération pour de nombreuses personnes souffrant de troubles psychotiques, Monsieur Y « *n'intégrant nullement le sens de sa condamnation* » selon son psychiatre.

Plusieurs séquences du parcours de Monsieur Y soulignent par ailleurs la forte **dimension sécuritaire** de certaines décisions judiciaires, **aux dépens des soins** et parfois même en contradiction directe avec l'avis des experts.

Dans l'expertise psychiatrique pénale de Monsieur Y du 23 avril 2008, l'expert explique clairement que la prise en charge « très lourde » nécessitée par la pathologie psychiatrique chronique du sujet ne peut avoir lieu qu'en milieu hospitalier spécialisé, son maintien en prison ne faisant qu'aggraver

ses troubles. De plus, après avoir précisé que la dangerosité de Monsieur Y est exclusivement d'ordre psychiatrique, il souligne que seul ce type de prise en charge est susceptible de diminuer chez lui le risque de récidive délictuelle. L'expert conclut alors à son irresponsabilité pénale selon l'article 122-1, et il est hospitalisé d'office selon l'article L3213-7 du CSP.

Quelques mois plus tard, un certificat de réintégration de Monsieur Y en hospitalisation d'office est émis par son référent médical après une tentative échouée de sortie d'essai, celui-ci ne se présentant pas aux soins organisés. Cependant, **c'est alors en prison que ce patient est placée** par un JLD, et il faut attendre le lendemain et une intervention motivée du chef de service du SMPR, pour qu'il soit finalement placé à l'hôpital.

D'autre part, une **nouvelle condamnation** de Monsieur Y intervient en février 2009, alors que celui-ci est pris en charge en UMD. Le jugement évoque alors « *la répétition des délits en dépit de nombreux avertissements* », et le condamne ainsi à une **lourde peine de prison ferme**. L'expertise psychiatrique précédente du sujet – comme toutes les expertises antérieures appuyant son grand besoin de soins – ne semble alors **aucunement avoir été prise en compte**, tout comme la nécessité avérée et continue de soins particulièrement intensifs pour ce patient, celui-ci étant alors soigné en UMD ! Aucune information du dossier de Monsieur Y ne fait par ailleurs mention de la demande à l'occasion de ce jugement d'une nouvelle expertise psychiatrique pénale, qui n'a ainsi pas du être réalisée comme le permettent les **procédures correctionnelles**.

Dès la sortie du patient de l'UMD début mai 2009, celui-ci est **incarcéré** du fait d'une « **suspension** » de sa mesure d'**HO L3213-7** par un arrêté préfectoral, qui est donc à son tour en totale contradiction avec l'avis des différents soignants et experts l'ayant évalué. Le dernier en date, psychiatre à l'UMD, souligne en effet en ce sens fin avril 2009 que Monsieur Y nécessite « *un suivi psychiatrique serré qui ne pourra être effectué qu'en milieu hospitalier* », ce que concluent d'ailleurs à nouveau quelques semaines plus tard 2 expertises confirmant la nécessité de l'**HO L3213-7**.

La **dimension sécuritaire** semble ainsi l'emporter sur la dimension soignante à plusieurs moments du parcours de Monsieur Y, celui-ci se retrouvant finalement incarcéré alors qu'il relève bien d'une mesure antérieure d'irresponsabilité pénale selon l'article 122-1 du CP, « *établie mais non prise en compte* » selon les mots du chef de service du SMPR.

Enfin, on peut retrouver dans cette vignette clinique plusieurs difficultés que nous avons évoquées lors des **prises en charge hospitalières des malades placés sous main de Justice**.

Tout d'abord, dès l'une de ses premières HO D398, en octobre 2003, Monsieur Y **fugue** du service d'hospitalisation de secteur dans lequel il a été placé. Par la suite, son parcours reste comme nous

l'avons vu émaillé de nombreuses fugues de services hospitaliers, desquelles il revient d'ailleurs généralement de lui-même. La grande facilité qu'a ce patient à sortir sans autorisation de services psychiatriques fermés, si elle témoigne chez lui d'une forte détermination et de capacités athlétiques très développées, appuie ainsi l'**inadaptation** toujours criante des **locaux de Psychiatrie Générale pour ce type de prise en charge**.

Ces structures semblent de plus être en difficulté pour assurer les **soins** nécessaires eux-mêmes face aux pathologies psychiatriques lourdes accompagnées de troubles du comportement. En effet, les personnes souffrant de ce type de troubles monopolisent durant leurs prises en charge de **nombreux soignants**, pour des temps importants, et leurs troubles de comportements nécessitent en outre une **vigilance constante** de la part de ceux-ci. Or d'autres patients, souffrant de diverses maladies, sont également hospitalisés dans ces services, pour lesquels les soignants doivent également être disponibles, ce qui rend impossible leur présence optimale auprès de tous.

D'importants **manques de moyens et de personnel** peuvent ainsi être soulignés en Psychiatrie Générale, notamment pour assurer la bonne prise en charge, très complexe et chronophage, des pathologies les plus lourdes. Ces insuffisances, ainsi qu'un possible sentiment d'impuissance lié à un défaut de formation dans ce domaine des équipes de ces structures, peuvent alors y expliquer les **tendances rejetantes** de celles-ci envers les patients souffrant de ce type de pathologies, comme envers ceux placés sous main de Justice. Dans ce cas clinique, un psychiatre assigne ainsi Monsieur Y, avant toute considération clinique, au groupe des « *détenus fugeurs ou dangereux* » pour lesquels son service n'est pas équipé. De plus, il tente alors de se désengager de sa prise en charge en évoquant la nécessité pour le soigner de faire désormais appel aux UMD, dont ce n'est pourtant pas le rôle. Plus tard, fin mai 2008, on peut à nouveau remarquer en ce sens l'empressement des soignants du service auquel est affecté Monsieur Y suite à son irresponsabilisation pénale à demander, moins d'un mois après cette décision, la levée de sa mesure d'HO L3213-7. À cette occasion, l'expert souligne d'ailleurs **ce risque de rejet** du patient par ses soignants, qu'il perçoit bien dans cette demande précipitée : « *La prise en charge d'une psychose aussi grave ne peut pas passer autrement que par l'acceptation, et par le patient et par les équipes de soins, d'une période d'hospitalisation longue...* ».

La Psychiatrie Générale, afin de pouvoir réellement intervenir face à tout type de troubles psychiques, nécessite ainsi une augmentation des moyens qui lui sont attribués et de son personnel, ainsi que le développement de formations diverses.

Ces deux parcours, entre Santé et Justice, de sujets souffrant de **maladies mentales lourdes** illustrent donc bien les différentes difficultés auxquelles sont aujourd'hui confrontés les soignants au sein du Modèle Intégratif français d'articulation entre ces deux champs. Ils révèlent de plus les **grandes difficultés d'accès au soins** des personnes vivant dans des **situations sociales précaires** dans notre société. En effet, le fait que ces deux hommes d'origines étrangères reçoivent plus facilement les soins leur étant indispensables une fois incarcérés ou sous le coup de mesures judiciaires, s'il peut être expliqué par leurs personnalités ou leurs pathologies, résulte cependant également des difficultés actuelles de la Psychiatrie publique. Ce phénomène appuie donc une fois de plus **l'important manque de moyens de la Psychiatrie Générale** en France, qui si elle était développée de façon optimale pourrait pourtant contribuer à intervenir en amont des troubles de comportements de certains patients, réduisant ainsi leur « dangerosité » psychiatrique tout en leur proposant des prises en charge humaines.

Conclusion

Le **Modèle Intégratif français d'articulation Santé – Justice** apporte comme nous l'avons vu de **nombreuses ressources** à notre société. Ses réseaux dynamiques entretiennent la coordination entre les champs sanitaires et judiciaires de façon optimale, en y encourageant le foisonnement d'échanges et d'**interactions pluridisciplinaires**. Les **Réseaux de Psychiatrie Médico-légale** y conduisent ainsi en particulier, grâce à des réflexions collectives décloisonnées, à l'obtention de nombreuses avancées dans le domaine de la prise en charge des troubles psychiques pouvant être associés à des infractions. En effet, cette organisation offre en premier lieu une **prise en charge globale, adaptée et humaine** aux personnes atteintes de troubles psychiques et placées sous main de Justice. Les soins, dispensés par des soignants indépendants vis-à-vis du milieu judiciaire, y sont de la même qualité que pour tout citoyen, et leurs bonnes proximités et continuités permettent alors d'**améliorer la réinsertion** de ces sujets. D'autre part, l'alliance de savoirs et d'expériences de professionnels de divers horizons **enrichit** de façon considérable les **différentes disciplines** étant mises en relations dans ce modèle. La Psychiatrie bénéficie ainsi de nombreux progrès grâce à ce système, notamment par le développement actuel de la **Psychocriminologie**. Cette nouvelle pratique entraîne en effet des avancées dans la pratique de la Psychiatrie Générale, par exemple dans la clinique et la prévention des décompensations violentes des malades mentaux, ainsi qu'au sein de l'articulation Santé – Justice au sujet de la prise en charge des criminels atteints de différents troubles psychiques. La Psychocriminologie se révèle ainsi **utile à l'ensemble des équipes psychiatriques**, pas seulement dans l'exercice en lien avec le champ judiciaire, et la formation des psychiatres à cette spécialité doit ainsi être fortement promue.

Le Modèle Intégratif présente cependant également **certaines limites**, qui l'exposent à de nombreux risques dans notre société. Il faut en effet rester continuellement attentif à la bonne marche de cette lourde organisation, qui peut en particulier être fragilisée par des difficultés de communication et par la survenue de **confusions entre ses acteurs**, notamment concernant les **places et rôles de chacun**. Or, le système néolibéral actuel développe depuis quelques années de nouvelles **politiques pénales très sécuritaires** dans notre société, qui menacent notamment l'autonomie et

l'indépendance des différentes disciplines au sein des relations Santé – Justice. Ces évolutions y favorisent alors l'apparition de confusions, de stigmatisation des usagers, pour finalement laisser place à divers **risques d'instrumentalisations** par les gouvernants. À l'image de la suppression prochaine du juge d'instruction dans le domaine judiciaire, **l'État** semble ainsi vouloir aujourd'hui **reprendre un contrôle plus direct** sur les institutions capitales du domaine de la **sécurité publique**, quitte à y pervertir pour cela les fonctions d'origine des Réseaux dynamiques du Modèle Intégratif français. Dans le champ sanitaire de ce modèle, nous devons alors nous montrer particulièrement vigilants quant aux risques de brouillage des fonctions de la **Psychiatrie** et de son instrumentalisation, qui se trouvent donc de nos jours accrues par cette forte pression sécuritaire.

Dans ce contexte, notre Modèle Intégratif semble progressivement évoluer **vers une organisation plus ségrégative**, telle que celle existant en Belgique. Le dispositif belge de Défense Sociale paraît en effet pour sa part tout à fait compatible avec les préoccupations politiques sécuritaires actuelles, son fonctionnement articulant de façon clarifiée les champs sanitaires et judiciaires dans un **objectif affiché et assumé de Défense Sociale**, basé sur la protection de la société et le Soin apporté aux internés. Cet internement s'y déroule au sein de structures spécifiques, les établissements de Défense Sociale, où coopèrent les Ministères de la Santé et de la Justice. Les individus sont alors pris en charge de façon adaptée et personnalisée, notamment en fonction de leur degré de dangerosité. Cette organisation en filières spécifiques entraîne de plus une **grande spécialisation** des professionnels y intervenant, ainsi que de **nombreuses avancées** de la recherche dans ce domaine.

Néanmoins, l'évolution actuelle de notre modèle vers ce type de dispositif s'accompagne de **nombreuses menaces envers la Psychiatrie** et ses usagers. Dans le virage sécuritaire du système néolibéral, la représentation de la Maladie mentale souffre en effet de nombreuses **confusions**, qui amalgament alors folie, dangerosité et criminalité, ou encore soins aux malades mentaux, contraintes et peines. Le risque est alors élevé d'**encourager un traitement carcéral** de tous les auteurs d'infractions atteints de troubles psychiques, en attribuant à la prison l'ancien **rôle asilaire** de la Psychiatrie. Ces sujets ne seraient alors considérés que comme des délinquants dangereux, et leur souffrance comme leur dimension humaine globale seraient ignorées. Accroître leur répression et leur exclusion générerait ainsi une grande violence, annulant tout travail thérapeutique de subjectivité et de mise en représentation. Si des malades peuvent aujourd'hui être traités en milieu carcéral du fait de réels progrès récents en Psychiatrie Légale, la **prison** ne constitue en effet **pas un lieu de soins**, celle-ci pouvant au contraire **aggraver les pathologies** quand elle ne les suscite pas. La détention, compartimentée, cloisonnée à l'extrême et étanche à toute transmission soignante

constitue alors le principal obstacle aux prises en charge psychiatriques, et les **pathologies psychotiques** en particulier, comme nous l'avons vu dans nos vignettes cliniques, n'ont ainsi rien à faire en prison dans une grande majorité de cas. D'après Daniel Zagury, le **maintien d'une exclusivité soignante par l'irresponsabilité pénale** est ainsi indispensable, certes pour un petit nombre de patients, mais en vue de résister à la lame de fond de la « *double qualification médicale et judiciaire* » dont parlait Michel Foucault, et à l'instauration généralisée d'un « *punir et traiter* » [25]. La situation actuelle de très nombreux malades psychiatriques incarcérés ne répond donc ni aux exigences de sécurité, ni à l'éthique médicale, ni aux valeurs démocratiques.

Dans le contexte sécuritaire actuel, face auquel des tentations totalitaristes du pouvoir sont grandes, la **Psychiatrie** doit en outre demeurer très vigilante quant aux **dispositifs de sécurisation** auxquels elle est mêlée. En effet, notre spécialité est aujourd'hui de plus en plus sollicitée par la Justice et les gouvernants, qui l'instrumentalisent alors comme un **outil sécuritaire supplémentaire**, dans une totale confusion entre maladie mentale et criminalité. En ce sens, plusieurs évolutions récentes illustrent bien les nombreuses menaces pesant sur la Psychiatrie actuellement, telles que le sort réservé au travail consensuel de l'audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale, la volonté de judiciariser les hospitalisations sous contrainte par la loi du 5 mars 2007, différentes mesures des lois du 10 août 2007 et du 25 février 2008, ou encore certaines dispositions du projet de réforme de la loi de 1990. La fonction de la Psychiatrie n'est ainsi plus de soigner humainement des malades, mais de ne pas « lâcher dans la nature des individus dangereux » en les **catégorisant** et en les **excluant** de la société **avec l'alibi du « Soin »**, voulu scientifique et humaniste mais étant alors bien vide.

Les évolutions législatives issues des nouvelles politiques pénales témoignent ainsi actuellement d'un double mouvement de **judiciarisation des malades** et de **traitement de tous les autres**, et le risque est alors grand de voir se dissoudre le champ médico-légal de la Psychiatrie dans celui de la Criminologie.

La **Psychiatrie risque donc de perdre son identité** du fait des instrumentalisation dont elle est aujourd'hui victime au sein des relations Santé – Justice. La mission première de notre spécialité, qui réside bien dans son rôle soignant auprès des personnes souffrant de troubles mentaux, y est en effet remise en question avec le déclin actuel du Modèle Intégratif français. Plusieurs précautions semblent ainsi désormais nécessaires afin de **préserver la place et l'utilité réelle** de cette discipline médicale **dans le domaine médico-légal**.

Il faut tout d'abord **éviter** pour cela l'apparition d'un **cloisonnement** entre la Psychiatrie Médico-légale et la **Psychiatrie Générale**. Il est alors indispensable de lutter contre le mouvement actuel de

sclérose des Réseaux de Psychiatrie Médico-légale du Modèle Intégratif, qui, initialement fortement reliés à la Psychiatrie Générale, tendent de nos jours vers une **pratique sur-spécialisée** organisée en **filiales ségrégatives**, clivées et détachées de leurs bases. En ce sens, les pratiques de Psychiatrie en Réseaux, spécifiques à des populations ou à des pathologies, ne doivent de plus pas être construites et **développées** au dépens de leur origine, mais bien **de façon synergique** avec elle afin de garder leur identité soignante commune. Ainsi, il semble de nos jours capital de développer des stratégies d'accompagnement de l'homme réputé dangereux au sein d'un système prenant soin de la cité entière, et de ne pas abandonner ainsi un traitement ambulatoire pouvant contribuer à une bonne **insertion sociale**, et aboutir finalement à une prévention tant recherchée.

D'autre part, des évolutions à l'échelle des intervenants en Psychiatrie eux-mêmes peuvent aujourd'hui contribuer au maintien de la fonction soignante de cette discipline. En effet, l'**utilisation** par les psychiatres experts comme soignants de la **notion de dangerosité** en étant bien conscients de ses **limites scientifiques** et de ses **ambiguïtés politiques**, ainsi que leur **vigilance** envers toute autre **confusion** participerait à éviter l'assignation à notre spécialité médicale d'un rôle différent du sien par les autres champs, tel que celui d'empêcher de nuire. Par ailleurs, il paraît également bénéfique à cette fin d'encourager le développement de programmes publics de **lutte contre la stigmatisation** et d'**éducation** à la Psychiatrie et à la Santé Mentale.

De façon plus générale, il semble indispensable pour clarifier les places et rôles des différentes disciplines du champ médico-légal de **lutter contre les volontés politiques de « précaution » envers les comportements humains**, et de **neutralisation** de tout risque par l'**exclusion**. Comme le disait à ce sujet Michel Foucault, « *rien n'est plus intérieur à notre société, rien n'est plus intérieur aux effets de son pouvoir que le malheur d'un fou ou la violence d'un criminel. [...] La parole du dehors est un rêve qu'on ne cesse de reconduire* » [107]. De nos jours, les **projets d'exclusion de toute « déviance sociale »** de la société poursuivis par les surenchères législatives répressives et sécuritaires répétées des nouvelles politiques pénales semblent donc **bien illusoirs**.

La **Psychiatrie** doit ainsi lutter contre toute instrumentalisation visant à la faire participer aux **projets d'exclusion de la « folie »** d'une société de normalisation et de conformisation, en vue d'atteindre une « raison » normalisée, aseptisée et finalement déshumanisée. En effet, d'après François Tosquelles, « *sans la reconnaissance de la valeur humaine de la folie, c'est l'homme même qui disparaît* » [108].

« *La psychiatrie doit être faite et dé faite par tous* », disait par ailleurs un slogan antipsychiatrique demeuré célèbre [109]. Il a de nos jours paradoxalement été réalisé, les politiques, les juges, les administrations et les médias s'étant en particulier appropriés la clinique de notre spécialité

médicale, les **psychiatres ne parvenant plus à y défendre leur exclusivité** comme le faisaient les aliénistes. Dans ce contexte, les mouvements d'Antipsychiatrie, notamment avec Michel Foucault, permettent par leur opposition critique de **défendre la légitimité de la Psychiatrie** en la recentrant sur son véritable champ de compétence.

La **Justice**, dans les fondements du Droit, n'est quant à elle faite ni pour plaire au citoyen victime ni pour amadouer ou gouverner le citoyen électeur, et elle doit donc également rester vigilante à l'égard des **forts risques d'instrumentalisation politique** qui la menacent dans le système néolibéral actuel. Cette discipline doit en ce sens affirmer ses propres ambitions, sa fonction profonde étant de faire respecter le droit et l'équité, et cela sans considérer que certaines catégories de personnes telles que les « fous », les « dangereux » et les « malades » en seraient moins dignes voire destituées.

Il s'agit ainsi aujourd'hui de revenir à une des sagesse les plus importantes du libéralisme politique, **l'auto-limitation** : ne pas vouloir tout prévenir, accepter une marge nécessaire d'incertitude et même de dommages, et peser en chaque mesure ce qui relève de la sécurisation légitime et ce qui relève de la préservation des libertés. Gouverner une société requiert ainsi un certain courage, qui consiste à savoir se limiter dans le désir de sécurité pour prendre en compte les libertés publiques et les principes généraux qui doivent organiser une société. À ce sujet, Benjamin Franklin énonçait déjà au XVIII^e siècle une pensée plus que jamais d'actualité : « *Un peuple prêt à sacrifier un peu de liberté pour un peu de sécurité ne mérite ni l'une ni l'autre, et finit par perdre les deux* ».

À l'avenir, le respect du fonctionnement dynamique du **Modèle Intégratif français de relations Santé – Justice** favoriserait la reprise de **réflexions communes**, pour ne pas céder ainsi à la démesure face au passage à l'acte criminel et à l'horreur d'y reconnaître un homme à son image. Il permettrait en outre de penser et d'**élaborer le Soins dans ses rapports avec la Peine** au sein de notre société démocratique, pour éviter finalement de prôner la Sécurité sans la Réinsertion, la Médicalisation sans la Thérapie, et la Punition sans l'Humanisme. On peut donc espérer qu'une **articulation Santé – Justice réfléchi et équilibrée** puisse progressivement s'instituer, dans le respect des places propres à chacun, afin de prendre en compte les sujets dans leur dimension humaine, en entendant la souffrance même chez ceux qui transgressent la Loi.

ANNEXE 1

Lexique des abréviations utilisées

AAH : Allocation Adulte Handicapée

AP : Administration Pénitentiaire

ARTAAS : Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Agressions Sexuelles

AVS : Auteur de Violences Sexuelles

CD : Centre de détention

CHS : Centre Hospitalier spécialisé

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMPR : Centre Médico-Psychologique Régional

CP : Code Pénal

CPP : Code de Procédure Pénale

CRAVS : Centre Ressource pour la prise en charge des Auteurs de Violences Sexuelles

CSI : Chambre de Soins Intensifs

CSP : Code de Santé Publique

DSP : Dispositif de Soins Psychiatriques

HDT : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers

HO : Hospitalisation d'Office

IS : Injonction de Soins

JAP : Juge d'Application des Peines

JLD : Juge des Libertés et de la Détention provisoire

MA : Maison d'Arrêt

QD : Quartier Disciplinaire

SMPR : Service Médico-Psychologique Régional

SSJ : Suivi Socio-Judiciaire

UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires

UHSA : Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée

UHSI : Unité d'Hospitalisation Sécurisée Interrégionale

UMD : Unité pour Malades Difficiles

ANNEXE 2

Lexique judiciaire

Délit : Infraction dont la gravité se situe entre la contravention et le crime, passible d'une peine d'emprisonnement ne pouvant pas dépasser 10 ans ou d'une amende supérieure à 3750 euros.

Crime : Infraction la plus grave, passible d'une peine de réclusion criminelle de plus de 10 ans.

Procédure correctionnelle : Procédure en œuvre lorsque l'infraction est un délit, qui dépend du Tribunal correctionnel.

Procédure criminelle : Procédure en œuvre lorsque l'infraction est un crime, qui dépend de la Cour d'assises.

Prévenu : Personne, en liberté ou en détention provisoire en établissement pénitentiaire, poursuivie pour une infraction qui n'a pas encore été jugée ou dont la condamnation n'est pas définitive.

Condamné : Personne déclarée coupable d'avoir commis une infraction par une décision définitive, et à laquelle est infligée une sanction.

Maison d'Arrêt : Établissement pénitentiaire qui reçoit les prévenus et les condamnés dont le reliquat de peine n'excède pas un an.

Centre de détention : Établissement pénitentiaire qui reçoit des condamnés considérés comme présentant de bonnes perspectives de réinsertion, dont le reliquat de peine est cependant supérieur à trois ans. Le régime de détention y est principalement orienté vers la resocialisation des détenus.

Juge des Libertés et de la Détention provisoire (JLD) : Magistrat du Siègre, « juge indépendant » qui arbitre lorsque la liberté individuelle de prévenus est en jeu. Fonction créée par la loi du 15 juin 2000.

Juge d'Application des Peines (JAP) : Magistrat du siège qui intervient après la condamnation,

afin d'individualiser la peine selon un principe cher au Droit pénal français.

Commission pénitentiaire de Discipline : Commission pouvant convoquer des détenus en salle d'audience, ou « **prétoire** », et y prononcer des sanctions disciplinaires à leur encontre. Elle est composée du chef d'établissement ou de son délégué, président, et de deux membres du personnel de surveillance dont un appartenant au grade de surveillant. Elle peut alors placer le détenu en cellule d'isolement au Quartier Disciplinaire (QD), pour une durée n'excédant pas 45 jours. Depuis le 1er novembre 2000, le détenu comparaisant devant cette commission peut être assisté d'un avocat, ce qui y introduit deux principes fondamentaux du Droit : le Contradictoire et la Défense.

Article L3213-7 du CSP : *« Lorsque les autorités judiciaires estiment que l'état mental d'une personne qui a bénéficié d'un classement sans suite motivé par les dispositions de l'article 122-1 du code pénal, d'une décision d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ou d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public, elles avisent immédiatement le représentant de l'État dans le département, qui prend sans délai toute mesure utile [...]. L'avis médical mentionné à l'article L3213-1 [(procédure classique d'HO)] doit porter sur l'état actuel du malade ».*

Article L3213-8 du CSP : *« Il ne peut être mis fin aux hospitalisations d'office intervenues en application de l'article L3213-7 que sur les décisions conformes de deux psychiatres n'appartenant pas à l'établissement et choisis par le représentant de l'État dans le département [...]. Ces deux décisions résultant de deux examens séparés et concordants doivent établir que l'intéressé n'est plus dangereux ni pour lui-même ni pour autrui ».*

ANNEXE 3

Étude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues, 2006 [71]

Tableau 1. Prévalence des troubles psychiatriques

	Enquête transversale
	N = 799
Troubles thymiques	
Syndrome dépressif	39.2% [29.8% - 48.5%]
Dépression endogène - Mélancolie	7.0% [3.2% - 10.9%]
État dépressif chronique	8.0% [4.7% - 11.3%]
Manie/hypomanie	7.3% [4.4% - 10.1%]
Symptômes psychotiques contemporains des épisodes thymiques	2.0% [1.1% - 2.9%]
Troubles anxieux	
Attaques de panique / névrose d'angoisse	7.9% [5.0% - 10.8%]
Agoraphobie	16.6% [11.3% - 22.0%]
Phobie sociale	15.4% [9.5% - 21.2%]
Névrose obsessionnelle	8.8% [5.0% - 12.5%]
Névrose traumatique	21.5% [11.3% - 31.8%]
Anxiété généralisée	31.2% [23.6% - 38.7%]
Dépendance aux substances	
Abus / dépendance à l'alcool	18.4% [12.0% - 24.8%]
Abus / dépendance aux substances	26.5% [19.0% - 34.1%]
Troubles psychotiques	
Troubles psychotiques (total)	23.9% [13.2% - 34.6%]
Schizophrénie	8.0% [4.1% - 11.9%]
Bouffée délirante aiguë	0.1% [0.0% - 3.8%]
Schizophrénie dysthymique	2.6% [0.7% - 4.5%]
Psychose chronique non schizophrénique (paranoïa, PHC...)	8.0% [4.0% - 12.0%]

Tableau 2. Prévalence des diagnostics psychiatriques en fonction de l'échelle de gravité CGI

	Catégorisation sur l'échelle de gravité CGI		
	Manifestement malade	Gravement malade	Parmi les patients les plus malades
Syndrome dépressif	39,3%	22,8%	8,5%
Manie / Hypomanie	7,3%	4,5%	1,8%
Attaques de panique / Névrose d'angoisse	7,9%	4,8%	2,1%
Agoraphobie	16,6%	9,8%	4%
Névrose traumatique	21,6%	13,9%	5,4%
Anxiété généralisée	31,1%	16,2%	5,8%
Abus / Dépendance à l'alcool (si < 6 mois d'incarcération)	18,5%	9,5%	3,8%
Abus / Dépendance aux substances (si < 6 mois d'incarcération)	26,7%	12,6%	4,8%
Schizophrénie	8%	6,7%	3,8%
Psychose chronique non schizophrénique (paranoïa, PHC...)	8%	5,4%	1,6%

ANNEXE 4

Méthodes actuarielles d'évaluation de la Dangerosité [88]

1. Psychopathie selon la Psychopathy Checklist – Revised de Hare (PCL-R)

1. Loquacité et charme superficiel
2. Surestimation de soi
3. Besoin de stimulation et tendance à s'ennuyer
4. Tendance au mensonge pathologique
5. Duperie et manipulation
6. Absence de remords et de culpabilité
7. Affect superficiel
8. Insensibilité et manque d'empathie
9. Tendance au parasitisme
10. Faible maîtrise de soi
11. Promiscuité sexuelle
12. Apparition précoce de problèmes de comportements
13. Incapacité de planifier à long terme et de façon réaliste
14. Impulsivité
15. Irresponsabilité
16. Incapacité à assumer la responsabilité de ses faits et gestes
17. Nombreuses cohabitations de courte durée
18. Délinquance juvénile
19. Violation des conditions de mise en liberté conditionnelle
20. Diversité des types de délits commis par ces sujets

2. Historical Clinical Risk – 20 (HCR-20)

Facteurs historiques (passé)	Facteurs cliniques (présent)	Facteurs de gestion du risque (futur)
<p>H1. Violence antérieure</p> <p>H2. Premier acte de violence commis durant la jeunesse</p> <p>H3. Instabilité des relations intimes</p> <p>H4. Problèmes d'emploi</p> <p>H5. Problèmes de toxicomanie</p> <p>H6. Maladie mentale grave</p> <p>H7. Psychopathie</p> <p>H8. Inadaptation durant la jeunesse</p> <p>H9. Troubles de la personnalité</p> <p>H10. Échecs antérieurs de la surveillance (probation)</p>	<p>C1. Introspection difficile</p> <p>C2. Attitudes négatives</p> <p>C3. Symptômes actifs de maladie mentale grave</p> <p>C4. Impulsivité</p> <p>C5. Résistance au traitement</p>	<p>R1. Plan irréalisable</p> <p>R2. Exposition à des facteurs déstabilisants</p> <p>R3. Manque de soutien personnel</p> <p>R4. Inobservation des mesures curatives</p> <p>R5. Stress</p>

3. Critères défavorables selon Dittman

Délit	activités délictueuses antérieures, choix hasardeux des victimes, violence particulière
Personnalité	troubles psychiques anciens, chroniques avec tendances délictueuses, trouble de la personnalité dès l'enfance, impulsivité
Attitude par rapport aux troubles	nie ou banalise, n'accepte pas de médication
Compétences sociales	désinsertion, isolement, absence de partenaire
Attitude par rapport au délit	nie ou banalise, rejette la responsabilité sur les victimes
Possibilités thérapeutiques	impossibilité d'entrée en matière
Environnement social	peu ou pas de contacts sociaux, absence de domicile, etc.
Évolution après infraction	récidive, conflits en milieu pénitentiaire, fugues lors de congés, etc.

BIBLIOGRAPHIE

1. **Lestage C.** : *La prise en charge psychiatrique des détenus : une nécessité difficile à mettre en œuvre.* http://prison.eu.org/article.php3?id_article=8355, 2006.
2. **Postel J., Quetel C.** : *Le malade mental dans la société médiévale (XI^e-XIII^e siècle).* Nouvelle Histoire de la Psychiatrie, Dunod, 2009.
3. **Foucault M.** : *Folie et déraison. Histoire de la Folie à l'âge classique.* Thèse pour le doctorat ès Lettres, Paris, Plon, 1961.
4. **Postel J., Quetel C.** : *La question du renfermement des insensés.* Nouvelle Histoire de la Psychiatrie, Dunod, 2009.
5. **Granier-Thémines J.** : *Approche des rapports entre psychiatrie et justice.* Thèse pour le doctorat en Médecine, Faculté de Toulouse, 2007.
6. **Colombier J., Doublet F.** : *Instruction sur la manière de gouverner les insensés, et de travailler à leur guérison dans les asyles qui leurs sont destinés.* http://du.laurens.free.fr/auteurs/Colomb_Doublet-Gouvern_insens.htm, d'après Édit. Origin., Paris, Imprimerie Royale, 1785.
7. **Postel J., Quetel C.** : *Naissance de la Psychiatrie (chronologie 1789-1838).* Nouvelle Histoire de la Psychiatrie, Dunod, 2009.
8. **Turcot L.** : *Arrestation et encadrement du fou au XVIII^e siècle par la police parisienne.* Psychiatries dans l'histoire, Arveiller J. (dir.), Caen, PUC, 2008, p.365-374.
9. **Pinel P.** : *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie.* Paris, 1^{ère} édition, an IX (1801).
10. **Postel J., Quetel C.** : *L'antiquité et les débuts de la psychiatrie française.* Nouvelle Histoire de la Psychiatrie, Dunod, 2009.
11. **Senon J.-L.** : *Histoire de la psychiatrie en milieu pénitentiaire de Pinel à la loi du 18 janvier 1994.* Ann. Méd. Psychol.1998, 156, p.161-78.
12. **Renneville M.** : *Crime et folie. 2 siècles d'enquêtes médicales et judiciaires.* Fayard, 2003.

13. **Beloncle M., Garnier G., Giron O., Sechter D.** : *Lecture historique de la législation française régissant les modalités de soins contraints, enjoins, obligés et évolution des organisations sanitaires et des références cliniques dans le cadre de l'articulation santé – justice*. Psychiatrie et violence ; Lausanne, septembre 2008.
14. **Digneffe F.** : *Généalogie du concept de dangerosité*. Folie et justice : relire Foucault, Chevallier P., Greacen T. (dir.), Érès, 2009, p.139-157.
15. **Manzanera C., Senon J.-L.** : *Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : organisation, moyens, psychopathologies et réponses thérapeutiques*. Ann. Méd. Psychol. 2004, 162, p.686-699.
16. **Renneville M.** : *Psychiatrie et Prison : une histoire parallèle*. Ann. Méd. Psychol. 2004, 162, p.653-656.
17. **Danet J.** : *La dangerosité, une notion criminologique, séculaire et mutante*. XXVIIe colloque de défense pénale du Syndicat des Avocats de France, Marseille, 2008.
18. **Senon J.-L.** : *Psychiatrie et prison : toujours dans le champ de l'actualité*. Ann. Méd. Psychol. 2004, 162, 646-652.
19. **Manzanera C., Senon J.-L.** : *Réflexions sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale*. Ann. Méd. Psychol., 2006.
20. **Renneville M.** : *La psychiatrie légale dans le projet de réforme du Code pénal français (1930-1938)*. Psychiatries dans l'histoire, Arveiller J. (dir.), Caen, PUC, 2008, p.385-406.
21. **Barbier G., Demontès C., Lecerf J.-R., Michel J.-P.** : *Prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions*. Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales et de la commission des lois, enregistré à la Présidence du Sénat le 5 mai 2010.
22. **Chauvaud F.** : *Leçons sur la « souveraineté grotesque », Michel Foucault et l'expertise psychiatrique*. Folie et justice : relire Foucault, Chevallier P., Greacen T. (dir.), Érès, 2009, p.49-66.
23. **Foucault M.** : *Les anormaux*. Cours au collège de France de 1974-1975, Paris, Le Seuil/Gallimard, coll. « Hautes études », 1999.

- 24. Foucault M. :** *L'évolution de la notion d'« individus dangereux » dans la psychiatrie légale du XIXe siècle.* Dits et écrits III, 1976-1979, Paris, Gallimard, 1994.
- 25. Zagury D. :** *Pratiques et risques de l'expertise psychiatrique.* Folie et justice : relire Foucault, Chevallier P., Greacen T. (dir.), Érès, 2009, p.87-102.
- 26. Juan F. :** *Le dispositif de soins en santé mentale en milieu carcéral : évolution et actualités.* Thèse pour le doctorat en Médecine, Faculté d'Angers, 2005.
- 27. Lameyre X. :** *Les soins pénalement ordonnés, une pratique limite.* Ann. Méd. Psychol., 2004, 162, p.657-661.
- 28. Genard J.-L. :** *Ressources et limites des réseaux.* La Revue Nouvelle, Bruxelles, 2003, 10.
- 29. Gros F. :** *Note sur l'Histoire de la folie.* Folie et justice : relire Foucault, Chevallier P., Greacen T. (dir.), Érès, 2009, p.15-22.
- 30. Roudinesco E. :** *L'œuvre de Foucault à l'épreuve de la nouvelle psychiatrie.* Folie et justice : relire Foucault, Chevallier P., Greacen T. (dir.), Érès, 2009, p.37-45.
- 31. Hardy-Baylé M.-C. :** *Organisation des systèmes de soins – filières et réseaux.* <http://www.univ-rouen.fr/servlet/com.univ.util.LectureFichierJoint?CODE=1096552785874&LANGUE=0>.
- 32. Zagury D. :** *Les psychiatres sont-ils responsables de la raréfaction des non-lieux psychiatriques?* Journal français de psychiatrie, 2001, 13, p.14-17.
- 33. Blanc A. :** *Santé en prison : la nécessaire poursuite du décroisement.* Actualité et dossier en santé publique (adsp), Haut conseil de la santé publique, sept. 2003, p.46-53.
- 34. Senon J.-L. :** *Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire.* Paris, PUF, 1998.
- 35. Senon J.-L. :** *Conclusion : dix ans après et un siècle et demi après Baillarger.* Ann. Méd. Psychol., 2004, 162, 682-684.
- 36. Baron-Laforêt S., Brahmy B. :** *Psychiatrie en milieu pénitentiaire.* Elsevier ed. Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie, 1998, 37-953-A-10.
- 37. Barbier D. :** *La psychiatrie en milieu pénitentiaire, les Services Médico-Psychologiques Régionaux.* Soins psychiatrie, 1996, 182, p.37-42.

- 38. Burgelin J.-F. :** *Santé, Justice et Dangersités : pour une meilleure prévention de la récidive*. Rapport parlementaire de la commission Santé – Justice, Ministères de la Justice et de la Santé, juillet 2005.
- 39. Coldefy M. :** *La prise en charge de la santé mentale des détenus en 2003*. Étude de 2005, France.
- 40. Viout J.-O. :** *Moyens et ambiguïtés du suivi socio-judiciaire*. Folie et justice : relire Foucault, Chevallier P., Greacen T. (dir.), Érès, 2009, p.169-177.
- 41. Dubret G. :** *L'injonction thérapeutique de la loi du 17 juin 1998 : une tentative pour articuler la peine et le soin*. Ann. Méd. Psychol., 2006, 164, p.851-856.
- 42. Zagury D. :** *Vérité et croyance : l'injonction de soins*. Champ psychosomatique, 2000, 18, p.95-106.
- 43. About N. :** *Avis sur le projet de loi tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédure pénale*. Avis sénatorial, enregistré à la Présidence du Sénat le 10 février 2010.
- 44. Ciavaldini A. :** *Nouvelles cliniques du passage à l'acte et nouvelles prises en charge thérapeutiques*. Psychocriminologie, Senon J.L., Lopez G., Cario R. (dir.), Paris, Dunod, 2008, p.65-77.
- 45. Balier C. :** *Psychanalyse des comportements sexuels violents*. 3^e éd., Paris, PUF, 1999.
- 46. Balier C., Bouchet-Kervella D. :** *Étude psychanalytique des auteurs de délits sexuels*. EMC Psychiatrie, 37-510-A-40, 2008.
- 47. Senon J.-L. :** *Évolution des attentes et des représentations en clinique dans les rapports entre psychiatrie et justice*. Évol. Psychiatr., 2005, 70, 117-130.
- 48. Fédération Française de Psychiatrie :** *Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle*. 5^e Conférence de consensus, Paris, novembre 2001.
- 49. Ministère de la Santé et des Solidarités :** *Circulaire relative à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles et à la création de centres de ressources interrégionaux*. Circulaire DHOS/DGS/O2/6C, n°2006-168, du 13 avril 2006.
- 50. Haute Autorité de Santé, Fédération Française de Psychiatrie :** *Prise en charge des*

auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans. Recommandations de bonne pratique, juillet 2009.

- 51. Daniel J. :** *Les CRIAVS : « Les centres de ressources pour la prise en charge des auteurs de violences sexuelles ».* Module interprofessionnel de santé publique, ENSP Rennes, 2008.
- 52. Ormston E. :** *Résister à la pénalisation de la maladie mentale : la Cour de santé mentale de Toronto.* Folie et justice : relire Foucault, Chevallier P., Greacen T. (dir.), Érès, 2009, p.37-45.
- 53. Terra J.-L. :** *Prévention du suicide des personnes détenues.* Rapport de mission parlementaire à la demande des Ministères de la Justice et de la Santé, décembre 2003.
- 54. Albrand L. :** *Prévention du suicide en milieu carcéral.* Rapport parlementaire au garde des sceaux, janvier 2009.
- 55. Haute Autorité de Santé, Fédération Française de Psychiatrie :** *Expertise psychiatrique pénale.* Audition publique, 25 et 26 janvier 2007.
- 56. Manzanera C., Senon J.-L. :** *Psychiatrie et Justice : de nécessaires clarifications à l'occasion de la loi relative à la rétention de sûreté.* AJ Pénal Dalloz, 2008, 4, p.176-180.
- 57. Gravier B. :** *De la perception de la dangerosité à l'évaluation du risque de violence.* Psychocriminologie, Senon J.L., Lopez G., Cario R. (dir.), Paris, Dunod, 2008, p.51-64.
- 58. Manzanera C., Senon J.-L. :** *Organisation et articulation des soins dans le champ médico-légal entre psychiatrie publique et justice.* Psychocriminologie, Senon J.L., Lopez G., Cario R. (dir.), Paris, Dunod, 2008, p.187-220.
- 59. Balier C. :** *Psychanalyse des comportements violents.* 6^e éd., Paris, PUF, 2003.
- 60. Dubret G. :** *UHSA : un formidable effort dans la mauvaise direction.* Info. Psychiatr., 2008, 84, p.543-550.
- 61. Senon J.-L. :** *Troubles de la personnalité et psychiatrie face au courant d'insécurité de la société : de la nécessité de penser le champ du soin face aux peurs collectives.* Info. Psychiatr., 2008, 84, p.241-247.
- 62. Senon J.-L. :** *Dangerosités psychiatriques et criminologiques : des peurs sociales au questionnement sur l'évaluation actuarielle et les mesures de sûreté.* Un droit pénal

postmoderne?, Massé M., Jean J.-P., Giudicelli A. (dir.), Paris, PUF, 2009.

63. **Salas D.** : *La vérité, la sûreté, la dangerosité. Trois généalogies à l'épreuve des débats contemporains*. Folie et justice : relire Foucault, Chevallier P., Greacen T. (dir.), Érès, 2009, p.205-219.
64. **Manzanera C., Senon J.-L.** : *États dangereux, délinquance et santé mentale : représentations, insécurité et peurs sociales comme source de la stigmatisation des malades mentaux*. Info. Psychiatr. 2007, 83, p.655-662.
65. **Senon J.-L.** : *Dangerosité criminologique : données contextuelles, enjeux cliniques et experts*. Info. Psychiatr., 2009, 85, p.719-725.
66. **Feeley M., Simon J.** : *The New Penology : notes on the emerging strategy of corrections and its implications*. Criminology, 1992, 30, p.449-474.
67. **Doron C.-O.** : *Une volonté infinie de sécurité : vers une rupture générale dans les politiques pénales ?* Folie et justice : relire Foucault, Chevallier P., Greacen T. (dir.), Érès, 2009, p.179-201.
68. **Foucault M.** : *Sécurité, Territoire, Population*. Cours au Collège de France 1977-78, Paris, Le Seuil, 2004.
69. **Danet J.** : *Droits de la défense et savoirs sur le crime*. Folie et justice : relire Foucault, Chevallier P., Greacen T. (dir.), Érès, 2009, p.67-85.
70. **Service public pénitentiaire** : *Prévenir la récidive, gérer la vie carcérale*. Rapport public de la Cour des comptes, juillet 2010.
71. **Falissard B., Rouillon F.** : *Prevalence of mental disorders in french prisons for men*. BMC psychiatry, 2006, 6, 33.
72. **Chevallier P.** : *Introduction au colloque*. Folie et justice : relire Foucault, Chevallier P., Greacen T. (dir.), Érès, 2009, p.9-11.
73. **Foucault M.** : *L'angoisse de juger*. Dits et écrits III, 1976-1979, Paris, Gallimard, 1994.
74. **Archer E.** : *Où traiter les détenus souffrant de maladies mentales graves? Esquisse historique*. Forensic, 2001, 6, p.42-44.
75. **Gautier C., Goujon P.** : *Rapport sur les mesures de sûreté concernant les personnes*

dangereuses. Rapport sénatorial au nom de la commission des lois, annexe au procès-verbal du 22 juin 2006.

- 76. Kendell RE.** : *The distinction between personality disorder and mental illness*. Br. J. Psychiatry, 2002, 180, p.110-115.
- 77. American Psychiatric Association** : *DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, texte révisé*. Trad. française coordonnée par J.-D. Guelfi, 4^e éd., 2003.
- 78. Zarifian E.** : *Les jardiniers de la folie*. Paris, Odile Jacob, 2000.
- 79. Canguilhem G.** : *Le normal et le pathologique*. 2e édition, Paris, PUF 1988.
- 80. Zagury D.** : *Les troubles de la personnalité sont-ils des maladies mentales ?* Info. Psychiatr., 2008, 84, 1, p.11-13.
- 81. Biéder J.** : *Considérations sur l'expertise médico-légale psychiatrique devant la cour d'assises*. Ann. Méd. Psychol., 2006, 164, p.809-812.
- 82. Archer E.** : *Expertise psychiatrique de pré-libération*. Ann. Méd. Psychol., 2006, 164, 10, p.857-863.
- 83. Dozois J., Lalonde M., Poupart J.** : *L'expertise de la dangerosité*. Criminologie, criminels et psychiatrie, 1982, 15, n°2.
- 84. Bernard G.** : *Approche historique et philosophique de la Dangerosité*. Psychocriminologie, Senon J.L., Lopez G., Cario R. (dir.), Paris, Dunod, 2008, p.45-49.
- 85. Harcourt B.** : *Critique du champ pénal à l'âge actuariel*. The university of Chicago, Parisian notebooks, 2007, 785, n°3.
- 86. Delannoy-Brabant L.** : *Quelles évolutions des politiques de traitement du crime à l'ère de la « nouvelle pénologie »? Une perspective internationale*. La note de veille, centre d'analyse stratégique, 2008, 106.
- 87. Clément P., Léonard G.** : *Traitement de la récidive des infractions pénales*. Rapport parlementaire de la commission des lois, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 7 juillet 2004.
- 88. Gravier B., Lustenberger Y.** : *L'évaluation du risque de comportements violents : le point*

sur la question. Ann. Méd. Psychol., 2005, 163, p.668-680.

89. **Paulet C.** : *Évolution de la prise en charge de la santé mentale des personnes détenues, dix ans après la loi*. Colloque Santé en prison, Maison de la Mutualité, Paris, 7 décembre 2004.
http://www.vie-publique.fr/documents-vp/colloque_sante_prison.pdf
90. **Dubret G.** : *La prison, ultime institution psychiatrique pour soigner et punir ?* Info. Psychiatr., 2006, 82, 663-668.
91. **Foucault M.** : *Préface*. Dits et écrits I, 1954-1969 (1961), Paris, Gallimard, 1994.
92. **Lamanda V.** : *Amoindrir les risques de récidive criminelle des condamnés dangereux*. Rapport à M. le Président de la République, 30 mai 2008.
93. **Garraud J.-P.** : *Réponses à la dangerosité*. Rapport sur la mission parlementaire confiée par le Premier Ministre, Ministères de la Santé et de la Justice, octobre 2006.
94. **Foucault M.** : *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Paris, Gallimard, 1975.
95. **Foucault M.** : *Le pouvoir psychiatrique*. Cours au Collège de France 1973-1974, Hautes Études, Gallimard/Le Seuil, Paris, 2003.
96. **Girard V., Lefebvre C.** : *Pour en finir avec la « schizophrénie »*. Le Monde, 17-18 août 2008, Enquête réalisée par le CCOMS (Lille).
97. **De Montleau F. et al.** : *La dangerosité en Psychiatrie*. Perspectives Psy, 2005, 44, p.226-233.
98. **Greacen T.** : *Postface*. Folie et justice : relire Foucault, Chevallier P., Greacen T. (dir.), Érès, 2009, p.221-224.
99. **Pham T.H. et al.** : *L'expertise dans le cadre de la loi de Défense Sociale en Belgique : repères diagnostiques et recommandations*. Ann. Méd. Psychol., 2007, 165, p.49-55.
100. **Lecerf J. - R.** : *Projet de loi relatif à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental*. Rapport n°174, 2007-2008.
101. **Bosly H.-D., Colette - Basecqz N.** : *La nouvelle loi belge relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental*. L'irresponsabilité pénale, Regards croisés Droit - Santé-Culture, Paris, Cujas, 2009, p.53-100.

- 102. Lievens P., Rihoux F. :** *La Défense Sociale*. Conférences Similes Bruxelles, 1^{er} fév. 2007.
- 103. Postel J., Quetel C. :** *La Belgique*. Nouvelle Histoire de la Psychiatrie, Dunod, 2009.
- 104. Bataille M. :** *La Défense Sociale*. Colloque « La Défense Sociale : du Droit au Soins », 24 - 25 nov. 2005, Bruxelles.
- 105. de Beco R. :** Intervention au Colloque « La Défense Sociale : du Droit au Soins », 24-25 nov. 2005, Bruxelles.
- 106. Association nationale d'aide aux handicapés mentaux :** Mémoire pour les élections législatives du 13 juin 2010, Belgique.
- 107. Foucault M. :** *L'extension sociale de la norme*. Dits et écrits III, 1976-79, éd. par D. Defert et F. Ewald, Paris, Gallimard, 1994.
- 108. Tosquelles F. :** *L'Enseignement de la Folie*. Paris, Dunod, 1992.
- 109. Gentis R. :** *La psychiatrie doit être faite et défaire par tous*. Paris, Maspéro, 1973.

Des Rapports entre Psychiatrie et Justice Pénale
Ressources et Limites du Modèle Intégratif français

Résumé

Nous nous sommes intéressés dans ce travail aux rapports actuels entre Psychiatrie et Justice, deux siècles après un clivage originel de ces disciplines amorcé par Pinel et scellé par l'irresponsabilisation de la maladie mentale dans le Code pénal de 1810.

En retraçant l'Histoire de la Psychiatrie, nous avons pointé les ouvertures progressives de cette spécialité médicale aux autres champs de la société, entraînant en particulier l'élaboration de ses relations dynamiques envers la Justice pénale au sein du Modèle Intégratif français.

Depuis plusieurs années, le développement d'un système néolibéral dans notre pays semble cependant remettre en question cette articulation Santé – Justice, notamment par l'application de nouvelles politiques pénales sécuritaires qui risquent d'instrumentaliser la pratique psychiatrique.

Nous nous sommes penchés sur ces évolutions à la lumière d'une analyse de travaux scientifiques, philosophiques, législatifs et parlementaires récents, ainsi que d'une étude du dispositif de Défense Sociale en œuvre en Belgique. Nous avons ainsi pu mettre en évidence les limites du Modèle Intégratif français et ses transformations ségréгатives actuelles, que deux cas cliniques permettent enfin d'illustrer.

Mots-clés

Psychiatrie – Justice – Modèle Intégratif – France – Psychiatrie Médico-légale – Prison – SMPR – Injonction de Soins – Expertise Psychiatrique – Irresponsabilité Pénale – Article 122-1 – Michel Foucault – Dangerosité – Méthodes Actuarielles – Système Néolibéral – Instrumentalisation – Défense Sociale – Belgique