

Quand psychiatrie et prison sont convoquées au chevet de l'insécurité sociale

Les prisons ont beaucoup de succès. D'ailleurs elles prospèrent : 13200 nouvelles places sont prévues. Les 60000 détenus se partageant les 50000 places du parc pénitentiaire pourront ainsi se déployer et bénéficier de conditions d'hébergement décentes. Les efforts consentis par les pouvoirs publics visent à «mettre en place des conditions favorables à une réinsertion réussie», tout en «garantissant la sécurité» des citoyens¹. Le maître mot est bien sécurité.

De fait, l'emprisonnement a de beaux jours devant lui : 21% d'augmentation de la population pénale en 5 ans (49700 en 2001, 59000 en 2005), triplement de la durée des peines en 30 ans, périodes de sûreté de plus en plus longues, libérations conditionnelles anecdotiques (7%).

Qui est le détenu aujourd'hui ? Pour l'essentiel un homme jeune issu d'un milieu défavorisé. Il a une chance sur deux de souffrir d'un trouble psychiatrique ou addictif.

De fait, les équipes psychiatriques sont venues travailler en prison dans une optique clinique sectorielle, c'est-à-dire pour proposer un dispositif de soin au plus près de la population, fût-elle captive.

Bien que toute causalité soit plurifactorielle, force est de constater que nous sommes victimes de notre succès d'estime ; les personnes souffrant de troubles mentaux affluent et confluent :

- sur fond théorique humaniste : le malade mental n'est pas hors champ, hors raison, il est un sujet souffrant et un citoyen appartenant à la communauté des hommes, et en tant que tel peut répondre pénalement de ses actes,
- et sur fond de discours sociétal crispé sur le sentiment d'insécurité et la victimisation, avec pour corollaire l'abandon du fatum, la recherche de responsabilité et la revendication d'un risque zéro.

Le diagnostic, la prédiction et la prévention de la dangerosité deviennent une priorité absolue et les psychiatres sont convoqués à cet endroit situé au-delà du raisonnable, du côté de l'émotion, pour expertiser, prédire et prévenir la récidive pour tout délinquant, singulièrement auteur de violence(s).

Les préoccupations concernant la dangerosité criminologique, en d'autres termes, la prévention de la récidive, ne sont pas indifférentes au psychiatre.

Cependant, les mots et les concepts n'ont pas le même sens dans le champ pénal et dans le champ psychiatrique. Dangerosité criminologique (risque de commettre une infraction pénale) et dangerosité psychiatrique (risque de passage à l'acte agressif en raison de troubles mentaux) sont des concepts (et des réalités) différents, parfois liés mais non nécessairement.

Les psychiatres des pays d'Amérique du Nord ont élaboré des outils d'évaluation de la dangerosité criminologique des auteurs d'infractions pénales.

La plupart de ces outils sont des statistiques rétrospectives du grand nombre dont on ne peut inférer un cas particulier (par définition tous les auteurs de meurtre par arme à feu disposaient d'une arme à feu, mais tous les possesseurs de fusils de chasse ne sont pas des meurtriers en puissance). Quant aux échelles, nombre d'entre elles mélangent des éléments objectifs et subjectifs qui renseignent davantage sur le point de vue du coteur que sur le score de la personne enquêtée. Enfin, les tests projectifs sont conçus pour éclairer le fonctionnement mental du sujet, pas pour établir une preuve telle que la réalité d'une agression sexuelle.

De surcroît, la psychocriminologie n'est pas une discipline scientifique mais un axe de recherche (au demeurant intéressant) au carrefour de plusieurs disciplines hétérogènes : sciences criminelles, sciences juridiques, humaines...

En tant qu'expert, le savoir clinique permet au psychiatre de se

prononcer sur la dangerosité psychiatrique non sur la dangerosité pénale. S'il prédit la récidive délinquante, par définition incertaine, aléatoire et multifactorielle, il fait référence non à sa science mais à son intime conviction. La compétence (et le rôle) de l'expert psychiatre porte sur la compréhension psychodynamique du sujet et non la prédiction d'une récidive délinquante. En tant que psychiatre traitant, la prévention de la récidive ne peut être l'objectif premier du traitement. La réussite du traitement repose sur un long et difficile travail d'élaboration psychique permettant au sujet qui s'engage dans le soin, de repérer et comprendre son fonctionnement mental, son mode relationnel et ses conséquences, et, le cas échéant, d'y remédier. C'est ce travail qui contribuera, de surcroît, à la prévention de la récidive.

Le sentiment diffus d'insécurité lié aux changements de type de société générant des inquiétudes fortes sur les fondamentaux (travail, logement, sécurité sociale, solidarité sociale) et lié aux paradoxes des discours (revendication d'autonomie et de liberté avec un risque zéro !?) s'est cristallisé sur l'insécurité liée à la délinquance et aux figures exceptionnelles mais fortement médiatisées du fou criminel et du criminel sexuel, avec une coagulation des termes criminel-fou-dangereux : à neutraliser.

Il est dès lors difficile, mais nécessaire, de ne pas confondre tous les registres, pour éviter instrumentalisation de la médecine et contresens.

La médecine est avant tout centrée sur la personne et ses besoins avec son accord, la contrainte demeurant l'exception (gestion des épidémies, hospitalisation psychiatrique sans consentement...). Elle concourt ainsi à la prévention du risque. Mais elle ne peut répondre que dans le champ limité de ses compétences, en interrelation avec les acteurs des champs social ou judiciaire. ■

Catherine PAULET

Psychiatre, praticien hospitalier, secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire 13P01.

¹ JF Copé, Repères, n° 75, 13-04-06.