

TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ (2)

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

Jean-Louis Senon

RÉSUMÉ

Tous les pays industrialisés connaissent un développement du sentiment d'insécurité avec peur du crime et, sous la pression populaire, mettent en place des lois pénales sécuritaires et de tolérance zéro. Dans ce contexte, crime et maladie mentale sont souvent superposés et les auteurs de crimes sont souvent confondus avec les malades mentaux. La confusion peut aller vers l'exigence sociale et législative de soins et de traitement pour tous les auteurs de crimes présentant des troubles de la personnalité. Elle pose une nouvelle fois le problème de la réponse sociale la plus adaptée pour une « rétention », telle qu'elle est actuellement en cours de débat au Parlement pour les auteurs de crimes présentant une importante dangerosité : institutions pénitentiaires sous mandat judiciaire ou institutions hospitalières sous mandat administratif ? Face aux tentations sociales sécuritaires, et en prenant en compte le fait que crime et maladie mentale ne se superposent pas, même si la clinique du passage à l'acte a fait des progrès indéniables ces dernières années, il semble important, dans le contexte sécuritaire actuel, de maintenir la distinction entre maladies mentales de l'axe 1 et troubles de la personnalité de l'axe 2, de même que de séparer dangerosité psychiatrique et dangerosité criminologique.

Mots clés : troubles de la personnalité, crime, homicide, viol, insécurité, politique pénale sécuritaire

ABSTRACT

Personality disorders and psychiatry faced with the trend of insecurity in society: the need to rethink the field of care faced with collective fears. All industrialised countries are experiencing an increase in the feeling of insecurity and the fear of crime and, under public pressure, are setting up security criminal laws based on zero tolerance. In this context, crime and mental illness are often superimposed and the perpetrators of crimes are often confused with mentally ill persons. This confusion can go as far as a demand on the part of society and the legal system for care and treatment for people committing crimes who present personality disorders. It raises once again the question of the most appropriate social response for "detention", such as is currently being debated in Parliament for authors of crimes with a high level of dangerousness: penitentiary institutions under legal mandate or hospital institutions under administrative mandate? Faced with a push on the part of society towards greater security, taking into account the fact that crime and mental illness cannot be superimposed (although the clinical study of acting out has made undeniable progress these past years), it seems important in the current context, to maintain the distinction between the mentally ill of axis 1 and the personality disorders of axis 2, and likewise to separate psychiatric dangerousness and criminological dangerousness.

Key words: personality disorders, crime, homicide, rape, insecurity, security legal policy

RESUMEN

Trastorno de la personalidad y psiquiatría frente al ambiente de inseguridad en la sociedad : la necesidad de pensar el ámbito terapéutico frente a los miedos colectivos. En todos los países industrializados se observa un aumento del sentimiento de inseguridad y de miedo al crimen que, debido a la presión popular, desembocan en la promulgación de leyes penales securitarias y de tolerancia cero. En este contexto, crimen y enfermedad mental se superponen a menudo y se confunde a los autores de crímenes con los enfermos mentales. La confusión puede ir hasta la exigencia social y legislativa de tratamiento para todos los autores de crímenes que presentan un trastorno de la personalidad. Ello suscita un avez más el problema de la respuesta social mejor adaptada para una « retención », tal como se está debatiendo actualmente en el Parlamento, para los autores de crímenes que presentan una peligrosidad importante : ¿instituciones penitenciarias bajo mandato judicial o instituciones hospitalarias bajo mandato administrativo. Frente a las tensiones sociales securitarias y teniendo en cuenta el hecho de que crimen y enfermedad mental no se superponen, aunque la clínica del paso al acto haya progresado de forma evidente estos últimos años, parece importante, en el contexto securitario actual, mantener la distinción entre enfermedades mentales del eje 1 y los trastornos de la personalidad del eje 2, separando también la peligrosidad psiquiátrica de la peligrosidad criminológica.

Palabras clave : trastorno de la personalidad, crimen, homicidio, violación, inseguridad, política penal securitaria

Faculté de Médecine et CRIMCUP, Université de Poitiers, SHUPPM, CHU et CHHL, BP587, 86021 Poitiers
<jean.louis.senon@univ-poitiers.fr>

Tirés à part : J.-L. Senon

Depuis Pinel et son traité de 1802, tout se rejoue de façon cyclique dans la définition du champ de la clinique psychiatrique : quelles pathologies relèvent du travail des équipes psychiatriques et comment la psychiatrie peut-elle contribuer à la défense sociale ? Après les années d'après guerre où le modèle de l'Etat providence a été contemporain du développement de la psychiatrie de secteur en France faisant le pari de la possibilité de réadaptation du malade mental dans la société grâce à une prise en charge ambulatoire de proximité, notre société est marquée par le développement du sentiment d'insécurité et de peur du crime et du criminel, trop souvent associé dans les représentations au malade mental, plus stigmatisé que jamais. Dans le même temps nos gouvernants, portés par l'opinion publique, sollicitent la psychiatrie bien au-delà de son champ, pour prendre en charge tous les troubles du comportement, et notamment les personnalités pathologiques confondues régulièrement avec les maladies mentales. Les associations de victimes et de familles de victimes comme les politiques nous interrogent de façon répétitive : pourquoi ne pas considérer pédophilie ou psychopathie comme des troubles mentaux et les confier au psychiatre car, dans tout crime, n'y a-t-il pas folie ? Cette représentation se retrouve régulièrement dans les médias ou dans les propos des politiques comme si on en revenait aux modèles de psychologisation ou de psychiatrisation de tout crime, modèles qui ont pourtant fait la preuve de leur inefficacité depuis les années 1980 [1, 2] ?

Développement du sentiment d'insécurité, augmentation récurrente de la peur du crime et poids des victimes

Depuis les années 1990, plusieurs pays européens sont marqués par un nouveau développement du sentiment d'insécurité et de peur du crime. Ce phénomène revient de façon récurrente dans la plupart de nos pays. Il avait déjà été noté il y a 20 ans, dans les années 1970-80, par exemple au Canada avec la loi de 1976 « *pour mieux protéger la société canadienne contre les auteurs de crimes violents et autres délits* » ou, en France, avec la loi Peyrefitte de 1981. Un quart de siècle après, tout se rejoue et une nouvelle vague de peurs nous envahi.

Comme l'avance Jean Delumeau dans *La peur en Occident* [3], les individus pris isolément, les collectivités et les civilisations sont engagées dans un dialogue permanent avec la peur. Celle-ci, après les terreurs médiévales, trouve un nouveau visage à l'époque contemporaine avec l'obsession de la sécurité et la peur du crime. Dans *La violence, la peur et le crime*, Jacques Laplante [4] étudie le passage des peurs sacrées aux peurs profanes et constate la montée d'une nouvelle catégorie de peurs dans nos sociétés, celle de la « peur du crime » : « *les peurs profanes comme les*

peurs sacrées semblent obéir à une certaine logique, avec des conséquences diverses pour les groupes humains touchés. Les peurs de nature profane peuvent être récupérées, cultivées, transformées, de même que les peurs sacrées... Pour l'église catholique, le péché était un fléau, et pour les démocraties modernes, le crime est le mal à combattre, et le criminel, l'ennemi de la société. On peut comprendre dès lors que la peur influe sur la façon de définir ce même crime. Le crime et son auteur, un homme le plus souvent, captent toute l'attention et permettent aux valeurs d'émerger. L'individu, certains groupes, des situations particulières, des intérêts politiques, des politiques pénales, jouent divers rôles lorsqu'il s'agit de juger de la réalité du crime, la peur pourra toujours s'y référer... ».

La peur du crime touche tous les pays industrialisés, avec des nuances et en constatant que les pays où la peur du crime affecte le plus de citoyens sont loin d'être les plus exposés aux phénomènes criminels. Les études réalisées sur les mesures de la peur du crime laissent penser que 55 % des Suisses, 50 % des Portugais, 45 % des Japonais, près de 40 % des Français comme des Belges vivent dans la peur du crime [5]. Sébastien Roché [6] avance que si, dans certains pays occidentaux, 80 % de la population a peur du crime, cette peur n'augmente que du fait des incivilités. La peur du crime apparaît donc comme une peur irraisonnée, ayant bien à voir avec les mouvements psychosociologiques qui sous-tendent depuis quelques années l'évolution de nos sociétés. Plusieurs travaux de recherche ont été réalisés depuis les années 1960 pour essayer de comprendre cette diffusion de la peur du crime dans les pays industrialisés. Aux États-Unis, la commission Katzenbach, dans une étude sur les relations de rationalité de la peur du crime, distinguait entre les faits impliquant l'étude du crime et la victime du criminel, et ce qui peut en résulter comme escalade de la peur. Ces travaux démontraient déjà que la victimisation ne semble pas être un facteur majeur dans l'escalade de la peur individuelle. Beaucoup de travaux démontrent que la peur du crime est forte si le risque d'occurrence criminelle et sa gravité sont considérés comme importants, mais ils constatent qu'il existe un décalage entre le risque objectif et la peur du crime et il est partout noté qu'un taux de victimisation peu élevé est paradoxalement accompagné d'une plus grande peur du crime. Dan Kaminski [7] parle de découplage entre insécurité et délinquance.

Comme l'avance Sébastien Roché, la peur de la victimisation est plus forte quand il y a plus de crimes, mais ce sont de façon paradoxale les personnes les moins exposées aux crimes qui sont les plus habitées par la peur du crime. Dans ce fonctionnement, le sentiment d'insécurité est associé à une dynamique sociale amplifiée par les médias et dirigée vers les institutions publiques avec des demandes récurrentes de sécurité vis-à-vis de la police, de la justice ou de la psychiatrie, demandes qui sont particulièrement tournées vers les partis politiques visant à obtenir des engagements

sur des valeurs fortes de protection de la sécurité individuelle des citoyens. Pour J. Laplante, « *la sécurité vis-à-vis de la menace du crime est possible parce que le crime concerne à la fois l'individu, l'institutionnel et le politique. L'individu donne le pouls du quotidien, l'institutionnel assure la continuité. L'interaction entre l'un et l'autre donne au pouvoir des indications sur la manière de les gouverner, puisqu'elle permet de fixer des règles et de les faire respecter s'il y a lieu* » [4].

Les sources du sentiment d'insécurité font l'objet de nombreux débats. L'augmentation de la petite délinquance dans les quartiers difficiles, mais aussi la plus grande sensibilité aux incivilités de la vie quotidienne, sont les éléments d'explication le plus souvent avancés. Mais on ne saurait réduire le sentiment d'insécurité à ces données de premier rang. André Réa [8] avance la multifactorialité de la violence du social ; pour lui le sentiment d'insécurité est lié à l'association d'un ensemble de facteurs : dégradation du lien social et des conditions de vie, imprévisibilité dans nos sociétés, passage de violences vécues collectivement à des peurs individuelles et, surtout, développement de l'individualisme dans des sociétés où l'entraide sociale et le sentiment du collectif s'émeussent. Dans cette optique, le sentiment d'insécurité est lié au manque de prévisibilité et de sûreté dans les rapports sociaux avec l'exigence chez les citoyens d'une politique de précaution parant à toute atteinte individuelle comme sociétale avec, en tout domaine, l'exigence d'un risque zéro. Contrôle, précautions et réduction des risques sont les nouvelles valeurs après l'abandon des idées de réhabilitation des années passées. Pour Yves Cartuyvels [9], « *il résulte autant de diverses pathologies communicationnelles repérables dans de l'affaiblissement et des changements de priorités de l'État* ». Le sentiment d'insécurité est lié à la diminution de la « portance sociale » et de l'entraide communautaire qui s'étaient développées dans les années suivant la dernière guerre mondiale, années de plein emploi dans la reconstruction, et qui avaient trouvé un regain d'attention pour la précarité grâce aux différents mouvements associatifs, communautaires ou caritatifs. C'était l'époque du développement de l'hébergement social et des mouvements d'accompagnement de l'insertion, la plupart financés, au-delà de la générosité individuelle, par les subventions de l'Etat. La montée du chômage, l'absence de perspectives de retour à l'emploi dans le domaine de la réadaptation et le désengagement de l'Etat sont un des témoins de la fin du modèle de l'Etat providence qui s'attachait à faire le pari de l'adaptabilité de la personne en difficulté, personne qui était le souci premier des gouvernants. Le malade mental a pu bénéficier de ce modèle qui coïncidait avec le développement de la politique de secteur depuis les années 1960 et qui valorisait sa réadaptation avec le développement de l'aide par le travail, de l'accès aux emplois réservés et du statut de travailleur handicapé. Avec

toutes leurs limites, les Cotorep s'attachaient à la représentation d'un malade mental ayant sa place dans la société.

La rupture est nette dans les missions maintenant attribuées autant à la justice qu'à la psychiatrie. Pour Yves Cartuyvels, dans les politiques pénales nouvelles, notamment en ce qui concerne l'enfant, « *chacun est responsable de sa propre trajectoire, il est contre-productif de vouloir réduire les inégalités sociales et, dans le champ de l'ordre public, une société doit légitimement se contenter de gérer au moindre coût les effets néfastes des déviances. Elle doit chercher à réduire les risques sociaux et les nuisances qui sont associées aux déviances, sans se pencher trop ou encore moins prendre en charge les causes collectives de ces déviances individuelles* » [10].

Un nouveau personnage se met en place et un autre modèle se développe depuis plus d'une décennie, modèle qui se centre non plus sur la personne en difficulté, objet de générosité sociale, mais sur les victimes de notre société et de ce qu'elle génère comme violence dans les rapports sociaux. Denis Salas [11] fait le lien avec ce qu'il appelle « le temps des victimes ». Il montre bien que la victime n'a été pendant des années ni visible ni reconnue, le système pénal étant historiquement construit sans elle et même contre elle. Tout a changé depuis quelques années et « *à la faveur de cette nouvelle sensibilité aux crimes s'installe l'imaginaire victimaire qui trouve un terrain fertile dans nos démocraties d'opinion. Le combat au nom de la victime invoquée passe au premier plan* ». Il s'agit pour Denis Salas de « compatir et punir » en constatant, dans les récits médiatiques, la prééminence de la colère et de la pitié. Pour Dan Kaminski [7], nous sommes passés d'un peuple de citoyens à un peuple de victimes : « *le peuple de citoyens se transforme progressivement en un peuple de victimes, comme si, dans une atmosphère d'incertitude quant à l'avenir, la reconnaissance de l'individu s'opérerait de façon plus efficace et légitime sur le mode victimaire que sur le mode politique ou social* ». Le développement d'une société de sécurité et la contamination des peurs individuelles favorisées par les médias se conjuguent avec l'essor de ce que l'on peut nommer le temps des victimes, pour constituer les fondements du sentiment d'insécurité.

Politiques pénales de tolérance zéro, risque accru de pénalisation du malade mental et psychologisation du crime comme double peine de sûreté

Le modèle welfare de justice de l'après-guerre est remis en cause dans la plupart des pays européens. Pour Yves Cartuyvels : « ce modèle de justice paternaliste à vocation préventive et éducative qui oscillait entre des objectifs de solidarité et de normalisation, d'assistance et de contrôle, est aujourd'hui contesté dans la majorité des pays. Si le

calendrier et les modalités diffèrent selon les pays, le mouvement de remise en question est généralisé, même si cette contestation, dans un certain nombre de pays, semble souvent plus effectif actuellement dans les discours publics que dans les pratiques concrètes des professionnels » [10]. La plupart des pays européens connaissent un développement de politiques pénales sécuritaires dites de « tolérance zéro » et un ensemble de mesures pénales de lutte contre la récidive et de développement des mesures de sûreté avec souvent la mise en place de doubles peines : détention puis suivi imposé comportant des soins obligés.

Notre pays n'échappe pas à la règle et on constate la sortie annuelle ou bisannuelle de lois sécuritaires :

- loi du 30 août 2002, loi d'orientation pour la sécurité intérieure ;
- loi d'orientation et de programmation pour la justice, dite Loi Perben 1, du 9 septembre 2002, préconisant l'usage massif de la comparution immédiate et réformant l'ordonnance de 1945 régissant la justice des mineurs ;
- 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 mise en place d'un plaidé-coupable à la française, renforcement des pouvoirs de police, des parquets, élargissement de la garde à vue jusqu'à 96 heures, y compris pour les mineurs de 16 à 18 ans, allongement de l'enquête de flagrance de 8 à 15 jours, création de nouvelles infractions telles que les actes zoophiles ;
- loi du 12 mars 2005 établissant la surveillance judiciaire comme une double peine en modifiant le code de procédure pénale dans son article 723-29 qui prévoit que, lorsqu'une personne a été condamnée à une peine privative de liberté d'une durée égale ou supérieure à 10 ans pour un crime ou un délit pour lequel le suivi sociojudiciaire est encouru, le juge de l'application des peines peut, sur réquisition du procureur de la République, ordonner à titre de mesures de sûreté et aux seules fins de prévenir une récidive, dont le risque paraît élevé, prévoir qu'elle sera placée sous surveillance judiciaire dès sa libération ;
- loi du 5 mars 2007 sur l'équilibre de la procédure dans le sillage de l'affaire d'Outreau prévoyant la création de pôles de l'instruction et l'accroissement de la cosaisine, le renforcement du contradictoire de l'instruction s'orientant vers une expertise contradictoire ;
- loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance (heureusement amputée des articles qui prévoyaient la modification de la loi de 1990 sur l'hospitalisation des malades mentaux dans une assimilation inadmissible entre délinquance et maladie mentale) allant dans le sens de la fin de la singularité du modèle français de prévention de la délinquance avec mise en cause progressive de la politique de traitement social et éducatif de la délinquance et retour en force de la prévention pénale ;

– loi du 10 août 2007 sur la récidive, les peines planchers et l'obligation de soin [12] qui fait une large place à l'injonction de soins et à la psychologisation des crimes les plus graves.

Deux boucs émissaires sont régulièrement retrouvés dans la déferlante médiatique de nos peurs traitée par les politiques par un empilage de lois sécuritaires : l'adolescent et le malade mental. Le mineur est, dans la plupart des pays européens, entrevu maintenant comme un homme en devenir, devant assumer sa trajectoire et réparer ses erreurs. L'image du mineur « à protéger » ou du mineur socialement ou psychologiquement fragile s'estompe dans nombre de pays et est remplacée par celle d'un individu acteur de ses choix et devant répondre de ceux-ci. Le droit pénal du mineur glisse dans son objet de l'assistance éducative au premier plan associée au soutien psychologique, base de la sanction éducative, vers la sanction comme rappel à la loi dans lequel le juge par son autorité fixe le cadre. La réforme de l'ordonnance de 1945 faisant le pari de l'action éducative plutôt que de la peine est régulièrement attaquée : proposition de diminution de l'âge de la majorité, projets de limitation de la part éducative des sanctions au profit de sanctions pénales fermes, surtout en récidive comme cela est établi par la loi du 10 août 2007.

De la même façon, le malade mental focalise les peurs sociales et les enquêtes en population générale montrent que la moitié des Français entrent en contact par exemple le malade schizophrène comme dangereux. Cette évolution préoccupante de la stigmatisation du malade mental est d'autant plus importante que les psychotiques chroniques sont plus exposés que toute autre personne aux effets des lois pénales sécuritaires et à la tolérance zéro. Leurs problèmes récurrents d'insertion font d'eux des victimes de nos sociétés de plus en plus dures et ils sont souvent condamnés en comparution immédiate pour de petits délits sans avoir été repérés comme malades.

Quelle place a la psychiatrie pour les troubles de la personnalité ?

Le débat sur la place des troubles de la personnalité dans les missions de la psychiatrie publique est récurrent dans nombre de pays. Il a eu une place qui a rendu exemplaire les contributions britanniques dans les années 2002 et 2003. Dans un travail publié en 2002 [13], faisant suite à une mission du gouvernement britannique, R.E. Kendell pose sur le fond la question de la limite entre troubles de la personnalité et maladies mentales. Le débat, au départ très clinique, mais suscitant de nombreuses et très vives controverses, a vite pris une autre dimension du fait des pressions et enjeux politiques. La résurgence de cette polémique prend son origine dans un mouvement de « tolérance zéro », né aux Etats-Unis en 1984, puis parvenu plus récemment en Angleterre et en France à partir des écrits de

Charles Murray et de William Bratton. Effectivement, une politique pénale de tolérance zéro cible particulièrement des individus présentant un trouble de la personnalité. En 1999, le gouvernement de Tony Blair propose de voter une loi visant à la détention indéfinie pour toute personne responsable d'un délit majeur et présentant des troubles sévères de la personnalité. Ainsi l'orientation pour l'auteur d'un crime présentant de tels troubles se ferait soit vers la prison, soit vers des structures hospitalières de haute sécurité. Dans ce but, et afin d'orienter correctement ces personnes, la législation anglaise concernant la santé mentale proposait de gommer l'ancienne distinction psychopathie/maladie mentale pour une nouvelle dénomination commune englobant à la fois troubles de la personnalité et maladies mentales avec comme point commun leur dangerosité.

Les troubles de la personnalité seraient-ils assimilables à une maladie mentale ? C'est à cette question que R.E. Kendell se proposait de répondre. Dans son texte, il rappelait l'importance des fondements du concept de troubles de la personnalité pour déterminer la prise en charge des patients. Les troubles de la personnalité sont pour lui des facteurs primordiaux du pronostic, ils influent à plusieurs niveaux : ils sont corrélés à une augmentation du risque de développer une pathologie psychiatrique (schizophrénie, TOC) ou un trouble psychiatrique (dépression, anxiété), ou une complication des traitements (défaut d'observance, ruptures des soins...). Ils sont aussi à l'origine de rejet par les équipes de soin en servant à récuser certains patients ainsi étiquetés dont les troubles comportementaux sont assimilés à de la manipulation et pour lesquels la prise en charge est difficile. Si les deux principales classifications internationales abordent la question, aucune ne donne pour lui de critère différentiel valable et discriminant. R.E. Kendell concluait qu'il n'existe pas de différence suffisante entre trouble et maladie et situait plutôt la question autour de la signification des termes « maladie » ou « trouble ». Pour Kendell, deux positions aussi légitimes s'affrontent : la position des médecins, qui est scientifique ou biomédicale, et celle des philosophes, des sociologues ou des politiques qu'il définit comme sociopolitique. Pour lui, il faut définir les implications du terme « troubles mentaux » pour savoir si les troubles de la personnalité sont ou non dans le champ de la maladie. Kendell développait son argumentaire autour de plusieurs concepts combinant les idées sociopolitiques ou biomédicales. Dans la conception sociopolitique, on parle de maladie si le trouble est reconnu comme indésirable et s'il semble que les médecins, et les moyens dont ils disposent, sont les plus aptes à s'en occuper efficacement que toutes les autres alternatives possibles, notamment la justice pour tout problème judiciaire. Du point de vue de la société et des sujets « sains », il existe un consensus pour dire que les troubles de la personnalité sont indésirables et cela légitime la sollicitation de la psychiatrie. Kendell convenait que le contexte économique et culturel joue un rôle prépondérant dans l'attente vis-à-vis

de la psychiatrie pour ce qui concerne les troubles de la personnalité. Il s'interrogeait aussi sur les différences entre trouble de la personnalité et maladie pour ce qui concerne l'étiologie et le mode évolutif des troubles. Dans cette approche, les troubles de la personnalité sont considérés comme appartenant à une partie du spectre normal des variations de la personnalité et restent stables durant la vie du sujet. A l'opposé, la maladie mentale est le résultat d'un processus morbide avec un début repérable et une durée d'évolution limitée. Mais cet argument est pour lui battu en brèche par des études au long cours qui ont montré des évolutions superposables à celle de troubles de la personnalité pour des maladies comme la schizophrénie ou les troubles de l'humeur ? Certains auteurs n'hésitent pas à remettre en question le bien fondé de la séparation entre axe I et axe II du DSM-IV pour avancer l'existence d'un continuum.

Un deuxième argument avancé par Kendell est celui de traitements actifs. Pour lui, l'histoire de la psychiatrie nous apprend que le champ de son intervention a évolué avec le développement de nouvelles thérapeutiques comme il le signale pour l'alcoolisme chronique reconnu comme maladie seulement durant les années 1940-50 après l'apparition du disulfirame. Il est licite, avançait-il, de penser que la découverte de méthodes ou de moyens thérapeutiques efficaces sur les troubles de la personnalité permettrait de les envisager autrement. C'est l'argument qu'il donne pour les troubles limites de la personnalité et on ne peut pas dans ce domaine nier les avancées dans les travaux sur les cliniques du passage à l'acte d'orientation psychodynamique, dans le sillage de Claude Balier en France, ou les apports de modèles cognitivo-comportementaux dans les expériences anglo-saxonnes ou d'Europe du Nord. Ces troubles de la personnalité sont retrouvés dans les psychopathologies du passage à l'acte criminel, et notamment dans les deux grandes craintes de notre société que sont la pédophilie et la psychopathie. Il faut effectivement rappeler que, si la maladie mentale est l'exception dans l'homicide (un acte homicide sur 20 est commis par un malade mental) ou dans le passage à l'acte sexuel pédophilique (on avance moins de 5 % de malades mentaux) [14], les troubles de la personnalité sont souvent retrouvés dans plus de 50 % des passages à l'acte criminels contre les personnes.

Le rapport de Kendell a suscité débat et controverses, tant en Grande-Bretagne que dans les pays anglo-saxons, et les oppositions ont été multiples. Les prises de position incitent à la prudence et à ne pas retenir la confusion entre maladie et trouble de la personnalité. Les critiques les plus fréquemment exprimées portaient sur l'incidence de cette position sur la définition du champ de la psychiatrie publique et par ailleurs sur la faisabilité sur l'ensemble du territoire. Confondre troubles de la personnalité et maladie mentale a effectivement comme conséquence de prendre le risque de superposer dans les représentations populaires maladie mentale et crime, avec un effet de stigmatisation

des malades mentaux, et notamment des schizophrènes, mais aussi de laisser penser que lutter contre la récidive criminelle suppose des soins psychiatriques chez tous les criminels, modèle de psychiatrisation du crime qui a été un échec aux Etats-Unis tel qu'il a été évalué dans les années 1980 [1, 2]. La position de Kendell pourrait aussi être lourde de conséquences dans une confusion entre justice et psychiatrie qui pourrait aboutir à confier à la psychiatrie tout trouble du comportement délinquant judiciairisé, en particulier chez l'adolescent ou le jeune adulte. La question de la faisabilité sur l'ensemble du territoire d'une politique sanitaire de prise en charge des troubles de la personnalité n'a pas été réellement abordée dans nombre de pays : quels moyens en temps médicaux et paramédicaux, quel risque d'appauvrissement de la psychiatrie publique déjà sinistrée dans de nombreux pays et comment répondre aux besoins sur l'ensemble du territoire géographique d'un pays ?

Dans le contexte du développement des politiques pénales sécuritaires que connaissent la plupart des pays européens, il semble fondamental de préserver la psychiatrie publique déjà très fragilisée dans de nombreux pays par la désinstitutionnalisation et la démographie médicale en rappelant quelques principes fondamentaux :

- ne pas confondre crime et maladie mentale ;
- maintenir en l'état actuel des connaissances cliniques et thérapeutiques la séparation entre maladie mentale et trouble de la personnalité ;
- recentrer par contre la psychiatrie publique sur ses missions cardinales : la prise en charge des malades mentaux pouvant présenter des violences dans les périodes évolutives de leur maladie, ce qui est indispensable pour rassurer l'opinion publique comme les politiques.

Cela ne limite en rien l'intérêt, à titre expérimental, d'institutions de petite taille pouvant répondre aux problèmes de dangerosité d'auteurs de crimes : situés dans le champ judiciaire et liées par convention avec le champ psychiatrique, elles pourraient expérimenter des prises en charge multidisciplinaires : socioéducatives, médicopsychologiques et psychiatriques dans la perspective d'une criminologie interdisciplinaire.

Evaluation de la dangerosité comme enjeu politique

Dans le cadre des politiques pénales de tolérance zéro et, d'une façon plus générale, de la politique de précaution et de réduction des risques qu'appliquent tous nos Etats, l'évaluation de la dangerosité est le problème majeur du débat entre politiques et psychiatres, qu'ils soient soignants ou experts. L'audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale organisée par la Fédération française de psychiatrie avec le soutien et la méthodologie de la Haute Autorité de santé [15] a considéré qu'il était toujours important de dissocier dangerosité psychiatrique et dange-

rosité criminologique. La dangerosité psychiatrique est entrevue comme manifestation symptomatique liée à l'évolution de la maladie mentale et de ses aléas thérapeutiques, notamment les ruptures de soins. La dangerosité criminologique est définie comme prise en compte de l'ensemble des facteurs environnementaux et situationnels susceptibles de favoriser l'émergence du passage à l'acte violent ou selon, Christian Debuyst, comme « *phénomène psychosocial caractérisé par les indices révélateurs de la grande probabilité de commettre une infraction contre les personnes ou les biens* » [16]. Cette dernière définition souligne bien l'ambiguïté de l'évaluation de la dangerosité comme risque de commettre une infraction réprimée par la loi, il s'agit 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.

Comme le souligne Bruno Gravier dans son intervention à l'audition publique [17], l'évaluation de la dangerosité reste un problème difficile, en particulier dans notre pays où les psychiatres n'ont pas l'habitude d'utiliser des échelles d'évaluation, pas plus que de travailler de façon multidisciplinaire avec les professionnels socioéducatifs vers une évaluation partagée de la dangerosité. L'audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale recommande le développement de travaux de recherche pour la validation en langue française d'échelles actuarielles ou mixtes d'évaluation de la dangerosité en préconisant leur utilisation par un clinicien confrontant les données de l'évaluation à celles de l'examen clinique.

Conclusion

Le débat sur l'intervention de la psychiatrie publique dans les troubles de la personnalité est en plein dans le champ de l'actualité avec les travaux parlementaires en cours sur la loi de rétention de sûreté présentée par le Gouvernement. Nos élus ne sont pas divisés quand, toutes tendances politiques confondues, ils envisagent de créer un lieu de rétention pour les auteurs de crime ayant purgé une peine d'au moins 15 ans de réclusion criminelle pour homicide, viol ou acte de torture et de barbarie. Par contre, le débat est très vif entre la position du Gouvernement qui propose que la rétention soit judiciairisée et celle de l'opposition qui entrevoit comme réponse à la dangerosité une hospitalisation d'office dans un hôpital psychiatrique-asile. Les arguments tournent autour de la question des soins que la psychiatrie pourrait ou non donner aux criminels dangereux. Dans ce contexte, il semble important de rappeler que crime et maladie mentale ne se superposent pas et que la psychiatrie n'a pas de traitements codifiés à proposer au criminel, même si celui-ci présente des troubles de la personnalité. Les progrès de la clinique du passage à l'acte ne permettent pas de remettre en cause la distinction maladie mentale/trouble de la personnalité, ce qui ne s'oppose pas à

la possibilité d'unités pénitentiaires expérimentales se donnant les moyens d'une évaluation criminologique et d'un accompagnement socio-psycho-éducatif susceptible de limiter le risque de réitération.

Références

1. MORRIS N. *Punishment and sentencing reform in the United States*. RIDP, 1982.
2. FOGEL D. *The American debate on sentencing policy : a decade of struggle*. RIDP, 1982.
3. DELUMEAU J. *La peur en Occident*. Paris : Fayard, 1978.
4. LAPLANTE J. *La violence, la peur et le crime*. Ottawa : Les Presses de l'Université d'Ottawa, 2001.
5. ROBERTS JV. La peur du crime et des attitudes à l'égard de la justice pénale au Canada : bilan des dernières tendances 2001-2002. Rapport préparé pour le ministère du solliciteur général du Canada, novembre 2001.
6. ROCHÉ S. *Le sentiment d'insécurité*. Paris : PUF, 1993.
7. KAMINSKI D. Une métonymie consensuelle : l'insécurité. *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé* 2005 ; 2 : 415-21.
8. REA A. Désintégration sociale et affaiblissement de l'État 21-36. In : CARTUYVELS Y, MARY P, eds. *L'État face à l'insécurité*. Bruxelles : Editions Labor, 1999.
9. CARTUYVELS Y, MARY P. *L'État face à l'insécurité*. Bruxelles : Editions Labor, 1999.
10. BAILLEAU F, CARTUYVELS Y. *La justice pénale des mineurs en Europe, entre modèle welfare et inflexion néolibérale déviances et société logique sociale*. Paris : L'Harmattan, 2007.
11. SALAS D. *La volonté de punir. Essai sur le populisme pénal*. Paris : Hachette, 2005.
12. SENON JL, MANZANERA C. L'obligation de soins dans la loi renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et mineurs. *AJ Pénal Dalloz* 2007 ; 9 : 367-71.
13. KENDELL RE. The distinction between personality disorder and mental illness. *Br J Psychiatry* 2002 ; 180 : 110-5.
14. SENON JL, MANZANERA C. Etats dangereux, délinquance et santé mentale : représentations, insécurité et peurs sociales comme source de la stigmatisation des malades mentaux. *Inf Psychiatr* 2007 ; 83 : 655-62.
15. SENON JL, PASCAL JC, ROSSINELLI G. *Expertise psychiatrique pénale, audition publique des 25 et 26 janvier 2007*. Montrouge : John Libbey, 2008.
16. DEBUYST C. *Dangerosité et justice pénale*. Paris : Masson, 1981.
17. GRAVIER B. Comment évaluer la dangerosité dans l'expertise psychiatrique pénale et quels sont les difficultés et les pièges de cette évaluation 151-162. In : SENON JL, PASCAL JC, ROSSINELLI G, eds. *Expertise psychiatrique pénale, audition publique des 25 et 26 janvier 2007*. Montrouge : John Libbey, 2008.