



Available online at [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

SCIENCE @ DIRECT®

**L'ÉVOLUTION  
PSYCHIATRIQUE**

L'évolution psychiatrique 70 (2005) 117–130

<http://france.elsevier.com/direct/EVOPSY/>

Psychanalyse, Psychiatrie : objets perdus, objets présents

## Évolution des attentes et des représentations en clinique dans les rapports entre psychiatrie et justice

### Psychiatry and justice, toward a new clinic?

Jean-Louis Senon \*

*Psychiatre des hôpitaux, professeur des Universités, praticien hospitalier, faculté de médecine, université de Poitiers, SHUPPM, hôpital La Miletrie, BP 587, 86021 Poitiers, France*

Reçu le 12 janvier 2004 ; accepté le 14 juin 2004

Disponible sur internet le 28 janvier 2005

---

#### Résumé

Les rapports entre justice et psychiatrie sont plus que jamais tendus. La psychiatrie est considérée tour à tour comme liberticide ou trop libérale. On la critique pour son désengagement de l'hôpital comme pour sa responsabilité dans un trop grand nombre de lits hospitaliers. Elle est considérée comme responsable de l'accumulation dans les prisons de malades mentaux. Pourtant, depuis la naissance de la clinique, la psychiatrie évolue en étendant son champ de compétence au-delà des maladies mentales reconnues, vers une clinique opérante dans les troubles limites de la personnalité. Nos sociétés ne s'en contentent pas, demandant au psychiatre d'être présent dans toute violence et face à chaque délinquant. Crime et folie sont régulièrement confondus. Nos sociétés en identifiant dans leurs représentations crime et folie, soins et sanction, ne sont-elles pas malades de leurs peurs ? © 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

#### Abstract

Relationships are difficult between psychiatry and Justice. Psychiatry is regarded either as an enemy of freedom or as too liberal. One criticizes it for its disengagement from the hospital and for its responsibility regarding a so-called excess of hospital beds. The responsibility of Psychiatry in the accumulation in jails of mental patients is often denounced. However, since the birth of the diagnosis

---

\* Toute référence à cet article doit porter mention : Senon J.-L. Évolution des attentes et des représentations en clinique dans les rapports entre psychiatrie et justice. *Évol. psychiatr.* 2005 ; 70.

\* Auteur correspondant : M. le Pr Jean-Louis Senon.

Adresse e-mail : [jean.louis.senon@univ-poitiers.fr](mailto:jean.louis.senon@univ-poitiers.fr) (J.-L. Senon).

of mental disorders, psychiatry evolves by extending its field of competence beyond the recognized psychoses to an operative clinic in the borderline disorders. Our societies are not satisfied and ask the psychiatrist to be present in any violence and with each delinquent. Crime and psychiatric disorders are regularly confused. Are our societies sick of their fears while confusing in its representations crime and madness, care and punishment?

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

*Mots clés* : Psychiatrie ; Justice ; Crime ; Histoire de la clinique ; États limites

*Keywords*: Psychiatry; Justice; Crime; History of clinical practice; Borderline disorders

---

### *En hommage à Georges Lantéri-Laura*

Les attentes de notre société vis-à-vis de la psychiatrie comme les représentations qu'elle suscite connaissent une évolution notable depuis deux décennies. C'est en particulier dans le domaine des rapports entre psychiatrie et justice que l'on peut trouver la marque de nouvelles espérances sociales vis-à-vis de notre spécialité, mais aussi l'émergence d'une nouvelle clinique. Dans la vivacité des débats les opposant, les rapports entre psychiatrie et justice ont effectivement toujours été les témoins des avancées de la clinique psychiatrique comme de l'ambivalence quasi névrotique de la société dans ses attentes face à une discipline médicale singulière dont les progrès sont loin de n'être que scientifiques.

Les controverses entre psychiatrie et justice sont avant tout centrées sur la liberté du patient et la contrainte aux soins, domaine où des injonctions paradoxales sont régulièrement exprimées par nos élus et largement reprises par les médias. Très régulièrement, la psychiatrie est mise en cause comme liberticide, comme en témoignerait le maintien dans notre pays de 27 000 lits d'hospitalisation à temps complet et l'augmentation des hospitalisations sous la contrainte qui, dépassant 60 000 par an, sont passées de 11 % des hospitalisations en 1990 à 14 % en 2002. Nos élus considèrent « que la représentation parlementaire se trouve face à une menace pour les droits de l'homme » [1]. D'aucuns militent pour une réforme rapide de la loi de 1990 avec judiciarisation de l'hospitalisation sous contrainte pour limiter l'atteinte à la liberté. Simultanément, les mêmes politiques s'émeuvent de pratiques psychiatriques par trop libérales, en avançant que les sorties des hôpitaux psychiatriques sont trop rapides et qu'ainsi de nombreux malades mentaux sont très vite confrontés à la police puis à la justice et s'accumulent dans les établissements pénitentiaires du fait d'un désengagement de la psychiatrie au nom de la désinstitutionnalisation. La prison devenue « asile » est dénoncée par un rapport du Sénat qui avance 30 % de malades mentaux dans les établissements pénitentiaires [2] et celui de l'Assemblée Nationale suggère que « la prison est finalement le seul lieu d'accueil des personnes souffrant de troubles psychiatriques graves » [3]. Ce débat qui se répète depuis la naissance de la clinique n'est pas propre à notre démocratie, tous les pays industrialisés le posent dans les mêmes termes et avec les mêmes contradictions, car il s'agit toujours pour chaque citoyen de se protéger face à tout crime particulièrement horrible assimilé à celui d'un malade mental, car comment pourrait-on se reconnaître face à de telles violences pénétrant nos foyers par l'omniprésence des médias qui en traitent en direct, sans élaboration ni prise de recul ? Cette hypothèse peut être reliée à la pression sociale exercée sur psychiatres et psychothérapeu-

tes pour que tout auteur de crime sexuel soit l'objet de soins, comme s'ils pouvaient seuls prévenir la récidive redoutée de tous à l'issue de la peine de détention, sans que ne soit vraiment posée la question de la maladie, pas plus que celle de l'accessibilité aux soins. Dans notre pays, ces récidives redoutées sont à corrélérer à des peines toujours plus longues et plus sévères par rapport au reste de l'Europe.

Notre époque, face à la montée des peurs que l'être social a plus que jamais besoin de contenir en vérifiant que tout est fait pour les juguler au nom du sacro-saint principe de précaution, ne fait-elle pas de la psychiatrie le bouc émissaire souvent complaisant de la répulsion pour cet autre nous-même dont le crime révèle la noirceur des passions ?

Nous développerons nos interrogations en quatre temps :

- La question des limites et des représentations ;
- L'évolution de la clinique qui dépasse la notion historique d'aliénation puis de maladie mentale pour, au-delà de l'approche structurelle, aller vers un modèle explicatif du passage à l'acte ;
- L'extension dans notre pays du champ de la psychanalyse à la prise en charge des psychopathes et des auteurs d'agressions sexuelles ;
- Le comblement de la distinction entre troubles de la personnalité et maladie mentale.

La société française en identifiant dans ses représentations crime et folie, soins et sanction, n'est-elle pas malade de ses peurs ?

## 1. La question des limites et des représentations

Georges Lantéri-Laura dans « Histoires de psychiatries en hommage à Jacques Postel » [4] expose les étapes historiques de l'évolution du champ de la psychiatrie. Le rapport entre justice et psychiatrie y est éclairé à tous les carrefours de l'histoire.

Les trois étapes qu'il décrit dans la genèse de la clinique ont une incidence directe dans la lecture du passage à l'acte criminel comme relevant ou non de la folie : l'aliénation de Pinel ou de Daquin pour se limiter à la France, puis la notion de maladie mentale dans la continuité de Falret, et enfin la notion contemporaine de structure et ses rapports avec le concept actuel d'états limites ou borderlines. À chaque étape, le regard du clinicien s'élargit et repousse les limites du champ clinique pour reconnaître le trouble au-delà du symptôme, vers la prise en compte de la maladie et de ses prodromes, puis vers un modèle explicatif psychodynamique du passage à l'acte dans ses rapports avec la personnalité, repérant l'achoppement du développement et l'incidence des carences affectives ou environnementales. À chaque étape, au fur et à mesure que la clinique fait des hypothèses psychodynamiques sur les rapports entre le passage à l'acte du sujet et son histoire, la confusion s'accroît pour le juge comme pour le citoyen dans le face-à-face avec les experts qui ne reconnaissent pas comme malade mental à irresponsabiliser celui dont ils éclairent pourtant le passage à l'acte par des hypothèses psychodynamiques.

Tout pouvait paraître simple à l'époque de Pinel pour qui « les 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 ». Pour lui, « 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 ». Pinel propose le « traitement moral de l'aliénation » au

moment où, singulièrement, le droit pénal se fonde sur l'élément moral des infractions qui établit qu'il ne saurait y avoir crime sans intention de le commettre. La séparation tranchée entre criminel responsable et aliéné irresponsabilisé était simple et fonctionnelle [5]. Elle a entraîné dans son sillage le maillage entre les codes pénaux de 1791 et de 1810, qui font du libre arbitre le présupposé de toute incrimination, et la réponse sanitaire sécuritaire qu'est la loi du 30 juin 1838, qui prévoit l'internement des malades mentaux irresponsabilisés en placement d'office. On peut penser que la loi d'internement a rassuré les élus et l'opinion publique sur le fait que le malade mental criminel, quittant la prison après l'application de l'article 64, trouvera à l'hôpital-asile une coercition durable protégeant la société du risque de récidive criminelle. À la naissance de la clinique psychiatrique, cette modification radicale du regard jeté sur le malade mental aura comme conséquence l'opposition encore très actuelle entre malade mental irresponsable, relevant de soins psychiatriques, et criminel, responsable donc puni. Comme le rappelle Michel Foucault [6] : « toutes les instances de contrôle fonctionnent sur un double mode : celui du partage binaire et du marquage : (fou-non fou, dangereux-inoffensif, normal-anormal), et celui de l'assignation coercitive (qui il est ; où il doit être ; comment le caractériser ; comment le reconnaître ; comment exercer sur lui de manière individuelle une surveillance constante...) ». Dans le dispositif mis en place par la Chambre des députés de l'époque, la visée sécuritaire est effectivement binaire et de marquage : point de vide juridique entre le sujet responsable condamné à la prison et le malade mental irresponsabilisé placé d'office à l'asile de l'époque, qui contenait durablement avec le souci de protéger la sécurité de la société par des hospitalisations longues qui étaient la règle du fait de l'absence de thérapies efficaces [7]. Un siècle et demi après, Code pénal et loi d'internement étaient refondus avec la même proximité temporelle dans le Code de 1992 et la loi de 1990. Le maillage passé, manifestement sécuritaire, ne s'est probablement pas retrouvé entre l'irresponsabilité déterminée par l'article 122-1 du nouveau Code pénal et une hospitalisation d'office établie par la loi du 30 juin 1990 et complétée par celle du 4 mars 2002, comme exceptionnelle et non plus conséquence du non lieu pour irresponsabilité. Que le malade mental, objet d'un non lieu après l'application de l'article 122-1, puisse échapper à des soins formalisés et durables est une situation qui ne peut être comprise par la justice comme par les médias, même si aucune critique n'est formulée sur le cadre légal des hospitalisations d'office qui impose, au-delà du trouble à l'ordre public, une justification fondée sur la reconnaissance d'une maladie actuelle justifiant des soins.

L'attente de la société vis-à-vis du psychiatre va effectivement bien au-delà des soins qu'il apporte aux malades mentaux. Notre pays a toujours été séduit, sans y souscrire, par les théories belges de la défense sociale où la psychiatrie accepte un rôle de prévention du passage à l'acte criminel dans le sillage des travaux de Prins, de Greef, ou Vervaeck. Rogues de Fursac dans son traité de 1893, 1917 et 1923 les devançait. Il insistait sur le rôle de conseiller technique du psychiatre : « le psychiatre est absolument qualifié pour prévoir les réactions futures d'un délinquant psychiquement anormal et les effets que l'on peut attendre sur sa conduite à venir de l'indulgence ou de la sévérité »... Il avançait le rôle de protecteur de la société du psychiatre et l'importance d'assurer la défense sociale au moyen de mesures médicales : « j'estime en effet que l'expert n'a le droit de déclarer irresponsable un individu que si l'on peut proposer des mesures d'ordre médical suffisantes pour assurer la défense sociale soit en modifiant au moyen d'une thérapie appropriée le psychisme

du sujet, soit en l'internant dans un asile d'aliénés avec la certitude que son état mental permettra de l'y conserver aussi longtemps que persistera l'état dangereux » [8]. Ces affirmations, qui ont presque un siècle, rempliraient d'aise nos responsables politiques quand ils sont animés par l'idéologie sécuritaire, mais les feraient frémir quand ils affirment la prééminence de la liberté des malades mentaux et des droits des personnes malades.

La dichotomie établie par Pinel s'effacera insidieusement lors de la deuxième moitié du XIX<sup>e</sup> siècle. Le concept de maladie mentale s'est effectivement développé entre 1854 et 1926, autour d'une clinique dont le progrès est bien de passer « de l'unité de l'aliénation à la multiplicité des espèces morbides naturelles, irréductibles les unes aux autres ». G. Lanteri-Laura en reprenant ici Falret et sa critique des monomanies, notamment de la monomanie homicide, puis sa description de la folie circulaire en 1854, montre bien que « l'on ne peut progresser en psychiatrie qu'en admettant une pluralité irréductible des espèces morbides naturelles, en les repérant grâce à une sémiologie active qui ne se contente pas d'assurer le secrétariat des malades »... « Dès lors, la délimitation du champ légitime de la pathologie mentale perdait la simplicité évidente et la commodité que lui avait données le recours à la notion d'aliénation mentale » [4]. Cet élargissement du champ de la clinique psychiatrique qui introduisait la bipolarité moderne, posait aussi le problème de l'évaluation de l'état clinique au moment de l'acte dans une pathologie cyclique, et amenait l'expert à déterminer les limites de la maladie mentale et à s'interroger sur les concepts à inclure dans le champ de la pathologie pour argumenter l'irresponsabilité pénale de l'article 64 du Code de 1810. Il s'agissait notamment de prendre en compte les prodromes médocolégaux de la manie très différents de ceux de la mélancolie et de vérifier que dans une maladie unique deux types d'états thymiques opposés pouvaient être irresponsabilisants. Quelle confusion au tribunal après la simplicité apparente de Pinel ! L'actualité dans ce vieux débat se retrouve dans nombre de sessions d'assises actuelles. Entre asile et prison, entre social, judiciaire et psychiatrique, l'équilibre est toujours ténu, les psychiatres n'irresponsabilisant que la frange limitée des délinquants qu'ils reconnaissent être capables de soigner avec les moyens thérapeutiques du moment et le désengagement de l'hébergement social, notamment vis-à-vis des personnes présentant des troubles du comportement, étant noté dans toutes les sociétés industrielles [9].

La dichotomie malade mental irresponsabilisé et criminel responsable a été remise en cause très précocement par l'intuition clinique des aliénistes. Régis dans son traité, dont la première édition date de 1887, étudie la « capacité d'imputation » dont découle la responsabilité pénale. Cette capacité d'imputation suppose pour lui la liberté de juger et de discerner, c'est-à-dire de faire « le départ entre ce qui est bien et ce qui est mal, entre ce qui est utile et ce qui est nuisible, entre ce qui est légal et ce qui est illégal ». Elle suppose « la liberté de se décider, de se déterminer sur les motifs fournis par la faculté de juger ». Il y a irresponsabilité quand une de ces conditions psychologiques manque. Régis accepte le concept de « responsabilité semi-atténuée des semi-aliénés » : dans les périodes d'incubation des maladies mentales, dans l'hystérie, l'épilepsie, l'alcoolisme et certains troubles de la personnalité [10] ... Dide et Guiraud dans leur traité de psychiatrie développent la discussion médocolégale de l'expertise. Il s'agit chez l'aliéné irresponsable « d'expliquer que les troubles du jugement mis en relief dans l'étude clinique expliquent bien l'acte antisocial, qu'il s'agit là d'un symptôme clinique de la maladie » [11]. Le problème des « semi-aliénés » de Régis va devenir très vite le souci des psychiatres intervenant dans la prison

comme des pénitenciers ayant toujours de grandes difficultés pour assurer la gestion des ces détenus particuliers. La circulaire Chaumié, qui atténuait en 1905 la responsabilité de ces prévenus, n'évitait pas l'accumulation dans les établissements pénitentiaires « des délinquants qui sans être atteints d'aliénation mentale justifiant l'internement, apparaissent porteurs d'une anomalie mentale durable », comme les décrit en 1937 la proposition de loi des sénateurs Lisbonne et Camboulives, à la suite des rapports de Heuyer et Baffos et de la résolution Blacque-Belair de 1931. Ce sera dès lors un contentieux constant entre santé et justice, d'autant que les progrès de la psychiatrie passeront par la disparition de l'asile avec la promotion de soins psychiatriques ambulatoires dans lesquels le malade se responsabilise et s'autonomise [12].

Vingt ans plus tard, l'apparition de psychotropes actifs amènera l'essor des classifications modernes, DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) et CIM (*Classification Internationale des Maladies*), au risque de réduire le travail de l'expert au relevé de symptômes et de critères pouvant permettre l'identification de troubles mentaux listés. Rechercher l'incidence d'une psychose chronique productive sur le passage à l'acte du délinquant reste la caricature de l'expertise pénale et il est trop souvent oublié la clinique déficitaire ou de désorganisation souvent associée aux passages à l'acte du schizophrène. Neuroleptiques, thymorégulateurs et antidépresseurs confortent la désinstitutionnalisation ; on ne traite à l'hôpital que les poussées processuelles de la schizophrénie ou l'épisode maniaque ou mélancolique du trouble bipolaire. Les prises en charge ambulatoires sont la règle dans notre pays où l'obligation de soins ambulatoires n'existe pas en dehors de ceux donnés aux auteurs d'agressions sexuelles depuis la loi du 17 juin 1998 qui prévoit un suivi sociojudiciaire avec injonction de soins si elle a été justifiée par l'expert [13]. Le vide juridique entre l'irresponsabilité de l'article 122-1 du Code pénal de 1992 et l'hospitalisation d'office de la loi du 30 juin 1990 modifiée par celle du 4 mars 2002 contribue sûrement au sentiment que nombre de malades mentaux échappent aux soins ce qui renforce la représentation menaçante de la maladie mentale. Des soins ambulatoires pénalement ordonnés seront sûrement à mettre en place ces prochaines années pour les sujets ayant fait l'objet d'une irresponsabilité pénale. Pour les soins ambulatoires, la rigueur dans leur mise en place et la systématisation de leur évaluation devra être une autre orientation pour tous les pays européens si l'on prend en compte, comme dans l'étude de S. Hodgins et al. sur la criminalité de schizophrènes et de troubles bipolaires sur deux ans de suivi, qu'échapper aux soins et consommer alcool ou produits majeorent de façon très significative le risque de passage à l'acte criminel [14].

La notion de structure psychopathologique est sûrement, comme l'avance G. Lantéri-Laura, l'étape récente la plus importante dans l'évolution de la clinique : « la métapsychologie... permettait de construire une anthropologie générale dont il devenait ensuite possible de déduire la diversité des aspects cliniques de la psychiatrie » [4]. C'est une des notions les plus fécondes dans la psychocriminologie actuelle.

## **2. L'apport de la psychanalyse à la criminologie et l'élargissement de la clinique criminelle**

Criminologie et psychanalyse sont nées à la même époque si l'on prend en compte les travaux de Freud en 1896 et l'appellation donnée à la science du crime par Garofalo en

1885. Psychologie de « ce qui est de l'autre coté de la conscience », la psychanalyse a été à l'origine d'un essor majeur de la psychocriminologie ne serait-ce que par la compréhension qu'elle propose des conflits internes pouvant influencer l'état émotif, l'attitude ou le comportement de chacun et rendre compte de sentiments tels que la haine, la honte ou la culpabilité, très centraux dans la relation aux autres et dans le passage à l'acte. Parmi tant d'autres, deux auteurs tels que Hesnard, dans « Psychologie du crime » [15], ou Labadie [16], dans « Psychologie du criminel », en montrent bien la richesse mais aussi les limites. La psychanalyse dans la continuité de Freud propose une représentation de l'homme dans laquelle la frontière entre normal et pathologique est abolie ; pour lui, « l'homme est plus immoral qu'il ne le croit... et plus moral qu'il ne le sait »<sup>1</sup>. La question du crime s'est posée à Freud en 1906 quand il a été interrogé par A. Lœffler, professeur de médecine légale, sur la possibilité d'identifier et de démasquer le criminel par la méthode des associations libres. Il esquisse en 1915 « Les criminels par conscience de culpabilité » et étudie Dostoïevski et le parricide en 1926. Freud souligne l'existence de criminels qui passent à l'acte mus par un sentiment de culpabilité et d'autres qui commettent des délits ou des crimes sans sentiment de culpabilité, soit qu'ils n'aient pas pu développer d'inhibitions morales, soit qu'ils soient portés par un combat contre la société et, dans ce cas, c'est l'idéal qui légitime l'acte. Il dessine les différents ressorts de l'acte et donc différents types de criminels : ceux qui déchargent une culpabilisation aveugle dans l'acte, ceux qui agissent sans culpabilité dans un acte de transgression et les criminels idéalistes légitimant l'acte par le dédommagement d'un préjudice<sup>2</sup>. Dans le sillage de Freud, Reik aborde la compulsion d'aveu comme besoin de punition donnant une signification masochiste à des passages à l'acte marqués par la compulsion [19].

Après les travaux de Mélanie Klein [20] sur l'enfant délinquant, où sont décrits l'importance des mécanismes archaïques de défense tel que déni, projection ou clivage, Kate Friedlander fait la description de failles du moi et de « l'empreinte événementielle », où elle soutient que tout individu possède des pulsions antisociales et que la criminalité peut être entrevue comme le mime prêté à voir d'un drame intérieur ayant ses sources dans l'enfance. Pour elle, la formation caractérielle antisociale dans la conjonction avec le milieu sont les déterminants de toute délinquance ([21], p. 205–215). Winnicott fait le même choix de travailler sur la tendance antisociale qui peut se retrouver chez tout enfant. Là aussi ses travaux sont en faveur d'un continuum entre normal et pathologique et donnent au passage à l'acte le sens d'une interpellation de l'adulte à visée de sauvegarde. Ils élargissent notablement le champ de l'intervention thérapeutique [22]. Ces travaux seront déterminants dans l'essor de la psychocriminologie anglo-saxonne qui se nourrira de la psychanalyse à partir de 1910, date où Freud donnera ses premières conférences à l'Université Clark et quand nombre de psychanalystes devront fuir dans les années 1940 l'Allemagne nazie. Comme le rappellent Diane Casoni et Louis Brunet [23], l'étude des psychopathologies associées à la délinquance qui se développait aux États-Unis sera investie par des apports psychanalytiques novateurs avec le travail d'auteurs tels que Eissler, Jonhson, Szurek, Kohut, Redel, Wineman et Kernberg aux États-Unis ou Mailloux et Prados au Canada. Eissler

<sup>1</sup> Freud S. Le Moi et le ça (1923), In : ([17], p. 225–301).

<sup>2</sup> Freud S. Quelques types de caractère dégagés par la psychanalyse (1933), Traduction de Marie Bonaparte et E. Marty, In : [18].

étudie le rapport de l'individu à sa propre agressivité. Il oppose l'attitude autoplastique des névrosés qui retournent leur agressivité contre eux, alors que les personnalités délinquantes ont une attitude alloplastique, la projetant sur l'entourage. Il se centre sur l'étude de ces personnalités délinquantes en remarquant que nombre de jeunes délinquants souffrent d'un sentiment intense d'incapacité ; le passage à l'acte a alors valeur de maintien de l'omnipotence. Il rapporte ce fonctionnement aux carences précoces de l'accompagnement maternel. Ses travaux peuvent rappeler ceux de J.P. et L. Chartier qui en France dès les années 1970 s'intéresseront aux personnalités psychopathiques à l'adolescence [24]. Johnson et Szurek, toujours cités par Diane Casoni, montrent l'importance des messages contradictoires de l'attente parentale vis-à-vis de jeunes au comportement psychopathique entre une attitude étrangement permissive vis-à-vis des passages à l'acte antisociaux, et une répression excessivement punitive. Redl et Wineman attirent l'attention sur l'importance des sentiments de haine, de rage et de menace, et avancent l'importance du surmoi groupal dans une identification forte au groupe d'appartenance. Ils proposent l'étude des déficiences du moi et entrevoient les passages à l'acte comme autant de scénarios permettant de se défendre contre les sentiments inconscients de culpabilité et contre la dépression [25]. Plus connus en France, les travaux de Kernberg parallèles à ceux de Bergeret [26], attirent l'attention sur les pathologies du narcissisme et notamment sur la défaillance du narcissisme primaire et sur un surmoi cruel et sadique [27]. Centrés sur les comportements violents et établissant la psychanalyse comme aide à penser la violence envahissant nos sociétés, tous ces travaux vont dans le sens de doter des équipes soignantes et éducatives d'outils pour prendre en charge des personnalités limites à expression psychopathique, dont les passages à l'acte parfois criminels les conduisent à des peines de prison ou à des mesures d'hébergement éducatif. Ce sont donc les équipes donnant des soins dans les prisons qui travailleront le plus dans ce domaine.

Dans notre pays, les travaux de Claude Balier, psychanalyste ayant dirigé le SMPR de Varcès à la Maison d'Arrêt de Grenoble pendant une quinzaine d'années, sont déterminants pour une nouvelle approche psychanalytique des comportements violents [28,29]. Dans « *Psychanalyse des comportements violents* », paru en 1988, il fait le pari d'une possible compréhension psychanalytique des auteurs de violences dans le cadre contenant de l'institution de soins installée dans la prison. Il s'appuie sur les données de la psychanalyse de l'enfant et de l'adolescent : « Il ne fait pas de doute que notre population est composée de sujets associant une suffisante notion de réalité à des troubles graves du narcissisme, responsables de l'absence de maîtrise pulsionnelle... il faut se tourner vers les psychanalystes d'enfants et vers ceux qui se sont préoccupés des perturbations de l'adolescent pour une analyse métapsychologique du fonctionnement du psychopathe ». Pour lui l'échec de l'accession à la position dépressive est le processus central ; il « s'observe dans les comportements psychopathiques, les états limites et les processus pathologiques en relation avec le clivage ou l'expression de l'agressivité libre ». Dans cette perspective, « l'avenir du psychopathe n'est pas irrémédiablement fixé » et Claude Balier avance qu'un travail thérapeutique est parfois possible dans un cadre institutionnel s'appuyant sur la représentation de la loi dans le milieu pénitentiaire. Dans les cas qu'il a été amené à prendre en charge, il décrit l'importance des phobies, des rêves, du clivage et de la capacité synthétique du moi avec une singulière « clinique du vide » que connaissent bien ceux qui travaillent en prison, vide relié à la défaillance du narcissisme primaire. Pour lui l'agressivité

n'est pas évacuation d'un trop plein mais un court-circuit qui a comme fonction, au décours des excès de tension, de protéger du risque de morcellement et d'éclatement du Moi. Dans sa conception, le passage à l'acte instaure une ébauche d'emprise et assure une « fonction de sauvetage du narcissisme défaillant ». Son approche a été déterminante pour démontrer qu'une équipe psychiatrique de secteur peut proposer des prises en charge psychothérapeutiques, ayant comme approche théorique la psychanalyse, à des sujets présentant des personnalités limites souvent à expression psychopathique et ayant commis des délits graves ou des crimes.

Son deuxième apport, après une clinique psychodynamique de la psychopathie, est celle des auteurs d'agressions sexuelles. Pour lui le fonctionnement psychique de ces sujets se caractérise par des mécanismes de défense tels que clivage du Moi, déni ou dénégation. L'acte pervers reproduit la scène primitive : « le pédophile est tout à la fois la mère incestueuse, le père de la horde primitive et l'enfant tout puissant »..., le sujet « étant pris dans l'acte lui-même et ne s'y reconnaissant pas ». Il insiste en s'appuyant sur Green ou Kestenberg sur l'importance de la désobjectalisation marquée par une inhibition de la pensée et des fonctions de représentation avec différenciation des imagos réalisée, non pas sur la représentation des sexes, mais sur la dichotomie bon-mauvais ou absence-excès de présence. Un important travail de recherche coordonné par André Ciavaldini et réalisé auprès de 176 auteurs d'agressions sexuelles conforte la représentation de l'acte comme aboutissement de vécus carenciels et appel à un père structurant avec inachèvement de la transitionnalité. Pour Claude Balier, « la démarche psychanalytique, plus que toute autre, a pour objectif d'inviter le sujet à se découvrir comme tel et, par cela même, à situer l'autre. Elle s'adresse aussi bien au criminel jugé responsable de ses actes qu'à celui considéré comme malade, sachant que la plupart du temps, les limites sont floues et varient en fonction de l'époque et des circonstances »<sup>3</sup>. Claude Balier et André Ciavaldini [31] invitent à une pragmatique de la mentalisation avec la nécessité de construire un cadre thérapeutique évitant la complicité du déni.

Denise Bouchet-Kervella, dans un échange actif avec Claude Balier, oppose perversités narcissiques, proches de la psychose où les défenses sont fondées sur le recours à la destructivité, et les perversions érotiques où sont retrouvés effondrement de l'estime de soi et vacillement de la représentation identitaire en cas d'échec relationnel<sup>4</sup>. A. Ciavaldini développe une clinique de l'agir en explorant les liens qui unissent la dimension de l'affect avec celle des agirs où le passage à l'acte « est considéré comme inachèvement du travail de mise en représentation psychique de l'affect » [32].

La reconnaissance de ces travaux cliniques n'est pas étrangère à la loi du 17 juin 1998 qui met en place un suivi sociojudiciaire avec une possible injonction de soins quand un expert en aura préalablement déterminé l'utilité. On en arrive progressivement à la notion de soins pénalement obligés comme les dénomme Xavier Lameyre [33], soins destinés à des sujets le plus souvent indemnes de pathologies psychotiques ou névrotiques reconnues, mais présentant des pathologies limites ou de carence explorées par la clinique contemporaine.

<sup>3</sup> Balier C. Psychothérapie psychodynamique des auteurs d'agression sexuelle : modalités, indications, objectifs, difficultés et limites (proposition de quelques éléments concernant la réduction de rechute par cette approche psychothérapeutique). In : ([30], p. 233–242).

<sup>4</sup> Bouchet-Kervella D. Des pédophiles extrafamiliaux adultes. In : ([30], p. 101–112).

Avec tous ces apports, le champ de l'intervention thérapeutique de la psychiatrie s'élargit et, dans un cadre singulier où la loi est représentée par la sanction, s'adresse, au-delà des maladies mentales avérées, aux troubles limites de la personnalité et notamment aux états limites à expression psychopatique présentés par des auteurs de violences. La psychiatrie autour de ces travaux se reconnaît compétente dans des troubles de la personnalité révélés par la violence ou la délinquance. Dans ces orientations modernes se pose plus que jamais la question posée par G. Lantéri-Laura : « au nom de quel principe décider qu'une maladie se trouve incluse ou exclue du registre légitime de la psychiatrie ? Comment répondre sérieusement à la demande de l'institution judiciaire ? » [4].

### **3. Le comblement de la distinction entre troubles de la personnalité et maladie mentale**

Pour répondre à une mission du gouvernement britannique, R.E. Kendell, dans un article publié en 2002 [34], ouvre sur le plan politique et de l'organisation sanitaire et judiciaire, cette question de la limite entre troubles de la personnalité et maladies mentales avérées. Débat resté jusqu'ici très médicopsychologique et soumis à de nombreuses controverses, les exigences politiques et surtout judiciaires l'ont progressivement amené à s'étendre bien au-delà de son contexte originel. Le contexte est en Grande Bretagne, comme dans tous les pays européens, d'ajuster justice et soins à une politique pénale de « tolérance zéro ». Cette politique pénale est née aux États-Unis dans le sillage des travaux de Charles Murray en 1984, quand l'auteur soutient que face à une criminalité en croissance exponentielle, la réponse à la pauvreté et à la précarisation sociale ne doit pas être une sur-assistance sociale (de type revenu minimal alloué), qui majore la criminalité acquisitive, mais doit au contraire punir de façon inflexible la petite criminalité et ne tolérer aucun délit. L'application de cette thèse réalisée par William Bratton à l'époque où il était responsable de la sécurité du métro de New York, avec le succès incontestable que l'on connaît, a amené une extension de la sur-répression pénale aux États-Unis puis dans tous les pays industrialisés, la Grande Bretagne étant le premier pays européen à y adhérer. La conséquence en est l'augmentation de la population pénale et notamment des jeunes détenus présentant des troubles de la personnalité de type psychopatique. Une deuxième exigence médiatique peut aussi être rattachée à ces orientations politiques, celle de l'intolérance sociale vis-à-vis des récidivistes, souvent assimilés par les médias à des malades mentaux en situation de rechute clinique. « Comment prévenir les récidives ? » a été la question posée dans de nombreux pays européens à des missions d'experts pénalistes. La confusion dénoncée par G. Lantéri-Laura est toujours très active dans nos représentations : crime et maladie mentale, récidive criminelle et rechute clinique restent au centre des débats alimentés par nos représentations.

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 se ferait soit vers la prison, soit vers des structures hospitalières dites de haute sécurité. Dans ce but, et afin d'orienter correctement ces personnes, la législation anglaise concernant la santé mentale propose de gommer l'ancienne distinction psychopathie/maladie mentale pour une nouvelle dénomination commune englo-

bant à la fois troubles de la personnalité et maladies mentales. Les troubles de la personnalité sont-ils assimilables à une maladie ou un trouble mental ? C'est à cette question que R.E. Kendell se propose de répondre.

Pour lui, le concept de troubles de la personnalité reste essentiel afin de déterminer les modalités de la prise en charge des patients. Les arguments de rapprochement des troubles de la personnalité et des maladies mentales sont pour Kendell pertinents sur le plan clinique : une augmentation du risque de développer une maladie psychiatrique (schizophrénie, TOC) ou un trouble psychiatrique (dépression, anxiété), une complication des prises en charge (ruptures des soins, stabilité de la relation thérapeutique...). Kendell avance qu'il n'existe plus dans la clinique actuelle de différence suffisante entre « maladie » et « trouble » et que le débat de société ne peut que faire écho chez le clinicien.

Kendell estime que deux positions s'opposent : la position scientifique ou biomédicale (soutenue par les médecins et praticiens) qui fait une large place à l'éthique, et la position sociopolitique (des sociologues ou des philosophes du droit et de la politique), impliquant une valeur de jugement. Kendell prend en compte l'importance de la position sociopolitique dans les sociétés actuelles. Son argumentation est pragmatique, elle soutient qu'un trouble de la personnalité peut être accepté comme maladie s'il est reconnu comme indésirable et s'il semble que les psychiatres, et les moyens dont ils disposent, sont les plus aptes à s'en occuper plus efficacement que toutes les autres alternatives possibles, y compris sécuritaires ou de surpénalisation.

Cette question de la prise en charge des troubles de la personnalité et de la psychopathie reste d'une actualité brûlante, notamment dans les établissements pénitentiaires qui peuvent concentrer des formes graves de psychopathie comme les a décrites Reid Meloy [35]. Elle est à son tour posée actuellement dans notre pays par une mission du Premier ministre confiée à Mr Burgelin, Procureur général à la Cour de Cassation visant à déterminer s'il convient de mettre en place des prisons-hôpitaux psychiatriques. Cette tendance à imposer un modèle du « tout psychiatrique », à rechercher dans toute violence l'intervention du psychiatre, sans un instant prendre en compte, dans l'augmentation de la délinquance, la responsabilité de l'organisation sociale et notamment la précarisation retrouvée dans toutes les sociétés industrielles après le déclin des modèles issus de l'ère économique des années 1960, est très préoccupante et doit faire débat chez les professionnels comme amener une information grand public.

#### **4. L'augmentation des attentes sociales et l'insatisfaction des politiques**

Plus que jamais la psychiatrie est montrée du doigt comme insuffisamment présente dans toutes les catastrophes surmédiatisées d'une vie qui n'est pas que bonheur. Requis pour les catastrophes, le psychiatre l'est aussi dans la prise en charge des victimes, comme dans celle des patients atteints de maladies graves ou de stress professionnels. Dans aucun des maux qui hantent notre société, il ne semble être épargné. Pour autant la clinique psychiatrique chemine et sait se réécrire notamment pour ce qui concerne la psychosomatique, les pathologies de carence et les états limites.

Dans le domaine médicolégal, l'attente sociale est de plus en plus prégnante comme le décrit Marc Renneville [36] dans « Crime et folie ». Les politiques interpellent de plus en

plus les soignants à l'image d'un garde des Sceaux affirmant que la société ne fournit pas assez d'efforts médicaux et psychiatriques. La critique des deux rapports parlementaires sur la prison est aussi acerbe quand elle évalue à 30 % la proportion de malades mentaux présents en prison, prison devenue l'asile de la République. Le journal « Le Monde » faisait en 2002 son titre sur le fait que 55 % des détenus souffrent de troubles psychiatriques et « Libération » trouvait la prison « malade de ses fous ». La peur de la récurrence des agresseurs sexuels agite les débats publics sans savoir séparer la sanction et le soin avec une mise en cause de la psychiatrie et de sa désorganisation.

Cette interpellation de la psychiatrie survient dans un moment singulier, qui est celui de la montée de nos peurs et notamment de la peur du crime. Les mesures de la peur du crime telles qu'elles ont été reprises par exemple par Roberts et al., sont parallèles à celles des politiques de sur-répression pénale en direction notamment des auteurs de crimes sexuels ou de crimes en série [37]. La peur du crime touche plus de 50 % des citoyens suisses (qui viennent de voter une loi imposant une loi de réclusion à vie des auteurs de crimes récidivistes), puis 50 % des portugais, 45 % des belges, 35 % des français, 25 % des canadiens et 20 % des finlandais. Le sentiment d'insécurité est parallèle à la révélation des scènes de la violence ordinaire par l'immédiateté de l'information des médias. Tout se passe comme si s'élargissait le fossé entre l'aspiration au bonheur des citoyens, et l'incompréhension des crimes de la vie quotidienne vécus comme une menace dans la représentation protectrice du foyer. Plus le crime se rapproche de la vie quotidienne, plus il suscite une crainte de contamination, et plus est forte l'exigence de punition. Plus la médiatisation généralise et rend universel, et plus s'estompe en nous la capacité à prendre en compte une information objective et pondérée. Tout se passe comme si, tous saisis par l'émotion suscitée par le crime, nous oublions de penser, d'élaborer, de faire référence à l'expérience passée, en fait de mentaliser.

Comme le constate Dominique Kalifa ([38], p. 250), « crime et délinquance... sont perçus comme un épouvantable signe de dégénérescence au moment même où s'exacerbent les tensions sociales ». Pour Antoine Garapon et Denis Salas [39] : « La démocratie hésite à regarder ses crimes en face car elle tire sa légitimité du citoyen qui ne peut être que bon. Au mieux, les délinquants sont des révoltés, au pire des malades ou des laissés pour compte de la croissance économique... Le crime a refait surface comme figure irréductible du mal... Que des thérapeutes se déclarent impuissants et renoncent à soigner et la même société se prend à hurler et se mue en procureur impitoyable ». Pour Charles Melman [40] « le sentiment d'insécurité est tel, et les transformations éthiques, familiales, politiques si profondes, qu'il importe que l'État donne aux citoyens le sentiment de veiller sur eux, d'être une garantie contre les dommages susceptibles de leur être infligés ».

Faut-il voir ici les signes d'une paranoïa sociale agitée par ses peurs et hantée par ses craintes inassumées ou d'une névrose sécuritaire, chacun d'entre nous étant incapable de l'assumer seul sans le cocon de l'état providence et sécurité ? On peut le penser dans le sillage de Michel Schneider [41] pour qui la France est malade de sa politique comme certains enfants le sont de leur mère, quand ses citoyens infantilisés par « *Big Mother* » attendent tout de l'état. Restaurer « le trouble de penser et la peine de vivre » est notre proposition thérapeutique.

## Références

- [1] Senon JL, Lafay N. Commission d'enquête sur les internements sous contrainte. *Forensic, Revue de psychologie et psychiatrie légale* 2004;17:12.
- [2] Hyeat JJ, Cabanel GP. Rapport de la commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France créée en vertu d'une résolution adoptée par le Sénat du 10 février 2000. Paris: Sénat; 2000. Available from : <http://www.senat.fr/rap/199-449/199-449.html>.
- [3] Mermaz L, Floch J. Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la situation dans les prisons françaises. Paris: Assemblée nationale; 2000. Available from : <http://www.assemblee-nationale.fr/rap-enq/r2521-1.asp>.
- [4] Lantéri-Laura G. Évolution du champ de la psychiatrie moderne : frontières et contenu. *Evol Psychiatr* 2003;68:27–38.
- [5] Senon JL. Histoire de la psychiatrie en milieu pénitentiaire de Pinel à la loi du 18 janvier 1994. *Ann Med Psychol* 1998;156(3):161–78.
- [6] Foucault M. *Surveiller et punir*. Paris: Gallimard; 1975.
- [7] Senon JL. Psychiatrie et prison : toujours dans le champ de l'actualité. *Ann Med Psychol* 2004;162:646–52.
- [8] Rogues de Fursac J. *Manuel de Psychiatrie (1893)*. Paris: Félix Alcan; 1923.
- [9] Senon JL, Lafay N, Papet N, Manzanera C. Prison et psychiatrie : à la recherche d'un équilibre entre sanitaire et social et judiciaire. *Revue pénitentiaire et de droit pénal* 2000;4:506–23.
- [10] Régis E. *Précis de psychiatrie*. Paris: Doin; 1923.
- [11] Dide M, Guiraud P. *Psychiatrie clinique (1893)*. Paris: Le François; 1956.
- [12] Senon JL. *Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire*. Paris: PUF, coll. « Médecine et société »; 1998.
- [13] Pradel J, Senon JL. De la prévention et de la répression des infractions sexuelles, commentaire de la Loi n° 98-468 du 17 juin 1998. *Revue pénitentiaire et de droit pénal* 1999;3/4:208–43.
- [14] Hodgins S, Lapalme M, Toupin J. Criminal activities and substance use of patients with major affective disorders and schizophrenia: a 2-years follow-up. *J Affect Disord* 1999;55:187–202.
- [15] Hesnard A. *Psychologie du crime*. Paris: Payot; 1963.
- [16] Labadie JM. *Psychologie du criminel*. Paris: L'Archipel; 2004.
- [17] Freud S. *Œuvres complètes, XVI*. Paris: PUF; 1991.
- [18] Freud S. *Essais de psychanalyse appliquée (1933)*. Paris: Gallimard, coll. « Idées »; 1971.
- [19] Reik T. *Le besoin d'avouer. Psychanalyse du crime et du châtement*. Paris: Payot; 1973.
- [20] Klein M, Heimann P, Isaacs S, Rivière J. *Développements de la psychanalyse*. Paris: PUF, coll. « Bibliothèque de psychanalyse »; 1966.
- [21] Friedlander K. Latent delinquency and Ego development. In: Eissler KR, editor. *Searchlights on delinquency*. New York: International University Press; 1949.
- [22] Winnicott DW. *Deprivation and delinquency*. London: Tavistock Publications; 1984.
- [23] Casoni D, Brunet L. *La psychocriminologie*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal; 2003.
- [24] Chartier JP, Chartier L. *Les parents martyrs*. Paris: Poche; 2002.
- [25] Redel F, Wineman D. *Children who hate; The disorganization and breakdown of behaviour controls*. Illinois: The Free Press; 1951.
- [26] Bergeret J. *La violence fondamentale*. Paris: Dunod; 1984.
- [27] Kernberg O. *Thérapie psychodynamique des personnalités limites*. Paris: PUF; 1995.
- [28] Balier C. *Psychanalyse des comportements violents*. Paris: PUF, coll. « Fil rouge »; 1988.
- [29] Balier C. *Psychanalyse des comportements sexuels violents*. Paris: PUF, coll. « Fil rouge »; 1996.
- [30] *Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle Conférence de consensus 22 et 23 novembre 2001*. Paris: FFP, John Libbey; 2001.
- [31] Ciavaldini A. *Psychopathologie des agresseurs sexuels*. Paris: Masson; 1999.
- [32] Ciavaldini A. Vers une clinique de l'agir. *Ann Med Psychol* 2004;162:664–7.
- [33] Lameyre X. Les soins pénalement ordonnés, une pratique limite. *Ann Med Psychol* 2004;162:657–61.
- [34] Kendell RE. The distinction between personality disorder and mental illness. *Br J Psychiatry* 2002;180:110–5.
- [35] Reid Meloy J. *Les Psychopathes. Essai de psychopathologie dynamique*. Paris: Frison Roche; 2001.
- [36] Renneville M. *Crime et folie, Deux siècles d'enquêtes médicales et judiciaires*. Paris: Fayard; 2003.

- [37] Roberts JV. La peur du crime et les attitudes à l'égard de la justice pénale au Canada : Bilan des dernières tendances. Rapport pour le ministère du Solliciteur Général du Canada. Canada : Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. 2001.
- [38] Kalifa D. L'encre et le sang, Récits de crimes et société à la Belle Epoque. Paris: Fayard; 1995.
- [39] Garapon A, Salas D. La justice et le mal. Paris: Odile Jacob, coll. « Opus »; 1997.
- [40] Melman C. L'homme sans gravité, Jouir à tout prix. Paris: Denoel; 2002.
- [41] Schneider M. Big Mother, Psychopathologie de la vie politique. Paris: Odile Jacob; 2002.