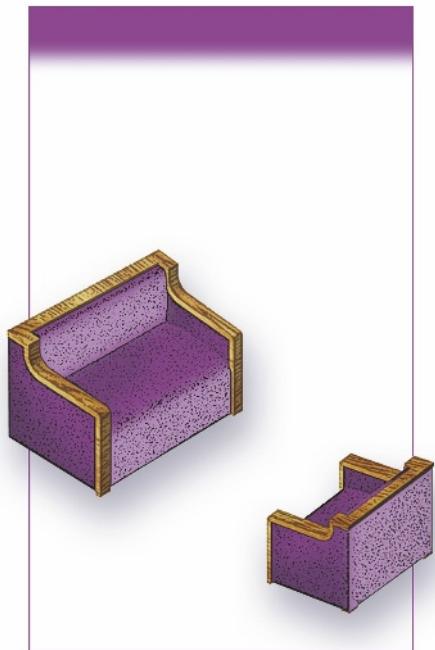


Jean-Louis Senon  
Gérard Lopez  
Robert Cario  
*et al.*

# Psycho- criminologie

Clinique, prise en charge,  
expertise



DUNOD

# Psychocriminologie

## Consultez nos parutions sur dunod.com

The screenshot shows the Dunod.com website interface. At the top, there's a navigation bar with links for "Dunod Éditeur", "édition de livres", "Microsoft Press", "ETSF", "Éd'issence", and "Infoditions". Below the navigation is a search bar labeled "Recherche". To the right of the search bar are links for "Collectionneur" and "Index thématique". On the far right, there are "Mon compte" and "Acheter" buttons.

The main content area is divided into several sections:

- Sciences et Techniques:** Shows a thumbnail for "Bacchus 2008" by Ericus, Hervé Hamon, François d'Hauteville, Etienne Montagne.
- Informatique:** Shows a thumbnail for "Python" by Tarek Ziade.
- Gestion et Management:** Shows a thumbnail for "Profession dirigeant" by Gérard Roth, Michel Kunika.
- Sciences Humaines:** Shows a thumbnail for "150 petites expériences de psychologie du sport pour mieux comprendre les champions et leur succès" by Yann Faouel, Pascal Legrain, Elisabeth Rosta, Stéphanie Russek.

On the left sidebar, there are sections for "Interviews" (with a thumbnail for "Réaliser les RPI : urgence !", "Rennes 2003 : exigez la nouvelle formule !", "Thierry de Montbrial"), "Actualités", "Contests", "En librairie ce mois-ci", "Développement personnel et coaching", and "En librairie".

On the right sidebar, there are sections for "LES BIBLIOTHÈQUES DES MÉTIERS" (with a thumbnail for "Bibliothèque du DSJ", "Gestion industrielle", "Histoire de la signe", "Marketing et Communication", "Directeur d'établissement social et médico-social", "Toutes les bibliothèques") and "LES NEWSLETTERS" (with a thumbnail for "Action sociale", "Psychologie", "Développement personnel et Bien-être", "Entreprise", "Expertise comptable", "Informatique et NFTC", "Industrie", "Toutes les newsletters").

At the bottom of the page, there are links for "bibliothèques des métiers", "newslettters", "MicrosoftPress", "ediscience.net", and "expert-sup.com".

Jean-Louis SENON  
Gérard LOPEZ  
Robert CARIO *et al.*

# Psycho- criminologie

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocollage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1<sup>er</sup> juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, Paris, 2008

ISBN 978-2-10-053524-8

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> al), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constitue donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

---

# SOMMAIRE

<i>LISTE DES AUTEURS</i>	IX
<i>AVANT-PROPOS</i>	XIII
<i>INTRODUCTION GÉNÉRALE</i>	XVII
<b>1. Éléments de statistiques criminelles</b>	1
A. KENSEY	
<b>2. Victimisations reportées et victimisations cachées</b>	13
R. CARIO	
<b>3. Le Modèle psychodynamique en psychocriminologie</b>	21
A. CIAVALDINI	
<b>4. Psychotraumatologie et pratique psychocriminologique</b>	33
G. LOPEZ	
<hr/>	
<b>PREMIÈRE PARTIE</b>	
<hr/>	
AGRESSOLOGIE	
<b>5. Approche historique et philosophique de la dangerosité</b>	45
G. BERNARD	
<b>6. De la perception de la dangerosité à l'évaluation du risque de violence</b>	51
B. GRAVIER	

<b>7. Nouvelles cliniques du passage à l'acte et nouvelles prises en charge thérapeutiques</b>	<b>65</b>
A. CIAVALDINI	
<b>8. Fantasme et comportement déviant</b>	<b>79</b>
PH. GÉNUIT	
<b>9. Adolescent difficile : évaluation et travail en réseau</b>	<b>89</b>
E. OLLHOFF, D. MARCELLI	
<b>10. Les auteurs de violence sexuelle</b>	<b>99</b>
S. BARON-LAFORÊT	
<b>11. La responsabilité pénale en droit français et l'irresponsabilité pénale des malades mentaux</b>	<b>113</b>
L. LETURMY, J.-L. SENON	
<b>12. Outils d'évaluation en psychocriminologie</b>	<b>125</b>
F. MILLAUD, B. POULIN, R. LUSIGNAN, J.-D. MARLEAU	
<b>13. Violence et troubles mentaux</b>	<b>133</b>
J.-L. SENON, C. MANZANERA, J.-L. DUBREUCQ, F. MILLAUD	
<b>14. L'expertise psychiatrique pénale</b>	<b>147</b>
C. MANZANERA, J.-L. SENON	
<b>15. Facteurs criminogènes et approche psychanalytique dans l'expertise psychologique</b>	<b>163</b>
C. DECAMPS, B. PHÉSANS	
<b>16. Examen médico-psychologique des auteurs</b>	<b>175</b>
V. MOULIN, L.-M. VILLERBU	
<b>17. Organisation et articulation des soins dans le champ médico-legal entre psychiatrie publique et justice</b>	<b>187</b>
J.-L. SENON, C. MANZANERA	
<b>18. Injonction de soins et suivi sociojudiciaire</b>	<b>221</b>
N. HAZÉ	
<b>19. Insertion et probation : évolutions et questionnements contemporains</b>	<b>235</b>
PH. POTTIER	

**DEUXIÈME PARTIE****VICTIMOLOGIE**

<b>20. Évolution de la pensée victimologique</b>	245
R. LUSIGNAN, G. LOPEZ	
<b>21. Victimes et victimologie</b>	253
R. CARIO	
<b>22. Nouvelles réflexions sur le couple pénal en victimologie</b>	261
P. PIGNOL, L.-M. VILLERBU, V. MOULIN	
<b>23. Interaction victime/infracteur : un choix ?</b>	267
L.-M. VILLERBU, V. MOULIN	
<b>24. Instruments internationaux en victimologie</b>	275
R. CARIO	
<b>25. La Cour pénale internationale et les victimes</b>	283
R. CARIO	
<b>26. Mouvement associatif d'aide aux victimes</b>	291
R. CARIO, O. MONS	
<b>27. Le dispositif de protection de l'enfance</b>	299
M. CRÉOFF	
<b>28. Les droits des victimes d'infraction</b>	313
R. CARIO	
<b>29. Le juge pénal et les victimes</b>	323
S. PORTELLI	
<b>30. La réparation indemnitaire des préjudices des victimes d'infraction</b>	337
C. LIENHARD, N. PIGNOUX	
<b>31. Le mécanisme d'indemnisation des victimes d'infractions</b>	345
T. TISSERAND	
<b>32. L'accompagnement social des victimes</b>	355
N. TERCQ, A. CLESSE	
<b>33. Réparation globale de la victime d'infraction</b>	363
N. PIGNOUX	

<b>34. Éthique des pratiques en victimologie et psychotraumatologie</b>	371
G. LOPEZ	
<b>35. La mémoire traumatique</b>	381
K. SADLIER	
<b>36. L'examen médico-psychologique des victimes</b>	387
G. CEDILE, A. CASANOVA	
<b>37. La justice restaurative</b>	397
R. CARIO, P. MBANZOULOU	
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	405
<i>INDEX DES NOMS PROPRES</i>	429
<i>TABLE DES MATIÈRES</i>	435

---

## LISTE DES AUTEURS

**BARON LAFORÊT Sophie**, praticien hospitalier, psychiatre, présidente de l'ARTASS, chargée d'enseignement à l'Université René-Descartes Paris 5.

**BERNARD Guillaume**, maître de conférences à l'IEP de Paris, chargé de cours à l'Université René-Descartes Paris 5 et dans l'enseignement supérieur privé (ICES, IPC, FACO).

**CARIO Robert**, professeur de criminologie, codirecteur du master criminologie et droit(s) des victimes, Unité Jean Pinatel (UJP/CRAJ) de l'Université de Pau et des Pays de l'Adour, <http://criminologie.univ-pau.fr>.

**CASANOVA Arianne**, psychiatre, expert près la Cour d'Appel de Paris, chargée d'enseignement à l'Université René-Descartes Paris 5.

**CÉDILE Geneviève**, psychologue clinicienne, expert près la Cour d'Appel de Paris, chargée d'enseignement à l'Université René-Descartes Paris 5.

**CIAVALDINI André**, psychologue clinicien, psychanalyste (SPP - IPA), directeur de recherches Laboratoire de psychologie clinique et de psychopathologie, Université René Descartes, Paris 5, directeur de programme CRIAVS Rhône-Alpes – Auvergne PARI, Centre de recherche et de traitements psychanalytique du CH de Saint-Égrève.

**CLESSE Aurélie**, assistante sociale, en poste au sein du commissariat de police (APAVIM), Pau.

**CRÉOFF Michèle**, directeur général adjoint, chargée du pôle Enfance et Famille, conseil général du Val-de-Marne.

**DESCAMPS Corinne**, psychologue clinicienne, expert près la Cour d'Appel de Paris, chargée d'enseignement à l'Université René-Descartes Paris 5.

DUBREUCQ Jean-Luc, m.d., directeur de l'enseignement, Institut Philippe-Pinel, Montréal, Canada.

GÉNUIT Philippe, docteur en psychologie, psychologue clinicien, centre Ressource pour intervenants auprès d'auteurs de violences sexuelles Île de France, chargé d'enseignement Master II de psychocriminologie Université Rennes 2, bureau ARTAAS (Association pour la recherche et le traitement des auteurs d'agressions sexuelles).

GRAVIER Bruno, professeur de psychiatrie, service de médecine et de psychiatrie pénitentiaires, département de psychiatrie du CHUV, Cery 1008 Prilly Suisse.

HAZÉ Nathalie, praticien hospitalier en psychiatrie, La Rochelle, sexologue, médecin, chargée d'enseignement à l'Institut de criminologie de Paris (Université Panthéon-Assas Paris 2) et à l'Université René-Descartes Paris 5.

KENSEY Annie, docteur en démographie, responsable du pôle Statistiques et Études de la direction de l'administration pénitentiaire, 13 place Vendôme, 75042 Paris cedex 1.

LETURMY Laurence, MCU, HDR, Institut de sciences criminelles et CRIMCUP, membre de l'EPRED (EA 1228) faculté de droit, Université de Poitiers.

LIENHARD Claude, professeur de droit privé, directeur du Cerdacc, Université de Haute Alsace, Mulhouse.

LOPEZ Gérard, psychiatre, expert près la Cour d'Appel de Paris, chargé d'enseignement à l'Université René-Descartes Paris 5 et à l'Institut de criminologie de Paris (Université Panthéon-Assas Paris 2).

LUSIGNAN Richard, chef du service et du développement des activités scientifiques en criminologie, Institut Philippe Pinel, Montréal, Canada.

MANZANERA Cyril, psychiatre, ancien chef de clinique assistant, chargé d'enseignement à la faculté de médecine de Poitiers, praticien hospitalier, CH Camille Claudel, 16 000 Angoulême.

MARCELLI Daniel, psychiatre, professeur des universités, Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 86 021 Poitiers.

MARLEAU Jacques, Ph. D. sciences biomédicales, Centre de recherche Institut Philippe-Pinel Montréal, chargé de cours, département de criminologie, Université de Montréal, Canada.

MILLAUD Frédéric, psychiatre Institut Pinel, Montréal, professeur agrégé de clinique, Université de Montréal, Canada.

MONS Olivia, chargée de communication, INAVEM.

- MOULIN Valérie, MCU, psychopathologie et criminologie. membre de l'équipe d'accueil 2242, membre de l'ICSH, Université de Rennes 2.
- OLLHOFF Ellen, chef de clinique assistant, service universitaire de psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Poitiers, 86021.
- PHÉSANS Bertrand, psychologue clinicien, expert près la Cour d'Appel de Paris, président de la compagnie des experts de la Cour d'Appel de Paris, attaché d'enseignement à l'Université René-Descartes Paris 5.
- PIGNOL PASCAL, psychologue, CH Guillaume Régnier, service du Dr Jago, Rennes, membre de l'ICSH ([www.uhb.fr/sc\\_humaines/institut-criminologie](http://www.uhb.fr/sc_humaines/institut-criminologie)).
- PIGNOUX Nathalie, docteur en droit, chargée d'enseignement à l'Université de Pau et des pays de l'Adour.
- PORTELLI Serge, magistrat, vice-président au TGI de Paris.
- POTTIER Philippe, directeur d'insertion et de probation, Vice-président de l'Association Française de Criminologie.
- POULIN Bernard, chef du service de Psychologie, Institut Philippe Pinel, Montréal, Canada.
- SADLIER Karen, docteur en psychologie, directrice du département Enfant du Centre du psychotrauma de l'Institut de victimologie de Paris, chargée d'enseignement à l'Université René-Descartes Paris 5.
- SENON Jean-Louis, psychiatre, professeur des universités, faculté de médecine et Collège de recherche et d'information multidisciplinaire en criminologie (CRIMCUP), Université de Poitiers.
- TERCQ Nicole, directrice de l'Association pyrénéenne d'aide aux victimes et de médiation (APAVIM), Pau.
- TISSERAND Thierry, expert juridique auprès du Fonds de garantie des actes de terrorisme et autres infractions, chargé d'enseignement à l'Université René-Descartes Paris 5.
- VILLERBU Loick, professeur de psychopathologie et criminologie, directeur de l'Institut de criminologie et sciences humaines (ICSH), membre de l'équipe d'accueil 2242, université de Rennes 2 Haute-Bretagne.



---

# AVANT-PROPOS

Jean-Louis Senon, Gérard Lopez,  
Robert Cario

C E LIVRE, premier du genre, est destiné aux soignants, psychiatres, psychologues, infirmiers, magistrats, avocats, experts judiciaires, travailleurs sociaux, aux médecins légistes et à tous les professionnels qui sont confrontés aux auteurs et aux victimes d'infractions pénales.

Il est construit pour éclairer la pratique clinique, aider au positionnement des professionnels mais aussi pour répondre aux questions classiques de l'expertise psychiatrique pénale et de l'examen médico-psychologique pénal des auteurs et des victimes.

Il se veut articulation et décloisonnement entre les différents champs d'une criminologie vivante, pragmatique et multidisciplinaire, se nourrissant de la pratique, de la doctrine et des confrontations de terrain. Il est le fruit des enseignements dispensés dans les différents diplômes universitaires et masters professionnels consacrés à la psychocriminologie, aux sciences criminelles et à la victimologie, mis en place dans les universités d'Angers, Nantes, Paris 2, Paris 5, Pau, Poitiers, Rennes 2 ou Tours par exemple.

Cet ouvrage n'a pas un objectif d'exhaustivité mais se veut nourri par les débats d'actualité et par les besoins de formation des praticiens, à la façon d'études pouvant être actualisées. En ce sens, il se situe dans le sillage de ceux qui au XIX<sup>e</sup> siècle ont donné à la clinique psychiatrique un noyau médicolégal, des *Etudes de Lasègue*, à *L'étude médicolégale sur la folie* de Tardieu, des *Leçons cliniques* de Séglas, à *La folie devant les tribunaux* de Legrand du Saulle, sans oublier les ouvrages de Marc, Ferrus, Simon ou Briere de Boismont. Il est également ancré dans les études fondatrices de Ferri, Durkheim, Tarde, De Greeff et Pinatel sur le vieux continent, dans le droit fil parallèlement des recherches nord-américaines de socio-criminologie. A la différence de ces grands classiques qui ont tracé la voie et donné à la clinique médicolégale sa

dimension de psychopathologie criminelle et de psychocriminologie, il rassemble plusieurs auteurs de champs différents qu'ils soient praticiens, enseignants ou chercheurs : psychiatres, psychologues et criminologues bien entendu, mais aussi juristes, démographes, socioéducatifs et anthropologues. C'est un travail francophone qui associe nos amis de Montréal et Lausanne.

L'introduction générale est consacrée [1] aux statistiques criminelles et [2] victimologiques. [3] Le modèle théorique psychodynamique est présenté et s'ouvre à la méthodologie de rencontre avec l'auteur de violences. [4] Un article général traitant de la psychotraumatologie insiste sur les troubles dissociatifs péri et post traumatiques qui posent de difficiles problèmes d'interprétation clinique pour certains troubles que présentent les victimes d'agressions répétées dont l'emprise psychologique, et sur la psychopathologie des troubles de la personnalité fréquemment retrouvés en pratique psychocriminologique.

La première partie est consacrée aux aspects généraux d'agressologie. La dangerosité, concept clé dans notre monde où les peurs sociales alimentent des politiques pénales sécuritaires, est abordée sur le plan de l'histoire du droit [5] comme de la clinique [6]. La clinique du passage à l'acte est longuement développée dans le sillage des travaux de C. Balier, de même que la notion de fantasme et comportement déviant et de clinique des auteurs de violences sexuelles [7] [8] [10]. L'évaluation clinique d'un adolescent difficile, son orientation et le travail en réseau sont une des préoccupations des services de psychiatrie de l'enfant qui travaillent à l'interface de ceux du juge des enfants [9]. Le problème de la responsabilité pénale en droit français de même que celui de l'irresponsabilité pénale des malades mentaux [11] font partie des grands débats actuels et sont le préalable de l'expertise psychiatrique pénale [14] et de son articulation avec l'examen médicopsychologique [16]. Ils posent le problème de la violence des malades mentaux [13], des outils d'évaluation en psychocriminologie [12], mais aussi de l'étude des facteurs criminogènes [15]. Les réponses multidisciplinaires en criminologie et notamment l'articulation santé-justice sont traitées dans l'organisation et l'articulation des soins dans le champ médico-légal [17], dans la mise en place de l'injonction de soins et du suivi sociojudiciaire [18] et de l'articulation avec l'insertion et la probation [19].

La deuxième partie est consacrée aux victimes d'infractions pénales. Elle commence par [20] l'évolution de la pensée victimologique, discipline récente en pleine extension et se poursuit par [21] une recherche de définition rigoureuse de la victime faute de quoi la victimologie risquerait de s'égarer dans de critiquables dérives. [22] [23] Une vision

moderne du couple pénal renouvelant les conceptions des pionniers de la victimologie, conduit à l'examen des interrelations dynamique entre auteur et victime. [24] Les instruments internationaux en victimologie ont permis de sensibiliser les professionnels et les Etats à de bonnes pratiques de prise en compte des victimes d'infractions, [25] dont la Cour pénale internationale est un exemple particulièrement emblématique. [26] Le mouvement associatif constitue aujourd'hui le fer de lance l'accompagnement et du suivi généraliste des victimes tout au long du procès pénal. [27] A l'égard de l'enfance, un dispositif original, récemment réformé, est chargé de leur protection. [28] Dorénavant titulaires de droits particuliers, les victimes d'infraction peinent cependant encore à les voir respecter au sein d'un procès pénal équitable. C'est pourquoi elles se regroupent parfois en Associations de victimes, habilitées, sous certaines conditions à se constituer partie civile. [29] Le contexte victimaire dominant a rendu le rôle du juge pénal, garant des droits de chacune des parties, particulièrement exposé. [30] Quand bien même notre système d'indemnisation apparaît performant, [31] au travers notamment de la CIVI, [32] il tarde encore à promouvoir la réparation sociale, balbutiante, des victimes. [33] Il importe pourtant de se convaincre qu'à défaut de réparation globale, victimes et proches risquent de demeurer dans une plainte infinie. [34] Sans éthique des pratiques en victimologie, de multiples difficultés surgissent, [35] autour notamment de la mémoire traumatique, [36] rendant par là l'expertise médico-psychologique des victimes impérieuse.

En forme de conclusion à ces études de psychocriminologie, dans le prolongement de leur philosophie humaniste, le temps semble venu de substituer au modèle classique et actuel de justice pénale une approche plus soucieuse des personnes concernées par le crime : auteurs, victimes et proches. [37] Les promesses de la justice restaurative, en termes de resocialisation des uns, de réparation de chacun et de rétablissement de la paix sociale pour tous, sont réelles et leurs évaluations de nature à conforter l'équité qui ne devrait jamais cesser de guider la justice pénale démocratique.



---

# INTRODUCTION GÉNÉRALE



## *Chapitre 1*

---

# ÉLÉMENTS DE STATISTIQUES CRIMINELLES

A. Kensey

L'APPROCHE quantitative dans le champ pénal permet de mettre en évidence plusieurs des ressorts d'évolution des statistiques criminelles. Le recours aux chiffres est souvent utilisé mais parfois dans un discours globalisant et réducteur. Comme dans de nombreux domaines où les questions quantitatives sont devenues des instruments politiques, quand on aborde la question de la sécurité, il est aussi difficile de s'y retrouver dans les évolutions, dans ce que l'on compte et comment les unités statistiques sont définies. Pourtant, des données chiffrées existent, de la plainte déposée à la police à la personne incarcérée jusqu'à la récidive des condamnés. Il est cependant nécessaire de connaître les modes de recueil et les définitions de ces statistiques pour les interpréter. Cet article a pour objet de présenter les éléments dont on dispose concernant les dernières séquences du processus pénal : l'exécution des peines et la récidive.

Plus de 200 000 personnes sont sous contrôle pénal en France en 2007. Les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) ont en charge un peu plus de 145 000 personnes qui effectuent notamment un travail d'intérêt général, un sursis avec mise à l'épreuve ou une libération conditionnelle. Dans les 192 établissements pénitentiaires,

environ 62 400 personnes sont écrouées. Certaines d'entre elles ne sont pas détenues : 1 648 sont sous surveillance électronique et 353 accomplissent une mesure de placement à l'extérieur (en hébergement associatif). À cela s'ajoutent des personnes en contrôle judiciaire suivies par des associations. L'évolution de la population sous main de justice ne reflète pas l'évolution de la « délinquance » mesurée par les statistiques de la police ou de la gendarmerie mais découle plutôt des politiques pénales. En effet, alors qu'elle est inscrite dans une tendance croissante, les faits constatés par la police ou la gendarmerie sont en diminution depuis 2002.

## LES COMPOSANTES DE L'INFLATION CARCÉRALE

Si l'effet de la prison est d'isoler un certain nombre d'individus des autres, par mesure de punition et de sécurité, ce « certain nombre » est devenu d'autant plus significatif que les caractéristiques sociodémographiques et pénales des détenus ont fait l'objet d'analyses démographiques. Nous proposons ici de faire émerger les faits saillants qui ressortent de ces travaux. Depuis le milieu des années 1950, la population carcérale est marquée par une tendance à l'augmentation en France, malgré les nombreux recours aux décrets de grâce collective faisant chuter ponctuellement les effectifs. Une période « d'inflation carcérale » sans précédent qualifie même la fin du XX<sup>e</sup> siècle. En vingt ans, entre 1975 et 1995, la population carcérale a progressé de façon continue, à l'exclusion des années où des amnisties sont intervenues – 1981, 1988, 2002 (voir figure 1.1). Au total, elle a doublé alors que, sur la même période, la population française n'a augmenté que de 10 %. En première analyse, ce rapport à l'ensemble de la population montre que l'influence du facteur démographique est faible et que l'augmentation du nombre de détenus a été sans commune mesure. Ensuite, une période unique de décroissance s'est installée pendant cinq ans, entre 1996 et 2001. Depuis, la tendance est de nouveau à la hausse puisque la population sous écrou a augmenté de 24 % depuis 2002. Si pendant la période 75-95, l'inflation carcérale était due essentiellement à l'allongement de la durée moyenne de détention et à la très forte augmentation du nombre de condamnés pour des faits graves devant purger de longues peines, il n'en est plus de même aujourd'hui, les courtes peines progressent fortement.

Le taux de détention représente le rapport entre le nombre de détenus écroués et le nombre d'habitants en moyenne de chaque année. Ce calcul permet d'apprécier l'évolution de la population carcérale en éliminant

l'influence du facteur démographique de la population générale. Il atteint 95 pour 100 000 habitants en 2007 contre 79 en 2001 et 45 en 1975.

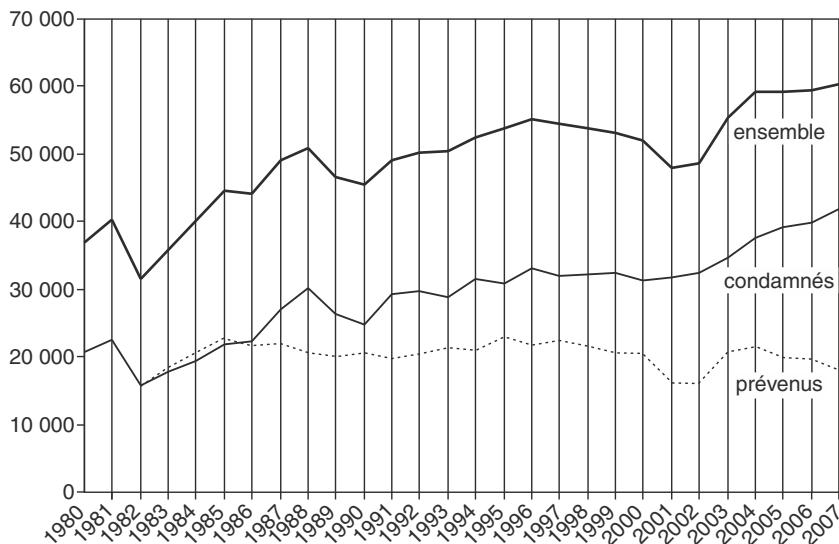


Figure 1.1. Évolution de la population carcérale en France entière (1980-2007)

## La proportion de prévenus diminue

La figure 1.1 montre que la baisse entre 1996 et 2001 et la forte hausse qui a fait suite sont fortement liées à l'évolution du nombre de prévenus. En 2004 et 2005, le nombre de prévenus diminue de nouveau alors que celui des condamnés continue d'augmenter depuis 2001. Il en résulte que la proportion de prévenus s'établit à 30.6 % au 1<sup>er</sup> janvier 2007, contre 41.5 % au 1<sup>er</sup> janvier 1997.

Cette baisse du nombre de prévenus est sans nul doute consécutive à la loi du 15 juin 2000, renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes, qui a modifié de manière significative les différentes phases de la procédure pénale afin de mieux garantir le droit des personnes mises en cause devant la justice et de renforcer le droit des victimes. Elle a institué ainsi de nouvelles obligations pour les praticiens en assurant une plus grande application du principe du contradictoire (institution du juge des libertés et de la détention, limitation des conditions et de la durée de la détention provisoire, indemnisation des détenions provisoires injustifiées).

## Plus d'entrées en prison

La population carcérale à une date donnée dépend à la fois du nombre d'entrées et du temps que les détenus passent en prison. Au cours de l'année 2007, on dénombre 86 594 entrées en prison (voir tableau 1.1). On retrouve ici le niveau élevé des entrées du début des années 1990. À partir de 1996, les incarcérations ont fortement diminué jusqu'en 2001, passant de 83 152 à 67 308, soit une baisse de près de 20 %. La mise en application de la loi du 15 juin 2000 se traduit par une baisse accrue des entrées en détention engagée depuis 1997 due aux entrées moins nombreuses de prévenus.

*Tableau 1.1. Flux d'incarcérations, libérations et durées de détention en France entière (1990-2005)*

Années	Incarcérations			Population carcérale moyenne <sup>a</sup>	Indicateur durée moyenne de détention (en mois) <sup>b</sup>	Indicateur durée moyenne de détention provisoire (en mois) <sup>c</sup>	Libérations
	Entrées annuelles	Prévenus	Condamnés				
1990	80 977	63 107	17 870	47 252	7,0	3,8	77 511
1991	91 155	67 905	23 250	49 600	6,5	3,6	90 062
1992	91 545	72 154	19 391	50 229	6,6	3,5	91 319
1993	83 149	64 387	18 762	51 447	7,4	3,9	81 023
1994	88 754	68 190	20 564	53 244	7,2	3,9	87 337
1995	85 604	65 011	20 593	54 499	7,6	4,2	84 467
1996	83 152	63 533	19 619	54 666	7,9	4,2	83 947
1997	79 334	59 462	19 872	54 057	8,2	4,5	79 756
1998	76 461	55 326	21 135	53 403	8,4	4,6	77 345
1999	77 214	54 590	22 624	52 202	8,1	4,2	78 734
2000	68 765	50 963	17 802	49 640	8,7	4,3	72 369
2001	67 308	46 471	20 837	48 216	8,6	4,2	66 551
2002	81 533	58 410	23 123	52 001	7,7	3,8	74 720
2003	81 905	59 348	22 668	57 327	8,4	4,3	78 066
2004	84 710	58 591	26 119	59 222	8,4	4,3	84 759
2005	85 540	60 948	24 592	59 360	8,3	3,9	85 215

a. Population moyenne =  $1/2 \times [P(1..n) + P(1..n+1)]$

b. Indicateur de durée moyenne de détention :  $[(\text{population moyenne de détenus}) / (\text{entrées de détenus})] * 12$  (en mois)

c. Indicateur de durée moyenne de détention provisoire :  $[(\text{population moyenne de prévenus}) / (\text{entrées de prévenus})] * 12$  (en mois)

On observe ici que les changements législatifs ne restent pas sans effets à court et moyen terme sur le nombre de détenus en France.

La baisse des flux d'incarcérations entre 1996 et 2001 s'est accompagnée d'une poursuite de l'augmentation de la durée moyenne de détention, engagée depuis le début des années 1980. Un autre mouvement

s’instaure à partir de 2002 : l’augmentation de la population résulte plutôt de la croissance des entrées. En 2002, on compte 14 000 entrées de plus qu’en 2001 : 81 533 contre 67 308. Après une stagnation en 2003, on note une nouvelle augmentation en 2004 et 2005. Depuis 2001, ce sont surtout les incarcérations dans le cadre de la comparution immédiate qui expliquent la croissance alors qu’elles avaient diminué depuis 1996. La loi du 9 septembre 2002 réforme **la procédure pénale** (art. 33 à 46) en étendant les possibilités de recours à la comparution immédiate (qui concerne à présent les délits passibles d’une peine comprise entre 6 mois et 10 ans d’emprisonnement) et à la détention provisoire (elle fixe à 3 ans le *quantum* de la peine correctionnelle encourue à partir duquel la détention provisoire est possible, et élargit les possibilités de prolongation de la détention provisoire).

La durée de détention se stabilise depuis 2003. Elle est de 8,3 mois en 2005. La durée moyenne de détention provisoire est stable sur la période, de l’ordre de 4 mois.

Les condamnés à une peine de moins d’un an représentent 37 % condamnés au 1<sup>er</sup> janvier 2007. Leur nombre avait nettement diminué jusqu’en 2001 pour augmenter depuis. Les condamnés à une peine de cinq ans et plus, soit 13 000 personnes, forment 33 % de l’ensemble des condamnés, soit un peu moins qu’en 1997 (37 %). Durant la dernière décennie, le nombre de condamnés à une peine de 20 à 30 ans a été multiplié par 3,5 (voir tableau 1.2).

## **Augmentation des condamnés auteurs de violences contre les personnes**

Les modifications de la répartition par *quantum* de peine sont à rapprocher de la structure des condamnés selon le motif d’incarcération. Au 1<sup>er</sup> janvier 2007, les condamnés pour vol simple représentent 7,9 % contre 18 % dix ans plus tôt (et 50 % en 1976). Entre-temps les condamnés pour « viol et agression sexuelle » occupent la seconde place en terme de fréquence (19 %) bien que l’on note une diminution de leur proportion depuis 2002 (ils étaient alors 24 %). Ils ne représentaient que 4 % en 1976. Les condamnés pour infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS) qui étaient les plus représentés en 1997 (20 %), forment 13,7 % des condamnés en 2007. Enfin, un nouveau groupe vient supplanter tous les autres, les condamnés auteurs de violences, « ex-coups et blessures volontaires », sont trois fois plus représentés en 2007 qu’en 1997 : 20,5 % contre 6 % en 1997 (voir tableau 1.3).

*Tableau 1.2. Peines prononcées en cours d'exécution au 1<sup>er</sup> janvier 2007 et au 1<sup>er</sup> janvier 1997 (Métropole)*

	1 <sup>er</sup> janvier 1997		1 <sup>er</sup> janvier 2007		1997-2007
	Effectifs	%	Effectifs	%	Variation des effectifs (%)
Ensemble des condamnés détenus	30 033	100	39 010	100	29,9
À une peine de moins d'1 an	7 889	26,3	14 417	37,0	82,7
À une peine de 1 à moins de 3 ans	7 102	23,6	7 668	19,7	8,0
À une peine de 3 à moins de 5 ans	3 912	13,0	3 862	9,9	-1,3
À une peine de 5 à moins de 10 ans	5 854	19,5	5 730	14,7	-2,1
À une peine de 10 à moins de 20 ans	4 371	14,6	5 453	14,0	24,8
À une peine de 20 à moins de 30 ans	393	1,3	1 372	3,5	249,1
À une peine de perpétuité	512	1,7	508	1,3	-0,8

Source : ministère de la Justice, DAP, base SEPT. Champ : France métropolitaine.

### **Vieillissement de la population, baisse de la proportion d'étrangers**

Les caractéristiques sociodémographiques des personnes incarcérées traduisent une sélection des affaires. Les entrants sont avant tout des hommes jeunes et socialement peu insérés comme l'a montré l'enquête sur l'histoire familiale des hommes détenus (Kensey *et al.*, 2000). Toutefois la croissance du nombre de condamnés s'est accompagnée de changements de structure qu'il est essentiel de prendre en compte pour comprendre les mutations en cours au sein de l'univers carcéral.

La population féminine représentait 3,7 % de l'ensemble des détenus au 1<sup>er</sup> janvier 2007. Cette proportion est stable. Près de la moitié (45 %) des détenus a entre 25 et 40 ans mais le vieillissement de la population incarcérée est net durant cette dernière décennie : l'âge médian des personnes détenues est de 32 ans au 1<sup>er</sup> janvier 2007 alors qu'il était de 29,8 ans en 1996. Le nombre de détenus de plus de 60 ans a été pratiquement multiplié par trois en dix ans.

*Tableau 1.3. Répartition des condamnés détenus au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année selon la nature de l'infraction principale*

	Pourcentage au 1 <sup>er</sup> janvier		
	1997	2002	2007
ENSEMBLE	100	100	100
Homicide volontaire <sup>a</sup>	10,2	10,2	8,6
Viol, attentat aux mœurs sur mineur et sur adulte	16,6	24,0	19,7
ILS <sup>b</sup>	20,2	12,1	13,7
CBV <sup>c</sup>	6,6	12,5	20,5
Vol simple	18	11,5	7,9
Vol qualifié	10,7	12,0	10,1
Recel, escroquerie, abus de confiance	3,5	5,1	7,4
Police des étrangers	4,8	2,8	1,4
Autres <sup>d</sup>	9,4	9,8	10,7

Source : ministère de la Justice, DAP, base SEPT. Champ : France entière.

- a. Homicide volontaire : meurtre, assassinat, parricide, infanticide, empoisonnement.
- b. Infraction à la législation sur les stupéfiants.
- c. Coups et blessures volontaires.
- d. Regroupe les infractions à la législation sur les chèques, les faux, les incendies volontaires, le vagabondage et la mendicité, le proxénétisme, les atteintes à la sûreté intérieure et extérieure de l'État, les infractions d'ordre militaire et les contraintes par corps.

À l'image de la population générale, le nombre de détenus âgés et leur proportion au sein de la population carcérale est en augmentation. Si le facteur démographique est bien en partie responsable de cette croissance, il reste que l'augmentation des plus de 50 ans est deux fois plus élevée en prison que dans l'ensemble de la population (Kensey, 2001).

Cette augmentation est due à plusieurs facteurs. D'une part davantage de personnes sont incarcérées relativement tard dans leur vie, et d'autre part elles sont condamnées à des peines plus longues qui les conduisent à vieillir en prison. Rappelons enfin que les condamnés pour des infractions sexuelles sont près de trois fois plus représentés chez les détenus de plus de 50 ans (Kensey, 2001) et que ce contentieux parmi les condamnés détenus a fortement augmenté jusqu'en 2001. Il est légèrement en baisse depuis, et la population plus âgée suit le même mouvement.

Le nombre de mineurs en prison s'établit à environ 650 (soit 1,2% de la population totale), un peu plus élevé qu'il y a dix ans, ce nombre est plutôt stable depuis quelques années.

Après une forte croissance depuis 1974, date à laquelle on comptait 15 % de détenus de nationalité étrangère dans la population carcérale, la

proportion d'étrangers atteint près de 29 % en 1997 (31,4 % en 1993). Elle chute à 19,7 % au 1<sup>er</sup> janvier 2007.

*Tableau 1.4. Répartition des détenus selon le sexe, l'âge et la nationalité (1996-2006).*

<b>Sexe, âge et nationalité des détenus</b>	<b>1<sup>er</sup> janvier 1997</b>		<b>1<sup>er</sup> janvier 2007</b>	
	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Population détenue	51 640	100	56 294	100
Hommes	49 496	95,8	54 182	96,2
Femmes	2 144	4,2	2 112	3,8
Moins de 18 ans	576	1,1	652	1,2
18 à moins de 21 ans	4 202	8,1	4 247	7,5
21 à moins de 25 ans	8 628	16,7	9 756	17,3
25 à moins de 30 ans	10 965	21,2	10 663	18,9
30 à moins de 40 ans	14 928	28,9	14 644	26,0
40 à moins de 50 ans	8 171	15,8	9 397	16,7
50 à moins de 60 ans	3 112	6,0	4 851	8,6
60 ans et plus	1 058	2,0	2 084	3,7
Âge médian	31		31,9	
Français	36 871	71,4	45 282	80,4
Étrangers	14 769	28,6	11 012	19,6

Champ : France métropolitaine.

## APRÈS LA PRISON, QUELLE « RÉCIDIVE » ?

Le thème de la récidive semble aller de soi. Les taux de récidive régulièrement avancés dans les débats ne posent pas non plus question. Pourtant les questions méthodologiques sont nombreuses en ce domaine, à commencer par la définition même de la récidive.

Si la récidive est définie en droit à travers le concept de récidive légale, ce n'est pas pour autant qu'elle est immédiatement intelligible pour le sens commun. Les recherches n'ont jamais concerné la récidive légale, peu adaptée en termes sociologiques. La « récidive » est définie comme un acte délictueux ou criminel qui a été sanctionné par une décision des juridictions répressives. Plutôt que récidive, le syntagme « devenir judiciaire » est plus approprié.

La dernière enquête réalisée en France (Kensey, Tournier, 2005) concerne un échantillon représentatif de l'ensemble des condamnés, sortants de prison entre le 1<sup>er</sup> mai 1996 et le 30 avril 1997 :

- Un peu plus de la moitié (52 %) des personnes libérées ont commis une nouvelle infraction dans un délai de cinq ans après leur libération, sanctionnée par une condamnation inscrite au casier judiciaire avant le 1<sup>er</sup> juin 2002 (taux de recondamnation).
- Quatre sur dix (41 %) ont été sanctionnées par une nouvelle peine ferme privative de liberté, ce qui correspond au taux de retour en prison.
- Moins de 1 % l'a été par une réclusion criminelle dans les cinq ans qui suivent la libération.

### Les variables déterminantes de la récidive

La fréquence de la récidive varie selon de nombreux facteurs. Les uns tiennent aux caractéristiques démographiques du condamné (sexe, âge, état matrimonial, nationalité...), d'autres à son histoire pénale, soit en amont de la condamnation (existence d'antécédents judiciaires), soit en aval (type et durée de la peine prononcée). Le tableau 1.5 montre que la nature de l'infraction initiale a une incidence majeure. Quelle que soit la définition de « récidive » appliquée, la probabilité de « récidive » des auteurs d'une atteinte aux biens est nettement plus élevée que pour les auteurs d'une atteinte aux personnes. La nouvelle infraction commise, après la libération, peut ne pas être de même nature que la première.

Cette probabilité est étroitement liée au passé judiciaire des condamnés. Le fait d'avoir des condamnations antérieures entraîne un risque

plus élevé de « récidive » et le risque est plus faible pour une détention liée à une seule affaire et à une infraction unique.

Si la fréquence de la récidive dépend de la nature de l'infraction, elle va aussi nécessairement varier en fonction du *quantum* de la peine prononcée. Ces deux caractéristiques sont statistiquement dépendantes : une personne condamnée pour meurtre est *a priori* sanctionnée plus lourdement qu'une personne condamnée pour vol correctionnel. L'enquête montre que l'affirmation selon laquelle plus la sanction sera lourde, plus la probabilité de « récidive » sera faible, n'est pas vérifiée par l'analyse statistique.

Les questions qui se posent autour de l'individualisation des peines (sortie avant terme, mesures post-pénale, etc.) sont nécessairement liées à la problématique de la récidive puisqu'elles peuvent représenter des mesures de confiance. D'où la nécessité de travailler de près cette question en étudiant tout particulièrement les liens qui peuvent exister entre aménagement des peines et devenir judiciaire. L'analyse selon le mode de libération montre que les sortants en libération conditionnelle ont un risque plus faible de récidive que les sortants en fin de peine.

En ce qui concerne les caractéristiques démographiques, l'âge au moment de la libération est une variable très discriminante. Plus l'âge augmente, plus le taux de récidive diminue. On note également l'influence positive du fait d'être marié. Indépendamment de l'âge, les taux sont plus faibles pour les « mariés », bien que cette situation soit celle saisie lors de la mise sous écrou et qu'elle ait pu changer ensuite.

Le niveau scolaire ne semble pas avoir un rôle déterminant. En revanche, le fait de déclarer une profession minore le risque de récidive. Ces constats sont vérifiés pour tous les groupes selon la nature de l'infraction initiale.

### **Analyse combinée de plusieurs variables**

Infraction initialement sanctionnée, passé judiciaire, aménagement des peines, modalités de libération, âge à la libération, profession, niveau scolaire, état matrimonial, représentent autant de variables ayant un rôle plus ou moins grand sur le risque de récidive dès lors qu'elles sont examinées individuellement. Que peut-on dire des variations des « taux de récidive » en fonction de l'ensemble de ces caractéristiques ?

Les variables les plus importantes (infraction, passé judiciaire, profession et âge à la libération), permettent d'affiner les typologies et de calculer des probabilités du risque le plus fort au risque le plus faible en fonction de la combinaison de ces variables. Le risque de récidive

le plus fort réside dans le cumul suivant : avoir un passé judiciaire, ne pas déclarer de profession et être dans les tranches d'âge « jeunes » à la libération. En les complétant par des analyses qualitatives, ces données peuvent se révéler fort utiles pour permettre une sortie anticipée avec une assistance et un contrôle adapté à la situation du condamné.

## CONCLUSION

La question de la récidive fait l'objet de nombreuses propositions législatives ces dernières années. Pourtant, les études quantitatives sur la récidive démontent un certain nombre d'idées reçues. Mais pour l'étudier, il convient de s'attarder sur des questions de méthodes et de définitions notamment sur les critères de récidive : Que veut-on mesurer ? Le retour en prison ? Toute condamnation ? Quelle est la durée d'observation ? Quels sont les facteurs en cause ?

Les données rassemblées mettent en évidence qu'une approche globale de la récidive est une illusion. Si les études montrent notamment qu'une sortie sous le régime de la libération conditionnelle est un facteur essentiel pour prévenir la récidive par rapport à une sortie sans un suivi, l'on ne peut que conclure que la libération conditionnelle, en réalisant les transitions entre la prison et la liberté va dans le sens de la recherche d'une sécurité qui ne se fonde non plus seulement sur l'exclusion et sur l'élimination mais aussi sur la réinsertion. Les résultats de travaux de recherches et les recommandations européennes sont peu pris en compte en France comme l'analyse de l'évolution législative récente le montre.

L'allongement des peines observé depuis le milieu des années 1950 est le résultat de la multiplication de dispositions répressives partielles et a provoqué l'inflation carcérale. Les lois de 2005 et 2007 concernant la lutte contre la récidive risquent de produire les mêmes effets. L'application des peines « plancher » augmentera les durées de peine prononcée, notamment pour les délits et gonflera les « flux » et « stock » de détenus. Le programme « 13 200 » places de prison voté en 2002 qui aurait permis de mettre les prisons françaises aux normes européennes n'y suffira sûrement pas, la population détenue dépassant les 60 000 pour environ 50 000 places. Dans les maisons d'arrêt (MA), le problème de surpopulation carcérale est déjà suffisamment alarmant (70 % des MA ont plus de 120 détenus pour 100 places et 44 % plus de 150) pour venir contrecarrer les tentatives pour favoriser la réinsertion des personnes incarcérées.

*Tableau 1.5. Taux de nouvelles affaires dans les cinq ans sortant de prison en 1996/1997*

	Effectif de sortants	Réclusion criminelle	Retour en prison	Toute recondamnation
Taux globaux		0%	41%	52%
Atteintes volontaire contre les personnes				
Homicide volontaire	99	0%	13%	28%
Violence volontaire, outrage à fonctionnaires ou magistrats	202	0%	49%	70%
Violence volontaire sur adultes	270	1%	44%	61%
Agression sexuelle ou autre atteinte sexuelle sur mineur (crime)	88	1%	11%	30%
Agression sexuelle ou autre atteinte sexuelle sur mineur (délit)	106	0%	11%	23%
Infractions à la législation sur les stup. sauf cession seule ou usage seul	196	1%	22%	34%
Cession de stupéfiants	110	1%	43%	56%
Vol avec violence (délit)	110	0%	57%	72%
Vols – Recels				
Vol (crime)	44	2%	32%	57%
Vol sans violence (délit)	449	1%	65%	75%
Recel	122	0%	52%	60%
Escroqueries				
Escroquerie, filouterie, abus de confiance (délit)	97	0%	29%	42%
Faux et usage de faux documents administratifs (délit)	102	0%	22%	26%
Circulation routière				
Conduite en état d'ivresse sans atteinte involontaire contre les personnes	109	0%	29%	43%
Défaut de pièces administratives, conduites de véhicules	85	1%	44%	61%
Ordre public et réglementation				
Infraction à la police des étrangers	165	0%	28%	30%
Usage de stupéfiants seul	54	0%	50%	59%

Source : Kensey, Tournier (2005).

## *Chapitre 2*

---

# VICTIMISATIONS REPORTÉES ET VICTIMISATIONS CACHEES

Ce que les chiffres racontent du crime

R. Cario

**L**A (RE)DÉCOUVERTE de la victime est sans aucun doute liée aux progrès de la victimologie scientifique naissante qui fonde dorénavant ses observations sur la réalité enregistrée du phénomène criminel. Mais entre ce que comptent les chiffres officiels et ce que racontent les enquêtes de victimisation, se dessinent délicatement les contours d'un phénomène criminel au large spectre (Zaiberman, Robert, 1995 ; Cario, 2006). En ce sens, les statistiques policières et judiciaires renseignent sur la nature des victimisations reportées aux agences de lutte contre le crime ou découvertes par leurs services. Cependant, d'importantes recherches ont vite démontré qu'elles ne rendent qu'imparfaitement compte de la réalité criminelle, autant en ce qui touche au volume des infractions réellement commises, aux caractéristiques de la situation criminelle qu'aux données particulières aux victimes. Les enquêtes de victimisation interrogent cette face cachée du crime un peu partout dans

les pays anglo-saxons, plus timidement en France. Lorsqu'elles reposent sur des protocoles méthodologiques rigoureux, elles invitent à constater qu'une part non négligeable d'activités criminelles échappe au comptage officiel. Elles soulignent pour autant que les infractions qui ne sont pas reportées sont généralement constitutives d'injures aux personnes et d'appropriations illégitimes de biens. Elles précisent encore que cette face cachée du crime touche des victimes dont le profil est marqué de spécificités marquées

## LES CHIFFRES DES VICTIMISATIONS REPORTÉES

Les chiffres des victimisations officielles proviennent, d'une part, des statistiques de police judiciaire qui mesurent la criminalité apparente. Elles sont constituées par l'ensemble des infractions ayant fait l'objet d'un procès-verbal de police ou de gendarmerie (État 4001). Les statistiques judiciaires, d'autre part, forment la criminalité légale, composée par l'ensemble des décisions rendues par les cours et tribunaux français statuant en matière répressive.

**En 2006, 3 725 588 crimes et délits ont été constatés sur le territoire national par les services de police judiciaire**, à l'exclusion des contraventions ([www.interieur.gouv.fr](http://www.interieur.gouv.fr)). Ce résultat indique une baisse de 1,33 % par rapport à 2004. Rapporté à la population française, le taux de criminalité apparente, pour 1 000 habitants, est de 61,03. La délinquance de « voie publique » représente 47,18 % de l'ensemble des infractions constatées, élucidées dans seulement 11,54 % des cas. Cette activité de police judiciaire a permis la mise en cause en 2006 de 1 100 398 personnes, dont 165 972 femmes (15,08 %) et 228 120 étrangers (20,73 %). Parmi ces personnes mises en cause, 201 662 mineurs, soit 18,33 % de l'ensemble, dont 28 102 filles (13,93 %). Le taux moyen d'élucidation, toutes infractions confondues, est de 34,33 %, avec des variations importantes selon la catégorie d'infractions : 13,82 % des vols ; 73,30 % des crimes et délits contre les personnes.

Très majoritairement, les infractions commises par les personnes mises en cause témoignent d'une criminalité contre les biens : 89,93 %, les vols simples représentant près de trois infractions sur cinq. Logiquement minoritaires, les infractions graves contre les personnes ont provoqué la mort de la victime dans 879 cas, correspondant à 0,023 % (en chiffres absolus) de l'ensemble des faits constatés en 2006 (0,23 % en chiffres relatifs, c'est-à-dire par rapport aux seules infractions contre les personnes). Des particularismes se remarquent lorsque l'on ventile les

résultats selon l'âge et le sexe des personnes mises en cause. Sans entrer dans un trop grand détail, on constate une sur-représentation relative des *mineurs* dans quelques infractions, par rapport à l'ensemble des personnes mises en cause pour cette infraction-là : vols de véhicules motorisés à deux roues, vols avec violences sans arme à feu, destructions et dégradations de biens, cambriolages. Ils sont à l'inverse nettement sous-représentés, en pourcentage relatif, dans les homicides, escroqueries, les infractions économiques et financières. Ces infractions sont majoritairement commises par des garçons, les filles étant davantage sur-représentées dans les vols à la tire. Chez les *majeurs*, les activités développées plutôt par les femmes sont les homicides sur mineurs, les infractions contre la famille et l'enfant, les falsifications de chèques ou de cartes de crédit volés, les atteintes à la dignité de la personne et les vols simples au préjudice de particuliers. Dans les autres infractions reportées où ont été mises en cause des personnes, les hommes dominent très largement. Concernant les étrangers, ils sont plutôt sous-représentés dans les infractions contre les personnes – sauf en matière de proxénétisme – comme dans les destructions et dégradations de biens. Ils sont par contre très présents, logiquement, dans les délits à la police des étrangers et dans ceux constitutifs de faux documents d'identité et autres documents.

**En 2005, 623 005 décisions de condamnation ont été prononcées par les juridictions répressives :** 0,51 % de crimes (3 236), 88,41 % de délits (550 841) et 11,06 % de contraventions de 5<sup>e</sup> classe (68 928) ([www.justice.gouv.fr](http://www.justice.gouv.fr)). Ces condamnations ont concerné 929 895 infractions, offrant la ventilation suivante, plus explicite lorsque l'on s'intéresse aux victimes : 0,43 % de crimes (4 060), 91,57 % de délits (831 522) et 10,44 % de contraventions de 5<sup>e</sup> classe (193 313). L'évocation du profil type des condamnés étonne toujours autant. Plus que proportionnellement, ils sont de sexe masculin (dans 9 cas sur 10), la part des femmes condamnées n'étant que de 5,77 % en matière de crimes (187/3 236), de 9,56 % en matière de délits (52 714/550 841) et de 9,04 % en matière de contraventions (6 234/68 928). Plus que proportionnellement, les condamnés sont majeurs (91,38 %) ; les mineurs, au nombre de 53 701 (2 113 ayant moins de 13 ans) comptent pour 16,31 % des condamnations pour crime, 9,38 % des délits, 2,12 % des contraventions. Plus que proportionnellement, les condamnés sont de nationalité étrangère (21,29 %).

Concernant les crimes, infractions uniques dans 38,84 % des cas, les viols (1 626) représentent plus d'une infraction sur deux (50,24 %), dont ceux commis sur mineurs ou par une personne ayant autorité dans près d'un crime sur cinq. Les homicides volontaires sont au nombre de 502

(dont 135 assassinats), les coups et violences volontaires 360 (dont 213 suivis de mort non intentionnelle). Les autres crimes, contre les biens (678, soit près un crime sur cinq), sont principalement des vols avec port d'arme (480) ou des vols qualifiés crimes par l'effet d'autres circonstances particulières (143).

Concernant les délits, infractions uniques dans 46,08 % des cas, les infractions à la circulation routière (216 372) et aux transports (4 116) attirent 39,28 % des cas. Les infractions contre les biens s'observent dans plus d'un cas sur quatre : 151 158, soit 28,16 % dont les vols (94 830), simples dans un cas sur trois. Les atteintes délictuelles aux personnes représentent un peu plus d'une infraction sur dix : 78 091 soit 14,17 %. Les infractions à l'autorité publique se situent, par leur importance, au quatrième rang des délits : 46 325, soit 8,40 % de l'ensemble. Les infractions à la législation sur les stupéfiants sont au nombre de 36 264, soit 6,58 %. Ont encore été sanctionnées 10 735 infractions contre les mœurs (1,94 %). Les infractions en milieu de travail clôturent l'énumération, un peu fastidieuse il est vrai, des délits : 7 896 soit 1,43 %.

Concernant les contraventions de 5<sup>e</sup> classe, par définition d'une gravité si faible que leur maintien dans le système de justice pénale ne se justifie pas, au nombre de 68 928 (soit 11,60 %), elles ont trait à la circulation routière (24 821, dont 14 333 grands excès de vitesse) et aux transports (14 889), aux blessures involontaires (1158, dont 478 par conducteur) ou volontaires (11 993), aux biens (5 127), à l'ordre économique (4 832), aux atteintes à l'environnement (4 438, dont 2 140 en matière de chasse) essentiellement.

Malheureusement, ces séries statistiques (policière ou légale) sont définitivement muettes sur les victimes elles-mêmes. Tout au plus apprend-on que la procédure en correctionnelle est d'une durée moyenne de 9,5 mois, de 2 à 7 ans si la cour d'appel est saisie. Devant la Cour d'assises, la durée moyenne approche les 5 années. Mais rien ne permet non plus, à la consultation de ces statistiques précieuses, de dévoiler les circonstances particulières de la commission de certaines infractions, qui n'ont de sens que dans la complexité de leur émergence et de leur mise en œuvre. D'autant plus que les recherches victimologiques contemporaines relatives à la réalité du phénomène criminel soulignent une forte déperdition statistique en provenance des mêmes franges de populations.

## LES CHIFFRES DES VICTIMISATIONS CACHÉES

Ce « chiffre noir » est constitué par l'ensemble des infractions non reportées ou non découvertes par les services de police judiciaire. À la suite des enquêtes d'auto-confession, encore dénommée de délinquance auto-reportée, mises en œuvre dans les années soixante-dix, des femmes criminologues ont stigmatisé l'absence d'exhaustivité du recueil policier, au regard des multiples raisons de non révélation d'une victimisation : vulnérabilité, honte à dévoiler publiquement les violences, peur des représailles, crainte de raviver le traumatisme, ignorance des recours sociaux en constituent les principales raisons. Pour se heurter à de réels problèmes méthodologiques (représentativité de l'échantillon, infractions sélectionnées, période de remémoration notamment), les résultats offerts par ces enquêtes de victimisation, à l'étranger comme en France, suscitent des réflexions utiles sur la réalité du phénomène criminel.

**Les derniers chiffres produits aux États-Unis** par la *National crime victimization survey* (NCVS, 2005) soulignent une baisse des taux de crimes violents et de crimes contre la propriété, les plus bas enregistrés depuis 1973. Ces taux demeurent pour autant révélateurs de la fréquence des victimisations, deux à trois fois supérieures à celles enregistrées par les instruments administratifs de comptage. Quelques résultats semblent ainsi très significatifs. Sur les 23,440 millions de victimisations reconnues, 76,95 % étaient dirigées contre la propriété, 23,04 % contre les personnes, toutes gravités d'infractions confondues.

En matière de crimes (au sens large) contre les personnes (5,173 millions), le taux de victimisation est de 21,2 pour 1 000 personnes âgées de 12 ans et plus (soit une personne sur 50), avec des variations perceptibles selon la gravité des victimisations : 17,8 pour les agressions (4,357 millions), 2,6 pour les vols qualifiés (0,624 million), 0,8 pour les viols et agressions sexuelles (0,191). En matière de crimes (au sens large) contre la propriété (18,039 millions), le taux de victimisation était de 154 pour 1 000 foyers (soit plus d'un foyer sur six), avec des variations notables selon qu'il s'agit de vols simples (116,2 pour 1 000 foyers ; 13,605 millions d'infractions), de cambriolages (29,5 ; 3,456 millions), de vols de véhicules à moteur (8,4 ; 0,978 million) (Catalano, 2005).

**Les enquêtes internationales de victimisation** effectuées depuis 1989 (Van Dijk *et al.*, 2005) soulignent également le nombre important de victimisations non reportées ou non enregistrées. La plus complète de ces ICVS, concernant 134 000 personnes provenant de 55 pays (J. Van Dijk, 1999) confirme les grandes tendances observées au cours des

travaux précédents et rejoint, sur certains aspects, les conclusions de la NCVS précitée.

Rares sont **les enquêtes françaises de victimisation**. Elles proviennent essentiellement des travaux des chercheurs du Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales (CESDIP) (Zauberman, Robert, 1995). Une première enquête nationale avait été effectuée en 1984-85 auprès d'un échantillon de 11 156 personnes de plus de 15 ans, dont 2 291 ont déclaré avoir été victimes au cours des deux années précédentes. L'introduction, en 1996, dans l'enquête sur les conditions de vie des ménages menée régulièrement par l'INSEE, de questions relatives à d'éventuelles victimisations des intéressés durant les années 1994-95, a offert aux chercheurs du CESDIP la possibilité d'analyser les évolutions survenues dix ans après leur enquête et d'étendre la comparaison aux statistiques de police.

Concernant les agressions, les tendances observées soulignent une augmentation sensible du taux d'incidence : de 4,9 en 1984-85 à 9,9 % des répondants en 1994-95, assortie de cette double remarque que les agressions les plus graves (avec ITT supérieures à 8 jours) et les cas de multivictimisation apparaissent plus nombreux. Les données policières confirment, dans une moindre mesure, ce mouvement.

Concernant les cambriolages de résidence principale, la tendance semble s'inscrire à la baisse : de 5,9 à 4,9 pour cent ménages, soit 23 % de faits en moins. Une diminution moins sensible semble également caractériser les statistiques policières (moins 15,6 %).

Concernant les vols de et dans les voitures, une très forte croissance s'observe : de 5,4 à 13,7 % pour 100 véhicules, ce que ne paraissent pas confirmer les statistiques policières. Concernant les autres vols, la relative stabilité du taux d'incidence (de 8,5 à 8,6 pour cent d'habitants de plus de 14 ans) masque l'augmentation nettement plus importante du taux de prévalence (plus 26,4 %).

Au cours de la période analysée, les multivictimisations chutent de 20 %. Les données policières correspondantes affichent quant à elles une relative stabilité. Il semblerait que notre pays s'investisse enfin dans la connaissance systématique des victimisations subies par le biais d'enquêtes régionales tout d'abord (R. Zauberman *et al.*, 2004). Plus récemment encore, l'Observatoire national de la délinquance (créé en 2004) s'est associé à L'INSEE pour mener à bien, dans le prolongement des EPCVM, une ambitieuse enquête « Cadre de vie et sécurité ». Les résultats de l'année 2005 ont été obtenus auprès d'un échantillon d'un peu plus de 12 000 ménages, touchant ainsi environ 25 000 individus d'au moins 14 ans. Relativement aux agressions contre les personnes

(tous degrés de gravité confondus), elles concernent 4,9 % de l'échantillon : 59 % d'injures et menaces, 26 % de violences physiques, 10 % de vols avec violences. Relativement aux atteintes aux biens, 18 % des ménages interrogés ont été victimes de vols (consommé ou simple tentative), d'actes de vandalisme contre leur résidence ou leur véhicule (OND, 2005).

La plupart des enquêtes de victimisation précitées ont intégré des questionnements relatifs aux caractéristiques sociodémographiques des victimes ainsi qu'à leurs réactions immédiates en vue de faire connaître et cesser les faits criminels subis. Les victimes présentent des profils assez similaires dans les enquêtes pionnières menées aux États-Unis, dans celles élargies à d'autres pays du monde en général comme dans celles effectuées en France en particulier. D'une manière générale, la mobilisation des recours apparaît importante en matière de cambriolages et de vols de véhicules : plainte auprès des services de police dans 9 cas sur 10, justifiée principalement par des impératifs assurantiels. La reportabilité est bien moindre à l'égard des agressions (1 cas sur 3), la démarche étant jugée inutile par les intéressés et surtout délicate quand l'agresseur est connu. Les victimes d'autres vols saisissent encore plus rarement les services de police, « abandonnées la plupart du temps à leur sort » : très faible élucidation, remboursement par les assurances très aléatoire. Les enquêtes de victimisation françaises ne font guère état de la saisine des Services d'aide aux victimes, dont l'existence est sans doute encore, très étonnamment, trop méconnue des intéressés.

Il est extrêmement délicat de tirer des conclusions fiables de ces développements consacrés aux victimisations officielles ou cachées. Néanmoins, sinon dans leur ampleur respective, les mêmes catégories d'infractions et les mêmes typologies de victimes dominent les faces visibles et cachées de l'iceberg criminel. De grandes tendances semblent ainsi se dessiner. Malgré une augmentation sensible, ces dernières années, les agressions demeurent exceptionnelles, les atteintes aux biens alimentant à l'inverse une délinquance de masse en extension, à la mesure de la profusion des biens inégalement offerts par notre société de consommation. Ainsi, la probabilité à être victime au cours d'une période de cinq années est supérieure à un cas sur deux, le risque d'agression physique touche une personne sur cinq. Par conséquent, la majorité des foyers vivant en milieu urbain verra l'un de ses membres agressé sur une période de cinq années. Ces risques de victimisations concernent plutôt les populations masculines jeunes, célibataires, étudiants ou sans emploi, vivant en zone fortement urbanisée, au sein d'un habitat collectif rassemblant les personnes les plus défavorisées. Dans le même ordre

d'idées, si les hommes commettent plus de crimes, ils sont plus fréquemment victimisés que les femmes. Si les atteintes aux biens renvoient au schéma idéologique de « récupération » auprès des classes nanties, les agressions contre les personnes caractérisent bien plus nettement une survictimisation de la misère, entre personnes de connaissance.

En ce sens, c'est au sein de la famille ou dans le cercle des proches que les crimes les plus graves sont commis, par des personnes ayant vécu une socialisation très pauvre, marquées par des déficits affectifs, cognitifs, psychologiques et socioculturels importants, voire même ayant subi des victimisations répétées durant leur enfance et/ou leur adolescence.

## *Chapitre 3*

---

# LE MODÈLE PSYCHODYNAMIQUE EN PSYCHOCRIMINOLOGIE

A. Ciavaldini

**É**VOQUER le modèle psychodynamique à l'œuvre dans la psychocriminologie, c'est tenter d'en comprendre le surgissement dans l'histoire même de la criminologie. En effet, au moins dans son acte de naissance, ce qui allait devenir une psychocriminologie d'obédience psychanalytique émerge précisément d'un dégagement des thèses alors en vigueur dans la criminologie même. Nous pourrions dire que la psychocriminologie a surgi d'une contestation de la criminologie elle-même.

Pour comprendre cette dimension constitutive de la construction d'un modèle psychodynamique en psychocriminologie, il est nécessaire, avant d'en détailler les éléments, d'en parcourir cursivement l'histoire.

### **PETIT HISTORIQUE DE LA NAISSANCE DE LA PSYCHOCRIMINOLOGIE PSYCHODYNAMIQUE**

La psychocriminologie n'est pas, à vrai dire, une branche si récente qu'il n'y paraît de la criminologie, science elle-même particulièrement

ombreuse dans ses origines, ne serait-ce que parce que le crime semble avoir de longue date été un objet médical avant que d'être un objet d'étude criminologique. Dans *Surveiller et punir*, Michel Foucault note que « la criminologie » naît d'une intersection entre d'une part l'étude du crime en tant qu'objet juridique et d'autre part les débuts d'une connaissance scientifique de l'homme (Foucault, 1975). Dans ce segment d'histoire, le temps des Lumières projette ses rayons et tente d'éclairer *L'homme criminel* (Lombroso, 1876). Idéal d'objectivité d'une école positiviste italienne qui amènera sur le devant de la scène les prémisses d'une approche renouvelée du fait criminel. Pour autant la *vulgate* historique stigmatisera les travaux de Lombroso en ne retenant qu'une notion-choc, reliquat de ces temps d'anthropométrie criminelle émergente, celle du « criminel-né ». Image forte, relayée au fil des décades par de nombreuses théorisations et sous divers habits, puisque, un siècle plus tard, dans les années 1980, à l'accentuation de la fossette occipitale de Cesare Lombroso répondait l'hypothèse d'un *gène du crime* (en réalité un chromosome surnuméraire XYY)<sup>1</sup>. Cependant, si l'on oppose à cette *vulgate* une lecture fine du texte lombrosien (et notamment des ajouts de la seconde édition de 1878), on perçoit déjà une approche multifactorielle qui rendra *in fine* bien pâles les oppositions avec les tenants du *milieu*, dont Alexandre Lacassagne sera, en France, le chef de file. Héritage d'un côté, milieu de l'autre, le fait criminel semble longtemps écartelé entre ces deux positions<sup>2</sup> qui seront tôt dénoncées par les psychanalystes, puisque dès 1919, S. Ferenczi écrit :

« Sur le plan théorique, la criminologie actuelle ramène les crimes à l'influence de l'hérédité et de l'environnement, et sur le plan pratique, pour les empêcher, elle propose l'introduction de réformes eugéniques, pédagogiques et économiques. Ce programme est juste dans son principe et épouse théoriquement toutes les possibilités, mais au niveau pratique il est superficiel et se trouve en contradiction précisément avec le déterminisme si hautement proclamée, dans la mesure où il néglige totalement

1. Le cinéma n'hésitant pas à s'emparer d'une telle version du fait criminel pour produire, sous la direction d'Oliver Stone, en 1994, « *Natural born killers* » traduit en français sous le titre « Tueurs nés ». Sur un scénario de Quentin Tarantino, le film jugé trop violent à sa sortie en salles fut interdit au moins de 16 ans. Version encore à l'œuvre en 2007, dans les propos d'un futur Président de la République française déclarant penser « qu'on naît pédophile » (Revue *Philosophie*, n° 8, 2007).

2. Il convient aujourd'hui de préciser que d'autres voies de modélisation ont vu le jour. Particulièrement, celle qui est née sous l'impact des approches culturalistes nord-américaines. Il s'agit de la conception stigmatisante de la réaction sociale qui ouvre la voie à la question de l'*incrimination*, c'est-à-dire du *processus criminalisant* (Mead G., Goffmann E., Merton R.K., Becker H., Szabo D.)

les plus puissants facteurs déterminants du crime : *les tendances de la vie psychique inconscientes* et leurs origines, ainsi que les mesures défensives opposées à celle-ci. » (Ferenczi, 1919, p. 79-81.)

Déjà, bien avant lui, Bleuler et Jung avaient tenté d'appliquer, avec un succès plus que limité et très critiqué, la technique de l'expérience associative pour établir l'innocence ou la culpabilité du délinquant.

Cependant, le père de cette psychocriminologie, c'est bien Freud lui-même, en se penchant dès 1901 sur le fait judiciaire et criminel. Il interroge dès cette époque la véracité des témoignages (Freud, 1901). Surtout, il propose deux modèles analytiques : le premier est celui d'une *personnalité délinquante* (Freud, 1908, 1930-1938) ; le second, quelques années plus tard, concerne l'élaboration d'un *processus criminogène* qui comprend l'acte criminel comme pouvant surgir comme libérateur d'une tension interne (Freud, 1916). Tension qu'il identifiera ultérieurement comme un sentiment de culpabilité inconscient (Freud, 1923, pp. 213-249). À ces modèles, il faudrait en ajouter un troisième, celui de *l'acte meurtrier* proprement dit, que Freud travaillera sous différents aspects, tant au niveau d'une donnée de l'espèce, pensant ainsi le meurtre comme appartenant à une dimension archaïque ayant toujours la possibilité de ressurgir (Freud, 1913, pp. 189-385, 1926, pp. 203-285) ; où encore le meurtre comme produit mal élaboré d'une hostilité oedipienne (Freud, 1927, pp. 205-225). À ces éléments, il convient d'adoindre l'ensemble de l'élaboration freudienne, de ce qui deviendra la base d'une lecture psychodynamique de la violence et tout particulièrement les éléments traitant les questions de *l'agieren* (l'acte), de l'agressivité, de la haine et de la destruction. Enfin, on ne saurait oublier un axe fondamental de travail thérapeutique que nous indique Freud en 1925 :

« Chez le criminel mené par ses pulsions, il faut faire autre chose que de l'analyse, quelque chose qui ensuite rencontre de nouveau celle-ci dans l'intention. » (Freud, 1925, pp. 158-163.)

Autant de jalons posés par l'inventeur de la psychanalyse qui permirent à de nombreux psychanalystes de s'engager dans une compréhension de l'acte criminel et de façonnner les outils d'une psychocriminologie clinique.

Pour autant, s'il fallait donner une date de naissance à la *psychocriminologie* d'obédience donc psychanalytique, on penserait au 2<sup>e</sup> Congrès International de Criminologie qui s'est déroulé à la Sorbonne en septembre 1950, avec pour intitulé « Psychanalyse et criminologie » au cours duquel Michel Cénac et Jacques Lacan firent une introduction

remarquée. De nombreux analystes s'y illustrèrent : S. Lebovici, P. Mâle, F. Pasche (1950, pp. 157-189), A. Hesnard (1950, pp. 360-362) et D. Lagache avec son intervention sur la *Psychocriminogenèse* (1950, pp. 103-129). Tous allaient installer une réflexion psychocriminologique en posant, entre autres, la question d'un *sens* du crime pour le sujet qui l'exerce dans un environnement donné, avec l'affirmation de l'inexistence des « *instincts criminels* » et la revendication, jusque dans le crime, de l'autonomie d'une expérience irréductiblement subjective (Lacan, Cénac, 1950, pp. 7-29, Lacan, 1966, pp. 125-149). Ce sont ces références qui furent les piliers de l'œuvre de Claude Balier qui, et dans un autre contexte puisque l'exercice de ce dernier est l'intracarcéral, avec Gérard Bonnet ont ouvert, de nouvelles voies thérapeutiques (Balier, 1988, 1996 ; Bonnet, 1981, 2000). C'est ainsi que la psychocriminologie connaît actuellement une véritable reconnaissance en tant que branche de la psychanalyse (Balier, 2006, pp. 543-570), essor dont Diane Casoni et Louis Brunet ont largement rendu compte (Casoni, Brunet, 2003).

## LE MODÈLE PSYCHODYNAMIQUE EN PSYCHOCRIMINOLOGIE

Très classiquement, ainsi que je viens de l'ébaucher, une approche psychodynamique emprunte à la psychanalyse ses axes de modélisation. Normal ou pathologique, le psychisme humain est conçu comme un ensemble de systèmes dont les jeux de forces (la partie dynamique) vont plus ou moins bien s'équilibrer. Plus l'équilibre sera homogène plus le sujet sera dans une forme de position raisonnablement souffrante et plus on dira qu'il est « normal » ; moins l'équilibre pourra se réaliser, plus le sujet sera dans une souffrance qui peut être ignoré consciemment, et plus on évoluera dans la sphère du pathologique avec production d'acte symptomatique, voire d'acte délinquant.

On a l'habitude de citer en exemple deux grands systèmes qui s'opposent : le Ça (inconscient) et le Surmoi. Le premier de ces systèmes est le réservoir des pulsions qui poussent le sujet à les réaliser coûte que coûte dans le cadre d'un principe de base qui régit l'ensemble de l'appareil psychique et qui est le Principe de plaisir. Le second système s'est développé plus tardivement dans la croissance psychique sous l'impact des interdits qu'a rencontré l'enfant dans sa maturation éducative. Ce système va venir alors interdire ces réalisations si elles sont en contradiction avec les normes intérieurisées qu'il a reçues en héritage de son histoire et de son éducation. En général, lorsque le sujet a connu

un développement satisfaisant dans un environnement qui ne l'est pas moins, l'ensemble des conflits se déroulent dans un espace psychique qui se nomme le Moi, l'éprouvé qu'a le Moi de la violence de ces conflits est désigné sous le nom d'angoisse.

On comprend que le modèle que je viens de décrire représente le modèle normal, celui qui reste dans le cadre du refoulement. Un tel sujet se trouve capable de se situer dans le cadre de la loi dont il a intériorisé les réquisits nécessaires. Pour les sujets qui nous importent il en va tout autrement. Il faut donc complexifier le modèle pour rendre compte de la production d'actes criminels. Pour avancer dans cette voie, il convient de nous interroger sur les questions qu'un tel modèle pose à la criminologie.

## LES QUESTIONS POSÉES PAR UN MODÈLE PSYCHODYNAMIQUE EN PSYCHOCRIMINOLOGIE

La première contrainte qu'impose une conception psychodynamique en psychocriminologie, et qui concerne l'objet de l'observation, est l'impossibilité de constituer une classification nosologique en accord avec les grandes classifications psychiatriques en vigueur (CIM X et DSM IV-R), dans la mesure où ce sont des organisations, des configurations de fonctionnement psychiques qui sont étudiées et non des actions à valeur symptomatique ou syndromique en tant que telle. Cela place l'approche psychodynamique relativement en retrait au regard de toute forme de stigmatisation. En effet, pour le psychodynamicien, le fait criminel présente moins d'intérêt que le pourquoi un sujet, dans un environnement donné, avec cette histoire-là et à ce moment-là de son histoire, n'a pu faire autrement que de s'engager dans cette action qui constitue pour lui une forme de solution ponctuelle au regard des enjeux qui se déployaient en lui. Bien entendu, je pourrai ajouter : « Peu importe que cette action soit en accord avec les normes du champ social dans lequel il évolue ». C'est là que le bât blesse quelque peu, car précisément, on ne peut complètement se rallier à cette pureté psychodynamicienne, puisque la question qui anime la psychocriminologie est précisément pourquoi la solution trouvée par l'individu ne l'a été que dans cette dimension hors-la-loi des hommes à un moment donné dans le type de société dans lequel le sujet évolue. En réalité cette question dépasse de loin le champ psychocriminologique même si c'est ce champ qui vient la révéler.

## LES SPÉCIFICITÉS PSYCHODYNAMIQUES D'UNE ÉTUDE DU SUJET EN PSYCHOCRIMINOLOGIE : L'ARTICULATION AVEC LES DONNÉES ENVIRONNEMENTALES

Lorsqu'on utilise un modèle psychodynamique, qui suppose une étude de l'intrapsvychique d'un sujet, évoquer la notion d'acte, que ce soit le *passage à ou par* ou encore le *recours à l'acte*, constitue une source de confusion dans la mesure où ce fait clinique signe qu'un travail de mise en représentation et donc en conflit psychique a échoué. Ainsi, l'étude portera moins sur l'équilibre des forces motivationnelles internes que sur ce qui n'a pas permis à l'équation psychique de se mettre en place. D'emblée donc c'est vers l'histoire du sujet que le psycho-criminologue tournera son intérêt.

L'expérience clinique avec les AVS nous indique qu'ils présentent des difficultés à identifier leurs vécus affectifs. C'est donc vers les conditions d'établissement du répertoire des affects que nous nous tournerons.

Pour comprendre les conséquences de cette perturbation dans l'établissement du répertoire des affects, il me faut préciser la fonction psychique de l'affect dans le cadre d'un modèle psychodynamique. L'affect qui est un construit psychique historique est, avec la représentation, l'un des deux représentants de la pulsion. Il est le média qui permet l'advenue à la mentalisation des actions d'un sujet. Il est à la fois l'expression subjective d'un comportement mais aussi la voie de la transmission de l'histoire de la construction d'une subjectivité particulièrement des « traces-non-traces » (Freud, 1939) celles que l'on peut déceler en cas de traumatismes. L'affect en tant que vecteur de l'information généalogique est l'élément primordial de la subjectivation. Affectant le soma de l'enfant, l'affect le lui donne à éprouver dans sa dimension transhistorique. Il affecte ainsi l'enfant à une place spécifique tridimensionnelle : membre d'une espèce, lié à un double lignage et situé dans une filiation. Cette tridimensionnalité constitue la base des différences structurant le psychisme : différence interspécifique, différence des sexes et différence des générations. Précisément les trois domaines où ont été repérées des non-reconnaissances affectives (Ciavaldini, 2005). L'ensemble de ces données font que les sujets auteurs de violences ne pourront pas négocier psychiquement leurs excitations internes qui leur apparaîtront comme des menaces plus ou moins extrêmes pesant sur leur identité. Dès lors, il leur faudra évacuer la surcharge et pour cela ils utiliseront leur environnement pour le faire. La victime étant la partie de l'environnement utilisé par l'agresseur pour réguler et donc atténuer sa menace interne.

Ce qu'il est important de percevoir en matière de psychocriminologie psychodynamique, c'est combien, dans ces moments-là le sujet vit un épisode de déssubjectivation. Pour échapper à une surcharge d'excitation qu'il ne peut mettre en forme dans une représentation traitable psychiquement le sujet la clive de lui-même. C'est là le premier temps du processus. Cela ne lui appartient pas, c'est un élément étranger à lui qu'il convient dès lors d'expulser. C'est ce que Claude Balier illustre par le pictogramme « pénétrant-pénétré ». Le sujet est menacé identitairement par une source d'excitation qui lui appartient, qu'il ne peut reconnaître comme telle et qui le pénètre de l'intérieur, comme s'il vivait une sorte de viol interne par lui-même. Cette dimension particulièrement violente, destructrice de l'identité, nous indique l'absence d'une instance tierce et ramène le sujet à une position de totale impuissance face à une excitation qui lui paraît démesurée. Cette situation terrifiante est alors identifiée à celle avec la mère primaire (l'environnement premier), celle qui n'a jamais su temporiser les excitations pour son enfant et l'a laissé seul régler celles-ci avec pour uniques compétences celles de son immaturité. On comprend que la menace sur l'objet victime est alors majeure. C'est ici, la source du recours à l'acte qui surgit comme salvateur et en place de tout processus de pensée. Cependant, recours à l'acte ne veut pas dire pour autant que le sujet fait n'importe quoi. L'acte aussi violent soit-il suivra les traces de sa construction sensori-motrice et peut être hautement calculé, mais de manière opératoire, même s'il se déroule, assez souvent en état semi-crépusculaire (Ciavaldini, 2001a, 2006).

Il existe cependant un second temps qui peut apparaître plus temporisé, si la déssubjectivation connaît un régime moins drastique, mais qui entraînera aussi une utilisation de la victime comme si elle était une « chose » à la solde de l'AVS. Ce dernier est dans une situation de perte d'identité qui entraîne, en contre point, une déperdition de ses limites et donc un effacement de la notion d'altérité. La victime perd alors pour lui sa qualité de sujet « autre semblable », c'est l'effet du déni, puissant mécanisme défensif qui constitue une tentative de survie. Par le déni, qui est la conséquence du clivage, la victime devient un élément plus ou moins extérieur au sujet sur lequel peut être projetée l'excitation interne clivée et en même temps par qui le calme peut revenir. Dans le premier cas, la victime devient menaçante pour le sujet avec le risque d'agression qui s'en suit. Dans le second cas, elle devient celle par qui le sauvetage adviendra et donc par laquelle la menace d'effondrement identitaire s'arrêtera. Dans les deux cas, la victime a perdu ses droits à être autre et se trouve enfermée dans un piège dont elle a peu de chance

de sortir. La victime est dans ce cas désobjectalisée, effet du processus de déssubjectivation.

Cette altération de mise en représentation psychique de leurs vécus affectifs, et donc leurs excitations, est la marque d'un trouble majeur du narcissisme que de nombreux auteurs ont identifié (Rosenfeld, 1976 ; Kernberg, 1984 ; Bergeret, 1995, pp. 62-77 ; Balier, 1996 ; Ciavaldini, 2006, pp. 111-170) et qui ont entraîné ces sujets à s'organiser sur une modalité de *faux self*. L'établissement du narcissisme étant sous la gouvernance de l'environnement familial primaire, cela suppose que devront être prises en considération les conditions précoces de vie du sujet. En effet, ne disposant pas d'un appareillage interne pour réguler leurs excitations, les auteurs de violences sexuelles et plus généralement de violences en général s'appuient en permanence, perceptivement, sur leur environnement pour réguler un système pulsionnel en mal de représentance. Nous pourrions dire qu'ils sont « environnemento-dépendants ».

On comprend dès lors la nécessité clinique de travailler avec les éléments environnementaux qui seront à notre disposition. Particulièrement l'ensemble des instances judiciaires et du champ social éducatif et insertif afin de constituer un environnement qui soit adapté aux compétences de ces sujets pour, enfin, ne pas exiger d'eux ce qu'ils ne peuvent mettre en œuvre, et ne pas redupliquer ce qu'ils ont vécu dans leur environnement primaire.

Pour autant cette mise en lien doit se réaliser dans une optique permettant qu'un travail psychique puisse s'effectuer et en aucun cas dans un but strictement sécuritaire. Nous retrouvons ici ce que Freud indiquait en 1925 et, sous une autre forme ce qu'avançait D. W. Winnicott : « Quand on ne peut plus faire de la psychanalyse, il faut faire autre chose, mais de manière analytique » (Winnicott, 1984). Le suivi au long cours de ces sujets indique que lorsque l'environnement est suffisamment contenant et conteneur, au sens de transformateurs des excitations qu'il gère (Kaës, 1993), le risque de récidive est particulièrement faible, sans pour autant que jamais nul ne puisse dire qu'il est nul. Rendre cet environnement contenant, c'est faire communiquer entre elles régulièrement ces diverses instances dans le respect de leurs missions et de leurs identités.

Si une vigilance particulière est attachée à cette articulation c'est en raison de deux points spécifiques à un modèle psychodynamique : la répétition et le transfert.

## Le transfert et la répétition chez l'auteur de violence

L'une des caractéristiques du sujet humain c'est, pour s'adapter à son environnement, de répéter les conditions d'acquisition de ses capacités adaptatives et au mieux d'en modifier les composantes pour survivre. Freud a montré la valeur heuristique de ce processus typique de l'expression psychique inconsciente qu'est la répétition. Pour le psychodynamicien, cette dimension permet de s'affranchir de ce qui antérieurement était considéré comme des causes *héritaires*. Pour notre objet d'étude, Freud nous indique que tout sujet a tendance à répéter ce qui n'a pas connu d'élaboration suffisante et qui, d'une certaine façon est resté sous l'emprise d'un état traumatique. Ne pouvant donc se remémorer quelque chose, le sujet le répétera sous une forme agie (Freud, 1914, pp. 104-115).

L'espace où se joue de manière privilégiée cette répétition inconsciente est le lien à l'autre, particulièrement celui qui s'instaure dans un cadre thérapeutique : l'espace du transfert. Avec les sujets auteurs de violences la place de cet autre, je viens de l'indiquer est particulièrement peu organisée. Le besoin d'appui perceptif les fait donc dépendre non d'un autre en tant que tel, dont la fonction symbolique aurait été intérieurisée, mais d'une constellation d'autres disséminée dans leur environnement. C'est l'environnement en entier qui se substitue à l'altérité. Ainsi, le transfert ne s'effectue pas sur un autre privilégié mais sur cette constellation. D'où la nécessité de retisser l'espace de la diffraction pour éviter que de nouveau ce morcellement ait les mêmes effets, à terme, que le clivage, avec l'emprise qui peut s'ensuivre pour conserver le contrôle sur l'objet, qui dans ce cas est toujours en menace de disparition (de perte).

Ainsi l'on voit se dessiner un modèle thérapeutique à double détente. D'une part, en lien direct avec le sujet AVS, un transfert archaïque qui peut être particulièrement éprouvant pour le thérapeute qui aura à en négocier la charge, avec la nécessité de ne pas s'y dérober, d'y résister et de le contenir sans en être détruit (Roussillon, 1999). D'autre part un travail avec l'ensemble des partenaires environnementaux (Justice, champ social) qui constitue l'environnement du sujet, pour construire un cadre qui soit conteneur des parts diffractées du sujet. Dans ce modèle, on a une double polarité : l'une centrale, l'autre périphérique, représentée par la constellation des autres qui cette fois sont en lien entre eux et

qui constituent l'environnement investi du sujet (un juge ou un CIP<sup>1</sup> est forcément investi, même de manière négative, il supporte alors la part non intégrée du contrôle défaillante du sujet). D'où cette nécessité de constituer des espaces de rencontre de ces différents partenaires faisant faire à l'AVS une expérience différente de ce à quoi son histoire l'a accoutumée : être pensé ailleurs et en son absence. Ce sont ces rencontres qui permettront que les risques de clivage et de déni puissent être contenus.

## ÉBAUCHE D'UNE MÉTHODOLOGIE PSYCHOCRIMINologIQUE DE RENCONTRE ET D'ÉTUDE DU SUJET AVS

Je propose le plan, ici très succinct, d'une méthode qui permet d'apprécier et de collecter au plus près les éléments qui nous sont nécessaires à l'étude psychocriminologique selon une optique psychodynamique des sujets AVS. Il s'agit de recueillir dans l'ordre les différentes données ci-après<sup>2</sup> :

1. Les données sociodémographiques
2. La nature des délits et des récidives judiciarisee ou pas
3. La qualité de la reconnaissance du délit
4. La perception de la victime
5. L'état émotif, affectif : période avant l'acte délictueux
6. L'état émotif, affectif : pendant l'acte (que se passe-t-il pendant l'acte ?)
7. L'état émotif, affectif : période après l'acte délictueux
8. L'étude précise et détaillée des caractéristiques de l'acte d'agression (étude des gestes faits)
9. La vie sexuelle de l'agresseur avant l'acte
10. La qualité des angoisses
11. L'étude des phobies, des peurs, des « passions »

---

1. Conseiller d'Insertion et de Probation qui exerce au sein d'un Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP).

2. Il s'agit de l'armature, très lapidaire, de ce qui constitue le Questionnaire d'Investigation Clinique Pour les Auteurs d'Aggressions Sexuelles (QICPAAS, © Balier C., Ciavaldini A., Girard-Khayat M., 1997).

12. La qualité de l'activité onirique
13. Les vécus d'enfance et d'adolescence
14. La vie familiale passée, présente (repérage historique des pertes et des séparations)
15. La qualité de l'insertion sociale, affective, familiale avant l'acte
16. L'étude historique des pathologies développées et des accidents

## CONCLUSION

Le modèle psychodynamique qui s'appuie sur les réquisits formulés par la psychanalyse voit ses fondamentaux nécessairement aménagés, dans le cadre de la psychocriminologie, pour s'adapter aux configurations psychiques des auteurs de violences. Deux nécessités complémentaires émergent. D'une part une étude stricte des facteurs individuels et environnementaux permet d'apprécier la qualité du fonctionnement psychique du sujet (l'utilisation des tests projectifs est d'un appui non négligeable ; Neau, 2006) et dont la grille ci-dessus permet une approche relativement fine. D'autre part, une articulation entre les différents espaces de transferts constituant l'environnement affectif du sujet, d'où l'intérêt de travailler avec un système d'emboîtement des cadres pour les rendre intercontenants (Ciavaldini, 2001b, pp. 25-34). C'est cette double polarité qui permet à l'approche psychodynamique en psychocriminologie de participer au développement clinique d'une thérapeutique du sujet violent.



## *Chapitre 4*

---

# PSYCHOTRAUMATOLOGIE ET PRATIQUE PSYCHOCRIMINOLOGIQUE

G. Lopez

**L**A PSYCHOTRAUMATOLOGIE, discipline médicale et psychologique, est trop souvent confondue avec la victimologie qui est surtout destinée à favoriser l'accompagnement social et judiciaire des victimes afin de limiter les risques de survictimisation et favoriser la reconstruction des victimes. Ces deux disciplines sont pourtant complémentaires et un thérapeute ne peut méconnaître l'accompagnement victimologique qui permet de protéger le cadre thérapeutique des multiples intrusions de la réalité sociale et judiciaire. La notion de stress complique encore le problème parce que, si l'impact d'un événement traumatisant s'accompagne nécessairement d'une réaction physiologique de stress, la clinique du trauma, qui confronte le sujet à sa propre mort, est très différente.

**La prévalence de l'ESPT** est importante, on parle d'épidémie cachée. Les troubles psychotraumatiques atteignent 10 % de la population féminine et 5 % de la population masculine aux États-Unis (Kessler, 1995), mais beaucoup moins en Europe si l'on se réfère à l'étude ESEMeD (Alonso, 2004) menée sur un échantillon de 21 425 habitants de six pays, laquelle a démontré que la prévalence vie entière de l'ESPT était de

1.9 % sur le vieux continent (2.9 % chez les femmes et 0.9 % chez les hommes).

## ÉTIOPATHOGÉNIE DU PSYCHOTRAUMATISME

**Le modèle biologique** est particulièrement important. Les chercheurs disposent d'un modèle théorique idéal car l'ESPT est un trouble mental qui a une étiologie simple et reproductible : stress inévitables et répétés, séparation maternelle précoce des souris, etc. La peur conditionnée est actuellement le modèle neurobiologique le plus étudié en psychotraumatologie (Vaiva et Ducrocq, 2006). L'amygdale y est impliquée pour la mémoire affective et les réponses émotionnelles ; l'hippocampe pour l'extinction des réponses conditionnées en replaçant les événements traumatisques dans leur contexte ; l'hippocampe et les cortex préfrontal et cingulaire antérieur pour l'extinction de l'activité de l'amygdale. Selon ce modèle, un événement traumatisque uniquement traité par la voie rapide thalamus-amygdale déclenche :

1. Une réponse émotionnelle par activation de l'amygdale ;
2. Un court-circuit, la voie lente entraînant un trouble dissociatif ;
3. Une mobilisation des défenses de l'organisme par activisation de l'axe hypothalamo-hypophysaire et du système nerveux autonome (adrénaline et glucocorticoïdes).

À terme, l'enjeu de la recherche neuroendocrinienne est la découverte de traitements chimiothérapeutiques spécifiques.

**Le modèle cognitivo-comportemental** se réfère aux modèles issus des théories de l'apprentissage, du conditionnement et du traitement de l'information. Dans cette approche, le traumatisme constitue le stimulus d'angoisse initial. Mais par une généralisation du processus d'apprentissage, une série de stimuli antérieurement neutres deviennent pathogènes (vêtements et physique de l'agresseur éventuel, lieu, heure, atmosphère, environnement de l'agression) et capables d'enclencher à leur tour des réactions d'angoisse. L'anxiété est combattue avec des conduites d'évitement des stimuli matériels (objets, vêtements, couleurs, type de personne, sons, etc.), des stimuli situationnels (heure, lieu, lumière, etc.) et des émotions.

**Le modèle psychodynamique** postule qu'une situation traumatique, inattendue, déborde les défenses du sujet, ne parvient pas à faire sens et désorganise l'histoire du sujet. Mais pour la psychanalyse orthodoxe, les troubles psychotraumatiques résultent de la réactivation de traumatismes

infantiles dépassant les possibilités de compréhension de l'enfant et prenant un sens traumatique, dans l'après coup, à l'occasion d'un autre traumatisme. Terr (1991), relatant l'expérience des enfants pris en otage à Chowchilla et déterrés vivants dans leur bus, a contesté cette théorie pour la compréhension de l'étiopathogénie de l'état de stress post-traumatique.

**L'agent ou l'acteur** responsable joue un rôle très important. Les conséquences sont plus importantes lorsque l'auteur est un sujet avec lequel la victime aura, ou non, noué des liens. Dans les violences d'État (torture, crimes contre l'humanité, génocides) l'auteur est la société, laquelle est censée protéger les individus (comme les parents, l'enfant). Dans les accidents individuels et collectifs, la responsabilité de l'agent causal (plus que sa culpabilité) est engagée.

**La durée d'exposition et l'intensité des traumatismes** jouent un rôle déterminant : la clinique de la victime sans antécédents traumatique est très différente de la clinique de la victime durablement exposée à des événements traumatiques.

- La première subit un événement traumatique de type 1 selon Terr (1991) : un accident, une catastrophe individuelle ou collective, qui la confronte brusquement à sa propre mort et présente un ESPT dans 20 à 30 % des cas ;
- Les traumatismes de type 2 sont d'intensité variable, multiples, prolongés : agressions sexuelles, sévices à enfant, mais aussi violences d'État (génocides, tortures, emprisonnements, guerres en particulier civiles), manipulations mentales pratiquées par certaines sectes, harcèlement sexuel ou psychologique au travail notamment, et certaines prises d'otages prolongées. Dans une perspective cognitivo-comportementale, les victimes apprennent à anticiper la répétition dans un contexte de peur et d'impuissance, lequel enclenche des stratégies imaginaires destinées à la contrôler, en utilisant le déni et la dissociation comme moyens de défense psychologiques préférentiels. La victimation prolongée entraîne de profonds réaménagements défensifs et une exclusion symbolique, laquelle transforme les victimes en *sans-domicile-fixe symboliques*.

## CLINIQUE

### **L'État de stress aigu (F43.0)**

Dans 70 % l'impact traumatique se traduit cliniquement par un état de détresse et/ou un état de dissociation péritraumatique, tous deux

corrélés avec la survenue de troubles psychotraumatiques ultérieurs. La durée de l'État de stress aigu n'excède pas le mois au-delà duquel il devient, par définition, un ESPT. Pour que ce diagnostic soit retenu, les symptômes doivent nécessairement perturber la vie sociale et/ou professionnelle. Parmi les critères proposés, retenons l'existence de symptômes dissociatifs péritraumatiques, de troubles neurovégétatifs (état de qui-vive, réactions de sursaut, troubles du sommeil), d'intrusions de pensées, d'images et de cauchemars, de conduites d'évitement. Les troubles neurovégétatifs sont spécifiquement liés à la réaction de stress ; les intrusions et les évitements à l'effraction traumatique.

**L'ESPT** (F43.1) survient toujours après une phase de latence pathognomonique, parfois très longue (plusieurs mois). Il est constitué par trois types de symptômes : intrusions, évitements, troubles neurovégétatifs. Pour la CIM-10, le syndrome de répétition reste l'élément prédominant du tableau clinique. On préfère à présent l'appeler syndrome intrusif, car la victime revit le traumatisme par des pensées, des images, des sensations physiques, des cauchemars, tous répétitifs et envahissants. Le traumatisé a l'impression que l'agression pourrait se renouveler surtout après exposition à un stimulus extérieur ou idéique (un film de violence ou un bruit inopiné par exemple). Les intrusions constituerait des sortes de « mini-expositions » naturelles qui devraient permettre une habituation progressive à l'horreur de la situation vécue, mais le syndrome d'évitement s'y oppose. Les troubles dits d'hyperactivation neurovégétative sont une hypervigilance, un état de « qui-vive », une insomnie. La colère est un sentiment légitime quasiment constant : elle est souvent mal orientée contre soi-même, contre les proches ou contre un bouc émissaire dans les victimisations de groupe. De nombreux outils peuvent être utilisés pour faire une évaluation de l'ESPT.

**Les troubles comorbidites** sont fréquents : troubles anxieux (Anxiété généralisée, Trouble panique, Agoraphobie) ; troubles dépressifs (50 % des cas selon Kessler, 1995) ; troubles addictifs. Les troubles somatoformes qui ne figurent ni dans la CIM-10 ni dans le DSM IV à titre de complication, sont cependant fréquents.

**L'évolution des troubles psychotraumatiques** est variable. Pour le DSM IV, un ESPT est aigu si sa durée d'évolution est comprise entre 1 et 3 mois, chronique au-delà. Il est dit de survenue différée si le début des symptômes apparaît au moins 6 mois après l'événement traumatique.

## Clinique des traumatismes de type 2

Les traumatismes répétés, dont la relation d'emprise psychologique, constituent des traumatismes dits de type 2, qui sont d'autant plus déstructurants qu'ils sont précoces et de forte intensité. Ils constituent des entreprises de démolitions identitaires dévastant l'estime de soi des sujets victimes. Nombre de sujets présentant des troubles dits « narcissiques » dans un référentiel classique, borderline, DESNOS<sup>1</sup> ou « état limite » dans les référentiels athéoriques internationaux, sont des victimes de traumatismes de type 2 qui ont évolué sans bénéficier de facteurs de résilience, de prise en charge adaptée ou de soins spécialisés. Certains troubles dissociatifs dits de conversion sont également des complications des traumatismes de type 2. Cette clinique se rapproche de la « Modification de la Personnalité après une expérience de catastrophe » (F 62.0) décrite par la CIM-10.

### Les troubles dissociatifs (F44)

Pour les auteurs américains, il existerait un grand nombre de désordres dissociatifs non diagnostiqués dans la population clinique. En France, bien que la dissociation soit un mode de défense fréquent en pratique clinique, ce diagnostic est exceptionnellement posé en dehors des troubles péritraumatiques survenant au moment de l'impact traumatisant ou dans le mois suivant. Le dépistage des patients présentant un désordre dissociatif se fait de façon très simple en utilisant l'échelle DES (Bernstein & Putnam, 1986) ou le *Mental Status Examination for Dissociative Disorders* (Loewenstein, 1991) ; le DDIS (Ross, 1989) ou le SCID-D (Steinberg, Rounsvall & Cicchetti, 1991) permettent d'affiner le diagnostic.

#### *Le trouble « Personnalité Multiple » (F44.81) ou « Trouble dissociatif de l'identité »*

C'est un trouble « rare et controversé ; en particulier on ignore dans quelle mesure il est iatrogène ou spécifique d'une culture donnée » selon la CIM-10. Le DSM IV l'appelle désormais « Trouble dissociatif de l'identité ». Il se caractérise essentiellement par l'existence apparente chez une même personne de deux ou plusieurs personnalités distinctes, l'une d'entre elles se manifestant à un moment donné. Dans la forme habituelle à deux personnalités, l'une d'entre elles est habituellement

---

1. *Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified.*

dominante, mais les deux personnalités ne connaissent pas leurs souvenirs respectifs et, dans la plupart des cas, ne sont pas conscientes de leur existence réciproque. Au début, le passage d'une personnalité à une autre est habituellement soudain et lié à un événement traumatisant. Les transitions ultérieures sont souvent déclenchées uniquement par des événements dramatiques ou stressants, ou favorisées par la relaxation, l'hypnose ou l'abréaction. De nombreux auteurs estiment que des expériences de victimisation prolongées dans l'enfance sont fréquemment associées à un trouble dissociatif de l'identité.

## PSYCHOCRIMINOLOGIE

### **Les troubles limites ou *borderlines* (F60.31)**

Les événements traumatiques répétés sur des périodes prolongées ou les très subtiles tortures morales caractéristiques de l'emprise psychologique, réalisent des attaques narcissiques remettant en cause l'idée que la personne se fait d'elle-même et du monde environnant. Tous les repères basculent. Les ponctions de vie psychique successives entraînent la destruction progressivement croissante de zones cérébrales de plus en plus étendues, clivées ou dissociées du reste de la psyché, réalisant une sorte de vampirisation métaphorique (Lopez, 2007). Les hypothèses psychopathologiques concernant les conséquences des traumatismes répétés sont de plus en plus précises et convaincantes ; elles élargissent le domaine de l'ESPT, pour rentrer dans le champ de la pathologie du narcissisme ou *borderline* des typologies athéoriques internationales. De 1990 à 1997, sept études ont été consacrées à la recherche du rôle des agressions sexuelles précoce chez les personnalités *borderline* : elles figurent dans le livre désormais classique de Zanarini (1997) avec des fréquences variant entre 16 et 71 %. Debray (2006) a fait une revue complète de la littérature. Actuellement, certains auteurs anglo-saxons décrivent un *Disorder of extreme stress*, un *Complex post-traumatic stress disorder* ou un DESNOS, ayant été l'objet d'un petit nombre d'études récentes, desquelles il ressort que des adultes ayant vécu des maltraitances sévères lors de leur enfance présentent volontiers :

- des difficultés relationnelles (incapacité à faire confiance aux autres, agressivité) ;
- une absence d'estime de soi, une forte culpabilité, de la honte ;
- une tendance à idéaliser l'agresseur ;
- des troubles dissociatifs ;

- des comportements automutilatoires, des idéations suicidaires, des prises de risque excessives, des conduites de revictimisation ;
- des passages à l'acte hétéro agressifs et sexuels ;
- des troubles somatoformes ;
- des troubles des conduites alimentaires.

Les passages à l'acte sont un des types de réponse possibles pour un sujet qui ne peut plus penser. Ces victimes remettent constamment en actes les agressions subies. Cette répétition est littérale (Lopez, 2007), bien différente de la classique compulsion à la répétition névrotique :

- La femme prostituée rejoue littéralement l'emprise familiale et l'inceste en devenant la chose des clients qui l'achètent comme le faisait l'agresseur, tandis que le proxénétisme est un rapport de domination rappelant la dynamique familiale d'emprise totalitaire ;
- Certains sujets sont éternellement agressés dans leurs relations de couple et dans leurs contacts avec les professionnels et les institutions ;
- D'autres, élevés dans une famille totalitaire où régnait un gourou domestique, deviennent les adeptes des sectes totalitaires ;
- Les femmes violées dans leur enfance ont fréquemment des relations sexuelles avec des thérapeutes ;
- La répétition littérale peut s'exprimer dans le domaine de l'agression directe ; on parle d'identification à l'agresseur, mécanisme psychologique expliquant la perpétuation des lignées d'agresseurs ;
- Les aménagements psychopathiques permettent la répétition littérale des relations traumatiques infantiles avec les substituts paternels que représentent les policiers, les juges, les experts... tandis que les incarcérations sont autant d'équivalents symboliques d'abandons.

Toutes situations typiques de la clinique psychocriminologique.

## Les troubles dissociatifs

Les troubles dissociatifs s'accompagnent d'une forte suggestibilité et d'une importante susceptibilité hypnogène, posant le difficile problème de la véracité de certaines révélations tardives d'agressions sexuelles ou de graves maltraitances subies dans l'enfance, surtout si le sujet a été soumis à une thérapie fortement suggestive comme l'hypnose par exemple. Les amnésies plus ou moins importantes des faits commis ou subis sont relativement fréquentes. Pour les victimes, il s'agit le plus souvent d'une amnésie dissociative, progressivement résolutive. Il en va de même pour certains auteurs qui prennent conscience de l'horreur de

leur acte au moment même où ils le commettent. Ces amnésies, elles aussi résolutives, sont favorisées par la prise de produits psychotoxiques (alcool, stupéfiants). Elles doivent faire discuter une simulation ou une sursimulation défensive.

### **Le trouble psychotique bref (F23.81)**

Le trouble psychotique bref (F23.81) ou « psychose réactionnelle brève », dont les troubles disparaissent complètement après un mois d'évolution au maximum (trois jours environ dans la forme typique), pourrait bien être un trouble dissociatif aigu survenant après une situation de stress aigu.

L'acharnement de certains criminels sur leurs victimes pourrait dans certains cas être un comportement automatique de type dissociatif et non pas un acte sadique.

Certaines psychoses carcérales sont probablement un trouble dissociatif consécutif au stress lié à l'incarcération.

### **Les troubles de l'adaptation (F43.2)**

Consécutifs à des situations de stress, ils s'accompagnent volontiers d'une humeur dépressive, d'anxiété, de perturbations des conduites, entraînant une souffrance marquée avec une altération du fonctionnement psychosocial.

En psychocriminologie ou en victimologie, on peut en rapprocher les syndromes d'épuisement (*burn out*) des professionnels confrontés à des conditions de travail difficiles : policiers, personnels de surveillance pénitentiaire, thérapeutes de victimes, médecins légistes, etc.

### **Les troubles dissociatifs et la responsabilité pénale**

Le trouble dissociatif pose le problème de la simulation ou de la présence de troubles neurologiques exceptionnels en pratique psychologique, comme certaines épilepsies temporales exceptionnellement responsables de passages à l'acte délictueux commis pendant la phase de confusion post-critique. Le plus souvent, sous l'effet de la prise de conscience de l'horreur de l'acte commis, l'auteur peut présenter un trouble dissociatif avec comportement automatique et amnésie dissociative plus ou moins complète. Dans ce cas, les dispositions de l'art. L. 122.1 C. pén. ne s'appliquent pas parce que le trouble est consécutif à l'acte commis. Exceptionnellement, le trouble dissociatif précède l'acte commis : une

jeune femme présentant un déni de grossesse, accouchant de façon cataclysmique et inattendue, pourrait avoir présenté un trouble dissociatif aigu et commis un infanticide dans une sorte d'état second automatique avec amnésie dissociative abolissant ou altérant fortement son discernement.

*En conclusion*, une bonne connaissance de la psychotraumatologie est indispensable tant dans la clinique des victimes que dans celle des auteurs.



## PARTIE 1

---

### AGRESSOLOGIE



## *Chapitre 5*

---

# APPROCHE HISTORIQUE ET PHILOSOPHIQUE DE LA DANGEROSITÉ

G. Bernard

**A**PPARU à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle (1885) – formulé par Raffaele Garofalo (1851-1934), élève de Cesare Lombroso (1835-1909) – le concept de dangerosité connaît, rapidement, une extension de son domaine d’application. Il sert, à l’origine, à analyser les infracteurs d’habitude (endurcis ou professionnels). Mais il est ensuite, au cours du XX<sup>e</sup> siècle, appliqué également aux criminels sexuels, puis à ceux commettant des infractions avec violence.

La conception de la dangerosité a connu des évolutions qui n’ont pas contribué, tant s’en faut, ni à en préciser la notion ni à lever ses ambiguïtés.

### L’ÉVOLUTION HISTORIQUE DU CONCEPT

Différents modèles de dangerosité ont été successivement dégagés, même s’ils peuvent se rejoindre sur certains points ou être combinés : la dangerosité peut être de type scientifique, judiciaire ou sociale.

## **L'approche positiviste : la dangerosité scientifique**

Le modèle scientifique de la dangerosité trouve son origine dans l'école positiviste italienne. Tandis que les jusnaturalistes modernes (XVIII<sup>e</sup> siècle) pensent que l'infracteur doit être puni en raison du viol délibéré du contrat social (et de son droit positif dérivé), les positivistes (XIX<sup>e</sup> siècle) considèrent qu'il doit être sanctionné en raison du dommage social (Enrico Ferri, 1856-1929). Ainsi, les seconds rejettent-ils les causes d'exonération admises par les premiers (exclusion de la responsabilité pénale des personnes incapables de discernement comme les déments ou les enfants).

Pour la doctrine positiviste, l'infracteur n'agit pas en raison de son libre arbitre, mais en fonction de facteurs individuels (biologiques, psychiatriques) et relationnels (environnementaux) : il est déterminé. La dangerosité de l'individu suppose la rencontre de dispositions intrinsèques (capacité criminelle, adaptabilité sociale) et de situations extérieures. Elle justifie que la société cherche à identifier et neutraliser (sanction pénale, traitement médical) les individus dangereux.

De la contestation que, avec la conception scientifique, la dangerosité peut, d'une part, être dissociée de l'infraction jugée et que, d'autre part, elle permet de justifier des incarcérations (ou des internements thérapeutiques) très longs voire indéfinis (pour les infracteurs déclarés incurables), est né le second courant de la dangerosité.

## **L'approche humaniste : la dangerosité judiciaire**

Le modèle judiciaire de la dangerosité s'enracine dans les revendications (dans la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle) des organisations de protection des droits fondamentaux, notamment pour les infracteurs (la nouvelle défense sociale se fait, par exemple, le parangon de l'humanisation des peines). Dans cette conception, la primauté est accordée à la détermination de la volonté de l'infracteur. La dangerosité judiciaire justifie le châtiment, mais uniquement dans le cas où la personne peut être déclarée (intentionnellement) responsable. Aussi, ce courant pénal s'évertue-t-il à déterminer la peine la plus adaptée pour chaque coupable afin d'obtenir, à terme, sa réinsertion sociale (resocialisation).

Qu'il s'agisse du modèle scientifique ou judiciaire, la dangerosité est centrée sur la relation de l'infracteur et de la société. L'intérêt pour les actes commis dans le passé, tout particulièrement s'il y a récidive, permet, dans la première démarche, de déterminer si l'infracteur est incurable ou non et, dans la seconde, que ne soient engagées des poursuites judiciaires que contre ceux qui sont rationnellement accessibles à une

condamnation pénale. La victime est absente de ces deux approches. Aussi, une troisième analyse de la dangerosité est-elle apparue.

### **L'approche victimiste : la dangerosité sociale**

C'est le modèle social de la dangerosité, mis en exergue, dans les dernières années du XX<sup>e</sup> siècle, sous la pression de certains mouvements de défense des victimes. La dangerosité sociale (qualifiée par certains auteurs de criminologique) se penche sur la potentialité de la commission de nouvelles infractions et s'appuie sur la probabilité de la récidive dans le futur. Dans cette logique, la primauté est donnée à la prévention au nom de la protection de la société.

Elle pousse donc, comme la dangerosité scientifique, à s'interroger sur les moyens de neutralisation des infracteurs. Mais, si les dangerosités scientifique et judiciaire s'appuient sur la répétition d'actes passés, la version sociale de la dangerosité vise une conduite virtuelle.

Cependant, dans tous les cas, la dangerosité s'intègre dans un contexte pénal utilitariste, cet aspect ayant été favorisé par le développement de l'État providence dans la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle.

## **LA DANGEROSETÉ PHILOSOPHIQUE DU CONCEPT**

La notion de dangerosité présente un caractère « dangereux » à plus d'un titre, en particulier dans sa version sociale. La dangerosité peut être appréhendée comme un concept hygiéniste, totalitaire et utilitariste.

### **Un concept subjectif menant à l'hygiénisme**

La dangerosité est une notion subjective. D'une part, elle connaît des évolutions en fonction des temps et des lieux, en particulier au regard des exigences variables du droit pénal positif et de la protection de la société. D'autre part, la détermination des infractions pouvant être commises dans le futur est aléatoire.

Le débat sur la récidive, motivé par les échecs du droit positif à juguler la criminalité, a conduit à une certaine confusion de la maladie (mentale) passée voire présente et de la dangerosité (sociale) future. Au nom de la prévention (sociale), une prévision (médicale) est demandée aux psychiatres pour justifier une répression (judiciaire). Il est demandé à l'expert plus qu'il ne peut : prédire la récidive. La médecine est instrumentalisée pour devenir productrice de normes juridiques. Or il

s'avère que, d'une part, il n'existe qu'une très faible corrélation entre criminalité et maladie (mentale) et que, d'autre part, il n'y a pas de relation absolue entre état dangereux d'une personne et gravité de l'infraction commise.

Aussi, placer la dangerosité comme concept central du droit pénal peut-il conduire à ce qu'un certain nombre de mesures (libération conditionnelle, rétention de sûreté, etc.) ne soient pas prises par le juge pour des raisons juridiques, mais sous l'influence de considérations médicales supposées objectives et donc capables de pallier les incertitudes du comportement futur. Quand la médecine est mise au service de l'ordre public, ne s'agit-il pas, là, d'une forme d'utopie hygiéniste ?

### **Un concept matérialiste confinant au totalitarisme**

Si l'infacteur est identifié à partir de ses actes passés, la dangerosité sociale s'intéresse à des personnes encore innocentes : elle est suspectée d'être capable de commettre des infractions dans l'avenir. L'individu considéré comme potentiellement dangereux est, déjà, présumé... coupable !

Car, estimer la dangerosité sociale d'une personne revient à juger son être (passé) et préjuger, par déduction, de son être (futur). Cela manifeste une philosophie matérialiste : existentialiste (l'être est réduit à la somme des actes passés) et déterministe (le comportement futur est induit de la conduite antérieure). La rédemption sociale et la conversion morale semblent écartées par principe.

En considérant, par anticipation, des innocents coupables, la dangerosité sociale sert l'emprise des pouvoirs publics sur la société. N'est-ce pas, là, un concept permettant une forme de totalitarisme ?

### **Un concept idéologique reposant sur l'utilitarisme**

Comment expliquer la place grandissante de la dangerosité alors que le système pénal moderne ne s'intéresse pas intrinsèquement à la victime (elle n'est que la partie civile du procès pénal) ? Le concept de dangerosité sociale s'est imposé dans le débat pénal car l'opinion publique n'admet généralement pas qu'une récidive ait pu être possible, en particulier quand la peine prononcée a été écourtée dans son exécution.

Pourtant, même motivée par l'intérêt des victimes, la dangerosité sociale ne remet nullement en cause l'utilitarisme du système pénal, ce dernier ne visant pas essentiellement l'acte (commis vis-à-vis de la victime) mais l'être du coupable (la sanction devant être théoriquement

adaptée à la personnalité de l'infracteur pour, d'abord, l'exclure puis le réintégrer dans l'ordre social).

Le concept de dangerosité sociale apparaît comme un moyen de compenser le fait que le système pénal moderne se détourne de l'intérêt de la victime pour s'attacher à ceux de la société et de l'infracteur. Il n'est qu'un pis-aller en raison du refus (philosophique et politique) d'un retour à la sanction (classique) rétributive. Ne serait-il donc pas l'invention idéologique d'un système pénal qui ne veut pas reconnaître son échec pratique ?



## *Chapitre 6*

---

# DE LA PERCEPTION DE LA DANGEROUSITÉ À L'ÉVALUATION DU RISQUE DE VIOLENCE

B. Gravier

## LA DANGEROUSITÉ : UNE ACTUALITÉ BRÛLANTE

La dangerosité est partout : mise en exergue par le politique, omniprésente dans les médias, elle hante les préoccupations quotidiennes des professionnels de l'action sociale et du soin. Ces quelques remarques suffisent à souligner le malaise que soulève cette notion trouble. De quel domaine ressortit la dangerosité ? Est-ce une notion criminologique, sociologique, juridique, anthropologique ? A-t-elle une valeur clinique ? Cette question se pose chaque fois que le praticien est sollicité pour l'évaluer.

Car malgré le flou qui se dégage de cette notion, on attend du psychiatre qu'il soit à même de donner des réponses tranchées sur celui qu'il doit examiner et pour lequel il doit formuler un pronostic en la

matière. Cet article s'attachera à donner quelques pistes pour le clinicien qui se hasarde dans cette démarche en rappelant, en toute humilité, que son savoir ne peut avoir valeur de certitude et que, tout au plus, il peut nourrir de quelques indications étayées l'autorité appelée à décider.

Cette évaluation est fortement biaisée par un contexte marqué par la pression sécuritaire où le « fou », figure patiemment exorcisée par la psychiatrie désaliéniste, le développement du secteur et l'ouverture des hôpitaux psychiatriques, fait retour à travers les affaires monstrueuses qui pointent le « fou criminel », comme figure du mal absolu. La folie ne serait plus, au XXI<sup>e</sup> siècle, l'expression angoissante de la psychose, mais elle devient le stigmate de l'acte criminel commis par le sujet désigné comme tel. L'acte, en lui-même impensable par l'horreur de l'atteinte qu'il impose à autrui, en représenterait donc le principal, voire le seul, symptôme et la dangerosité désignerait sa pathologie.

Le délinquant sexuel, en particulier, devient la figure paradigmatische de cette nouvelle « folie criminelle » : alors qu'une grande partie des psychiatres considère ces sujets comme échappant à leur domaine d'exercice, il est demandé à la psychiatrie de se pencher toutes affaires cessantes sur le risque que les délinquants sexuels peuvent faire courir à la collectivité et d'établir une prédition de la probabilité d'un tel comportement. Le risque est grand de perdre, face à une telle exhortation, tout sens clinique tant l'émotion est forte et les *a priori* peuvent être nombreux (« ils récidivent tous ! »).

Sommes-nous face à un nouvel avatar de la monomanie homicide dénoncée par Foucault comme fruit d'une construction permettant de faire coïncider la démonstration médicale avec l'attente des juges ? A priori, la démonstration de Foucault visait, avant tout, la passion causaliste du psychiatre, toujours prêt à proposer une explication au crime. Il en va autrement dans ce qui se joue actuellement : point d'habillage scientifique mais utilisation émotionnelle de la peur et de l'avis du psychiatre pour justifier des détentions sans limites, sans autres prétentions que la mise hors circuit du sujet qui s'est rendu coupable de tels actes (Gravier, 2006).

Pour C. Paulet :

« Le sentiment diffus d'insécurité (...) 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. » C. Paulet (2006).

On comprend qu'un tel contexte, où l'émotion est revendiquée par certains comme moteur de l'action répressive, suscite l'inquiétude d'une

profession qui se voit instrumentalisée à travers une telle demande de prédition de la dangerosité. Effectivement, dès lors qu'évaluer la dangerosité revient à mettre le psychiatre au centre de l'arène judiciaire et devenir le bras armé de la sanction pour priver de liberté pour une durée indéfinie, sinon infinie celui qui fait l'objet de cette évaluation, on ne peut qu'être circonspect. Est-ce à dire qu'il faille refuser de se pencher sur cette question d'un point de vue clinique et récuser tout ce qui a été élaboré à ce sujet ?

Il devient, au contraire, d'autant plus nécessaire de préciser ce qui appartient véritablement à la démarche clinique, voire évaluative, du psychiatre pour ne pas laisser se développer de leurre quant au véritable champ d'une démarche scientifique rigoureuse dans un tel domaine.

Il ne nous semble pas possible, non plus, de faire l'impasse sur la manière dont se construit une possible démarche à partir de nos savoirs comme nous ne pouvons occulter ni les décennies d'écrits criminologiques sur la question des délinquants anormaux mentaux, pas plus que les travaux publiés depuis vingt ans sur l'évaluation du risque violent dont les écrits les plus marquants ont été colligés par Bloom et Webster en 2007.

## LE PSYCHIATRE, ÉVALUATEUR DE LA DANGEROUSITÉ : UN CHANGEMENT RADICAL

L'évaluation de la dangerosité était, jusqu'à maintenant, principalement cantonnée à la démarche de l'expert, parfois question subsidiaire de la détermination de l'irresponsabilité.

Dans le mouvement actuel où tout fait social, qu'il soit intime ou public, appelle un regard psychiatrique d'« expert », la dangerosité infiltre le champ des pratiques sociales quotidiennes, excédant les pratiques judiciaires jusqu'à en dépister les prémisses dans les troubles des conduites de l'enfant.

Insidieusement, la dangerosité devient domaine de compétence majeur assigné aux psychiatres légistes, autant par les partenaires judiciaires que par le politique ou le public. Ce constat est d'autant plus étonnant qu'il ne se trouve pas vraiment de connaissances reconnues et enseignées pour valider « académiquement » de telles compétences. Et pourtant cela semblerait aller de soi aux yeux du profane. Comme tout ce qui relève de l'insu, de l'insondable et de l'inintelligible, le psychiatre doit bien avoir quelque chose à en dire !

Si on prend en considération les attentes des uns et des autres, il reviendrait ainsi au psychiatre, même s'il intervient en tant que thérapeute et non comme expert, de se préoccuper, en premier lieu, des victimes potentielles de son patient, avant de le soigner, dessinant ainsi un nouvel espace d'imputabilité qui bouleverse les repères de l'exercice médical, dont il convient pourtant de rappeler qu'il se fonde avant tout sur un acte diagnostic qui doit déboucher sur une élaboration thérapeutique s'adressant à un patient en souffrance.

La question de l'évaluation du risque de violence introduit une dimension supplémentaire dans la pratique, qui ne doit donc pas faire perdre l'essence de l'acte de soin. Elle conduit cependant le clinicien à biaiser sa démarche thérapeutique par des éléments qui empruntent à la pression du temps, surtout lorsqu'il doit assumer les missions de contrôle social qui lui sont de plus en plus dévolues, même s'il les récuse. Le risque est grand que l'évaluation du danger présenté par un patient ne soit que l'écho de la réprobation morale intériorisée par le psychiatre.

Nous nous trouvons donc devant un nouveau défi, à savoir la capacité du clinicien à utiliser, autrement que de la manière purement intuitive qu'il revendique souvent, des indicateurs plus ou moins fiables, multifactoriels, contextuels ou inscrits dans l'histoire du patient pour apprécier la manière dont son éventuelle pathologie, ses comportements passés et ce que peut laisser entrevoir sa vie intérieure peuvent influer sur ses comportements futurs. Car, s'il est un domaine où l'intuition clinique est une redoutable pourvoyeuse de biais ou le support de péroraisons déterministes, c'est bien celui de l'évaluation du risque de violence.

## DANGEROSITÉ PSYCHIATRIQUE ET DANGEROSITÉ CRIMINOLOGIQUE : DES LOGIQUES DISTINCTES ?

La psychiatrie française a, jusqu'à présent, tenu à distinguer fermement la dangerosité criminologique, prédisposition du sujet à commettre un délit ou un crime, de la dangerosité psychiatrique, manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale. Cette distinction forte a été récemment réaffirmée dans le rapport commis à l'occasion de l'audition publique sur l'expertise psychiatrique (Senon et coll., 2008).

Dans un précédent travail (Gravier, 2008), nous avions avancé l'hypothèse que cette opposition était rendue caduque par l'avancée de différents travaux ayant trait à l'évaluation du risque de comportements

violents, mais aussi à la compréhension psychopathologique de la destructivité sous-jacente aux comportements violents et criminels. Plutôt que de pérenniser une dichotomie qui a, maintenant, surtout valeur de défense d'un espace professionnel, il nous semble important de proposer des pistes de dépassement qui tiennent compte de l'évolution des connaissances sans pour autant légitimer des changements ou des illusions dans ce que l'on peut attendre du psychiatre.

Même de création récente (le terme apparaît dans la langue française en 1969) la notion de dangerosité semble intimement liée à l'histoire de la criminologie et actualise la valeur de confluence épistémologique que l'on peut attribuer à cette discipline qui se cherche encore. Ainsi, en poursuivant la réflexion, on peut estimer que la dangerosité procède de champs qui se recoupent sans se recouvrir. Comme le propose De Montleau, on peut estimer que ces champs identifiables (mais non disjoints) sont au nombre de 3 :

1. Médecine légale et criminologie où la dangerosité renvoie principalement à la question de la récidive ;
2. Intervention sociale où la dangerosité se réfère à l'idée d'un rapport de force entre deux individus, un individu et un groupe, voire deux groupes entre eux ;
3. Clinique psychiatrique où il s'agit de repérer des configurations symptomatiques susceptibles d'influencer la dangerosité.

## LA DANGEROUSITÉ COMME FAIT PSYCHIQUE TROUBLANT, UNE DÉFINITION BROUILLÉE

J.-P. Martin souligne le glissement qui conduit « Le danger, notion objective caractérisant un symptôme passager » à devenir « dangerosité, c'est-à-dire un état permanent ». Ces deux notations rendent compte de la complexité des processus en jeu dans la notion de dangerosité. L'enjeu est dans cet entre-deux, entre l'acte posé par un individu et la potentialité durable que l'acte révèle chez celui-ci. Que l'acte soit qualifié pénallement importe peu dans ce glissement déterministe : un regard, une parole, une allusion, une attitude peuvent suffire à plonger l'interlocuteur dans l'inquiétude et attribuer à celui qui se désigne par ce comportement le qualificatif de dangereux. Une fois un tel signifiant posé, devrait se décliner la réponse sociale qui en découle

Avec Colin, nous pouvons repérer dans ce signifiant – dangerosité – une triple induction qui ouvre la porte à des espaces fort divers : la

dangérosité appelle chez le magistrat une réponse pénale, elle convoque le clinicien à la recherche de ses causes, elle conduit les uns et les autres à dresser le constat des conséquences qu'elles soient matérielles ou psychiques.

C'est dans cet enchevêtrement que se noue la difficile problématique de la notion de dangérosité, dont on voit bien qu'elle est difficile à rattacher cliniquement à un individu déconnecté de son contexte et de ses enjeux, personnels, sociaux et relationnels. Bien sûr, comme le rappelle Steadman, la dangérosité est un concept issu du droit qui, depuis des décennies, en a cherché la définition et la prévention. Mais ce concept a une amplitude telle que le retentissement émotionnel et sociétal en est considérable parce qu'il implique violence et dommage subi, que ce soit au niveau physique ou au niveau psychique et avec, pour corollaire, les questions de facteurs et de niveau de risque et de probabilité du dommage.

Il s'agit donc bien d'un fait psychique, en ce qu'il émane d'un individu, s'impose en tant que tel, et résonne émotionnellement chez ses interlocuteurs suscitant peur, colère, défiance, etc.. Il s'agit aussi d'un fait troublant en ce qu'il est souvent difficile de faire la part des choses entre les différentes composantes qui interagissent dans l'émergence de cette qualification qui s'impose à un moment comme une évidence (et non pas comme une preuve au sens du mot anglais éponyme) pour risquer de devenir un stigmate.

## UN PHÉNOMÈNE IMPRÉVISIBLE : LA SITUATION DANGEREUSE

S. Buffard, évoque, la notion de situation dangereuse, pour rendre compte de la menace réelle ou imaginaire que peuvent ressentir des individus lorsqu'ils sont confrontés à une agression interne ou externe contre l'intégrité de leur structure. Ce faisant, elle nous aide à pointer toute l'ambiguïté du terme qui glisse d'un ensemble de caractéristiques liées à un individu, son psychisme, son histoire et son contexte vers une dynamique plus large, inquiétante et lancinante, qui enserre tous ceux qui y sont, brutalement ou non, confrontés et, partant, amenés à démêler les fils du danger

Pour C. Laval :

« La dangérosité rend compte d'une expérience totalement imprévisible mais à laquelle les professionnels font de plus en plus ordinairement face. »  
C. Laval (2006).

La situation dangereuse est, en effet, une expérience singulière qui se joue à plusieurs, dans l'actualité d'un moment, et qui questionne la perception subjective de celui qui est perçu comme dangereux par ceux qui y sont confrontés au moment des comportements en cause ou, de manière rétrospective, lors de la demande d'évaluation par la justice ou toute autre autorité. C'est aussi cette notion d'imprévisibilité que retenait Colin dans sa définition de l'acte dangereux décrit comme imprévisible, soudain, grave, menaçant, risquant de se répéter ou de s'amplifier. Nous sommes bien là devant une aporie : Comment prédire l'imprévisible ?

L'imprévisible signe, a contrario, le risque dont est porteur le sujet violent, il reflète surtout le mécanisme psychique qui envahit celui qui est aux prises avec la violence, qu'elle soit agie ou subie, à savoir la sidération, soit l'impossibilité de mettre en mots, en images, en représentation les émotions qui pourraient dire la colère, le vide et le traumatisme. L'imprévisible témoigne de mécanismes particuliers qui colorent certaines situations qui confrontent à l'impensable à l'incommunicable et qui font tâche d'huile jusqu'à plonger un système ou une société dans un sentiment d'insécurité diffus où altérité, colère et insatisfaction deviennent synonymes de dangerosité, comme nous avons pu le mettre en évidence dans une enquête menée à Lausanne auprès de 54 structures ou institutions accueillant patients ou usagers de différents services sociaux ou administratifs (Lustenberger, Gasser, Gravier). Une seule situation vécue ou rapportée peut suffire à plonger toute une institution dans une situation de détresse et de vécu de dangerosité, dont on ne peut que difficilement se sortir, tant est fort le sentiment d'être débordé ou d'être au risque de se retrouver victime anonyme des violences aveugles qui ont scandé l'actualité.

## UNE DISPOSITION PSYCHIQUE PARTICULIÈRE : L'ÉTAT DANGEREUX ?

Une fois distanciée de la question de la situation dangereuse, l'approche du sujet potentiellement dangereux pose d'autres questions : Bourgeois et Benezech rappellent qu'il n'y a aucune définition médico-légale valable de la dangerosité et évoquent les vicissitudes des notions « d'état dangereux » (complexe de conditions sous l'action desquelles, il est probable qu'un individu commette un délit, Senninger), de situations précriminelles (Kinberg) comme signant une potentialité criminogène chez un individu.

On rejoint ici le débat entre dangerosité criminologique et dangerosité psychiatrique. La définition d'état dangereux renvoyant clairement à une acception criminologique. Néanmoins les études sur l'évaluation du risque de violence en posant un certain nombre de repères, notamment dans une dimension historique ou actuarielle revisitent la problématique de l'état dangereux. Sans revenir sur les critiques concernant l'usage des échelles d'évaluation du risque, leur fiabilité discutable, leur dimension fortement réductrice et, surtout, leur risque d'utilisation comme table de vérité, la notion d'état dangereux doit sûrement être combattue comme disposition ou déterminisme particulier. Elle peut, par contre, être travaillée comme mise en perspective de points de repères fort utiles pour construire une démarche clinique. Nous parlerons alors de détermination du risque de violence.

## MALADIE MENTALE ET VIOLENCE : ENTRE RISQUE RELATIF ET RISQUE ATTRIBUABLE

Il n'est pas inutile d'essayer de mettre un peu d'ordre dans ce que l'association entre maladie mentale et violence peut recouvrir dans les représentations, tant des professionnels que des citoyens.

La maladie mentale a toujours inquiété. Elle inquiète d'autant plus que, dorénavant, entre pathologies constituées, troubles de la personnalité et troubles des conduites un espace de flou se dessine sur ce qui peut légitimer les interventions respectives de la psychiatrie et celle de la justice à partir de la question de la dangerosité.

En effet, dans les directions qui se prennent actuellement on doit d'abord rappeler fermement la distinction entre réponse à une situation aiguë et indiquant l'imminence de la violence et réponse à une injonction pénale qui anticipe le risque d'un comportement violent ou criminel, sans que l'on puisse en envisager véritablement l'occurrence.

Une décompensation aiguë qui témoigne d'une symptomatologie floride, mais accompagnée d'actes de violence ou de menace rentre clairement dans le cadre de la dangerosité psychiatrique évoquée plus haut et peut avoir pour corollaire logique une mesure d'hospitalisation contrainte décidée sur avis psychiatrique.

Par contre, les constellations psychopathologiques susceptibles de conduire à un passage à l'acte violent ne se satisfont plus de la partition entre dangerosité psychiatrique ou criminologique et laissent ouverte la question de ce qui doit être entendu comme maladie mentale, ce qui rend compte d'un trouble du comportement coloré par une réactivité

caractérielle particulière ou ce qui signe une comorbidité que l'on relève de plus en plus.

À partir de quelle délimitation clinique peut-on évoquer l'association entre maladie mentale et violence ? Toute l'ambiguïté des discours actuels réside dans cet espace d'indécision sur la limite entre pathologie mentale caractérisée et organisée, entrant dans le cadre d'une nosographie précise et la catégorie plus floue des troubles de la personnalité, qui est suivant les études, incluse ou non dans l'appréciation de la morbidité psychiatrique en milieu pénitentiaire. On y voit la trace des mutations induites par l'arrivée de classifications, comme le DSM-IV, qui, en essayant de rendre compte de l'ensemble des pathologies et symptomatologies concernant l'exercice psychiatrique, en ont perdu leurs repères structurants.

Entre un sujet à comportement psychopathique dont les conduites antisociales semblent relever indiscutablement de la réponse pénale mais qui exprime, une fois ce cadre posé, la lourdeur d'une histoire douloreuse, et qui se trouve aux prises avec une structuration psychique problématique, sujette à décompensation et un sujet psychotique vis-à-vis duquel l'institution de soin exprime son désarroi tant sa violence est préoccupante, au point d'en solliciter la judiciarisation de comportements manifestement pathologiques, existe-t-il vraiment une ligne de partage des eaux aussi claire que l'on voudrait bien le dire ?

L'espace d'indécision sociale est grand et semblerait légitimer la constitution de la dangerosité comme dénominateur commun et organisateur de la réponse sociale. C'est, à mon avis, le piège du maintien d'une telle dichotomie.

Si nous nous en tenons aux troubles mentaux considérés comme constitutifs d'une maladie mentale (schizophrénie, troubles délirants, troubles bipolaires) – avec tout l'espace d'indécidable que recèle cette notion dès lors qu'elle entre dans le champ légal – de nombreux travaux, rappelés par Senon ou Millaud (*cf.* le chapitre « Violence et troubles mentaux »), ont permis de sérieusement clarifier la situation. Pendant longtemps la controverse a prévalu entre les auteurs soulignant l'association entre trouble psychique (le plus souvent schizophrénique), et risque de violence (risque relatif) et ceux qui estimaient ce risque principalement imputable à des éléments de marginalisation, de désinsertion ou à la consommation de substances psychoactives. Si le risque relatif apparaît maintenant indéniable – les patients souffrant de troubles mentaux graves présenteraient un risque 4 fois plus élevé de violence que la population générale (Swanson, 1991) – le risque attribuable, soit la part effective des faits de violence dont sont responsables les patients souffrant de

troubles psychiatriques, reste très faible. Dubreucq et Millaud notent, en particulier, que les personnes souffrant de graves troubles mentaux ne sont responsables que de 1 à 10 % de l'ensemble des homicides.

## UNE CLINIQUE DE LA DANGEROSITÉ

L'évaluation de la dangerosité est une démarche d'ensemble qui se construit à partir de différentes approches et domaines de compétences, qui peuvent paraître hétérogènes, voire hétéroclites, mais qui avant tout visent à se démarquer d'une démarche purement intuitive. Cette dernière relève souvent les principaux déterminants cliniques sans les articuler et les pondérer et finit par porter un jugement clinique qui peut relever plus de la contre-attitude que de la rigueur de la démarche. Bien sûr, tout bon clinicien reconnaîtra sa pratique dans les indications proposées ci-dessous. La recherche menée ces dernières années indique cependant, les limites d'une appréciation purement intuitive (Elbogen, 2004), tant les points aveugles sont légion en raison, en particulier, de la capacité des sujets en cause à séduire, à minimiser ou à banaliser. En cause aussi, l'attention portée aux signes les plus bruyants dans le suivi de décompensations psychotiques au détriment d'une gestion plus globale du risque qui devrait prendre en compte, aussi chez des patients schizophrènes, les aspects antisociaux de la personnalité, ou les éléments de leur histoire qui font craindre l'émergence de comportements violents, indépendamment des seuls symptômes positifs (Hodgins).

## LES PATHOLOGIES EN CAUSE

La nosographie psychiatrique a toujours su pointer les risques inhérents aux grands tableaux pathologiques. Le paranoïaque délirant ou revendicateur, le délirant passionnel ou mélancolique ou le schizophrène bizarre, impénétrable et froid ont de tout temps été reconnus comme porteurs d'une violence potentielle extrême, sans qu'il soit nécessaire d'insister sur le tableau clinique, mais sans omettre les indices qui signent cette potentielle violence comme le rappelle Millaud : contenu mental particulièrement violent ou suicidaire, ampleur du déni de la pathologie, exposition à des modèles violents, abus de substance, mauvaise observation pharmacologique, ruptures thérapeutiques etc.

Plus complexe est l'appréciation du risque violent chez un sujet présentant une personnalité pathologique. De Montleau indique l'importance

à accorder à la montée de l'angoisse chez des sujets présentant des personnalités borderline ou à l'impulsivité psychopathique.

C'est, d'ailleurs, la réactivité psychopathique qui pose avec le plus d'acuité la question des personnalités à risque violent. Une grande partie de la recherche actuelle se concentre autour de l'indice de psychopathie développé autour de l'échelle de Hare (Psychopathy Check-list). La potentialité violente apparaît ainsi corrélée à une valence psychopathique déclinée autour des items définis par cette échelle et qui pourrait être évaluée quel que soit le trouble identifié. La psychopathie ainsi redéfinie est marquée, notamment, par l'absence d'empathie, l'indifférence, la dimension égocentrique et la tendance au mensonge et à la manipulation. Cette « indexation » marquant toute approche probabiliste du risque violent n'épuise pas la question de la psychopathie : entité clinique spécifique ou coloration comportementale et caractérielle, la question reste posée après les travaux de Clekley ou de Melloy. Il n'en reste pas moins que les agirs psychopathiques marqués classiquement par l'intolérance à la frustration, la proximité du passage à l'acte comme décharge d'une tension intérieure et véritable « maladie de la rencontre » ainsi que le souligne Hochmann (1976) sont toujours indicatifs d'une émergence violente et d'une relation particulière à l'autre qui appelle une certaine prise de distance tant on pressent que l'émotion ou la relation sont menaçantes parce que trop proches ou intrusives.

Moins décrites, mais tout aussi présentes dans ce registre des troubles de la personnalité qui inquiètent par leur propension au passage à l'acte et la violence de celui-ci, doivent être citées les personnalités marquées par la perversion narcissique qui trouvent compensation de leur vécu de dévalorisation dans le dérapage violent où elles tirent jouissance de l'effroi de l'autre, de la transgression de la limite et du vécu de toute puissance et d'impunité qu'elles ressentent fugacement à travers des passages à l'acte terriblement brutaux et parfois meurtriers. Ainsi, à propos du meurtrier de Nanterre, le procureur écrivait :

« L'explication du geste se trouve dans un sentiment d'échec personnel total dont il rend responsable la société dans laquelle il vit [...] Pour lui, avoir le sentiment de maîtriser sa vie c'était tuer les gens d'une certaine élite et se donner la mort ensuite<sup>1</sup>. »

---

1. « Drame de Nanterre », rubrique Politique et Histoire, France-Mail-Forum, n° 26, <http://www.france-mail-forum.de>.

## LES MÉCANISMES

Si la dangerosité peut être le fait de personnalités pathologiques, elle s'exprime dans les relations interpersonnelles avec les proches ou les victimes par des mécanismes prévalents qui ne sont pas forcément spécifiques d'une pathologie définie mais qui sont générateurs chez ceux qui en sont la cible de profonds dégâts psychiques.

Ferenczi dans son travail précurseur sur la confusion des langues avait décrit avec une particulière acuité le mécanisme de l'emprise perverse. La mécanique perverse signe bien la violence psychique de la relation dangereuse et se retrouve aussi bien dans les abus narcissiques, témoignages de bien des maltraitances (Hurni, 1996), dans la terrible machine à décerveler décrite par Racamier, voire dans les stratégies de contrôle de l'autre à l'œuvre dans les violences conjugales. Le fait psychique troublant de la dangerosité réside ainsi dans cette singulière propension du sujet, perçu comme dangereux, à annihiler l'autre dans sa capacité de penser ou d'éprouver des émotions de manière autonome.

Dans un registre plus comportemental une attention particulière parmi les mécanismes de la violence est actuellement portée au harcèlement défini comme poursuite malveillante, prémeditée et répétée visant à imposer à une autre personne des contacts non désirés et toutes sortes de communication infligeant peur et détresse. C'est ainsi qu'a été défini le « stalking » (Mullen, 2006) dont on méconnaît souvent qu'il peut aller dans 2 % des cas jusqu'à l'homicide et qui trouve un certain essor à travers le développement des nouvelles technologies.

## LES FACTEURS DE RISQUE

La plupart des travaux, des échelles ou des arbres décisionnels font appel à une série de facteurs qui, mis en perspective, concourent à dessiner une histoire individuelle, un environnement ou une réactivité propices à l'émergence de comportements violents chez un individu et qu'il conviendra de retracer pour donner une véritable appréciation du risque de violence.

– **Les facteurs historiques** mettent au premier plan tout ce qui concerne la violence subie ou agie par la personne. La précocité des agirs violents, leur sévérité et, à l'inverse l'exposition à des maltraitances et à des modèles familiaux perturbés sont autant d'indicateurs qui vont de pair avec les traumatismes subis à cette occasion ou à l'occasion de séparations ou de placements. Millaud rappelle, avec bien d'autres

auteurs, que les antécédents de violence sont considérés depuis toujours comme les meilleurs prédicteurs. Aussi il convient d'être précis sur l'analyse de ces antécédents : quel est le type de violence ? Quelle en est la cible ? Quelles en ont été les conséquences ? Où s'est-elle exercée ? A-t-elle été mûrie ou impulsive ?

- **Les facteurs prédisposants** ou potentiellement capables de renforcer les comportements violents ont trait au mode de vie, (marginalisation, sous-cultures violentes) ou à des modes d'être (impulsivité, habitus alcoolique ou toxicomanie). Dans ce registre la question de la perte de l'accès aux soins ou la rupture thérapeutique tiennent une place importante qui concourt à la stigmatisation du risque présenté par des patients psychiatriques et alimente le débat sur la désinstitutionnalisation.
- **Les facteurs contextuels** et les éléments déclencheurs constituent une troisième série de signes qui procèdent de facteurs susceptibles de faciliter (présence d'armes, accès à la victime) ou d'induire le passage à l'acte (atteinte à l'estime de soi, événements vitaux marquants, alcoolisation aiguë, etc.)

## LA CONSTRUCTION D'UNE APPRÉCIATION ET LA MISE EN PERSPECTIVE : LA DANGEROUSITÉ, UN RISQUE PRÉDICTIBLE ?

Le clinicien dispose ainsi d'une série d'éléments qui lui permettent de penser une représentation de son patient pris dans son histoire, sa violence et sa fragilité pathologique. Il convient d'organiser et de construire une démarche qui permet de prendre la mesure du risque ainsi perçu, souligné ou deviné dans les manifestations comportementales ou symptomatiques des sujets. Un certain nombre d'échelles ou d'instruments décrits ailleurs dans cet ouvrage contribuent à cet exercice, tout en restant d'une portée limitée en termes de prédiction (Gravier 2005).

L'essentiel est de construire une démarche qui permettra de resituer le sujet dans son histoire, de lui restituer en quoi celle-ci, par les traumatismes et les ruptures qui l'ont émaillée, est lourde du risque de répétition. Cette démarche peut ainsi indiquer comment cette histoire singulière peut être travaillée dans une meilleure acceptation de la pathologie ou des difficultés psychiques dont souffre le sujet violent et comment de nouveaux dérapages peuvent être anticipés, voire mis à distance.

Parmi les nombreuses démarches qui sont proposées, celle de Reid (2003) dans sa simplicité et son évidence rappelle que si le risque de violence ne peut être prédit, il peut être limité au prix d'une attitude rigoureuse qui intégrera un certain nombre de paramètres et permettra

- d'évaluer les patients en fonction de la gravité de la pathologie et du diagnostic posé ;
- de mettre en perspective ces troubles avec des données préoccupantes comme, l'instabilité, la dimension réfractaire au traitement, la particularité de certains comportements ;
- de rechercher dans l'histoire des sujets des antécédents d'actes de violence ;
- d'évaluer la réponse du patient au traitement ;
- d'évaluer les facteurs psychologiques associés à l'impulsivité et à l'agressivité ;
- évaluer les conditions dans lesquelles les patients retrouveront une vie autonome (soutien, présence de proches, etc.) ;
- d'évaluer la réponse des patients face à des situations particulière (intoxication, conflit conjugal) ;
- d'évaluer la capacité des patients à s'engager dans un suivi adapté.

La dangerosité peut être ainsi comprise comme la conjonction entre une trajectoire individuelle violente et une vulnérabilité familiale, interpersonnelle ou sociale qui lui fait écho. Si elle est portée par un sujet auteur des actes qui lui seront imputés, elle ne peut être comprise donc anticipée qu'au prix d'un patient travail de déconstruction et d'identification des paramètres en jeu, qui resitue le patient dans son vécu pathologique et le met en perspective avec la menace qu'il fait vivre à son entourage, le contexte affectif, professionnel et addictif dans lequel il évolue.

## *Chapitre 7*

---

# NOUVELLES CLINIQUES DU PASSAGE À L'ACTE ET NOUVELLES PRISES EN CHARGE THÉRAPEUTIQUES

A. Ciavaldini

**L**A QUESTION émergente qui se pose au psychanalyste dès lors qu'il s'intéresse au fait criminel, et qui vient trouver son acuité dans les travaux analytiques actuels constituant la base d'une psychocriminologie, est celle du comportement qui déborde *stricto sensu* la question du *sens*. En effet, dans le cadre d'une clinique psychodynamique, où classiquement l'intrapsychique est placé au premier plan avec ses élaborations conflictuelles internes générant d'éventuels symptômes, la lecture d'un acte, quel qu'il soit, est toujours l'objet d'une grande complexité. Mais quand l'acte interfère avec le champ social et ses règles du vivre ensemble, ce qui est le cas de l'acte délinquant ou criminel, la complexité s'amplifie encore.

La notion d'acte, de *passage à ou par* l'acte ou encore de *recours à* l'acte, qui renvoient en psychologie à la question de l'agir, est relativement malaisée à utiliser comme observateur d'un fonctionnement mental, puisque ces notions signifient précisément l'échappée d'une

mentalisation, ce qui pose la délicate question du statut à donner à ces observables. Pour avancer dans ces questions, je ferai référence au travail clinique que je mène depuis plus de quinze ans auprès des sujets auteurs de violences sexuelles (AVS) judiciarés et/ou incarcérés. Ce travail nous permettra de tracer les linéaments de ce que peut être une clinique actuelle de l'agir et de l'ouverture qu'elle propose vers l'interpsychique et, au plan thérapeutique, le travail qu'elle suppose en alliance avec l'environnement judiciaire et social.

Pour cette leçon, je développerai un parcours historique afin de montrer, dans l'espace analytique, mais aussi dans l'espace de culture du soin français, la généalogie conceptuelle avec ses transformations dans l'appréhension analytique du fait de criminalité sexuelle qui va amener véritablement à une nouvelle clinique de l'acte via celle du sujet auteur. Une telle approche me permettra ensuite de montrer les modifications profondes qui adviendront dans la prise en charge de ces sujets qui, il y a encore quelques années encore étaient décrits, pour la plupart, comme inaccessibles aux soins.

## ÉVOLUTION CONCEPTUELLE FRANÇAISE DES MODÈLES DE COMPRÉHENSION DE LA VIOLENCE SEXUELLE

Le fait criminel, avant de devenir objet de la criminologie, fut long-temps objet médical. Ainsi, au siècle dernier, l'entrée dans les prétoires des psychiatres, avec le développement des expertises médico-légales, va modifier le regard sur la violence sexuelle faite à autrui. Au travers de l'intérêt porté d'abord aux victimes une approche clinique des agresseurs se développe graduellement (Arveiller, 1998). Elle permet au fil du temps de déployer une multiplicité de modèles, tous en lien avec des conceptions culturelles de l'époque et du territoire intellectuel de son déploiement. Je restreindrai ici, mon intérêt à la conception française.

Elle s'appuie sur une prise en compte erronée de l'hérédité, c'est la conception hérédodégénérante (la violence comme produit d'une dégénérescence dans la lignée) habitée par une idéologie rédemptionniste<sup>1</sup>. Elle connaîtra dans le temps diverses évolutions plus ou moins heureuses. Dans sa suite, mais pas forcément dans sa lignée, seront produits, entre autres modèles, la monomanie, la phrénologie, l'instinctualité (avec le « pervers instinctuel » de Capgras) dont l'aboutissement sera

---

1. Théorisation inspirée par les thèses de Louis de Bonald et de Joseph de Maistre, contre-révolutionnaires, tenants d'une ultra-droite monarchiste et chrétienne.

le constitutionnalisme avec pour chantre Ernest Dupré (1925). Cette évolution où prédomine instinct et constitution, outre qu'elle ouvre la voie à la notion « d'individu dangereux », rend le sujet auteur de violences sexuelles inamendable et inéducable, ainsi s'ouvre la voie de la notion de déséquilibre qui, jusque dans le milieu de la seconde moitié du siècle dernier, fit florès (Ey, 1978). Encore faut-il préciser que ce credo constitutionnaliste d'une altération définitive du sujet dit « pervers » résonnera d'un irrémédiable à nos oreilles de clinicien jusqu'à tard, fin des années soixante-dix, dans la conception d'un soin impossible à dispenser. Il semble difficile, en matière de criminalité sexuelle, de sortir de l'ombre atavique ou du gène criminel.

### **Une clinique du sujet et du transfert**

L'arrivée de la psychanalyse, au travers d'une clinique du sujet et surtout du transfert, va amener de nouvelles potentialités modélisantes. Le sujet pervers trouve une humanité. La perversion appartient au patrimoine psychique humain, du reste tout enfant d'homme a une sexualité infantile et présente une phase de construction mentale qui correspond, au niveau des conduites, à celle d'un pervers polymorphe (Freud, 1905). La sexualité devient un territoire que tout humain a, plus qu'à explorer, à s'approprier pour lui-même. Il devra, pour s'y repérer, identifier les différences structurelles humaines, celles des sexes et des générations. Identification qui s'appuie sur une spécificité du fonctionnement mental, celle du négatif, qui veut que, pour se représenter, il est nécessaire que l'objet soit mis en absence perceptive. Ce sont ces reconnaissances structurelles qui lui ouvriront la porte de l'identification à l'autre et donc de l'altérité. La perversion pourra alors être pensée, soit en termes de fixation à une époque donnée, soit en termes de défense contre ces éléments organisateurs qu'inévitablement tout humain rencontre au fil de sa croissance. D'un côté comme de l'autre, il s'agit d'une résistance à un développement progrésif. Dès lors la perversion s'intègre à un processus de régulation économique et en constitue un point d'équilibre, précaire certes mais redoutablement efficace. Avec Freud, la perversion gagne en épaisseur théorique et perd en malheur thérapeutique.

### **La notion de « structure »**

Pour autant le constitutionnalisme n'a pas fini de faire son œuvre. Sur le plan thérapeutique, dès la fin des années 1940, la notion de structure va de nouveau bouleverser les cartes du soin si difficilement

redistribuées par la psychanalyse naissante. De la perversion, Freud en avait fait une défense majeure contre la déchirure du Moi profilant la psychose à l'horizon (Freud, 1938a, 1938b.) La puissance du clivage et du déni, affirmé à la fin de son œuvre, en faisait une pathologie difficile d'accès, mais uniquement difficile, pas impossible. L'avènement du structuralisme en psychanalyse modifiera la donne en réifiant le concept de structure. La notion de jouissance, séquençant plaisir et désir, précipite de nouveau la perversion et sa structure du côté d'un irrémédiable sans demande et donc sans accessibilité aux soins.

### **La notion « d'organisation » et de « limites »**

Le dégagement se profilera dans le milieu des années soixante-dix avec l'avènement d'un concept médian : l'« organisation ». La notion de structure cède alors le pas devant la montée en puissance de la question de constitution des limites et des espaces intermédiaires. On s'intéresse à la formation des limites du Moi en conséquence de quoi le « tout pulsionnel » est fermement interrogé : « La pulsion pourquoi faire ? » est un débat analytique qui en fait foi (Anzieu *et al.*, 1984). La dimension de l'objet est de plus en plus présente. L'influence des écoles anglaises (plus que Mélanie Klein et Anna Freud il s'agit surtout de Donald W. Winnicott) pose la question de l'environnement et de son importance dans la constitution psychique. Cette prise en compte de l'environnement, sous la forme du lien premier mère-nourrisson autorise à concevoir la perversion comme le tribut payé par la psyché à une dimension traumatique originelle. Trauma particulier puisqu'il est constitué par le télescopage de deux territoires psychiques spécifiquement humains : l'espace adulte et celui de l'enfant. On retrouve ici le développement de la « confusion des langues » qui substitute au langage de la tendresse infantile celui de la sexualité de l'adulte (Ferenczi, 1932). La réduction brutale de l'écart entre ces deux cultures (adulte-enfant) provoque une conflagration qui marquera la construction psychique à venir, c'est le règne de l'effet traumatique.

Malgré les formidables avancées que je viens cursivement d'évoquer, les auteurs de violences sexuelles restent entachés d'une inaccessible thérapeutique que je pourrais résumer par ces mots : « Un sujet qui tire jouissance de ses pratiques, qui n'en éprouve pas de culpabilité et qui ne reconnaît pas vraiment qu'il est l'auteur d'un processus de victimisation sur un tiers, n'est pas prêt à les abandonner et ne saurait tirer que très peu de bénéfice d'une thérapie. »

L'inamendabilité, voire l'incurabilité n'est pas loin.

## QUE NOUS APPREND LA CLINIQUE PSYCHOPATHOLOGIQUE CONTEMPORAINE ?

### Difficulté de reconnaissance des vécus affectifs

La clinique des sujets auteurs de violence sexuelle confronte toujours à de multiples non-reconnaissances des vécus affectifs qui en imposent souvent pour un processus de déni et/ou d'alexithymie qui nous indique le peu de capacité de mise en représentation de ces sujets.

Dans l'ensemble, ces non-reconnaissances portent sur trois domaines génériques :

- *Le premier* est l'identification subjective humaine, qui correspond à la différence interspécifique, que l'on enregistre dans de la désubjectivation du sujet-victime (considéré comme une *chose*), la non-reconnaissance de la violence, ainsi que celle des états affectifs précédents l'acte délictueux.
- *Le deuxième* domaine générique est celui de la différence des sexes, identifiée dans l'évitement total du conflit, avec pas de reconnaissance de l'acte, de ses conséquences pour soi et pour l'autre, pas d'effectivité de la honte ou de la culpabilité.
- *Le troisième* domaine est celui de la différence des générations, exprimée dans la non-reconnaissance des séductions précoce et du choix de certains objets, particulièrement chez les pédophiles et les pères incestueux.

La prise en charge thérapeutique au long cours de ces sujets et/ou de leurs familles nous indique que ces non-reconnaissances s'appuient, tout en le révélant, sur un climat familial fait précisément de contraintes et/ou de violences non reconnues ou pour le moins banalisées.

### Perturbation dans la transmission intergénérationnelle

L'étude des familles d'auteurs de violences sexuelles permet de comprendre la source, mais aussi d'envisager les conséquences, de cette perturbation dans l'établissement du répertoire des affects. Ces familles ont à leur programme tous les ingrédients pour décrire le champ de la confusion incestueuse : la violence, l'humiliation, la séduction et l'emprise (Ciavaldini, 2001). Ainsi, le dérèglement de la construction des répertoires d'affects apparaît comme le résultat d'une histoire familiale traumatique. Lorsque l'histoire généalogique est trop chargée d'impensés, les éléments que sont ces trois différences structurant le psychisme autorisant, ou pas, la transformation immédiate des percepts

en affects et ouvrant la voie à la subjectivation, ne sont plus transmis. C'est ce processus qui, à terme, ne permet pas au sujet de reconnaître ce par quoi il est affecté et *a fortiori* ce que ses actions engendrent chez l'autre : dès lors l'autre n'est plus reconnu dans son statut d'humanité et peut être ramené à celui d'objet-ustensile (pour reprendre le terme de P.-C. Racamier, 1992). C'est ce que l'on nomme une désobjectalisation qui répond à l'effet déssubjectivant que connaît l'agresseur face à une excitation non négociable par une mise en représentation psychique. Ce qui prévaudra alors est la dimension excitative avec sa régulation primaire qu'est la décharge expulsive : la voie de l'agir pathologique est alors ouverte. Ainsi s'ouvre la complexité que j'évoquais dans mon introduction : la question de l'agir et du sens.

### **L'agir : une réminiscence sensori-motrice**

Dans un tel contexte familial, le percept du lien à l'environnement maternel primaire, issu des soins dispensés à l'enfant, ne connaîtra pas cette évolution favorable vers la dimension représentationnelle qu'est l'affect. Ce dernier, dans sa construction historique, se trouve *inachevé*. Il est *meurtri* dans sa fonction même d'opérateur et vecteur de la transmission et de l'élaboration des éprouvés perceptifs. Cela suppose qu'il ne transmette plus les éléments ouvrant l'accès à la subjectivation de l'excitation qu'il véhicule, ce qui permet de comprendre les trois axes génériques des non-reconnaissances qui forment les stigmates de cet inachèvement. Cet ensemble indique qu'au régime du retenir pour représenter se substitue celui de l'agir pour décharger et, d'une certaine façon, pour survivre psychiquement. Ainsi, l'agir surgit comme réminiscence sensori-motrice de ce qui n'a jamais pu venir se représenter du lien à l'objet ; et ce surgissement s'effectue précisément à l'endroit où l'affect s'est inachevé dans sa construction et à la place de celui-ci. D'une certaine façon, l'agir prend le relais et forme une tentative aberrante d'achèvement d'une impossible construction d'affect. L'agir est donc un affect inachevé dans sa construction. L'agir violent sexuel constitue ainsi une tentative de figuration « avortée » (Chabert, 2000) auquel correspond bien le qualificatif de « passage par l'acte », notion reprise et développée par R. Roussillon (2007).

Pour le sujet, dans l'histoire de la mise en place de ses processus de psychisation, un « quelque chose », lié aux perturbations évoquées ci-dessus dans la transmission intergénérationnelle, n'a pu advenir, laissant le sujet, à cet endroit-ci de son psychisme, dans une menace d'effondrement, c'est-à-dire non contenu dans la psyché de l'autre

primordial qu'est la mère<sup>1</sup>. Exclue d'elle, la psyché de l'*infans* se trouve dans une rupture totale de contrôle le laissant démunie face aux charges émotionnelles et excitatives qui l'assailtent. Ultérieurement, toute excitation (dont les éprouvés internes et les charges émotoives font partie) qui ne peut trouver de mise en représentation satisfaisante fonctionne comme un signe renouvelé d'exclusion psychique qui entraîne un surcroît d'éprouvé de souffrance. Le sujet est alors renvoyé à la période primaire de l'établissement de ses limites, précisément au fait qu'il n'a pas été contenu suffisamment dans la psyché du tiers primordial, ce qui n'a laissé comme trace qu'une surexcitation douloureuse car non élaborable et qui fournit la base du pictogramme « pénétrant-pénétré » décrit par C. Balier (1996). Dès lors, toute excitation non négociable aura la même valeur de violence et de rejet. Elle entraîne l'éprouvé de ne pas être contenu dans la psyché d'autrui, et déclenche le fait que nombre d'entre eux veulent y pénétrer par force.

La réminiscence sensori-motrice, si elle opère le plus souvent sans représentation mentalisée, elle ne s'en trouve pas moins être libératrice, par la décharge tensionnelle qu'elle provoque pour le sujet qui l'exerce. Elle assure que l'effondrement, qui l'instant d'avant s'annonçait, n'aura pas lieu. Dès lors, par l'acte le contrôle qui menaçait de se perdre est repris. Et la perte de contrôle est ce que le plus grand nombre de ces sujets reconnaît et qui constitue pour eux une source intense de souffrance narcissique (Ciavaldini, 2001). C'est aussi cette souffrance (avoir perdu le contrôle) qui permet souvent un premier abord thérapeutique. La reprise du contrôle, par l'exercice de l'acte violent, est ce qui explique l'investissement si important de leurs traces sensori-motrices entraînant cette fixité des *modi operandi*.

En cas de détresse identitaire, ce sont ces traces qui seront, hors psychisation, réinvesties quasi automatiquement. Ce qui est réinvesti c'est le circuit du contrôle dont on peut faire l'hypothèse qu'il se lie avec le circuit neurologique de la récompense d'autant plus que la décharge opérée par l'exercice de l'acte entraîne un apaisement, ce qui est recherché par plus des trois quarts des AVS (Balier, Ciavaldini, Khayat, 1996.) L'acte violent sexuel surgira alors, de nouveau, s'imposant comme

---

1. Évoquer la mère en tant qu'autre primordial, environnement premier de l'*infans*, c'est convoquer, par le biais de la mère en personne, la fonction maternante par elle-même, c'est-à-dire une mère qui contient un opérateur interne fonctionnel de la différenciation à savoir un père dans sa fonction différenciant. Ce qui pourrait, sur la base de l'apophtegme célèbre de D. Winnicott (« Un bébé ça n'existe pas sans sa mère. »), être lapidairement résumé en disant : « Il n'existe pas plus de mère sans père, que de bébé sans mère. »

du dehors. C'est là l'un des ressorts puissant du « recours à l'acte », avec l'effacement des limites « dedans-dehors », « moi-autre ». Au cœur de cette part pathologique, réside la part de sauvegarde du sujet. C'est avec cette part-là qu'il nous faudra faire alliance. Il s'agit donc de ne pas refuser l'horreur des actes, de savoir les entendre, leur donner crédit psychique de sauvegarde. On comprend alors l'importance du partage d'affect et l'importance du regard (Balier, 2006), c'est à cette part qu'ils s'adressent.

### **L'apport de la clinique de la petite enfance en psychocriminologie clinique : la question de l'environnement premier et l'appui sur l'environnement externe**

Aujourd'hui, les études sur la petite enfance nous montrent que l'environnement familial, premier des auteurs de violences sexuelles, comme je l'ai précisé plus haut, présente de nombreux empiétements et est ainsi défaillant dans sa fonction facilitatrice pour que se déploie une autonomie du Moi. Faute de rencontrer un environnement qui s'adapte à lui, comme c'est le cas dans un environnement familial primaire normalement suffisamment adéquat qui est l'« environnement facilitateur » décrit par D. Winnicott (1989) l'enfant devra s'adapter à cet environnement avec les potentialités de son immaturité, ce qui constitue la condition majeure de prématuration du Moi, aboutissant à des tableaux cliniques d'enfants hyperkinétiques, traits fréquemment retrouvés dans l'enfance de nos sujets. Condition aussi pour que le Moi de ces sujets insuffisamment mantelé s'organise dans des configurations psychiques archipélisées, où coexisteront des parts très hétérogènes de fonctionnement, certaines donnant un change pseudo-névrotique à côté d'autres pouvant évoquer des enclaves autistiques avec une incapacité empathique<sup>1</sup> et ouvrant la possibilité à des agirs d'une grande violence. Dans de tels cas, nous sommes face à une non-unification de l'espace psychique du Moi, où la logique du morcellement prévaut sur celle du clivage même si elle peut en donner l'apparence au premier chef pour le clinicien.

Ainsi, ces sujets présentent une altération profonde dans la construction de leur narcissisme. Or, c'est dans sa construction que réside la préforme de toute subjectivité réflexive à venir (Jeammet, 2005), d'où le

---

1. La présence, dans l'enfance de certains sujets auteurs de violences sexuelles gravement délabrantes voire meurtrières, de cruauté hors du commun faite aux animaux, en est un indice clinique régulièrement retrouvé en clinique (Ciavaldini, 2001).

nécessaire travail thérapeutique premier qui doit respecter l'état fragile, blessé, mal conformé du narcissisme de ces sujets en construisant un environnement qui leur permette progressivement de redéployer leurs étayages pour vicier leur narcissisme. Face à de telles impossibilités de développer des régulations internes, ces sujets utiliseront l'environnement externe pour réguler leurs tensions psychiques. La victime, quelle qu'elle soit, est un élément de cet environnement externe. Elle est utilisée par le sujet pour faire face à sa surcharge excitative interne non traitable et générant donc un risque d'effondrement. La victime est la part externalisée, dépositaire de l'impossible régulation interne non constituée, en même temps qu'elle peut être éventuellement l'élément déclencheur de l'excitation projetée non traitable. C'est dans ce dernier cas que la victime devient, à l'insu du sujet, le représentant projeté de la part défaillante de l'environnement premier. Part dès lors à attaquer et/ou à s'approprier, ce qui est le cas chez les violeurs.

L'environnement participe donc pleinement à la régulation psychique des auteurs de violence sexuelle. Lorsqu'un sujet s'accroche à ses actes, aussi violents soient-ils, comme un mécanisme de survie psychique, il n'est pour lui pas question de s'en passer et donc de se « soigner » puisqu'il ne se sent nullement « malade ». Du reste un trouble de la personnalité n'est pas une maladie au sens psychiatrique du terme. Au contraire, il est souvent assez justement adapté à son environnement. Que l'on songe aux pédophiles qui évoluent dans des espaces dédiés aux enfants. Si, dans ces lieux, ils ont accès aux enfants avec facilité, fréquemment ils y sont parvenus non pour cette raison, mais parce que ces lieux les mettent nettement moins en danger qu'un univers régi par les adultes. C'est dans un temps second que les actes pédophiles apparaissent.

On comprend dès lors que le premier travail thérapeutique, côté thérapeute, sera d'aménager un environnement qui soit facilitateur, c'est-à-dire favorable au développement, sinon d'un soin psychique, tout au moins d'un accompagnement psychique. Un environnement favorable est un environnement qui respecte les compétences psychiques d'un sujet, qui se rend accessible à lui. C'est en ce point que la loi vient nous aider.

## CONSTRUIRE UN ENVIRONNEMENT « FAVORABLE » AUX SOINS : L'APPUI SUR LA LOI

J'ai montré ailleurs que le soin et la surveillance sont cousins germains (Ciavaldini, 2003). On conçoit mal un soin sans surveillance et une

surveillance qui ne prenne pas soin, sous une forme ou sous une autre de l'objet du soin. Le soin et la surveillance sont des partenaires indissociables. Ainsi, l'ensemble des études actuelles concernant les auteurs de violences sexuelles conduit à adapter nos cadres de soins aux potentiels de ces sujets. Ces aménagements du cadre de soin doivent permettre de placer les sujets AVS dans des conditions favorables pour qu'un soin psychique puisse être accepté. Par exemple, l'importance de la dimension perceptive, révélant la défaillance représentative, est déjà prise en compte et réverbérée par le texte législatif du 17 juin 1998, au moins en deux endroits. Le premier est la question de l'incitation aux soins, réitérée au moins une fois tous les six mois pendant l'incarcération, avec l'accès au régime des réductions de peine en cas d'obtempération. Le second réside dans la mesure de suivi sociojudiciaire qui peut comporter une injonction de soin valant pour une obligation de faire.

Si nous considérons l'incitation, elle prend en compte le fait que l'incarcération, sous l'impact du choc incarcératif, nécessite un réaménagement des défenses psychiques. Une fois passé le premier impact de ce choc, il se constitue une forme d'ouverture fragile, favorable à un accès aux soins. Plus la prise en charge est précoce, plus s'ouvrira la voie à la mobilisation éventuelle d'une demande ultérieure de soins (Balier, Ciavaldini, Khayat, 1996). Quant à l'injonction de soin, au-delà de son premier aspect sécuritaire, elle révèle une prise en compte de la prééminence de la dimension perceptive chez ces sujets. C'est le poids de ce percept pénal, sous la forme des contrôles qu'il nécessite, qui oblige bon nombre de ces sujets à « se souvenir » et donc à maintenir la rencontre thérapeutique en position psychique favorable. Ce temps perceptif, compté pénalement, constitue un méta-cadre sur lequel le cadre thérapeutique devra s'appuyer pour déployer son processus. La prise en compte de cette dimension perceptive constitue, pour le sujet qui la subit, un véritable respect de ses potentialités psychiques : elle lui garantit d'être considéré comme un sujet à par entière.

Ces deux premiers cadres s'allient à un troisième champ défini aussi par l'action pénale, c'est la dimension sociale par le biais des conseillers d'insertion et de probation (des Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation). Dès lors, par le fait de la loi, on est en présence de trois dimensions : pénale, soignante et sociale qui sont intercontenantes l'une de l'autre. L'effet premier de cette intercontenance est la nécessaire constitution de réseaux Santé-Justice (RSJ) où travailleurs du judiciaire, du soin et du social œuvrent ensemble et ainsi constituent un premier environnement « favorable » (reprenant la notion de « facilitateur » de D. W. Winnicott) et qui présente donc une fonction thérapeutique,

dont le but est de permettre que la troisième intention de la loi, celle réadaptatrice<sup>1</sup>, puisse être pleinement mise en œuvre.

Pour exemple, je citerai le cas d'un sujet qui récidiverait pendant son traitement : que fait-il ? Il attaque d'abord, et avant toute autre action, le cadre thérapeutique. C'est bien de cela dont nous devons le – et avec lui, nous – prémunir. Pour avoir une action thérapeutique, accompagnante il faut « forcer » le sujet à retenir son agir pathologique qui pendant longtemps peut rester son seul mode de régulation psychique. C'est à ce prix que nous sauvegarderons notre cadre thérapeutique. L'alliance avec le judiciaire permet au sujet auteur de violences de remplacer le recours à l'acte par le recours aux soins. Ici, le recours aux soins est à comprendre comme la préséance nécessaire à l'évolution vers une demande<sup>2</sup>.

### **Les réseaux Santé-Justice**

Dans les réseaux Santé-Justice, qui devraient se constituer dans chaque département ou ressort de TGI, les différents acteurs répondent à des conditions éthiques fermes de confidentialité. Ils doivent définir jusqu'à quelles limites cette confidentialité peut se partager, mais surtout ils doivent envisager ensemble comment une confiance peut se construire. Par ailleurs, le réseau est le lieu d'élaboration, non d'un discours commun, mais d'un langage commun permettant un échange confiant sur l'avenir du soin avec ces sujets. Une fois quitté l'espace carcéral, le travail du réseau constitue, pour ces sujets, la part extériorisée de leur appareil psychique autorisant une régulation plus économique de leur fonctionnement.

L'injonction judiciaire doit alors être comprise comme une fonction de suppléance d'un certain nombre d'opérations psychiques que leur appareil ne les autorise pas, ou pas encore, à réaliser. Cette injonction représente la part perceptive de ce qui n'a pas été intériorisé sous la forme d'un surmoi. Pour imager cette fonction supplétive, on peut se la représenter comme la main d'un tiers sur l'épaule de l'aveugle qui traverse à un passage piéton. En d'autres termes, cette injonction représente un signe de respect de l'état psychique de ces sujets au sens où elle prend en compte leur possibilité élaborative ou plutôt leur non-possibilité élaborative. Ces sujets nécessitent un appui perceptif

---

1. Je rappelle les trois intentions de la loi : punitive, sécuritaire et rédemptrice.

2. La question qui sous-tend le soin pénale obligé peut ainsi se formuler : « Jusqu'où un sujet peut-il, sans faire violence à autrui, refuser un soin, quand il fait porter à cet autrui et à ses seuls dépens, le poids de sa détresse ? ».

pour effectuer certaines opérations qui devraient être intériorisées. Là encore, et paradoxalement, la loi, dans sa fonction de suppléance, vient reconnaître la particularité de ces sujets et leur conférer une identité humaine. La loi dit que pour d'autres hommes ces sujets existent dans leur singularité. Cette part perceptive incarnée par la loi est la condition minimale pour qu'un processus représentatif puisse se développer. Il participe d'un « forçage » de la pensée au travail de la représentation (Ciavaldini, 2001.)

Cet environnement « favorable », par sa présence vigilante, évitera les effets trop marqués du clivage et permettra de faire faire l'expérience psychique au probationnaire-patient d'être pensé ailleurs et en son absence, c'est-à-dire d'être contenu et anticipé psychiquement. Il n'a plus à s'adapter à son environnement selon la logique en faux-*self* qui, de tout temps, fut la sienne, il se trouve inclus dans un environnement qui va s'adapter à lui. Cela permet de comprendre que plus qu'une fonction institutionnelle, cette intercontenance génère chez ces sujets un affect fondateur du travail thérapeutique qui correspond à un véritable *holding* psychique.

## CONCLUSION : LE NÉCESSAIRE AMÉNAGEMENT DU SOIN

L'équipe de soin aura à se constituer comme élément organisateur de cet environnement thérapeutique favorable. La prise en compte du déni et du clivage nécessite de ne jamais travailler seul avec ces sujets pour éviter l'emprise et la complicité des dénis qui risque de l'accompagner. Nécessité aussi de rester avec les autres membres de l'équipe dans une stratégie psychique d'échange, particulièrement autour de l'ensemble des affects que, contre-transférentiallement ces sujets font vivre aux soignants. Pour les praticiens traitants exerçant en cabinet (psychiatre ou psychologue), la participation à des groupes professionnels avec des pairs connaissant ce type de clinique (groupe d'échange clinique, de supervision, d'analyse de la pratique, groupe Balint, etc.) est une nécessité. La création des Centre de Ressources Interrégionaux d'aide aux traitements des AVS, qui offrent ce type de prestations spécialisées, est pour eux un outil particulièrement adapté. Il s'agit coûte que coûte d'échapper à la vampirisation de nos psychés. Non que ces sujets soient des monstres affamés de psyché fraîche, ce qu'assez longtemps inconsciemment on a cru, mais leurs stratégies de défenses particulièrement archaïques confrontent nos psychés à des mécanismes qui, le plus

souvent, les sidèrent. Cette sidération participe de l'emprise dont le but est de contrôler l'autre afin d'éviter la perception de ce qui n'est pas encore pour eux mentalisable : l'écart, signe de l'altérité.

Par ailleurs, il faut savoir tenir compte de leur incapacité à supporter une passivation. De la règle passivante de toute action thérapeutique qui relève de la théorie analytique (laisser la parole librement se formuler) on passe à une technique dite « active » (voir sur ce point Gravier, Legoff, Devaud, 2000) qui rejoint d'une certaine façon les avancées de S. Ferenczi (1932). Il ne s'agit plus d'attendre une demande mais de permettre au sujet d'en constituer une. Le travail thérapeutique se situe dès lors dans le temps de l'avant demande. Le travail pouvant, ni s'achever, ni s'interrompre, mais simplement se suspendre quand se profile à l'horizon psychique une capacité d'élaboration dépressive permettant à l'altérité d'être reconnue. Avec ces sujets les techniques groupales, dont les prises en charge familiales quand elles peuvent être mises en œuvre (Savin, 2000), sont d'un apport d'une grande richesse, particulièrement l'utilisation du psychodrame (Demeure, Schiavinato, 2000 ; Ciavaldini, 2004) et plus généralement des techniques médiantes dont l'art thérapie (Legendre-Boulay, 2000). En effet, ces techniques respectent le *besoin* d'appui perceptif de ces sujets dont la mise en jeu du corps fait partie.

Ces multiples aménagements, tant du soin que de son cadre d'accueil, supposent en aval des concessions, faites par le soin au cadre judiciaire, pour pouvoir se développer de manière efficace au plus près des moyens psychiques dont disposent les sujets auteurs de violences sexuelles. L'ensemble de ces réflexions et de ces moyens thérapeutiques s'intègrent au développement contemporain de la psychocriminologie et en montre la complexité à l'œuvre et en devenir. Une telle approche renouvelée, dans laquelle se sont engagés nombre de cliniciens qui développent des vertex complémentaires (Villerbu, 2003), doit être entendue par ceux de nos hommes d'État qui pilotent la politique générale des soins en psychiatrie afin que des moyens suffisants soient mis en place pour développer ces environnements, seuls garants du respect des subjectivités et par contre-coup de la sécurité de nos concitoyens. Faute d'être entendu, toute restriction budgétaire drastique maintient des formes très puissantes de répression et d'exclusion et donc ouvre la porte à un surcroît de violence, annulant tout le travail que cette psychocriminologie est en train d'élaborer.



## *Chapitre 8*

---

# FANTASME ET COMPORTEMENT DÉVIANT

Ph. Génuit

## ÉTAT DES LIEUX ET QUESTIONNEMENT DU RAPPORT DE L'ACTE ET DU FANTASME

Dans les études cliniques et statistiques concernant le champ des violences et infractions à caractère sexuel, apparaissent le questionnement du lien entre les *fantasmes* et les *actes* commis. Certaines études montrent l'envahissement de représentations imaginaires, d'autres à contrario révèlent et relèvent une pauvreté de l'univers fantasmatique érotique chez les auteur(e)s majeurs et mineurs d'agressions sexuelles. Il est à noter que sont présents en majorité des fantasmes de mise en scène de domination et de possession. Dans ces scénarii imaginaires, la possession sexuelle est un mode privilégié à d'autres dans la charge excitative. Cependant, l'excitation est secondaire à et dépendante des mises en scènes imaginaires de possession et de domination dont la contrainte est un des modes d'agir et le sexuel un vecteur. Des élaborations théoriques à ce sujet, et les définitions incidentes, deux écoles se détachent et se distinguent : la Psychanalyse et le Cognitivisme.

## FANTASME ET PENSÉE : PSYCHANALYSE FANTAISIES ET COGNITION : COGNITIVISME

Étymologiquement et historiquement le vocable « fantasme » provient du terme grec antique *Phantasis-Phantasia*. L’acception du concept hellène renvoyait à ce que nous dénommons aujourd’hui « fantastique-fantasque » et par corrélation, imaginaire, fabuleux proche de la fabulation contemporaine, ainsi que du mensonge. Mensonge au sens biblique du « *Omni homo mendax* – Tout homme est menteur ».

Aujourd’hui la conception de fantasme et de fantaisies tient compte de la transformation sociologique des langues qui l’emploient. Originellement, à différencier d’originellement, le terme latin tardif *Phantasia* signifiant *vision*, *rêve*, *imagination* provient du rapport dialectique hellène entre le *Montré* et le *caché* (*Phanéro(s)* – *visible*, *Phensis-Phasis* – *apparition* et *kruptos-Crypto* – *caché*). Ainsi le *fantasma*-fantôme (apparition) est devenu par transmission savante *phantasma* – (repris du grec) fantasme. Diaphane, fantaisie, fantastique, fantasme, emphase, mais aussi et surtout phénomène (*phainoménos*), sont des variations du principe de vision, d’apparition qui vont teinter les sens différents et successifs ; dont nos acceptations actuelles partielles, et provisoires, dénotent plus le contexte de notre époque qu’une vérité univoque. La valorisation des mots apparition et vision, mise en exergue part le religieux polythéiste ou monothéiste et reconnue différemment à partir de la naissance de la clinique médicale, démontre la relativité contextuelle des acceptations. Il n’en reste pas moins que la question dialectique du montré et du caché (consciemment ou inconsciemment) reste présente dans la « clinique du désir » exprimé-montré ou réprimé-caché, en sa version latine de *Libido* ou grecque de *Thumos*.

Le concept psychanalytique « Fantasme » et le terme cognitiviste « Fantaisie(s) » sont certes en filiation avec la traduction française, passant par le latin – et de ce fait l’*impérium romain* et le *latin chrétien* (d’église), mais se singularisent sociétalement par rapport à cette filiation commune. L’acception et l’utilisation de l’une et l’autre, rendent compte d’un côté de l’intérêt porté au *principalisme* et *l’inconscient* pour le premier, et au *phénoménalisme du manifeste* (ou conscient) pour le second. Il est à noter que la clinique psychanalytique résonne et raisonne de la pensée et de la phénoménologie allemande par l’*Unbewusst(e)* freudien interposé, quand la clinique cognitiviste résonne et raisonne de la philosophie du pragmatisme anglo-saxon. Leur mutuel lieu de naissance n’est pas anodin dans la distinction de leurs vocables. La réalité des lois, des législations et constitutions rend compte de l’ancrage

social et politique des langues et des usages, fussent ils conceptuels. Comme l'asserte Marie André Bertrand :

« [...] Ne jamais oublier que les lois sont terriblement locales (vernaculaires), le droit privé surtout...**le droit pénal de pays de Common law (Royaume uni et anciennes colonies, dont le Canada, y compris Québec) est presque incompréhensible aux juristes européens, dont la tradition est romano-germanique plutôt que britannique.** Les lois sont (donc) relatives plutôt que naturelles, essentielles et universelles. En somme, elles sont déterminées par la culture et celle-ci est changeante. Enfin, **le droit n'est pas une science, bien qu'on puisse étudier scientifiquement son fonctionnement.** Il n'explique pas les choses. Il ne les décrit même pas. Il est prescriptif, programmatoire. Il ne sait que diriger, régir, réguler. C'est un ensemble de règles. » (Bertrand, 2003).

L'acception définit socialement la réalité des usages dont le contenu peut être conceptuel, et la communauté du *phantasis* grec n'élude pas les singularités, et de ce fait, les différences entre l'acception européenne du fantasme et celle britannique de la fantaisie. Et ce malgré l'utilisation commune du français « *fantaisie* » pour les francophones du Québec, de Belgique, de Suisse et de France.

Psychanalytiquement,

« *Fantasme* est la traduction du mot allemand *Phantasie*, tel qu'il apparaît dans l'œuvre de Freud. Le fantasme est une activité psychique, le plus souvent inconsciente, qui consiste en une construction imaginaire d'un scénario dramatique. La personne qui fantasme est intégrée à ce scénario, soit en tant qu'acteur, soit en tant qu'observateur, et y mêle des personnes familières bien que non nécessairement reconnues comme telles. **Le fantasme est une mise en scène de modes de satisfaction libidinale** tirés de l'expérience réelle personnelle. Par exemple, le fétichiste a un comportement sexuel orienté par l'objet fétiche, porteur d'un fantasme lié à la castration. Le fantasme est donc une forme d'activité de pensée soumise au principe de plaisir, comme le sont le rêve et l'hallucination. C'est ce que montre paradoxalement l'exemple du masochiste : apparemment il souffre, mais en réalité il prend plaisir à mettre en scène ses pulsions sadiques retournées contre lui-même.

Les fantasmes peuvent être simplement **représentés**, mais ils peuvent être tout autant **mis en acte** dans la réalité ou projetés sur autrui. La modalité de plaisir attachée au fantasme n'est pas figurée sans voile. Elle est déformée par des opérations défensives telles que le déni, le renversement en son contraire, le retour sur la personne propre, la projection, etc. Ces défenses témoignent de l'interdit qui pèse sur la réalité du désir figuré. À son origine, le désir s'enracine dans le corps, les sensations, le pulsionnel. Mais l'interdit ou les obstacles de la réalité matérielle, comme par exemple la mort ou l'absence d'une personne aimée,

points de butée dans la recherche de satisfaction de ce désir, poussent à former une représentation. Celle-ci assure deux fonctions : elle protège le moi d'éventuels passages à l'acte, véritables transgressions, et elle assure la permanence du désir.

Les fantasmes orientent les conduites de chacun et peuvent se traduire par des symptômes. Ceux-ci mettent en scène un conflit surgi entre un désir sexuel et sa défense. Aussi la tâche de l'analyste est-elle de dévoiler les fantasmes qui se cachent derrière les rêves, les symptômes ou les conduites compulsives, manifestations qui rendent parfois si pénible

La psychanalyste kleinienne Susan Isaacs, dans son article *Nature et fonction du fantasme* (1952), pose que l'interaction entre l'activité fantasmatique et la réalité extérieure est fonction de la force du désir et de l'angoisse associée aux fantasmes. Pour Melanie Klein, le fantasme inconscient est ce qui relie l'instinct à la pensée. À sa suite, Bion prétend que l'activité fantasmatique témoigne de la constitution d'un « appareil à penser les pensées » (Métais, 2005<sup>1</sup>).

Cognitivistement, *Fantaisie* est plus la traduction stoïcienne de *Phantasis-Phantasia*, et ainsi référée à une norme contemporaine de conventions politiques. Ce en opposition philosophique à la traduction épicurienne, qui elle énonce la norme inhérente à la Liberté ; Liberté conçue comme contrôle des désirs et des plaisirs. Le rapport hellène à la satisfaction imaginaire ou agie renvoie du côté stoïque à une *vertu conventionnelle* et du côté épicurien à un *engagement vertueux*. La traduction et l'évaluation des fantaisies en lien aux agis déviants (érotiques ou cruels) se focalisent sur le contrat et les conventions en vigueur plus que sur la vertu en tant que qualité. Autrement dit la traduction cognitiviste s'élabore sur le *code*, comme *législation* des interdits, et non sur la *légitimation* des pensées, des échanges et des agis.

La traduction cognitiviste tient compte à travers la notion de *fantasque* du rapport au plaisir, au *contenu sexuel* dans notre présent champ d'analyse. À l'instar de la psychanalyse le rapport au plaisir est dans le cognitivisme restrictif au sexuel, et ne tient pas compte comme dans les pensées cliniques grecques et chinoises de la *variabilité* (*Diathesis*) du *principe d'appétit* (*Thumos-Impetus-Libido*) et des *variations* (*Hesis-Conatus-Status*) ou *manifestations* (*phénomènes*) de ce principe. L'ingénuité (liberté et franchise) des plaisirs imaginés est retenue sur ses caractères *anti-nomiques* ou *a-nomiques* ; autrement dit *contre* ou *hors la loi* (*Nomos-Lex*). Dans les recherches concernant les violences sexuelles, cognitivistement ou psychanalytiquement, ce n'est pas le

---

1. in Encyclopédie Universalis.

principe fantasmique ou fantasiste qui est en question, mais ses manifestations, ses réalisations contrevenant aux conventions en vigueur, dans le *Hic et Nunc et Sic* – ici et maintenant et ainsi, de la société où elles sont questionnées. Autrement dit, ce n'est pas la diathèse qui fait question et qui est interrogée, mais l'*état*. État qui, dans les études statistiques (*Status-état*) sur les fantaisies déviantes comme celles sur la dangerosité (etc.), est un recensement des écarts entre le convenu et l'inconvenant, nommé déviant.

Les études de Clément d'Alexandrie datant du II<sup>e</sup> siècle après J.C sur la différence entre les dénominations, cliniques et politiques, de *pédophiles* et *pédophtores* (*Paiδophilein* – *Paiδophtorein* ; *philein=aime* – *phtorein=détruire*) analysent pertinemment cette question. Ces études, bien qu'heuristiques, sont curieusement peu reprises dans le champ médico-légal actuel, qui n'énonce que le seul terme de pédophile ; et ce en contradiction avec l'étymologie et l'historique du vocable (Génuit, 1998). Clément d'Alexandrie différenciait le déviant de l'anormal et de l'inconvenant. La singularité du désir déviant recoupait mais ne recouvrerait pas celui de l'inconvenant qui lui rompait le contrat social. Contrat social qui ne se nommait pas ainsi que nous le désignons depuis Jean Jacques Rousseau, mais *Testamentum* (traduction du *Bérith* – alliance hébraïque) dénotant la réciprocité du *connubium* – alliance d'intimité (Conjugalité) et du *Foedus* – alliance de responsabilité (Parentalité).

De tout temps et de tous lieux les codes et les normes sociales ont défini les limites du convenable et du convenu. Mais ce convenu, manifestation du principe légal (Loi), comme le note M.A. Bertrand n'est ni essentiel, ni universel du fait même de la relativité des réalisations polymorphes du principe culturel.

Et nombre d'écrits pervers, justement mais perversement, rendent compte de cette relativité pour décrire les normes sociales en vigueur, en érigent leur vertu face à ce qu'ils considèrent comme une tyrannie du contrat et des conventions. Ce analogiquement au paranoïaque qui supplée l'interprétation, la valeur et la vertu à l'excès, au défaut d'échange, de traduction et de contrat. Le paradoxe en l'état est que généralement une rationalisation identique à la leur, teintée de *sur-moralité* pour combattre le *défaut d'altérité*, est usitée par le thérapeutique, l'éducatif et le juridique.

La psychanalyse tente, à l'instar sur ce sujet de C. Balier et A. Ciavaldini, de saisir l'implicite du fantasme et son rapport aux manifestations agies du désir.

Le questionnement sur le rapport de *l'implicite du fantasme* et de ses concrétisations en *fantaisies explicites*, bien que théorisé par Freud et

recensé cognitiviste sur le primat du sexuel, apparaît comme dans la pensée grecque du *Thumos* et latine de la *Libido* (Affect-Emotion-Plaisir-Appétit-Désir) entre d'autres lieux d'effectuation.

D'autres lieux anthropologiques que la clinique psychopathologique ou statistique énoncent la notion de fantaisie. Ne concourrant pas à l'exhaustivité, nous évoquerons ici seulement la musique, pour exemple.

« Sous son acception la plus générale, le terme de fantaisie désigne en *musique* une pièce instrumentale de forme assez libre et proche de l'improvisation, mais non sans rapports avec des formes plus strictes déjà en usage. Concrètement, la fantaisie évolue entre ces deux pôles : la liberté, ou plutôt l'anormal (ni l'un ni l'autre ne voulant dire anarchie), d'une part, la rigueur d'autre part. »

Ceci nous enjoint à cliniquement dissocier *l'incidence du principe* et *le contenu de réalisation* (ou phénoménalisation) inhérent à d'autres incidences que le principe même du désir (*Thumos-Libido*). Tenant compte cependant que le *constat* s'effectue sur la réalisation, à partir de laquelle le clinicien déduit le lieu du principe incident ; pouvons nous faire l'hypothèse que le Fantasme découle de l'incidence libidinale ayant pour contenu l'incidence naturelle du Percept (ou représentation) et son acculturation en concept par la Pensée et le Langage, le percept pouvant bien entendu avoir lui-même le sexuel, entre autre, comme contenu.

De même que nous mettons en forme notre *sensorialité en objet* par la *perception*, nous transformons la *sensibilité de nos affects en projet* par la *pulsion*. Le projet peut être analepse, autrement dit rétrospectif ou prolepse dans le prospectif, l'anticipation. Il en est du contenu de pensée du projet (fantasme) analogiquement au sujet de l'histoire (événement). Aussi nous valorisons l'évènement comme nous valorisons et éprouvons nos dits, nos actes et nos intentions. Ce qui fait dire à l'historien J. Leduc dans *Les historiens et le temps*, que ceux-ci différencient et valorisent le temps, notamment dans les notions d'*Anachronie prolepse* et *analepse*, ou de synchronie prolepse et analepse ; qu'autrement dit que le temps se conçoit et s'éprouve à travers les *inférences prospectives et rétrospectives*. Les études psychiatriques sur le lien entre l'anticipation et l'angoisse, ainsi que celles psychanalytiques de D.W. Winnicott et C. Balier sur la crainte d'effondrement et l'angoisse d'anéantissement, montre le lien entre le fantasme et le projet dans l'éprouvé d'une situation.

Nous faisons l'hypothèse (partielle et partielle) que la controverse entre la psychanalyse et le cognitivisme provient en partie de leur distincte appropriation épistémologique et idéologique de la *Psukhé*.

Distinction qui tient compte de leur ancrage historique et éthique ; L'évaluation psychanalytique étant plus analepse (*plan* d'anamnèse rétrospective, trace mnésique), et l'évaluation cognitiviste étant plus prolepsé (*programme*).

## PENSÉE, VÉCU ET ÉPROUVÉ

On ne peut faire fi de notre affect dans le transfert éprouvé dans les recherches que l'on effectue. A. Damasio (notamment in *L'erreur de Descartes*) montre bien que l'éprouvé (émotion, affect, motivation) agit sur et transforme notre pensée, comme par ailleurs notre pensée agit sur et transforme notre éprouvé.

La pensée agit et transforme aussi la sensorialité. L'éprouvé comme la pensée, la technique, l'échange contient du qualitatif et du quantitatif. D'autre part l'éprouvé entretient un lien étroit avec le conflit. L'on peut parenthétiser (poser l'hypothèse d'une unité synonymique) des analyses aussi différentes que Balier, Lacan (fantasme) ou Mc Kibben (fantaisies) dans le rapport de la relation à l'émotion.

Si l'on postule que la mentalisation en défaut entraînant un recours à l'acte concerne le champ de la relation et non la pensée en tant que productrice d'énoncé, alors il est possible de reformuler ainsi l'axiome de C. Balier :

« Une non relation entraîne un recours à l'éprouvé acté, l'émotion éprouvée et agie est alors excessive, extravagante. »

On est alors tout proche de la formule de Jacques Lacan :

« La non réponse de l'autre entraîne une fiction extravagante. ».

N'est-ce pas ce que travaille A. Mc. Kibben lorsqu'il cherche à mesurer l'extravagance, *l'excès des fantaisies déviantes* chez des infracteurs en mal de relation. Comme l'écrit Jacques Lacan :

« Si l'objet pulsionnel n'est pas détaché et associé aux combinaisons signifiantes alors le fantasme ne se construit pas. »

## FANTASME : DÉSIR ET AGIR ACTING-OUT : PASSAGE A L'ACTE THINKING-OUT : IMAGINAIRE DÉViant

L'imaginaire, la fiction, l'émotion interfèrent la pensée dans le fantasme, mais aussi la capacité technique de l'homme fut-elle au service de la destruction de son prochain dans la conation (la mise en acte). Aussi analogiquement à la référence d'une même incidence l'*acte pulsionnel* dissociée en *mise en acte*, *acting out* et *passage à l'acte*, voire *recours à l'acte*, la clinique nous enjoint à dissocier dans la même incidence, le *pensé* (imaginé) pulsionnel : le *fantasme* et ses manifestations (les fantaisies), le *thinking out* – ou *meaning out*, et l'*imaginaire déviant*.

Les analyses cliniques semblent montrer que l'imaginaire déviant et le passage à l'acte délictueux à connotation morbide, tel qu'il s'exprime dans l'agression sexuelle dénotent un *débordement émotionnel*. Ce débordement émotionnel comme déjà la clinique grecque l'énonçait : peut être exprimé ou réprimé ; et ce consciemment comme l'analyse et comptabilise le Cognitivisme, ou inconsciemment comme l'analyse et l'évalue la Psychanalyse. D'où probablement provient le côté paradoxalement contradictoire des études concernant les auteurs d'agressions sexuelles, sur le rapport entre le fantasme et les fantaisies, avec l'agi. Le même principe émotionnel peut exprimer sa déréliction par la libération de l'action, et/ou réprimer sa déréliction par l'inhibition de l'action. Le rapport entre la disposition personnelle et le contexte n'est sans doute pas anodin, dans le déclanchement ou le refoulement de l'acte.

## FANTASME ET DÉHISCENCE

Quelques cliniciens, à l'instar du psychiatre psychanalyste C. Balier et sa conception du *recours à l'acte*, du psychologue psychanalyste A. Ciavaldini et le *recours au percept*, montrent qu'en cas de dysfonctionnement de faculté de mentalisation, une personne peut avoir recours à une ou des fonctions biologiques (perception, pulsion) pour compenser le défaut de faculté – ici de l'échange.

Par ailleurs le transsexualisme, qui au demeurant atteint tant le masculin que le féminin, semble montrer un défaut d'appropriation d'identité sociale qui induit un recours à la sexuation, à l'identité sexuelle, pour y pallier comme le montre le psychanalyste R. Stoller. Nous pouvons repérer cliniquement la coalescence psychique d'une « déliaison » (*Entbindung* chez Freud) et d'une ou plusieurs suppléances

de fonctions naturelles et/ou de facultés culturelles (ou plans de rationalité) compensant le défaut déterminant la dél liaison. Ici la dél liaison de la relation et de l'affect, en ce qui concerne la théorisation clinique de C. Balier en filiation à l'*Entbindung* freudien et la dél liaison énoncée par A. Green.

Le psychiatre lausannois B. Gravier exprime avec beaucoup d'acuité clinique la compensation d'un défaut de faculté par une autre, ou par une fonction inhérente au plan de compensation. Pour ce faire il se sert du concept de *déhiscence* (*dehiscens, dehiscere* – s'ouvrir). Le lieu disciplinaire de l'usage, l'acception, de ce concept est surtout la botanique ou le biologique. La trouvaille heuristique du terme en sciences humaines est qu'à l'*ouverture déhiscente* est corrélée l'*échappée* ou l'*échappement*.

Dans le cas de la clinique des perversions et autres manifestations nommées agressions sexuelles, B. Gravier énonce la *déhiscence émotionnelle*. À l'ouverture – la déhiscence émotionnelle – se corrèle l'*échappée des comportements violents*. Dans le cas de configurations perverses et surtout psychotiques, rencontrées dans le champ juridique des agressions sexuelles, la *déhiscence axiologique* – émotion, pulsion, contrainte – vient compenser la *déshérence sociologique*. Cette déshérence sociologique ou personnelle, où l'on retrouve les vécus d'abandon, d'étouffement et d'humiliation dont nous parle la psychologue lausannoise M. Stigler. La déhiscence et son effet comportemental relevés ici dans le champ des agressions sexuelles se retrouvent dans maints cas d'infanticide, ainsi que d'autres homicides (suicide ou altéricide). Postulons cependant, avec J. Gagnepain, que la violence de la déhiscence n'est socialement problématique que lorsqu'elle est englobée dans la compensation agressive et brutale de la déshérence. Agressivité et brutalité qui sont au sociologique ce que l'émotion et la pulsion sont à l'axiologique. La déhiscence axiologique présente de ce fait un fonctionnement émotionnel et comportemental à l'excès. Cet excès compense le défaut de la faculté d'échange et d'appropriation, auquel tente de répondre le thérapeutique, comme le dit B. Gravier. La déhiscence axiologique est un autre mot pour parler de spontanéité pulsionnelle effrénée :

« Et si le groupe était le lieu des affects en déshérence ? », René Char (Pittet, 2005).

Cette notion de déhiscence pour théoriser le recours à l'acte, décrit par Balier comme étant l'*échappée* concomitante à une suppléance en excès de fonctionnement, en la retravaillant s'éloigne de la notion de déhiscence telle qu'elle avait été suggérée initialement, comme discontinuité

fondamentale dans la pensée et le fonctionnement psychique des auteurs d'agressions sexuelles.

Le vecteur de l'émotion et de l'Affect, contenu dans l'état de l'éprouvé d'une relation, d'une situation, d'un scénario, peut être la Pensée. L'imaginaire en ce sens (ne recouvrant pas la notion lacanienne d'Imaginaire de la trinité Réel-Symbolique-Imaginaire), est le recouplement de la faculté logique de penser et axiologique de valoriser, désirer, de libérer ou inhiber son désir.

## *Chapitre 9*

---

# ADOLESCENT DIFFICILE : ÉVALUATION ET TRAVAIL EN RÉSEAU

E. Ollhoff, D. Marcelli

LES TERMES « adolescent difficile » renvoient au diagnostic de *trouble des conduites* à l’adolescence, défini habituellement comme un ensemble de comportements répétitifs et persistants portant atteinte aux droits fondamentaux d’autrui et tendant à violer les normes et règles sociales correspondant à l’âge du sujet (agressions envers personnes et animaux, destruction de biens matériels par le feu ou le vandalisme, mensonge, vol, racket, fugues, école buissonnière, déambulation nocturne). L’ensemble des experts s’entend à l’heure actuelle pour dire qu’on ne peut parler pour un enfant ou un adolescent ni de psychopathie, ni d’organisation de la personnalité à expression psychopathique, ces dénominations ne pouvant s’appliquer en effet à un être en devenir.

Par ses manifestations et ses conséquences, le trouble des conduites se situe à l’interface et à l’intersection de la psychiatrie, du domaine social, éducatif et judiciaire.

## ÉVALUATION

Précisons d'emblée que l'évaluation est rendue complexe chez l'enfant et l'adolescent par la difficile distinction entre les manifestations pathologiques et celles qui relèvent du développement normal. En effet, des moments d'opposition transitoires et non désorganisateurs émaillent le cours du développement de l'enfance à l'adolescence et doivent être reconnus comme normaux. Concernant le trouble des conduites, les seules données indexées et publiées en France concernent le rapport d'Expertise Collective de l'INSERM sur les troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent de 2005<sup>1</sup>. Au niveau épidémiologique, selon les études réalisées en population générale, le trouble des conduites concerne entre 5 et 9 % des garçons âgés de 15 ans. On retrouve une prédominance de garçons, avec une forte stabilité du diagnostic dans le temps : en effet, les 2/3 des enfants pour lesquels le diagnostic de trouble des conduites a été posé présentent encore ce diagnostic à l'adolescence (Inserm, 2005).

Globalement, les études insistent sur la difficulté à repérer précoce-ment des signes qui indiquerait clairement dès l'enfance une évolution vers la psychopathie à l'âge adulte<sup>2</sup>. Il est actuellement difficile de faire la part des choses entre signes précurseurs et comorbidités observées. Le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) (« ensemble de comportements négativistes et provocateurs, désobéissants et hostiles envers les personnes en position d'autorité ») ou le trouble hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA) dans l'enfance font partie des précurseurs possibles du trouble des conduites observé à partir de l'adolescence et à risque d'évolution dans certains cas vers une organisation de personnalité à expression psychopathique à l'âge adulte (HAS, 2005).

Le trouble des conduites évoluerait dans 25 à 50 % des cas selon les études vers des comportements antisociaux plutôt internalisés (type troubles psychiatriques, consommation de produits, conduites sexuelles à risque), tandis que l'hyperactivité avec déficit de l'attention serait plus corrélée avec les conduites antisociales à l'égard du cadre social. Il semble que l'association d'un trouble des conduites avec un syndrome hyperactivité/déficit de l'attention majorerait ce risque évolutif<sup>3</sup>. La précocité d'apparition d'un trouble des conduites est également un

---

1. *Troubles de conduites chez l'enfant et l'adolescent*, Expertise collective, Paris, Inserm, 2005.

2. *Rapport pour l'audition publique prise en charge de la psychopathie*, HAS, 2005.

3. *idem*.

facteur de risque d'évolution vers une personnalité antisociale à l'âge adulte<sup>1</sup>.

Selon Marcelli et Cohen (2005<sup>2</sup>), le diagnostic des troubles des conduites, mis en correspondance avec celui d'organisation de la personnalité à expression psychopathique de l'adulte, entrecroise trois dimensions particulièrement intriquées :

- *Une dimension émotionnelle*, dominée par une difficulté, si ce n'est une impossibilité, à partager avec autrui ses émotions, et dont le manque d'empathie représente l'illustration la plus évidente ; ces troubles affectifs donnent lieu à une certaine froideur, une indifférence, voire une exploitation de l'autre, dans le champ social et/ou familial ;
- *Une dimension pulsionnelle* dominée par l'impulsivité ;
- *Une dimension sociale* et éducative marquée par une intolérance à la frustration et à la montée d'excitation qui en résulte.

Ces troubles sont en lien avec des difficultés d'autonomisation et des difficultés de relation avec les autres, sous-tendues par la fragilité des assises narcissiques. Par ailleurs, les auteurs soulignent l'importance du contexte environnemental intervenant sur la dimension émotionnelle (empathie entre l'enfant et son entourage) et sur la dimension éducative.

Certains facteurs de vulnérabilité ont pu être identifiés, recensés surtout au sein de la pratique clinique des acteurs des champs médical, social et éducatif. Aucun n'est en soi spécifique, c'est leur cumul et leur récurrence qui fera évoquer un diagnostic pathologique. On isole ainsi parmi les facteurs de vulnérabilité individuelle : des facteurs génétiques, des facteurs de tempérament et de personnalité (impulsivité, hétéro agressivité, intolérance à la frustration, impossibilité à partager ses émotions avec autrui, absence d'empathie), le sexe masculin, un handicap physique.

- **On retient dans les éléments de l'histoire individuelle et dans le contexte familial** : une promiscuité physique et/ou psychique, des violences et des humiliations subies ou observées, des ruptures, une instabilité des relations affectives (abandons, placements multiples), une absence de verbalisation dans la famille, trop ou trop peu d'investissement de l'enfant par les parents, parents atteints de troubles mentaux ou d'autres pathologies lourdes.

---

1. Troubles de conduites chez l'enfant et l'adolescent, op. cit.

2. Rapport pour l'audition publique prise en charge de la psychopathie, op. cit.

- **Dans les conditions de vie**, on citera la précarité de l'habitat, l'inactivité, le chômage des parents, la précarité économique. L'absence d'attention aux signes d'appel ou l'absence d'adhésion des parents aux prises en charge proposées est également un facteur de vulnérabilité. Il semble pertinent d'envisager dans l'émergence et le maintien d'un trouble des conduites des interactions entre susceptibilité individuelle et environnement<sup>1</sup>.
- **Les signes d'appel** décrits ne sont là encore pas spécifiques, mais témoignent d'une souffrance et/ou d'un risque ; leur persistance dans le temps et leur cumul doivent faire alerte, de façon non spécifique, et engager une évaluation globale.
  - *Chez l'adolescent, on retrouve* : un absentéisme et des échecs scolaires, des troubles du sommeil, une marginalisation installée, un manque d'empathie (une incapacité à partager des émotions avec autrui, avec sa famille comme avec ses pairs), une forme d'ignorance de l'autre, la recherche d'une satisfaction immédiate (y compris sur le plan sexuel), des bagarres, des conduites addictives répétées avec une composante transgressive affirmée, des prises de risque excessives (accidents répétés, automutilations), des tentatives de suicide<sup>2</sup>.

## TRAVAIL EN RÉSEAU

L'adolescent difficile interpelle par ses manifestations à la fois le secteur sanitaire, le secteur social, le secteur éducatif, et dans certains cas, le secteur judiciaire.

Au niveau sanitaire et social, face à la problématique des adolescents difficiles, l'HAS préconise des actions préventives précoces assorties d'une offre de prise en charge individuelle lorsque c'est nécessaire. Ces actions doivent rentrer dans le cadre d'une stratégie de repérage et de prévention non spécifique, s'attachant à toutes les manifestations de souffrance psychique et pas seulement aux troubles des conduites dont les manifestations sont les plus visibles et les plus dérangeantes<sup>3</sup>. On retrouve dans la littérature internationale différents programmes de prévention du trouble des conduites portant sur les enfants, les parents, et

---

1. *Troubles de conduites chez l'enfant et l'adolescent*, op. cit.

2. *Idem*

3. *Rapport pour l'audition publique prise en charge de la psychopathie*, op. cit.

l'environnement ; en France, à ce jour, aucun programme de prévention n'a fait l'objet d'une évaluation et d'une validation<sup>1</sup>.

Les recommandations concernent le développement des moyens en personnel médical et social des secteurs infanto-juvéniles, la mise en place de protocoles de relais dans la prise en charge des adolescents vers le secteur psychiatrique adulte, le développement des structures type Maison des adolescents, le renforcement des moyens des services intervenant sur décision administrative ou judiciaire auprès des mineurs en danger ou en risque de danger, l'extension du travail de supervision des équipes éducatives, la continuité des prises en charge malgré les changements de situation et de lieu de vie, via la désignation de travailleurs sociaux référents.

Actuellement, les lieux de prise en charge de ces adolescents difficiles peuvent être décrits ainsi :

- **Points d'accueil et d'écoute jeunes** (16 à 25 ans), créés dans un cadre associatif, n'offrant pas de prestation de soins.
- **Secteurs de pédopsychiatrie** : mal répartis sur le territoire selon l'HAS, et surchargés. La continuité des soins entre la prise en charge pédopsychiatrique et le relais par un secteur de psychiatrie générale adulte est un réel problème : l'âge varie d'une région à l'autre, les dispositifs de relais également. L'HAS préconise que soient précisément définies les conditions dans lesquelles les jeunes de 16 à 18 ans sont pris en charge, dans chaque département. Il est nécessaire également que puissent se développer des liens entre les équipes des secteurs sanitaires, mais aussi sociaux, afin de favoriser les transitions de la minorité à la majorité légale.  
Le dispositif des hospitalisations séquentielles, induisant une articulation permanente entre lieux de vie et lieux de soins, doit être structurant et balisé (notion de contrat implicite ou explicite) afin qu'il ne se termine pas dans la rupture et le rejet réciproque.
- **Projet de développement de structures spécifiques destinées aux adolescents**, les maisons des adolescents, dont les missions s'articulent autour de l'accueil, l'écoute, l'information, l'orientation, l'évaluation des situations, la prise en charge médicale, l'accompagnement éducatif, social et juridique. Ces structures sont vouées à travailler en réseau avec les dispositifs existants.

Les troubles du comportement de l'adolescent difficile s'expriment régulièrement dans le milieu scolaire, mobilisant alors les intervenants

1. *Troubles de conduites chez l'enfant et l'adolescent*, op. cit.

du secteur éducatif. En découlent des interventions à type de sanction comme l'exclusion temporaire, voire définitive, du milieu scolaire. L'absence d'ancrage dans le milieu éducatif, et notamment scolaire, constitue un facteur de gravité péjoratif pour l'évolution de ces jeunes. La réintégration du milieu scolaire ou d'une formation professionnalisaante fait partie du projet de prise en charge globale des adolescents difficiles, requérant une collaboration étroite entre les intervenants des différents secteurs. En amont des mesures de sanction, il semble pertinent de proposer des partenariats entre le secteur sanitaire et le milieu scolaire, visant au dépistage et à l'orientation des adolescents manifestement en souffrance psychique – permanences d'évaluation clinique en lycées et collèges, tenues par des professionnels de santé mentale (Marcelli, Braconnier, 2004).

Le secteur judiciaire est souvent amené à intervenir auprès des adolescents difficiles. En effet, le trouble des conduites peut être considéré comme un facteur de risque de délinquance, qui peut jouer en complémentarité avec d'autres facteurs<sup>1</sup>. Les études réalisées en population délinquante montrent (garçons et filles) des prévalences de 30 à 60 % pour le trouble des conduites et de 8 à 30 % pour le TOP<sup>2</sup>. Les troubles du comportement délictueux d'un adolescent difficile peuvent ainsi l'amener à rencontrer la justice pénale des mineurs à la charge du juge des enfants. En effet, une des missions de la justice des mineurs concerne le jugement des mineurs délinquants par l'ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante : en application de cette ordonnance, les mesures éducatives doivent être privilégiées. Les mineurs de plus de 13 ans peuvent faire l'objet d'une condamnation pénale lorsque les circonstances et la personnalité du mineur paraîtront l'exiger. Le juge des enfants instruit les affaires de mineurs et peut juger en audience de cabinet les infractions les moins graves. Le tribunal pour enfants (juge des enfants et deux assesseurs non professionnels) juge les contraventions, les délits et les crimes commis par des mineurs de moins de 16 ans. La cour d'assises des mineurs juge les crimes commis par les mineurs de 16 à 18 ans. La juridiction des mineurs peut prononcer des mesures éducatives (mesure éducative en milieu ouvert ou placement). Elle peut également prononcer des peines (emprisonnement, peines de réparation, travail d'intérêt général). Les possibilités d'incarcérer des mineurs sont toutefois limitées : impossibilité d'incarcérer des mineurs de moins de

---

1. *Idem*

2. *Idem*

13 ans, possibilité seulement dans les cas les plus graves pour les mineurs de moins de 16 ans.

Le cas des mineurs récidivistes repose régulièrement la question des mesures judiciaires appropriées, comme en témoigne le débat actuel (proposition de loi sur la récidive, Dati, 2007). Les mineurs de plus de 13 ans peuvent ainsi être placés dans des centres d'éducation fermés (CEF) dans le cadre d'un contrôle judiciaire. Ces structures d'hébergement à encadrement renforcé (centres éducatifs renforcés et centres éducatifs fermés) ont vu le jour depuis quelques années, afin d'offrir un cadre éducatif plus contenant aux mineurs délinquants récidivistes. L'utilisation du cadre fermé repose sur sa fonction restructurante, matérialisant concrètement l'interdit. Le travail y est pluridisciplinaire, faisant intervenir conjointement les secteurs éducatif et pédagogique, médical, et judiciaire, tout cela autant que possible en lien avec la famille d'origine. L'HAS en 2005 estime qu'il est encore tôt pour mesurer l'efficacité d'un tel dispositif<sup>1</sup>. Il semble nécessaire de rappeler cependant qu'environ 90 % des mineurs délinquants ne récidiveront pas pendant leur minorité ou après leur majorité<sup>2</sup>.

Concernant les mineurs incarcérés, le plus souvent une évaluation psychologique spécialisée est proposée ; les soins (entretiens, ateliers thérapeutiques) sont cependant soumis à leur consentement. Ces soins autorisent aux jeunes de reprendre une position de décideurs dans leurs trajectoires souvent pressenties sur le mode de la fatalité. Certaines équipes rencontrent également la famille dans un objectif de remobilisation des parents dans leur fonction éducative. Ces rencontres peuvent permettre de préparer une éventuelle prise en charge ultérieure à l'incarcération.

Les dispositifs d'intervention dépendent des services de la protection judiciaire de la jeunesse (secteur public et associatif), dont on connaît bien actuellement la pénurie de moyens humains et d'hébergement. De fait, l'emprisonnement est parfois décidé, devant l'insuffisance des mesures éducatives disponibles et adaptées (milieu ouvert et hébergement) (4 000 mineurs incarcérés en 2005 dans les prisons françaises<sup>3</sup>). Globalement, il semble nécessaire de privilégier un soutien éducatif solide, compétent et garanti dans la durée ; cette démarche demande le renforcement des moyens de la protection judiciaire de la jeunesse, ainsi que ceux de l'aide sociale à l'enfance.

1. *Rapport pour l'audition publique prise en charge de la psychopathie*, op. cit.

2. *Idem*

3. *Idem*

## CONCLUSION

L'adolescent difficile provoque ainsi la rencontre entre intervenants des secteurs sanitaires, sociaux, éducatifs et judiciaires. Il semblerait opportun que cette rencontre parfois ressentie comme une contrainte laisse émerger un travail commun volontaire.

Cet objectif suppose que chaque secteur définisse clairement son champ d'intervention. Il apparaît nécessaire de rappeler que seules les situations dans lesquelles des troubles et des pathologies sont avérés relèvent d'une médicalisation. La plupart des autres situations repérées comme difficiles relèvent d'une prise en charge éducative et/ou sociale. Ces considérations ne doivent cependant pas empêcher l'intervention des psychiatres ou des psychologues susceptibles de soutenir les travailleurs sociaux, dans une fonction de supervision. En effet, la prise en charge de telles situations amène régulièrement les équipes à un épuisement qui demande à être soutenu par un travail collaboratif entre les différents secteurs d'intervention.

L'HAS (2005) préconise dans le sens de cette coordination la mise en place de protocoles de travail rigoureux, définissant le rôle de chacun, élaborant des objectifs et des langages communs. Le fondement de cette injonction est la création d'une clinique partagée, c'est-à-dire d'un partage d'informations pertinentes dans le respect des règles déontologiques de chaque profession, au sein d'un réseau qui intègre localement les acteurs médicaux, sociaux, éducatifs et judiciaires. Il semble important de prendre le temps d'évaluer le bien-fondé des décisions et de favoriser les relais pour garantir la continuité des prises en charge.

Le travail en réseau demande d'associer des compétences professionnelles diversifiées et complémentaires des différents champs d'action, en assurant la formation des intervenants, l'objectif étant la cohérence des acteurs. Les dernières années ont vu en ce sens la mise en place de formations pluridisciplinaires concernant les adolescents difficiles<sup>1</sup>.

Des réunions de synthèse régulières conviant les représentants de chaque secteur autour d'une situation clinique semblent un dispositif minimum. Au maximum, la mise en place d'une coprésence continue rassemblant l'éducatif, le judiciaire, le social et la psychiatrie semble le fondement d'un réseau de réflexivité, permettant l'élaboration du quotidien, dans une approche institutionnelle globale.

---

1. Marcelli D., Diplôme inter-universitaire « Adolescents difficiles : approches clinique, psychologique, sociale, éducative et judiciaire ».

La difficulté de ce travail en réseau repose sur le paradoxe suivant : comment concilier à la fois l'émergence d'une force initiatrice de cette collaboration portée par l'un des intervenants et un positionnement de chacun dans une fonction égalitaire de coresponsabilité dans l'organisation de ce réseau ? La reconnaissance mutuelle est sans doute à la base du tissage de liens préfigurant ce réseau de soutien auprès de cet adolescent certes difficile, mais surtout en grande difficulté.



## *Chapitre 10*

---

# LES AUTEURS DE VIOLENCE SEXUELLE

S. Baron-Laforêt

**I**L N'EXISTE pas de profil psychopathologique déterminé par un comportement ou par un mode de passage à l'acte et pourtant nous sommes interrogés à partir d'une conduite.

S'agit-il de pathologie ? En quoi s'agit-il de pathologie ?

La question est fréquemment posée aux experts, aux professionnels de la santé. Cette question est encombrée d'une demande paradoxale : dites-nous que commettre ces actes est « fou » que cela ne fait pas partie du fonctionnement psychique du commun des mortels ; dites-nous que l'on peut les soigner, les changer, ou alors que rien n'y fera, et qu'il faut les enfermer pour ne pas nuire. Oscillations du tout à rien qui nous indiquent le climat de l'exercice, entre fascination et répulsion, références morales en quête de repères.

Pouvons-nous imaginer que des êtres humains, des semblables, agissent de la sorte ? Ces monstres si souvent décrits, comment les recevoir comme des humains, en reconnaître les mouvements émotionnels, sans chercher des excuses, juste pouvoir coexister ? Aborder ces sujets nous confrontera à nos propres repères sur l'humanité, la place de la violence dans la structuration des relations qu'elles soient sociales ou familiales. On ne peut aborder ce sujet sans évoquer les

écrits sur la violence, notamment ceux de René Girard sur la violence et le sacré, ceux de Bergeret sur la violence fondamentale et bien d'autres. Une réflexion sur la place de la violence dans nos organisations sociales, et nos organisations psychiques, peut être nécessaire pour aborder la violence sexuelle qu'elle soit agie au sein de la famille ou en dehors, sur les enfants ou sur les adultes, pour nous permettre de rencontrer ces sujets.

Que nous proposent comme cadres les classifications internationales ? Quelle est la place de la perversité ? Structure ou aménagement ? Que pouvons-nous retenir des apports des classifications ou études épidémiologiques ?

## ÉLÉMENTS D'ANAMNÈSE

Mieux connaître certains traits de leur biographie et de leur fonctionnement, de faire émerger des parcours, des hypothèses peut faciliter d'oser s'intéresser à ces personnes.

Les résultats de la recherche menée en 1995 par A. Ciavaldini (1999) et M.G. Khayat sous la direction de C. Balier nous donne des informations utiles. La recherche proposait de comparer une population d'auteurs de violence sexuelle, 176 personnes entrant en prison, sur 18 sites différents, à une population dite « témoin », auteurs de violence non sexuelle, coups et blessures volontaires ou tentative d'homicide.

La population concernée étant peu nombreuse, les chiffres s'ils sont instructifs, sont parfois moins intéressants que les notions dégagées et leur articulation avec la clinique.

Quelques éléments sont à souligner :

*Un tiers a eu d'autres comportements délictueux le plus souvent non judiciarialisés, vols, infractions aux biens et parfois aux personnes ;*

*Surtout, une fois sur deux les comportements sexuels transgressifs sont apparus à l'adolescence.*

Ce constat est important et identique dans d'autres pays. Elle vient en écho d'hypothèses distinguant des parcours différents :

- des personnes pour lesquelles ces actes vont exister à l'adolescence et s'installer dans un mouvement psychique auquel ils auront préférentiellement recours,
- des personnes qui y auront recours plus tardivement dans leur parcours sans doute dans un registre différent.

Cela met bien sur l'accent sur l'importance de se pencher attentivement sur les adolescents qui commettent des actes de ce type en terme de prévention et d'accompagnement.

*Pour un tiers de la population étudiée, ils reconnaissent que l'acte a eu lieu à une période particulière de leur vie*, période de perte, de deuil, de changement, déménagement, rupture, perte d'emploi. On note chez ces sujets la persistance d'une situation traumatique ancienne et une difficulté à traiter les signaux de la « perte objectale ». L'acte surgirait dans ces cas-là en lieu et place de la défaillance de leur capacité dépressive.

*Dès l'arrivée en prison, un sujet sur quatre, reconnaît avoir déjà pensé à l'acte délictueux avant de passer à l'acte.* Ce passage à l'acte apparaît comme une stratégie anti-dépressive face à l'impossible maîtrise d'une sensation de montée d'une « excitation ».

*De même, un sur quatre, dit avoir eu une « pensée » ou une « image » avant le déclenchement de l'acte* : quand ils la décrivent, ils ne présentent pas une pensée de l'ordre d'une fantasmatique sexuelle ou d'un scénario, mais plutôt une quasi-hallucination, un éprouvé proche de la dépersonnalisation. On retrouve très fréquemment cette notion clinique dans du travail de groupe autour du passage à l'acte.

*L'acte amène un éprouvé d'apaisement, de « retour au calme » après une période de vacillement comme en témoignent des propos fréquents sur le fait de ne pas être soi : « C'est comme si ce n'était pas moi » « C'est comme si j'étais un autre », ou faisant allusion au personnage de Dr Jekyll et Mr Hyde, ou aux personnalités multiples décrites assez fréquemment dans des supports variés, magazines ou feuillets télévisés. Ces propos pourraient être entendus comme un évitement de leur responsabilité. Ils sont aussi le témoin d'un fonctionnement psychique, de la prise de conscience par l'auteur, ce pourquoi le fait de se sentir « anormal » a été retenu comme un bon indicateur thérapeutique.*

*La culpabilité n'est pas différenciée de la honte.* La honte est plutôt celle d'avoir perdu le contrôle de soi plutôt que celle des actes et de leurs conséquences pour la victime. La culpabilité est quasi inexistante traduisant l'incompréhension de la dimension délictueuse de l'acte.

*Moins d'un sur deux perçoit le lien entre l'acte commis et l'incarcération et les conséquences que son acte pourrait avoir sur la victime.* Les événements sont peu reliés entre eux. La plupart, deux tiers, se sentent victimes des évènements, qu'ils semblent subir passivement se présentant comme ne faisant pas de choix dans leur existence. Mais deux tiers disent qu'ils désirent changer, même si ce changement a une composante parfois magique. Ils se disent prêts à beaucoup pour changer dans une idée d'annulation de l'acte commis plus que d'évolution construite. On note

une incompréhension du processus judiciaire, de la place d'un tiers dans le duo auteur-victime, de la place du regard social. Ce qui est efficace pour susciter la demande de changement c'est la condamnation actuelle. L'évocation d'actes antérieurs n'a souvent que peu de résonance.

*Au moment de l'acte, l'important est d'être à l'abri du regard de l'autre* : toute forme d'altérité serait menaçante. Cette notion pourrait être rapprochée d'une visée utilitaire de l'auteur, ne pas être identifié, reconnu par des témoins. En fonctionnement psychique elle est souvent reliée au fait que toute forme d'altérité serait menaçante, viendrait briser l'état fusionnel avec la victime, état dans lequel la victime disparaît en tant que sujet différencié de l'auteur, où elle se trouve annulée dans sa différence, dans son être.

L'analyse des résultats de la recherche souligne que les auteurs d'agressions sexuelles (A.A.S.) sont plus angoissés que les auteurs de violences sans caractère sexuel. Les aménagements phobiques sont retrouvés fréquemment. Ils sont reliés à certains comportements auto agressifs : en effet l'incarcération potentialise les mécanismes phobiques chez les A.A.S. alors qu'elle les atténue pour la population témoin. En milieu libre les A.A.S. présentent moins de phobies que les témoins.

Pour les A.A.S., moins bien organisés sur le plan psychique, l'incarcération potentialise le vécu persécutoire et, paradoxalement une baisse de leur réactivité violente.

L'activité onirique des A.A.S. est moins bien organisée que celle des témoins : elle est pauvre dans la forme et le contenu avec des rêves répétitifs de traumatismes de l'enfance.

### **Vécus d'enfance et d'adolescence**

Les A.A.S. ont été des enfants mieux intégrés que les témoins dans les circuits scolaires.

On note que très tôt leur sommeil présente des perturbations avec des cauchemars reflétant un sentiment d'insécurité profond.

### **La place du traumatisme dans leur histoire et leur devenir**

Dans l'étude citée, un tiers dit avoir subi une agression sexuelle avant l'âge de 10 ans. Il n'y a pas de caractère inéluctable de la répétition, de lien de causalité directe entre le fait d'avoir subi une violence sexuelle et le délit ou le crime commis.

L'auteur a souvent été lui-même victime d'agression sexuelle ou de maltraitances physiques : les chiffres d'antécédents de violence

sexuelle sont souvent supérieurs au tiers évoqué ici. Le plus souvent sans reconnaissance sociale, sans avoir pu en parler à d'autres adultes, famille, enseignants, travailleurs sociaux et sans processus de plainte judiciaire. Le fait d'avoir été victime semble plus fréquent chez ceux qui demandent des soins. On retrouve aussi des antécédents de maltraitance de façon plus large.

Le traumatisme vécu, s'il n'a pas été cicatrisé, devra faire l'objet d'un soutien spécifique comme avec une victime. Sa connaissance peut amener à évaluer des fonctionnements familiaux et peut retentir sur une faible empathie de l'auteur des faits pour la (les) victime (s).

### **Insertion sociale**

Leur insertion sociale est bien meilleure que celle d'auteurs de violences non sexuelles, alors qu'ils ont un plus faible niveau scolaire.

Il s'agit plus d'une capacité de « modelage », de se montrer tels qu'on les attend, ni chômeurs ni « S.D.F. » que d'une réelle intégration.

Cette notion vient interroger nos modalités de « gages » de réinsertion souvent centrés sur le travail, une rémunération continue et un logement. Ces notions élaborées pour l'insertion de modes de fonctionnement plus « psychopathiques » semblent peu opérantes comme signes de changement et d'engagement dans un processus. Les A.A.S. se conformeront à cette demande sociale le plus souvent sans modifier leur relation au social. La demande n'en est pas moins licite, mais il faut en souligner la limite quant à la traduction du respect de la mesure.

## **REPÈRES PSYCHIATRIQUES**

Dans ses recommandations, le jury de la conférence de consensus (Zagury, 1997) rappelle qu'il est « impossible d'isoler des groupes cliniques spécifiques et de distinguer des types de personnalité ou de fonctionnement psychique selon les types d'actes commis par exemple, les pédophiles intra et extra familiaux, les auteurs de viol, etc. »

Tous les experts notent un polymorphisme clinique des auteurs de ce type de conduites déviantes et une infinité diversité des configurations psychopathologiques. Les points communs entre ces différentes formes d'agir sont plus fréquents que ce qui les différencie entre elles.

## Les pathologies peu spécifiques

On retrouve des comportements ou des pathologies peu spécifiques à la délinquance sexuelle :

- Le recours aux toxiques : recours ponctuel ou addiction, à l'alcool, au cannabis ou à d'autres toxiques ;
- L'existence d'un syndrome dépressif retrouvé *a posteriori* et parfois évoqué dans l'état pré existant au passage à l'acte ;
- Des troubles de l'adaptation et du contrôle.

De même des traits de personnalité non spécifiques sont souvent notés : l'immaturité, parfois une intelligence limite, des aménagements de type psychopathique.

Leurs liens avec le comportement déviant doit être questionné.

## Les classifications internationales

La CIM 10 (Classification Internationale des Maladies 10<sup>ème</sup> révision) et le DSM IV (*Diagnostic and statistical Manuel of mental disorder*), ces classifications proposent une organisation d'une pensée psychiatrique descriptive à visée médicale et de type catégoriel. Elles permettent une harmonisation des diagnostics de façon internationale et participent des bases d'échanges interprofessionnelles, dimension importante sur ce sujet avec les échanges nécessaires entre sanitaire, juridique et social.

La description avait été utilisée par le Docteur R. von Krafft-Ebbing qui avait publié en 1886 un ouvrage de référence en la matière *Psychopathia Sexualis* ou *Étude médico-légale à l'usage des médecins et des juristes*.

Dans la CIM10/ICD10, on les retrouve dans les « Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte », catégorie F60-F69, avec les « Troubles de la préférence sexuelle » F-65, l'exhibitionnisme, F65.2, la pédophilie, F65.4.

Dans le D.S.M. IV dans les « Troubles sexuels et Troubles de l'identité sexuelle » sont différenciés les Paraphilies, avec l'exhibitionnisme F65.2(302.4), le Fétichisme F65.0 (302.81), la Pédophilie F65.4(302.82), Le masochisme sexuel F65.5 (302.83), le Sadisme sexuel F65.5(302.84).

A. Casanova rappelle dans son article sur les préférences sexuelles dans le *Dictionnaire de criminologie*, la citation de P. Janet en soulignant son actualité :

« Il y a trouble pathologique quand l'acte sexuel, exécuté d'une manière quelconque, devient dangereux pour l'individu ou pour les autres membres de la société et se trouve par conséquent en opposition avec les lois sociales, quand l'impulsion à cet acte considéré comme excitant devient trop grande, trop exclusive, détermine des déséquilibres dans les forces psychologiques et tend à produire des souffrances et des désordres mentaux. »

## AGGRESSION SEXUELLE ET PERVERSION

Les termes de perversion, perversion sexuelle ou personnalité perverse ne sont pas utilisés dans les classifications internationales. Cependant la question de la perversion comme structure de la personnalité avec sa réputation de fixation, laissant sous-entendre la répétition du scénario et des actes, hante la question de la clinique de l'agression sexuelle.

### Le concept de perversion

S. Freud articule ses recherches sur la perversion avec sa théorie sur le narcissisme. Il introduit la notion de « clivage » du Moi par le biais de la confrontation du sujet à la différence des sexes, c'est-à-dire à la castration. La perversion apparaît alors comme le déni de la castration.

Les travaux de M. Klein contribuent à l'évolution des connaissances sur le développement de la relation d'objet et les stades pré-oedipiens. Stoller mettra l'accent sur la phase de séparation individuation de l'enfant, l'acte pervers étant une résolution momentanée du traumatisme (Cornet, Giovanelli, Mormont, 2003). Le jury de la conférence de consensus retient que « le recours à la sexualité déviant est une tentative de solution, de recours par rapport au déficit narcissique consécutif à l'absence d'images parentales suffisamment bonnes dans le monde psychique interne ».

Il faut être attentif au vocabulaire et différencier :

- les perversions sexuelles,
- les perversions,
- la perversité ou le champ pervers.

La perversion sexuelle a longtemps été définie comme une déviation par rapport à l'acte sexuel dit « normal » : quand l'orgasme est obtenu avec d'autres objets sexuels... ou par d'autres zones corporelles ou

subordonné de façon impérieuse à certaines conditions extrinsèques (fétichisme, transvestisme, voyeurisme, exhibitionnisme, sadomasochisme) celles-ci peuvent même apporter à elles seules le plaisir sexuel.

La perversion sexuelle est construite sur un scénario sexuel ludique. J. McDougall en souligne la fonction pour le pervers : il essaie de se convaincre lui-même et de convaincre autrui qu'il détient le secret du plaisir sexuel, à savoir qu'il n'y a pas de différence entre les sexes.

C. Balier situe la problématique des auteurs de violence sexuelle aux confins de la perversion, la perversité et la psychose. Il souligne que ces sujets recourent à des mécanismes de défense comme le clivage du moi, le déni ou la dénégation pour éviter de sombrer dans l'anéantissement psychique, dans la psychose. Le clivage leur permet d'utiliser deux registres qui ne se superposent pas, voire qui s'ignorent : l'un adapté à la normalité, leur permettant ce que l'on décrit si souvent, la bonne insertion sociale, leur apparence d'être normal, de bon père, bon enseignant... et une face cachée, enclavée, celle de la folie, du passage à l'acte.

C. Balier différencie :

- la perversion sexuelle construite sur un scénario sexuel ludique ;
- la perversité sexuelle qui utilise le recours à l'acte sexuel violent et le clivage du moi pour éviter l'entrée dans la psychose ;
- la perversité, représentation de soi fondée sur la destruction physique et psychique de l'autre.

## VIOLENCE ET DESTRUCTIVITÉ

Un point fait l'accord des experts de la conférence de consensus sur les auteurs de violences à caractère sexuel :

« Ces troubles du comportement sexuel correspondent moins à des troubles de la sexualité qu'à des solutions défensives vis-à-vis d'angoisses majeures concernant le sentiment identitaire, elles-mêmes consécutives à des carences fondamentales de l'environnement primaire au cours de la petite enfance. »

La problématique de la violence, au sens de la destructivité de l'autre, de l'altérité, est au-devant d'une problématique sexuelle.

La notion de perversion au sens de fonctionnement psychique, fait référence à la relation d'emprise (R. Dorey) : besoin de contrôler l'autre, de l'annuler dans la relation, une action d'appropriation par dépossession, une empreinte gravée sur l'autre.

R. Perrone et M. Nannini (1996) détaillent la dynamique de l'emprise et du recours à l'effraction, la captation et la programmation.

*La captation* vise l'appropriation de l'autre, en l'attirant, fixant son attention, captant sa confiance. Quatre voies sont utilisées : le regard, le toucher, la parole et le faux-semblant. Les auteurs décrivent ce « regard qui érode l'étanchéité de l'autre », le trouble qui peut gagner celui qui est l'objet de ce regard.

*L'emprise* vise la destructivité. Elle entame la capacité à penser, à exister. À être un autre.

Le déni de l'altérité, de reconnaître l'autre dans sa différence, son altérité, est retrouvé dans des proportions plus ou moins importantes, mais toujours présent.

Ces mécanismes pourront être utilisés par les auteurs d'agressions sexuelles lorsqu'ils se sentent menacés, vis-à-vis de professionnels, soignants, personnels de justice ou travailleurs sociaux.

B. Gravier et C. Devaud (1995) constatent que les traits pervers font alors obstacle à la relation : malaise de l'interlocuteur qui a du mal à identifier ce qui l'envahit face à un discours qui apparaît cohérent, fascination parfois, banalisation de ce qu'il a pu faire subir à l'autre.

Nous ne pouvons qu'attirer l'attention de tout interlocuteur sur la difficulté de ces entretiens, leur dimension potentiellement destructrice s'ils ne sont pas repris avec d'autres, en équipe, en groupe de supervision...

Les experts d'orientation psychodynamique parlent de « champ pervers » et différencient :

- *Les actes contingents* : les conduites sont dominées par une composante d'immaturité et une dimension névrotique, contingente d'un fonctionnement mental névrotique, psychopathique, état limite ;
- *Les actes prévalents* : les conduites prennent une place centrale dans l'économie psychique globale, et sont un mode d'expression défensif privilégié pour lutter contre l'angoisse de castration, de mort, d'anéantissement, et donc dans le registre de la perversité.

À l'extrême, *les perversités narcissiques* (Zagury, 1997) dont l'organisation défensive est fondée sur le déni, l'expulsion et la projection immédiate sur autrui de toute blessure susceptible d'altérer une représentation de soi invulnérable et sans faille.

## LES TYPOLOGIES

Les classifications classiques étant très descriptives des actes, des auteurs ont proposé des classifications pour penser la singularité de la situation, situer l'acte dans ce qu'il met en scène, basées sur le degré et signification de l'agression, la volonté de contrôle ou de domination, les attitudes irrationnelles, la compétence sociale, la volonté de contrôle ou de domination, l'utilisation de désinhibiteurs.

Elles permettent d'avoir des éléments partageables entre professionnels.

La pratique m'a fait suivre A. Mc Kibben (Aubut, 1993) dans l'intérêt pour la classification de Groth qui différencie des types de fonctionnement selon la relation entre l'agresseur et la victime (les termes ne renvoient pas à des définitions légales des faits).

### Classification de Groth

Aggression sexuelle sur enfant				
Attentat à la pudeur		Viol		
Fixation	Régression	Colère	Puissance	Sadisme

- Dans **attentat à la pudeur**, l'auteur obtient ce qu'il veut de la victime par la persuasion, la séduction ; il propose à la victime un pseudo-rapprochement, une pseudo-relation.

Deux sous-catégories dans cette première catégorie de l'attentat à la pudeur :

- *La fixation*, avec une préférence sexuelle pour les enfants. Peu de désinhibiteurs utilisés en général. Les contacts avec les adultes sont limités ou formels. L'auteur se méfie des adultes et idéalise le monde de l'enfance comme un monde sans agressivité, compréhensif, sincère... ;
- *La régression* : les délits apparaissent à une période de la vie, en série, ils sont limités dans le temps, dans un contexte d'échec, de perte et la présence de désinhibiteurs est fréquente ;

- Dans la catégorie **viol**, l'agresseur utilise les menaces, l'intimidation, la force physique. L'enfant est le réceptacle de l'hostilité ou de désir de domination, soumission de l'agresseur.

Il distingue ensuite trois sous-catégories :

- *La colère* : l'agression est commise pour se venger des injustices qu'il estime avoir subies. Il utilise des obscénités, des injures, et plus de force que nécessaire pour maîtriser les victimes.

- *La puissance* : il veut être maître de la situation, qu'on lui obéisse et n'utilise pas plus de force que nécessaire pour contrôler leur victime. Il donne des ordres, dirige l'échange, interroge la victime sur sa vie personnelle....
- *Le sadisme* : selon un rituel précis, la victime est enlevée, agressée. La douleur, les cris de la victime et sa terreur suscitent l'excitation.

Cette classification est facile à utiliser par différents types de professionnels, permet des recueils d'informations échangeables. On pourra se référer aux ouvrages cités en référence pour d'autres classifications.

Enfin H. Van Gijseghem, dans son ouvrage *La personnalité de l'abuseur sexuel* propose une classification basée sur la capacité de relation d'objet de l'auteur. Il a élaboré cette classification à partir des centaines de personnes vues en expertise ayant commis des actes délinquants à caractère sexuel.

Il différencie cinq grandes catégories :

- La carence ;
- La psychose, prépsychose et l'état *borderline* ;
- La pathologie narcissique ;
- Le registre névrotique ;
- Les troubles organiques et la déficience mentale.

Pour chaque catégorie il utilise une même grille d'analyse en sept points :

1. Éléments étiologiques,
2. Caractéristiques de la relation et du discours,
3. Contre transfert,
4. Nature de l'abus sexuel,
5. Sens de l'abus sexuel,
6. Autres formes d'agir illicite,
7. Facteurs déclencheurs de l'abus.

Ces points font écho à différents vécus et peuvent être discutés en équipe pluriprofessionnelle.

On y retrouve des facteurs de références théoriques différentes cités par les auteurs ci-dessus.

Il décrit notamment très bien la première catégorie de carence, souvent rencontrée et peu décrite. Il propose de différencier deux types de carence :

- La carence passive dépendante ;
- La carence agressive dévorante.

J'en reprends ci-dessous les traits résumés par l'auteur.

## LA CARENCE PASSIVE DÉPENDANTE

- **Éléments étiologiques** : Il souligne le manque flagrant de stabilité dans le contact avec une figure maternante en bas âge et un trajet d'un « subir passivement » sans mobilisation d'agressivité.
- **Caractéristiques de la relation et du discours** : Grande avidité orale, collant. On perçoit un vide émotif. Le sujet décrit des relations en feu de paille.
- **Contre transfert** : Ambivalence de la part du clinicien : désir de réparer, de l'adopter et désir de rejeter ou désintérêt. Malaise dans le comportement « incorporatif », dans l'attitude corporelle qui laisse une impression de doute, de confusion dans l'attitude mêlant ambiguïté de suggestions sexuelles, manque de confiance, besoin de protection...
- **Nature de l'abus sexuel** : Extra ou intrafamilial... L'auteur choisit l'enfant parce que c'est « plus facile », conforme à sa propre sexualité infantile, et qu'il a peur de la femme mature.
- **Sens de l'abus sexuel** : Incorporation : faire le plein pour faire taire une sensation récurrente de vide. La sexualisation des contacts est vue et apprise comme seule manière de se donner de l'affection.
- **Autres formes d'agir illicite** : Vol, vol à l'étalage, chèques sans provision, homme de main dans un gang.
- **Facteurs déclencheurs de l'abus** : « Tout carencé est abusif potentiel ». Le passage à l'acte survient souvent après « frustration », grossesse de la compagne, séparation, perte d'emploi.

## LA CARENCE AGRESSIVE DÉVORANTE

- **Éléments étiologiques** : Sur un même manque flagrant de stabilité dans le contact avec une figure maternante en bas âge. Le sujet mobilise son agressivité et développe une « rage orale » à double but : se gratifier mais aussi se punir. Il se comporte comme une « bouche ouverte qui mord ».

- **Caractéristiques de la relation et du discours :** Avidité dévorante. Revendication constante.
- **Contre transfert :** Il fait peur, repousse. La sympathie et l'empathie disparaissent très vite.
- **Nature de l'abus sexuel :** « Je prends ce qui me tente », les gestes violents et scabreux accompagnent souvent l'acte à caractère sexuel.
- **Sens de l'abus sexuel :** Double : incorporation (faire le plein pour endiguer la sensation de vide) mais aussi attaquer et punir le « sein frustrant ».
- **Autres formes d'agir illicite :** Vols, vols à l'étalage, exploitation aggressive, fraude, toxicomanie et alcoolisme.
- **Facteurs déclencheurs de l'abus :** Comme ci dessus, la frustration est un facteur essentiel.

Ces éléments diagnostics, psychopathologiques sont des bases pour rencontrer, accompagner des personnes auteurs d'actes souvent impensables. Leur rencontre ne sera pas dénuée parfois de situations difficiles. Il ne faudra pas les banaliser, et sera bon de savoir les partager, autant pour les interlocuteurs que pour les auteurs si nous souhaitons amorcer des entrevues, quelles qu'en soit la nature, s'inscrivant dans l'évaluation des réconciliations sociales possibles.



## *Chapitre 11*

---

# LA RESPONSABILITÉ PÉNALE EN DROIT FRANÇAIS ET L'IRRESPONSABILITÉ PÉNALE DES MALADES MENTAUX

L. Leturmy, J.-L. Senon

## NOTION DE RESPONSABILITÉ PÉNALE

La notion de responsabilité qui désigne, de manière simple, l'obligation de répondre des conséquences de ses actes, se traduit, en droit pénal, par la condamnation de l'auteur à l'une et/ou l'autre des peines prévues, par la loi ou le règlement, pour l'infraction considérée (principe de la textualité).

### **Retour sur les écoles de droit pénal**

Pour l'école classique et ses déclinaisons, la responsabilité pénale se fonde sur une conception morale du libre arbitre et se mesure à l'aune de la faute commise.

Ortolan (1859) écrit :

« L'intelligence (...) forme une condition essentielle de l'imputabilité (...), c'est la raison morale, ou la connaissance du bien et du mal moral des actions (...). Les faits nous sont imputables et nous devons en répondre du moment que nous les avons produits comme cause libre et éclairée sur le bien et le mal moral de nos actions bien que nous n'ayons pas eu l'intention du préjudice qu'ils ont occasionné (...). En résumé, les deux conditions constitutives de l'imputabilité sont, chez l'agent, la raison morale et la liberté. Tout ce qui détruit, tout ce qui empêche entièrement en lui l'exercice de l'une ou l'autre de ces facultés détruit l'imputabilité ; tout ce qui restreint cet exercice diminue la culpabilité. »

Garraud (1898), de son côté, affirme :

« La responsabilité sociale ne peut s'appuyer que sur la responsabilité morale. Nous sommes responsables socialement parce que nous le sommes d'abord moralement. Or, la responsabilité morale est la conséquence de la personnalité même. L'homme n'est responsable de ses actes que parce qu'il en est la cause et la cause libre (...). Par conséquent, il faut que celui qu'on veut rendre responsable possède la capacité normale de comprendre ce qu'il veut faire et la faculté corrélative de l'accomplir (...). S'il ne peut y avoir de délit (...) sans le concours de la volonté (...), il ne peut y avoir de coupable que si le délinquant a agi avec une dose plus ou moins grande de liberté. L'imputabilité est le fondement de la répression. »

À l'opposé, le système positiviste, incarné par l'école italienne de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, était fondé sur une conception purement objective de la délinquance. Selon eux, l'infraction n'est pas d'un acte volontaire mais procède de facteurs endogènes ou exogènes qui déterminent son auteur à agir. Rejetant toute politique criminelle reposant sur la notion de libre arbitre, ils substituent à la responsabilité morale une responsabilité légale. La réaction sociale est alors fondée sur la *temebilità*, pour reprendre le terme de Garofalo, la dangerosité, dirions-nous aujourd'hui. Tout individu auteur d'un acte qui cause un tort ou crée un danger est soumis au réflexe de la défense de la Société, sans que les distinctions concernant l'intention, la démence, la responsabilité restreinte n'aient plus d'utilité<sup>1</sup>.

Le droit pénal français n'a pas consacré cette dernière conception de la responsabilité pénale. Reposant sur un jugement de valeur, la sanction pénale ne frappe que ceux qui ont fait un mauvais usage de leur liberté. C'est parce que l'homme est, en principe, libre de ne pas commettre

---

1. ANCEL M., *La défense sociale nouvelle*, Chap. VII consacré à la question de la responsabilité, Cujas, 1920.

l'acte fautif désigné par le législateur qu'il est condamné en cas de passage à l'acte.

### **Imputabilité, culpabilité et responsabilité pénale**

Pour qu'une personne soit pénallement responsable, il ne suffit pas qu'elle ait commis matériellement le comportement interdit par le texte (« élément matériel » de l'infraction). Encore faut-il qu'il soit soutenu par une volonté coupable. Ce deuxième élément, qualifié d'élément « intellectuel », « psychologique » ou encore « moral » de l'infraction, implique que la faute pénale commise – renvoyant au concept de culpabilité –, qu'elle soit intentionnelle ou non intentionnelle, l'ait été par une personne ayant agi avec intelligence et liberté – c'est le concept d'imputabilité.

L'imputabilité vient du latin *imputare* signifiant « mettre au compte de, attribuer quelque chose à quelqu'un ». En droit pénal, cette attribution repose sur deux opérations distinctes :

- *La première*, celle de rattacher l'acte matériel à la personne. D'essence purement objective, il s'agit alors de l'imputabilité matérielle ;
- *La seconde*, celle de s'interroger sur le libre arbitre de la personne afin de vérifier sa capacité de comprendre et de vouloir son acte. C'est ici l'imputation morale dont l'arrêt *Laboube* (Cass. Crim. 13 décembre 1956, Dalloz 1957, jurisp. P. 349, note Patin) a rappelé la place fondamentale en matière de responsabilité pénale :

« Toute infraction, même non intentionnelle, suppose que son auteur ait agi avec intelligence et volonté. »

De cette formule il s'en déduit que l'imputabilité morale, précédant l'examen de la culpabilité, implique une conscience ou un discernement suffisant permettant d'établir que la personne avait, au moment des faits, la faculté de comprendre la portée de ses actes et la liberté d'agir.

### **LE TROUBLE MENTAL, CAUSE SUBJECTIVE D'IRRESPONSABILITÉ PÉNALE**

Le code pénal définit les causes d'irresponsabilité pénale. En leur sein, une distinction classique différencie les causes « objectives » des causes « subjectives » :

- Les premières reposent sur des circonstances extérieures à la personne (*ordre ou permission de la loi, commandement de l'autorité légitime, légitime défense et état de nécessité*) et retirent aux faits leur caractère d'infraction par la neutralisation de la loi pénale ;
- Les secondes, personnelles à l'agent, interdisent que l'infraction commise puisse lui être reprochée sans pour autant effacer le caractère délictueux des actes accomplis. Autrement qualifiées de « causes de non-imputabilité », elles se justifient :
  - soit à raison du défaut de volonté libre (*contrainte et erreur de droit*),
  - soit du fait de l'absence de discernement (*minorité et trouble psychique ou neuropsychique*).

## **Le code pénal de 1994**

S'agissant du trouble mental, le texte de référence est l'article 122-1 du code pénal. Celui-ci dispose, alinéa 1 :

« N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique 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 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. »

Sur le fond, ce texte se situe dans la continuité des solutions antérieures en distinguant deux niveaux d'étude de la responsabilité en fonction de la clinique au moment des faits.

### *L'abolition du discernement*

L'alinéa 1 de l'article 122-1 s'inscrit une longue tradition juridique, qui remonte au droit romain (« *Furiosus dolic apax non est* ») et que reprenait déjà avant lui l'article 64 de l'ancien code pénal de 1810 selon lequel :

« Il n'y a point de crime ou de délit lorsque le prévenu était en état de démence au moment de l'action. »

Cette formulation était elle-même directement inspirée des travaux de Pinel insistant sur l'opposition radicale entre le malade mental, irresponsable et relevant d'une prise en charge psychiatrique, et le criminel, responsable et donc punissable.

L'irresponsabilité pénale découle ici de la perte de tout discernement, quelle que soit la nature du trouble qui en est à l'origine. Seules comptent en effet la mesure du trouble et son concomitance avec la commission de l'infraction.

L'irresponsabilité pénale pour cause d'abolition du discernement s'accompagne de règles procédurales particulières dont certaines ont été modifiées, en février 2008, par la loi relative à la rétention de sûreté (voir infra).

La première demeure de droit positif. Ainsi lorsque les conclusions de l'expert sont de nature à conduire à l'application de l'alinéa 1 de l'article 122-1, la partie civile dispose d'un délai de quinze jours pour présenter ses observations ou formuler une demande de complément d'expertise ou de contre-expertise. La contre-expertise sollicitée est de droit et doit être accomplie par au moins deux experts (article 167-1 du code de procédure pénale).

Les deux autres, aujourd'hui supprimées, doivent être citées pour mémoire. L'ordonnance de non-lieu motivée par l'abolition du discernement à raison de troubles mentaux devait préciser s'il existait des charges suffisantes établissant que l'intéressé avait bien commis les faits qui lui étaient reprochés (article 177 du code de procédure pénale). Il s'agissait là de bien marquer l'imputation matérielle des faits malgré leur non-imputabilité au plan pénal. Par ailleurs, en cas d'appel de l'ordonnance de non-lieu motivée par les dispositions du 1<sup>er</sup> alinéa de l'article 122-1, la Chambre de l'instruction devait, à la demande de la partie civile, ordonner la comparution personnelle du mis en examen dès lors que son état le permettait. Dans cette hypothèse, les débats se déroulaient et l'arrêt était rendu en séance publique (article 199-1 du code de procédure pénale).

### *L'altération du discernement*

L'alinéa 2 de l'article 122-1 se voulait, dans les travaux du code pénal de 1994, le résultat de l'évolution de la clinique psychiatrique et de la thérapeutique. La remise en cause, par nombre d'auteurs, de la simplicité de la clinique de l'aliénation établie par Pinel a amené à une complexification de l'expertise psychiatrique. Est ainsi apparu le concept de « responsabilité semi-atténuée des semi-alienés ». La circulaire Chaumier du 20 décembre 1905 traduisait cette évolution en

demandant à l'expert « de dire si l'examen psychiatrique ne révèle point chez l'accusé des anomalies mentales ou psychiques de nature à atténuer, dans une certaine mesure, sa responsabilité ».

Le code pénal actuel inscrit cette différentiation en invitant le juge à prendre en compte la simple altération du discernement au moment des faits lorsqu'il se prononce sur la peine et en fixe le régime.

Malgré ce dispositif, nombre de commissions et de travaux dressent le constat d'une pénalisation accrue des personnes atteintes de troubles mentaux. Celle-ci résulte en tout premier lieu dans le fait que les juges délaissent l'alinéa 1<sup>er</sup> pour se tourner vers l'alinéa second permettant ainsi l'affirmation de la responsabilité pénale et le prononcé d'une peine et leur incarcération. Par ailleurs, de l'avis général des acteurs de terrain, il apparaît que les juridictions, loin de tenir compte *in mitius* des dispositions de ce second alinéa renforcent au contraire le *quantum* des peines prononcées dans un souci apparent de défense sociale. En clair, l'esprit de l'article 122-1 alinéa 2 est ainsi détourné et paradoxalement il vaudrait mieux « bénéficier » d'une responsabilité totale plutôt que d'une responsabilité atténuée<sup>1</sup>.

### **La loi relative à la rétention de sûreté de 2008**

Plusieurs rapports récents, consacrés directement ou indirectement à la question de la dangerosité, ont formulé des propositions variées pour revoir le traitement judiciaire des auteurs d'infractions sexuelles reconnus malades mentaux.

La première tient à l'organisation d'une audience spécifique ayant pour objet l'imputabilité de l'infraction commise à la personne dont le discernement était aboli au moment des faits. Née en 2003, cette idée fut successivement reprise dans le rapport Burgelin (Commission santé-justice, intitulé *Santé, justice et dangerosités : pour une meilleure prévention de la récidive*, 6 juillet 2005), puis dans le rapport Garraud (rapport intitulé *Réponses à la dangerosité*, 18 octobre 2006). Il s'agirait d'organiser un nouveau procès, après l'audience pénale ayant conclu à l'irresponsabilité pénale, aux fins de statuer sur l'imputabilité des faits reprochés dans le but, non dissimulé, de répondre aux attentes des victimes.

Les autres ont trait à la nature des mesures applicables d'une part aux personnes déclarées irresponsables, d'autre part à celles qui, bien

---

1. « Rapport de l'audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale » *in* SENON J.-L., PASCAL J.C., ROSSINELLI G., 2008.

qu'atteintes de troubles psychiques, ont été déclarées pénalement responsables. À l'égard des premières, il est, pour l'essentiel, proposé de renforcer la prise en charge sanitaire par un accroissement de la capacité d'accueil et des moyens des unités pour malades difficiles. Vis-à-vis des secondes, le rapport Garraud, dans la continuité du rapport Burgelin, propose la création de deux mesures :

- Un suivi de protection sociale, en milieu ouvert, à l'encontre des auteurs d'infractions ayant purgé leur peine privative de liberté et présentant une dangerosité persistante. Prononcée pour une durée illimitée, elle serait révisable tous les deux ans ;
- Une mesure de sûreté exécutée en milieu fermé, au sein d'un centre fermé de protection sociale à l'encontre des auteurs de crimes qui après leur peine, témoignent d'une dangerosité criminologique et particulièrement forte. Cette mesure est également conçue à durée indéterminée mais révisable annuellement.

Dans la poursuite de ces propositions, la loi relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental a été votée en février 2008. Pour l'essentiel, celle-ci :

- *Introduit une procédure particulière* (art. 706-119 et suivants nouveaux CPP) applicable lorsque l'abolition du discernement, sur le fondement de l'alinéa 1<sup>er</sup> de l'article 122-1 est constaté. Le vocabulaire est modifié. À l'ordonnance de « non lieu » du juge d'instruction est substitué larrêt « d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental » rendu par la chambre de l'instruction. Cette décision, qui fait suite à une audience publique, avec comparution de la personne mise en examen lorsque son état le permet, reconnaît l'irresponsabilité pénale mais déclare qu'il existe des charges suffisantes contre l'intéressé d'avoir commis les faits qui lui sont reprochés (imputation matérielle) et prononce, s'il y a lieu, une ou plusieurs mesures de sûreté parmi l'interdiction de rentrer en relation avec la victime de l'infraction ou certaines personnes ou catégories de personnes, l'interdiction de paraître dans tout lieu spécialement désigné, l'interdiction de détenir ou de porter une arme, l'interdiction d'exercer une activité professionnelle ou bénévole, la suspension du permis de conduire ou son annulation avec l'interdiction de solliciter la délivrance d'un nouveau permis. Ces mesures, prononcées après une expertise psychiatrique, peuvent aller jusqu'à dix ans en matière correctionnelle et vingt ans en matière criminelle lorsque les faits commis constituent un crime ou un délit puni de dix ans d'emprisonnement. La personne peut demander au juge des libertés et de la détention la modification ou

la levée de l’interdiction, la levée supposant une nouvelle expertise psychiatrique. En cas de rejet de la première demande, une nouvelle ne peut être déposée avant l’expiration d’un délai de six mois. Les mêmes dispositions valent lorsque l’irresponsabilité pénale est prononcée au stade du jugement, pour le tribunal correctionnel (art. 06-133 CPP) ou la Cour d’assises (art. 706-129 et s. CPP) ;

- *Crée la « rétention de sûreté » dans des « centres socio-médico-judiciaires de sûreté » dans lesquels est assurée une prise en charge sociale, médicale, et psychologique. Celle-ci s’adresse aux personnes (celles condamnées pour assassinat, meurtre, torture ou acte de barbarie, viol, séquestration, enlèvement sur victime mineure – ou sur victime majeure si ces infractions sont aggravées – à une peine de réclusion criminelle au moins égale à quinze ans) qui, à l’issue de leur peine, présentent une « particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive parce qu’elles souffrent d’un trouble grave de la personnalité ». (Il faut noter des débats parlementaires où cette dernière précision a été ajoutée aux fins, dans l’esprit du moins, d’exclure des prévisions de la loi nouvelle les personnes atteintes de troubles psychiques ou neuropsychiques. Qu’en sera-t-il en pratique ?).*

La décision de placement est subordonnée à plusieurs conditions :

- *Conditions de fond : la rétention doit constituer l’unique moyen de prévenir la récidive et les obligations résultant du fichier judiciaire national automatisé des auteurs d’infractions sexuelles ou violentes, d’une injonction de soins ou d’un placement sous surveillance électronique mobile doivent paraître insuffisantes à y satisfaire ;*
- *Conditions procédurales : un examen, au moins un an avant la date de libération, effectué par la commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté afin d’évaluer la dangerosité (à cette fin, placement de la personne pour au moins 6 semaines dans un centre chargé de l’observation des personnes détenues, et expertise médicale réalisée par deux experts).*

La décision de placement, émanant de la juridiction régionale de la rétention de sûreté à la suite d’un débat contradictoire, et public si le condamné le demande, est prise pour une durée d’un an, renouvelable selon les mêmes modalités et pour la même durée. Un recours est ouvert devant la juridiction nationale de la rétention de sûreté.

Dans ce second volet, la loi nouvelle ne peut s’appliquer qu’aux personnes jugées pour des faits commis après sa promulgation (décision du Conseil constitutionnel du 21 février 2008). La rétention de sûreté n’entrera donc en vigueur que dans 15 ans.

## CONSÉQUENCES DE L'IRRESPONSABILITÉ PÉNALE : ÉTAT DES LIEUX ET QUESTIONS ACTUELLES

Les conséquences de l'irresponsabilité pénale font l'objet de multiples débats depuis quelques années. Ils portent tout autant sur la nature juridique du contrôle des soins que sur l'incidence de la pratique expertale depuis le nouveau Code pénal de 1994 qui sépare l'ancien état de démence du code de 1810, en abolition ou altération du discernement.

### **Le problème de la juridiction compétente pour le malade mental irresponsabilisé**

Les conséquences de l'irresponsabilité pénale des malades mentaux peuvent amener à deux situations différentes en législation comparée dans les pays européens :

- *Dans un premier cas* le juge pénal conserve après le non-lieu le pouvoir de décider des mesures appliquées au délinquant malade mental en ce qui concerne par exemple la durée et la nature du traitement, ou les mesures de contrôle pouvant être imposées au malade mental irresponsabilisé ;
- *Dans un autre cas*, le juge pénal est dessaisi au profit de la juridiction administrative qui peut ou non prononcer un internement dans un hôpital psychiatrique en fonction non pas du code pénal mais du code de la santé.

La France est un des seuls pays à avoir retenu, depuis la première loi d'internement de 1838, le dessaisissement du juge pénal au profit de la juridiction administrative, en l'occurrence le préfet.

En Allemagne, le tribunal peut prononcer le placement du délinquant malade mental en hôpital psychiatrique dans des conditions précisées par les textes : il doit y avoir un danger pour la collectivité ou un danger directement lié à l'état mental ou une possibilité vraisemblable « et non possible » de récidive.

En Italie, l'article 222 du code pénal prévoit que les personnes irresponsabilisées sont acquittées et internées dans un hôpital psychiatrique si la dangerosité est confirmée.

En Grande-Bretagne, devant une irresponsabilité pénale prononcée pour un délit ou un crime commis par un malade mental, le juge peut placer en hôpital psychiatrique ou mettre sous tutelle des services sociaux ou encore obliger à un traitement adapté dans une structure hospitalière.

En Espagne le tribunal peut prononcer une mesure de sûreté. Dans ce cas, le placement en hôpital psychiatrique prend la place de la peine de prison et l'obligation de soins se substitue aux autres peines. Le code pénal espagnol prévoit que la durée de placement ne peut dépasser la peine de prison qui aurait été encourue.

La plupart des législations européennes en dehors de la France donnent donc au juge pénal le pouvoir de décider des mesures de contrôle et de soins applicables aux délinquants atteints de troubles mentaux et notre pays est un des seuls où le code de la santé se substitue au code pénal dans ces situations en privilégiant le soin apporté au malade mental.

### **L'accumulation des malades dans les prisons est-elle exclusivement à rapporter au faible pourcentage d'irresponsabilités pénales en application de l'article 122-1 al. 1 ?**

Depuis les années 2000, de multiples enquêtes ont été réalisées pour évaluer le pourcentage de malades mentaux et notamment de schizophrènes séjournant dans les établissements pénitentiaires. Les rapports des secteurs de psychiatrie retrouvaient par exemple 5 % de schizophrènes à la maison d'arrêt de Troyes, 5,8 % au centre pénitentiaire de Nantes, 7 % au centre de détention saint Mihel, 11 % de psychoses chroniques à la maison d'arrêt d'Angers, 12 % au centre pénitentiaire de Châteauroux (Senon, Manzanera, 2006). Dans une recherche coordonnée par F. et B. Falissard à la demande de la Direction Générale de la Santé et de la Direction de l'Administration Pénitentiaire, une étude longitudinale et transversale réalisée sur 23 établissements pénitentiaires français représentatifs a pris en compte près de 800 hommes et 100 femmes détenus en métropole et 100 hommes incarcérés dans les DOM (Rouillon, 2008). La prévalence de la schizophrénie a été retrouvée entre 3,8 et 8 % et celle des psychoses chroniques non schizophréniques entre 1,6 et 8 %. Cette prévalence est de deux à trois fois supérieure à celle qui a été retrouvée dans la méta-analyse de Fazel et Danesh publiée en 2002 et dans les travaux internationaux (tableau 11.1). Cette recherche a soulevé tout un débat pour savoir si ce fort pourcentage de psychotiques chroniques dans les structures pénitentiaires était rapporté au faible taux des irresponsabilités pénales en application de l'article 122 –1 alinéa 1 ?

Dans le même temps il était constaté effectivement que les irresponsabilités pénales en application de l'article 122-1 alinéa 1 du code pénal se situaient à un très bas niveau depuis les années 1987, ne concernant qu'aux alentours de 0,40 % des affaires pénales. Depuis quelques années,

*Tableau 11.1. Données épidémiologiques sur les pathologies psychiatriques en détention (% population pénale)(Senon, Manzanera, 2006)*

Pathologies psychiatriques	Études internationales					Études françaises		
	Fazel Danesh Méta-analyse	Roesch	Teplin	Motiuk	Gravier 1999	Gallet 2000	Dauver 2001	DGS-DAP 2004 (Mini)
Psychoses chroniques	4	5	4	3	3,15	3,5 (MA) 4,6 (CD)	4,75	3,8 à 8% de schizophrénies 1,6 à 8% de psychoses chroniques autres
Dépression	12	10	14	/	3,5	/	/	18
Personnalité antisociale	20	64	47	57	11	/	15,5	30

les irresponsabilités pénales ne concernent qu'entre 200 et 300 malades mentaux par an ayant commis un crime ou un délit.

*Tableau 11.2. Évolution des dossiers article 64 puis 122-1 al 1 CP  
(Senon et al., 2008)*

	1987	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	2000	01	02	04	05
Nb	444		511		372		370		340		190	211	286	287	299	285	203	212
%	0,46	0,51	0,67	0,55	0,51	0,72	0,61	0,51	0,46	0,42	0,28	0,45	/	/	/	/	/	

On constate sur le tableau 12.2 reprenant l'évolution des dossiers article 64 puis 122-1 alinéa 1 CP que les irresponsabilités pénales se situent depuis 1987 à un très bas niveau des affaires jugées par les juridictions pénales et que depuis ces deux dernières années leur nombre semble décroître pour ne concerner qu'environ 200 malades mentaux délinquants par an. À ces chiffres il faut ajouter les classements sans suite pour irresponsabilité pénale qui se situaient à plus de 3000 en 2002 ainsi que les classements sans suite pour état mental déficient qui atteignaient près de 6000 dossiers la même année.

Aucune donnée chiffrée n'est disponible sur le nombre des malades mentaux considérés par l'expert psychiatre comme ayant un discernement altéré selon l'article 122-1 alinéa 2 du code pénal. On peut néanmoins penser que, depuis le nouveau code pénal, les experts retiennent plus aisément l'altération du discernement plutôt qu'envisager une

abolition du discernement. De nombreux rapports d'inspection générale se posent la question de savoir si l'altération du discernement n'est pas à l'origine d'une sur-pénalisation avec allongement de la durée des peines devant une réaction sécuritaire des jurys d'assises. Devant ces constatations, la commission de l'audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale suggère une réécriture de l'alinéa 2 de l'article 122-1 du code pénal. Pour la commission d'audition, cette rédaction devrait permettre à la personne atteinte au moment des faits d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes, de bénéficier d'une atténuation réelle de responsabilité avec minoration de peine par exemple sous la forme d'une excuse atténuante de responsabilité partielle ; dans la proposition de la commission d'audition, la peine privative de liberté prévue ne pourrait être supérieure à la moitié de la peine encourue, la durée restante dans donnant lieu à une obligation de soin fixée et réévaluée en fonction de l'état clinique du malade mental délinquant (Senon *et al.*, 2008<sup>1</sup>).

Au-delà des problèmes liés à l'expertise pénale, l'accumulation des malades mentaux dans les prisons peut aussi être rapportée à l'empilement de lois pénales sécuritaires que connaît notre pays depuis 2002 et à une célérité accrue de la justice qui fait que nombre de malades mentaux ne sont pas reconnus en tant que tels dans les jugements rapides comme la comparution immédiate.

---

1. *Idem*

## *Chapitre 12*

---

# OUTILS D'ÉVALUATION EN PSYCHOCRIMINOLOGIE

### Esquisse critique

F. Millaud, B. Poulin, R. Lusignan, J.-D. Marleau

**L**ES OUTILS d'évaluation utilisés en psychocriminologie visent la détermination de la responsabilité criminelle mais surtout l'évaluation du risque de récidive et de façon plus large celle de la dangerosité.

Les instruments utilisés afin d'établir les risques de comportements violents s'appuient sur des conceptions différentes de la nature de la science. De façon sommaire, en reprenant la grille paradigmatische développée par Burrell & Morgan (1979), on peut identifier deux approches conceptuelles :

1. ***L'approche objectiviste*** considère la réalité comme étant observable, mesurable et vérifiable. D'un point de vue épistémologique, le savoir se base sur l'observation de la régularité de certains phénomènes à partir de laquelle des lois peuvent être émises à titre d'hypothèses puis vérifiées dans une entreprise visant la prédiction des phénomènes humains. Dans le même ordre d'idées, la nature de l'homme est vue comme étant déterminée par l'influence de son environnement. Enfin, au plan méthodologique, l'approche objectiviste se base sur des

protocoles de recherche et des techniques nomothétiques dérivées des sciences physiques et statistiques. Cette première stratégie d'évaluation dite actuarielle vise à prédire les comportements violents sur une base purement probabiliste, sans chercher à comprendre pourquoi les facteurs sont liés à ces comportements. Le *Violence Risk Appraisal Guide* (VRAG) (Quinsey, 1998) est un exemple d'instrument que l'on peut inclure dans ce type d'approche.

2. **L'approche subjectiviste** considère plutôt la réalité comme étant dépendante de la conscience humaine. Dans ce courant d'idées, l'épistémologie réfère à la réflexion du répondant : la nature des sciences est une construction faite à partir d'idées et de concepts utilisés afin de décrire la réalité. La nature de l'homme repose, ici, sur la notion de libre arbitre. La conception de la recherche s'avère également idéographique : centrée sur l'importance de refléter le point de vue unique du répondant. Cette conception caractérise l'approche clinique et qualitative, basée sur le jugement de l'évaluateur et liée à la prévision des risques de violence pour un individu particulier. À titre d'exemple, le test du *Rorschach* (1921) s'inscrit dans la ligne de pensée de cette seconde stratégie d'évaluation.

Par ailleurs, sur le plan historique, même si la dangerosité du malade mental préside aux fondements de la psychiatrie, elle ne reprend le devant de la scène que vers la fin des années 1970. Se pose alors la question de la capacité de prédiction de la violence par les cliniciens, basée sur le seul jugement clinique. Plusieurs études montrent alors une incapacité presque totale des cliniciens à prédire la violence (Cocozza, 1976 ; Steadman, 1983) et on se tourne de nouveau vers les approches actuarielles, s'appuyant sur les prémisses de la prédiction criminologique des années 1930, reprises par Meehl dans les années 1950, qui nous indique qu'« une fois rassemblées les données [...], la prédiction elle-même pouvait être confiée à un employé de bureau ».

Au début des années 1990 cependant, les études citées précédemment sont critiquées sur le plan méthodologique et la capacité de prédiction de la violence à court terme par les cliniciens est reconnue. On se rend bien compte par contre que de façon plus générale le désir de prédire l'avenir dépasse largement le seul désir des cliniciens et est profondément ancré dans le discours sociopolitique. On s'avoue (enfin !) que la prédiction du comportement humain est bien trop complexe pour être totalement fiable et que la perspective d'erreurs aux conséquences possiblement dramatiques rend vaine cette position. Aucun outil d'évaluation, actuariel ou clinique, aucun jugement clinique seul ou étayé par des outils systématisés ne peut apporter de certitude dans ce domaine. La prédiction

pure est donc abandonnée au profit de l'évaluation du risque de violence. Il s'agit de tenter de donner une réponse probabiliste à cette question de la prédiction et non plus catégorique. Les décisions prises dans ce contexte s'appuient donc sur l'identification des facteurs de risque de violence qui sont de mieux en mieux connus dans la littérature scientifique, leur mode d'expression, la présence de facteurs de protection, la nature du dommage pressenti. Il s'agit aussi de définir chaque fois ce qui peut être un risque acceptable...

L'avancée des connaissances permet une approche plus rigoureuse mais ne diminue pas pour autant la difficulté des évaluations et surtout des décisions à prendre. C'est pourquoi on s'intéresse de plus en plus à l'articulation de ces évaluations avec la prise en charge ou les soins optimaux nécessaires pour cette population.

En tenant compte de ce bref rappel, les dates d'apparition des outils d'évaluation leur donnent une coloration plus particulière. Les outils les plus récents tiennent compte des corrélations établies entre certains facteurs de risque et la violence. Le START<sup>1</sup> inclut la notion de facteurs de protection. La tendance actuelle priviliege le jugement clinique structuré, à l'aide d'outils comme l'échelle HCR-20. Cependant d'autres outils, actuariels, comme le VRAG, ont les faveurs de certains milieux carcéraux canadiens.

Outre des positions théoriques différentes, tel que discuté un peu plus haut, beaucoup d'autres facteurs nous semblent intervenir dans le choix des outils d'évaluation et leur utilisation : le type de population évaluée, les ressources du milieu, le type d'organisation du milieu (clinique versus carcéral), le mandat social donné, etc.

On doit aussi souligner la spécificité de certains instruments destinés aux délinquants sexuels comme le SVR-20 ou la PCL-R destinée à l'évaluation de la psychopathie et qui possède de fortes corrélations avec la récidive criminelle, la violence et la violence sexuelle. On peut mentionner également le SARA, centré sur la violence conjugale. Dans l'esprit d'aider le clinicien à systématiser son jugement et à le guider dans son raisonnement, Monahan et son équipe (2001) ont créé un arbre décisionnel informatisé(*Interative Classification Tree*) qui tente d'intégrer les connaissances actuelles et les situations cliniques habituelles en rapport avec les problèmes d'évaluation de dangerosité.

Les outils plus anciens élaborés à des fins diagnostiques et pour préciser plus particulièrement les profils de personnalité avec leurs

---

1. La définition des acronymes est donnée au tableau 29.1.

différentes composantes, sont aussi utilisés de façon courante. On citera les trois principaux : le MMPI, le Rorschach et le Millon.

- **Le MMPI**, outre ses propriétés diagnostiques, permet d'identifier des profils à risque de passage à l'acte. Ainsi, chez un sujet qui présentera, par exemple, un bon profil de validité, et dont les échelles cliniques principales présenteront des élévarions significatives aux échelles 4 et 6, soit respectivement Psychopathie et Paranoïa, on peut s'attendre à ce qu'il ait une propension marquée au passage à l'acte. Et si, en plus, l'échelle 9, de Manie est élevée et que l'échelle 0 d'Introversion Sociale est basse, on comprendra que le risque de passage à l'acte est encore plus élevé. On aura évidemment besoin d'autres indicateurs (autres tests et échelles, entrevue), afin de déterminer la nature probable du passage à l'acte. Il va sans dire qu'une agression verbale ou envers les objets, si elle peut s'avérer menaçante, est de gravité moindre qu'une agression physique.
- **Au Millon**, encore là dans un protocole valide, si on constate des élévarions significatives à une combinaison d'échelles parmi les : Narcissique, Antisocial, Sadique, Borderline, Paranoïde, ajoutée à Trouble bipolaire maniaque et/ou à Dépendance aux drogues ou Dépendance à l'alcool, il faudra vraiment se questionner, à la lumière des autres indicateurs et informations à notre disposition, sur la nature de la dangerosité présente chez le sujet.
- **Au Rorschach** enfin, les sujets identifiés comme psychopathes selon le PCL-R contrôleront souvent le nombre, et tenteront de contrôler aussi leurs réponses (Gacono, 2000). Sans les résultats au PCL-R, ce type de protocole caractérise aussi souvent les sujets se retrouvant devant une évaluation pouvant influer sur leur degré de liberté à venir, et ne constitue pas en soi un indice de dangerosité. Toutefois, il va de soi que les ratios obtenus selon la méthode d'Exner, lorsque le protocole contient suffisamment de réponses pour être interprétable, et qui témoignent d'un narcissisme et d'un sadisme particulier, de peu d'anxiété, et d'une pauvre capacité d'attachement, ne sont pas sans soulever la question du potentiel de violence. C'est d'autant plus le cas si l'organisation de la personnalité s'oriente autour de défenses primitives de clivage, de déni massif, d'identification projective et d'omnipotence. Les défenses névrotiques plus évoluées sont généralement absentes. On peut retrouver également du narcissisme en miroir, des limites du moi floues, et des relations d'objet primitives.

D'autre part, il n'existe pas encore d'outil d'évaluation de la violence spécifiquement développé pour les femmes et il a fallu attendre l'année

2000 avant qu'un instrument destiné aux mineurs n'apparaisse (SAVRY). Enfin, certains outils (OAS, VIAOT, IMPC) visent plus particulièrement l'évaluation de la violence en milieu hospitalier et les progrès thérapeutiques effectués.

On trouvera dans le tableau 12.1, plusieurs instruments pouvant contribuer à l'évaluation de la dangerosité, avec les années de parution et la population ciblée. Il s'agit d'une liste non exhaustive.

La question de la validité de ces outils est tout à fait centrale aux plans scientifiques et cliniques. En effet, les critiques les plus virulentes sur certains outils de mesure ont trait à la notion de validité. Un bref rappel de cette notion nous paraît nécessaire avant d'aller plus loin. La notion de validité porte sur la nature même de l'objet de recherche ; par conséquent les chercheurs et les cliniciens veulent savoir si ces outils mesurent la bonne chose. Il existe plusieurs types de validité : la validité de construit, la validité de contenu, la validité concomitante et la validité prédictive. Tous les outils mentionnés ne possèdent pas les mêmes niveaux de validation.

Les populations qui ont servi à la validation de la plupart de ces instruments ont des caractéristiques particulières (contexte culturel, milieu spécifique, etc.) et la rigueur devrait inciter à la prudence quant à leur utilisation large. Les traductions et par conséquent l'usage de ces instruments à d'autres populations devraient entraîner un second processus de validation. Plusieurs instruments sont de conception anglo-saxonne, validés avec une population anglo-saxonne et ne sont pas a priori transférables à d'autres populations. Certains problèmes de traduction peuvent également survenir. Ce point est martelé par Cloutier (2004) dans un article récent sur le MMPI. Ainsi, le MMPI-2 a été traduit et validé en France, mais cette version comprend des items dont la formulation ne tombe pas sous le sens au Québec, ce dont on doit tenir compte dans l'interprétation des résultats. Il s'agit essentiellement d'un problème de rentabilité. En effet, le Québec ne comptant pas plus de sept millions de francophones, il n'est pas évident que les détenteurs des droits de propriété intellectuelle investiront dans un coûteux exercice de validation. Il n'en demeure pas moins que sur le plan pratique la version française est utilisée comme telle et considérée valide par les cliniciens et admise dans les processus judiciaires. Cette façon de faire soulève néanmoins une foule de questionnements sur l'utilisation des échelles originales et des normes américaines (Cloutier, 2004).

L'évolution historique du test de Rorschach nous fait saisir, par ailleurs, les aleas auxquels sont possiblement soumis ces outils (Exner, 1993) ; alors que Bleuler l'incite à publier l'instrument, impressionné par

Tableau 12.1. Quelques instruments utilisés en psychocriminologie

	<b>Hommes</b>	<b>Femmes</b>
<b>Mineurs</b>	(1921) RORSCHACH (1983) JESSNESS INVENTORY (1992, EXNER) MMPI-A (1993) MILLON (MACI) (2000, BORUM) SAVRY ( <i>Structured Assessment of Violent Risk in Youth</i> ) (2003, FORTH) PCL-YV	(1921) RORSCHACH (1992) MMPI-A (1993) MILLON (MACI)
<b>Adultes</b>	(1921) RORSCHACH (1989) MMPI-2 ( <i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory</i> ) (1983) MILLON-III ou MCMI ( <i>Millon Clinical Multiaxial Inventory</i> ) (1986, YUDOFSKY) OAS ( <i>Overt Aggression Scale</i> ) (1991, HARE) PCL-R ( <i>Psychopathy Check List-Révisée</i> ) (1998, QUINSEY) VRAG ( <i>Violent Risk Appraising Guide</i> ) (1997, WEBSTER) HCR-20 ( <i>Historical, Clinical Risk</i> ) (2000, SARA) ( <i>Spousal Assault Risk Assessment</i> ) (2001, MONAHAN) ICT ( <i>Iterative Classification Tree</i> ) (2004, WEBSTER ; 2007 CROCKER, version française ) START ( <i>Short-Term Assessment Risk and Treatability</i> ) (2007, MILLAUD) IMPC (Instrument de Mesure des Progrès Cliniques)	(1921) RORSCHACH (1989) MMPI-2 (1983) MILLON-III (1997) HCR-19 <sup>a</sup>
<b>Adultes délinquants sexuels</b>	(1995, MC KIBBEN) VIAOT (Vérification Informatisée de l'Atteinte des Objectifs Thérapeutiques) (1997, BOER ) SVR-20 ( <i>Sexual Violence Risk</i> ) (1999, HANSON ) STATIC-99	

NB : La signification des acronymes n'est donnée qu'une fois. Trois outils portent le nom de leur auteur : Jessness, Millon, Rorschach et le Static-99 fait référence aux facteurs statiques de dangerosité.

a. Le PCL-R n'est pas validé pour la population féminine. Cet item, inclus dans la grille HCR-20 a donc été enlevé.

son potentiel diagnostique, le manuscrit est d'abord refusé par plusieurs éditeurs. Accepté en juin 1921, il doit faire la concession de ne publier que 10 des 15 taches, à cause des coûts d'imprimerie ! De plus, les couleurs étaient altérées et comprenaient des ombres, inexistantes au départ. Rorschach y vit une nouvelle dimension utile au diagnostic. Décédé en 1922, ce sont ses contemporains et leurs héritiers, qui ont poursuivi le développement de l'outil. Des années 1920 à 1960 plusieurs cliniciens ont développé leurs propres systèmes de cotation (Hertz, Piotrovski, Rapaport, Beck, Klopfer), ce qui a engendré beaucoup de confusion parmi les cliniciens, chacun ayant le sentiment d'utiliser La méthode du Rorschach, alors qu'il y en avait cinq. Exner en fait la démonstration en 1969 et intègre, avec l'aide informatique l'ensemble des données pertinentes en se référant au travail original et en analysant par la suite 7900 causes juridiques aux États-Unis. Le test n'a été contesté que dans 10 % des cas, principalement à cause d'une utilisation non conforme aux règles de l'art plutôt que d'une contestation des propriétés psychométriques de l'instrument (Meloy, 1997).

Les postulats fondamentaux qui sous-tendent la conception même des outils sont souvent ignorés par la suite mais ils n'en teintent pas moins l'interprétation et l'usage, et peuvent être lourds de conséquence. Ainsi la PCL-R, que l'on considère comme le meilleur outil de prédition de récidive criminelle, est construit dans un esprit taxonomique, catégoriel ; sur une cote maximale de 40, un point de coupure à 30 est reconnu comme discriminant. Les sujets ayant 30 ou plus sont considérés comme étant psychopathes, alors qu'un score de 19 et moins pointe vers l'absence de psychopathie ; on peut parfois considérer que ceux cotant entre 20 et 29 peuvent avoir une tendance ou des traits psychopathiques. Ce point de coupure de 30 n'est cependant pas unanimement partagé, puisqu'en Belgique il est de 25 (Pham, 2003). Quoi qu'il en soit, au-delà des questions politico-éthiques que cela peut soulever, la vision catégorielle est aux antipodes d'une conception de l'individu basée sur la notion de continuum, de variabilité et de changement possible.

La cotation chiffrée de certains instruments est le plus souvent une possibilité et peut devenir une tentation dangereuse pour le clinicien peu expérimenté. Cette cotation peut avoir un grand intérêt, par exemple, pour des recherches quantitatives, avec des objectifs catégoriels. Sur le plan clinique, il peut être préférable de ne pas chiffrer certaines grilles, comme le suggère Webster pour la HCR-20. Outre la difficulté d'interpréter un chiffre brut, le même nombre peut revêtir des significations bien différentes. Les facteurs de risque peuvent tous être dans la section

historique pour un sujet et avec le même score tous être dans les indices cliniques actuels ou ceux associés au contexte futur pour un autre.

Cet outil, pris en exemple, nous semble avoir valeur générale quant à l'utilisation des outils d'évaluation en psychocriminologie. Chacun doit donc être utilisé avant tout comme un aide-mémoire, qui nous aide à structurer notre pensée à partir d'une collecte rigoureuse et systématisée d'une information spécifique. Ce ne peut être que le point de départ du travail de réflexion que doivent mener les cliniciens.

Les préoccupations actuelles sont également centrées sur le désir de proposer les meilleurs soins possibles et de gérer le risque en fonction d'éléments cliniques que les traitements peuvent modifier(Hodgins, 2000 ; Mullen, 2001). La notion de facteurs protecteurs est aussi apparue, et on sait très bien que certains facteurs de protection peuvent faire contre poids à certains facteurs de risque. Ils interviennent donc grandement dans ce que l'on peut appeler le risque assumable. C'est dans cet esprit qu'a été conçu le START et l'auteur nous en précise bien, par ailleurs, les objectifs, les contextes visés par l'outil, ce à quoi il peut ou ne peut pas servir. Il est décrit comme un complément au HCR-20. L'outil est donc plus intégré à la clinique, mais aussi plus complexe. Il intègre également la notion de risque spécifique, contre soi ou contre autrui.

La passation des outils est presque toujours réservée à certains corps professionnels (psychiatres, psychologues), identifiés comme les cliniciens ou les chercheurs et nécessite une formation spécifique. Les deux outils illustrant l'évaluation des progrès en traitement (VIAOT et IMPC) sont par contre basés sur la prise en compte de l'ensemble des observations d'une équipe multidisciplinaire et tentent pour une part de s'inclure dans un processus réflexif et responsabilisant.

On se doit de constater que les outils d'évaluation souffrent de multiples biais et lacunes et qu'il faut les utiliser en toute connaissance de cause. Ils n'en sont pas pour autant inutiles, loin de là et doivent faire partie de l'arsenal évaluatif et thérapeutique. Ils aident à systématiser la pensée, à organiser les connaissances scientifiques et sont de ce fait en constante évolution.

## *Chapitre 13*

---

# VIOLENCE ET TROUBLES MENTAUX

J.-L. Senon, C. Manzanera, J.-L. Dubreucq, F. Millaud

LES RAPPORTS entre troubles mentaux et violence ont toujours été marqués par idées fausses, contresens, *a priori* et approximations, tant dans les opinions publiques, tous pays confondus, que chez les professionnels de la psychiatrie. Les opinions publiques associent maladies mentales et violences et ceci depuis la naissance de la clinique et l'évolution des connaissances récentes du public sur les troubles mentaux n'influe que peu sur la stigmatisation du malade mental. La médiatisation de crimes commis par des malades mentaux rend encore plus difficile l'accès à une information raisonnée (Appelbaum, 2006). Chez les professionnels, deux positions contradictoires se sont toujours opposées : d'un côté ceux qui avancent qu'il n'y a pas de rapports entre maladie mentale et violence ou, à l'opposé, ceux pour qui la maladie mentale est fortement associée à un risque plus grand de violences. En reprenant l'histoire récente de la clinique, l'évolution des idées et des liens unissant schizophrénie et violence a été marquée par deux grandes périodes : une première période où il était plutôt admis que les troubles schizophréniques ne s'accompagnaient pas d'une majoration d'actes violents et une seconde débutant vers la fin des années quatre-vingt-dix où, études à l'appui, cette idée a été remise en question (Walsh *et al.*, 2002). Nous nous centrerons dans cette synthèse sur les rapports entre

maladie mentale et violence en reprenant la littérature internationale depuis les années 1990 puis envisagerons les facteurs cliniques spécifiques de cette violence en allant vers la recherche de recommandations de bonnes pratiques cliniques dans la prise en charge de nos patients.

## MALADIE MENTALE ET VIOLENCE : UN LIEN CAUSAL SIGNIFICATIF QUI DEMANDE À ÊTRE TRAVAILLÉ

Les pays industrialisés connaissent actuellement un double phénomène : un renforcement du sentiment d'insécurité est constaté au niveau international et dans le même temps une peur du malade mental. En reprenant par exemple les travaux de Roberts (2002), la peur du crime et du criminel touche plus de 50 % des citoyens suisses (il existe une possibilité de réclusion à vie destinée aux auteurs de crimes récidivants et aux malades mentaux dangereux), près de 50 % des Portugais, 45 % des Belges, 35 % des Français, 25 % des Canadiens ou 20 % des Finlandais. Dans notre pays, plusieurs enquêtes d'opinion rapprochent cette peur du crime et la peur sociale du malade mental, comme si les crimes les plus graves ne pouvaient être commis que par des malades mentaux. S'il est possible d'émettre l'hypothèse d'un lien causal significatif entre troubles mentaux graves et violence, il faut se défendre de tout amalgame entre folie et violence. Rappelons que « tous les délinquants et criminels qui souffrent de troubles psychiques ne présentent pas un état dangereux » et inversement<sup>1</sup>. Pourtant, les enquêtes grand public montrent régulièrement que la schizophrénie est associée à la dangerosité pour la moitié des personnes interrogées.

Ainsi, victime à son tour d'une certaine stigmatisation et de failles dans les processus de réhabilitation, le malade mental, et en particulier le patient schizophrène, est plus que tout autre exposé à la précarisation et à la marginalisation, d'autant que notre société connaît une période de récession et de chômage. Ces facteurs, bien connus pour la criminalité en général, ne doivent pas pour autant occulter les liens entre la pathologie mentale et le risque de violence dans un angélisme qui a été celui de nombreux cliniciens. Tous ces éléments ont été remarquablement analysés en France dans les travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé de la Commission « Violence et santé mentale », présidée par A. Lovell (2005). Ils ont aussi fait l'objet d'une session de la

---

1. Rapport de la Commission Santé-Justice présidé par Jean François Burgelin, Ministère de la Justice, juillet 2005.

Société Médico-psychologique qui a rapproché nos contributions autour d'une revue de littérature réalisée par J.-L. Dubreucq et coll. (2005<sup>1</sup>).

De nombreux travaux de recherche sur le rapport entre violence et troubles mentaux ont été publiés au cours des quinze dernières années. Une revue élargie de la littérature permet de les classer en six types d'enregistrements de données :

- **Études épidémiologiques dans la population générale** corrélant les prévalences de troubles psychiatriques et les comportements violents dans chacune des pathologies psychiatriques, notamment psychoses chroniques et troubles de l'humeur ;
- **Études longitudinales de cohorte** avec suivi depuis la naissance ;
- **Prévalence des troubles mentaux dans les structures de détention** en référence à la population générale ;
- **Études sur les mises en examen** des patients sortant des hôpitaux psychiatriques ;
- **Études de prévalence des pathologies psychiatriques** chez les auteurs d'homicides ou chez les auteurs de violences sexuelles ;
- **Études de comorbidités psychiatriques** en prenant en compte l'augmentation du risque de comportements violents qui est parallèle au nombre de diagnostics psychiatriques comorbides (Bourgeois, Benezech, 2001).

Nous reprendrons ici certains des travaux les plus exemplaires en renvoyant à la revue de littérature de J.-L. Dubreucq et coll. publiée dans les *Annales médico-psychologiques* citées ci-dessus.

Deux études principales s'intéressent à des échantillons de population générale. Swanson *et al.*, en 1990, ont étudié 8 066 hommes et femmes. Sur cette population, il est possible d'isoler 114 hommes et femmes schizophrènes qui ont été étudiés par rapport à la violence avouée par le patient envers autrui, dans l'année passée avant l'évaluation de l'enquête. Pour la schizophrénie et les troubles schizophréniformes, la violence est estimée à environ 12,7 % de la population, sans abus d'alcool ou de drogue à 8,4 %, passant à 30,3 % avec abus d'alcool ou de drogue. Dans cette même étude, si on isole les 282 hommes et femmes présentant des troubles dépressifs caractérisés, 11,7 % reconnaissent une violence dans l'année passée en moyenne, ils sont 3,5 % sans abus et 29,2 % avec abus de drogue ou d'alcool. Ainsi les individus recevant un diagnostic

---

1. DUBREUCQ J.-L., JOYAL C., MILLAUD F. (2005) ; SENON J.-L., MANZANERA C. (2005).

de schizophrénie ont mentionné des actes violents dans des proportions 4 fois plus grandes que ceux sans diagnostic psychiatrique. Sans abus de substance, il n'existe pas de lien significativement élevé entre la violence et les troubles affectifs ou les troubles anxieux. L'abus de substance est fortement associé à la violence mais même sans abus d'alcool ou de drogue, les personnes ayant un trouble mental grave ont 3 à 4 fois plus de chances de commettre un acte violent.

Wallace *et al.* (2004) retrouvaient en Australie, en 1998, un risque annuel de violence pour les patients schizophrènes masculins de 1/3 000 comparé à un risque de 1,0 à 1,4/100 000 dans la population générale. Ainsi, il ressort de leur travail que le seul fait pour un homme d'être atteint de schizophrénie augmente de 7 fois le risque de commettre un homicide.

Un autre type d'étude s'intéresse au suivi post-hospitalisation de patients atteints de troubles mentaux. Plus d'une dizaine d'études utilisent cette méthodologie. L'ensemble des études confirment une augmentation du taux de violence chez les patients atteints de schizophrénie. Certaines études, cependant, comme celles de Lindqvist et Allebeck (1990), Link *et al.* (1992), Volavka *et al.* (1997) ne tiennent pas compte de facteurs d'importance majeure, en particulier l'abus de substances. L'étude de Steadman *et al.* (1998) souligne l'importance des 20 premières semaines suivant la sortie de l'hôpital puisque les patients schizophrènes violents l'ont été majoritairement durant cette période. C'est sur cette période que la prise en charge doit être resserrée.

L'évaluation des autres troubles psychiatriques donne des résultats disparates puisque dans l'étude précédemment citée, les patients atteints de troubles bipolaires et de troubles dépressifs apparaissent plus responsables de violence que les patients schizophrènes, alors que l'étude de Stueve *et al.* (1997) ne retrouve pas d'élévation significative d'actes violents chez les patients présentant des troubles anxieux ou dépressifs majeurs. L'association à la schizophrénie d'un abus de substance et d'un niveau socio-économique bas est soulignée dans plusieurs travaux en particuliers ceux de Milton *et al.* (2001) et Volavka *et al.* (1997) déjà cités.

Enfin, une étude réalisée en 2004 par Wallace *et al.* (2004) en Australie, prenant en compte les différents facteurs de risques connus, confirme une élévation du risque de commettre une agression chez les patients schizophrènes mêmes en dehors de l'usage de toxiques.

Un autre type d'études utilise les cohortes de nouveaux nés. Cinq études ont été répertoriées. Des deux études de Hodgins *et al.* (1992, 1996), seule la première donne un résultat interprétable avec un ratio de

cote pour la violence associé aux troubles mentaux sévères de 1,7 en l'absence d'abus de toxiques. Les trois autres études, celles de Brennan *et al.* (2000), de Arseneault *et al.* (2000) et de Tiihonen *et al.* (1997) confirment l'élévation du risque de violence avec ou sans usage de substance. Le travail de Brennan rapporte que les hommes souffrant d'un trouble affectif n'ont pas plus de risques que les hommes ne présentant pas de troubles psychiatriques, en l'absence d'utilisation de substances.

Enfin, un dernier type de travaux étudie une population « homicide ». Le travail d'Eronen en 1996 confirmait une majoration du risque d'homicide lors de l'association de troubles mentaux et d'abus de drogue ou d'alcool (facteur 17 rapports à la population générale). Cependant, le trouble mental seul s'accompagnait également d'un risque accru d'homicide (facteur 7). Erb *et al.* (2001) mettent en valeur une sur-représentativité de personnes atteintes de schizophrénie parmi ceux qui ont tenté ou réalisé un homicide.

Ces travaux sur les rapports entre violence et maladie mentale sont très hétérogènes : hétérogénéité de méthodologie, hétérogénéité du repérage de la violence (d'une violence spontanément reconnue au fait d'avoir commis un crime en passant par l'existence d'un dossier criminel), hétérogénéité des outils diagnostiques, des associations entre la pathologie principale avec la consommation de drogue et d'alcool mais aussi divers autres facteurs reconnus pour accentuer les risques de violence (précarité ...). Il faut cependant noter que les liens entre augmentation du risque de violence et femme malade schizophrène sont constamment retrouvés. Par exemple, le risque d'arrestation pour violence envers autrui dans l'étude de Brennan et al est multiplié par 23 pour les patientes schizophrènes par rapport à la population générale (par 4,6 pour les patients schizophrènes). Pour l'augmentation du risque chez les patients présentant des dépressions psychotiques ou des troubles bipolaires le facteur est de 4 pour les femmes contre 2 pour les hommes. Concernant les homicides, les malades mentaux représentent, selon les résultats, entre 1 criminel sur 20 et 1 criminel sur 50, mais il ne faut pas oublier que la prise d'alcool et de drogue, très fréquente dans ces pathologies, multiplie le risque par 16 chez les hommes et par 84 chez les femmes.

De la même façon, il ne faut pas négliger l'importance des données sociodémographiques, de la précarisation et des difficultés de réhabilitation des malades mentaux. C'est ainsi que les caractéristiques des patients violents sont les mêmes que dans la population générale. Ce sont des patients jeunes, de sexe masculin, où le statut socio-économique précaire est sur-représenté : pauvreté, chômage, milieu défavorisé et où le quartier

de résidence joue un rôle important. L'abus de drogue et d'alcool majore le risque de violence chez un malade mental comme chez quelqu'un indemne de tout trouble mental. Il reste néanmoins établi aujourd'hui que certaines maladies mentales dont les psychoses en particulier présentent un risque accru de violence et donc une dangerosité supérieure, tout en gardant à l'esprit que les malades mentaux représentent moins de 3 % des auteurs d'homicide.

L'analyse des études présentées donne trois éléments d'orientation :

- En prenant en compte sexe, âge, statut socio-économique, le groupe des personnes atteintes d'une maladie mentale grave réalise près de 4 fois plus d'agressions physiques que la population générale ;
- La prise d'alcool et/ou de drogue majore le risque de violence physique ;
- Il existe une correspondance entre les facteurs généraux influençant le risque de violence dans la population générale et ceux influençant la violence chez les patients psychiatriques (Wallace *et al.*, 2004).

Pour évaluer le lien violence/schizophrénie en terme de risque, les auteurs des différentes études utilisent le PAR% (*population-attribuable risk per cent*) : il s'agit du pourcentage de violence, attribuée à la schizophrénie, qui serait éliminé si la schizophrénie était éradiquée. Une étude réalisée aux USA évaluait le PAR % à 2,7 %. La limite de cette méthode est qu'elle considère que le lien de causalité schizophrénie-violence est établi (Walsh *et al.*, 2002).

## FACTEURS DE RISQUE

Il existe deux séries de facteurs de risque : les facteurs de risque non spécifiques qui sont retrouvés de façon commune au sein de la population générale, et des facteurs de risque spécifiques en lien avec l'existence d'une pathologie mentale.

### Facteurs non spécifiques

L'âge, et en particularité le début de l'âge adulte, est un facteur commun d'augmentation du risque de violence au sein des différentes populations, malades, non-malades. Les données issues de la criminalité générale confirment cet élément puisqu'environ 2/3 des condamnés, toutes infractions confondues, ont moins de 40 ans.

Le deuxième facteur le plus répandu en termes de dangerosité au sein de la population générale concerne le sexe. Une surreprésentation des hommes pour les actes violents est communément admise. Néanmoins, il s'agit de nuancer ces résultats dans leur application aux populations de malades mentaux puisque plusieurs études citées précédemment (Hodgins, 1992, Brennan, 2000) montrent que les femmes atteintes de troubles mentaux commettent au moins autant d'agressions physiques que les hommes dans les mois qui précèdent leur admission. Ainsi, le sexe semble ne pas pouvoir être retenu comme facteur de risque discriminant de violence dans le cas de la pathologie mentale.

La multiplication de facteurs comme l'absence d'étayage affectif ou/et social favorise également la survenue de troubles du comportement. Le célibat représente ainsi un facteur de risque de violence accru par rapport au couple marié ou non (Klassen, O'Connor, 1994).

L'étude française sur les « poussieurs de métro » réalisée en 2005<sup>1</sup>, initiée par la célèbre affaire des *subway pushers* de New York, met en avant une surreprésentation des sans-abri, sans doute dû au cadre particulier de l'étude, à savoir le métro. Il n'en reste pas moins que la désocialisation entraîne le plus souvent une rupture de soins, qui peut aboutir par la suite à un passage à l'acte criminel.

Le niveau d'étude a également été étudié. Un lien entre bas niveau scolaire, schizophrénie et risque de délinquance a été mis en évidence dans l'étude de Volavka *et al* (1997), portant sur une population schizophrène de 531 personnes, au côté d'autres facteurs comme l'âge, le niveau socio-économique et la consommation d'alcool. Ce travail nous invite à prendre en compte de façon prioritaire les données socio-économiques et la qualité de la réhabilitation du malade mental : environ 10 % des patients atteints de schizophrénie vivant dans un pays développé rapportent avoir déjà agressé physiquement une autre personne au cours de leur vie ; dans les pays en voie de développement, le taux dépasse 30%. Il est d'autant plus important que la misère est présente ; les risques d'agression des schizophrènes sont significativement associés à l'âge (personne jeune), au statut socio-économique (augmentation du risque avec la précarisation), au bas niveau de scolarité et à la consommation d'alcool.

Un degré élevé de désocialisation est souvent retrouvé comme facteur d'accentuation de la violence. En effet, des recherches indiquent de manière constante une surreprésentation, chez les auteurs d'infraction,

---

1. NAHMIAS J., BODON-BRUZEL M., KOTTLER C. (2005).

des personnes sans activité professionnelle. La précarité de leur situation sociale expose couramment les malades mentaux à ce risque comme le rappelle l'étude déjà citée de Swanson ou les travaux de Smith et Hucker (1991) Néanmoins la prise en compte d'autres éléments comme l'exposition à des groupes violents, relativise l'importance des éléments socio-économiques (Swanson *et al.*, 1994).

L'accessibilité à un emploi est depuis longtemps considérée en psychiatrie comme un facteur favorable de stabilisation de la pathologie schizophrénique et thymique. Nombre d'études ont montré que le maintien d'une activité professionnelle, même à mi-temps, permettait de préserver de meilleures performances cognitives. Milton, en 2001, étudie 166 premiers épisodes psychotiques et repère la violence par l'existence d'un dossier criminel. Pour lui, les symptômes psychotiques n'ont pas d'influence mesurable sur les risques de violence, seuls sont significatifs : ne pas avoir d'emploi, être agité à l'admission ou abuser des drogues ou de l'alcool. Il semble donc qu'en plus d'être neuro-protecteur, le fait d'avoir un emploi puisse également être considéré comme un facteur de protection en vue d'un éventuel acte criminel. Ceci interroge directement la société dans sa participation à la réhabilitation du schizophrène et du malade mental en général.

Un dernier facteur de risque est communément admis, il s'agit des antécédents de violence. De nombreuses études ont démontré qu'un vécu précoce de violences physiques ou psychiques, des antécédents d'agressions sexuelles dans l'enfance et l'adolescence, une éducation trop rigoureuse ou rigide (Pollock, 1990) sont des facteurs de risque élevés de violence à l'âge adulte et/ou de meurtre (Lewis *et al.*, 1985). Qu'il s'agisse d'antécédents délictuels, d'exposition à des modèles de violence (Monahan *et al.*, 2001), d'une violence subie ou agie il est fondamental de la rechercher et de l'explorer de façon relativement précise puisqu'elle demeure l'un des meilleurs facteurs prédictifs (Millaud, 2001).

## Facteurs spécifiques

Quatre facteurs prédictifs de risque majoré de violence sont retrouvés dans tous les travaux (Senon *et al.*, 2006) :

1. ***L'existence d'une atteinte cérébrale***, en particulier les atteintes frontales dans les psychoses vieillies, les formes prédémentielles ;
2. ***La présence de symptômes psychotiques*** avec en particulier la présence d'idées mégalomaniaques, d'idées de persécution, de référence et de préjudice avec hallucinations auditives impérieuses habituellement associées ;

3. *L'existence d'une personnalité psychopathique*, antisociale sous-jacente ou associée ;
4. *L'association de cette symptomatologie productive* et notamment de persécution avec des troubles dépressifs sévères avec sentiment d'incapacité ou d'indignité majore le risque.

Il est possible d'ajouter à cette liste l'utilisation de toxique ou d'alcool dans la mesure où elle potentialise le risque de violence lorsqu'elle est associée à une pathologie mentale.

S. Hodgins (2004) rappelle de longue date dans ses travaux que certains patients schizophrènes récidivent non pas à cause de leur psychose mais du fait delà présence d'une personnalité psychopathique sous-jacente. Dans ces cas, l'histoire de violences précède la psychose et son installation, et le passage à l'acte n'est pas en rapport avec le délire ou les idées de persécution, la victime n'est pas un membre de la famille, c'est une personne de rencontre agressée par hasard dans un moment de frustration ou de refus de soumission.

L'étude Mac Arthur (Monahan, 2001) rappelle cependant que dans la majorité des cas les victimes sont connues par les agresseurs dans le cas des violences dues à des malades mentaux. Dans 51 % des cas il s'agit d'un membre de la famille, un ami dans 35 % des cas, et plus rarement un inconnu (14 %).

Si l'on reprend les trois principales catégories de patients présentant un risque accru de violence, il existe des différences concernant le mode de passage à l'acte et le choix des victimes :

- **Dans le premier groupe**, il s'agit le plus souvent de réactions à une frustration entraînant violence verbale et contre les objets, parfois physique mais rarement grave dans ces cas. Elle est particulièrement apte à la récidive ;
- **Dans le deuxième groupe**, le geste est souvent préparé et dirigé contre un membre de la famille. Le risque de récidive reste faible ;
- **Le troisième groupe**, représenté par les traits de personnalité antisociale, privilégie des passages l'acte non planifiés avec un fort potentiel de récidive. La victime est le plus souvent un ami, notamment lors d'alcoolisations communes.

L'étude de Hodgins, déjà citée, concernant les facteurs prédictifs de la violence chez des personnes présentant des troubles schizophréniques, a notamment révélé qu'une consommation de produits toxiques excessive multipliait le risque de passage à l'acte de 13 à 20 % ; de la même manière, en rupture de soin, le risque chez un sujet souffrant de trouble

schizophrénique de commettre un acte violent est 8 fois plus important que pour le reste de la population générale. Il faut cependant relativiser ces résultats dans la mesure où l'utilisation de toxiques psychoactifs ou d'alcool est un facteur majeur de violence même en l'absence de troubles mentaux, mais reste valable pour la population des malades mentaux (Brennan *et al.*, 2000 ; Monahan *et al.*, 2001 ; Swanson *et al.*, 1990).

Il est également intéressant de citer l'étude de Howard (2006) sur les liens entre troubles de la personnalité, dangerosité et alcool, qui confirme un lien significatif entre ces deux éléments et les risques de passages à l'acte médico-légaux. En outre son étude met en avant des lésions neurologiques préexistantes qui pourraient faire le lit de ces troubles et majorer le risque de passage à l'acte en cas de prise d'alcool.

Pourtant la société s'est parée d'un certain nombre de textes juridiques visant à la protéger contre les dangers sociaux, textes que l'on retrouve dans le livre III du code de la santé publique consacré à « la lutte contre les fléaux sociaux ». Ainsi Les articles L.355-1 et suivants du code de la santé publique permettent-ils l'internement des alcooliques dangereux (placement par le président du tribunal à la requête du parquet en cas d'échec d'une prise en charge volontaire. Mais ces textes restent dans l'ensemble quasi-inutilisés).

Les rapports entre rupture de soins et passage à l'acte sont particulièrement intéressants à étudier. Concernant cette étude, et bien que les résultats doivent être pris avec toutes les précautions nécessaires, il apparaît que dans le cas des crimes 75 % des individus sont en rupture de soin, et 80 % pour les délits. Bien sûr il n'est pas possible d'en déduire un lien de causalité linéaire avec le risque de passage à l'acte compte tenu de la faiblesse de l'échantillon et du fait que cette donnée ne tient pas compte de ceux qui n'ont pas de suivi.

Plusieurs études se sont intéressées au sujet de la continuité des soins.

L'étude Mac Arthur citée ci-dessus établit un lien inversement proportionnel entre le nombre d'évènements violents et l'intensité du suivi psychiatrique Ainsi, le groupe suivi toutes les quatre semaines a 4 fois plus de risques de violence que le groupe suivi de façon hebdomadaire. Néanmoins, les répercussions réelles de la rupture de soins en termes de récidive de violence semblent difficiles à affirmer. En effet, elle fait intervenir d'autres facteurs dont la désinstitutionnalisation. Une des conséquences de celle-ci peut être la difficulté d'accessibilité aux soins, particulièrement nette pour le monde rural. Dans l'échantillon, les individus en rupture de soins vivent quasiment de façon exclusive en

milieu urbain en matière de délit (près de 90 %) et inversement en milieu rural (75 %) pour les crimes.

L'une des hypothèses pourrait être le type de problématique psychiatrique rencontrée en fonction du lieu d'habitation. En effet, on retrouve une majorité de troubles de la personnalité vivant en milieu urbain parmi les auteurs de délits. À l'opposé le milieu rural accueille davantage de troubles psychotiques dans la population de l'échantillon. Il serait intéressant de vérifier si, sur de plus grandes cohortes, cette répartition peut se confirmer.

Une autre hypothèse rapporte la rupture de soins à l'absence d'obligation de soins. À ce propos, l'exemple de la Finlande est intéressant. Jusqu'en 1978, les patients admis en psychiatrie par ordonnance des tribunaux suite à des actes violents pouvaient être contraints à un suivi externe une fois sortis de l'hôpital. Durant la période d'application de cette loi, plusieurs études ont montré que ces patients n'avaient pas commis de crime violent durant 4 à 9 ans. À la suite du changement de la loi, l'obligation d'un suivi externe est devenue illégale. Sur une période de 8 ans suivant la sortie de l'hôpital, les patients ne tombant plus sous le coup de cette ancienne loi ont commis 7 meurtres et 9 agressions graves. Les chercheurs finlandais concluent qu'au cours de la première année suivant la sortie de l'hôpital, les patients qui se sont vus imposer à la suite d'un crime une hospitalisation en psychiatrie sans obligation de soins à la sortie ont un risque d'homicide 300 fois plus grand que le risque de la population générale (Monahan, Steadman, 1983 ; Farrington, Loeber, 2000).

Ce type de travail démontre également la pertinence de questionner non pas globalement la désinstitutionnalisation mais les différents aspects de cette politique pouvant avoir un impact sur le risque de violence et notamment sur les lois régissant les soins sous contrainte. C'est dans ce contexte que les interrogations sur la nature et la pérennité des traitements peuvent être fructueuses. Dans la même veine, les modifications de la loi encadrant les obligations de soins peuvent avoir des conséquences sur la suffisance des soins. Plus les lois d'hospitalisation sont restrictives protégeant la liberté individuelle, plus les risques de violences des malades mentaux augmentent, plus les lois favorisent les soins sous contrainte, plus ces risques diminuent (Fuller Torrey, 2006 ; Vita, 2006 ; Appelbaum, 2006).

D'autres facteurs enfin peuvent être cités comme le défaut d'*insight* (Soyka *et al.* 2007), l'absence d'adhésion à la prise en charge, une mauvaise alliance thérapeutique et enfin une mauvaise capacité de demande d'aide.

## LUTTE CONTRE LES FACTEURS FAVORISANT LA VIOLENCE : UNE NÉCESSAIRE ÉVOLUTION

Après les drames récents, comme l'affaire de Pau en France, il est indispensable de redonner valeur à la clinique psychiatrique dans sa dimension médico-légale selon deux niveaux : celui de la prédition-prévention et celui de l'évaluation, comme le souligne sur le plan de l'analyse psychodynamique et institutionnelle B. Gravier (2005).

Des principes simples ont été individualisés et méritent d'être rappelés : la nécessité d'une clinique précise et évaluée longitudinalement dans sa dimension de dangerosité est incontournable, que ce soit une clinique paranoïde avec la recherche des idées de persécution, d'influence, de grandeur, ou un trouble de la personnalité psychopathique associé. Tous les travaux internationaux insistent sur la nécessité de prendre en compte spécifiquement la consommation d'alcool, de cannabis et de toute autre substance toxique.

De la même façon, il est fondamental sur le plan clinique de repérer les patients ayant été violents avant et pendant l'admission lors de séjours antérieurs, et chez ceux-ci il convient d'évaluer avec précision les risques de dangerosité. Les travaux internationaux nous incitent aussi à planifier la prise en charge ambulatoire de façon rapprochée sur les 20 semaines suivant la sortie de l'hôpital, période repérée comme critique où se focalise la dangerosité des patients schizophrènes et bipolaires.

La nécessité d'utilisation d'outils d'évaluation de la dangerosité est un principe indispensable, et de la même façon, les équipes soignantes doivent, devant un schizophrène difficile, se donner les moyens d'élargir l'évaluation à un groupe de pairs avec un travail d'équipe soigneusement cadré.

Les événements récents, comme la prise de conscience des cliniciens des rapports entre troubles mentaux et violence, incitent en France à limiter l'évolution et les effets de la désinstitutionnalisation en proposant le gel de la diminution du nombre de lits, un maintien d'unités fermées de type intersectoriel dans chaque département, une meilleure articulation entre prise en charge psychiatrique et hébergement social, et enfin un renforcement des liaisons entre secteur psychiatrique, UMD, SMPR et UHSA.

La disjonction entre la psychiatrie et la justice pourrait se travailler autour d'une meilleure articulation entre code pénal et loi de 1990, par la mise en place de soins ambulatoires sous contrainte, et enfin une réalité de l'atténuation des peines et une réorganisation des soins (peines réduites suivies d'obligation de soins) pour les cas d'altération

du discernement selon l'article 122-1 alinéa 2 du code pénal. Il devient nécessaire de mettre en œuvre une formation plus spécifique autour de la psychiatrie légale mais également autour de l'évaluation des dangerosités. Cette formation s'adresse non seulement aux experts, aux psychiatres, par exemple autour d'un DESC de psychiatrie légale, mais également aux équipes infirmières où se pose, depuis la création du diplôme d'état un problème profond de formation et de transmission des savoirs.

Les soins ambulatoires, la rigueur dans leur mise en place et la systématisation de leur évaluation devront être une autre orientation pour tous les pays européens, si l'on tient compte des résultats de nombre d'études qui confirment que rupture de soins avec consommation d'alcool, comme la sortie de placement après un acte grave sans soins majorent de façon indiscutable le risque de passage à l'acte criminel. Il est nécessaire de poursuivre la recherche de facteurs de dangerosité plus spécifiques à la pathologie mentale et de développer des outils d'évaluation plus fiables et facilement utilisables.

L'étude de la littérature internationale peut ainsi servir de base à l'esquisse de recommandations cliniques face à un malade mental violent que nous proposons dans l'encadré.

**RECOMMANDATIONS CLINIQUES EN PSYCHIATRIE MÉDICO-LÉGALE**

1. Travailler en référence à une clinique médico-légale précise avec évaluation longitudinale de la dangerosité :
  - prendre particulièrement en compte idées de persécution, d'influence ou de grandeur : risques intrafamiliaux ou vis-à-vis des soignants ;
  - prendre en compte une sémiologie médico-légale préoccupante : délire grandiose, rêveries diurnes d'agresser autrui, idéation et pratiques perverses, fascination pour les armes, menaces écrites ou verbales évoquant un scénario de passage à l'acte en cours de constitution ;
  - être attentif à une personnalité psychopathique sous jacente : violence clastique envers le proche ou le compagnon ;
  - clinique « pseudoneurologique » : dimension institutionnelle de la violence dans les moments de trop grande proximité ;
  - clinique déficitaire ou négative marquée par des troubles cognitifs rendant plus difficile l'insertion et la réhabilitation ;
2. Prendre en compte spécifiquement la consommation d'alcool, de cannabis ou de toute autre drogue : prise en charge associée avec une équipe d'addictologie ;
3. Ne pas oublier que quand il y a eu violence avant ou pendant une admission précédente, le patient a un risque majoré de dangerosité pour l'admission suivante : toujours consulter un dossier médical précisément tenu à jour sur tous les critères de dangerosité et l'analyse clinique des facteurs ayant contribué à l'accès violent.
4. Chez tout patient sortant de l'hôpital et ayant présenté des troubles graves, planifier le suivi ambulatoire de façon rapprochée sur une période de 20 semaines : cette période de 20 semaines est cruciale dans toutes les études internationales sur la violence des malades mentaux.
5. Utiliser des outils d'évaluation longitudinale du risque de violence.
6. Devant tout schizophrène difficile, élargir l'évaluation à un groupe de pairs et ne pas laisser seule une équipe isolée.

## *Chapitre 14*

---

# L'EXPERTISE PSYCHIATRIQUE PÉNALE

C. Manzanera, J.-L. Senon

**V**ERS la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, chaque société a dû concilier les fondements du droit pénal et le développement d'une clinique psychiatrique allant d'un simple repérage du malade mental confiné dans un asile vers une lecture clinique de son passage à l'acte au moment des faits. L'expertise psychiatrique a trouvé une de ses bases dans la médicalisation de la responsabilité. Il est classique de la faire remonter au XVII<sup>e</sup> siècle et en particulier à Zacchias (Senon, Manzanera, 2006c) pour qui seul le médecin peut se prononcer sur la responsabilité de l'homme. Zacchias revendique un examen médical pour chaque fou et une exonération de peine rendant possible les soins. Il conteste de façon ferme la coutume qui laissait au juge et à l'opinion publique la liberté de ce choix.

La naissance de la clinique permettant de repérer le malade mental parmi les délinquants incarcérés a été à l'origine de la constante et difficile recherche d'un équilibre entre santé et justice et donc entre asile et prison. Cette recherche d'équilibre a donné une place centrale à l'expertise psychiatrique, qui dans ses fondements fait le lien entre l'article 64 du Code pénal de 1810 prévoyant l'état de démence au moment des faits et de la loi du 30 juin 1838 établissant le placement d'office du malade mental dangereux (Renneville, 2004).

Pinel, dès 1790, insiste sur le fait que « 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 ». Avec ses élèves, Esquirol puis Georget, il pose sur le malade mental un regard médico-légal dont la clinique devient le cœur de la clinique quotidienne (Senon, 1998). En 1854, à la suite des travaux de J. P. Falret et de la publication de la « non existence de la monomanie », la dichotomie établie par Pinel entre aliéné/irresponsabilité et criminel/responsabilité s'effacera pour laisser place au concept de maladie mentale où la règle devient la pluralité irréductible des maladies mentales. Il en résulte une complexification de la clinique des maladies mentales avec l'introduction de la pathologie cyclique laissant des intervalles sans manifestation pathologique évidente. Cette nouvelle évolution entraînera une confusion dans les tribunaux faisant regretter la simplicité de la dichotomie clinique de Pinel.

La question de la responsabilité devient donc plus complexe, non seulement pour l'expert mais aussi pour les magistrats notamment du fait de la diffusion dans la société des exigences de défense sociale. Pour Rogues de Fursac, en 1923 :

« Se prononcer sur la responsabilité d'un individu, c'est pour le médecin expert dire si cet individu doit être considéré comme aliéné relevant de mesures médicales ou comme un criminel relevant de la répression pénale ; dans le cas où il n'est pas aliéné, dire s'il présente des anomalies mentales de nature à lui mériter l'indulgence de la justice. »

Il poursuit en précisant que :

« Le psychiatre est absolument qualifié, s'il sait son métier, 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... L'expert doit non seulement établir l'existence de troubles psychiques chez les sujets soumis à son examen, mais démontrer que ses troubles existaient au temps de l'infraction. »

Dès les premières versions de son traité, il insiste sur la possibilité et la nécessité d'assurer la défense sociale au moyen de mesures médicales.

La responsabilité de l'expert face à la dangerosité potentielle du délinquant malade mental est donc une préoccupation centrale des aliénistes du début du XX<sup>e</sup> siècle. L'apparition d'une nouvelle science de l'homme, contemporaine de celle de la criminologie de Garofalo, va permettre d'avancer dans la compréhension des raisons qui amènent certaines personnes à commettre des infractions. Cette science, c'est

la psychanalyse. Elle a été à l'origine d'un essor majeur de la psychocriminologie par la compréhension qu'elle propose des conflits internes pouvant influencer l'état émotif, l'attitude ou le comportement de chacun.

Dans le sillage des hygiénistes humanistes du XIX<sup>e</sup> siècle, les aliénés méconnus et les aliénés criminels seront soumis au regard précoce de l'aliéniste dans la prison. Une succession de rapports dénoncera l'accumulation dans la prison de malades mentaux, qu'ils aient été méconnus par l'expert ou responsabilisés tout en ayant été malades mentaux reconnus. Pourtant le législateur avait prévu au travers de la circulaire Chaumié de 1905, la possibilité d'une atténuation de la responsabilité assortie d'une peine réduite et adaptée. Dans la pratique, cette circulaire n'a eu que peu de répercussions quant au sort des malades mentaux détenus avec, depuis, une tendance à la majoration de la durée des peines, dénoncée par Régis dans son traité de 1909 et reliée à une possible défaillance expertale (Senon, Manzanera, 2006). Un débat s'engagea alors entre les partisans de la création d'institutions spécifiques pour les aliénés criminels, et leurs opposants. Dans ce sillage, Vullien (1929), au congrès des aliénistes de 1929, étudie « les conditions de l'expertise médico-légale psychiatrique criminelle ». Il conclut de façon radicale :

« L'importante question des aliénés dans les prisons a bien des fois été soulevée. Théoriquement, elle est simple : la présence d'un aliéné dans un établissement pénitentiaire est 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. »

L'avènement des psychotropes, actifs sur la pathologie psychotique comme thymique, va permettre l'élaboration de nouveaux systèmes diagnostiques dans le but de faciliter et de standardiser d'une certaine façon l'identification des troubles mentaux. La référence clinique aux classifications internationales, CIM 10 et DSM IV, s'inscrit dans cette lignée et rend ainsi possible des comparaisons sur le sort réservé aux malades mentaux entre pays ayant des droits pénaux différents. La mise à la disposition des psychiatres de médicaments actifs posera de nouveaux problèmes aux experts avec un questionnement difficile sur l'état mental au moment des faits quand la pathologie est stabilisée par la thérapeutique.

Sur le plan pénal, il aura fallu attendre près de deux siècles pour qu'ait lieu une deuxième tentative de recherche d'équilibre entre un nouveau code pénal et une nouvelle loi d'internement. La loi d'internement

rénovée précédera, en 1990, le code pénal de 1994. Cette refonte des deux codes sera à l'origine de la « solution française » (dans tous les autres pays européens, le juge pénal reste présent dans le suivi du malade mental irresponsabilisé) dans le souci d'un juste équilibre entre santé et justice ou entre Code de la santé et Code pénal. Les caractéristiques de cette « solution française » singularisent notre pays :

- Deux niveaux d'étude de la responsabilité en fonction de la clinique au moment des faits :
  - abolition du discernement,
  - altération du discernement (n'ayant pas d'incidence précisée par le Code pénal sur le choix de la peine ni sa durée en cas de réclusion) ;
- L'hospitalisation d'office (HO) judiciaire n'est pas une obligation ni une conséquence du non-lieu judiciaire ;
- Le juge pénal passe le relais au préfet, juge administratif, qui est le seul à gérer la mesure d'internement du malade mental en cas de non-lieu judiciaire ;
- Il n'y a pas de contrôle par le juge pénal des modalités de levée de l'HO, ni même la possibilité de mesures de sûreté.

L'HO judiciaire est levée par le préfet après deux expertises séparées et concordantes établissant que l'intéressé n'est plus dangereux pour lui-même ou pour autrui.

L'article 122.1 du Code pénal reprend dans son alinéa 1 l'abolition du discernement, et dans son alinéa 2 l'altération du discernement :

- L'alinéa 1 prévoit que :

« 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. »

- L'alinéa 2 prévoit que :

« 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 ou en fixe le régime. »

## UN CADRE LEGISLATIF DE PLUS EN PLUS LARGE ET UN RECOURS DE PLUS EN PLUS IMPORTANT À L'EXPERTISE DE DANGEROSITÉ

De plus en plus critiquée par magistrats et opinion publique, l'expertise pénale est paradoxalement de plus en plus largement ordonnée notamment dans la phase de prélibération et avec un objectif d'évaluation de la dangerosité.

L'expertise pénale recouvre nombre de situations différentes, les évolutions récentes du Code pénal élargissant encore le champ expertal. L'expertise pénale est réalisée en référence aux articles 156 et suivants du Code de procédure pénale (CPP) qui détermine qu'elle peut être ordonnée par toute juridiction d'instruction ou de jugement. Elle peut aussi être ordonnée par le tribunal correctionnel ou le tribunal de police conformément aux articles 434 et 536 du Code de procédure pénale (CPP). En référence à l'article 283 CPP, une expertise pénale peut être ordonnée par le président d'une cour d'assises si l'instruction lui semble incomplète ou si des éléments nouveaux ont été révélés.

Les réquisitions à des personnes qualifiées (psychiatre de garde ou urgentiste...) ne sont pas au sens strict du terme des expertises pénales : elles ne devraient avoir pour objet que de rechercher une éventuelle pathologie chez l'intéressé, la nécessité de soins et les modalités de ceux-ci ou la compatibilité avec une garde à vue.

La juridiction désigne le plus souvent un expert, mais une dualité d'experts est souhaitable dans des affaires criminelles complexes. La juridiction fixe le terme de la mission et donne un délai à l'expert. L'expertise pénale n'est en général pas contradictoire, cependant les parties, que ce soit le ministère public et le mis en examen ou les parties civiles, ont un regard sur l'expertise. Les parties reçoivent les conclusions du rapport et les avocats peuvent recevoir une copie. La loi du 5 mars 2007 tendant à renforcer l'équilibre de la procédure pénale vient d'introduire des éléments de procédure contradictoire dans l'expertise pénale.

Quatre types d'expertises psychiatriques pénales peuvent être demandés par la juridiction :

- l'expertise psychiatrique ;
- l'examen médico-psychologique présentiel ;
- l'expertise de prélibération conditionnelle ;
- les expertises réalisées en application de la loi du 17 juin 1998 sur les auteurs d'infractions sexuelles.

Le psychiatre peut être aussi sollicité pour l'expertise de la victime.

**L'expertise psychiatrique** avant jugement (présententielle) a pour objectif de repérer des troubles mentaux et de déterminer si ceux-ci sont en rapport avec le passage à l'acte criminel conformément au Code pénal (CP). Il s'agit de déterminer si l'intéressé était atteint d'un trouble mental ayant soit aboli (article 122-1 alinéa 1 CP) soit altéré (article 122-1 alinéa 2 CP) son discernement. L'irresponsabilité pénale n'est acquise que quand il existait au moment des faits une abolition du discernement en rapport avec une pathologie psychiatrique reconnue. L'expertise psychiatrique évalue la dangerosité psychiatrique, dangerosité en rapport avec l'évolution de la maladie mentale constatée et son traitement. Dans aucun pays il n'est déterminé *a priori* de maladie mentale irresponsabilisante. Les pathologies le plus souvent retrouvées au niveau international sont cependant assez homogènes. Il s'agit alors, pour la plupart des experts, de psychoses chroniques notamment schizophréniques en poussée évolutive, de bouffées délirantes, de troubles thymiques en phase aiguë (mélancolie ou manie), de confusion mentale ou encore d'une détérioration cognitive au décours d'une démence de type Alzheimer. L'altération du discernement prononcée en application de l'article 122-1 alinéa 2 du Code pénal est proposée par les experts habituellement pour des troubles psychotiques en dehors des poussées processuelles, pour des insuffisances intellectuelles légères, pour des troubles anxiodépressifs d'intensité modérée ou des états préséniles de détérioration intellectuelle.

**L'examen médico-psychologique** a pour objectif d'apporter à la juridiction des éléments sur le profil de personnalité en analysant sur le plan psychodynamique le passage à l'acte du sujet. Il permet aussi de donner quelques indications sur les possibilités d'évolution et l'utilité d'une prise en charge médico-psychologique ou psycho-éducative. Il met en évidence les traits de personnalité et les éléments de caractère en inscrivant le passage à l'acte dans l'étude précise de l'histoire du sujet et de ses relations aux autres. Très souvent sont employés des tests projectifs, Rorschach ou TAT. Il s'agit de prendre en compte les troubles de la personnalité et leur incidence sur le passage à l'acte : états limites à expression psychopathique, états limites psychotiques, personnalités paranoïaques, aménagements pervers...

Psychiatres comme psychologues sont de plus en plus sollicités pour donner une évaluation psychocriminologique du passage à l'acte et surtout pour donner des indications sur le risque de récidive et la dangerosité du sujet. Il s'agit d'une approche différente de l'expertise psychiatrique classique comme de l'examen médico-psychologique. Dans ce cas, sont

pris en compte les travaux de la criminologie clinique qui étudient les facteurs sociaux, relationnels, éducatifs, interactionnels comme le milieu et leur influence sur l'évolution possible du sujet. Il s'agit aussi d'étudier le rapport du sujet à la loi tout comme sa reconnaissance des faits et sa prise en compte de la souffrance des victimes.

On peut ainsi proposer trois niveaux d'analyse clinique dans l'expertise psychiatrique pénale comparée à l'examen médico-psychologique :

- *Le niveau 1 d'analyse psychiatrique* quand l'expert se limite à la mission cardinale de l'expertise psychiatrique pénale : recherche de troubles mentaux, diagnostic et discussion de ceux-ci, recherche d'un rapport entre les troubles et le passage à l'acte criminel, discussion d'une abolition ou d'une altération du discernement ;
- *Le niveau 2 d'analyse psychopathologique* du passage à l'acte à travers l'histoire du sujet, son aménagement défensif, la singularité de sa relation aux autres... Dans cette perspective, l'expert psychiatre se situe dans un champ proche de l'expert psychologue réalisant l'examen médico-psychologique. Cependant nombre de magistrats, notamment présidents d'assises, insistent sur le fait qu'il leur semble utile de confronter deux analyses ou deux regards du fonctionnement de l'accusé et que cette confrontation est importante pour le jury ;
- *Le niveau 3 d'analyse psychocriminologique* de plus en plus sollicité par la Justice quand il s'agit de donner des éléments sur la dangerosité non seulement psychiatrique mais aussi criminologique du sujet et d'évaluer les risques de récidive. Dans ce cas l'expert fait appel à des notions de criminologie qui devraient s'appuyer une formation complémentaire de psychocriminologie et dans une dimension multidisciplinaire : psychiatrique, psychologique, sociologique ou éducative.

Le débat est très présent parmi les experts psychiatres, certains (de moins en moins nombreux) estimant qu'ils n'ont à travailler qu'au niveau 1 afin de rechercher une pathologie psychiatrique irresponsabilisante. D'autres se situent de longue date au niveau 1 et 2, élargissant leur approche à l'analyse psychopathologique du passage à l'acte. D'autres encore, mais encore assez peu nombreux en France, ont fait des formations de criminologie et sont rompus à l'étude critique des travaux internationaux sur les facteurs du crime et acceptent de s'impliquer dans une approche multidisciplinaire du phénomène criminel en niveau 3.

Dans le cadre de la loi du 17 juin 1998, une expertise est sollicitée par le parquet de façon la plus précoce possible. Il s'agit aussi de déterminer si l'auteur d'une infraction sexuelle peut bénéficier d'un suivi

*Tableau 14.1. Vers 3 niveaux d'analyse clinique comparée entre expertise psychiatrique pénale et examen médico-psychologique.*

<b>Expertise psychiatrique</b>	<b>Examen médico-psychologique</b>
<b>Niveau 1</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Diagnostic d'une éventuelle pathologie psychiatrique ;</li> <li>– Abolition éventuelle du discernement au moment des faits, conformément à l'article 122-1 alinéa 1 du CP ?</li> <li>– Altération éventuelle du discernement au moment des faits, conformément à l'article 122-1 alinéa 2 du CP ?</li> <li>– Évaluation de la dangerosité psychiatrique.</li> </ul>	
<b>Niveau 2</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Lecture psychodynamique du passage à l'acte dans ses rapports avec la personnalité et l'histoire du sujet.</li> </ul>	<b>Niveau 2</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Lecture psychodynamique du passage à l'acte dans ses rapports avec la personnalité et l'histoire du sujet.</li> </ul>
<b>Niveau 3</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Analyse psychocriminologique du passage à l'acte ;</li> <li>– Évaluation de la dangerosité criminologique.</li> </ul>	<b>Niveau 3</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Analyse psychocriminologique du passage à l'acte ;</li> <li>– Évaluation de la dangerosité criminologique.</li> </ul>

sociojudiciaire avec injonction de soins. Il s'agit là aussi d'une incitation soutenue faite à l'auteur d'une agression sexuelle à s'engager dans un processus thérapeutique. La loi du 17 juin 1998 a prévu un médecin coordonnateur qui établit le lien entre le médecin traitant et le juge de l'application des peines. Ces médecins coordonnateurs, qui sont mis en place dans chaque département avec actuellement beaucoup de difficultés du fait de la pénurie d'experts, assurent une évaluation longitudinale de l'investissement d'un auteur d'agressions sexuelles dans un processus de soin.

Enfin, l'expertise des victimes occupe une place importante dans le domaine des expertises psychiatriques. Il s'agit de rechercher le retentissement clinique et psychologique de l'agression sur la victime mais aussi de décrire sa personnalité et de façon beaucoup plus complexe d'apprécier sa crédibilité. Les dérives de l'expertise de crédibilité notamment chez l'enfant sont bien apparues dans « l'affaire Outreau » en 2003-2004. Le groupe de travail chargé de tirer les enseignements du traitement judiciaire de cette affaire dramatique, rappelle que l'objet de l'expertise de crédibilité est :

« Déterminer la présence ou l'absence de pathologie de type délire, mythomanie, affabulation, insuffisance intellectuelle, conviction passionnelle... En l'absence de ces facteurs pathologiques, la victime présumée est crédible au sens médico-légal. »

Le groupe de travail rappelle que

« La crédibilité médico-légale ne signifie pas que le sujet n'a pas menti, qu'il n'a pas été influencé par des enjeux de loyauté, ce que l'expert ne peut apprécier à coup sûr dans le cadre nécessairement limité d'un examen d'expertise... Il ne saurait être prétendu qu'il existe une automatité de l'adéquation entre crédibilité médico-légale et vérité judiciaire. »

En prenant en compte tous les problèmes et les drames vécus par plusieurs auteurs et victimes, le groupe de travail proposait de supprimer le terme « crédibilité » de toute expertise.

L'expertise psychiatrique pénale devrait articuler justice et psychiatrie dans un équilibre indispensable entre Code pénal et Code de la santé. Il ne faut pas oublier que chaque modification du Code pénal a toujours été de pair avec une évolution de la loi organisant les soins sous la contrainte de ceux qui sont déclarés irresponsables. Le Code pénal de 1810 établissait ainsi dans son article 64 qu'il n'y a ni crime ni délit quand le sujet était en état de démence au moment des faits. Écrite dans le sillage du Code napoléonien, la loi du 30 juin 1838 fixait les modalités du placement d'office notamment pour ceux qui seront déclarés irresponsables. L'asile se dotait d'une loi pour soigner sous la contrainte ses malades mentaux, même criminels. Deux ans après la loi du 27 juin 1990 qui réformait celle de 1838, devait s'appliquer le nouveau code pénal avec une nouvelle définition de l'irresponsabilité comme abolition du discernement. Là aussi les deux codes se sont retrouvés liés ; comment pourrait-il en être autrement, la société organisant la répression des crimes et cherchant dans les mêmes temps à préserver la liberté individuelle en garantissant des soins sous contrainte strictement inscrits dans le cadre de la loi et en assurant aussi sa volonté de défense sociale vis-à-vis des malades mentaux criminels.

L'expertise psychiatrique est intimement liée à l'organisation hospitalière des soins sous contrainte : l'expert psychiatre, souvent hospitalier du fait de la rémunération de misère de l'expertise, représente les praticiens hospitaliers et le diagnostic qu'il fait d'une maladie mentale abolissant le discernement est le préalable de l'hospitalisation d'office qui doit être validée par son confrère hospitalier accueillant le malade après le non-lieu. C'est bien pour cette raison qu'il est important que l'expertise

psychiatrique reste du ressort du psychiatre, comme le souligne en droit pénal J. Pradel à l'audition publique sur l'Expertise psychiatrique pénale<sup>1</sup>, et que les experts psychiatres restent des cliniciens et n'aient pas une activité isolée d'expertise.

La mutation progressive de la société vers une tolérance quasi nulle envers tout signe de violence, la quête effrénée de responsables et finalement de boucs émissaires amènent progressivement à une perte de confiance réciproque avec finalement la crainte de la stigmatisation. Dénoncée par les médias et par les professionnels, l'expertise psychiatrique connaît une situation paradoxale. Alors que ses missions ne cessent de croître et que certains n'hésiteraient pas à lui en rajouter, on assiste en parallèle à une remise en cause régulière de ses conclusions et du psychiatre ou psychologue expert.

## ÉVOLUTION ET LIMITES ACTUELLES

L'évolution des attentes concernant l'expertise pénale, ses échecs, le spectre de la responsabilité en cas de récidive ont favorisé ce que certains psychiatres nomment aujourd'hui la « faillite de l'expertise pénale ». Ainsi les experts doivent-ils faire face actuellement à nombre de critiques émanant non seulement de l'ensemble des médias, de larges commentaires ont été faits à ce sujet, mais également de la part des professionnels de la santé mentale. Ces critiques, anciennes déjà, portent sur la brièveté de l'examen et son manque de recul, le secret médical opposé par les praticiens aux experts, le manque d'informations provenant des proches, les difficultés d'appréciation de l'état mental sur un seul entretien survenant souvent dans un contexte particulier, la fréquente dissimulation ou sur expression des troubles et fondent le décalage notable retrouvé entre le diagnostic et les pronostics formulés par les experts et ceux portés par les psychiatres des structures d'accueil (Benezech, 2004).

Les très vifs débats critiques actuels en France sont ravivés par la révélation de l'importance du pourcentage de malades mentaux dans les établissements pénitentiaires et par la médiatisation de plusieurs affaires criminelles, crimes commis par des malades mentaux reconnus. L'analyse de cette situation est à rapporter à plusieurs facteurs :

---

1. ([www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c\\_546807](http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_546807)) et SENON J.-L., PASCAL J.C., ROSSINELLI G, 2008.

- L'accumulation des psychotiques dans les établissements pénitentiaires ;
- Le bas niveau des irresponsabilités pénales ;
- L'effet pervers de l'altération du discernement article 122-1 alinéa 2 ;
- L'incidence de la désinstitutionnalisation psychiatrique connue par notre pays comme dans tous les pays industrialisés.

**L'accumulation des malades mentaux** notamment des psychotiques chroniques dans les établissements pénitentiaires est fortement et régulièrement dénoncée. La prison, à l'image de ce que constataient Rogues de Fursac et les aliénistes du XIX<sup>e</sup> siècle, reste le révélateur des problèmes posés par la désinstitutionnalisation psychiatrique et la diffusion du modèle de soins ambulatoires depuis l'ère thérapeutique des années 1960. Une étude récente rapprochant la Direction Générale de la Santé et la Direction de l'Administration Pénitentiaire, coordonnée par Frédéric Rouillon et Bruno Falissard, a renforcé ces critiques.

Cette étude transversale et longitudinale a été réalisée dans 23 établissements pénitentiaires français représentatifs. Ce travail a été conduit en 2004 auprès de 798 hommes et 100 femmes détenus en métropole, et 100 hommes incarcérés dans le DOM. Selon les populations, 35 % à 42 % des détenus ont été considérés par les enquêteurs comme manifestement malades, gravement malades ou parmi les patients les plus malades. Les antécédents personnels et familiaux ont été retrouvés préoccupants chez 42 % des hommes détenus en métropole et pour la moitié des femmes et des hommes détenus dans le DOM. D'après le rapport de F. Rouillon à l'audition publique sur l'expertise pénale<sup>1</sup> la prévalence de la schizophrénie est retrouvée comprise entre 3,8 et 8 % et celle des psychose chroniques non schizophréniques entre 1,6 et 8 %. Les troubles dépressifs concernent 35 à 40 % des détenus.

Ces données sont à confronter à la méta-analyse de Fazel et Danesh (2002) qui pour les psychose schizophréniques retrouvent une prévalence de 4 % dans les établissements pénitentiaires de tous les pays ayant publié des données épidémiologiques sur les troubles mentaux en détention. L'étude alarmante de F. Rouillon et B. Falissard est partiellement confirmée par les rapports de secteurs de psychiatrie intervenant en milieu pénitentiaire. Ils avaient retrouvé par exemple 11 % de psychose chroniques à la Maison d'Arrêt d'Angers, 12 % au Centre Pénitentiaire de Châteauroux, 6 % au Centre Pénitentiaire de Clairvaux, 5,8 % au

---

1. *Idem*

Centre Pénitentiaire de Nantes, 7 % au Centre de Détenion de Saint Mihel et 5 % à la Maison d'Arrêt de Troyes (Senon, Manzanera, 2006).

***Le très bas niveau d'irresponsabilisation*** des malades mentaux criminels en application de l'article 122-1 alinéa 1 CP est aussi régulièrement considéré comme disfonctionnement de l'expertise psychiatrique pénale. Il est avancé que les experts reconnaissent très rarement une abolition du discernement et bien plus souvent une altération du discernement qui fait que le sujet est jugé et souvent lourdement condamné. À partir de l'année 1987, des données issues de l'annuaire statistique de la justice sont utilisables ; on peut retenir que notre pays connaît une relative stabilisation à un très bas niveau des irresponsabilités pénales. Elles représentent en 1987 444 dossiers, soit 0,46 % des affaires criminelles, en 1991 372 dossiers, soit 0,51 %, en 1995 340 dossiers, soit 0,46 % des affaires criminelles, en 1998 211 dossiers, soit 0,45 % des dossiers criminels. En reprenant l'évolution chiffrée depuis 1998 en nombre de dossiers, l'irresponsabilité pénale pour troubles mentaux en application de l'article 122-1 al. 1 CP a concerné 211 dossiers en 1998, 286 en 1999, 287 en 2000, 200 en 2001, 285 en 2002, 233 en 2003, 203 en 2004 et 212 en 2005. À ces chiffres, il convient d'ajouter les classements sans suite pour irresponsabilité pénale qui concernent 3902 dossiers en 2003 auquel il faut joindre les classements sans suite pour troubles mentaux qui atteignent 4 074 dossiers en 2005.

***L'effet pervers de l'altération du discernement*** introduite par le Code pénal de 1994 est aussi avancé comme facteur aggravant de la pénalisation des malades mentaux. Depuis le code pénal de 1994 et l'alinéa 2 de l'article 122.1 :

« 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. »

De multiples enquêtes, non publiées pour la plupart, et des sondages réalisés par l'Inspection Générale des Services Pénitentiaires, confirment que l'altération du discernement devient, notamment pour les jugements par les cours d'Assises, un facteur de majoration de la responsabilité pénale et donc de sur-pénalisation. Les jurys populaires ont une réaction sécuritaire face à un sujet présenté comme un malade mental mais ne relevant pas de soins dans le cadre d'une irresponsabilisation de l'article 122.1 alinéa 1. Dans les prisons s'accumulent des malades mentaux reconnus comme responsables avec une simple altération de leur discernement. La pratique a ainsi évolué à l'opposé de la circulaire Chaumier de 1905. Il faut aussi noter que tous les efforts faits pour

améliorer la célérité de la justice jouent à l'encontre des malades mentaux non reconnus en tant que tels dans les procédures rapides de jugement telle que la comparution immédiate.

L'étude du faible pourcentage d'irresponsabilité pénale retenu par les experts met l'accent sur *les effets néfastes de la désinstitutionnalisation* que connaît notre pays comme tous les pays industrialisés. La France a connu depuis les années 1970 une diminution constante du nombre de lits installés dans les hôpitaux psychiatriques. L'hospitalisation à temps plein a été divisée par deux entre 1987 et 2000. Cette diminution de l'hospitalisation à temps complet a été accompagnée du développement des soins ambulatoires de la politique des secteurs, avec une augmentation continue de la file active de ceux-ci. Si les hospitalisations d'office sont restées stables, les hospitalisations à la demande d'un tiers connaissent depuis des années une croissance continue, laissant penser que nombre de malades suivis en ambulatoire décompensent avec une clinique aiguë nécessitant des soins hospitaliers sous contrainte. Certains vont jusqu'à penser que les malades psychotiques chroniques se sont trouvés déplacés de l'hôpital-asile vers la prison, sans prendre en compte dans ces analyses l'incidence des thérapeutiques stabilisant rapidement les patients en milieu hospitalier sans que leur réadaptation dans la société ne fasse l'objet d'un engagement multidisciplinaire psychiatrique et socioéducatif suffisamment déterminé.

De leur côté, les experts psychiatres et psychologues sont tout aussi critiques. De moins en moins nombreux à solliciter leur inscription sur les listes auprès des cours d'appel, ils soulignent la multiplication désordonnée des missions, la difficulté de leur pratique, notamment en milieu pénitentiaire, la lourdeur de leur prise de responsabilité, la surcharge de travail et de disponibilité imposée par l'appel d'assises comme la dégradation continue de la rémunération de la pratique expertale, toujours plus disqualifiée par rapport aux autres sollicitations institutionnelles que psychiatres et psychologues peuvent investir dans leur statut.

L'expertise pénale se retrouve manifestement au carrefour du débat de société. Elle pose tout autant le problème de l'organisation du système de santé et de la place de l'hôpital psychiatrique dans notre pays, que celui de l'organisation de la justice. Elle porte en elle-même les contradictions de notre société qui tout à la fois affirme l'importance de la liberté dans les soins et du consentement comme noyau de la relation entre médecins et malade et qui dans les mêmes temps développe un courant sécuritaire dont le malade mental devient rapidement le bouc émissaire. Les experts sont de moins en moins à l'aise face à ces injonctions paradoxales :

sur-sollicités par la multiplication des conditions dans lesquelles une expertise est requise par le code pénal, de moins nombreux sur la liste des cours d'appel, il faut redouter dans les années à venir un non-renouvellement des experts partant à la retraite. Pour autant l'expertise pénale psychiatrique est indispensable pour détecter les auteurs de crimes et délits malades mentaux et leur donner les soins appropriés.

## L'AUDITION PUBLIQUE SUR L'EXPERTISE PSYCHIATRIQUE PÉNALE DES 25 ET 26 JANVIER 2007

Avec le soutien de la Direction Générale de la Santé et le partenariat méthodologique de la Haute Autorité de Santé, la Fédération Française de Psychiatrie a organisé les 25 et 26 janvier 2007 une audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale. Les recommandations de la commission d'audition et le rapport réalisé par celle-ci sont disponibles sur le site de la Haute Autorité et l'ensemble des travaux fait l'objet de la publication d'un ouvrage<sup>1</sup>. Le travail réalisé est une référence pour les experts psychiatres.

La commission de l'audition publique constate que l'expertise remplit de moins en moins le rôle de filtre visant à repérer les malades mentaux afin de leur donner les soins appropriés. Pour la commission, des facteurs multiples peuvent expliquer cette constatation : la célérité de la justice, la multiplication des obligations d'expertises prévues par le Code de procédure pénale, le développement de l'expertise de dangerosité, et enfin la démographie décroissante préoccupante des experts psychiatres, la commission rappelant que, dans certaines cours d'appel, il n'y a plus d'experts disponibles.

La commission préconise donc au législateur d'éviter de prévoir de nouveaux cas réglementaires ou législatifs de recours à l'expertise psychiatrique et de privilégier les missions d'expertises à visées diagnostiques et thérapeutiques plutôt que les expertises de dangerosité. La commission d'audition constate l'importance de prévalence des troubles mentaux dans les établissements pénitentiaires et rapporte cette constatation aux effets de la désinstitutionnalisation psychiatrique que connaît notre pays comme tous les pays européens mais aussi à la réécriture du Code pénal introduisant deux niveaux dans l'analyse du discernement avec l'abolition et l'altération. Elle propose une réécriture de l'alinéa 2 de l'article 22-1 du Code pénal « pour permettre à la personne atteinte au

---

1. *Idem*

moment des faits d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes de bénéficier d'une atténuation réelle de responsabilité avec minoration de peine par exemple sous la forme d'une excuse atténuante de responsabilité partielle ».

Pour ce qui concerne les expertises en réquisition, notamment pour les personnes faisant l'objet d'une garde à vue, la commission de l'audition publique demande à ce que les questions posées se limitent à trois :

- La personne mise en cause présentait une pathologie psychiatrique ?
- Cette pathologie nécessitait des soins immédiats et si oui selon quelles modalités ?
- L'état psychique de la personne justifie-t-il la réalisation à distance d'une expertise psychiatrique ?

La commission rappelle que :

« L'expertise psychiatrique à travers l'identification de l'abolition du discernement a pour objet de donner des soins à la personne malade plutôt que de l'exposer à la sanction pénale prévue par la loi. »

Pour la commission :

« L'abolition du discernement concerne toutes les situations cliniques et médico-légales dans lesquelles l'expert peut mettre en évidence un lien direct et exclusif entre une pathologie psychiatrique aliénante au moment des faits et l'infraction commise. »

Et :

« Le champ de l'abolition du discernement garde toute sa pertinence et n'est en rien amputé par celui de l'altération du discernement » et de la même façon « dans l'hypothèse d'une récidive contemporaine d'une rechute liée à un arrêt traitement, la discussion médico-légale doit prendre ce facteur en compte, sans que l'on n'impute au malade son inobservance. »

La commission d'audition insiste sur la grande difficulté d'évaluation de la dangerosité. Elle propose le maintien, en l'état actuel des connaissances, de la différenciation entre « la dangerosité psychiatrique, manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale, et de la dangerosité criminologique prenant en compte l'ensemble des facteurs environnementaux et situationnels susceptibles de favoriser l'émergence du passage à l'acte ». La commission prend en compte le développement actuel d'instruments d'évaluation de la dangerosité.

Elle recommande pour leur utilisation que les outils d'évaluation soient réservés à des professionnels de santé confrontant toujours les résultats chiffrés des échelles à un examen clinique.

La commission étudie par la suite les particularités de l'expertise aux assises, l'expertise du mineur et accorde une importance particulière à l'expertise post-sentencelle de prélibération. Elle propose un plan type du rapport de l'expert.

Sur le plan éthique et déontologique, la commission d'audition préconise le respect de règles communes aux pratiques expertiales :

- Séparer les fonctions de médecins experts et de médecin traitant ;
- Respecter le secret médical en limitant le contenu du rapport à ce qui est directement exclusivement nécessaire à l'accomplissement de la mission et à la réponse aux questions posées ;
- Rester neutre vis-à-vis des éléments d'accusation ;
- Rester dans le cadre de ses compétences ;
- Ne pas prescrire ;
- Demander une dualité d'experts dans les affaires les plus graves.

## *Chapitre 15*

---

# FACTEURS CRIMINOGÈNES ET APPROCHE PSYCHANALYTIQUE DANS L'EXPERTISE PSYCHOLOGIQUE

C. Decamps, B. Phésans

QUE le crime soit un phénomène normal, il y a là un jugement du point de vue sociologique qui ne dit rien sur celui qui commet ce crime puisque nous savons que *les deux questions sont indépendantes l'une de l'autre* comme l'a expliqué Emile Durkheim (Szabo, 1970) pour maintenir la différence entre *les faits psychiques et les faits sociologiques*. Quant à ces faits psychiques, s'ils ont pu être qualifiés de traits de personnalité, ils ne doivent pas conduire les psychologues à retenir l'existence d'une entité telle que « la personnalité criminelle » mais seulement des comportements criminels pour autant que ces traits se trouvent partagés et existent de façon plus ou moins développée dans la population générale comme le révèle ne serait-ce que l'existence de ce qui pourrait s'appeler la criminalité quotidienne (tricherie, abus, fraude, etc.). Si la psychologie a pu être qualifiée de *science de la*

*conduite* (Lagache, 1979), sous l'influence de la psychanalyse elle a pu se différencier vers une psychologie dite *clinique* et, sous cette forme, se révéler pratique thérapeutique, psychothérapie par excellence, puis, en corollaire méthode d'analyse de la personnalité. C'est à ce double titre qu'elle a pu, enfin, trouver sa place dans l'appareil judiciaire en participant désormais à la recherche, chez l'homme criminel, des motifs et mobiles au fondement de son comportement et ce, pour les rendre intelligibles et compréhensibles par tous.

## CONDUITE CRIMINELLE : EXAMEN PSYCHOLOGIQUE

Une conduite criminelle, à son tour, ne révélant rien sur la personnalité, conduit le psychologue dans la position d'expert à s'intéresser à cette personnalité elle-même et à son évolution pour y trouver le ressort de la conduite criminelle en cause puisque la conduite se définit, sur le plan psychologique, comme le reflet ou l'intégration d'une motivation consciente ou inconsciente. Dès lors, une première approche, très abstraite, permet d'appréhender la question de la formation ou de l'évolution de la personnalité comme un processus de socialisation, c'est-à-dire un développement personnel selon des exigences propres et individuelles confrontées aux exigences du groupe social d'appartenance ; confrontation incontournable associée à une dialectique relationnelle complexe compte tenu de la prématuration spécifique du petit d'homme à la naissance l'installant d'emblée dans une entière et particulière dépendance par rapport aux autres. Dans cette situation, il est apparu de façon ancienne qu'une caractéristique psychique ne devient criminogène qu'à travers des conditions sociales spécifiques (familiales, éducatives, culturelles) d'une part, d'autre part qu'une situation n'est amenée à constituer un facteur criminogène qu'en fonction d'une personnalité.

C'est ainsi l'histoire de cette confrontation et de cette dialectique relationnelle qui constitue l'objet d'étude du psychologue expert, raison de sa présence et de son intervention désormais auprès des magistrats pour participer à l'exercice d'une bonne justice. Examen psychologique, ainsi, à la mesure et au service de l'individuel comme présenté ailleurs par l'un de nous (Phesans, 2001) entraînant la construction d'une analyse psychologique se révélant être celle d'un cas nouveau et particulier à chaque fois et s'effectuant au moyen d'une approche clinique consistant essentiellement par une analyse du discours, c'est-à-dire des paroles telles que tenues à l'expert dans la situation d'examen en tant que portant la vérité de la personnalité et qu'il convient, en conséquence, de faire précisément apparaître dans le corps du rapport afin que les éléments

de l'analyse puissent être clairement objectivés. Travail d'analyse enfin, auquel peuvent venir s'associer les différents éléments qui ont pu être recueillis dans le dossier concernant la personne et, enfin, auquel peut être ajoutée l'utilisation de différents outils statistiques, notamment des tests en tant qu'examens complémentaires, par ailleurs ne portant que sur des aspects partiels de la personnalité.

## SIGNIFICATION DE L'ACTE : POSITION SUBJECTIVE

L'examen psychologique, dans le cadre d'une expertise judiciaire, présente cette particularité de n'être pas une réponse à la demande de la personne examinée mais à l'institution judiciaire par l'intermédiaire d'un magistrat (juge d'instruction, procureur de la République ou président d'une juridiction de jugement dans le registre pénal qui nous occupe ici). Dès lors, nous tenons pour nécessaire et indispensable de commencer par établir clairement la position de la personne examinée par rapport aux faits qui lui sont reprochés afin de déterminer la place à partir de laquelle elle va s'adresser à nous dans le cours de l'examen. C'est ainsi la question de la signification de l'acte qui est d'emblée posée dans le travail du psychologue expert, qui prend la forme, tout d'abord, dans la situation d'expertise, d'un questionnement afin de déterminer si la conduite en cause est assumée ou non, autrement dit d'éclaircir ce qu'il en est de la position subjective de la personne examinée par rapport à son acte pour en rechercher la valeur individuelle, criminelle ou non, c'est-à-dire les motifs, mobiles ou autres motivations.

La catégorie criminelle retenue ici pour caractériser la conduite ne renvoie pas au sens précis du Code pénal qui a créé une échelle entre contraventions, délits et crimes pour entraîner un aboutissement à des juridictions de jugement différentes : tribunaux de police, tribunaux correctionnels ou Cours d'assises auxquelles d'ailleurs, il faut ajouter les tribunaux d'exception concernant les enfants. Nous emploierons « criminel » au sens les plus large, c'est-à-dire renvoyant à un acte normalement interdit par le Code pénal et ce, sans être arrêté ici, compte tenu de notre cadre judiciaire de travail, par les questions soulevées par une éventuelle violation – en outre ou seule – d'une loi morale ou non écrite.

Dès l'abord d'un examen psychologique, ce sont plusieurs cas de figures qui se révèlent exister ; le cas de la personne contestant absolument avoir commis quelque fait que ce soit et affirmant que sa mise en examen est une erreur incompréhensible pour elle, ne sera pas envisagé

dans ce travail. Dès lors, soit la personne reconnaît avoir commis des faits criminels soit elle ne le reconnaît pas :

- *Dans le premier cas*, elle peut en assumer, ou non, le caractère délibéré et intentionnel ;
- *Dans le deuxième cas*, elle peut reconnaître avoir commis les faits en cause dans la procédure mais sans reconnaître leur valeur symbolique sur le plan pénal.

Ce qui se joue ici, d'importance pour le déroulement d'un examen psychologique d'expertise, est l'accord de la personne avec la place qui est la sienne dans la procédure et, en corollaire, dans cet examen ; place déterminante et dans la position défensive de la personne, et dans le travail du psychologue cherchant à analyser le plus clairement possible la nature de cette défense : soit plutôt réelle et homogène à la situation judiciaire voire carcérale de la personne avec, ou non, un versant utilitaire, soit plutôt psychique et renvoyant, alors, à un tout autre ordre de déterminations pour concerner des mécanismes renvoyant le plus souvent spécifiquement à la psychopathologie névrotique et à la question de ce qu'est un crime pour le surmoi. Ainsi, il apparaît clairement que le travail d'analyse psychologique ne peut avoir sa pleine pertinence que dans le cas où la personne reconnaît entièrement avoir commis les faits en cause.

## FACTEURS PATHOGÈNES : FACTEURS CRIMINOGENES

Ce travail du psychologue expert repose sur un certain savoir théorique non seulement construit à partir de son expérience mais également apporté à la psychologie par la psychanalyse et qui intervient désormais dans toutes les techniques d'analyse psychologique, et si celui-ci n'est plus guère remis en cause (notion d'inconscient, de sexualité infantile, de conflits dans la vie psychique, etc.) il convient ici, cependant, d'en préciser la structure générale sur le versant qui nous intéresse, celui de la criminogenèse.

Depuis les propos critiques et moqueurs de Engels (1973) et Marx (1969) sur les *robinsonnades*, on sait que l'homme n'est pas tant sociable que social et tout se passe comme si Freud, avec la création de la psychanalyse, en avait confirmé l'affirmation puisqu'il a très tôt intégré dans la genèse des hommes et des femmes, chez l'Homme, l'aspect social ou sociologique, ici sous la forme du mythe, celui d'Œdipe renvoyant à des formes sociales familiales précises, notamment centrées, pour

ce qui nous concerne, sur la fonction paternelle, tant sur le plan du développement psychique que de l'organisation sociale.

Ainsi, si ce complexe (*cf. ci-après*) s'établit sur une évolution psychologique de la petite enfance dominée par les constructions imaginaires (tant dans son acception de construction fantasmatische que de construction visuelle) et que l'on nomme, pour cette raison, l'époque du narcissisme, il s'appuie également sur le contexte sociologique comme l'atteste la nécessité de cet apport social relevant du mythe, non plus des origines comme a pu l'être l'histoire de Robinson Crusoë, mais de ce groupe social qu'est la famille, particulièrement dans sa version paternaliste.

Une autre indication de la nécessité et de l'importance du facteur social ou sociologique dans l'évolution psychique peut être encore trouvée dans *Psychologie de groupe et analyse du moi*<sup>1</sup> mettant la question du lien à l'autre et de l'identification au premier rang des processus d'intégration de l'aspect sociologique par la dynamique psychique ; et précisément, avec la période oedipienne, sous la forme d'un *idéal*<sup>2</sup> entraînant les identifications successives qui vont participer à la constitution du moi, c'est-à-dire cette part de soi-même qui est le plus volontiers assumée dans notre expérience judiciaire. Enfin, si Freud peut faire un certain écho à Engels et Marx, avec la définition du crime et la thèse du sociologue français Emile Durkheim (Szabo, 1970) l'écho nous paraît encore plus clair lorsqu'il évoque une *conformité de toutes les consciences particulières à un type commun* pour définir la *solidarité sociale* symbolisée par *le droit pénal* et témoigner ensemble, alors, de la particularité du crime dès lors désigné comme *une anomalie*<sup>3</sup>. Terme dont il convient de souligner la forte évocation qu'il peut avoir pour les psychologues dans leur fonction d'expert puisque la question de cette *anomalie* mentale ou psychique est rarement absente des ordonnances d'examen psychologique.

Ainsi, il nous semble que ce double aspect ou cette double contrainte concernant l'évolution psychologique : une structure psychique avec ses exigences propres et sa composition, en même temps que son intégration des conditions et des figures sociales, peuvent rendre compte des effets différents des accidents de l'histoire sur le développement de la personnalité.

1. Cf. Sigmund Freud, *Group psychology and the analysis of the ego* (SE XVIII, 67).

2. Op. cit. particulièrement p. 105-110.

3. Op. cit. p. 10.

- Si ces accidents touchent préférentiellement la structure psychique, alors les effets seront plutôt dans une orientation pathogène (dysharmonies infanto-juvénile, psychoses, névroses, perversions ou autres selon les écoles d'appartenance théorique) ;
- Si ces accidents touchent la typicité de l'organisation ou des figures sociales, les effets psychiques en seront plutôt criminogènes.

Ce dédoublement pouvant se retrouver dans les instances psychiques mêmes issues du complexe d'Œdipe et devenant, alors, les instances permanentes et constituantes de la personnalité ; à savoir ce que l'on nomme le surmoi qui veut désigner l'instance morale associée ou soutenue par cette autre instance que l'on nomme l'idéal du moi directement intéressé dans l'important processus des identifications successives qui vont participer à élaborer enfin, ce que l'on nomme le moi.

Les accidents qui viennent perturber des éléments du côté de la structure psychique engagent une évolution dans le registre de la pathogénie névrotique sous forme symptomatologique – par exemple en tant que comportement au sein duquel les tensions peuvent rester latentes, pouvant constituer des tentatives d'adaptation sociale –, voire sous forme d'une névrose franche de telle sorte que les actes commis dans un tel contexte psychopathologique ne peuvent être considérés criminels du point de vue psychologique que secondairement au fait d'être d'abord des actes qu'il convient de qualifier de symptomatiques. Ainsi, sans méconnaître que de tels actes peuvent prendre une forme criminelle, cependant leur abord relève d'une analyse qui nous semble sortir du cadre de ce travail orienté plutôt vers les facteurs directement criminogènes entraînant des actes sans participation daucun syndrome organisé selon les critères de la psychopathologie.

Dès lors, dans ce travail nous ne nous occupons que des accidents concernant la typicité des figures parentales, de leur organisation ou des relations des figures sociales, support des identifications pour autant que les conséquences psychologiques de ces accidents n'entraînent aucune pathogénie véritable, organisée ou systématisée, mais peuvent se déceler à l'origine d'un comportement correspondant assez manifestement à ce qui pourrait être dit une conduite imaginaire, c'est-à-dire renvoyant à des déterminations plus spécifiquement criminogènes. Comportement, enfin, qui pour n'être partie prenante daucun syndrome névrotique ni daucune névrose constituée n'en renvoie pas moins à des déterminations qui pour être criminogènes sont aussi psychologiques de telle sorte qu'il peut être conclu de façon cohérente et légitime que ce type de criminalité est commis par des personnalités dotées de ce qu'on peut nommer une simple dimension névrotique (Friedlander, 1951).

## ÉVOLUTION DE LA PERSONNALITÉ : COMPLEXES FAMILIAUX

Concernant l'évolution de la personnalité et ses déterminants, c'est évidemment la structure et l'histoire familiales qui intéressent d'abord le psychologue expert, la famille étant le lieu d'une communication mentale et de relations sociales, culturellement organisées par une structure hiérarchique reflétant l'ordre des générations et entraînant, pour l'enfant, de façon inévitable du fait de la dépendance où il se trouve à la naissance, l'expérience de la contrainte et de la frustration. Expérience qui, par ses conséquences psychiques, va instituer la dimension morale de la personnalité à l'origine de l'évolution de la personnalité comme l'a montré Freud en découvrant très tôt la nécessité d'intégrer l'apport social et culturel que sont le groupe familial et ses figures sous la forme psychologique du mythe d'Œdipe devenu, en psychologie, un complexe à partir duquel l'homme construit son humanité. Construction, ainsi, reposant sur les deux crimes les plus décriés chez l'homme, l'inceste et le parricide, et posant, en corollaire, le fondement du sentiment moral.

Le discours de la personne comporte toujours un registre double pour l'analyse psychologique :

- D'une part un versant concernant plus spécifiquement l'organisation relationnelle familiale, ses capacités de médiation entre l'enfant et le monde, le repérage des différentes places, en même temps que la typicité des fonctions associées (notamment paternelle et maternelle), le jeu et la dynamique de leurs rapports et, enfin, la place sociale qu'occupe ce groupe familial en même temps que celle de chacun de ses membres ;
- D'autre part un versant révélant plus spécifiquement l'évolution et les accidents survenus lors de la structuration psychologique de la personnalité au travers des différentes étapes du développement, notamment celles que l'on peut nommer les complexes familiaux (Lacan, 1984 et 1966).

Il convient ici, sans doute, de définir sommairement le concept de complexe employé depuis Freud ; il s'agit d'un ensemble de réactions déterminé par des facteurs culturels – la famille étant un fait social, elle est déterminée par une dimension culturelle – objectivant une étape vécue par sa répétition durant certains moments de l'existence, voire durant toute la vie d'un homme. Il n'est pas fondé par des considérations conscientes mais par une représentation méconnue, dite pour cette raison représentation inconsciente. Enfin les différents complexes par leur

stabilité et leur typicité se révèlent comme les organisateurs, d'une part de l'évolution psychologique de la personnalité, d'autre part des relations psychiques dans la famille.

Leur fondement est l'existence de la sexualité infantile confrontée, d'une part à la frustration inhérente à la prématuration de l'homme à la naissance mais aussi rapportée à un tiers objet, d'autre part, à la répression éducative qui doit conduire à l'arrêt de la satisfaction sexuelle infantile, masturbatoire ; répression dont assez rapidement le parent du même sexe va être mis en position tout à la fois d'agent interdicteur et d'exemple de transgression puisque semblant jouir de ce qu'il interdit. Le nœud des complexes ainsi constitués entraîne une tension anxiogène qui trouve à se résoudre finalement dans un double processus psychique : ce que l'on nomme le refoulement de la pulsion sexuelle et la sublimation de la réalité et des images parentales. Ce double processus conduit à l'institution des instances psychiques qui vont devenir permanentes et constitutives de l'individualité et l'originalité d'une personnalité ; le premier entièrement du registre inconscient entraîne dans ce même registre les tendances sexuelles et le deuxième permettant l'existence d'une ouverture désintéressée au monde, c'est-à-dire, pour le formuler rapidement, désexualisée. L'instauration de ces instances – surmoi pour le premier, idéal du moi pour le second – de façon stable est considérée comme marquant la fin du complexe d'Œdipe.

Ainsi, le passage par ces différentes crises affectives que sont les complexes constitue l'évolution de la personnalité. Par ailleurs, si avec le dernier complexe chacun aura reconnu le complexe d'Œdipe et ses effets avec l'ouverture de la période dite de latence – latence de la sexualité précisément – jusqu'à l'adolescence, il en existe d'antérieurs dont celui que l'on nomme le sevrage associé globalement à une répression maternelle et entraînant la construction de ce que l'on nomme le surmoi archaïque ou la forme narcissique du surmoi ou encore le noyau archaïque du surmoi. Répression maternelle qui, alors non liée à une notion d'aucune loi, est associée à une production d'angoisse profondément problématique conduisant à la recherche, dès lors, d'une défense contre cette angoisse ; défense qui aboutira, spécificité du complexe d'Œdipe, à trouver dans l'autorité de l'adulte l'instance répressive cette fois associée à une loi.

Enfin, finissons cette rapide présentation de l'évolution psychologique type en précisant qu'il y a là, pour une bonne part, la raison pour laquelle nous disons que le processus œdipien ouvre au monde symbolique en contrepoint de ce que l'on nomme le monde imaginaire, ou encore narcissique, pour autant que le rapport à l'autre se construit d'abord par rapport à l'image, image du corps, image du double à partir de laquelle,

par ailleurs avec le processus des identifications successives au cours de l'existence, va progressivement s'instituer cette forme unitaire par laquelle nous nous reconnaissions et que l'on nomme le moi.

## DE QUELQUES FACTEURS CRIMINOGENES

Le processus des identifications constituant le grand ressort de la socialisation (Lagache, 1979), apparaît avec une certaine prépondérance pour rendre compte des conduites criminelles dans la mesure où c'est l'écart entre la typicité, par exemple, des figures parentales ou l'image idéale et la situation réelle ou sociologiquement déterminée qui entraîne des réactions problématiques venant participer à ce qui devient ensuite la criminalité et qui peut, en conséquence, être considéré comme criminogène sous différentes formes.

Ainsi, il apparaît clairement au travers de l'expérience des examens d'expertise que dès l'adolescence ces difficultés peuvent être reconnues, tout d'abord sur le plan scolaire, où le discours rationalisant les difficultés ou les échecs des jeunes gens expliquant qu'ils ne *savent pas* quoi faire ni vers quelle voie s'orienter en association avec le fait que *rien ne les intéresse* en particulier, notamment sur le plan professionnel mais non seulement. Ce discours cache mal et laisse apparaître assez facilement une position de déception et de frustration, en conséquence non pas d'une absence de désir comme ils l'affirment mais, tout au contraire, d'un désir vers un but inatteignable en raison du choix d'un idéal élevé, non tant en lui-même, qu'en raison du fait que ces adolescents ne trouvent ni dans les circonstances de leur existence ni en eux-mêmes les ressources, et pour assumer leur ambition – s'il la soutenait – et pour se donner les moyens de la satisfaire.

Cette situation entraîne sur le plan psychique des situations de déception et de frustration mais également des sentiments d'injustice entraînant fréquemment une profonde dévalorisation de l'image de soi les amenant, en contrepoint, à choisir le comportement criminel – le plus souvent grande et petite délinquance qui peut être accompagnée d'une violence à la hauteur du ressentiment ou de la rancœur ressentie – avec un discours qui peut aller jusqu'à en incriminer la responsabilité à *la société* ou *au système* social. Incrimination le plus souvent marquée par l'ambivalence et la méconnaissance cependant, si on tient compte que, dans le même temps, certains peuvent expliquer que c'est *l'argent facile* qui a conduit leur choix d'une vie transgressive socialement et leurs actes criminels mais sans s'apercevoir ; alors, que cette facilité affirmée, d'une part

est contradictoire avec leur situation de mis en examen, incarcéré ou non, d'autre part et en corollaire, constitue une reprise à leur compte de propos tenus par les agents de la société décriée. De telle sorte qu'un tel discours ne peut que renvoyer, outre à cette dévalorisation de l'image de soi, à un sentiment de culpabilité dont la parfaite méconnaissance révèle très vraisemblablement des racines profondément enfouies pouvant aller jusqu'à réactualiser la sévérité et la cruauté du surmoi dit archaïque pour dater de la période narcissique, c'est-à-dire d'avant l'apaisement de la période oedipienne par la fonction paternelle, et qui peut rendre compte des vives réactions de ces sujets. Vives réactions pour ressentir, en contrepoint et de manière défensive contre cette situation anxiuse, la moindre frustration comme une agression déclenchant immédiatement, en retour, une agressivité ou incitant à la violence et ce, d'une façon d'autant plus grande et dramatique qu'ils méconnaissent eux-mêmes ce qui les agite.

Conduite criminelle, enfin, qui peut être perpétrée ou élaborée au sein d'un autre groupe social que celui d'origine et où se trouve une figure qui pourra prendre la place d'un idéal mais surtout un groupe, nouveau *milieu choisi*, où le comportement criminel ne sera plus stigmatisé comme une faute, situation réduisant d'autant l'angoisse associée, l'ensemble aboutissant à la construction d'une image de soi pouvant être soutenue pour être suffisamment investie et devenir non seulement valorisée mais valorisante et sur le plan de l'économie psychique et sur le plan de la position sociale.

Cette problématique issue des vicissitudes de l'identification oedipienne se retrouve également, en partie, dans un pan de la criminalité sexuelle pour autant que le processus de sexualisation psychique mettant en rapport l'image de soi avec le sexe biologique de la personne, peut faire intervenir des mécanismes d'inversion de l'imagination sexuelle de différentes façons. D'abord, toujours dans les circonstances d'une certaine atypicité de la fonction paternelle, pour autant qu'il y a toujours un écart entre cette fonction et l'image idéale du père, il faut signaler les cas de maintien de l'ambivalence narcissique au travers d'une identification à la mère en même temps que le sujet identifie l'objet d'amour à sa propre image renvoyant au narcissisme, de telle sorte que la relation amoureuse est motivée par un désir tout à la fois de tendresse et d'éducation ; mécanisme qui est fréquemment mis à jour dans les cas des comportements dits « pédophilie » mais dont la nature et l'exercice semblent renvoyer plutôt à des comportements pédérastes à strictement parler puisqu'il s'agit ici, dans la presque totalité des cas,

du comportement d'hommes adultes envers les jeunes, voire les petits, garçons.

Dans ce même registre encore et dans les mêmes circonstances d'accidents portant sur l'atypicité des figures parentales, le rôle de la mère peut encore être fréquemment mis à jour pour ses effets d'inversion de l'imagination sexuelle pouvant aller jusqu'à la confrontation problématique – parce que repoussée par la conscience morale dans certains cas – à une franche évolution homosexuelle suscitant une angoisse entraînant un mouvement de fuite précisément vers des choix d'objet sur le même mode narcissique que précédemment ; fuite dans la réalité sur un mode évoquant encore fortement une conduite imaginaire permettant la dénégation d'une homosexualité pourtant assez apparente en contestant que le choix d'objet sexuel soit homosexuel pour ne pas concerner des adultes mais uniquement des jeunes, voire des petits, garçons.



## *Chapitre 16*

---

# EXAMEN MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DES AUTEURS

V. Moulin, L.-M. Villerbu

**L**ES DÉBATS<sup>1</sup> et écrits récents (Senon, Manzanera, 2006 ; rapports de la mission parlementaire Garraud, 2006 ; Commission d’audition publique sur l’expertise psychiatre pénale, 2007) mettent en avant l’intérêt et la pertinence du développement de l’approche psychocriminologique dans le champ expertal, tant du côté de l’expertise psychiatrique que de l’expertise psychologique.

En centrant notre réflexion autour de l’examen médico-psychologique des auteurs, tel qu’il se présente à travers l’énoncé de ses missions – qui dégage trois principaux axes d’analyse, relatifs à la personnalité du justiciable et à sa constitution ; à l’influence de la personnalité sur la commission des faits, ainsi qu’à l’amandabilité et au suivi de l’auteur –, nous présentons les apports, interrogations nouvelles et espaces d’analyse que propose l’approche psychocriminologique au sein de l’expertise psychologique.

---

1. Audition publique sur l’expertise psychiatre pénale, Paris, 25-26 janvier 2007.

## UN PEU D'HISTOIRE

L'expertise a une histoire, celle des sciences, des professionnels et de leurs attributions. De l'examen mental premier à l'expertise psychiatrique, il y a toute l'histoire de la psychiatrie et des sciences connexes repérables au long de l'histoire : la psychologie, le travail social, les constructions thérapeutiques. Examen médico-psychologique, examen psychologique, enquêtes de personnalité, examen d'urgence, enquêtes rapides de personnalité, bilan d'orientation se sont ajoutés aux premiers relevés, débordant le cadre des demandes initiales. Ces approches différentes *a priori* quant à leurs objets se sont cumulées, sans s'annuler et sans vraiment déplacer fondamentalement leurs interrogations. Un savoir hétérogène, une différenciation approximative des objectifs sont actuellement perceptibles et manifestes dans les consignes expertales. À la question originale : « Un tel relève-t-il de la justice ou du soin ? », s'est progressivement substituée une autre, concernant moins le passé que l'avenir, la réinsertion et la dangerosité. Les questions autour de la responsabilité psychologique, et de ses conditions de possibilité ou de réalité, en sont les témoins.

Dans cette transformation, les références à l'histoire personnelle, au trajet existentiel sont devenues plus essentielles. C'est dans ce cadre que la question de l'acte infractionnel comme recours subjectif, intégrée dans une conception plurivectorielle d'un contexte criminel, oblige à penser différemment un programme expertal et le recours à la psychocriminologie : le trajet importe plus que la personnalité et ses éléments inventoriabilis, la structure compte moins que ses défaillances, les axiomes existentiels moins que leur mise en impasse, les modifications du contexte social plus que l'environnement lui-même. L'infraction compte tout autant que les autres essais d'un sujet de trouver des solutions : l'analyse se fait polymorphe. C'est l'histoire de ces solutions vitales et de leur échec qui propose une analyse séquentielle de parcours d'existence et une refondation de l'expertise (Harrati, Vavassori, Villerbu, 2006).

## DE L'EXPERTISE PSYCHOLOGIQUE À L'EXPERTISE PSYCHOCRIMINOLOGIQUE

**L'expertise psychologique** actuelle à travers l'énoncé de ses missions distingue trois axes d'analyses.

**MISSIONS DANS LE CADRE D'UNE EXPERTISE PSYCHOLOGIQUE****Axe 1 : La personnalité et son histoire**

- Analyser les dispositions de la personnalité du mis en examen dans les registres de l'intelligence, de l'affectivité et de la sociabilité et apprécier leurs dimensions pathologiques éventuelles ;
- Faire ressortir les facteurs biologiques, familiaux, sociaux ayant pu influencer sur le développement de sa personnalité.

**Axe 2 : L'articulation de l'acte à l'auteur**

- Préciser si des dispositions de la personnalité ou des anomalies mentales ont pu intervenir dans la commission de l'infraction reprochée, si elle était avérée.

**Axe 3 : Amendabilité du sujet et les dispositifs de suivi**

- Indiquer dans quelle mesure le mis en examen est susceptible de se réadapter et préciser quels moyens il conviendrait de mettre en œuvre pour favoriser sa réadaptation.

**L'approche psychocriminologique**, en tant qu'elle propose un nouveau regard sur le phénomène criminel, fait émerger de nouveaux objets d'interrogation et d'analyse qui complètent et enrichissent les trois axes développés dans l'expertise psychologique.

- En plus d'une *analyse de la personnalité du justiciable et de la constitution de celle-ci à travers son histoire personnelle*, la psychocriminologie offre une analyse et une compréhension de la situation infractionnelle dans un trajet personnel.
- Le deuxième axe d'analyse relatif à *l'articulation de l'acte infractionnel à l'auteur* doit permettre d'entrer dans une compréhension dynamique et processuelle du moment infractionnel, en renouvelant les modalités d'approches et de compréhension du lien « acte-auteur » (Pinatel, 1975). Il s'agit de rendre compte de la complexité de la situation infractionnelle, à partir des apports des sciences criminelles tant dans le versant agressologique que victimologique, des travaux sur le mode opératoire et les relations auteur-victime ; mais aussi la prise en compte du contexte global dans lequel l'agir advient (contexte de vie, situations, opportunités – Cohen, 1971 ; Debuyst, 1983, 1985) des dimensions psychiques et psychopathologiques éventuelles et cela signifie au regard d'une histoire personnelle et singulière permettant de saisir le sens et les fonctions de l'acte, dans un trajet personnel.
- Les apports précédents permettant ensuite d'enrichir le dernier axe d'analyse, relatif à *l'amendabilité du sujet mis en examen et aux*

*dispositifs de suivi.* De plus, si l'examen psychologique dans le champ expertal s'est construit sur l'utilisation de tests pour appréhender la personnalité de l'auteur, il existe aujourd'hui différents outils pour investiguer les points qui seront développés.

## RENDRE COMPTE D'UNE COMPLEXITÉ DYNAMIQUE ET PROCESSUELLE EN PROPOSANT UN CHANGEMENT DE REGARD SUR LE MOMENT INFRACTIONNEL

**La perspective psychocriminologique**, telle que nous la concevons, se réfère aux théories de la complexité (Le Moigne, 1999, Moulin, 2007) ; elle ne se limite pas à un savoir sur les opérations psychiques, la psychopathologie et la scène de crime, ou à une juxtaposition de savoirs ; elle articule différents champs selon une démarche intégrative (Debuyst, 1983, 1985), en construisant un savoir pluri-référencé ordonné autour de trois axes principaux :

- La position subjective d'un sujet (histoire, dynamique psychique et dimensions psychopathologiques éventuelles) ;
- La scène de crime (*le modus operandi*, appréhendé selon trois moments d'analyse : période précriminelle, mode opératoire et période post-criminelle) ;
- Le contexte global (social, psychosocial et environnemental) qui les produit ou qui a contextuellement participé à leur production (Moulin, 2008) et à leur désignation (réponse sociale, en tant que l'acte est saisi par le droit).

Cette approche caractérise le rapport du sujet à l'acte posé, à l'altérité, mais aussi au temps, à travers la prise en compte du temps de l'acte et du temps du sujet dans leur articulation dynamique, afin de rendre compte d'un trajet et de séquences au sein d'une trajectoire personnelle ; mais également à la dimension spatiale, au regard de l'articulation des mondes interne-externe, envisagés en termes de vulnérabilité, de vulnérance et d'opportunité criminelle. Ainsi qu'au climat, contexte global de production de l'acte dans ce trajet personnel.

L'approche psychocriminologique prend en compte et articule différents niveaux de lecture de l'agir infractionnel : la trace, la matérialité de l'acte (niveau 1), les dimensions subjectives (perception et vécu du sujet en fonction d'une histoire – niveau 2) et la dimension latente (niveau 3) dans le contexte global (psychosocial et environnemental) qui les produit

ou qui a contextuellement participé à leur production (ces différents niveaux peuvent se trouver en opposition).

Sur un plan épistémologique, l'approche psychocriminologique que nous développons s'étaye sur un paradigme systémique qui suscite le passage des modes de pensée linéaire et causaliste vers des formes multidimensionnelle, dynamique et processuelle (Pourtois, Desmet, 1997 ; Poupart *et al*, 1997 ; Moulin, 2008). La dynamique de l'agir infractionnel n'est plus appréhendée comme étant liée, directement et seulement, à des dysfonctionnements psychiques, mais plutôt comme le produit d'articulations multiples et réciproques, impliquant tout autant l'environnement social, le sujet, son histoire de vie, les relations interpersonnelles que les problématiques psychiques et psychopathologiques.

## SIGNIFIER UNE SITUATION CRIMINELLE DANS UN PARCOURS PERSONNEL

À côté de la classique analyse de l'histoire de vie du sujet, l'approche psychocriminologique propose une articulation novatrice, du temps de l'acte au temps du sujet, afin de signifier le premier au regard d'une trajectoire personnelle. La mise en perspective des séquences qui organisent le temps de l'acte, avec celles repérées dans une trajectoire personnelle autorise le repérage de ce que l'acte a introduit (ou pas) comme modifications dans la manière d'être au monde d'un sujet, afin de saisir si les processus qui sous-tendent l'agir infractionnel s'inscrivent dans la rupture ou dans la continuité, la substitution, la similarité, la cyclicité, etc. L'un des objectifs de ce type d'analyse est de repérer ce qui se répète et insiste sous différentes formes.

« Ce n'est pas du comportement qui se répète à l'identique ou encore se reproduit, mais une situation qui se rappelle et qui insiste. C'est cela qu'il s'agit de repérer et d'identifier comme situation de risques privilégiés par rapport à une dynamique psychique et sa propre vulnérabilité. » (Villerbu, 2008)

Pour ce faire, il convient d'être attentif à une variété de manifestations (troubles) dans un parcours (polymorphisme délinquantiel et extra délinquantiel) ; chaque type de troubles, quel que soit son registre d'expression (psychique, somatique, délinquantiel, etc.), consistant en un mode d'attaque du lien social et d'interpellation de l'autre. Il s'agit, alors, de repérer dans une trajectoire des séquences conduisant à des

impasses pouvant s'exprimer de manière polymorphe, et de signifier une situation infractionnelle dans un trajet personnel (Villerbu 2003 ; 2008).

## RENOUVELER LES MODES D'APPROCHE DANS L'ARTICULATION DE L'ACTE À L'AUTEUR

Une manière opérationnelle d'envisager l'articulation de l'acte à l'auteur, consiste à décliner les nouveaux axes d'analyse que propose l'approche psychocriminologique au sein des trois périodes d'études proposées par la criminologie : la période précriminelle, criminelle et post-criminelle (Zamble et Quinsey, 1997 ; Gassin, 2003 ; Proulx *et al.* 1999 ; Kinberg, 1960).

### • *La période antérieure à l'infraction ou période précriminelle.*

L'investigation de cette période permet de repérer et de signifier la dynamique d'émergence de l'agir infractionnel, en tenant compte du contexte global dans lequel il advient. Deux axes d'interrogations vont sous-tendre cette partie et alimenter l'expertise psychocriminologique : comment une position personnelle s'est trouvée en impasse et sur quel mode, en tenant compte d'un contexte de vie et d'opportunités ? Quels ont été ses modes de réaménagements ou autrement dit ses « stratégies pour faire face », incluant nécessairement la victime ?

Il s'agit d'entrer dans une analyse de l'environnement de vie de l'auteur, à partir de différentes dimensions (Moulin, Favard, 2004), afin de repérer et de restituer dans l'expertise, les lieux et moments d'émergence de la crise, du conflit, de l'impasse susceptibles d'engager un processus psychique favorable à la dynamique infractionnelle. L'étude du contexte de vie antérieur à l'infraction amène le sujet mis en examen, à reconstruire la dynamique situationnelle et relationnelle à partir d'événements identifiés et proposés par lui, offrant une compréhension de ce qui a contextuellement participé à la construction psychologique de l'infraction, du côté de l'auteur mais également du côté de la victime pour l'auteur. Ce type d'analyse permet de reconstruire le cheminement du sujet jusqu'à la commission de l'infraction, en s'intéressant à la perception, au vécu et aux effets de « résonance » de cet environnement sur la dynamique psychique du sujet et sur ses points de vulnérabilité (Moulin, Favard, 2004). Il s'agit d'entendre la vulnérabilité psychique en tant qu'elle est révélée et qu'elle s'exprime de façon dynamique par l'articulation, l'impact et le retentissement des contextes et événements vulnérants au regard d'une histoire singulière et d'un trajet personnel. La vulnérabilité psychique tiendrait « à ce que rien ne vient prendre le

relais de ce qui est mis en défaut » (Villerbu, 2003) créant une impasse, susceptible de favoriser la mise en œuvre d'un processus psychique facilitant l'agir infractionnel. La dangerosité est par hypothèse la manifestation de la vulnérabilité personnelle et sociale. Le processus psychologique sous-jacent à l'acte incriminé est alors conçu comme un mouvement défensif, ayant une fonction générale de régulation de l'équilibre interne, face à un déséquilibre du système psychique. Ce type d'interrogation demande une théorisation de la crise, des impacts, des impasses et des possibilités de dégagement du sujet ; mais aussi des processus psychiques qui sous-tendent l'infraction, de leur signification au regard d'une manière d'être, permettant d'en rendre compte dans le rapport d'expertise.

- ***La période criminelle ou le mode opératoire.***

L'apport des criminologues, nord américains par exemple (Proulx, Cusson, Ouimet, 1999), nous invite à travailler ce *modus operandi* à travers la manière dont l'auteur se comporte envers la victime, ainsi que la façon dont il la perçoit avant, pendant et après l'acte<sup>1</sup> (De Greeff, 1947, 1955) restituant un climat, une ambiance mais aussi ce que l'auteur a voulu exprimer, démontrer dans le rapport singulier qu'il instaure avec la victime (par exemple différenciation entre des agirs particulièrement élaborés et sadisés et des agirs très impulsifs, synonymes de décharge).

Deux axes d'analyse paraissent se dessiner :

- La construction psychique d'une victime par l'auteur, comme modalité d'auto-régulation défensive dans le rapport à l'autre et au dépens de cet autre ;
- Les fonctions de la victime et des relations auteur-victime dans l'économie psychique de l'auteur.

Concernant le premier axe, il convient d'interroger la manière dont le contexte donne des opportunités à la mise en scène infractionnelle et/ou comment ce contexte est construit par l'auteur face à une impasse psychique. L'analyse psychocriminologique permet d'observer et de restituer les modes de construction d'une scène, et d'une victime au sein de cette scène, sur la base d'événements qui peuvent paraître anodins pour le regard extérieur. Le choix et la construction de la victime sont réalisés au regard de ce que l'auteur en perçoit en terme de manière d'être, d'affects en tant que ces derniers vont résonner chez l'auteur par rapport à sa propre problématique et ses points de vulnérabilité, dans

---

1. Dans une approche phénoménologique, dont le pionnier dans ce champ reste de E. Greeff.

un mouvement de compensation de ce qui est momentanément (ou plus durablement) mis en défaut chez l'agresseur (exemple : maîtrise versus tendresse dans certaines infractions sexuelles).

Dans le cadre d'une analyse de la dynamique criminelle, il ne s'agira pas de questionner la réalité du comportement de la victime mais la perception de celle-ci et de son comportement par l'auteur et de s'intéresser à ce que représente la victime, sur le plan psychologique pour l'infracteur (Cario, Mbanzoulou, 2004 ; Fattah, 1973 ; Von Hentig, 1948).

Dans différents types d'infractions (sexuelles, coups et blessures, violences conjugales, etc.) et plus globalement lorsque la victime est une personne connue par l'auteur, ce procédé montre comment, alors que le sujet n'en a pas toujours conscience, il construit psychologiquement une victime désignée, qui, sur le plan psychique, répond à ce qui a été mis en « impasse » chez l'auteur dans la période antérieure à l'agir (Moulin, 2006). Victime non aléatoire, mais désignée au regard de la fonction qu'elle occupe sur le plan de la dynamique psychique de l'auteur, ce qui revient à interroger, dans un second temps, le statut psychique de la victime pour l'auteur et le rôle qu'il lui fait tenir dans l'agir, à travers un certain mode relationnel au cours de l'acte (mode relationnel pouvant s'inscrire dans la continuité ou dans la rupture).

- ***La période postérieure à l'acte ou période post-criminelle.***

L'évaluation de cette période permet à l'expert de rendre compte du rapport du sujet à son acte, c'est-à-dire de l'intégration psychique de ce denier et ce, directement après la commission de l'infraction et au moment de son évaluation. Ce type d'analyse pouvant être réalisé à partir du niveau de reconnaissance de l'acte par l'auteur et de la prise en compte de la victime ; du sentiment de culpabilité et de responsabilité de ce dernier qu'il convient de différencier de leurs pendants juridiques. En effet, un acte peut être qualifié de délit ou de crime sans pour autant acquérir un caractère transgressif pour celui qui le commet, impliquant la distinction entre les registres juridiques et psychologiques.

– *Dans le champ juridique*, la culpabilité renvoie à la constitution de preuves objectives et matérielles qui permettront d'imputer un auteur virtuel à un acteur réel. L'autre voie d'accès à la culpabilité juridique est celle de l'aveu. Quant à la responsabilité juridique, elle renvoie à la « personnalisation », c'est-à-dire à la définition d'un auteur responsable de l'acte en fonction des circonstances de commission de l'infraction et de son état mental au moment des faits.

– *Dans le champ psychologique*, l'articulation de l'acte à l'auteur est médiatisée par la dimension subjective, qui peut plus ou moins

faciliter le processus de responsabilisation, dont le sentiment de culpabilité reste un moteur essentiel. Pour se sentir coupable et responsable de l'acte commis, le sujet doit accéder à différents niveaux de reconnaissance de l'acte commis : reconnaître la matérialité de l'acte ; reconnaître le fait que l'acte commis est une infraction, en référence à ceux qui reconnaissent l'existence d'un acte, mais pas son caractère transgressif (exemple caractéristique : les auteurs d'agressions sexuelles qui avancent que la victime était consentante et par conséquent ce n'est pas une infraction).

Dans une perspective psychologique, la reconnaissance de l'infraction implique d'étudier, non seulement les rapports du sujet avec la loi sociale, mais également avec la loi interne, responsable du sentiment de culpabilité de l'auteur ; qui peut se définir comme le rapport interne du sujet à lui-même et aux autres (l'autre interne en soi, en référence au niveau d'intégration de la loi). Ce sentiment de culpabilité pouvant également conduire à des égarements lorsque qu'il se mue en menace et pousse à l'agir [(au sens « des criminels par sentiment de culpabilité », décrit par Freud (1915)] ou à l'aveu. La responsabilité dans une acception psychologique vient justement dire l'intérêt porté à l'autre, la reconnaissance et la place faite à cet autre et, corrélativement ce qui appartient au sujet-auteur de l'acte (en particulier au moment infractionnel en ce qui concerne la violence et la contrainte de l'acte). Pour se sentir responsable, faut-il également que le sujet se reconnaisse comme étant l'agent, auteur de l'acte. C'est-à-dire qu'il fasse lien entre l'acte et lui-même. L'exemple type qui illustre cette tentative de déliaison renvoie aux sujets qui ont commis des infractions en état d'ivresse ; dans ce cas, la prise d'alcool est reconnue et mise en avant comme moyen de se déresponsabiliser : « Je n'étais pas moi-même, par conséquent je ne suis pas responsable. »

Autant de points qui doivent être analysés et restitués dans le cadre d'une expertise psychothoracologique, rendant compte du positionnement du sujet par rapport à la victime et à l'acte commis et qui sont susceptibles d'apporter des indications pour le suivi et les prises en charges en milieu pénitentiaire ou en ambulatoire.

## LA QUESTION DE LA DANGEROSITÉ

À partir des axes de lectures et d'analyse proposés la question de la dangerosité se transforme, passant de l'évaluation d'un *état stable* dans une approche positiviste et déterministe (Garofalo ; Pinatel, 1975)

à l'évaluation d'un *processus complexe* par lequel le sujet est susceptible de devenir dangereux. Entre dangerosité psychiatrique<sup>1</sup> et dangerosité criminologique<sup>2</sup>, la perspective psychocriminologique offre une troisième voie en interrogeant la *vulnérabilité individuelle et sociétale*, appréhendant le processus psychique qui sous-tend l'agir infractionnel comme un mouvement défensif, au regard de ce qui a été « mis à mal » chez l'auteur, dans la dynamique antérieure à l'agir. Le concept de « vulnérabilité » indique un risque face à un danger potentiel, qui prendra, ici, la forme d'une multiplicité d'événements, de contextes articulant la complexité d'une situation à la complexité subjective. Le risque correspondrait alors, au risque de survenue d'un événement, d'un contexte vulnérant et à sa gravité, envisagée au regard des capacités du psychisme à réguler le déséquilibre psychique réactivé ou exacerbé par la dynamique antérieure à l'agir. Dans ce cas, c'est bien un processus qu'il conviendra d'évaluer à partir de différents types de données : historiques, cliniques, contextuelles et « prédisposantes » (Gravier, 2007).

## L'EXPERTISE DE PRÉ-LIBÉRATION

L'expertise de pré-libération ajoutera aux éléments précédents, dans une perspective comparative et évolutive, la prise en compte des changements (et/ou de leur absence) dans le rapport du sujet à lui-même, à son acte et à l'altérité ; mais également la prise en compte et l'analyse du parcours juridico-pénitentiaire et des effets de cadre, sur l'élaboration de l'acte et le sentiment de responsabilité du sujet.

---

1. La dangerosité psychiatrique peut se définir comme « *un risque de passage à l'acte principalement lié à un trouble mental et notamment au mécanisme et à la thématique de l'activité délirante* » (Rapport de la Commission Santé – Justice, 2005) ou encore, comme la « *manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale* » (Gravier, 2007).

2. La dangerosité criminologique se réfère à la probabilité qu'un individu commette une infraction contre les personnes ou les biens (Gravier, 2007), ou la probabilité de réitération chez un sujet déjà condamné.

**MISSIONS DANS LE CADRE D'UNE EXPERTISE DE PRÉLIBÉRATION****Axe 1 : Le patrimoine personnel et les évolutions au cours de l'incarcération**

Décrire sa personnalité et son évolution depuis l'incarcération.

Dire s'il :

1. présente ou a présenté, au cours de la détention, des troubles d'ordre psychique ou psychologique ;
2. suit ou a suivi des soins psychiatriques ou psychologiques dans le cadre de sa détention.

**Axe 2 : Le rapport du sujet à son acte**

Préciser notamment s'il éprouve un sentiment de culpabilité.

**Axe 3 : Amendabilité et curabilité**

Dire si un suivi médical ou une psychothérapie en détention ou à sa sortie pourrait être nécessaire ou utile.

**Axe 4 : Évaluation de la dangerosité**

Évaluer la dangerosité criminologique de l'intéressé dans le cadre d'une éventuelle permission de sortir, de libération conditionnelle, ou une suspension de peine.

Envisager le sujet en situation, en relation et dans le contexte dans lequel il évolue, revient également à questionner le parcours du sujet depuis le jugement en considérant ces différents temps de la sanction et de la peine comme autant de moments susceptibles d'impliquer du mouvement, de l'ouverture, de la créativité (Lameyre, 2002, 2005) ou au contraire de la fermeture chez le justiciable. Il s'agira ici, d'interroger les effets du rapport subjectif d'un sujet au cadre juridico-pénitentiaire, afin de repérer les effets de sa dynamique sur le devenir du justiciable. Cette dimension d'analyse implique, de la part de l'expert, une nécessaire connaissance du milieu judiciaire et pénitentiaire, de l'analyse institutionnelle et de la distinction entre sanction et peine. Le questionnement de l'expert pourra alors porter sur :

- *les effets de la sanction* en tant qu'elle met en évidence un écart par rapport à une norme sociale. La sanction vient dire que l'autre qui existe a été oublié avec l'acte criminel posé. Elle est de l'ordre du rappel de la loi ;
- *les effets de peine*, c'est-à-dire sur les effets liés à l'instauration d'un rapport sous contrainte légale (la loi) et réglementaire (l'institution), susceptible d'entraîner un « travail de peine », que l'on peut aussi

nommer « travail psychique pénal », à entendre par analogie au travail de deuil, dans le sens de l'instauration d'un processus psychique ponctué d'étapes, d'avancée et de régressions, de stases.

Et ainsi de reconnaître ce « travail de peine » (avec ses phases) qui devrait permettre l'accès à la responsabilité du sujet. Qu'en est-il des effets de ce parcours pénal, de ce temps de peine, lieu de mise en scène du temps de la loi, sur le devenir du sujet ?

Ce questionnement permettrait de repérer en quoi ce nouveau type de rapport sous contrainte à permis au sujet de se positionner différemment par rapport à lui-même, à autrui, de mettre au travail le lien, de réintroduire – ou non – de l'altérité, moteur de la responsabilité.

Le changement de regard apporté par l'approche psychocriminologique crée de nouveaux objets de travail et d'analyse, et par conséquent des questions nouvelles potentiellement enrichissantes pour la compréhension de l'acte infractionnel et du sujet auteur. Elle constitue aujourd'hui une troisième voie traversant les expertises psychiatrique et psychologique en les refondant.

## *Chapitre 17*

---

# ORGANISATION ET ARTICULATION DES SOINS DANS LE CHAMP MÉDICO-LEGAL ENTRE PSYCHIATRIE PUBLIQUE ET JUSTICE

J.-L. Senon, C. Manzanera

**L**'ENTRÉE de la psychiatrie dans le monde à part de la carcéralité s'est faite progressivement, les aliénistes du XIX<sup>e</sup> siècle ayant toujours eu un intérêt pour la prison et ceci parallèlement à l'évolution des préjugés concernant le malade mental. Mais, le réel essor de la pratique de la psychiatrie en milieu carcéral est récent. Il correspond au fait que la santé dans la prison a été confiée aux hôpitaux par la loi du 18 janvier 1994. À l'image du psychiatre en soins généraux, l'intervention des équipes psychiatriques en milieu carcéral peut se concevoir selon le modèle de la psychiatrie de liaison. En effet, les missions de ces équipes ne se limitent pas à un simple rôle de consultation. Une part non négligeable de leurs interventions s'oriente vers la prévention, l'éducation et la relation dans

un lieu autre que l'hôpital psychiatrique. C'est pourquoi nous proposons le concept de psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire (Senon, 1998). Lier c'est aussi établir des liens fonctionnels entre les différents lieux de soins pour les malades mentaux présentant des troubles du comportement éventuellement judiciarés : secteur de psychiatrie avec ses limites actuelles du fait de l'extension du modèle de la psychiatrie ambulatoire, UMD, intervention des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, SMPR et UHSA.

Les pathologies rencontrées ainsi que leur prise en charge imposent aux intervenants psychiatriques une réelle réécriture de la clinique et une adaptation de leurs interventions.

## UNE HISTOIRE QUI SE SUPERPOSE AVEC LA NAISSANCE DE LA CLINIQUE

Dès le moyen âge, les malades mentaux faisaient l'objet d'actes thérapeutiques et de soins, le plus souvent à domicile, mais aussi parfois dans des structures religieuses (Senon *et al.*, 2000). Ainsi, on retrouve dans les statuts de l'hôpital du Saint-Esprit de Montpellier au XII<sup>e</sup> siècle, cette recommandation :

« S'il y a des fous dans la ville, vous les accueillerez et vous rechercherez l'origine de leur folie pour y apporter remède. Vous les mettrez seuls, de peur qu'ils ne se fassent mal les uns aux autres. » (Postel et Quetel, 1994)

Au XVII<sup>e</sup> siècle, sur décret royal, Louis XIV crée les hôpitaux généraux à l'occasion du « grand renfermement ». L'Hôpital Général est assimilé à une structure « semi-juridique » destinée à protéger les sujets (la société) des indésirables et des oisifs (Foucault, 1972) dont les mendians, les malades, les fous. Il existe alors une confusion totale entre les « fous » et l'ensemble des criminels.

L'apparition de la loi de 1838, réglementant la structure juridique et institutionnelle des soins, conduit à la création de l'« institution asilaire » et à l'apparition d'une nouvelle discipline, l'*aliénisme*. La reconnaissance de l'aliénation mentale comme maladie va largement contribuer à l'humanisation de la folie (Kernberg, 1979). Afin de limiter l'interprétation dichotomique de cette loi, elle est complétée de l'article 64 du premier code pénal de 1810 qui établit l'absence de crime ou de délit chez le sujet qui présente un état de démence au moment des faits.

Cependant, les aliénistes constatent que les malades mentaux continuent d'affluer dans les prisons. Baillarger publie en 1844 une note

sur les causes de la fréquence de la folie chez les prisonniers. Il attire l'attention sur les effets de l'incarcération chez certains détenus et sur ceux qui ne présentaient pas un état de démence avéré au moment des faits mais ne souffraient pas moins de troubles confirmés. Certains, à l'image de Brierre de Boismont (1846) vont plaider pour la création de maisons spécialisées pour fous criminels au sein des asiles ordinaires.

L'aboutissement de ces réflexions conduit à l'expérience « pénitentiaro-psychiatrique » du « quartier de condamnés aliénés et épileptiques » de Gaillon, ancêtre des Maisons Centrales Sanitaires. En 1906, Gaillon est fermé et ses « condamnés » confiés à l'asile d'aliénés de Villejuif qui créera quelques années plus tard à une unité pour malades difficiles.

En Belgique, au début du XX<sup>e</sup> siècle, le souci de protection de l'ordre social conduit en 1930 à la promulgation de la loi de défense sociale qui admet le principe d'enfermement de durée indéterminée pour le délinquant malade mental, se rapprochant des conceptions du XVII<sup>e</sup> siècle en France.

En France, suite au décret du 31 mars 1936, des services d'« examens psychiatriques », ou centres d'orientation régionaux (CRO) apparaissent à Fresnes, à La Santé et à La petite Roquette. Mais ces services se heurtent aux résistances de l'administration pénitentiaire accusant le psychiatre de « fabriquer le fou » et de « susciter la simulation ».

Après la deuxième guerre mondiale, en mai 1945, P. Armor (1946), directeur de l'administration pénitentiaire, soutient une réforme visant à la création d'annexes psychiatriques dans chaque établissement pénitentiaire (24 prévues initialement).

Avec l'arrivée du nouveau Code de Procédure Pénale de 1958, quatre articles vont définir la notion de services psychiatriques en milieu carcéral : les articles D 395 à D 398 :

- Article D 395 : des consultations d'hygiène mentale peuvent être organisées dans chaque maison d'arrêt ;
- Article D 396 : les détenus peuvent, sur leur consentement écrit et après l'avis conforme du médecin, être soumis à une cure de désintoxication alcoolique avant leur libération ;
- Article D 397 : des services psychiatriques sont organisés dans certains établissements pénitentiaires sous l'autorité médicale d'un psychiatre désigné par le ministre de la Justice, sur proposition du directeur régional et après l'avis du préfet. Les détenus écroués dans les dits établissements sont soumis à un examen mental systématique de dépistage et, s'il y a lieu, placés en observation au service psychiatrique ;

- Article D 398 : prévoit que : « 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. Cet internement doit être effectué d'urgence s'il s'agit d'individus dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui... ».

P. Hivert (1982) sera à l'origine de la création du premier Centre Médico-Psychologique Régional expérimental de la Santé, rapidement suivi par la mise en place d'une structure identique à Saint-Paul à Lyon. J. Mérot créera le premier secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire à Fleury Mérogis. Plus tard se mettront en place les CMPR expérimentaux de Varces-Grenoble, ou C. Balier fera tout un travail de psychopathologie psychodynamique, de Rennes, de Poitiers, Bordeaux et de Marseille. L'article D 397 y trouve l'une de ses premières applications. Dans le prolongement de ces expériences, la circulaire parue le 30 juillet 1967 officialise la création des CMPR, mais situe le personnel médical sous l'autorité du chef d'établissement pénitentiaire. La circulaire interministérielle justice-santé du 28 mars 1977 prévoyait la mise en place de 17 CMPR sur le modèle du secteur psychiatrique avec un budget issu de l'hygiène mentale du département.

Finalement, le décret du 14 mars 1986 définit les Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) en remplacement des CMPR, et deviennent le troisième type de secteur de psychiatrie après le secteur de psychiatrie générale et celui de psychiatrie infanto-juvénile.

Le rapport Chodorge établi par le Haut Comité de la Santé Publique, constate en 1992 que l'administration pénitentiaire n'a pas les moyens de mener une politique de santé adaptée dans la prison où s'accumulent les pathologies de la précarité sociale : HIV, hépatite, tuberculose... mais aussi pathologies psychiatriques. Il propose de confier au ministère de la Santé la réalisation des soins de toute nature dans les établissements pénitentiaires et de donner au détenu le bénéfice de l'assurance-maladie. Il établit les bases de la loi de 1994 (Senon, 1998).

La loi du 18 janvier 1994 a été une révolution pour la santé en prison. Elle prévoit que chaque établissement pénitentiaire établit un protocole avec l'hôpital de rattachement géographique organisant les UCSA (Unités de consultation et de soins ambulatoires) pour la médecine et mettant en place, pour la psychiatrie, l'intervention du secteur de psychiatrie générale ou infanto-juvénile. Elle innove en étendant le bénéfice de la protection sociale à l'ensemble des détenus affiliés dès leur écrou aux assurances maladie et maternité du régime général de la sécurité sociale.

La circulaire du 8 décembre 1994 établit les exigences spécifiques du milieu carcéral que les professionnels de santé doivent respecter :

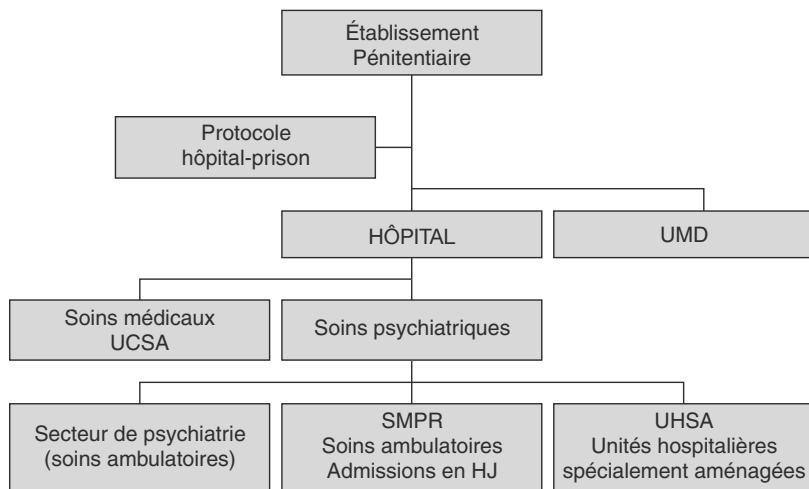
- Prendre en compte la spécificité du lieu et les contraintes liées à l'organisation de la vie en détention ;
- Élaborer un projet thérapeutique prenant en considération les aléas de la durée d'incarcération ;
- Travailler dans la perspective de passer le relais à une autre équipe de soins ;
- Délimiter les champs d'intervention respectifs du soin et de l'exécution de la peine.

Cette même circulaire justifie l'intervention psychiatrique de façon précise :

- Importance dans la population pénale de pathologies mentales chroniques préexistantes à la détention ;
- Aggravation de ces pathologies du fait des contraintes liées aux conditions de la vie carcérale ;
- Forte incidence des troubles mentaux réactionnels à l'incarcération, fréquence des conduites addictives et des conduites suicidaires ;
- Augmentation du nombre des personnes présentant des troubles psychiatriques placés sous détention du fait du moindre recours aux articles 122-1 et 122-2 du Code pénal.

## LES MOYENS ACTUELS

Depuis la loi du 8 décembre 1994, tout établissement pénitentiaire a signé avec l'hôpital de proximité un protocole mettant en place soins médicaux et psychiatriques. Toute prison doit donc être dotée d'une intervention psychiatrique : les maisons d'arrêt, qui dans chaque département accueillent les prévenus avant le jugement ou les condamnés en attente de transfert, comme les établissements pour peines qui reçoivent les condamnés : Centres de détention ou Maisons centrales. Cette intervention psychiatrique est assurée par le secteur de psychiatrie de l'hôpital de rattachement ou par le SMPR s'il est implanté sur l'établissement pénitentiaire.



*Figure 17.1. Protocoles prison-hôpital : soins somatiques et psychiatriques*

### **L'intervention des secteurs de psychiatrie dans chaque établissement pénitentiaire**

La loi du 18 janvier 1994 redéfinit les relations Santé-Prison en précisant que tous les soins dispensés en prison (physiques et mentaux) dépendent d'une tutelle sanitaire.

Un guide méthodologique est annexé à la circulaire du 8 décembre 1994 afin de spécifier les rôles spécifiques des SMPR et des secteurs de psychiatrie :

« Conformément à l'article 9 de l'arrêté du 14 décembre 1986, dans les établissements pénitentiaires non dotés d'un SMPR ou d'une antenne de SMPR, les actions de prévention et les soins psychiatriques courants sont dispensés par les secteurs de psychiatrie générale. À l'égard des mineurs et jeunes majeurs détenus, l'intervention est assurée par les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Il en va de même pour l'accompagnement psychologique des très jeunes enfants demeurant auprès de leur mère détenue. La coordination régionale de l'ensemble de ces prestations est assurée par le psychiatre, chef de service, responsable du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire. »

Dès lors, tous les établissements pénitentiaires doivent mettre en place une consultation psychiatrique et avoir étudié les difficultés inhérentes à l'hospitalisation de détenus dans les hôpitaux psychiatriques de rattachement. Lorsqu'il n'existe pas de SMPR au sein de la structure carcérale, le

secteur de psychiatrie générale où est implanté l'établissement pénitentiaire doit assurer les prestations psychiatriques. Actuellement 129 secteurs de psychiatrie générale interviennent dans les établissements pénitentiaires de leurs aires géo-démographiques. Si des soins psychiatriques plus particuliers sont nécessaires, le psychiatre peut demander le transfert du détenu vers un SMPR, ceci pour un détenu consentant aux soins, la loi de 1990 ne s'appliquant pas dans un établissement pénitentiaire.

Le secteur de psychiatrie générale a une mission de santé publique dans les structures de détention de son ressort. Dans la prison, son action a la même philosophie de santé publique que sa mission générale : 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 au décours d'une hospitalisation, établir les relais de prise en charge.

La mission de santé mentale des secteurs de psychiatrie dans la prison a ainsi plusieurs volets :

- **Entretien d'accueil** des entrants se focalisant initialement sur les populations à risque ;
- **Dépistage des troubles mentaux** avérés des entrants ;
- **Prévention du suicide** ;
- **Prise en charge des détenus** présentant des troubles addictifs : toxicomanies, alcoolisme, pharmacodépendances... ;
- **Orientation vers les SMPR** des détenus relevant de soins psychiatriques soutenus et y consentant ;
- **Hospitalisation** en vertu de l'article D 398 du Code de procédure pénale des détenus présentant une pathologie psychiatrique avérée et ne consentant pas aux soins ;
- **Orientation vers l'Unité de Malades Difficiles** (UMD) des détenus relevant de l'application de l'article D 398 CPP et présentant un état de dangerosité non compatible avec l'hospitalisation sur le secteur de rattachement ;
- **Prise en charge des auteurs de violences sexuelles** en complémentarité avec les actions menées par les Services d'Insertion et de Probation ;
- **Préparation de la sortie des détenus** ayant été suivis et pour lesquels des soins ambulatoires et/ou hospitaliers sont indispensables à la sortie.

L'objectif des SMPR comme des secteurs de psychiatrie intervenant en milieu pénitentiaire est de dispenser aux personnes détenues des soins d'une qualité équivalente à ceux prodigués à la population générale. Ces

soins doivent être adaptés aux troubles psychiques spécifiques présentés par la personne détenue. La personne détenue, comme tous patients prend avec le professionnel de santé, et compte tenu des informations et des préconisations fournies, les décisions concernant sa santé en référence à la loi Kouchner de 2002. Les propositions des modalités de soins relèvent de la seule compétence des services de soins. Ces soins ne peuvent pas être pratiqués sans le consentement libre et éclairé de la personne détenue. Les soins prodigués par les équipes de SMPR ou des secteurs intervenant en milieu pénitentiaire respectent le secret professionnel qui est l'un des fondements de la relation entre le soignant et le soigneur. Ce secret professionnel à la même nature et les mêmes obligations qu'en milieu libre.

Le travail du secteur de psychiatrie intervenant dans la prison est réalisé par une équipe multidisciplinaire : psychiatre, psychologues et infirmiers psychiatriques. Depuis la loi de 1994 quelques moyens supplémentaires ont été attribués à quelques secteurs intervenant en prison mais la situation critique de la psychiatrie publique dans certaines régions défavorisées notre pays, du fait de problèmes de démographie médicale comme paramédicale, rend difficile le maintien d'une présence soignante satisfaisante. La fermeture de certains secteurs, ou leur regroupement faute de moyens, fait que l'intervention dans certains établissements pénitentiaires, parfois loin situés des métropoles, est devenue très aléatoire. L'apport, déterminant en son temps, de la loi de 1994 se retrouve donc limité par les problèmes propres de la psychiatrie publique française.

## **Les SMPR**

Les Centres Médico-Psychologiques Régionaux deviennent des Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) après le décret du 14 mars 1986 qui crée à côté du secteur de psychiatrie générale et du secteur de psychiatrie infantojuvénile un troisième type de secteur : le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire chargé de répondre aux besoins de santé mentale de la population incarcérée dans les établissements relevant d'une région pénitentiaire. Une circulaire parue le 5 décembre 1988, abrogée par celle du 5 décembre 1994, définit le fonctionnement des SMPR et l'organisation de la psychiatrie en milieu pénitentiaire.

Ils sont actuellement 26 en France, rattachés à des établissements hospitaliers, dont 3 en département d'outre-mer. Ils sont pour la plupart dotés de « lits » dans une unité spécifique de la détention avec

un fonctionnement d'hôpitaux de jour. Un SMPR a mis en place un fonctionnement en hôpital à temps complet et un petit nombre assure une astreinte médicale de garde. L'admission au SMPR est prononcée par le directeur de l'hôpital (comme pour toute admission hospitalière) sur proposition d'un praticien hospitalier du SMPR.

Leur personnel est constitué d'une équipe pluridisciplinaire associant psychiatres, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux, et secrétaires médicales. Cette équipe est sous la responsabilité d'un praticien hospitalier, chef de service, nommé par le ministère de la santé, après agrément de l'administration pénitentiaire.

Les missions des SMPR telles qu'elles sont définies par l'arrêté du 14 décembre 1986. Elles sont au nombre de quatre :

- **Dépistage** des troubles psychologiques et psychiatriques, et mise en œuvre des traitements psychiatriques ;
- **Suivi psychiatrique et psychologique** de la population post-pénale ;
- **Lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie** ;
- **Coordination des soins** vis-à-vis des établissements pénitentiaires qui leur sont rattachés.

Le rapport Massé de 1992 précise trois points fondamentaux dans le fonctionnement des SMPR :

1. Indépendance vis-à-vis de l'administration pénitentiaire ;
2. Intégration au secteur psychiatrique ;
3. Libre consentement du détenu aux soins évitant toute confusion avec les Unités pour Malades Difficiles.

Certains SMPR proposent des prises en charges particulières comme des antennes d'alcoologie (Varces, Rouen...) ou toxicomanies, des lieux de consultation « extra-pénitentiaires » ayant le statut de CMP ou pour l'un d'entre eux des lits d'hospitalisation pour femmes détenues.

Que cela soit dans le cadre de l'intervention de l'équipe de SMPR comme de celle de psychiatrie de secteur, les travaux de ces dernières années soulignent la mission primordiale de repérage précoce des troubles mentaux par le psychiatre et son équipe. Cette priorité est en particulier établie pour certaines populations : mineurs, détenus âgés, comportements suicidaires ou addictifs et surtout pour les auteurs de crimes sexuels. Ainsi, la loi du 1<sup>er</sup> février 1995 prévoit une évaluation systématique précoce des troubles mentaux chez les criminels sexuels et les « meurtres d'une gravité particulière ».

L'article R. 50-34 du CPP précise que les sujets s'étant rendus responsables d'une infraction de nature sexuelle (ces infractions sont visées aux articles 222-23 à 222-32 et 227-25 à 227-27 CP) ou d'un meurtre ou d'un assassinat d'un mineur de 15 ans précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie sont signalés au psychiatre intervenant en milieu pénitentiaire (psychiatre du SMPR ou psychiatre du secteur de psychiatrie générale) par le chef d'établissement qui met en outre à la disposition de ce praticien un résumé de la situation pénale ainsi que les expertises psychologiques ou psychiatriques conservées dans le dossier individuel (Senon *et al.*, 2000).

Enfin, nous pouvons citer l'article R. 50-35 qui, tel qu'il est rédigé dans ce même décret, précise qu'avant leur libération, les personnes mentionnées à l'article R. 50-33 (Infractions de nature sexuelle, meurtre ou assassinat d'un mineur de 15 ans précédé ou accompagné d'un viol, de torture ou de barbarie) font l'objet d'un examen psychiatrique en vue de préparer, le cas échéant, une prise en charge post-pénale adaptée (Tyrode et Roure, 1997).

L'évolution actuelle de la psychiatrie publique, très marquée par la démographie médicale mais aussi paramédicale, fait que la prise en charge actuelle réalisée par le service public de psychiatrie dans les établissements pénitentiaires est perfectible. Les missions de dépistage à l'écrou des détenus ne sont pas toujours effectuées dans les établissements pénitentiaires, les SMPR ne disposent pas tous de lits et ont au total une capacité réduite à 360 lits et places, et ils n'assurent pas l'équivalent d'une hospitalisation complète dans les établissements pénitentiaires : effectivement leur activité peut être considérée comme équivalente à un hôpital de jour. Par ailleurs, les hospitalisations en milieu hospitalier sont difficiles :

- Obligation d'une hospitalisation d'office conformément à l'article D. 398 du code de procédure pénale ;
- Pas de garde statique du détenu malade ;
- Difficulté d'hospitalisation liée aux taux d'occupation élevés des secteurs de psychiatrie ;
- Absence fréquente de structure fermée imposant un isolement aux détenus malades.

C'est notamment pour ces raisons que le dispositif de psychiatrie publique dans les établissements pénitentiaires est complété à partir de l'année 2008 par des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA).

## Les UHSA

Les Unités Hospitalières spécialement aménagées (UHSA) ont été créées par la loi d'orientation du 9 septembre 2002. L'article 48 de la LOPJU prévoit en effet que l'hospitalisation avec ou sans son consentement d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans un établissement de santé au sein d'une unité spécialement aménagée conformément à l'article L 3214-1 du code de la santé publique. Cet article prévoit que, dans l'attente de la prise en charge par les unités hospitalières spécialement aménagées, l'hospitalisation des personnes détenues atteintes de troubles mentaux continue à être assurée par un service médico-psychologique régional ou un établissement de santé habilité.

Les UHSA se sont créées sur le modèle des UHSI qui assurent les soins somatiques des détenus dans les hôpitaux généraux de rattachement. La loi prévoit que garde et escortes sont assurées par l'administration pénitentiaire. Les UHSA sont donc des unités hospitalières implantées sur un établissement hospitalier de rattachement dont les soins sont assurés par une équipe polyvalente comportant psychiatre, psychologue et infirmiers psychiatriques et dont la surveillance périmétrique est réalisée par l'administration pénitentiaire.

Les objectifs des UHSA sont donc d'assurer au patient détenu des soins de qualité équivalente à ceux qui sont proposés à la population générale dans les secteurs de psychiatrie, tout en assurant la sécurité pénitentiaire et criminologique par la sécurisation des personnes et par la prévention des évasions.

Les UHSA sont prévues comme des structures hospitalières mixtes, pouvant aussi accueillir des mineurs, ayant un caractère intersectoriel, sous la responsabilité d'un médecin chef de secteur. Comme pour les SMPR, l'admission des patients est faite par le directeur de l'établissement hospitalier sur proposition du médecin psychiatre de l'équipe intervenant en milieu pénitentiaire. L'hospitalisation peut être sans consentement ou avec consentement. Les rôles respectifs des personnels de santé du personnel pénitentiaire sont établis :

- **Le personnel de santé** est responsable de la délivrance des soins ; il assure la gestion de l'unité et de la sécurité intérieure. Il peut faire appel au personnel pénitentiaire pour des interventions et des missions ponctuelles ;
- **Le personnel pénitentiaire** assure la sécurisation et le contrôle de l'entrée et de la zone parloir des UHSA. Il réalise la sécurisation de l'UHSA en prévenant toute auto et hétéro agression, en protégeant les

patients détenus d'une intervention extérieure et en prévenant toute évasion. Il est prévu que le personnel pénitentiaire n'intervient dans la zone des soins qu'en cas d'urgence absolue pour des missions ponctuelles à la demande du personnel de santé et éventuellement pour la fouille des chambres comme des locaux.

Les UHSA vont être mis en place progressivement sur l'ensemble du territoire au prorata de la population pénale. Ces unités seront composées de trois zones fonctionnelles :

- ***une zone d'entrée de contrôle*** des personnes comme des véhicules,
- ***une zone commune*** comportant les parloirs, les vestiaires et la fouille,
- ***une zone d'hospitalisation*** pouvant comporter deux ou trois les unités de soins de 20 lits.

Dans une première tranche, en l'état actuel des travaux du ministère de la santé, réalisés en collaboration avec le ministère de la justice, 40 lits sont envisagés sur la direction régionale de Bordeaux pour une UHSA implantée à Cadillac, 60 lits sur celle de Lyon et Dijon avec une implantation au Vinatier à Lyon, 60 lits à Lille, 60 lits à Marseille, 60 lits à Villejuif à Paris, 40 lits au CHS de Fleury-les-Aubrais, 40 lits au CHS de Rennes, 40 lits au CHS de Nancy et 40 autres lits au CHS Marchand à Toulouse. Les travaux les plus avancés sont actuellement ceux de l'UHSA de Lyon.

## **L'articulation avec les UMD**

Les Unités pour Malades difficiles (UMD) reçoivent en hospitalisation d'office des malades mentaux dangereux venant des secteurs mais aussi, toujours sous le régime de l'hospitalisation d'office en application de l'article D. 398 du code de procédure pénale, des détenus malades mentaux venant des établissements pénitentiaires. Leur fonctionnement est régi par le décret du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation psychiatrique qui prévoit des unités spécifiques à vocation interrégionale pouvant proposer une hospitalisation à des patients présentant pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne puissent mettre en œuvre que dans une unité spécifique. L'arrêté du 14 octobre 1986 relatif au règlement intérieur des unités pour malades difficiles prévoit les modalités d'admission et de séjour et crée la commission du suivi médical (CSM) qui formule un avis sur le maintien et la sortie des patients.

Les UMD ont été créés au début du siècle dernier et actuellement 4 structures répondent aux besoins de la population des malades mentaux dangereux français :

- L'UMD de Villejuif dans le Val-de-Marne, créée en 1910, comporte 60 lits hommes et 20 lits femmes ;
- L'UMD de Montfavet dans le Vaucluse, créée en 1947, comporte 60 lits hommes et 20 lits femmes ;
- L'UMD et de Sarreguemines dans la Moselle, créé en 1957, comporte 166 lits hommes ;
- L'UMD de Plouguernevel dans les Côtes-d'Armor, créée en 2008, comporte 40 lits hommes.

Les conditions d'admission en UMD sont fixées par l'arrêté du 14 octobre 1986 : la personne doit être en hospitalisation d'office, elle doit présenter pour autrui un danger tel qu'il nécessite des protocoles thérapeutiques intensifs adaptés et des mesures de sûreté particulières mises en œuvre dans une unité spécialement organisée à cet effet, enfin la personne doit présenter un état dangereux majeur, certain et imminent, incompatible avec le maintien dans une unité d'hospitalisation classique. L'admission en UMD est prononcée par le préfet du département d'implantation de l'UMD, au vu du dossier comportant un certificat médical détaillé précisant les motifs de la demande d'hospitalisation, des rapports d'expertises éventuelles et une biographie détaillée comportant notamment les antécédents médicaux et psychiatriques. À ces éléments doivent s'ajouter l'engagement signé par le préfet du département d'origine de reprendre en charge dans le délai de 20 jours la personne ayant fait l'objet d'un arrêté de sortie de l'unité après avis de la commission du suivi médical.

Les critères de dangerosité retrouvés dans la plupart des UMD sont d'une grande hétérogénéité :

- menaces de mort,
- impulsivité pathologique,
- antécédents personnels et familiaux de violences physiques,
- usage de drogues et ou d'alcool,
- personnalités antisociales,
- dépression grave avec idées suicidaires,
- comportement imprévisible et irrationnel,
- délire de persécution mystique ou de jalousie résistant aux traitements habituels,

- relation difficile marquée par la provocation et la violence avec le personnel soignant d'unités de secteur,
- inefficacité des traitements antérieurs...

Deux types de patients relevant de HO judiciaires sont retrouvés en UMD :

- **Des patients irresponsabilisés** en application de l'article 122-1 alinéa 1 du code pénal et dont la symptomatologie psychiatrique n'est pas compatible avec une hospitalisation dans le secteur d'origine du patient du fait de leur dangerosité ;
- **Des détenus malades mentaux** hospitalisés en application de l'article D. 398 du code de procédure pénale et venant d'établissements pénitentiaires où ils sont suivis soit par des secteurs de psychiatrie, soit par des SMPR, alors qu'une hospitalisation d'office n'est pas possible sur les services de secteur du fait de la sévérité leur état mental et de leur dangerosité.

## PSYCHIATRIE DE LIAISON EN MILIEU CARCÉRAL

Travailler dans la prison présente pour des équipes de secteur psychiatrique bien des difficultés : travailler chez l'autre, dans un milieu clos où la loi est omniprésente et où la réclusion est à l'origine d'une restriction communicationnelle pouvant susciter bien des psychopathologies, surtout si l'on prend en compte les spécificités des populations détenues et leur fréquente précarisation. Le travail dans la prison impose par ailleurs une vigilance éthique et une réflexion déontologique toujours renouvelée. Il est fondamental, pour permettre la survie des équipes soignantes, d'avoir un cadre et celui de la psychiatrie de liaison, psychiatrie de l'exercice dans les services somatiques de l'hôpital général est précieux pour aider à penser l'activité de soins, comme la souffrance des détenus et des soignants dans un lieu où le passage à l'acte est la règle.

Nous proposons d'appliquer le modèle de la psychiatrie de liaison telle qu'elle se pratique en milieu médico-chirurgical, à la psychiatrie réalisée en milieu carcéral. En effet, la mise en place d'une intervention psychiatrique dans un milieu extérieur (le milieu pénitentiaire) nécessite une double adaptation :

- **adaptation au milieu lui-même** (milieu clos avec ses règles et ses contraintes, obligation de collaboration avec un personnel non médical, le personnel pénitentiaire, importance de prise en compte du rappel de la loi telle qu'elle est exprimée par le jugement...) ;

- ***adaptation à une expression particulière de la clinique psychiatrique*** du fait du milieu comme des spécificités de la population et de sa fréquente précarisation.

Réécrire une clinique psychiatrique adaptée au milieu d'exercice constitue l'un des premiers enjeux de la psychiatrie en milieu carcéral.

### Troubles mentaux et carcéralité

Les troubles mentaux retrouvés en milieu carcéral sont dénoncés dans tous les pays industrialisés comme en constante augmentation, sans que cela ne soit réellement propre à notre pays, mais beaucoup plus à relier à un ensemble de facteurs : une désinstitutionnalisation psychiatrique, une crise de l'hébergement social et plus récemment l'importation d'un modèle judiciaire de « tolérance zéro » se développant en Europe après les États-Unis.

Suicide, automutilations ou agressivité stigmatisent une clinique particulière, une clinique de l'agir, clinique retrouvée dans le passage à l'acte criminel. Ces modes d'expression sont souvent le fait de personnalités pathologiques ou de troubles psychiatriques sous-jacents que l'équipe psychiatrique devra identifier, comme de l'influence du milieu qui peut aussi les secréter.

### Passages à l'acte en détention

Le moment de l'incarcération est un temps crucial de la vie du détenu. Rupture avec le milieu de vie, perte des repères spatio-temporels et affectifs, perte de l'autonomie, l'incarcération est particulièrement favorable aux manifestations anxiuses et aux troubles du comportement souvent marqués par des passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs. S. Baron-Laforêt (Baron-Laforêt et Brahmy, 1998) individualise quatre temps particulièrement propices à ces manifestations :

- au cours de la garde à vue,
- au moment de l'écrou,
- les premiers jours de l'incarcération,
- moment de l'adaptation au milieu carcéral,
- lors du jugement,
- à l'approche ou au moment de la sortie.

Ces passages à l'acte en détention sont chaque année soigneusement répertoriés dans le rapport annuel de l'administration pénitentiaire comme incidents et accidents individuels et collectifs.

### *Suicides et tentatives de suicide*

Il s'agit d'un problème majeur en détention et notre pays a bien du retard dans l'organisation d'une politique efficace de prévention. Un rapport de Jean Louis Terra (2003) au Garde des Sceaux, Ministre de la Justice vient d'être publié à ce sujet.

Le taux de mortalité par suicide en prison est près de 6 fois supérieur à celui rencontré en population générale (140 pour 100 000 contre 22 pour 100 000 en 1998 ; Baron-Laforêt et Laurans, 1997). Le rapport « Incidents collectifs et individuels en détention » de l'administration pénitentiaire de 1997 montre que ce chiffre est en constante augmentation (60 en 1982 contre 125 en 1997). Si l'on rapporte ce chiffre à la population carcérale générale, on retrouve un taux de 0,19 % en 1993 contre 0,22 % en 1997. En 2001 pour 67 308 entrants, J.-L. Terra (2003) dénombre 104 suicides soit un taux de 1,54 pour mille ; en 2002, il constate 122 suicides soit un taux de 1,49 pour mille entrants. Il note judicieusement qu'il faut constater que parallèlement, le pourcentage de prévenus a augmenté en passant de 33,7 % en 2001 à 37,6 % en 2003.

Les moyens privilégiés pour se suicider en prison restent la pendaison ou la strangulation (96/125 en 1997, 92 % des décès en 2001 et 2002), bien que le suicide par absorption médicamenteuse (13/125 en 1997) soit en augmentation relative. Plusieurs raisons à cela (Senon, 1998) : la disparition de la « fiole » depuis 1995, la responsabilisation partielle du détenu dans la gestion de son traitement, des prescriptions inadaptées au milieu de la détention. Les prescripteurs ont manifestement modifié leurs comportements puisque les intoxications médicamenteuses sont divisées par deux entre 1998-99 et 2000-2001.

J.-L. Terra prend en compte la pratique très ancienne des pénitentiaires de « doubler » les détenus préoccupants. Il rapporte, en s'appuyant sur la population décédée en 2001 et 2002, soit 226 suicides pour ces deux années, que la moitié des personnes décédées occupaient seules leur cellule et que la moitié des « doublées » ont profité de l'absence du codétenu pour passer à l'acte. Il souligne de 24 suicides ont été enregistrés au quartier disciplinaire soit 11 % des suicides. La durée de la sanction disciplinaire est un facteur précipitant (Terra, 2003).

Concernant les tentatives de suicide, une très nette augmentation est là aussi constatée ces dernières années (1022 tentatives en 1997, contre 827 en 1996 et 537 en 1997), les tentatives de suicide par absorptions

médicamenteuses se situant en deuxième position derrière les tentatives par pendaison ou strangulation. M. Cipriani-Crauste (1983) évoque l' « état de mal suicidaire » chez l'individu « auto-agressant ». Il peut s'exprimer par un acte isolé lors d'un raptus anxieux ou par une répétition de conduites corporelles variées, et caractérise des détenus au champ de la communication perturbée.

N. Bourgoin (1992) propose, au terme d'un travail d'observation de plus de dix ans, d'individualiser un profil des suicidés en milieu pénal : c'est un adulte jeune, célibataire et sans enfant, primaire (première incarcération), sans emploi. Le mode de passage à l'acte le plus fréquent est la pendaison.

M. Bénézech (1999) individualise quatre groupes de facteurs « suicidogènes » :

- **Les conditions de vie en prison** : choc de l'incarcération, perte des repères habituels, perte de l'autonomie, la promiscuité... ;
- **Les particularités des populations carcérales** : majoritairement masculine, jeune (2/3 des détenus ont moins de 30 ans), personnalités fragiles ou limites (états limites, toxicomanes...) ;
- **Le fonctionnement de la justice pénale** qui ne favorise pas le dépistage des difficultés psychologiques (difficultés procédurales, gravité des décisions judiciaires, etc.) ;
- **La « mutation culturelle »** de la prison par exemple : relâchement de la discipline, perte des repères institutionnels, etc.

### *Automutilations*

Favorisées par l'absence de verbalisation, elles sont souvent l'apanage de certains profils psychologiques (troubles limites de la personnalité, personnalités narcissiques, jeunes détenus...). Elles sont en léger recul depuis 1997 (1 337 actes en 1997 contre 1 763 en 1996 et 1 703 en 1994 ; Gunn-Scheyaye, 1980). L'automutilation, favorisée par l'absence de verbalisation, permet d'obtenir une décharge brutale de la tension interne.

### *Grèves de la faim*

En 1997, elles représentaient 957 détenus contre 886 en 1996 et 1 002 en 1994. Plus de 13 % de ces grèves sont supérieures à un mois, et 27 % sont supérieures à 20 jours.

D'après M. Gayda (1983), il s'agit principalement d'un mode de protestation ou de pression sur les différentes autorités (judiciaires, pénitentiaires ou politiques).

Leur taux est en diminution constante depuis 1985 (380 cas pour 10 000 détenus en 1985 contre 144 cas pour 10 000 détenus en 1995 d'après A. Kensey).

Tatossian, D. Glezer et G. Casile (1989) mettaient déjà en garde contre les enjeux créés par cette situation où le tiers soignant risque d'être utilisé comme instrument dans la situation conflictuelle par le gréviste ou par « le partenaire-cible ».

### *Agressions envers le personnel*

Elles constituent un point délicat dans les relations entre l'équipe psychiatrique et l'équipe pénitentiaire, dans la mesure où toute agression ne nécessite pas forcément un transfert en psychiatrie (incompréhension de l'équipe pénitentiaire). Elles restent en constante augmentation.

### **Les pathologies mentales sous-jacentes**

Des troubles de la personnalité ou des troubles psychiatriques avérés sont souvent à l'origine de ces passages à l'acte. Les identifier sera l'une des principales missions des équipes psychiatriques.

Assez peu d'études ont été publiées sur l'épidémiologie des pathologies psychiatriques dans les établissements pénitentiaires. Une remarquable méta-analyse a été publiée en 2002 dans le Lancet par S. Fazel et J. Danesh. Nous la reprenons en synthèse dans le tableau 17.1 face à quelques données de la littérature internationale avec comparaison avec quelques travaux français publiés (Senon et Manzanera, 2006). Une étude a été menée conjointement par la Direction Générale de la Santé et par la Direction de l'Administration Pénitentiaire sous la direction de Frédéric Rouillon et Bruno Falissard. Cette étude a été réalisée dans 23 établissements pénitentiaires français représentatifs de la population pénale auprès de 800 hommes détenus dans les établissements de France métropolitaine, 100 hommes détenus dans les DOM et 100 femmes détenues en métropole. 998 entretiens ont été réalisés par un binôme psychiatre-psychologue entre juillet 2003 et septembre 2004. Le taux de participation a été de 57 %.

Selon la population entre 35 et 42 % des détenus ont été considérés par le binôme psychiatre et psychologue comme manifestement malades ; il était retrouvé des antécédents personnels et familiaux graves pour 42 % des hommes détenus en métropole et pour la moitié des femmes enquêtées. La prévalence de la schizophrénie est retrouvée comprise, selon les niveaux d'interprétation proposée par les directeurs de l'étude, entre 3,8 et 8 % auxquels il faut ajouter les psychoses chroniques non

schizophréniques entre 1,6 et 8 %. Les troubles dépressifs concernent dans cette étude 35 à 40 % des détenus. Ce travail a été réalisé sur la base du MINI qui surévalue habituellement les pathologies psychiatriques en les élargissant à leur spectre.

*Tableau 17.1. Données épidémiologiques sur les pathologies psychiatriques en détention (% population pénale) (Senon et Manzanera, 2006)*

Pathologies psychiatriques	Études internationales					Études françaises		
	Fazel Danesh Méta-analyse	Roesch	Teplin	Motiuk	Gravier 1999	Gallet 2000	Dauver 2001	DGS-DAP 2004 (Mini)
Psychoses chroniques	4	5	4	3	3,15	3,5 (MA) 4,6 (CD)	4,75	3,8 à 8 % de schizophrénies 1,6 à 8 % de psychoses chq
Dépression	12	10	14	/	3,5	/	/	35 à 40 %
Personnalité antisociale	20	64	47	57	11	/	15,5	30

## Personnalités pathologiques

Les personnalités limites à expression psychopathique représentent de 10 à 60 % de la population pénale selon les établissements. Elles seraient incriminées dans plus de 80 % des tentatives de suicide ou d'automutilation, et dans plus de 60 % des incidents graves survenant en prison.

Bergeret (1998) définit la clinique de ces personnalités selon la prédominance de quatre séries de symptômes :

- L'angoisse permanente de vide, fluctuante ;
- Le syndrome dépressif : traduisant le « vide existentiel » du sujet. Il apparaît pour J. Bergeret comme l'élément fondamental de ce mode d'organisation de la personnalité ;
- Les symptômes névrotiques : multiples et fluctuants ;
- L'instabilité et l'impulsivité : avec facilité du passage à l'acte, conduites sexuelles déviantes, abus toxicomaniaques...

Kernberg (1979), les assimile à une organisation déterminée et fixe de la personnalité caractérisée par des mécanismes de défense pré-génitaux contre l'angoisse, de type psychotique. Leurs mécanismes de défense

sont caractérisés par le clivage, l'idéalisation primitive, l'identification projective et le déni.

Ils présentent une biographie mouvementée marquée par des carences affectives précoces, des antécédents de violences physiques et/ou sexuelles, d'abandons, une instabilité et des lacunes dans les relations mère/enfant, ponctuée de ruptures et de fusions. Le père est résolument absent ou inexistant sur le plan symbolique.

Au SMPR de Varces, C. Balier a fait le pari d'une approche psychanalytique des comportements violents. Concernant le passage à l'acte, C. Balier (1988, 1989), précise qu' « il convient de l'apprécier dans sa fonction de sauvetage d'un narcissisme défaillant ». Le travail proposé à ces patients a pour but le rétablissement de la continuité narcissique permettant de canaliser des mouvements internes violents. Il s'agit d'accompagner une lente élaboration qui prend source dans la confrontation entre la souffrance du détenu, le cadre carcéral et le psychiatre. Enfin, il souligne la nécessité d'un système de pare-excitations avant d'entamer tout travail de thérapie avec ces sujets...

La difficulté de ce travail d'accompagnement et de mise en mots reste d'éviter la reproduction de l'alternance fusion/rupture en travaillant sur la relation soignants/soignés et sur la fonction contenante du cadre.

### *Troubles dépressifs*

Particulièrement fréquents en milieu carcéral, ils présentent deux formes :

- des troubles réactionnels principalement, notamment lors du temps de la détention préventive ;
- des dépressions de type abandonnique lors de la détention.

Loin de la description classique de l'Épisode Dépressif Majeur des classifications, la symptomatologie dépressive est ici particulière. L'inhibition psychomotrice est souvent modérée voire absente, l'humeur semble adaptée aux conditions de vie du sujet, la culpabilité est rarement exprimée directement. Ces dépressions réactionnelles peuvent précipiter un passage à l'acte suicidaire, lorsque le détenu « réalise » la gravité et les conséquences de son acte criminel ou lors de sevrages brutaux (alcool ou toxiques). La perte de repères favorisée par la détention peut favoriser l'apparition de véritables syndromes régressifs, notamment pour les personnalités de type névrotique. Les premiers temps de l'incarcération en maison d'arrêt, une instruction qui se prolonge, les mois qui précèdent la libération pour les longues peines, sont les moments les plus favorables à ces décompensations dépressives qu'il faut savoir reconnaître et prendre

en charge, la prise en charge relationnelle et psychothérapique étant essentielle pour éviter le repli et l'abandon souvent retrouvés avant les tentatives de suicide.

### *Troubles psychotiques*

Selon l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (ASPMP) la population de psychotiques incarcérés est comprise entre 3 et 5 % (Gallet *et al.*, 2000). La recherche DGS-DAP menée par F. Rouillon et B. Falissard donne des prévalences de schizophrénies et autres psychoses chroniques plus élevées comme nous les citons ci-dessus. Souvent, l'incarcération est un révélateur des troubles schizophréniques. Le passage à l'acte criminel est alors le premier symptôme de la psychose schizophrénique dont les signes productifs se révéleront quelques mois ou années plus tard. C'est dire l'intérêt de rechercher les signes négatifs et de désorganisation de la schizophrénie devant tout passage criminel tranchant avec le fonctionnement habituel du sujet. Si toutes les formes de schizophrénies peuvent se rencontrer, les incarcérations sont souvent en relation avec des thèmes de persécution. Dans d'autres cas la prison concentre les formes déficitaires et on y rencontre encore des formes catatoniques historiques. Certains auteurs regroupent sous le terme de psychoses carcérales des troubles psychotiques survenant à deux périodes particulières de la détention : lors des premiers jours de l'incarcération chez le prévenu primaire, et au moment du transfert dans un établissement pour peine. Ils s'apparentent à des troubles adaptatifs sur personnalités fragiles, et peuvent s'accompagner d'auto ou d'hétéroagressivité et on peut les considérer comme des psychoses réactionnelles brèves. Le tableau 17.2 reprend les caractéristiques cliniques des différentes décompensations psychotiques rencontrées en détention.

### *Troubles anxieux et troubles du sommeil*

Au premier rang en fréquence, ils témoignent des difficultés d'adaptation à l'univers carcéral. Ils existent également chez ceux qui recherchent, au travers de leur prise en charge, un moyen d'obtenir des psychotropes (« défonce », trafic...). Ces troubles conduisent parfois à de véritables attaques de panique avec risque de raptus anxieux ou de passages à l'acte auto-agressifs. Les facteurs favorisants sont à nouveau : la rupture avec le milieu extérieur, la perte des repères spatio-temporels et affectifs, la violation de l'intimité, la perte d'autonomie, la promiscuité, etc.

*Tableau 17.2. Décompensations psychotiques en détention*

Type clinique	Symptomatologie	Temps de la détention prépondérant	Populations exposées
<b>Psychoses hallucinatoires</b>	Hallucinations auditives et cénesthésiques. Automatisme mental. Intuitions et interprétations délirantes. Passages à l'acte auto et hétéro-agressifs.	Rarement en préventive. Le plus souvent en établissement pour peines.	Personnalités vulnérables. Structures psychotiques. Souvent épisodes antérieurs dans des détentions précédentes.
<b>Psychoses délirantes et dysthymiques</b>	Labilité thymique : hypomanie ou dépression. Idées délirantes de culpabilité, mégalomaniques ou de persécution en rapport avec l'humeur.	Prévenu ou condamné.	Troubles cycliques de l'humeur ? Personnalités vulnérables.
<b>Psychoses pseudo-autistiques avec régression psychoaffective</b>	Repli, aboulie, refus de communication, négligence corporelle, possibilité de délire paranoïde.	Condamné à de longues peines en CD, CP ou MC.	Condamnés à de longues peines et isolés sur le plan familial.
<b>Délires d'innocence</b>	Scénario délirant visant à démontrer l'innocence. Conviction inébranlable en dépit des aveux initiaux.	Prévenu dans les mois précédent le jugement.	Prévenus pour crimes sexuels ou de sang graves.
<b>Bouffées délirantes polymorphes avec dysphorie</b>	Délire polyhallucinatoire avec troubles de l'humeur : équivalent dépressif.	Prévenu dans les premiers temps de la détention. Condamné longues peines avec difficulté d'adaptation à CP ou MC.	Étrangers : Maghrébins, Africains.

### *Conduites addictives*

En moyenne, un entrant sur trois a des problèmes avec l'alcool (enquête nationale de prévalence réalisée en 1994/1995) et environ 10 % ont des problèmes de toxicomanie. Ce chiffre serait en constante augmentation. En l'espace de 10 ans, les condamnations pour infraction à la législation des stupéfiants ont augmentées de près de 60 %. C. de Beaurepaire *et al.* (1997) retrouvent chez les détenus hospitalisés à l'hôpital pénitentiaire de Fresnes les chiffres suivants :

- 80 % d'alcooliques purs au-dessus de 40 ans,
- 48 % de consommateurs exclusifs de stupéfiants,
- 22 % d'alcooliques purs entre 20 et 30 ans.

Parmi les troubles psychiatriques présentés par cette population, on retrouve :

- plus de 25 % de symptômes dépressifs,
- 25 % de symptômes anxio-dépressifs réactionnels.

La fréquence des actes auto-agressifs chez les détenus addictifs hospitalisés est élevée puisque :

- 57 % d'entre eux ont réalisé des tentatives de suicide,
- 25 % des automutilations.

La prise en charge de ces détenus pose deux types de problèmes. Les malades alcooliques posent le problème d'une prise en charge le plus souvent pluri-partenariale (psychiatrique, médicale, socio-éducative) rarement possible et les toxicomanes posent la question des traitements substitutifs et psychotropes en prison.

### **L'orientation du détenu malade mental**

L'orientation vers des soins appropriés du détenu malade mental est une des missions essentielles des équipes de psychiatrie de secteur intervenant dans la prison comme des SMPR.

Pour cette orientation, il est indispensable de prendre en compte les « verrous régulateurs » (voir encadré) entre prison et hôpital psychiatrique pour les détenus malades mentaux qui sont déterminés par le Code pénal et le Code de procédure pénale :

- Le Code pénal de 1994 dans son article 122-1 prévoit l'irresponsabilité pénale comme abolition du discernement. Il comporte deux alinéas :

- N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ;
  - 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 ;
- Le Code de procédure pénale prévoit dans son article D 398 que les détenus atteints des troubles mentaux visés à l'article L. 342 du code de la santé publique ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais, à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité au titre de l'article L. 331 du code de la santé publique.

#### ENTRE PRISON ET HÔPITAL :

LES DEUX VERROUS RÉGULATEURS PRÉVUS PAR LE CODE PÉNAL  
ET LE CODE DE PROCÉDURE PÉNALE POUR LES MALADES MENTAUX

#### **Article 122-1 CP**

- N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement.
- 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.

#### **Article D 398 CPP**

- Les détenus atteints des troubles mentaux visés à l'article L. 342 du code de la santé publique ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais, à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité au titre de l'article L. 331 du code de la santé publique.

Cette orientation peut être schématisée de la façon suivante (figure 17.2) :

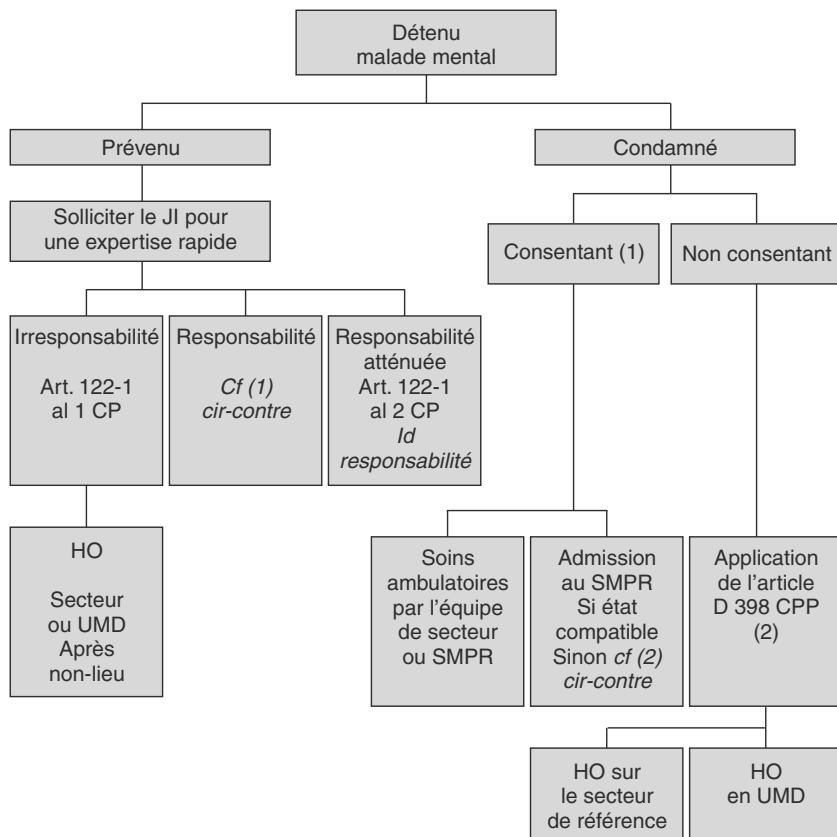


Figure 17.2. Orientation du détenu malade mental : arbre décisionnel

- S'il s'agit d'un prévenu en attente de son jugement, il convient que le psychiatre intervienne auprès du juge d'instruction pour qu'une expertise psychiatrique soit rapidement diligentée. Trois cas sont alors possibles :
  - L'expert reconnaît une irresponsabilité pénale au sens de l'article 122-1 alinéa 1 du Code pénal : si le juge d'instruction ne sollicite pas de contre-expertise, un non-lieu est prononcé et le dossier est transmis au préfet qui peut, au vu de l'expertise, (et souvent d'un certificat médical réglementaire), signer un arrêté

- d'hospitalisation d'office réalisée dans le secteur d'appartenance de la personne malade ;
- L'expert conclu à la responsabilité auquel cas les soins sont donnés en détention si le détenu est consentant (en ambulatoire ou si l'état le nécessite après admission dans un SMPR) ; si le détenu n'est pas consentant il peut être fait application de l'article D 398 du Code de procédure pénale qui prévoit qu'un détenu malade mental peut être hospitalisé d'office sur le secteur psychiatrique ;
  - Si l'expert est en faveur d'une responsabilité atténuée selon l'article 122-1 alinéa 2 du Code pénal aucune mesure spécifique ne peut être envisagée et l'on se retrouve dans le cas précédent de la responsabilité totale. Souvent même, la cour d'assises peut prononcer de façon paradoxale des peines plus lourdes, le jury cherchant à protéger la société face à une personne considérée comme responsable mais néanmoins malade mental et donc en risque de récidive.
- S'il s'agit d'un condamné aucun nouvelle procédure d'expertise n'est possible. Deux cas sont possibles :
    - Si le détenu malade mental est consentant, il fait l'objet, selon son état clinique soit de soins ambulatoires par l'équipe de secteur intervenant dans la prison, soit il est proposé à l'admission du SMPR de la région. Si son état n'est pas compatible avec l'admission au SMPR, il est fait application de l'article D 398 CPP et il est hospitalisé d'office sur le secteur de rattachement ou l'UMD ;
    - Si le détenu malade n'est pas consentant, il est fait application à son égard de l'article D 398 CPP est il est hospitalisé d'office sur le secteur ou en UMD.
- Qu'il soit ou non consentant, il pourra bientôt relever d'un UHSA quand ces unités seront en place à partir de 2009.

Ces procédures d'orientation du détenu malade mental sont souvent difficilement applicables. Obtenir une hospitalisation d'office en application de l'article D 398 CPP se révèle souvent bien difficile du fait de la réticence des préfets ou plus souvent encore de celles des secteurs ne disposant pas le plus souvent de services adaptés à l'accueil d'un malade mental judiciarisé, surtout si le sujet a été reconnu responsable et condamné et si des mesures particulières de surveillance doivent être prises, en particulier pour éviter une évasion.

De la même façon, l'admission est difficile en SMPR, souvent surencombrés et se limitant à l'admission de détenus de leur établissement

d'implantation. Il en est de même pour l'admission en UMD, ces structures fonctionnant avec des listes d'attente de plusieurs mois.

C'est une des raisons pour lesquelles ministère de la Justice et ministère de la Santé ont prévu de créer des unités hospitalières accueillant des détenus malades, les UHSA (Unités Hospitalières Spécialement Aménagées).

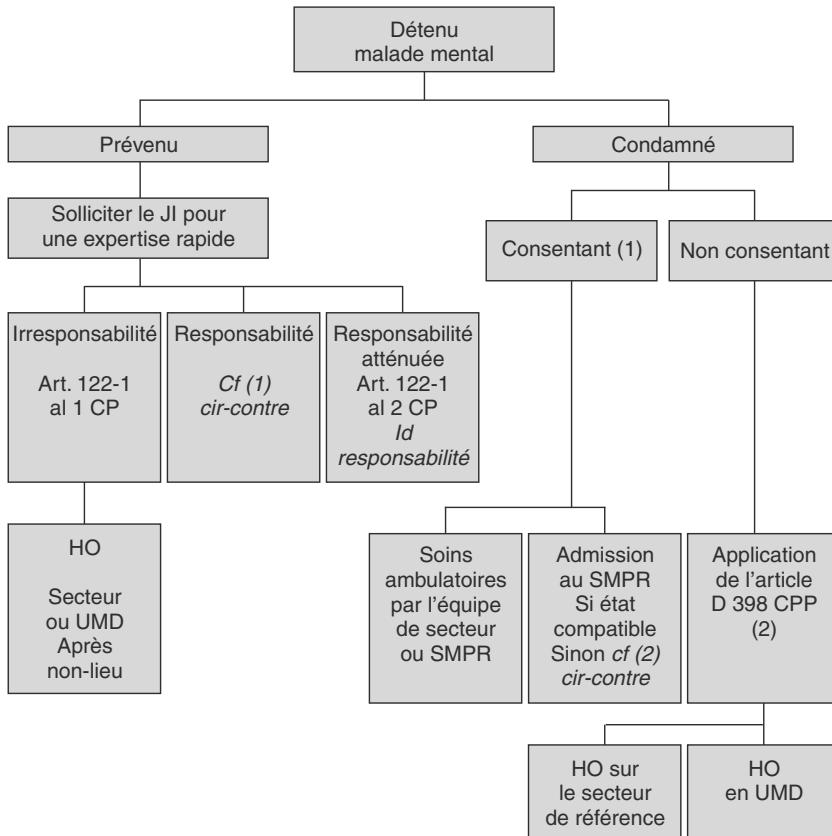


Figure 17.3. Orientation du détenu malade mental : arbre décisionnel

### La psychiatrie de liaison comme modèle d'intervention en milieu carcéral

La psychiatrie de liaison constitue une approche privilégiée des troubles psychiatriques présents en milieu carcéral. En effet, par sa bipolarité (activités de consultation et de liaison), elle facilite l'intégration

du psychiatre et de son équipe au sein d'une structure caractérisée par son isolement du milieu extérieur, mais aussi l'approche dynamique des pathologies présentées dans le chapitre précédent. L'équipe psychiatrique fait un travail de restauration de la communication dans un milieu clos, elle doit rester attentive à lier son propre travail avec celui du monde pénitentiaire mais aussi avec les secteurs de psychiatrie générale, les SMPR ou les UMD. Effectivement soigner c'est lier et rapprocher toutes les institutions de soins pouvant apporter une réponse thérapeutique au détenu malade, en évitant soigneusement l'isolement et un travail en vase clos. Lier c'est aussi témoigner, apporter des éléments à l'hôpital sur les besoins de la population pénitentiaire, maintenir avec les institutions de soin des relations de qualité, mais dire les problèmes sans secréter le rejet, l'oubli ou la relégation, grand danger quand on intervient dans la prison.

### *Psychiatrie de liaison hospitalière et « carcérale »*

La pratique de la psychiatrie en milieu carcéral peut être rapprochée de la pratique de la psychiatrie en milieu médico-chirurgical pour plusieurs raisons d'après J.-L. Senon (Senon *et al.*, 2000a, 2000b) :

- Toutes deux s'exercent dans un milieu extérieur au milieu psychiatrique, ce qui nécessite pour le psychiatre et son équipe une adaptation au fonctionnement et aux contraintes de l'endroit où il intervient ;
- Le psychiatre doit, selon S.M. Consoli (1995) relever en permanence un défi :  
« Défi d'avoir à faire notre place, à nous faire reconnaître dans notre spécificité, mais aussi d'avoir à répondre au scepticisme ambiant. »  
L'existence d'un risque permanent de clivage ou d'exclusion de l'équipe psychiatrique tant du côté de la prison que de celui de l'hôpital d'origine ;
- Le développement de liens avec l'équipe médicale (UCSA) est essentiel dans la prise en compte globale de l'individu (corps et esprit) ;
- Une adaptation de la clinique est nécessaire, en marge de l'apprentissage classique, avec nécessité de travaux de recherche et mise en place d'un enseignement spécifique ;
- Une préparation des différents protagonistes de l'équipe de psychiatrie paraît indispensable face à des pathologies empreintes de souffrance, de risque de passage à l'acte et de violence ;
- Elle permet la prise en compte des aspects institutionnels et individuels tout en restaurant la communication autour du malade ;

- L'autonomie du point de vue déontologique et éthique est nécessaire dans la relation au détenu, ce que ne permettaient pas les SMPR. Mais, il nous faut être en garde contre toute tentation de projeter les propres difficultés et angoisses des soignants sur l'administration pénitentiaire et ses agents, exposant au risque de clivage et de rejet.

Avant pouvoir réellement s'intégrer dans le fonctionnement pénitentiaire, l'équipe de psychiatrie devra faire la preuve de son utilité et de son efficacité.

### **Spécificité du travail de liaison en milieu pénitentiaire**

Proche du travail de liaison en milieu hospitalier, l'exercice de la liaison en milieu carcéral possède ses propres particularités et difficultés. Certaines ont déjà été abordées comme l'exercice dans un lieu fermé, la notion de privation de liberté... Mais d'autres facteurs spécifiques interviennent, notamment les relations avec le secteur de rattachement et les échanges avec le personnel de l'administration pénitentiaire dans le respect du secret médical.

#### *Lien avec l'hôpital de rattachement*

L'équipe de psychiatrie pénitentiaire, se trouve exposée au risque d'« un cloisonnement » par rapport à son secteur psychiatrique d'origine. La surspécialisation de ces équipes favorise leur isolement, et expose au risque d'épuisement (ou *burn-out*) comme le rappelle R. Zumbrunnen (1992). S. Baron-Laforêt (1997) précise que le SMPR doit travailler « en partenariat étroit avec l'ensemble des intervenants en prison [...] ceci permet d'optimiser le travail de chacun et de lutter contre le cloisonnement qui existe de fait entre tous les services ».

P. Giravalli *et al.* (1992) pensent qu'il est nécessaire que ces unités soient rattachées à une unité psychiatrique sectorisée afin de prévenir les risques d'une hyperspécialisation responsable d'une accentuation du cloisonnement de la psychiatrie classique.

#### *Lien avec le milieu d'exercice*

Le travail de liaison en milieu pénitentiaire repose sur trois principes :

- La notion de « paranoïa en miroir » ;
- Identité et place des soignants ;
- Identité et valeur des pénitentiaires.

### *La « paranoïa en miroir »*

La notion de « paranoïa en miroir » que nous avons décrite (Senon, 1998 ; Senon *et al.*, 2000), dérive d'une lutte de pouvoirs et de tensions favorisée par le narcissisme des soignants et des pénitentiaires. S. Baron-Laforet et J. Laurans (1997) mettent en garde contre l'illusion du soignant de changer la prison, et contre l'habileté de certains détenus (personnalités limites, par exemple) à manipuler les différentes catégories d'intervenants. Ces luttes de pouvoir et les inévitables tensions qui en découlent doivent être évitées par un travail d'élaboration, une capacité à rechercher le sens, tout en acceptant de supporter les incontournables frustrations.

Cette « paranoïa en miroir » se manifeste par :

« Méfiance, suspicion, projection hostile, repli de chaque équipe dans sa tour d'ivoire, limitation des échanges verbaux au profit des interpellations vives par l'écrit (notes, réglementation, courriers à la hiérarchie...).»

La multiplicité des passages à l'acte des détenus pourrait représenter le symptôme de cette maladie institutionnelle. Déni de la mission de chacun, elle impose de la part de l'équipe soignante une vigilance de chaque instant, notamment concernant la reproduction du clivage favorisée par certaines pathologies, comme les personnalités de type limite, entre bon et mauvais objet.

D. Glezer *et al.* (1983) rappellent que :

« L'absence d'interférence de la part de l'équipe psychiatrique sur le fonctionnement de l'équipe pénitentiaire apparaît comme l'un des fondements du travail en milieu carcéral. »

Ceci implique que les soignants ne possèdent pas de clés de la prison, ils n'entrent pas seuls dans les cellules, et ils n'interviennent pas dans les problèmes disciplinaires hormis dans le cas de passage à l'acte chez un détenu malade.

### *Identité et place des soignants*

L'identité du psychiatre de liaison est nécessairement remise en cause dans ce cadre si particulier de fonctionnement. Cette remise en cause, indispensable afin de pouvoir créer une alliance, impose un double défi à l'équipe soignante : comprendre l'autre et se faire comprendre de l'autre.

R. Zumbrunnen (cité par Senon) évoque :

« Les frustrations inhérentes à l'activité de psychiatre consultant à l'hôpital général ne doivent pas être méconnues : une identité qui demande régulièrement à être précisée ; une place et un rôle qui ne sont jamais définitivement acquis et doivent être constamment consolidés ou reconquis. »

Il insiste sur le fait que l'équipe psychiatrique puisse être le support de mouvements projectifs et identificatoires à l'origine de la difficulté de leur travail. Le risque est d'aboutir au déni de la spécificité du travail psychiatrique.

Il convient de réaffirmer les objectifs de la mission soignante tout en respectant la déontologie et l'éthique.

### *Identité et valeur des pénitentiaires*

La population en milieu carcéral a considérablement augmentée depuis les années 1970, parallèlement à l'augmentation de la durée moyenne de détention. Il faut rappeler que la prison reste le lieu de l'exclusion où, en 1994, on relevait que plus de 60 % des détenus n'avaient pas dépassé le niveau des études primaires (Kensey, 1996).

En 1975, outre la mission punitive, des missions socio-éducatives avaient été confiées aux surveillants aboutissant à une certaine mutation de leur activité. Mais, en 1993, et surtout en janvier 1994 leur rôle se modifie à nouveau considérablement avec l'arrivée d'un grand nombre d'intervenants extérieurs. Plusieurs des rôles qui leur permettaient de se dégager de l'image traditionnelle du surveillant ont alors été confiés à ces intervenants externes. À nouveau cantonnés dans une fonction de surveillance stricte, ils voient leur souffrance laissée pour compte, au profit de celle des détenus, alors que leur « médecine du travail » est à peine esquissée. Une équipe de psychiatrie en milieu pénitentiaire travaillant sur le mode de la psychiatrie de liaison devra être attentive à « respecter et conforter » le rôle des pénitentiaires.

## STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES

La prise en charge thérapeutique des détenus nécessite une nouvelle élaboration par rapport aux prises en charge classiques. Cette modification tient à deux particularités déjà évoquées : le lieu particulier d'exercice, avec ses contraintes et ses limites ; et les pathologies particulières rencontrées (personnalité limite à expression psychopathique ou psychotique, toxicomanie, ...). Ces pathologies nécessitent d'adapter les

stratégies d'intervention, avec une attention particulière sur les relations soignants/soignés, sur le travail du cadre, et sur celui du devenir.

### **Particularités liées au lieu d'intervention**

#### *Enjeux du traitement*

L'intervention du psychiatre en milieu pénitentiaire peut poser un problème éthique. En effet, par l'action qu'il a auprès du détenu, le psychiatre participe à l'adaptation favorable des détenus à l'institution carcérale.

D. Glezer *et al.* en 1983 soulignent qu'il incombe au psychiatre et à son équipe d'affirmer la finalité de leur intervention, tout en rejetant un quelconque rôle dans l'adaptation des détenus au milieu carcéral, de psychiatriisation du désordre et de l'indiscipline. C. Balier, en 1988, ajoute 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 ».

Le travail thérapeutique pourra se faire à trois niveaux (Senon, 2000a ; Senon *et al.*, 2000b) :

- Prise en charge des décompensations transitoires (liées à l'incarcération ou à la procédure pénale en cours) : décompensations psychotiques aiguës, troubles du sommeil, troubles dépressifs... ;
- Prise en charge des troubles psychiatriques antérieurs à l'incarcération : troubles bipolaires, alcoolisme ... ;
- Prise en charge de pathologies de carences graves dans le but de limiter la compulsion de répétition.

#### *L'entretien d'accueil*

Tous les auteurs soulignent l'importance de l'entretien d'accueil comme travail pré-thérapeutique d'éveil de la demande.

Depuis la loi de 1994, l'intervention précoce du secteur psychiatrique en détention permet non seulement l'évaluation clinique mais aussi d'amorcer l'éveil d'une demande de soins. Au cours de cet entretien, le psychiatre devra faire la preuve de ses capacités d'empathie dans le but d'initier une relation forte au patient, tout en restant vigilant face aux capacités de séduction et de fusion de ce dernier.

Ce premier entretien, primordial dans la relation future avec le patient, a pour but :

- Une évaluation psychiatrique et psychopathologique du détenu ;
- Un travail d'information sur les possibilités de prise en charge intra et extra-pénitentiaire ;
- Un travail pré-thérapeutique d'éveil de la demande notamment en initiant un début de verbalisation du passage à l'acte, notamment chez les personnalités limites comme le précise P. Bailly-Salin (1980).

L'éveil d'une demande de soin nécessite de la part du soignant non seulement un engagement mais aussi une gestion de la distance (transfert et contre-transfert) avec le patient afin d'éviter de reproduire l'alternance fusion/rupture maternelle. Il a une utilité particulière pour la prise en charge des auteurs de violences sexuelles dans l'esprit de la loi de 1998.

## Modalités d'exercice

### *Fonction du cadre*

Avant de pouvoir entamer un travail avec ces patients, la mise en place d'un système de pare-exitations est fondamentale. Pour C. Balier (1989) :

« La prison protectrice en représente un [pare-exitations] par elle-même quand elle est vécue de façon positive. »

Mais, Legendre (1989) A. Maurion (Legendre et Maurion, 1993) précisent qu'elle ne peut en aucune façon être « un cadre thérapeutique » en elle-même. En effet, l'institution carcérale présente de nombreux facteurs pathogènes allant de la promiscuité à la transgression sociale en passant par la perversion des liens relationnels.

C. Balier (1989) souligne qu'il est nécessaire, pour les soignants de doubler le pare-exitations externe (la prison) d'un deuxième cadre thérapeutique celui-ci. Chaque cadre possède sa fonction propre, le premier contribuant à la sécurité, aux sanctions et à la discipline et le second, dans une complémentarité s'attachant à la compréhension et à la restauration du sens.

### *Le contrat de soins*

Il est souhaitable dans la prise en charge des personnalités limites à expression psychopathique d'établir un contrat de soins. Il présente l'avantage d'une responsabilisation du patient dans sa prise en charge, mais aussi permet de matérialiser le cadre et d'en fixer les limites.

P. Bailly-Salin (1980) écrit :

« C'est donc l'interaction et la dynamique entre l'entretien et la vie institutionnelle qui vont être l'objet du contrat limité. »

Ce contrat devra être limité à la fois dans ses objectifs et dans le temps afin d'éviter de répéter les situations de rupture.

### *Psychothérapies en milieu carcéral*

Il s'agit d'un travail forcément limité au temps de l'incarcération et nécessitant, du fait des personnalités qui y sont traitées, un travail précoce sur la rupture.

### **Travail en équipe**

Le travail d'équipe présente plusieurs avantages en permettant la répartition des investissements sur plusieurs intervenants, ainsi que la mise en commun du travail effectué par chacun des membres. Une attention particulière doit être portée concernant le risque de clivage et/ou de manipulation des intervenants. Il s'organise autour de deux missions :

- Prise en charge psychothérapique du malade ;
- Synthèse du travail réalisé par l'ensemble des membres de l'équipe autour du psychiatre responsable et du psychologue.

### **Les partenaires du travail de soin**

À plusieurs reprises nous avons insisté sur la nécessité d'une prise en charge multi-partenariale des patients incarcérés, durant deux périodes distinctes.

Durant l'incarcération, le travail psychothérapique sera avantagéusement complété de prises en charge éducatives (instituteur, éducateur ...), sociale, et médicale (UCSA). Un travail de liaison avec ces différentes entités favorise la prise en charge globale du patient-détenu.

Ensuite, un travail de relais de la prise en charge initiée au SMPR ou par l'équipe de secteur intervenant en prison est nécessaire afin de prévenir tout phénomène de rejet favorable à une nouvelle décompensation.

## *Chapitre 18*

---

# INJONCTION DE SOINS ET SUIVI SOCIOJUDICIAIRE

N. Hazé

## DE L'ÉTHIQUE EN PRÉAMBULE

### **Des soins sous contrainte**

Obligation de soins, injonction de soins, injonction thérapeutique, soins pénalement obligés, soins sous contrôle judiciaire, sont autant de vocables qui viennent heurter les convictions de chacun et raviver de houleux débats autour de la peine et du soin. L'un et l'autre ne sont en effet pas superposables, on ne soigne pas en punissant et l'on ne punit pas en soignant, mais peut-être peut-on, et punir, et soigner.

Si l'obligation est faite au condamné, elle n'est pas censée peser sur le thérapeute, puisque restant parfaitement libre d'accepter ou de refuser une telle prise en charge. Certains s'y opposeront, persuadés que l'obligation tue nécessairement le soin, quand d'autres s'en empareront pour donner du sens à leur projet thérapeutique et aider à reconstruire un nouveau rapport à la loi (Ciavaldini, 2003). Chacune de ces positions est respectable, venant répondre à des valeurs personnelles ; il ne s'agit pas ici d'alimenter de vaines querelles dogmatiques mais de réfléchir à un nouvel espace thérapeutique lorsque celui-ci est jugé possible.

## De l'intérêt individuel et de l'intérêt de l'ordre public

Comment respecter *intérêt individuel*, fondé sur le principe d'inviolabilité du corps humain, qui défend donc de soigner quelqu'un contre sa volonté, et *intérêt de l'ordre public* qui s'exprimera, selon les tendances politiques, en termes de protection sociale (protection d'un individu en position de faiblesse) ou de sécurité publique (où la société se protège d'un danger) ? L'un doit-il primer sur l'autre ? Ou un équilibre est-il possible garant de l'un et de l'autre ?

Peut-on, en effet, enjoindre à quiconque de se soigner, de prendre un traitement pour aller mieux (quand bien même « aller mieux » signifierait protection de soi ou d'autrui) ? Peut-on lui refuser ce droit fondamental à disposer de son corps ?

L'article L. 1111-4 du code de la santé publique rappelle au soignant que :

« Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. »

Le droit français tente depuis bientôt deux siècles de concilier respect de la personne humaine et protection sociale, cherchant un juste équilibre entre les libertés individuelles, qui peuvent se traduire ici par un consentement aux soins, et l'intérêt public, qui demande au malade délinquant ou criminel de suivre un traitement visant à diminuer sa dangerosité (psychiatrique et criminologique).

Un long chemin a d'ailleurs été parcouru depuis la loi du 30 juin 1838<sup>1</sup> qui consacrait l'internement pour les malades mentaux et fixait les modalités du placement d'office, sans consentement, jusqu'à celle du 17 juin 1998<sup>2</sup> qui instaure le suivi sociojudiciaire pour les délinquants et criminels sexuels où le soin, lorsqu'il est ordonné, est soumis à consentement. Au regard des autres soins obligés (hospitalisation à la demande d'un tiers et hospitalisation d'office pour les malades mentaux<sup>3</sup>, cure du

---

1. Loi sur les aliénés n° 7443 du 30 juin 1838.

2. Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs.

3. Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

malade alcoolique<sup>1</sup>, sevrage et surveillance médicale du toxicomane<sup>2</sup>), l'injonction de soins semble la forme la plus aboutie. Le consentement du condamné est nécessaire : aucun soin ne pourra lui être prodigué sans son accord. Les soins ne sont donc pas rendus obligatoires, mais l'incitation est telle qu'ils le deviennent de manière implicite. Les règles de déontologie médicale, qui interdisent à tout médecin de soigner une personne contre sa volonté, sont donc ainsi respectées, l'éthique est préservée, et l'inconciliable (liberté individuelle et intérêt supérieur de l'ordre public) semble concilié (Senon, 2000).

Si le consentement est habituellement obtenu, l'adhésion ne le sera que très rarement. Le rôle du thérapeute pourra s'entendre alors en termes d'accompagnement du condamné à formuler une réelle demande de soin avant d'emporter son adhésion (travail de guidance en préalable au travail thérapeutique).

### **De l'illusion du risque zéro**

Depuis une vingtaine d'années l'agression sexuelle fait recette, défraye la chronique, attise les passions, alimente les discours opportunistes de nos politiques. Son auteur, en lieu et place du jeune parricide du XIX<sup>e</sup> siècle ou du « serial-killer » anglo-saxon, se voit rejeter aux marges de l'humanité. Diabolisé, il fait figure de monstre ou de prédateur dont chacun doit se protéger. Réceptacle de nos peurs et de nos fantasmes, il fait tache dans ce monde ultra-sécuritaire auquel nous aspirons. Et puisqu'il ne peut être éliminé, la peine de mort ayant été abolie, il devra tout au moins ne pas récidiver, quitte à le condamner à une mort sociale cette fois-ci.

En fait, la notion de dangerosité (criminologique) est devenue tellement prégnante qu'elle conduit depuis quelques années à la multiplication d'une législation essentiellement répressive<sup>3</sup>, à une extension du droit de punir, se protégeant d'individus estimés « dangereux » et les excluant le plus longtemps possible de la société. Une idéologie importée d'outre-Atlantique s'est en effet progressivement imposée, tentant de nous persuader qu'une tolérance zéro assortie d'un durcissement des

1. Loi n° 54-439 du 15 avril 1954 sur le traitement des alcooliques dangereux pour autrui.

2. Loi n° 070-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite de substances véneneuses.

3. Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales et Loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs.

peines nous évitera de faire face au risque de récidive, quand bien même ce risque zéro est illusoire. Aussi les cas de récidive sexuelle sont instrumentalisés venant justifier et entretenir cette logique sécuritaire au lieu de nous interroger sur l'efficacité de la sanction pénale.

La dérive est telle que, à la faveur d'une affaire médiatiquement retentissante et au mépris des droits de l'Homme, seront créés demain des centres de rétention socio-médico-judiciaires de sûreté, où des individus seront préventivement privés de liberté. L'infraction ne devra plus être constituée mais simplement hypothétique, et donc incertaine, pour conduire en détention... Il n'est plus de présomption d'innocence.

### **Quand la délinquance se fait maladie**

La loi du 30 juin 1838, révisée le 27 juin 1990, s'est construite sur l'idée humaniste que le malade mental n'était pas libre de ses actes, que son discernement pouvait être aboli, et qu'à ce titre il ne pouvait être jugé responsable de ses actes délinquants ou criminels. Dès lors sa place n'était pas en prison mais dans un établissement de soins. Le passage à l'acte violent étant alors « la manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale » (critère de la dangerosité psychiatrique) (Gravier, 2007).

Les lois de 1954 et de 1970 vont, elles, dans le sens de la reconnaissance d'une maladie comme facteur favorisant le passage à l'acte violent, qui, loin de l'irresponsabiliser, permet respectivement au malade alcoolique et au toxicomane d'accéder à des soins adaptés.

La loi de 1998 est, quant à elle, le fruit d'un travail et d'une réflexion de plusieurs années menés par des groupes d'experts des deux champs judiciaire et sanitaire en direction des seuls délinquants et criminels sexuels. Au travers de ces différents travaux<sup>1</sup>, il était apparu que, pour cette population spécifique, le plus souvent indemne d'une pathologie mentale avérée, mais souffrant plus volontiers de troubles de la personnalité ou du comportement, la seule sanction pénale s'avérait inadaptée et devait s'ajointre de soins spécialisés. Mais ce dispositif mixte a été galvaudé, étendu à d'autres infractions, d'autres comportements prohibés, alimentant la confusion entre criminalité et troubles mentaux<sup>2</sup>, entre dangerosité criminologique et dangerosité psychiatrique et entraînant

1. Rapport KENSEY A. et TOURNIER P. (1994) ; Commission CARTIER M.T. (1994) ; Rapport BALIER C., CIAVALDINI A. et GIRARD-KHAYAT M. (1996).

2. Les troubles mentaux graves ne seraient responsables que de 0,16 homicide pour 100 000 habitants, la maladie mentale ne concernerait que moins d'un homicide sur 20 à

une surpénalisation de la maladie mentale. Depuis, de façon pernicieuse, avec l'extension du suivi sociojudiciaire et la quasi-systématisation de l'injonction de soins, nous assistons à une médicalisation de la délinquance où l'individu qui met le feu à une poubelle dans la rue finit sur le divan d'un psychiatre, charge étant laissée à ce dernier non seulement de le soigner mais également de le guérir pour éviter l'opprobre général.

## LE CADRE JURIDIQUE

### **La loi du 17 juin 1998**

Devant la défaillance d'un système essentiellement répressif (renforcé par l'application du nouveau code pénal de 1994 : CP), le législateur organise un débat démocratique autour du surveiller et du punir, et oriente progressivement la politique pénale vers des aménagements de peine faisant appel au soin pour les individus auteurs d'infraction à caractère sexuel. Le projet de loi initialement proposé par Jacques Toubon est repris dans ses grandes lignes par Elisabeth Guigou qui lui succède à la Chancellerie. Les vifs échanges qui avaient opposé magistrats et médecins ainsi que les critiques qu'avait émises le CCNE (Comité Consultatif National d'Éthique) semblent avoir été pris en considération. Plus respectueux de l'éthique et de la déontologie médicale, il est adopté par l'Assemblée Nationale en première lecture le 17 juin 1998.

**La loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs**, innovante à bien des égards, **introduit le suivi sociojudiciaire** (SSJ) qui est prononcé par la juridiction de jugement soit en peine principale, soit en peine complémentaire (faisant suite à une peine de détention). Dans ce dernier cas, il ne commence à courir qu'à compter de la libération du condamné.

Peine sur le fond<sup>1</sup>, il constitue néanmoins une mesure de sûreté dans la forme (Senon, Pradel, 2000) puisque permettant d'exercer un contrôle post-carcéral du condamné qui ne peut excéder dix ans en matière délictuelle et vingt ans en matière criminelle (art. 131-36-1 CP).

---

un homicide sur 50 selon les différents pays industrialisés (Audition publique. L'expertise psychiatrique pénale, 25 et 26 janvier 2007, Paris).

1. Arrêt de la chambre criminelle de la Cour de Cassation en date du 2 septembre 2004.

Le suivi sociojudiciaire, avec ou sans injonction de soins, ne peut s'appliquer qu'« aux seuls cas prévus par la loi » et décrits dans les articles 2 à 4 de la loi du 17 juin 1998 :

- Meurtre ou d'assassinat d'un mineur, précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie (art. 221-9-1 CP) ;
- Viol et agressions sexuelles à l'exception du harcèlement sexuel (art. 222-48-1 CP) ;
- Atteintes sexuelles commises sans violence sur des mineurs et délits de corruption de mineurs, de diffusion d'images de mineurs présentant un caractère pornographique ou de diffusion de messages pornographiques susceptibles d'être vus par un mineur (art. 227-31CP).

## **Modifications ultérieures**

### *La loi du 9 mars 2004*

**La loi n°2004-204 du 9 mars 2004** portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité inaugure un tournant de la politique pénale. Elle **vient prolonger la durée du suivi sociojudiciaire** à trente ans lorsqu'il s'agit d'un crime puni de trente ans de réclusion criminelle et permet à la cour d'assises de ne pas fixer de limite à la durée du suivi sociojudiciaire s'il s'agit d'un crime puni de la réclusion criminelle à perpétuité.

### *La loi du 12 décembre 2005*

**La loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005**, relative au traitement de la récidive des infractions pénales, **s'inscrit dans une logique sécuritaire**. Elle étend les conditions de la récidive et vient encore agraver la répression en incitant les juges à faire preuve de plus de sévérité face aux récidivistes (dépersonnalisation de la peine, dispense de motiver le prononcé d'une peine ferme de détention, allongement du sursis avec mise à l'épreuve, diminution des possibilités de recours à la libération conditionnelle).

Par ailleurs, les articles 723-29 à 723-37 CPP instaurent la mesure de **surveillance judiciaire** pour les personnes que la loi estime dangereuses en sortie de détention et qui ne ressortiraient pas d'un SSJ. Cette nouvelle mesure, prononcée par le juge de l'application des peines aux seules fins de prévenir la récidive, entre en vigueur à compter de la libération et peut être assortie ou non d'une obligation de soins. Elle est liée aux conclusions de l'expertise médicale établissant la dangerosité d'un

individu au moment de sa libération. Sa durée est calquée sur le temps des réductions de peines.

Huit ans après sa création en destination des seuls auteurs d'infraction à caractère sexuel, le suivi sociojudiciaire se voit modifié. Les articles 23 à 25 viennent maintenant étendre son champ d'application aux infractions suivantes :

- Meurtre et assassinat (art. 221-9-1 CP),
- torture ou acte de barbarie (art. 222-48-1 CP),
- enlèvement ou séquestration (art. 224-10 CP),
- destruction ou dégradation d'un bien sous l'effet d'un incendie ou d'une substance explosive (art. 322-18 CP).

**L'article 26** modifie l'article L. 3711-4 du code de la santé publique, en instaurant la possibilité d'avoir recours à un **psychologue traitant** en plus du médecin traitant ou à la place de celui-ci.

**L'article 27** autorise le médecin traitant à utiliser avec l'accord du condamné des médicaments qui entraînent une diminution de la libido (**castration chimique**), ce même si l'autorisation de mise sur le marché n'a pas été délivrée.

Enfin, le suivi sociojudiciaire peut désormais comprendre une nouvelle mesure de sûreté : le **placement sous surveillance électronique mobile** (bracelet électronique). Cette mesure ne peut concerner qu'un majeur condamné au suivi sociojudiciaire et à une peine privative de liberté égale ou supérieure à sept ans et dont la dangerosité est établie par une expertise médicale. Cette mesure doit être considérée comme indispensable pour être mise en place et le consentement du condamné est requis. La durée du placement sous surveillance électronique ne peut excéder deux ans, renouvelable une fois en matière délictuelle et deux fois en cas de crime.

#### *La loi du 5 mars 2007*

**La loi n° 2007-297 relative à la prévention de la délinquance** votée au printemps 2007 vient encore élargir le champ d'application du suivi sociojudiciaire. Désormais SSJ et injonction de soins pourront être ordonnés dès lors que **la violence s'exerce au sein du couple** (art. 222-48-1 CP).

#### *La loi du 10 août 2007*

La loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 vient répondre aux principales promesses électorales du candidat Sarkozy :

- instaurant les « peines plancher » pour les cas de récidive légale ;

- incitant fortement les détenus à se soigner durant leur incarcération ;
- systématisant le recours à l'injonction de soins :

« Elle rend par principe obligatoire l'injonction de soins chaque fois qu'une expertise conclut qu'un traitement est possible pour les auteurs des infractions pour lesquelles le suivi sociojudiciaire est encouru (homicide, tous crimes ou délits sexuels, enlèvement et séquestration, pédopornographie, corruption de mineurs...). »<sup>1</sup>

Elle généralise donc l'injonction de soins qui pourra désormais s'appliquer dans le cadre :

- d'un suivi sociojudiciaire (même si elle n'avait pas été prononcée initialement) ;
- d'une peine d'emprisonnement assortie d'un sursis avec mise à l'épreuve (remplaçant ici l'obligation de soins) ;
- d'un placement sous surveillance judiciaire d'un prisonnier libéré ;
- d'une libération conditionnelle de la personne incarcérée.

Ainsi après avoir élargi le champ d'application du suivi sociojudiciaire, c'est celui de l'injonction de soins qui est ici étendu.

Applicable au 1<sup>er</sup> mars 2008, cette première loi de l'ère Dati ne semble pas prendre en considération la pénurie de médecins coordonnateurs et de médecins traitants, issus pour leur grande majorité de la psychiatrie. Et quand bien même l'arrêté ministériel du 24 janvier 2008, qui permet à chaque médecin coordonnateur d'augmenter sa file active (vingt dossiers au lieu de quinze) et qui réévalue le montant de l'indemnisation annuelle, susciterait de nouvelles vocations, cela ne saurait être suffisant face à la multiplication des dossiers.

## LE SUIVI SOCIOJUDICIAIRE

Le suivi sociojudiciaire, décrit pour l'essentiel aux articles 131-36-1 à 131-36-8 du code pénal, consiste à soumettre le condamné, sous le contrôle du juge de l'application des peines, et pendant une durée fixée lors du jugement, à des mesures d'assistance et de surveillance destinées à prévenir la récidive. **Les mesures de surveillance** reposent sur deux types d'obligations :

---

1. Lettre rectificative au projet de loi renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs.

Tableau 18.1.

Infractions pour lesquelles le SUIVI SOCIOJUDICIAIRE est encouru	Mesures (et peines) qui peuvent comprendre une INJONCTION DE SOINS
Meurtre ou d'assassinat d'un mineur, précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie (art. 221-9-1 CP).	Suivi sociojudiciaire
Viol et agressions sexuelles à l'exception du harcèlement sexuel (222-48-1 CP).	Emprisonnement assorti d'un sursis avec mise à l'épreuve
Atteintes sexuelles commises sans violence sur des mineurs et délits de corruption de mineurs, de diffusion d'images de mineurs présentant un caractère pornographique ou de diffusion de messages pornographiques susceptibles d'être vus par un mineur (art. 227-31CP).	Placement sous surveillance judiciaire d'un prisonnier libéré
Meurtre et assassinat (art. 221-9-1 CP).	Loi n° 98-468 du 17 juin 1998.
Torture ou acte de barbarie (art. 222-48-1 CP).	
Enlèvement ou séquestration (art. 224-10 CP).	
Destruction ou dégradation d'un bien sous l'effet d'un incendie ou d'une substance explosive (art. 322-18 CP).	Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005.
Violence commise au sein du couple (art. 222-48-1 CP).	Libération conditionnelle
Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007.	

- *Les obligations générales*, comparables à celles prévues lors d'un sursis avec mise à l'épreuve ;
- *Les obligations spécifiques* qui concernent les contacts avec les mineurs.

**Les mesures d'assistance**, quant à elles, ont pour objet de seconder le condamné dans ses efforts de réinsertion sociale.

**L'injonction de soins** qui peut être ordonnée dans ce cadre ne constitue pas une mesure supplémentaire mais une modalité facultative d'aménagement du suivi sociojudiciaire.

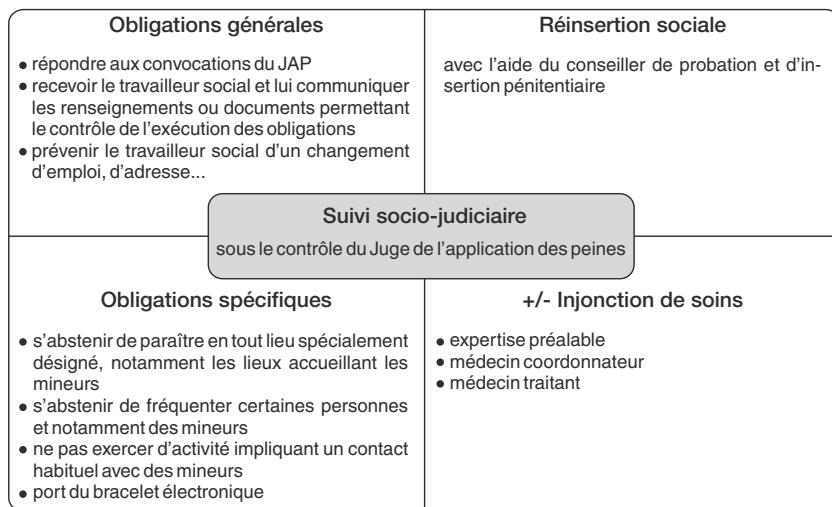


Figure 18.1.

## L'INJONCTION DE SOINS

Le SSJ peut être assorti d'une injonction de soins (art. 131-36-4 CP), qui introduit le médecin coordonnateur aux côtés du médecin traitant et du juge de l'application des peines. Celle-ci, proche de l'obligation de soin au sens de l'article 132-45-3 CP prévue lors des sursis avec mise à l'épreuve, initialement prononcée par la juridiction de jugement, peut désormais être également ordonnée par le Juge de l'application des peines (suivi sociojudiciaire non soumis à une injonction de soins initialement, surveillance judiciaire, réduction de peine, libération conditionnelle). Une telle décision ne pourra être prise qu'à la lumière d'une **expertise médicale préalable** (réduite à un seul expert quelles que soient les circonstances). C'est l'expertise qui en pose l'indication en établissant que la personne poursuivie est susceptible de faire l'objet d'un traitement (sans que ce traitement soit clairement identifié). Toutefois le magistrat n'est pas lié aux conclusions de l'expert, même si les derniers textes en vigueur attendent une nouvelle fois à son indépendance et réduisent encore sa marge de manœuvre.

L'injonction de soins se différencie essentiellement des « mesures de contrôle, de traitement ou de soins même sous le régime de l'hospitalisation » (obligation de soins) en ce qu'elle instaure un dialogue entre le monde judiciaire et sanitaire. Ce dialogue transite par le médecin coordonnateur, véritable interface entre le juge (qui juge) et le médecin (qui soigne) permettant à chacun de travailler en complémentarité.

**Le médecin coordonnateur**, désigné par le juge de l'application des peines, a une mission tripartite :

- **Auprès du condamné :**

- l'inviter à choisir un médecin traitant et lui faire part des modalités d'exécution de l'injonction de soins,
- l'informer, à l'issue du suivi sociojudiciaire, de la possibilité de poursuivre un traitement, s'il s'avère nécessaire, en l'absence de tout contrôle judiciaire,
- le convoquer au moins une fois par an et faire un bilan de sa situation.

- **Auprès du juge de l'application des peines :**

- lui transmettre, ou à l'agent de probation, les éléments nécessaires au contrôle de l'injonction de soins, et notamment les éventuelles difficultés survenant en cours de traitement. Il n'est ni d'obligation ni de consensus sur la forme que doit revêtir cette transmission d'informations, orale ou écrite, périodique ou événementielle. Quant au contenu, les variations sont grandes selon les médecins coordinateurs, allant de la simple attestation de participation aux soins au véritable rapport circonstancié,
- lui proposer d'ordonner une nouvelle expertise médicale en dehors de celles prévues par le Code de procédure pénale si besoin.

- **Auprès du médecin traitant :**

- s'assurer de l'accord par écrit du médecin traitant à prendre en charge le condamné,
- le conseiller si celui-ci en fait la demande,
- lui transmettre à sa demande les différents éléments du dossier judiciaire.

Tout à la fois auxiliaire de justice, permettant une expertise longitudinale du condamné sur la durée du SSJ, évaluant son implication dans une réelle démarche thérapeutique, et auxiliaire de santé, offrant une aide confraternelle au médecin traitant, le médecin coordonnateur permet un échange d'informations essentielles au bon déroulement et du

suivi sociojudiciaire et du travail thérapeutique sans que lui soit opposée la violation du secret professionnel. Ainsi le juge de l'application des peines peut-il adapter les termes du suivi sociojudiciaire à l'individualité du condamné et son évolution dans le temps mais aussi prendre toutes les dispositions utiles en cas d'interruption de traitement.

**Le médecin traitant**, quant à lui, renseigné sur l'intégralité des faits reprochés, peut évaluer le degré de reconnaissance de son patient (dénier complet ou partiel) et s'épargner les pièges des discours clivés, utilitaires ou manipulateurs.

Choisi par le condamné, en accord avec le médecin coordonnateur, formé à la clinique et au traitement des auteurs de violence, il fixera le cadre qui garantit le secret médical et en explicitera les limites, accompagnera activement le condamné dans une réelle démarche thérapeutique, tout en respectant ses mécanismes de défense (étape de guidance), et enfin diligentera les soins (étape thérapeutique) (Baron-Laforêt, 2007).

La stratégie thérapeutique devra être adaptée à l'individualité de chaque condamné, à ses capacités d'introspection et son niveau de reconnaissance des faits. Idéalement, elle reposera sur une évaluation globale (psychiatrique, psychologique, psychopathologique, psychosexuelle, psychocriminologique, psychosociale...) (Coutanceau, 2002) basée sur les entretiens cliniques que viendront compléter utilement les pièces judiciaires, les entretiens avec les proches et les différents outils d'évaluation (QICPAAS<sup>1</sup>, CECA-Q<sup>2</sup>, MMPI-2<sup>3</sup>, PCL-R<sup>4</sup>, SORAG<sup>5</sup>...).

Il semble maintenant communément admis qu'entretiens individuels et thérapie de groupe sont des alliés de choix en la matière. Aussi l'intervention d'un psychologue traitant en plus du médecin traitant, comme prévu par la loi du 12 décembre 2005, s'avère tout à fait opportune.

## VERS UNE MORT ANNONCÉE ?

Force est de constater que les aménagements législatifs de ces dernières années tendent à renforcer les sanctions pénales et accroître les dispositifs de surveillance post-carcérale. Alors qu'au plan national

- 
1. Questionnaire d'Investigation Clinique Pour les Auteurs d'Agression Sexuelle.
  2. *Childhood Experience of Care and Abuse*.
  3. *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* 2<sup>e</sup> éd.
  4. Échelle de la psychopathie de Hare.
  5. *Sex Offender Risk Appraisal Guide*.

aucune évaluation n'a été menée sur l'applicabilité de la loi du 17 juin 1998, et qu'aucune réflexion n'a été conduite sur son impact en matière de prévention de la récidive, le législateur a, malgré tout, décidé de généraliser le suivi sociojudiciaire et de systématiser l'injonction de soins.

Les conseillers d'insertion et de probation ainsi que les Juges de l'application des peines, au bord de l'asphyxie, tentent d'ores et déjà de faire face aux 4 390 mesures de SSJ prononcées entre 1998 et 2005<sup>1</sup>. Les 147 médecins coordonnateurs recensés<sup>2</sup> peuvent à peine prendre en charge la moitié des condamnations prononcées.

Qu'en sera-t-il au-delà du 1<sup>er</sup> mars 2008 ? La montée en charge des SSJ et des injonctions de soins ne s'accompagnera ni d'une multiplication des médecins experts (la démographie étant des plus alarmante), ni d'une génération spontanée de médecins coordonnateurs<sup>3</sup>, et encore moins d'un renouvellement soudain de la psychiatrie<sup>4</sup>.

Y aurait-t-il volonté de mettre le soin en échec ?

---

1. Valérie CARRASCO pour le Ministère de la Justice (analyse statistique de février 2007).

2. Recensement effectué par l'Association de Recherche et de Traitement des Auteurs d'Aggression Sexuelle (ARTAAS) en 2006.

3. Le projet de loi sur les centres de rétention de sûreté allant plutôt vers une réduction du nombre de médecins coordonnateurs en excluant ceux qui, bien que spécifiquement formés à la psychiatrie criminelle, ne seraient pas psychiatres en titre.

4. Selon l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, depuis 2005, 60 psychiatres partent à la retraite chaque année, et entre 2011 et 2020, ce nombre devrait dépasser les 170 départs à la retraite par an. En 2015, le nombre de psychiatres aura baissé du quart.



## *Chapitre 19*

---

# INSERTION ET PROBATION : ÉVOLUTIONS ET QUESTIONNEMENTS CONTEMPORAINS

Ph. Pottier

**L**ES SERVICES pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) sont des services jeunes. Crées en 1999, ils n'ont pas encore dix ans d'existence. C'est déjà une originalité, dans un département ministériel, le ministère de la Justice, peu enclin aux bouleversements institutionnels, comme le révèle périodiquement la difficulté à réformer la carte judiciaire. Comme toute organisation, les SPIP ne sont pas nés de rien, ils sont le produit d'une histoire, dont les origines sont repérables au milieu du XX<sup>e</sup> siècle.

### ORIGINES

Depuis deux siècles, la sanction pénale est questionnée sur son aptitude à modifier le comportement des délinquants. Amendement, traitement pénitentiaire, réforme, réinsertion, insertion, prévenir la récidive... les mots changent mais l'interrogation demeure :

Comment développer des réponses pénales qui, non seulement, contribuent au maintien de la sécurité publique, mais aussi permettent aux personnes condamnées de modifier leur comportement ?

On aura d'abord, dans la première partie du XIX<sup>e</sup> siècle, privilégier le recours à une discipline inscrite dans les murs. L'architecture est la science de référence pour cette nouvelle pensée pénale, sur la base des travaux de John Howard puis de Jeremy Bentham. Les systèmes pénitentiaires pennsylvaniens ou auburniens sont fortement centrés sur la structure de la prison, qui doit permettre des modes de vie en détention qu'on pense favorables à l'amendement des condamnés.

L'émergence des sciences humaines et de la criminologie va enrichir le débat, on va débattre des causes du crime, de ses conditions sociales et psychologiques. D'un rêve de prison idéale, dont l'architecture et l'organisation suffiraient à assurer un amendement du détenu, on est arrivé, en fin du XX<sup>e</sup> siècle, à une ambition plus modeste et plus raisonnable. Ce qui compte aujourd'hui, dans la conception de nouvelles prisons, c'est de garantir des conditions de vie dignes, et de disposer d'espaces collectifs permettant le développement d'actions de socialisation.

Ce désenchantement quant aux utopies architecturales d'il y a deux siècles a conduit à revoir profondément la pensée pénitentiaire. Il est d'abord apparu de plus nettement que la prison ne pouvait pas être la seule réponse. Dès la troisième République, l'invention de la libération conditionnelle (Badinter, 1992), amorce une nouvelle forme de traitement, le contrôle du délinquant hors la prison. Au lendemain de la seconde guerre mondiale, sont posés les principes d'un élargissement de ce type de modalité de peine : le directeur de l'administration pénitentiaire, M. Paul Amor, préconise la création d'un système de probation. Ce système, consistant à mettre à l'épreuve un condamné, en le contrôlant en milieu libre pendant le temps de sa peine, tout en lui apportant une assistance, est déjà mis en œuvre au Royaume-Uni et aux États-Unis depuis le milieu du XIX<sup>e</sup> siècle. Il faudra pourtant attendre 1958 et le nouveau code de procédure pénale pour qu'il le soit en France.

## LA CRÉATION DES SPIP

La probation, comme la libération conditionnelle qui en est un avatar à la suite d'un temps de détention, n'existe pas par les murs, mais par l'encadrement humain. Le condamné vit dans la communauté, sa surveillance est assurée par des rencontres régulières avec l'agent de probation. Les premiers agents chargés de ce rôle furent les éducateurs

de l'administration pénitentiaires, rejoints par des assistantes sociales recrutées par le ministère de la justice (Pottier, 1992). Ces éducateurs et assistantes sociales avaient été recrutés par l'administration pénitentiaire à partir de 1946, les éducateurs pour faire fonctionner le régime progressif dans les maisons centrales, les assistantes sociales pour apporter une aide aux détenus en maison d'arrêt et aux libérés (Faugeron, Le Boulaire, 1988). À la fin des années 1970, ces agents, regroupés sous les vocables nouveaux alors de travailleurs sociaux ou de personnels socio-éducatifs, étaient répartis dans une multitude de services : des comités de probation et d'assistance aux libérés (CPAL), à raison d'un par tribunal de grande instance, soit 181 CPAL ; des services sociaux, à raison d'un par établissement pénitentiaire, soit à peu près autant que les CPAL, et quelques dizaines de services éducatifs. Soit près de 400 services pour quelque 800 travailleurs sociaux...

Dès le début des années 1980, la réflexion de personnels socio-éducatifs s'orienta vers l'idée de regrouper l'ensemble de ces services en une seule structure, sur une base départementale. C'est ce qui sera réalisé en 1999, après plusieurs étapes, par la création des SPIP. Le SPIP est un service pénitentiaire qui regroupe tous les personnels d'insertion et de probation d'un département, ainsi que les personnels administratifs dévolus à leur fonctionnement. Ils contrôlent l'ensemble des personnes majeures faisant l'objet d'une sanction pénale alternative à l'incarcération et résidant dans le département, et interviennent auprès des personnes incarcérées dans les prisons du même ressort. Le nombre des personnels d'insertion et de probation est d'environ 3 000, leur public est constitué de plus de 60 000 détenus et de 145 000 personnes en milieu ouvert.

Mais l'intérêt de la création des SPIP ne limite pas à rationaliser une organisation administrative dispersée. Elle se situe dans une évolution des professions qui l'exercent. Le groupe de mot « insertion et probation », permettant de qualifier ces services, est d'abord apparu pour requalifier les missions et fonctions des professionnels qui les composent. En 1993, les éducateurs de l'administration pénitentiaire sont devenus les « conseillers d'insertion et de probation ». Conjointement à l'unification des services en structures départementales, une unification des personnels socio-éducatifs s'est opérée, les conseillers d'insertion et de probation (CIP) représentant aujourd'hui plus de 80 % de ces personnels, auxquels s'ajoutent les assistantes de sociales recrutées dans les SPIP mais exerçant strictement les mêmes fonctions.

Quel est le sens de ce changement de nom ? Il correspond à une mutation majeure de cette profession. Cette mutation n'est pas principalement méthodologique ou technique. Les CIP utilisent les mêmes techniques

que les autres professionnels du social ou du psychologique, ou les anciens éducateurs : ils pratiquent des entretiens individuels, des actions de groupe, ils mobilisent des partenaires institutionnels ou associatifs, ils produisent des rapports et des avis, etc., l'une ou l'autre de ces techniques ayant été plus ou moins fortement mises en avant selon les moments. Le changement révélé par cette modification de nom est plus profond, plus fondamental. Il est plus de l'ordre de la rupture que de l'évolution continue.

## CIP ET CRIMINOLOGUES

Si les éducateurs et les assistantes sociales exerçant dans les services pénitentiaires ont pu, dans les années 1970, être assimilés à d'autres familles du travail social, c'est qu'ils s'en distinguaient peu alors. Ils intervenaient essentiellement à la demande du « client » (le détenu ou le probationnaire), auquel ils apportaient une « assistance », une « aide », mots employés en ce temps-là pour qualifier leur intervention. Ces mots sont peu employés aujourd'hui. D'une relation très individuelle avec les personnes suivies, on est passé à des interventions programmées, inscrite dans une politique institutionnelle, visant des objectifs communs assignés à l'ensemble des services. Le CIP s'est éloigné de l'intervenant caritatif ou de la figure traditionnelle de l'assistante sociale, en se spécialisant et en résistant son action dans un cadre criminologique.

Le mot criminologie, en Europe et en particulier en France, évoque le plus souvent un domaine d'étude et de recherche (encore bien trop limité à un complément de connaissances pour des juristes), et pratiquement pas un champ pouvant être investi par des praticiens. Son utilisation est donc éloignée de celle qui en fait dans d'autres pays francophones, ainsi au Canada où « criminologue » désigne aussi bien un chercheur qu'un praticien, comme lorsqu'on emploie indifféremment le mot « psychologue » pour nommer un chercheur en psychologie ou un clinicien. Au sein du Service Correctionnel du Canada (SCC) les agents qui exercent les missions des CIP, et qui sont statutairement des « agents de libération conditionnelle », sont souvent appelés « criminologues ». Ainsi la criminologie y est connue comme un champ professionnel pratique, où l'on exerce une activité « clinique », où se conjuguent évaluation et traitement, envers des délinquants et dans des lieux précis : prison, services de probation, unités de libération conditionnelles... (Proulx, 2006). Même s'il est toujours malaisé, en France, de parler de « criminologue clinicien » pour dire plus clairement ce qu'est le métier du CIP, c'est bien de cela qu'il s'agit.

Au-delà de l'apport d'une aide au délinquant, le SPIP a un rôle de protection de la société, son action ayant pour finalité la prévention de la récidive. Il joue ce rôle en développant des interventions qui peuvent permettre, dans la mesure du possible, au détenu ou à la personne contrôlée en milieu libre d'éviter un nouveau passage à l'acte. Ce travail ne peut être sérieusement fait qu'à partir d'évaluations rigoureuses. Selon le cas, l'évaluation permettra de penser que le risque de récidive est faible, et l'intervention pourra être réduite. Dans d'autres cas, où le risque de récidive paraîtra plus élevé, la prise en charge sera plus contraignante. Enfin, en cas d'évaluation concluant à des risques importants de récidive, le CIP pourra estimer que, en regard de son rôle de protection de la société, il ne peut pas donner un avis favorable à une libération rapide d'un détenu jugé trop dangereux.

C'est ce qui fait la difficulté et la complexité de l'intervention du CIP, comme le dit bien A. Normandeau (2006), professeur à l'Université de Montréal :

« S'il évalue un criminel violent selon les règles de l'art, et que celui-ci récidive malgré une estimation positive de son potentiel de réinsertion sociale, la valeur de son travail d'évaluation peut être remise en question. En plus, lorsqu'il entame un processus de traitement avec un criminel, il exerce ce rôle en position d'autorité : après le traitement, il peut estimer que son client est encore dangereux et qu'un retour rapide en société n'est pas souhaitable. Pour le délinquant, le criminologue est donc celui qui l'aide, mais aussi celui qui le prive de liberté. Ce double rôle du criminologue est particulièrement difficile à gérer et transcende le cadre usuel de la relation d'aide. »

## ENJEUX ACTUELS

Depuis quelques années la question pénitentiaire occupe un pan important de l'espace médiatique et politique. Rien d'étonnant dans une époque où la pensée compassionnelle est si présente et complexifie un peu plus l'espace social dans lequel interviennent les SPIP. Le souci, légitime, d'accorder tout le soin nécessaire aux victimes prend parfois des chemins contestables, quand par exemple on imagine de demander l'avis de la victime quant à la libération d'un condamné. L'état de victime étant un état très partagé de nos jours, le délinquant ou criminel détenu devient, à son tour, victime de sa détention et objet de soins attentifs. Entre ceux qui réagissent à telle affaire médiatisée pour dire que les peines prononcées sont trop faibles, ceux qui pensent que les peines longues sont trop longues, ou que les peines courtes sont inutiles, etc.,

une analyse réfléchie et professionnelle a parfois du mal à se frayer un chemin.

Le maintien de la criminologie dans les limites étroites d'une théorie sans pratiques ni même réelle praxis, est une autre difficulté pour développer la pensée en matière d'insertion et de probation. Si les études et recherches traitant du champ pénitentiaire sont rares en France, le nombre de chercheurs s'y consacrant étant bien trop restreint, celles s'intéressant plus particulièrement au domaine de l'insertion et de la probation sont rarissimes. Les praticiens de l'insertion et de la probation doivent souvent compter sur leur propre réflexion, les points d'appui extérieurs étant quasi inexistantes.

Les SPIP, on l'a vu, sont des structures neuves, qui ont connu des crises de croissance, principalement du fait des manques importants d'effectifs lors de leur création, et aussi des oppositions entre des postures professionnelles traditionnellement orientées vers l'aide individuelle, la réponse à la demande, et des postures nouvelles orientées vers la prévention de la récidive et des approches plus collectives. Ils s'approprient de plus en plus à une approche criminologique, comme le révèle la modification de la définition du statut des CIP en 2005, qui a introduit ces nouvelles phrases dans la définition de leur mission :

« Ils concourent, compte tenu de leurs connaissances en criminologie et de leurs compétences en matière d'exécution des peines, à la préparation des décisions de justice à caractère pénal et en assurent le suivi et le contrôle. Dans ce cadre, ils participent à la réinsertion des personnes placées sous main de justice et concourent à l'action de prévention de la récidive. »

Dans cette perspective criminologique, l'action des SPIP est plus nettement réorientée vers la question du passage à l'acte et de son évitement. Cette question n'a jamais été totalement absente des pratiques des CIP et des anciens éducateurs. Mais elle était nettement moins centrale et difficilement abordable par les modes d'intervention classiques, très (trop ?) basés sur l'entretien individuel. Et la mise en place d'actions structurées et suivies dans cette optique était difficile avant la création des SPIP en 1999. Des expériences de nouvelles pratiques ont d'abord été menées isolément par certains SPIP, envers des publics spécifiques, comme les auteurs de violences conjugales ou les délinquants sexuels (Pottier, 2004), utilisant la technique des groupes de parole. Ces nouvelles pratiques sont en voie de développement.

## PERSPECTIVES

Les SPIP ont connu des moments difficiles, au début du XXI<sup>e</sup> siècle, du fait de deux maux chroniques, un manque grave d'effectifs et un défaut de clarification des missions. Ces deux maux étant très liés, la faiblesse des effectifs ne permettant pas de travailler suffisamment sur le fond. Ces dernières années le nombre des personnels d'insertion et de probation a très nettement augmenté, passant de 1 550 à 3 000. Ces nouvelles conditions favorisent le développement de nouvelles pratiques innovantes. S'émancipant d'une posture limitée d'« auxiliaires de justice », les SPIP tendent à devenir des services beaucoup plus autonomes, maîtres d'œuvre des mesures et sanctions pénales qui leur sont confiées par l'autorité judiciaire.

Cette mutation est en cours, il est donc un peu tôt pour en tirer tous les enseignements. Les textes définissant leurs missions et méthodes d'intervention sont en cours de réécriture par la direction de l'administration pénitentiaire, et devraient être publiés dans le début de l'année 2008. La future loi pénitentiaire devrait acter cette évolution, et permettre ensuite une réécriture de l'ensemble des textes réglementaires concernant les SPIP dans le code de procédure pénale (CPP).

Cette réécriture est d'ores et déjà rendue nécessaire par plusieurs évolutions législatives, rendant plusieurs articles de ce code obsolètes. Ainsi la loi « Perben 2 » du 10 mars 2004, a édicté, dans le nouvel article 474 du CPP, que tout condamné à une peine alternative à l'incarcération doit être prise en charge dans les 30 jours directement par le SPIP, sans qu'il soit préalablement reçu par un juge de l'application des peines comme avant. Elle a ainsi affirmé le principe que les SPIP étaient bien maîtres d'œuvre de leurs modalités d'intervention. C'est cette évolution déjà commencée qui se poursuit actuellement.



## PARTIE 2

---

### VICTIMOLOGIE



## *Chapitre 20*

---

# ÉVOLUTION DE LA PENSÉE VICTIMOLOGIQUE

R. Lusignan, G. Lopez

**R**ETRACER l'évolution de la victimologie et de ses principales « théories » ne peut se faire sans, d'entrée de jeu, référer explicitement au contenu véhiculé par la notion de théorie. La vision qui nous guide suppose l'existence d'un ensemble de connaissances inter reliées (concepts, définitions, propositions) qui présente une définition systématique des phénomènes étudiés, qui précise les rapports entre les variables, et ce, dans le but d'examiner ces phénomènes et de les prévoir (Kerlinger, 1973). Lorsque tous ces éléments sont présents, alors nous sommes en présence d'une formulation théorique qui nous permet de classer les données et de les organiser, d'expliquer les raisons pour lesquelles certains phénomènes se produisent, de comprendre l'importance des événements passés, d'augmenter l'emprise sur certains phénomènes et de prévoir certains événements.

Les premiers véritables modèles théoriques en victimologie apparaissent à la fin des années soixante-dix sous la plume de divers auteurs américains dont Hindelang, Gottfredson, Garofalo, Cohen, Felson. Ces formulations représentent cependant l'aboutissement de travaux originaux et de réflexions intuitives apparues surtout depuis la fin des années quarante. Pour comprendre et situer l'état actuel de nos connaissances en

victimologie, il nous faut regarder les courants qui ont marqué l'histoire de cette jeune science. Ces grandes tendances sont au nombre de trois : en plus des auteurs fondateurs du milieu du XX<sup>e</sup> siècle, nous discuterons de l'influence que le mouvement féministe et les enquêtes américaines de victimisation ont exercé sur le développement du discours victimologique tel que nous le connaissons.

## L'ACTION CATALYTIQUE ET LA RESPONSABILITÉ FONCTIONNELLE DE LA VICTIME

En 1948, Von Hentig publie son livre *Le criminel et sa victime* qui comporte un chapitre portant sur la contribution de la victime à la genèse du crime. En fait il s'agit de la présentation d'une typologie générale des victimes d'actes criminels regroupées selon des caractéristiques démographiques (les jeunes, les personnes âgées, les immigrants) ou cliniques (les déficients intellectuels, les déprimés). L'idée, fondamentalement originale pour son époque, de relier les particularités des victimes à leur victimisation revient à Von Hentig.

La découverte de la possible contribution étiologique de la victime complète les théories criminologiques alors en vigueur : ces théories sont positivistes (Nadeau et Desautels, 1984<sup>1</sup>), étiopathogéniques et, jusqu'alors, centrées sur les traits et les caractéristiques des justiciables. En plus, Von Hentig place la victime au premier rang des facteurs situationnels que tout projet d'explication du crime devra considérer. Le regain d'intérêt envers la victime ouvre également de nouvelles perspectives d'étude ; par exemple, au plan de l'interdépendance psychologique des relations entre la victime et son agresseur. À cet égard, Ellenberger (1954) identifie trois situations typiquement complémentaires : les bourreaux domestiques, les ménages alcooliques et le couple prostituée-souteneur.

---

1. NADEAU et DESAUTELS (1984) regroupent selon cinq énoncés les prémisses positivistes. Celles-ci sont :

1. Que la connaissance scientifique soit le reflet des choses telles qu'elles sont réellement.
2. Que la connaissance scientifique dérive de la seule observation des faits.
3. Que l'expérience permette la vérification définitive des hypothèses avancées.
4. Que le scientifique soit un être objectif parfaitement désintéressé.
5. Que la science nous rapproche graduellement de la vérité.

De formation légale, Mendelsohn publie en 1947 un article dans *l'American Law Review*<sup>1</sup>. Il y élabore la notion de « couple pénal » qui unit l'infracteur et sa victime. De là, il établit une classification des victimes selon un *continuum* de responsabilité allant de la victime coupable à la victime « entièrement » innocente. Cette parution marque l'avènement d'un autre type d'interrogations qui portera sur la « responsabilité fonctionnelle » de la victime (Schafer, 1968 ; Fattah, 1971) et sur son rôle de déclencheur victimogène (Wolfgang, 1957).

Wolfgang (1957) a étudié de manière systématique la séquence des comportements posés par les victimes d'homicide. Dans certains cas, il arrive que la victime soit le premier protagoniste à recourir à la violence physique. Frappant la première, l'action catalytique de la victime amorce ainsi directement une chaîne de comportements violents qui mènent ultimement à son décès. Dans le même ordre d'idées, en 1968, Steven Schafer utilisera l'expression « responsabilité fonctionnelle » afin de décrire, à la fois, l'implication de certaines victimes dans le développement d'une situation criminogène et la responsabilité des victimes d'utiliser tous les moyens à leur disposition afin de prévenir l'occurrence de délits.

Plus près de nous, R. Girard (1982) fait l'économie de l'inconscient et développe de livre en livre une théorie selon laquelle le désir de l'un enclenche automatiquement le désir de l'autre par une sorte de contagion mimétique incontrôlable qui explique les rapports de rivalité, de jalousie, de haine, de vengeance. Il ne paraît pas évident que l'on puisse résister aux tentations victimaires, ce qui consisterait à *choisir de ne pas jeter la première pierre* qui enclenche le phénomène d'emballlement mimétique et transférentiel qui aboutit à la lapidation du bouc émissaire sur qui se fonde, depuis les origines du Monde, la cohésion du groupe menacé.

Du point de vue clinique, R. Girard décrit trois stéréotypes victimaires d'une grande pertinence clinique :

- *Le premier stéréotype* est un état de crise qui déstabilise (indifférencie) les rapports sociaux (la « peste » qui ravage Thèbes au temps d'Œdipe par exemple ; la perte de l'Alsace et de la Lorraine au temps de Dreyfus) ;
- *Le deuxième stéréotype* est la désignation d'une victime accusée d'un crime « indifférenciateur » considérée par la « foule » comme

1. Cet article paraîtra en langue française en 1956 dans la « Revue Internationale de Criminologie et de Police Technique ».

responsable de la crise par un lien de causalité magique (inceste et parricide pour Œdipe ; haute trahison pour Dreyfus) ;

- *Le troisième stéréotype* concerne la présence de signes victimaires contretypiques : une monstruosité physique ou morale, réelle ou supposée (Œdipe boite, il est étranger ; les juifs ont le nez crochu). Lorsque ces conditions sont réunies, le meurtre réel ou symbolique (les lynchages médiatiques sont une des formes modernes les plus communes) commis par l'assemblée des lyncheurs unanimes, permet de résoudre la crise. Une bonne connaissance de ce mode de résolution des crises est nécessaire afin de pouvoir le déconstruire, notamment lors des débriefings techniques, pour protéger un sujet (policier, pompier, employé de banque) désigné unanimement, mais à tort, comme responsable des complications voire de la crise elle-même.

En étudiant les interactions entre l'infracteur et sa victime, la perspective fondamentale en victimologie tente non seulement d'expliquer l'occurrence du crime, mais aussi le rôle de circonstances particulières et la contribution de la victime spécifiquement touchée. Positiviste, ce premier courant victimologique aborde la victimisation à partir des statistiques policières officielles, considérées comme un juste reflet de la réalité. Également les chercheurs associés à ce courant ne se préoccupent pas des effets filtrants à l'œuvre dans les institutions sociales, légales et judiciaires. Les pères fondateurs de la victimologie tiennent un discours sur les victimes. Par contraste, le courant féministe se manifeste en victimologie à compter du début des années soixante-dix. Son ton est polémique et dénonciateur : sa prétention est de s'exprimer au nom des femmes et des victimes et de revendiquer la reconnaissance de leurs droits.

## LE MOUVEMENT FÉMINISTE ET LA RECONNAISSANCE DES DROITS DES VICTIMES

Une confrontation majeure survient entre positivistes et féministes à l'occasion d'une étude réalisée par Amir (1971) portant sur l'effet précipitant induit par certaines victimes d'agressions sexuelles. Il est vrai qu'Amir fait une transposition beaucoup plus large et générale du concept de *victim-precipitation* de Wolfgang (1957). Par exemple, la réputation antérieure de la victime (telle qu'évaluée par les enquêteurs policiers) s'y range parmi les facteurs déclenchants du viol. La controverse soulevée est importante, au plan idéologique, entre victimologues (Fattah, 1980

et 1981) et féministes dont certaines (Clark et Lewis, 1977) vont jusqu'à réduire la victimologie à « l'art de blâmer la victime ».

L'implication comportementale active ou la non-prévention des situations à risques, de la part de la victime, ont constitué une approche pertinente pour l'analyse et la meilleure compréhension de certains types de crimes allant des voies de fait graves (Curtis, 1974) aux vols par effraction (Waller et Okihiro, 1978) en passant par les vols qualifiés (Miethe, 1985). Néanmoins, suite à ce débat, la notion d'action catalytique de la victime est bientôt reléguée à un rôle très secondaire et à des apparitions ponctuelles (Meier et Miethe, 1993). Le courant féministe remplacera celui des chercheurs pionniers.

Les féministes considèrent le genre en tant que variable intermédiaire qui intervient de manière systématique dans tous les processus sociaux qui touchent les femmes. En ce sens, le discours féministe fait ressortir la disparité historique de pouvoir entre les sexes et les conséquences économiques, politiques et victimologiques de ce constat.

Chez les auteurs qui s'inspirent de cette idéologie, le moment traumatique et la définition même du crime sont recadrés à l'intérieur d'une perspective élargie : à partir de l'étude de la prostitution et du viol, l'analyse s'étend à la violence des hommes et à celle d'un système social conçu à leur avantage (Weiss et Borges, 1973 ; Brownmiller, 1975, Smart, 1976). Dans le même ordre d'idées, chez ces auteurs, la notion de victimisation est entendue dans un sens ouvert, allant parfois au-delà de la codification criminelle pour atteindre le non-respect des droits de la personne adulte (toute forme de harcèlement) ou l'atteinte à la sécurité et au développement de l'enfant (Maguire, 1991).

Autre contribution tout aussi importante : le moment du crime s'insère dans un processus qui débute dans la socialisation différentielle des agresseurs et des victimes. Kurt Weiss et Sandra S. Borges (1973) expriment bien cette idée :

*“Victimization includes the preparation of the victim for the crime, his or her experience during the crime, and the treatment and responses he or she will encounter as part of the aftermath of the crime.”*

À l'exclusion de certaines périodes, circonscrites dans le temps<sup>1</sup>, le caractère « familial » de certains comportements abusifs exclut

---

1. En Amérique du Nord, ces moments renvoient à des groupes d'acteurs précis : principalement les Puritains en Nouvelle-Angleterre (1640-1680) et les membres des sociétés pour la prévention de la cruauté envers les enfants (1875-1890) (Pleck, 1989).

ceux-ci de l'application des normes pénales. À compter des années soixante, les féministes participent au courant contemporain qui dénonce la composante violente de ces mêmes agissements familiaux. S'éloignant ainsi du pôle « familial », il y a renversement de la tendance et extension de la criminalisation à diverses formes de victimisation autrefois cachées par l'effet paravent existant entre domaine public et domaine privé, contexte familial et non familial. En ce sens, et en guise d'exemple, la transition collective effectuée de la notion de « dispute familiale privée » à celle de « violence domestique » relève de changements à la fois d'ordres sémantiques (mise en évidence d'une caractéristique négative : la violence), culturels (désignation des femmes et des enfants comme cibles légitimes et appropriées de la violence des hommes) et normatifs (la limitation des formes de violence acceptées).

Concrètement, les féministes inventent une nouvelle forme de collaboration avec les représentants du pouvoir judiciaire et policier rendant tangible le soutien aux victimes qui identifiaient ou dénonçaient des situations de victimisation. Au Québec, les travaux de Micheline Baril ont grandement contribué à sensibiliser les différents acteurs du système pénal et judiciaire à la réalité des victimes. De plus, la création de l'Association québécoise Plaidoyer-Victimes (en 1983) a permis d'offrir des services d'information et d'orientation aux victimes ainsi qu'un lieu d'échange aux différents intervenants intéressés par cette problématique.

Enfin, par leur dénonciation de toutes formes de victimisations, les féministes ont favorisé le développement, en Occident, d'un mouvement social favorable aux victimes : création (depuis 1972) des premiers réseaux concrets d'aide et de soutien axés sur les besoins des victimes, représentations pour l'obtention de services par l'état, lutte pour la reconnaissance des droits et la compensation des victimes (Maguire, 1991). En identifiant l'existence de sources structurales (moindre reconnaissance des droits des femmes) et culturelles à la victimisation, le mouvement féministe a redéfini la conception de la victimisation et élargi le nombre de personnes affectées par cette problématique.

Un autre courant parallèle a, lui aussi, contribué à ébranler nos convictions se rapportant à l'ampleur quantitative du phénomène criminel : il s'agit des enquêtes de victimisation.

## LES ENQUÊTES DE VICTIMISATION

Ce dernier courant victimologique s'amorce en 1966 par une recommandation faite à la commission présidentielle américaine sur l'application de la loi et l'administration de la justice (Biderman et Reiss Jr., 1967). Des projets-pilotes seront menés à Washington (Biderman et coll., 1967), Washington, Boston et Chicago (Reiss Jr., 1967) puis à la grandeur du territoire américain (Ennis, 1967). Les objectifs initiaux de mieux circonscrire l'activité criminelle cachée et de souligner les lacunes des statistiques policières sont rapidement relégués à l'arrière-plan, tellement les résultats obtenus sont renversants (Biderman et coll., 1967 ; Reiss Jr., 1967 ; Fattah, 1991).

La découverte de l'ampleur et de la distribution du crime atteint des niveaux insoupçonnés jusqu'alors : les répondants rapportent des taux de victimisation dépassant de 50 à 300 % les valeurs établies selon les données statistiques officielles. La prévalence de chacune des catégories de délits varie à la hausse : les vols qualifiés (50 %), les voies de fait graves (100 %), les agressions sexuelles (300 %), les larcins (200 %) et les cambriolages (300 %) (Ennis, 1967).

Plus important encore, au plan de la création de théories, les projets-pilotes et les enquêtes américaines subséquentes<sup>1</sup> permettent de constituer, pour divers délits-types, les premières banques de données concernant l'ampleur des phénomènes de victimisation, leur distribution spatiale, le profil démographique des victimes ainsi que certaines des conséquences directes vécues par les victimes. Les principales théories contemporaines en victimologie découlent de l'analyse de ces données, qu'il s'agisse du modèle axé sur le style de vie et les occasions de victimisation (Hindelang et coll., 1978) ou de celui axé sur les occasions victimogènes (Cohen et coll., 1981).

Si nous tentons de situer les grands axes victimologiques les uns par rapport aux autres, d'une part, nous devons avouer que les courants précédents en victimologie étaient soit dogmatiques (typologies de Von Hentig ou Mendelsohn, *victim-precipitation* de Wolfgang) ou réducteur (courant féministe) dans leur conception du lien justiciable-victime. Dans cet ordre d'idées, les auteurs des enquêtes de victimisation sont les héritiers empiriques des fondateurs de la victimologie. Malgré certaines lacunes méthodologiques, leurs travaux ont permis un accès inédit aux caractéristiques des personnes victimisées et à la teneur de leur épreuve.

1. Chaque année la *National Crime Survey* du *Bureau of Justice Statistics* interroge environ 60 000 ménages américains.

D'autre part, pour la première fois en victimologie, leurs études rassemblent une masse d'informations concernant les hommes et les femmes victimes d'actes criminels. Munis de ces données, les chercheurs tentent rétrospectivement de donner un sens théorique qui relie entre elles les caractéristiques sociodémographiques des acteurs aux conséquences victimogènes vécues.

L'objectif visé est ambitieux et ressemble fort à l'idéal qui animait Von Hentig (1948) : celui d'une théorie victimologique, complémentaire aux théories criminologiques et dont elle ferait la synthèse. Fondés sur des bases empiriques beaucoup plus larges, les premiers jalons de cette perspective existent déjà en termes de propositions qui tiennent compte, à la fois, des connaissances acquises concernant les victimes et les justiciables : par exemple, le mode de sélection des victimes (Hough, 1987) ou l'évaluation, faite par l'infracteur, des entraves à la commission d'un délit (Meier et Miethe, 1993).

Les enquêtes de victimisation recueillent également certaines informations sur l'incidence et la nature des blessures subies par les victimes. Cependant, ces données relèvent de catégories statiques et ne rendent pas compte de l'ensemble des séquelles des victimes.

Ce survol des courants de pensée victimologiques illustre jusqu'à quel point le discours victimologique s'est étendu et diversifié depuis l'époque de Von Hentig. Depuis l'interaction victime-agresseur, en passant par la femme victime de la société patriarcale et les données empiriques des enquêtes de victimisation, à chaque fois des conceptions nouvelles se sont ajoutées aux anciennes ou sont venues les nuancer.

## *Chapitre 21*

---

# VICTIMES ET VICTIMOLOGIE

À la recherche d'une définition ?

R. Cario

**L**A (RE)CONSIDÉRATION des victimes, au sens large, comme sujet de droit est récente. Dans tous les domaines de la vie citoyenne, des souffrances émergent, se consolident et provoquent des remises en cause, parfois brutales, de l'harmonie sociale. Elles participent, toujours, à l'accroissement du sentiment d'insécurité qui gagne, avec plus ou moins d'acuité selon les cas, l'ensemble de la population. L'insécurité criminelle (à ne pas confondre avec la peur du crime qui résulte de l'expérience vécue d'une victimisation) est sans doute la plus banalisée mais aussi et surtout la plus diabolisée. Elle offre cette qualité particulière de cristalliser une réprobation unanime des comportements criminels, quelle qu'en soit la gravité, abandonnés à la responsabilité individuelle de leurs auteurs. Pour simpliste que soit le constat, il fait recette et la récupération des victimes va bon train, à tous les niveaux : politique, doxologique, scientifique. Si d'aucuns redoutent la montée en puissance d'une société victimale, non sans danger il est vrai, il apparaît néanmoins prématûr de considérer comme acquise, véritablement et définitivement, la reconnaissance de la victime, tant en ce qui concerne la réparation matérielle de ses préjudices que son accompagnement psychologique et social.

Naturellement, l'insécurité criminelle est loin d'être la source exclusive du mal être individuel et social de nombre de nos concitoyens. Mais alors pourquoi toujours associer l'insécurité au crime ? Par facilité, pour mieux masquer les autres formes d'insécurité, d'origine économique, sociale et culturelle, dont l'insécurité criminelle n'est généralement qu'une des conséquences ? La question mérite d'être posée car elle relativise sérieusement le phénomène analysé. Sans aucun doute, ces souffrances sont réelles, inacceptables. Mais leur origine ne peut pas être uniquement et simplement fixée dans le dérèglement d'un comportement humain agressif, individuel.

La victimologie, apparue au milieu du siècle dernier, favorise une telle réflexion. Pour être la discipline la plus en vue, à l'heure actuelle, des sciences criminelles, c'est encore la plus mal connue. Il est pour le moins surprenant que les chercheurs aient pu occulter durant de si longues décennies l'existence même de la victime, pour ne s'intéresser qu'aux infracteurs. Les premiers travaux de victimologie ont vu le jour après la seconde guerre mondiale, ce qui n'est pas vraiment un hasard au regard des crimes atroces dont a souffert un nombre considérable de victimes, de l holocauste comme des faits de guerre, toutes victimes dans leur chair, dans leur dignité humaine, dans leurs biens socioculturels au sens large. Les recherches alors entreprises sont nettement étiologiques, la question centrale demeurant celle du rôle tenu par la victime de l'acte criminel. Les excès comme les insuffisances de ces approches d'inspiration positiviste ont conduit à déplacer les observations vers les caractéristiques statistiques réelles du phénomène et, surtout, vers le vécu des victimes d'actes criminels. En pleine effervescence, la victimologie oscille actuellement entre approche juridique, bio-psychologique et sociologique. Elle s'inscrit au cœur de la criminologie. Le temps semble effectivement venu de considérer que la criminologie (au sens large d'une anthropologie criminologique) se compose de deux branches essentielles : l'agressologie d'une part et la victimologie de l'autre, chacune devant s'épanouir sous une double dimension générale et clinique.

Les apports scientifiques récents confirment en ce sens l'unité du crime, dans son envers et son endroit. Ils soulignent en ce sens l'interchangeabilité des rôles de victimes et d'infracteurs, la propension de certaines victimes à s'exposer à des victimisations répétées, la proximité socioculturelle des protagonistes, les précarités de toutes origines et intensités qui les accablent. S'ajoutent encore les imperfections de leur prise en charge, l'indifférence sociale à leur devenir, voire leur stigmatisation comme fauteurs de tranquillité sociale lorsqu'ils revendiquent leur

droit légitime à la (re)socialisation... mais aussi le courage et la volonté des plus déterminés d'entre eux à surmonter ces moments douloureux, mais encore la résilience qui rend possible à d'autres personnalités « fracassées » la reconstitution de leur vie psychique et sociale par l'activation de facteurs de protection quasi providentiels...

C'est dans un tel contexte qu'évoluent les victimes et la science victimologique qui leur est désormais consacrée... sans que l'unanimité se fasse sur la définition – et donc sur le domaine – des unes comme de l'autre. Quelques points de repères notionnels peuvent être pourtant relevés. Soulignons au préalable que la morphologie du phénomène criminel, stable depuis plusieurs décennies, témoigne d'une petite délinquance d'appropriation, de dégradations diverses. Abusivement incriminées, ces incivilités sont la cause principale des dysfonctionnements du système pénal, surencombré. Par conséquent, seules les atteintes aux valeurs sociales essentielles (représentant ensemble environ 15 % des faits aujourd'hui condamnés) devraient être maintenues dans le circuit pénal. Cette remarque préalable influence directement la définition des victimes et, par extension, le domaine de la victimologie.

## LA(LES) VICTIME(S)

On cherchera en vain dans les textes juridiques une définition de la victime. Cette lacune étonne d'autant plus profondément que ni le crime (Cario, 2005b), ni la sanction (Cario, 2005a) ne font eux-mêmes l'objet de définition. Curieux champs disciplinaires qui estiment ne pas devoir définir leur objet d'étude ! Encyclopédies et dictionnaires réservent quant à eux l'expression aux personnes ayant subi un grave dommage corporel, voire mortel. La victime est pour le droit synonyme de partie lésée, de plaignant, de personne ayant subi un préjudice, de partie civile (expression dorénavant générique). Les chercheurs en victimologie ne définissent pas non plus très nettement leur objet d'étude. En ce sens, les victimes d'actes criminels graves côtoient les victimes de faits délictuels de faible gravité, d'incivilités, de déviance (par définition non pénalisables).

Deux conceptions de la notion de victime, étroite et large, semblent dominer aujourd'hui. *La première*, étroite, renvoie à l'infraction, à la loi pénale. C'est la position des victimologues et pénalistes classiques. La définition la plus élaborée a été formulée par l'ONU dans une Résolution du 29 novembre 1985 :

« ...on entend par victimes [de la criminalité] des personnes qui, individuellement ou collectivement, ont subi un préjudice, notamment une atteinte à leur intégrité physique ou mentale, une souffrance morale, une perte matérielle, ou une atteinte grave à leurs droits fondamentaux, en raison d'actes ou d'omissions qui enfreignent les lois pénales en vigueur dans un État membre, y compris celles qui proscrivent les abus criminels de pouvoir... [...] »

Quand bien même l'inflation pénale offre un champ vaste à cette définition, elle demeure trop étroite car elle exclut notamment certaines violences psychologiques. C'est la définition adoptée par la Décision-cadre du Conseil de l'Union européenne, en date du 15 mars 2001, ce qui constitue un réel progrès en soi car ses dispositions sont d'application impérative en droit interne des États membres.

*La seconde définition* est, à l'inverse, très large, en tout cas nettement subjective et bien plus extensive que la précédente. La définition de B. Mendelsohn, l'un des fondateurs de la victimologie, en est l'arché-type :

La victime est « ...une personne se situant individuellement ou faisant partie d'une collectivité, qui subirait les conséquences douloureuses déterminées par des facteurs de diverses origines : physiques, psychologiques, économiques, politiques et sociales, mais aussi naturelles (catastrophe) .»

C'est globalement la définition adoptée par les victimologues de la première Société Française de Victimologie :

« Une victime est un individu qui reconnaît avoir été atteint dans son intégrité personnelle par un agent causal externe ayant entraîné un dommage évident, identifié comme tel par la majorité du corps social. »

C'est le sujet victimisé qui domine, peu importe l'origine de sa victimisation. Une telle définition n'exclut donc pas ceux qui « s'estiment » victimes, provoquant par là une lourde confusion entre victimisation réelle et sentiment d'insécurité (Mendelsohn, 1958 ; Lopez, 1997).

Pour tenter de sortir de l'impasse notionnelle, doit être considérée comme victime *toute personne en souffrance(s)*. De telles *souffrances* doivent être :

- *personnelles* (que la victimisation soit directe ou indirecte ; individuelle ou collective ; atteigne une personne physique ou morale) ;
- *réelles* (c'est-à-dire se traduire par des blessures corporelles, des traumatismes psychiques ou psychologiques, des dommages matériels et/ou sociaux avérés),

- *socialement reconnues comme inacceptables* (transgression d'une valeur sociale essentielle, événement catastrophique) ;
- *et de nature à justifier une prise en charge des personnes concernées*, passant, selon les cas, par la nomination de l'acte ou de l'événement (par l'autorité judiciaire, administrative, sanitaire ou civile), par des soins médicaux, psychothérapeutiques, un accompagnement psychologique, social et/ou une indemnisation.

La définition victimologique ainsi retenue se cristallise sur les traumatismes et les souffrances de toutes origines, intensités et durées infligés de manière totalement illégitime et injuste aux victimes dans leur corps, leur dignité, leurs droits et leurs biens. Centrée sur la personne, pas simplement sur l'acte, elle inclut les proches des victimes, dans une stratégie d'*empowerment*, d'appriovisement. Peu importe que l'auteur soit ou non identifié, arrêté, poursuivi ou déclaré coupable, car la victimisation demeure et les besoins des victimes sont impérativement à envisager dans leur globalité en vue d'une *réparation intégrale*. Mais elle exclut, par principe, les simples manquements à la discipline sociale, les incivilités et les insécurités mineures qui relèvent d'autres domaines et stratégies d'intervention. La définition victimologique conduit alors à considérer « l'aide aux victimes », au sens large, comme un ensemble d'activités, d'informations, d'accompagnements, de soutiens et, le cas échéant, de suivis au regard des réels besoins des victimes, dans l'ordre juridique, médical, psychologique et social. Les services d'aide aux victimes ont vocation à mener cette mission généraliste, en partenariat avec les réseaux professionnels institutionnels ou associatifs plus spécialisés, ainsi qu'avec les associations de victimes dont les objectifs doivent néanmoins être très nettement distingués.

## LA(LES) VICTIMOLOGIE(S)

Définition et domaine de la victimologie dépendent naturellement de la conception étroite ou large de la victime. E.A. Fattah définit la victimologie comme une branche de la criminologie qui s'occupe :

« ...de la victime directe du crime et qui désigne l'ensemble des connaissances biologiques, psychologiques, sociologiques et criminologiques concernant cette victime. La victimologie s'intéresse donc à tout ce qui se rattache à la victime : sa personnalité, ses traits biologiques, psychologiques et moraux, ses caractéristiques socioculturelles, ses relations avec le criminel et enfin son rôle et sa contribution à la genèse du crime. » (Fattah, 1971).

À l'inverse, B. Mendelsohn et ses disciples considèrent la victimologie comme une victimologie générale échappant aux criminologues et aux pénalistes. Ils proclament que la victimologie, science parallèle et autonome, n'est pas uniquement dédiée à l'étude de « l'envers du crime » mais qu'elle recouvre :

« ...une réalité plus large : sociale, biologique et psychologique, dont la souffrance subie est le dénominateur commun ; qu'elle est une sorte de fléau aussi complexe et dangereux que les épidémies et la maladie » (Mendelsohn, 1958, 1973).

Des distinctions plus abouties opposent la première victimologie (étiologique) à la seconde victimologie (aide aux victimes), encore reconstruites autour de la victimologie de l'acte et la victimologie de l'action. Dans le même souci de balisage des champs, la victimologie pénale doit s'accommoder de la victimologie criminologique. La victimologie générale (ou criminologie victimologique) est encore distinguée de la victimologie clinique (ou appliquée, ou empirique). Quand la victimologie humaniste n'est pas opposée à la victimologie scientifique ! Quant au plan des concepts même, l'utilisation du syntagme est parfois considérée comme inadaptée au regard du risque de stigmatisation des personnes concernées et/ou de leur consolidation dans un statut de victime inapproprié, notamment à l'égard des victimes psychiques de faits non infractionnels. Quand il ne s'agit pas de ne pas compromettre le respect dû aux droits du « présumé » coupable face à ceux de la « présumée » victime ? Complexité de l'objet d'étude, querelles doctrinales ou conflits de pouvoirs ?

En cette matière victimologique comme en d'autres, il convient de ne pas ouvrir exagérément le champ d'intervention de la discipline concernée, au risque de produire le même genre de confusion – et de relative inefficacité corrélative – que celle relevée à l'endroit du phénomène criminel lui-même. Sans aucun doute, la stratégie victimologique doit être globale et intégrée. Pour autant, il importe de bien délimiter les champs qui procèdent du pénal de ceux qui participent du social, afin de ne pénaliser que ce qui mérite de l'être. Que les victimes d'actes non infractionnels (il en existe encore malgré l'inflation pénale, comme les mauvais traitements d'ordre psychologique ou le harcèlement moral présents en de multiples milieux), ayant eu à souffrir de catastrophes naturelles, technologiques ou de conflits collectifs d'ampleur soient prises en charge dans des conditions voisines, voire parfois communes (en termes de reconnaissance, d'aide et d'accompagnement psychosocial)

de celles réservées aux victimes d'infractions pénales, ne pose guère de problèmes.

Mais la victimologie doit circonscrire son domaine, comme toutes les autres sciences criminelles, aux transgressions des valeurs sociales essentielles. Dans cet esprit, la victimologie, branche de la criminologie, peut être définie comme la *discipline scientifique multidisciplinaire ayant pour objet l'analyse globale des victimisations, sous leur double dimension individuelle et sociale, dans leur émergence, leur processus, leurs conséquences et répercussions, afin de favoriser leur prévention et, le cas échéant, la réparation corporelle, psychologique et sociale de la victime et/ou de ses proches*. Une telle définition souligne les points communs aux deux approches classiques : la nécessaire prise en compte des souffrances des victimes, au sens large ; la reconnaissance légale du statut de victime, sous tous ses aspects individuels et socioculturels. Au-delà de ces caractéristiques communes, il importe de ne pas les confondre, au risque évident de banaliser la victimisation de nature pénale comme une fatalité.



## *Chapitre 22*

---

# NOUVELLES RÉFLEXIONS SUR LE COUPLE PÉNAL EN VICTIMOLOGIE

Vers une quatrième victimologie

P. Pignol, L.-M. Villerbu, V. Moulin

**L**E PASSAGE d'une victimologie centrée sur la question du rôle de la victime dans les motifs et la commission des faits, à une victimologie clinique préoccupée pour l'essentiel par les retombées psychiques et sociales de la violence sur ceux en ayant fait l'objet, rend en grande partie compte de l'importance grandissante et du succès contemporain de la notion de trauma.

Le modèle psychotraumatique, en dégageant en quelque sorte les victimes de la suspicion que la première victimologie avait pu laisser peser sur elles, n'avait plus à s'intéresser à ce qui était à l'origine de leur état psychique (l'événement dit traumatisant), sinon pour n'en relever que les traits communs principaux : événement exceptionnel, imprévu, vécu dans l'effroi comme effondrement d'une des trois enveloppes narcissiques essentielles. Si bien que l'ancienne notion de couple pénal s'en est trouvé presque totalement disparaître de la pensée victimologique,

la clinique des syndromes psychotraumatiques devenant pour l'essentiel une clinique des retombées sur un psychisme de toute forme d'événement répondant aux caractéristiques sus-décrivées.

Mais en affirmant une équivalence entre un état déficitaire – être traumatisé – et un état social préjudicié donnant droit à réparation – le statut sociojuridique de victime – (Fassin et Rechtman, 2006), la construction psychotraumatique du fait victimal ne se donnait plus les moyens de pleinement percevoir que cette victimité n'était pas (seulement) un état psychique mais un processus devenu lui-même défaillant chez certains, à savoir :

- qu'une victime n'est pas qu'une personne indûment agressée ou spoliée et que le propre des positions victimales tient dans le fait de ne pouvoir pleinement se constituer comme telle, faute de pouvoir construire de l'auteur, sinon selon des modalités déficitaires parce qu'« autophages » ;
- que cet « auteur » n'était pas, à l'image de sa construction par le juridique, réductible à la personne de l'agresseur, mais la résultante d'un ensemble de constructions complexes visant à l'établissement d'une responsabilité et d'une culpabilité.

## UNE CLINIQUE DE LA VICTIMITÉ

L'on peut alors dire que, jusqu'à un certain point, le modèle psychotraumatique a évacué la question victimale, ou du moins l'a réduite à un problème de reconnaissance, de réparation et de traitement psychothérapeutique du trauma.

Mais qu'en est-il lorsque, déplaçant le regard, l'on ne se donne plus comme espace clinique celui délimité par les notions de stress et de trauma mais celui de la confrontation au judiciaire, ses acteurs, son processus et ses enjeux ? Qu'en est-il des modalités que se donne le victimé pour construire après coup sa présence à l'événement ? Qu'en est-il de ses difficultés parfois insurmontables à s'inscrire dans le parcours qui lui est proposé et à intégrer les constructions que la référence au judiciaire élabore ?

Croire que les victimes ne sont concernées que par le dépôt de plainte initiant le processus judiciaire et la question de la réparation venant à sa conclusion, est certes cohérent du point de vue du droit, mais est proprement illusoire dans une approche clinique victimologique. Il n'est guère de victimes avec qui l'espace de la rencontre n'est pas envahi, de façon récurrente et parfois chronique, par ce qui se joue

dans l'espace judiciaire. De l'audition dont le victimé ressort avec la conviction de n'avoir pas été cru ou plus encore assimilé à un responsable, à la confrontation au victimant aux effets psychiques dévastateurs, en passant par les conclusions des expertises ressenties comme négatives, la lenteur chronique du processus laissant penser que l'affaire est enterrée..., toute avancée ou toute non avancée de la procédure peut être vécue sur un mode d'autant plus déstructurant que la dépendance au judiciaire est la condition pour parvenir à se poser comme victime.

Donner une place centrale à cet ensemble de constats cliniques revient à redonner une place centrale à la question du couple pénal, mais ici sous l'angle victimologique des difficultés du victimé à constituer de l'auteur et de la victime.

Pour appréhender toute la complexité de cette clinique, il faut se doter d'un modèle de l'appareil judiciaire auquel toutes ces réactions puissent être rapportées comme autant de symptômes de défaillances à pouvoir clairement différencier ces deux positions. Le paradoxe victimal est que plus le victimé est vulnérabilisé par l'événement, plus il est problématique pour lui de s'inscrire et de soutenir ces constructions, et d'intégrer et faire valoir ses droits de victime.

Deux enjeux essentiels en ressortent, l'établissement d'une responsabilité et d'une culpabilité juridiques, donnant chacun lieu à deux grandes questions : soit qu'il s'agit de différencier des positions au regard des faits, soit de constituer les faits eux-mêmes en termes délictueux et répréhensibles (voir tableau 22.1).

*Tableau 22.1. Constitution juridique des positions d'auteur et de victime*

	<b>Différenciation de positions relationnelles</b>	<b>Constitution d'un scénario délictuel des faits</b>
<b>Responsabilité juridique</b>	Qui a fait et voulu quoi ? IMPUTER Plaignant/Accusé	Quoi est quoi ? QUALIFIER Faits/qualification
<b>Culpabilité juridique</b>	Qui doit quoi ? RÉPARER Débiteur/Créditeur	Quoi coûte quoi ? CONDAMNER Faute/Sanction

Ce schéma, projeté sur la clinique victimale quotidienne, ouvre à une intelligibilité des mouvements psychiques des victimes, notamment à l'égard du processus judiciaire (Pignol et Villerbu, 2007) : la souffrance devient rapportable à l'un au moins de ces quatre enjeux, chacun pouvant poser problème de façon insurmontable.

Une typologie dynamique et raisonnée des états victimaux en devient possible en montrant les différents états de confusion dans lesquels le victimé recherche ou non en lui, et s'auto-impute, la part de l'agresseur qu'il ne parvient pas à élaborer (voir tableau 22.2).

*Tableau 22.2. Une typologie des positions victimales.*

	<b>Difficulté à constituer des positions différencierées</b>	<b>Difficulté à poser des normes et valeurs différenciatrices</b>
<b>Responsabilité juridique</b>	<p><i>Fixation problématique à la question de l'imputation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Recherche de motifs personnels sur le mode autophage du : pourquoi moi ? qu'ai-je fait ? que n'ai-je pas fait ?...</li> <li>– Responsabilité fluctuante pouvant être imputée à toute personne impliquée non seulement dans les faits mais aussi dans son « traitement »...</li> </ul>	<p><i>Fixation problématique à la question de la qualification</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Difficultés à constituer les faits comme écarts inacceptables et/ou délictueux en raison de normes anomiques ;</li> <li>– Difficultés à se détacher des éprouvés et à construire ou intégrer de la qualification...</li> </ul>
<b>Culpabilité juridique</b>	<p><i>Fixation problématique à la question de la réparation</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Logique du tout ou rien vis à vis soit du préjudice, soit de la réparation : exigence d'un retour à l'état antérieur, refus de tout compromis, revendication insatiable...</li> </ul>	<p><i>Fixation problématique à la question de la condamnation</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Logique du tout ou rien vis-à-vis de la peine ;</li> <li>– Perte des valeurs individuelles et collectives ;</li> <li>– Positions sacrificielles...</li> </ul>

Comment rendre compte de tels états ?

De l'analyse des débriefings entrepris avec les victimes trois axes se dégagent, l'importance de chacun variant d'une situation à l'autre.

**a) L'impact de l'événement lui-même.**

L'agression ne tient son existence, d'une part qu'à un ensemble de confusions dont les différentes logiques pathologiques sont déclinées plus bas (*cf. Villerbu et Moulin*), d'autre part à une disparition, au moins le temps de l'agression, des valeurs communes. C'est à cette double expérience que le victimé a été confronté et il ne va pas de soi de parvenir à reconstituer ce qu'elle a aboli : l'autre et son respect. De là, en miroir de cette expérience extrême, les difficultés parfois insurmontables à re-constituer de l'altérité et de la valeur.

**b) L'impact de la stratégie criminelle, ou mode opératoire, développé par l'agresseur.**

Il s'agit ici de ce qui relève d'une véritable stratégie criminelle de la part du mis en cause, impliquant :

- un mode opératoire, c'est-à-dire la construction interne par celui-ci d'une victime suivant ses schémas criminologiques propres et ce préalablement à toute rencontre. Ce mode opératoire peut se décomposer en plusieurs phases (constitution de la scène criminelle c'est-à-dire d'un ensemble de préconditions permettant l'agression et modalités de l'agression elle-même) ;
- des modalités d'enfermement de la victime dans le secret, visant à lui empêcher tous recours à des ressources relationnelles et personnelles ;
- des stratégies de décriminalisation (Villerbu, 2004).

D'où souvent, même lorsque l'agression a été unique, la constitution d'un véritable lien d'emprise.

**c) L'impact de la réaction de l'entourage.**

Ceci est tout particulièrement vrai de nombreux abus intra-familiaux mais également des situations où l'agresseur fait partie de l'entourage relationnel de l'agressé et des proches de ce dernier (ami, enseignant...). Cet entourage peut exercer des pressions sur l'agressé qui suivent les mêmes lignes que les modalités d'enfermement par l'agresseur de la victime dans le secret : elles visent à rendre confuses les positions d'auteur et de victime chez le victimé (voir tableau 22.3).

*Tableau 22.3. Principaux modes d'atteintes à la constitution des positions d'auteur et de victimes*

	Atteintes au plaignant	Atteintes au code et à la valeur
<b>Responsabilité juridique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Négation de toute responsabilité en termes d'absence de motif personnel</li> <li>– Imputation des faits à la victime</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Négation du caractère délictueux des actes incriminés</li> <li>– Mise au rang de délinquant de la victime au nom d'un autre code, personnel ou interne au groupe, celui-là</li> </ul>
<b>Culpabilité juridique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Négation de tout préjudice chez la supposée victime</li> <li>– Affirmation d'un gain au lieu d'un préjudice pour le victimé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Attaque des valeurs à partir desquelles le délit se constitue</li> <li>– Déni ou défi de l'interdit ; affirmations de toute puissance</li> </ul>

## PENSER UN ACCOMPAGNEMENT PSYCHOJUDICIAIRE

Parallèlement à l'accompagnement sociojudiciaire (Lopez, 1998) et psychologique (Damiani, 2007) des victimes, il reste à penser un autre accompagnement, *psycho-judiciaire* celui-là, qui s'attache à appréhender le rapport subjectif du victimé au parcours judiciaire afin de l'aider, si besoin, à rechercher des modes de construction du rapport auteur/victime moins problématiques que ceux qu'il est à même de concevoir spontanément.

À l'occasion de cet accompagnement, une forme particulière de « débriefing » prend souvent une importance toute particulière : l'analyse affinée du mode opératoire de l'agresseur, en tant qu'il s'offre comme une alternative possible aux auto-responsabilisations envahissantes du victimé.

Dans cette perspective, le parcours judiciaire devient un véritable espace projectif de rejet des aspects les plus problématiques de l'événement et non plus, comme il est trop souvent dit, une source de parasitages et d'obstacles au changement.

## *Chapitre 23*

---

# INTERACTION VICTIME/INFRACTEUR : UN CHOIX ?

L.-M. Villerbu, V. Moulin

**L**'ACTUALITÉ ne cesse d'interroger, implicitement ou non, le lien qui s'est ordonné entre un agresseur et un agressé. En terme de gestion des conflits et des désordres, c'est une manière de poser la question du choix qui a orienté celui qui a pris l'initiative de l'agression envers une personne en particulier. Et, plus largement, comment se prend une décision et comment celle-ci une fois prise se gère-t-elle ? Dans un contexte judiciarisé, le lien, saisi comme interaction victime/infracteur, paraît aller de soi puisque la recherche de responsabilité et de culpabilité pénale a très justement l'objectif de trancher dans l'abondance éventuelle des phénomènes et de dire ce qui revient à l'un et l'autre : c'est la recherche du mobile de l'agression, en deçà de la psychologie de l'agresseur et des circonstances situationnelles. Parmi celles-ci, il y a le rôle que la victime a pu tenir.

Le cadre est simple : il y a un agresseur et un agressé dans une logique rationnelle des rôles et des imputations et, au-delà, des sanctions et des peines. L'approche psychocriminologique complexifie cette première analyse. Puisqu'elle revient à tenter de déterminer, dans un contexte situationnel précis, comment l'un et l'autre des acteurs, volontaires ou

involontaires, de cette relation ont construit leur présence et ce qui s'en est suivi.

L'approche psychocriminologique mérite une présentation succincte pour mieux apercevoir cette complexité, d'autant que la notion est loin d'être fixée et ouvre de nombreuses ambiguïtés quant à son usage et à ses références (Villerbu, Le Bas, 2007).

Lorsque naît la criminologie au XIX<sup>e</sup> siècle, l'intérêt de l'époque est quasi entièrement orienté vers le criminel. La criminologie est alors essentiellement l'approche de l'agresseur à partir de l'ensemble des surdéterminations à l'être. Il a fallu un écart de pensée et une subversion des savoirs pour se mettre à penser la problématique victimale dans ce contexte d'une criminologie, au point qu'aujourd'hui il soit envisageable de dire que la criminologie est à la fois agressologie (l'étude des agressions et des agresseurs) et victimologie (l'étude de ce qui façonne ou a façonné le plaignant). La première étape a été de s'intéresser au criminel en puissance et, on le sait, cela a été réalisé à partir des effets de son milieu social ou héréditaire. Tout le travail du XX<sup>e</sup> siècle a été au fond de reprendre cette idée de criminel en puissance et de donner à voir ce que représentait cette potentialité supposée. Problème philosophique sans doute car il s'agit de concevoir une genèse du mal, mais plus encore clinique parce qu'il s'agissait de penser cette genèse dans des conditions historiques et interactives. Sans nul doute, l'apport de la pensée freudienne a été déterminant en instruisant l'hypothèse d'une construction psychique impliquant des failles, elles-mêmes héritées d'un environnement inconscient de ses productions et déposant dans un appareil mental les troubles de fonctionnement précurseurs d'une criminalité au travers des structures psychiques identifiables ou d'événements fondateurs.

De fait, la voie était ouverte pour s'autoriser à penser une genèse de la criminalité et du criminel en termes d'ambiance et d'immersion plus qu'en termes de constitution ou d'innéité : parentale (une façon d'être, conflictuelle en soi, d'être dans la conjugalité et dans la parentalité) et d'événements (une rupture et une discontinuité maintenue dans la continuité d'être). Les deux cas renvoyant à une non élaboration mentale, donc à une appropriation impossible ou difficile de l'autre, de soi et de l'environnement. Une conséquence importante s'en est suivie : les surfaces de visibilité des traces historiques censées être destructrices se sont déplacées au point qu'il a été possible de penser en terme d'autodestruction là où l'hypothèse première pensait en termes de causalités externes ou réactionnelles. Dans une construction dont les

éléments contiennent dans leur composition et leur dynamique, dans leur économie relationnelle et intersubjective, une force disruptive.

Cette histoire des relations infracteurs/victimes peut aujourd’hui se lire en quatre étapes, quatre phases d’une construction psychocriminologique, que ce soit sur le versant d’une victimologie criminologique ou d’une criminologie victimologique, ce que R. Gassin (Gassin, 2003) appelle la première et la seconde victimologie. On sait qu’en ce qui concerne la première, elle étudie les modalités du rapport du criminel et de la victime, les facteurs qui influencent les relations de l’un et de l’autre, les mécanismes qui interviennent dans le jeu de ces relations. Émanant de la criminologie de la réaction sociale, cette victimologie a été posée pour porter l’attention sur le rôle des victimes dans le passage à l’acte criminel. Rôle dont le statut explicatif et compréhensif est resté longtemps ambigu et mal compris (Fattah, 2004). Ce déplacement avait permis l’élaboration empirique de typologies opératoires : une classification victimologique des crimes (crimes contre des victimes réelles, fictives, potentielles et crime sans victimes), symétriquement à une classification des victimes (victime indifférenciée, latente, spécifique et le criminel victime). La seconde victimologie, quant à elle, émergente dans les années 1980-1990 et pour laquelle le concept de victimité a été proposé, dépasse la problématique compréhensive auteur/victime pour ne considérer qu’un statut, quel que soit ce qui l’a construit. : la victimisation par actes délictueux ou non que Baril (Baril, 1984) avait identifié comme l’envers du crime et dont on connaît aujourd’hui (Fassin, 2007) la diffusion et les réflexions épistémologiques et cliniques auxquelles elle donne lieu. Ce n’est pas de celle-ci que nous allons traiter.

Il serait cependant inexact de ne considérer dans l’évolution des pensées à ce sujet que les seuls apports du droit, de la sociologie et de la criminologie ; la psychiatrie avait depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle pré élaboré un schéma compréhensif de cette relation particulière en anatomisant le couple délirant (Lasègue, Falret, 1877 ; Calmeil 1845)<sup>1</sup>. De ce délire à deux en psychiatrie au choix de la victime en psychocriminologie, il y a une même rationalité : un renvoi certain à ce qui se nommait influençabilité, impressionnabilité. La notion de couple pénal en psychocriminologie est une refondation de l’analyse pénale criminologique et agressologique des rapports agressions/agresseur. Elle a contraint à mieux différencier

1. Lasègue Ch, Falret J. « La Folie à deux », *Archives Générales de médecine*, septembre 1877. Documents *Analectes*, Paris, 1979. Ouvrage classique auquel fait symétrie bien plus tôt celui de Calmeil L.-F. *De la Folie*, 1845, Edit. 1982, Paris, T 1 et 2, notamment sur la démonomanie et ses mésinterprétations.

ce qui relevait, en psychologie comme en droit, de la culpabilité et de la responsabilité. Une telle notion a contribué à sortir des ornières d'une criminologie de l'immaturité psychologique et à penser ce qui produit l'altérité (la construction de l'autre) différemment de la norme (échelle de maturité) et de la valeur (échelle de profit).

C'est dans les retombées de cette subversion que l'on peut identifier les quatre étapes dont nous parlions précédemment.

- **Temps 1 :** Il n'y a de victime que des conditions socio psychologiques d'existence antérieure. Théorie qui fait référence aux théories sociologiques de la reproduction et qui exigeait une prévention en termes de sortie d'un milieu pathogène, criminogène.
- **Temps 2 :** Il n'y a de victime que dans ce qu'elle offre, à son insu ou non, à l'agresseur et on voit là l'influence exercée par l'étude des violences domestiques, familiales, conjugales. Théorie éco-éthologique ou encore sociologique de la posture dominant/dominée du patriarcat sexiste ou d'une sociologie des genres.
- **Temps 3 :** Tout agresseur le devient par renversement d'une position antérieure. Théorie de la répétition traumatique par identification à l'agresseur, qui va supposer une analyse rétrospective infantile et génétique. Théorie qui peut se complexifier par le recours aux processus d'identification projective et abondamment utilisée aussi bien pour rendre compte des agressions à caractère sexuel que des meurtres apparemment sans motifs.
- **Temps 4 :** Le choix de la victime ou du contexte victimant ne dépend pas essentiellement d'un passé historique plus ou moins lointain et chosifié mais du retentissement d'une situation/agression chez un victimant. Loin d'exiger une récapitulation détective, une telle approche se construit sur une théorisation de l'impact et de la répétition anxiante et jubilatoire des effets de l'impact engendrés par l'agression elle-même chez l'agresseur, pour lequel on ne présuppose pas d'agression ou de traumatismes événementiels antérieurs nécessaires. Dans cette perspective, on considère que le fait d'avoir subi une ou des agressions, et d'en être immérgé, ne tient que de ce qu'elles évoquent une agression jouée par soi-même et dont les impacts n'ont pu être élaborés, mis en forme. Cette théorie de l'impact rend compte de l'exigence chez l'agresseur d'une néo construction subjective et d'une néo réalité : un monde en auto références, un passé en réinvention sur un schème unique et non réflexif qui suppose d'être vigilant aux modes d'attestation de la présence de soi à soi, dans une expérience confuse (confusionnelle). Le modèle le plus proche est sans nul doute celui de la toxicomanie ou de ce que nous apprend l'analyse approfondie des

postures dépressives et anxieuses chez de nombreux militaires après des opérations engagées : comment chacun contribue sur la base de ce dont il dispose à s'inventer un monde clos et autodestructeur dans l'essai même d'y échapper.

Ce Temps 4 nous introduit, mis en perspective, à la troisième Victimologie : la formule, évidente dans un premier a priori agresseur/agressé, infracteur/victime, s'en trouve délibérément bousculée. Il est plus rationnel sur cette base de parler de situation plus que d'individu, de rapport *victimant/victimé*, dans la mesure où une circularité des places s'impose dans un schéma sans fin. Ou encore de position vulnérante/vulnérée si l'on accepte l'idée que ce qui fera l'agression de l'agresseur tient très étroitement à ce qui le rend le plus vulnérable. Nous ne sommes plus dangereux que là où nous sommes vulnérables (Villerbu, 2003 ; Villerbu, 2005 ; Zielinsky, 2007).

Cette sortie d'un espace strictement criminologique et sous l'emprise du droit pénal, cette ouverture psychocriminologique qui n'est ni de la psychologie criminelle, ni de la psychopathologie du criminel, ni une psychologie du crime au sens où Hesnard pouvait l'entendre (Hesnard, 1963), ni rien qui s'approche d'une quelconque application de la psychologie, répond à l'exigence de penser plus (mais non exclusivement) en termes de processus qu'en termes de structures, plus en termes d'implosion psychique que d'explosion, plus en termes endémiologiques qu'en termes de pathologie mentale plus ou moins organisée. Elle inscrit l'acte dans un trajet existentiel et ce trajet se décline dans des conditions jamais exclusives, dont les formes apprises sont les modes opératoires, les identifications aliénantes, les opportunités situationnelles et les organisations psychiques. Autant d'espaces psychocriminologiques qui n'ont de réalité qu'à poser la réalité d'un acte criminel comme issue et rejet à une situation intenable et à rendre compte de l'acte infractionnel (une interaction infracteur/victime) non plus comme une faillite de la pensée rationnelle, mais une comme autre modalité de persistance dans l'irrésolution : modalité pour laquelle une personne choisie (la victime) fait fonction de contenant partiel.

Il est dès lors possible de théoriser dans un contexte infractionnel le choix de la victime et de l'acte victimant autrement que sous une forme typologique et opératoire formelle : à partir d'une expérience de confusion des places. Confusion active autrefois fois appelée immaturité (dépendance et impulsivité, envie et destructivité en psychiatrie ou en psychologie) supposant la confrontation de deux espaces psychiques de vulnérabilité (autrement appelée la prise de risques).

Le choix d'une victime (situation et personne) est le choix d'une scène pas encore là et qui va stabiliser des « formes » d'ancrage dans une réalité évanescante, en fixant un drame dans des attestations matérielles sensorielles, comportementales, légales et procédurales. L'acte chosifie, dans une haine de la perte et du manque, en inventant de l'instant, et la victime est prise dans cette haine. Instant dont la victime, sociologiquement et psychologiquement constituée, deviendra l'otage, (otage d'elle-même) éventuellement dans les temps longs qu'étudie la psychotraumatologie (Villerbu, Pignol 2007).

On peut alors définir des positions axiomatiques (des autoprescriptions évidentes et non réfléchies) de la part de l'infracteur, positions qui sont comme autant de justifications ou de rationalisations d'une geste criminelle (Villerbu, 2004). On évoque à ce propos l'empathie et son absence dans une série de couples d'opposés à propos de la victime et ou du bien dépossédé ou vandalisé : déprécier ou réifier (rabaisser *versus* anonymiser) nier ou revendiquer (s'absenter *versus* légitimer), que cela s'applique à la personne victimée ou au dommage causé.

Reste qu'au-delà d'une rationalité secondaire et légitimante par excès ou défaut, il y a dans le choix des victimes un ensemble de processus, une logique qui se comprend d'autant mieux que l'on considère l'acte dans ses éléments phénoménologiques et en tant qu'il est une opération dont l'objectif final consiste bien à vérifier l'existence ou la pertinence d'une réalité psychique. Forme de vérification d'un existant pré formé d'une part, recherche d'attestations matérielles, sensorielles qui offrent du contour et du poids à un ensemble vital, évanescents d'autre part.

Les travaux de Hermann Rorschach, dont les taches d'encre ne sont qu'une forme d'expérimentation clinique et dont on sait la filiation avec les travaux expérimentaux de Khalbaum, sont certainement les plus riches et les plus aptes à nous informer de ces opérations formelles, de ces processus, de ces stratégies de composition qui se déclinent en confabulation et en contamination, permettant aux sens et aux affects de se traduire entre eux. Stratégie de Confabulation qui ne se guide que sur un schéma d'attestation interne (une intuition de présence), Stratégie de Contamination qui ne se construit que sur une attestation externe (un percept rendu objectif), l'une et l'autre sans auto critique, sans référence à l'expérience d'un autre monde. L'une oblige à l'invention de séries infinies, l'autre constraint à ne pas pouvoir se dégager du plus immédiat et du plus visible. Cette confusion dynamique biaxiale, « fabriquant de la scène », se donne à voir phénoménologiquement en carence ou en excès dans la distance *versus* proximité dans laquelle se trouve portée le tiers, ou bien dans les essais de s'éloigner ou de rapprocher des fantasmagories

perceptibles, que ce soit dans un monde internalisé ou que ce soit dans un monde externalisé : le proche *versus* lointain, le dedans *versus* dehors. Là où la victime prend une forme et une figure qui ne la concernent plus et dont elle est le support selon que les dimensions de ces deux couples d'opposés phénoménologiques se trouvent en carence ou en excès.

Une formulation schématique de la confusion peut être proposée, combinant stratégies et dimensions phénoménologiques dans une rationalité à quatre temps et à huit déterminations heuristiques, ébauchant les principes de base de l'analyse Sérielle, Polymorphe et Séquentielle (Villerbu, Le Bas, 2007).

*Tableau 23.1. Schéma psychocriminologique des options concernant la situation-victime.*

	Distance <i>versus</i> proximité	Dedans <i>versus</i> dehors
<b>Stratégie de Contamination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Carence de proximité</i> : la victime peut être n'importe QUOI (cambriolage=viol=...)</li> <li>– <i>Excès de proximité</i> : TOUTE PROXIMITÉ EST PROPRIÉTÉ, quelle qu'en soit la nature (bien ou personne s'équivalent).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Carence du dehors</i> : a victime peut être n'importe QUI, sauf qu'il y a un trait objectif et unitaire entre les victimes.</li> <li>– <i>Excès du dehors</i> : ABSENCE D'INVESTISSEMENT ET DE CAPITALISATION/ abus de prise et dilapidation.</li> </ul>
<b>Stratégie de Confabulation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Excès de distance</i> : la victime ou un bien le sont À LA PLACE D'UN OU D'UNE AUTRE qui s'est dérobée</li> <li>– <i>Carence de distance</i> : toute distance suppose sa réduction par APPROPRIATION ABUSIVE. La distance naît de la privation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Excès du dehors</i> : la victime est VÉCUE COMME PROVOCATRICE ET INVASIVE et son agression a comme finalité de maintenir au dehors le problème. Identiquement pour un bien.</li> <li>– <i>Carence du dedans</i> : IDENTITÉ ABSENTE ET ABUS D'IDENTITÉ TIERCE EMPRUNTÉE. Toute identité en vaut une autre dans la mesure où elle valorisante.</li> </ul>



## *Chapitre 24*

---

# INSTRUMENTS INTERNATIONAUX EN VICTIMOLOGIE

L'impulsion créatrice

R. Cario

**L**ONGTEMPS abandonnées par la justice pénale, les victimes d'infractions pénales reconquièrent depuis quelques décennies, avec plus ou moins de force, leur place d'acteur au procès pénal, assortie dans de nombreuses législations nationales d'un authentique statut de partie. Une telle évolution a été rendue possible sous l'impulsion créatrice des institutions internationales et régionales compétentes dans le champ de la prévention, de la répression et du traitement du phénomène criminel (Brienen, Hoegen, 2000).

L'élan de solidarité à l'égard des victimes, observable depuis la fin des années soixante un peu partout dans le monde de manière plus ou moins structurée, a conduit les institutions internationales et régionales à se doter d'instruments destinés à garantir la protection des victimes et la prise en compte de leurs besoins consécutifs aux victimisations subies. Elles ont énormément œuvré pour rendre effectifs les droits à la

reconnaissance, à l'accompagnement et à réparation des victimes d'infraction. En ce sens, elles ont été pionnières – et plus particulièrement le Comité des problèmes criminels du Conseil de l'Europe – dans la définition de la victime d'infraction ; relativement à leur indemnisation par le recours à des fonds publics d'indemnisation ; quant à la création des Services d'aide aux victimes pluridisciplinaires et à la consolidation de leur professionnalisme ; en offrant à la victime une authentique place au sein du procès pénal équitable et, plus pertinemment encore, en recommandant la mise en place de programmes de prévention des victimisations, de manière précoce (R-2000-20) et, en cas d'échec, pour éviter toute revictimisation.

## LES NORMES INTERNATIONALES

*L'Organisation des Nations Unies (ONU)* a, en ce sens, adopté le 29 novembre 1985 la Résolution 40/34 portant Déclaration des principes fondamentaux de justice relatifs aux victimes de la criminalité et aux victimes d'abus de pouvoir, communément appelés « Principes fondamentaux de justice ». L'accès à la justice dans le cadre d'un traitement assurant respect et considération est ainsi fortement recommandé, tout comme les obligations de restitution, de réparation équitable, d'indemnisation et d'assistance doivent être fermement garanties. Des recommandations particulières sont adressées aux Etats en vue de procurer aux victimes, dans le cadre de services appropriés, l'assistance matérielle, médicale, psychologique et sociale dont elles ont besoin. Le droit d'être assisté par un conseil, tout comme celui d'être informé de l'évolution du dossier doivent être effectifs. Sécurité et protection de la vie privée sont des droits également impératifs. L'information des victimes sur l'existence de ces services et l'accès à ces derniers doivent être renforcés et, surtout, les personnes de ces divers services doivent recevoir une formation qui les sensibilise aux besoins des victimes.

*Le Conseil économique et social des Nations Unies (ECOSOC)* vient de compléter cet édifice par l'adoption en juillet 2005 des principes fondamentaux et directives concernant le droit à un recours et à une réparation des victimes de violations flagrantes du droit international relatif aux droits de l'homme et de violations graves du droit international humanitaire, communément appelés « Principes fondamentaux d'indemnisation ». À côté des mesures destinées à assurer la sécurité, le bien être physique et psychologique, la protection de la vie privée des victimes, l'accès à la justice doit leur être facilité. Le Conseil souligne que la réparation doit être à la mesure de la gravité de la violation

et des préjudices subis. Pleine et effective, elle peut prendre la forme de restitution, indemnisation, réadaptation, satisfaction et garantie de non-répétition.

Dans ce même esprit de promotion des droits des victimes en général, le Conseil Économique et Social avait adopté en avril 2002 une Résolution portant sur les principes de base relatifs à la mise en œuvre des programmes de justice restaurative, communément appelés « Principes fondamentaux de justice réparatrice ». Le préambule, considérant fondamentalement le crime comme une atteinte à une personne, souligne que la justice restaurative produit une réponse qui respecte la dignité et l'égalité des personnes, favorise la compréhension et promeut l'harmonie sociale au travers de la guérison des victimes, des infracteurs et des communautés. La Résolution invite par ailleurs les États-membres à établir des *guidelines* et standards, par voie législative si nécessaire, que les programmes de justice restaurative devront respecter quant aux cas éligibles, au traitement des affaires retenues, à la qualification, la formation et la désignation des médiateurs, à la gestion administrative, les standards de compétence et les règles de conduite les gouvernant... dans le respect des droits fondamentaux des parties. En cas d'impossible accord ou d'échec dans sa mise en place, l'affaire devrait être renvoyée devant les juridictions traditionnelles, sans que cela ne puisse être utilisé pour le prononcé d'une sanction plus sévère.

De multiples autres instruments (plus de trois cents) renforcent plus spécialement encore l'arsenal pénal international et permettent la poursuite, plus rarement la condamnation, des auteurs de crimes internationaux, sans dispositions spécifiques néanmoins au bénéfice des victimes sinon l'affirmation de leur droit à réparation. Cependant, la création contemporaine de tribunaux internationaux *ad hoc* et, plus heureusement encore, de la Cour pénale internationale constituent de réels espoirs, certes relativement à la qualité de la reconnaissance des victimes mais davantage encore quant à la fin de l'impunité dont cesseront de jouir nombre de ces auteurs de crimes contre l'humanité.

**La Cour pénale internationale(CPI)**, dont le Statut a été adopté lors d'une Conférence des Nations Unies tenue à Rome le 17 juillet 1998 (Bourdon, 2000), est entrée en vigueur le 11 avril 2002. Elle est compétente pour connaître, à titre complémentaire, des crimes de génocide, des crimes contre l'humanité, des crimes de guerre, d'agressions commis après le 1<sup>er</sup> juillet 2002. Déclarés imprescriptibles, ces crimes ne peuvent être couverts par aucune immunité. Il est surprenant que le terrorisme n'ait pas été considéré comme un crime international et il serait éminemment souhaitable d'y pourvoir lors de la prochaine révision des Statuts

(soit en avril 2009). La Cour peut être saisie par tout État partie, par le Conseil de Sécurité ou par le procureur. Ce dernier peut agir de sa propre initiative, après accord de la Chambre préliminaire, au vu de renseignements ou de plaintes qui lui sont transmis par les victimes ou des Organisations non gouvernementales qu'il peut entendre. Un tel pouvoir est considérable et, sous réserve de recevabilité, ouvre aux victimes des crimes internationaux des perspectives remarquables.

D'une manière générale, « lorsque les intérêts personnels des victimes sont concernés, la Cour permet que leurs vues et préoccupations soient exposées et examinées, à des stades qu'elle estime appropriés et d'une manière qui n'est ni préjudiciable ni contraire aux droits de la défense et aux exigences d'un procès équitable et impartial ». (Cario, 2007).

C'est, animées des mêmes préoccupations de reconnaissance, d'accompagnement et de réparation, que les institutions européennes recommandent souvent, depuis de nombreuses années, voire imposent parfois à leurs États membres des dispositions protectrices au bénéfice des victimes.

## LES NORMES EUROPÉENNES

*La Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés individuelles (CEDH)*, adoptée à Rome le 4 novembre 1950 (ratifiée tardivement par la France en 1974), est destinée à permettre à toute personne s'estimant victime de la violation de l'un des droits et libertés protégés par la Convention ou l'un des protocoles additionnels d'obtenir gain de cause. En particulier, le paragraphe 1<sup>er</sup> de son article 6 précise que :

« Toute personne a droit à ce que sa cause soit entendue équitablement, publiquement et dans un délai raisonnable, par un tribunal indépendant et impartial, établi par la loi ».

La possibilité d'exposer librement et contradictoirement sa cause, dans le respect de l'égalité des armes, est en effet fondatrice d'un système de justice pénale démocratique. Paraphrasant quelques dispositions prévues par cet article 6, dont la transposition à la victime s'impose, il importe que soit également respecté pour elle-même le droit à disposer du temps et des facilités nécessaires à la préparation de sa défense, de bénéficier de l'assistance d'un avocat ou d'être assistée gratuitement si elle n'en a pas les moyens, d'interroger et de faire interroger les témoins à charge

et à décharge, de se faire assister gratuitement le cas échéant par un interprète. Dans le même esprit, toute personne a droit à la liberté et à la sécurité (article 5) comme au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance (art. 8). L'application des dispositions de la C.E.D.H. en droit interne aux victimes d'infractions ne supporte aucun doute. L'évolution même de la jurisprudence de la Cour invite à considérer que le procès doit être équitable pour toutes les parties, sans qu'il y ait lieu à distinguer entre les fins poursuivies par la victime partie civile. Par conséquent, il apparaît réducteur de ne pas considérer que dans toute action intentée par une victime se conjuguent la symbolique pénale et la réparation civile.

Concernant plus spécifiquement les victimes, le **Conseil de l'Europe** a inclus dans son programme de travail, dès 1970, le dédommagement des victimes. En septembre 1977, la Résolution R(77)27 institue les principes directeurs de l'indemnisation par l'État des victimes d'actes intentionnels de violences graves, ou de leurs ayants droit, lorsqu'une telle indemnisation ne peut pas être assurée à un autre titre. En l'absence totale d'harmonie entre les législations, une Convention a dû être élaborée. Entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> février 1988, elle subordonne l'indemnisation par l'État au principe de subsidiarité, à la réalisation de faits de violences intentionnelles (physiques ou psychologiques) aux conséquences particulièrement graves (atteintes à la vie, à l'intégrité physique ou à la santé), plafonnée dans son montant avec, le cas échéant, exclusion des victimes de conditions économiques aisées.

De manière plus globale, d'autres recommandations ont été adoptées par le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe. La « violence au sein de la famille » a ainsi fait l'objet de recommandations aux États membres en vue de prévenir les victimisations, informer les victimes, professionnaliser les intervenants ; d'encourager la création d'agences ou d'associations d'aide et d'assistance aux victimes et de préciser leurs compétences. Les modalités du signalement des actes de violence et de l'intervention de l'État quant à leur indemnisation complètent ces propositions (R-85-4). « La position de la victime dans le cadre du droit pénal et de la procédure pénale » a également été envisagée. Le besoin constant d'information de la victime à tous les stades du procès pénal a été souligné, tout comme la nécessaire formation des professionnels de la justice, soucieux du respect de la situation personnelle de la victime, de ses droits et de sa dignité, de sa protection et de sa réparation (sous forme de peine ou de substitut à la peine)(R-85-11). Logiquement, le Conseil s'est alors attaché à préciser le cadre, les structures et la nature des prestations procédant de l'« assistance aux victimes et [de la] prévention

de la victimisation » (R-87-21). Plus récemment, une recommandation encourage les États à recourir à « la médiation en matière pénale », de nature à offrir plus de souplesse et à favoriser davantage la participation de la victime et de l'infracteur au règlement de leur conflit (R-99-19).

Dans le même esprit, *l'Union Européenne* a porté sa réflexion sur les normes et mesures à prendre au bénéfice des victimes de la criminalité, concrétisée par l'adoption d'une Décision-cadre, le 15 mars 2001, « relative au statut des victimes dans le cadre de procédures pénales ». Ses dispositions sont impératives en droit français interne. Avec force, les principaux droits auxquels peut prétendre la victime sont rappelés dont celui, très général, de se voir assurer un rôle réel et approprié dans son système judiciaire pénal. L'accès à la justice se manifeste ainsi par le droit de recevoir des informations pertinentes pour la protection de ses intérêts dès le premier contact avec les services compétents et tout au long du procès pénal dans des conditions d'accueil et d'écoute qui garantissent sa dignité personnelle. Il s'agit encore du droit à être informée du déroulement de la procédure et des suites données à ses demandes, des aides diverses qu'elle peut mobiliser, de l'assistance qu'elle peut recevoir.

Les États doivent garantir à la victime le droit à être protégée, de même que ses proches le cas échéant, en termes de sécurité personnelle et/ou de protection de sa vie privée. Chaque État favorise l'intervention des Services d'aide aux victimes, publics ou associatifs privés, composés de personnels spécialement formés pour informer les intéressé(e)s sur leurs droits, leur proposer si cela s'impose un accompagnement psychologique et/ou social, tout au long du procès pénal voire, à leur demande, après la clôture de la procédure. La réparation de la victime est principalement envisagée du point de vue indemnitaire, à la charge de l'auteur lui-même, sauf les hypothèses de paiement par un fonds spécifique. La médiation dans les affaires pénales doit être encouragée et les accords intervenus entre la victime et l'auteur de l'infraction pris en compte. Très opportunément, il est également rappelé que la victime possède un droit à l'oubli. De manière tout à fait originale, l'évaluation régulière des mesures prises par les États est obligatoire. Une première évaluation (2004) souligne que si l'objectif de la Décision-cadre est d'établir et de garantir un niveau élevé comparable de protection aux victimes, il demeure qu'aucun État membre ne peut prétendre avoir transposé l'ensemble des obligations en découlant.

Enfin et pour l'essentiel, les préoccupations de l'Union Européenne à l'égard des victimes se manifestent au travers de la prise en charge des victimisations subies par un ressortissant de l'Union dans un autre État

membre. Ces délicats problèmes ont été résolus par une Directive du Conseil de l'Union Européenne du 29 avril 2004 qui vise à garantir aux victimes de la criminalité le droit à une indemnisation juste et appropriée pour les préjudices qu'elles ont subis, quel que soit l'endroit de l'Union où l'infraction a été commise. Est ainsi mis en place un système obligatoire de coopération transfrontalière facilitant l'accès à l'indemnisation pour les victimes d'infractions violentes.

Pour conclure, il n'est pas inutile de noter que le rôle tenu par la France, à côté des autres États membres, dans la construction du droit pénal international et européen, spécialement des dispositions applicables aux victimes, est très souvent souligné par les organisations bénéficiaires. Il est vrai que la plupart des experts qui participent à l'élaboration des textes supranationaux sont aussi des acteurs reconnus de la politique criminelle interne. Dans le même esprit, les apports du Forum européen des services d'aide aux victimes sont remarquables. Plusieurs recommandations accompagnent dorénavant les actions menées en leur sein comme : « Les droits des victimes dans le cours du procès pénal » (1996), les « Recommandations sociales en faveur des victimes d'infractions pénales » (1998), « Les droits des victimes à des services de qualité » (1999) (Cario, 2003).

C'est de cette fécondation mutuelle que provient sans aucun doute l'accélération très récente de la prise en compte globale des victimes par le droit positif français. Pour être fortement inspirée par les dispositions contenues dans les textes internationaux et régionaux, la réponse socio-pénale demeure encore assez en retrait, notamment quant à l'aide aux victimes, service « par essence public » aujourd'hui trop commodément abandonné au secteur associatif privé qui, pour être très professionnalisé, est anormalement soumis à la générosité fluctuante des subventions nationales ou locales pour mener à bien ses remarquables missions auprès des victimes ayant injustement à souffrir des répercussions du crime.



## *Chapitre 25*

---

# LA COUR PÉNALE INTERNATIONALE ET LES VICTIMES

Réalités et promesses du droit pénal international

R. Cario

**S**ALUÉ par tous comme celui de la consécration des droits humains, le siècle dernier a certainement été, très paradoxalement, l'un des plus violents de l'histoire de l'humanité. Et celui qui vient de commencer n'est pas de nature à apaiser les inquiétudes. La liste des crimes, commis dans le cadre de guerres conventionnelles ou sauvages, indignes de l'espèce humaine, est longue. Cette violence, opérationnalisée par des êtres humains très « ordinaires » (Thys, 2007), participe tragiquement de la « banalité du mal » (Arendt, 1966). Et l'on désespère de découvrir encore des charniers, insupportables témoignages de la cruauté et de l'intolérance de certains d'entre nous, un peu partout sur notre planète. Entre 1900 et 1987, 170 millions de civils ont été tués, 70 dans le cadre de persécutions étatiques, 100 à l'occasion de guerres internationales. Durant la même époque, 35 millions de soldats sont morts en opération (El Kenz, 2005 ; Sémerlin, 2005). Depuis la seconde guerre mondiale,

250 conflits ont causé la mort d'environ 170 millions de personnes (Bassiouni, 2003).

Ces massacres à l'égard des populations civiles, particulièrement vulnérables, témoignent d'atrocités à peine imaginables : tortures, mutilations à la machette d'enfants, viols, esclavage sexuel, déportations massives, exécutions sommaires. Ils se doublent souvent d'un objectif dramatiquement opérationnalisé dans ces conflits inhumains :

« Briser les femmes pour briser un peuple. » (Amnesty International, 2006 ; FIDH, 2006).

De surcroît, dans la plupart des situations de violences graves des droits fondamentaux, les victimes et leurs proches sont abandonnés aux conséquences et répercussions, bien identifiées aujourd'hui en victimologie générale, des victimisations subies. Tous les survivants, pour avoir côtoyé la mort, souffrent massivement, à distance plus ou moins éloignée de l'événement, de stress post-traumatique aux conséquences dramatiques (Crocq, 2002). De telles victimisations collectives, de masse, très complexes, nécessitent des interventions médicales et psychologiques immédiates de très grande qualité, au travers de la mise en place d'équipes multidisciplinaires spécialement formées pour traiter ces victimes physiques et/ou psychiques. Dans le même sens, des dispositifs de prise en charge, tant juridiques, judiciaires que sociaux, doivent être spécifiquement prévus, dans l'immédiat, le moyen et le long terme voire même, pour les actes les plus graves, dans l'intergénérationnel. Est-il encore utile de préciser que des inégalités flagrantes s'observent entre les victimes concernées selon les continents sur lesquels ces crimes contre l'humanité sont perpétrés ?

Pour autant, ce n'est que très récemment que les droits des victimes ont émergé, tant au niveau régional ou international qu'en droit interne, fréquemment sous la pression des Organisations non gouvernementales (O.N.G. humanitaires et généralistes) et des associations de victimes. Toutes ces victimes, ainsi que leurs proches, ont droit, en qualité d'acteur et non pas comme simple objet de la procédure pénale répressive, à un procès équitable, séparateur et réparateur ; à un accompagnement psychologique et social ; à une réparation intégrale et effective. Ce n'est qu'à ces conditions qu'elles seront susceptibles de passer de la détresse à l'adaptation pour retrouver leur désir de vie, autant personnelle, que sociale et politique. La création contemporaine de tribunaux pénaux internationaux *ad hoc*, pour constituer une avancée remarquable dans la lutte contre l'impunité des crimes contre l'humanité, illustre bien cependant que leur visée est davantage punitive que réparatrice. Ils

tardent cependant à sanctionner les véritables instigateurs des crimes commis. Un même constat de relatif échec se dessine quant à l'étendue des droits des victimes et, surtout, leur mise en œuvre très aléatoire devant les juridictions pénales *ad hoc*. En effet, les victimes sont confinées au rôle de simple témoin tout au long de la procédure. Elles répondent, en personne, aux questions qui leur sont posées, à un moment précis de la procédure, dans l'intérêt des seules personnes les ayant citées à comparaître. Elles ne bénéficient que d'une protection toute relative avant comme après leurs dépositions, à l'occasion desquelles elles doivent affronter des difficultés financières inévitables. Surtout, elles ne peuvent percevoir aucune indemnité en réparation de tous leurs préjudices pourtant bien réels (Salas, 2004).

Bien plus heureusement, la création d'une juridiction pénale internationale – permanente et universelle – est fortement porteuse d'espoirs, certes relativement à la qualité de la reconnaissance des victimes mais aussi quant à la fin de l'impunité dont cesseront de jouir nombre de ces auteurs de crimes contre l'humanité. Ainsi, la Cour pénale internationale est entrée en vigueur le 11 avril 2002 et ses dispositions s'imposent à la France... quand bien même la loi d'application qui permettra de les intégrer dans notre droit interne n'est toujours pas adoptée. Cette création, révolutionnaire à plus d'un point de vue, semble avoir le réel souci d'offrir aux victimes de crimes internationaux, reconnues comme telles par la Cour, une authentique participation à l'ensemble de la procédure en vue de leur réparation la plus globale et effective possible.

## CRIMES ET VICTIMES

La Cour pénale Internationale est compétente pour connaître, à titre complémentaire des juridictions nationales, des quatre crimes suivants, commis après le 1<sup>er</sup> juillet 2002. Le crime de génocide s'entend de tout meurtre ou atteintes graves à l'intégrité physique ou mentale commis dans l'intention de détruire, en tout ou en partie, un groupe national, ethnique, racial ou religieux. Les crimes contre l'humanité consistent en des actes tels que le meurtre, la torture, la réduction en esclavage, le viol et autres actes inhumains commis dans le cadre d'une attaque généralisée ou systématisée lancée contre toute population civile. Les crimes de guerre regroupent des actes qui constituent une violation des lois internationalement reconnues en matière de droit de la guerre et d'autres actes qui sont prohibés dans le cadre de conflits armés ou de conflits internes tels que des guerres civiles. Le crime d'agression n'a

pas fait l'objet de définition précise à ce jour. Déclarés imprescriptibles, ces crimes ne peuvent être couverts par aucune immunité.

La Cour peut être saisie par tout État partie, par le Conseil de Sécurité ou par le Procureur. Ce dernier peut agir de sa propre initiative, après accord de la Chambre préliminaire. Si les victimes ne peuvent saisir directement la Cour, elles se voient cependant ainsi offrir un pouvoir considérable. Elles peuvent inciter le Procureur à ouvrir une enquête sur la base des renseignements qu'elles lui fournissent, avec l'aide très précieuse des O.N.G. Le Procureur peut décider de les entendre, au même titre que les témoins. À ce jour, trois pays ont saisi la Cour pénale internationale : l'Ouganda (2003) dont la situation a été attribuée à la Chambre préliminaire II ; la République démocratique du Congo (2004, Chambre préliminaire I) et la République centrafricaine (2005, Chambre préliminaire III). Le Conseil de sécurité l'a quant à lui saisi le 31 mars 2005 à propos des crimes de guerre commis au Darfour (Chambre préliminaire I). Le premier procès de Thomas Lubanga Dyilo, ressortissant congolais (RDC), pour enrôlement et conscription de force d'enfants de moins de 15 ans dans le but de les faire participer activement à des hostilités, devrait très prochainement débuter.

Aux fins du Statut de la Cour et du Règlement de procédure et de preuve, le terme « victime » :

« S'entend de toute personne physique qui a subi un préjudice du fait de la commission d'un crime relevant de la compétence de la Cour ». Il peut aussi s'agir de « toute organisation ou institution dont un bien consacré à la religion, à l'enseignement, aux arts, aux sciences ou à la charité, un monument historique, un hôpital ou quelque autre lieu ou objet utilisé à des fins humanitaires a subi un dommage direct. »

Le 17 janvier 2006, la Chambre préliminaire I a rendu une décision essentielle quant à l'étendue des droits des victimes, confirmée par la Chambre d'appel : la qualité de victime doit être accordée aux demandeurs, remplissant la qualité de victime, en relation avec la situation ou l'affaire en question. La Chambre préliminaire I précise ensuite, au-delà de l'espèce analysée, les conditions à remplir par toute personne demandant à se prévaloir de la qualité de victime afin d'exercer les droits processuels attachés à ce statut :

- Il doit s'agir d'une personne physique, ayant subi un préjudice ;
- Le crime doit relever de la compétence de la Cour ;
- Un lien de causalité doit exister entre ce crime et le préjudice subi.

D'une manière inégalée jusqu'alors devant les juridictions pénales internationales, le Greffe de la C.P.I. doit assumer d'importantes responsabilités à l'égard des victimes, des témoins et des personnes courant un risque. Pour les mener à bien, il s'appuie sur la Direction des victimes et des conseils (D.V.C.) et, plus particulièrement, sur la Section de la participation des victimes et des réparations (S.P.V.R.), l'Unité d'aide aux victimes et aux témoins (U.V.T.) et le Bureau du conseil public pour les victimes, indépendant (B.C.P.V.). En matière de protection et de sécurité, le Greffe met également en place et coordonne les mesures nécessaires, toujours confidentielles, aussi bien localement que lors des comparutions.

## PARTICIPATION ET RÉPARATION DES VICTIMES

Contrairement au rôle de témoin offert aux victimes par les autres juridictions pénales internationales, la participation des victimes est libre, dans les limites cependant de ce que les juges estiment approprié. Elles décident elles-mêmes du contenu et de la manière d'exposer leur cas, dès le stade de l'enquête et durant toute la procédure, par l'intermédiaire généralement d'un représentant légal, dans un cadre juridique protecteur et sécurisé. D'une manière générale, « lorsque les intérêts personnels des victimes sont concernés, la Cour permet que leurs vues et préoccupations soient exposées et examinées, à des stades qu'elle estime appropriés et d'une manière qui n'est ni préjudiciable ni contraire aux droits de la défense et aux exigences d'un procès équitable et impartial ». Sous ces réserves d'appréciation de la Cour, il doit être tenu compte des besoins des victimes tout au long de la procédure.

La victime ou son représentant légal assiste et participe à toutes les audiences, peut demander à interroger un témoin, un expert ou l'accusé. Ils peuvent demander des compléments d'enquête, fournir des pièces, contester son déroulement, s'exprimer sur le prononcé de la sentence et, plus généralement, sur l'exécution et l'individualisation de la sanction. Lorsque la sécurité des victimes est en jeu, le Greffe prend toutes les mesures nécessaires, dans la limite de ses pouvoirs, pour assurer la confidentialité des communications les concernant, par le recours notamment à une base de données électroniques sécurisées. En cas de communication directe, le Greffe s'assure de ne pas compromettre la sécurité des victimes, leur bien-être physique et psychologique, leur dignité et leur vie privée. Si tous les moyens de publicité relativement aux procédures devant la Cour sont à la disposition du Greffe et de ses services, les règles précédemment énoncées doivent être respectées.

C'est au Greffe d'informer les victimes des procédures de réparation. Un formulaire standard, accompagné d'un guide explicatif, est à la disposition des victimes personnes physiques et des organisations ou institutions victimisées. Les réparations, individuelles ou collectives, peuvent prendre plusieurs formes : indemnisation (préjudices extrapatri moniaux et économiques), restitution, réhabilitation, accompagnement psychologique, aide matérielle notamment. Les ordonnances de réparation à titre individuel sont rendues directement – et exclusivement – contre la personne physique effectivement reconnue coupable, dont les biens auront pu faire l'objet d'une confiscation à la demande de la Chambre préliminaire. Le montant de la réparation peut être versé par l'intermédiaire du « Fonds au profit des victimes » (alimenté notamment par des subventions et dotations volontaires publiques ou privées, le produit des amendes et des confiscations).

Pour novatrices que soient ces dispositions du Statut relatives à la réparation des victimes, de leurs proches et, dans une moindre mesure des témoins et des personnes courant un risque, il importe encore de se convaincre que la restauration globale de la victime, en particulier, passe par diverses formes de ***réparation*** :

- ***juridique***, par l'accès effectif au droit et au juge ;
- ***symbolique*** par la nomination des fautes et la séparation des protagonistes ;
- ***psychologique*** par des prises en soins adaptées ;
- ***sociale*** par des accompagnements spécialisés et durables.

C'est le sens même du procès équitable. Mais une telle réparation globale ne sera garantie à la victime que si elle est effectivement placée au centre des dispositifs judiciaires, psychologiques et sociaux disponibles, dans le cadre d'une authentique stratégie d'*empowerment*. En redevenant active et sujet de parole, grâce au processus vindicatoire que vise à instaurer la procédure devant la Cour, dans le plus grand respect des droits fondamentaux de l'individu, la victime est acteur de sa propre restauration. Une telle (ré)appropriation par la victime de ses propres affaires finalement ne nuit en rien aux droits des infracteurs, bien au contraire. Il va sans dire, enfin et pour l'essentiel, que tous les intervenants rencontrés tout au long du procès pénal doivent être des professionnels réellement compétents et que les services qu'ils offrent soient de réelle qualité. S'ils le sont généralement tous dans leur propre spécialité, encore convient-il qu'ils soient sensibilisés (dans leur formation initiale et continue) à la question criminelle, dans l'endroit

comme dans l'envers du crime, relativement au crime de droit commun mais davantage encore contre l'humanité au sens large (Cario, 2006).

La reconnaissance de la victime comme acteur au procès pénal devant la Cour pénale internationale constitue un progrès remarquable (Reporters sans frontière, 2003 ; FIDH, 2007), quand bien même des questions demeurent en suspens quant à la mobilisation et à la représentation de ses droits. On ne saurait passer sous silence la mise en place de dispositifs remarquables à l'occasion de la prise en compte de crimes collectifs ou interethniques de très grande envergure. En ce sens, les *Commissions de réconciliation* collectives sont susceptibles de produire des effets restauratifs inattendus comme, par exemple, en Afrique du Sud (Commission Vérité et Réconciliation), ou au Rwanda (juridictions *Gacaca*). La déclaration officielle des actes, souvent constitutifs de crimes contre l'humanité, la désignation des coupables et/ou leur propre aveu, la reconnaissance des victimes constituent un vecteur puissant de réconciliation nationale : « La vérité blesse mais le silence tue » soulignait la C.V.R. Mais, s'il appert que dans la plupart de ces modalités restauratives de régulation collective des conflits le retour à une vie commune, inévitable, entre infracteurs et victimes a été rendu possible (ce que la justice classique ne permet en aucun cas), la question de l'indemnisation effective des victimes demeure pleine et entière. Tout comme celle de la condamnation pénale des commanditaires, au plus haut niveau de l'État, de tels crimes contre l'humanité. Dans la mesure du possible, il conviendrait de tendre vers la réalisation de ces divers objectifs, de manière cumulative (Bloomfield, Barnes, Huyse, 2003).



## *Chapitre 26*

---

# MOUVEMENT ASSOCIATIF D'AIDE AUX VICTIMES

R. Cario, O. Mons

ÉMANATION spontanée de la solidarité féminine, les services d'aide aux victimes sont nés dans les pays anglo-saxons à la fin des années 1960. La Loi du 15 juin 2000 a consacré leur rôle dans notre pays au profit de toutes les personnes ayant subi une atteinte à leur intégrité physique et à leurs biens. Quand bien même celle-ci n'est pas reconnue juridiquement en tant que telle, ils exercent, à n'en point douter, une authentique mission de service public. La mise en œuvre effective des politiques publiques d'aide aux victimes doit beaucoup au dynamisme des associations d'aide aux victimes.

## CHOIX DU MOUVEMENT ASSOCIATIF

Personne n'est venu remettre en cause le choix du monde associatif pour assurer cette fonction d'aide et de soutien aux personnes victimes d'une infraction, mais il est bon d'entendre Robert Badinter expliquer la raison de ce choix. C'est lui, en effet, qui à partir de 1982, en qualité de Garde des sceaux, a initié et accompagné l'émergence d'un mouvement associatif devant se préoccuper des victimes. Récemment, il a rappelé utilement qu'il avait choisi de faire confiance aux associations, car

l'intérêt porté aux victimes était quasi nul, il y a 25 ans. Il nécessitait donc un ancrage fort dans la société, dans toute la population, afin de faire bouger les mentalités. Ce n'est que grâce au dynamisme associatif, à des personnalités du corps social, qu'on réussirait à installer durablement le fait que la victime a des droits et qu'elle doit être soutenue dans toutes les conséquences de l'infraction (Inavem, 2008). Évidemment, en plus de cette raison fondamentale, il importe de relever l'inexistence d'un corps de fonctionnaires ayant des compétences juridiques, psychologiques et sociales au profit des victimes. Le premier budget du ministère de la Justice disponible pour l'aide aux victimes s'est élevé à un million de francs, soit 150 000 euros pour toute la France.

La question de la dépendance du mouvement associatif par rapport à ses financeurs a souvent été posée : il est indubitable qu'une association, quelle qu'elle soit, a des comptes à leur rendre, notamment dans une société de culture du résultat et d'objectifs remplis. Néanmoins, la pluralité des financeurs, qu'ils soient majoritairement adhérents et donateurs pour les associations de défense de victimes, ou que ce soit l'État, les collectivités territoriales et des partenaires privés pour les associations d'aide aux victimes généralistes, devrait permettre une liberté de pensées et de mouvements. Mais, au-delà de tout angélisme, les craintes « de déplaire », qui à ses membres, qui à ses bailleurs de fonds, qui à ses prescripteurs... grippent la liberté associative, limitent la revendication saine, affectent sensiblement le dynamisme de la réflexion. Il faut beaucoup de vigilance et de savoir-faire pour être juste et critique, sans autocensure, pour ne pas trahir ses fondamentaux, pour ne pas être trop instrumentalisés dans des matières qui touchent aux principes de droit, de justice, aux méandres de la douleur, à la conception du bien et du mal.

Les associations créées durant la première moitié des années 1980 se sont pertinemment fédérées au sein de l'INAVEM<sup>1</sup>, lequel est aujourd'hui devenu l'interlocuteur obligé et privilégié des pouvoirs publics et des acteurs de la lutte contre le phénomène criminel. De manière toute aussi pertinente, les associations de victimes se sont créées pour entourer leurs semblables en grande détresse physique et psychologique. À partir des expériences et réflexions de leurs membres, elles participent également fortement à la promotion de la reconnaissance et de la réparation globale des victimes d'infraction en général (aux plans indemnitaire, psychologique, social et processuel).

---

1. Institut national d'aide aux victimes et de médiation.

## L'I.N.A.V.E.M.

L'Institut National d'Aide aux Victimes Et de Médiation a été créé en 1986. Ses missions sont multiples :

- définition et évaluation des pratiques d'aide aux victimes,
- animation et coordination du réseau de ses adhérents,
- communication,
- formation des personnels salariés et bénévoles des associations membres,
- documentation, publication et recherche.

Une charte des services a été adoptée en 1993, précisant leur fonctionnement : ouverts gratuitement à tout public. Les associations ne représentent pas les victimes, ne se substituent pas davantage à elles au cours du procès pénal. Elles interviennent « dans le respect de la personne et de l'autonomie de la victime ». Un code de déontologie, élaboré en 1996, consacre les devoirs généraux (aucune démarche sans le consentement de la victime ; compétence professionnelle appropriée quant aux dispositifs judiciaires, médicaux et sociaux ; obligation de confidentialité dans le respect des lois en vigueur, notamment), définit les missions des services d'aide aux victimes et fixe leurs devoirs envers leurs partenaires.

L'Institut siège au sein d'organismes nationaux comme le Fonds de Garantie des victimes d'actes de terrorisme et d'autres Infractions (FGTI), assure la représentation des associations au Conseil National de l'Aide aux Victimes (CNAV) ou plus récemment au Conseil National de la Vie Associative (CNVA). Depuis le 23 octobre 2001, l'INAVEM a mis en place une plateforme de téléphonie sociale, avec la gestion et l'animation d'un numéro d'appel national d'aide aux victimes. Conformément à l'une des 114 propositions du rapport Lienemann, ce numéro émane d'une décision interministérielle du Conseil de sécurité intérieure en 1999. C'est bien une volonté de l'État qui a présidé à la création de ce dispositif pour venir en aide aux victimes d'infractions pénales. Composée d'écouteurs formés à la relation d'aide, à la victimologie, aux principes fondamentaux du droit et de la psychologie, l'équipe peut être joindre aujourd'hui 7 jours sur 7, de 9 h 00 à 21 h 00, par la nouvelle numérotation du 08VICTIMES (08 842 846 37) initiée par Nicole Guedj, en avril 2005, alors qu'elle était secrétaire d'État aux droits des victimes.

À côté de la dynamisation de son réseau, l'INAVEM est appelé à intervenir dans le cadre de catastrophes ou d'accidents collectifs. Des résultats remarquables ont ainsi été obtenus lors des attentats de 1995

ou à l'occasion de la mise en œuvre de dispositifs d'indemnisation des victimes de l'accident aérien de Mont-Saint-Odile ou de l'effondrement de la tribune du stade de football de Furiani en 1992 ou à Toulouse (2001) et plus récemment encore, à l'étranger : Charm el-cheikh (03/01/2004) ou Maracaibo (16/08/2005). L'expertise de la fédération INAVEM en tant que partenaire des comités de suivi, ajoutée à la force de la coordination d'un réseau national pour assister, d'une manière égale et homogène, les victimes d'un même événement, où qu'elles se trouvent sur le territoire français, a véritablement démontré la plus-value associative, bien plus globalisante et performante qu'une vision strictement judiciaire et étatique. C'est en effet grâce à sa créativité, à sa mobilisation et à sa réactivité que le secteur associatif a su s'imposer dans ces matières comme un partenaire incontournable des pouvoirs publics. C'est également lors de ces moments de drames nationaux qu'un travail étroit et nécessaire s'élabore entre les associations d'aide aux victimes et les associations de victimes qui, pour être nettement différentes dans leur composition et objectifs, se constituent à ces occasions, de manière plus ou moins ponctuelles.

Pour toucher le plus de victimes possibles, ou pour le moins proposer une offre de services à toutes les victimes qui pourraient en avoir besoin, l'Institut est également à la base de conventions nationales avec d'autres partenaires publics : Éducation nationale, Affaires étrangères, Agriculture..., mais aussi avec des entreprises de transport, de la grande distribution, des mutuelles d'assurances, des organismes bancaires ou commerciaux. Toute la politique de l'INAVEM est opérationnalisée en ce sens : informer toutes les personnes qui souhaiteraient bénéficier d'une assistance gratuite, qu'elles peuvent y accéder via le mouvement associatif d'aide aux victimes. En effet, c'est bien là le premier droit des victimes : pouvoir être informées immédiatement et simplement qu'un tel service existe, tout près de chez elles.

L'activité de l'INAVEM est aussi fortement mobilisée par les formations dispensées aux personnels des services d'aide aux victimes, mais également à l'égard d'autres bénéficiaires, en termes de sensibilisation à la notion de victime et au concept d'aide aux victimes. Le catalogue des formations est riche et diversifié. Il inclut tous les ans des nouveautés sur des thématiques émergentes comme la traite des êtres humains, le harcèlement moral au travail, l'application des peines ou encore l'approche interculturelle des sévices.

Chaque année depuis 1985, des Assises nationales réunissent l'ensemble des associations d'aide aux victimes et s'ouvrent à tous leurs partenaires afin de permettre une réflexion commune à une même

thématique : en 1993 à Strasbourg : *Quelles réponses à l'insécurité sociale ?*, en 1999 à Bourg-en-Bresse : *L'enfant victime, du droit aux soins*, en 2001 à Pau, *La victimisation des aîné(e)s*, en 2004 à Cannes : *Victimes ignorées, oubliées ou négligées* et, notamment, en 2008 dans les Yvelines : *De la réparation à la restauration*. À ces occasions, le Conseil scientifique, créé en 1996, organisait des rencontres autour de thèmes de victimologie d'actualité ; il s'inscrit dorénavant dans le déroulé même du colloque.

Enfin, la fédération s'est très vite dotée d'un centre de ressources documentaires qu'elle a professionnalisé en 2003 par l'embauche d'une documentaliste. Celle-ci a conforté la place du centre avec un fonds documentaire regroupant environ 3 400 références de toutes natures : publications diverses, textes normatifs, articles, travaux universitaires. Le centre a pour ambition de contribuer à la compréhension des différentes dimensions de la victimologie, de l'aide aux victimes et de la médiation pénale : juridique, psychologique, sociale, associative... L'INAVEM est à ce titre membre du réseau BDSP (Banque de Données en Santé Publique) et participe ainsi au développement de son offre de contenu, dans le champ des violences et des maltraitances.

Au niveau européen, l'INAVEM appartient au Forum européen des services d'aide aux victimes, constitué en 1990 pour soutenir la création de services d'aide aux victimes en Europe, favoriser l'indemnisation équitable et égale des victimes sans condition de nationalité et promouvoir les droits des victimes dans le procès pénal. Dans ces perspectives, le Forum, qui regroupe vingt-deux associations issues de dix-neuf pays, a publié trois recommandations : l'une consacrée aux droits des victimes dans le cours du procès pénal, l'autre à leurs droits sociaux et la dernière à leur droit à des services de qualité.

## LES ASSOCIATIONS D'AIDE AUX VICTIMES

Au 1<sup>er</sup> janvier 2008, 150 associations se répartissent sur l'ensemble du territoire. Elles regroupent environ 450 ETP de salariés et 80 ETP de bénévoles. Les 650 lieux d'accueil ouverts ont permis d'accueillir plus de 300 000 victimes en 2007. Une majorité de personnes a eu à subir les conséquences de faits ressortant du domaine pénal. Un cadre minimal d'intervention est préconisé : chaque Association ou Service devrait comporter, au moins, six profils : directeur, secrétaire, accueillant, juriste, psychologue et assistant social.

« Second secteur public », les Services d'aide aux victimes n'ont toujours pas obtenu la pérennisation de leurs activités professionnelles au bénéfice de personnes en souffrances, à la ville comme à la campagne. En effet, du fait même de la spécificité du service offert, les associations ont dû salarier, professionnaliser et former encore plus leurs intervenants. La pérennisation passe par la pluri-annualisation du budget, abondé de manière significative par l'État mais aussi par toutes les collectivités territoriales, ce qui est malheureusement encore loin d'être le cas partout en France. D'autant plus que les associations d'aide aux victimes s'impliquent très fortement dans les politiques locales de sécurité et de prévention de la délinquance (à géométrie très variable) et dispensent de nombreuses actions de formation auprès de leurs partenaires, en matière de compréhension de la violence et de gestion des conflits notamment.

Les missions des associations d'aide aux victimes sont multiples : accueil, écoute, information, accès au droit, soutien, aide, accompagnement, voire orientation des victimes, du jour de la révélation de la victimisation à la réparation complète de la victime. Ces missions sont exercées soit au siège de l'association, soit dans le cadre de permanences ou lieux d'accueil extérieurs : délocalisées dans des mairies, elles peuvent être spécialisées (bien davantage en zone urbaine qu'àuprès des populations rurales) dans des commissariats de police, brigades de gendarmerie, urgences hospitalières ou tribunaux notamment. La majorité des associations d'aide aux victimes favorise, en qualité de médiateur pénal, la régulation restaurative des conflits par les parties elles-mêmes et assure également des missions d'administrateur *ad hoc* auprès de mineurs victimes, en cas d'éventuels conflits d'intérêts entre l'enfant et ses représentants légaux. Depuis peu, elles se voient confier, par le juge d'instruction, des enquêtes destinées à apprécier la nature et l'importance des préjudices subis par les victimes ainsi que les conséquences de l'infraction sur leur situation personnelle, familiale et sociale. Le juge de l'application des peines pourrait avoir recours à elles pour établir les conséquences susceptibles d'être entraînées, pour la victime et/ou ses proches, par les modalités d'aménagement de la peine de l'infraiteur condamné.

La reconnaissance légale des associations conventionnées Justice est bien acquise, notamment avec l'article 41 al. 7 du Code de procédure pénale, qui permet au procureur de la République de saisir une association afin qu'elle fasse une offre de services à la personne victime. Certains parquets signent des conventions avec des associations afin d'automatiser ce type de réquisition pour des victimes gravement traumatisées. Mais, la saisine des associations d'aide aux victimes par

les autorités judiciaires devrait être bien plus systématique qu'elle ne l'est actuellement. En effet, il est essentiel que soit immédiatement posé un diagnostic global, généraliste, des besoins de la victime (aux plans matériel, psychologique et social). La pluridisciplinarité des équipes le permet. Ce n'est qu'à cette condition que les prises en charge, relayées chaque fois que cela s'impose vers les partenaires du réseau local spécialisé, rendent possible le respect de la dignité des victimes et de leurs proches. En ce sens, des conventions sont établies avec les services sanitaires et sociaux et le secteur associatif concerné notamment. Le partenariat avec le réseau associatif spécifiquement dédié à la lutte contre les violences faites aux femmes, fédéré au sein du Centre national d'information et de documentation des femmes et des familles (CNIDFF), est particulièrement fécond, comme celui avec la Fédération Nationale Solidarité Femmes (FNSF). Dans ce même esprit, Viols-Femmes-Informations anime, depuis 1985, un réseau de prise en charge pour les victimes de viol.

## LES ASSOCIATIONS DE VICTIMES

Elles sont nées du besoin de reconnaissance légitime que la société tarde encore à leur accorder. Soucieuses de connaître la vérité sur le drame qui les a frappées, les unes regroupent les parents d'enfants victimes (A.P.E.V.), les autres les victimes d'attentats terroristes (S.O.S. Attentats), de catastrophes ou d'accidents collectifs (F.E.N.V.A.C.), de la circulation routière (LCVR), notamment.

Toutes ces associations de victimes ont en commun de permettre aux victimes et à leur famille elle-même de se rencontrer afin de rompre leur isolement social, le repli sur elles-mêmes. Ces réunions sont l'occasion de se parler, d'exprimer ses souffrances, de se déculpabiliser d'être toujours en vie, de recevoir le soutien de personnes ayant traversé les mêmes expériences douloureuses. Elles sont encore un lieu d'échange, d'informations et de formation sur le procès pénal, de formulation de propositions de nature à améliorer leur prise en charge par les professionnels de la justice, de l'aide aux victimes et, plus généralement, les organismes sanitaires et sociaux. Les associations de victimes fournissent encore à leurs adhérents un accompagnement tout au long du procès pénal, voire bien au-delà dans certains cas particulièrement tragiques. Par leurs prises de position, elles contribuent à sensibiliser les institutions et les citoyens aux conséquences matérielles, psychologiques et sociales des victimisations subies.

Prises en considération par les pouvoirs publics, les associations de victimes participent aux réformes en cours, avec d'autant plus de succès que celles-ci sont souvent dictées par la survenue d'événements exceptionnellement graves. Il demeure néanmoins qu'aujourd'hui les associations de victimes ont le sentiment d'être écoutées mais pas vraiment entendues. Or :

« Tant que les victimes auront le sentiment de ne rien pouvoir obtenir du système qui soit de l'ordre du respect, de la reconnaissance de leur souffrance et de la réparation effective, elles seront acculées à n'avoir que la vengeance comme seule consolation, comme seul objectif. » (Milliez, 1982)

Est-il besoin de souligner qu'une telle stratégie est définitivement vouée à l'échec : « On ne construit rien sur la vengeance et la haine », rappellent avec sagesse les associations de victimes les plus représentatives. Dans le même sens, prendre appui sur la comparaison des droits acquis à l'infracteur, « refusés » par opposition caricaturale à la victime, est tout aussi vain et erroné. Tout comme les velleités victimaires instrumentalisées par le populisme pénal aujourd'hui envahissant. Le crime est en effet complexe par définition et les situations criminelles démontrent, au surplus, que l'interchangeabilité des rôles infracteur/victime est fréquente, la proximité des vulnérabilités assez souvent la règle. C'est donc d'une évolution significative des mentalités, des citoyens comme des professionnels, que dépendent la juste promotion et l'inévitable garantie des droits de l'accusé et de ceux des victimes, dans le cadre d'actions véritablement réparatrices et d'une justice authentiquement restaurative.

En résumé, transgressions, catastrophes et victimisations cristallisent des drames humains éminemment complexes. L'œuvre de justice commande alors la mise en place de dispositifs, au plus près des faits, variés et adaptés aux plans judiciaire, médical, psychologique et social. Mais l'aide aux victimes adresse surtout un défi à tous les acteurs ayant à connaître et accompagner les personnes en souffrance. Leur formation professionnelle de base doit, en effet, non seulement leur offrir des connaissances complémentaires en sciences humaines et criminologie, elle doit encore les préparer à la culture du partenariat. L'inaptitude sociale à n'avoir pu éviter aux victimes les souffrances endurées, par elles-mêmes ou par leurs proches, doit nous conduire à leur répondre avec perspicacité et efficacité, en toute dignité, humanité et solidarité, au sein d'un Système de justice pénale authentiquement restauratif.

## *Chapitre 27*

---

# LE DISPOSITIF DE PROTECTION DE L'ENFANCE

M. Créoff

**L**E DISPOSITIF de protection de l'enfance est l'assemblage de diverses législations et réglementations civiles, pénales, sociales, qui interviennent à divers titres pour prévenir la violence à l'encontre des mineurs, les protéger et réprimer les infractions commises à leur encontre.

Dans une acceptation plus limitée du terme, le dispositif de protection de l'enfance désigne l'organisation administrative et judiciaire gérant la prévention et la protection de l'enfance. Il s'agit des missions du service de l'Aide Sociale à l'Enfance et de la juridiction pour enfant.

## L'ORGANISATION DU DISPOSITIF

Le dispositif de protection de l'enfance est, depuis les lois de décentralisation de 1982 et 1983, géré pour sa partie administrative par les Conseils généraux.

Ce dispositif est de fait bicéphale. Les décisions de protection de l'enfance sont très majoritairement prononcées par l'autorité judiciaire,

soit le Procureur de la République, soit le juge pour enfant. Ces mêmes décisions sont très majoritairement exécutées par les services de l'Aide Sociale à l'Enfance, des départements et financées à 100 % par les Conseils généraux.

Depuis la loi de 1983 organisant la répartition des compétences, le Conseil général est devenu compétent pour l'ensemble des politiques sociales. Ainsi, ses compétences en matière de protection de l'enfance vont être très larges et diversifiées.

- Dans le cadre de ses missions d'aide sociale et de protection maternelle et infantile, le Conseil général devra assurer la prévention et le dépistage des situations d'enfants en danger ;
- Dans le cadre de ses missions d'aide sociale à l'enfance, le Conseil général assurera les missions de gestion des situations signalées, de saisine de l'autorité judiciaire et d'organisation de la prise en charge.

L'autorité judiciaire est compétente si, selon l'article 375 du Code Civil, la santé, la sécurité ou la moralité du mineur sont en danger. Le juge peut alors prononcer des mesures d'assistance éducative. Actuellement, 80 % des mesures de protection de l'enfance sont des mesures d'assistance éducative prononcées par les juges des enfants.

La dualité du dispositif lui donne un caractère singulier qui a induit complexité, rivalité institutionnelle. En effet, la décentralisation de l'aide sociale à l'enfance et le maintien de la compétence judiciaire battent en brèche le principe phare de la décentralisation « qui décide paie ». En matière de protection de l'enfance, le juge décide, le Conseil général paie.

Le dispositif de protection de l'enfance est actuellement mis en œuvre, d'une part par les Conseils généraux – autre titre de l'ASE et de la PMI-, et d'autre part par l'autorité judiciaire et la PJJ, au titre de l'assistance éducative.

Le Président du Conseil général coordonne le dispositif de protection de l'enfance sur le département. Cette mission est redéfinie dans la nouvelle loi réformant la protection de l'enfance du 5 mars 2007. Ainsi, l'article L.112-3 CASF dispose que

« La protection de l'enfance a pour but de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, d'accompagner les familles et d'assurer, le cas échéant, selon des modalités adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs... »

Le texte prévoit également la prise en charge des majeurs de moins de 21 ans connaissant des difficultés et des mineurs privés de famille.

Ce texte élargit notablement le concept de prévention en matière de protection de l'enfance, puisqu'il vise l'ensemble des difficultés éducatives sans distinction de gravité et de nature, et sans citer les autres institutions en charge de la prévention et des questions de parentalité (structures scolaires, CAF, actions de la politique de la ville...).

La loi assigne au dispositif de protection de l'enfance une mission de prévention primaire des difficultés parentales. Celui-ci passe d'une mission très spécialisée axée sur les situations de troubles du lien parental et de carence éducative à une mission très large de prévention.

## L'ORGANISATION DE L'AIDE SOCIALE À L'ENFANCE

L'article L. 221-2 CASF prévoit que chaque département se dote d'un service de l'ASE qui n'a pas de personnalité juridique. La loi du 2 janvier 2004 dispose que chaque département doit en outre se doter d'un projet pour ce service.

Un schéma de l'enfance, instauré par les lois de décentralisation, doit arrêter l'analyse des besoins et la programmation des services y afférents, ainsi que la mise en œuvre de l'évaluation du dispositif. Ce schéma est désormais de la seule responsabilité du Conseil général depuis la loi du 13 août 2004.

Le service de l'ASE, placé sous l'autorité du Président du Conseil général, est financé en totalité par le département. Il assure les missions de prévention et de protection des mineurs confrontés à des « difficultés » risquant de mettre en danger leur santé, leur sécurité, leur moralité ou de compromettre gravement leur éducation ou leur développement physique, affectif, intellectuel et social. Ces missions constituent un soutien matériel, éducatif et psychologique des mineurs et de leurs familles.

## LES DIFFÉRENTES PRESTATIONS

### **En terme de prévention**

#### *La prévention collective*

Le service de l'ASE organise dans les quartiers sensibles des actions collectives visant à prévenir la marginalisation des jeunes et à faciliter

leur insertion sociale et celle de leur famille. Il s'agit principalement de l'organisation et du financement des clubs de prévention spécialisée, mettant en œuvre des actions de rue auprès des jeunes qui peuvent garder l'anonymat. On estime à plus de 700 le nombre de ces clubs, pour un coût annuel de 170 M €.

### *Les aides à domicile*

Elles sont constituées d'aides financières, d'interventions d'un technicien de l'intervention sociale et familiale ou d'une aide ménagère, ainsi que d'actions éducatives.

Les conditions d'accès sont relativement souples, puisqu'il n'existe aucun référentiel national fixant de barèmes de ressources pour accéder à ces prestations.

Il en est de même pour les familles étrangères qui peuvent prétendre aux prestations de l'ASE, sans avoir à justifier de la régularité de leur séjour sur le territoire français, le dispositif étant, en effet, basé sur les besoins de l'enfant.

- L'aide à domicile est attribuée sur sa demande, ou avec son accord, à la mère, au père ou, à défaut, à la personne qui assume la charge effective de l'enfant lorsque la santé de celui-ci, sa sécurité, son entretien ou son éducation l'exigent et, pour les prestations financières, lorsque le demandeur ne dispose pas de ressources suffisantes ;
- Elle est accordée aux femmes enceintes confrontées à des difficultés médicales ou sociales et financières, lorsque leur santé ou celle de l'enfant l'exige ;
- Elle peut concourir à prévenir une interruption volontaire de grossesse ;
- Elle peut être accordée aux mineurs émancipés et aux majeurs âgés de moins de 21 ans, confrontés à des difficultés sociales.

La loi du 5 mars 2007 prévoit que l'attribution d'une prestation de l'ASE est précédée d'une évaluation de la situation prenant en compte l'état du mineur, la situation de la famille et les aides auxquelles elle peut faire appel dans son environnement.

Le service de l'ASE établit avec les titulaires de l'autorité parentale un « projet pour l'enfant » qui précise les actions à mener auprès de l'enfant et de la famille, l'objectif de ces actions et la personne chargée d'assurer leur mise en œuvre et leur cohérence. Ce document est porté à la connaissance du mineur.

Si ces dispositions paraissent applicables en matière d'aide éducative à domicile ou d'intervention d'un technicien de l'intervention sociale ou

d'une aide ménagère, cela semble plus difficile pour les aides financières, étant donné le volume traité et le caractère parfois très ponctuel de l'aide.

### *L'aide financière*

Elle est attribuée à la personne qui a la charge de l'enfant. Elle peut consister en un don ou un prêt, sous forme d'allocations mensuelles ou de secours d'urgence. Ces aides financières concernent 450 000 familles au niveau national, pour un budget annuel de 300 M €.

Chaque département a dû préciser dans son règlement départemental d'aide sociale les critères d'attribution qu'il retient, qui ne peuvent être plus défavorables que ceux précisés à l'article L. 222-2 CASF. Il s'agit le plus souvent de barèmes indicatifs de ressources et de durée indicative de l'aide.

### *Intervention d'un technicien de l'intervention sociale et familiale ou d'une aide ménagère*

L'intervenant apporte son soutien dans la prise en charge du quotidien au domicile de la famille. Il s'agit, le plus souvent, d'une aide à l'organisation de la vie familiale (travaux ménagers, accompagnement aux démarches administratives, aide à la gestion du budget...).

### *L'accompagnement en économie sociale et familiale*

La loi du 5 mars 2007 instaure une nouvelle aide et prévoit la mise en place d'un accompagnement en économie sociale et familiale, qui a pour objectif d'accompagner les familles dans la résolution de leurs difficultés budgétaires. Si cette mesure n'est pas suffisante pour rééquilibrer le budget de la famille et si les prestations familiales ne sont pas utilisées pour les besoins liés au logement, à l'entretien, la santé et l'éducation des enfants, le juge pour enfants peut ordonner que ces prestations soient versées à un délégué aux prestations familiales. La charge de cette mesure judiciaire incombe à l'organisme débiteur des prestations familiales dues à la famille.

### *Les aides éducatives à domicile (AED, AEMO)*

Ces actions sont menées à domicile par les travailleurs sociaux (éducateurs spécialisés, assistants familiaux, psychologues) auprès d'un ou plusieurs enfants de la famille, après évaluation de la situation et contractualisation avec le titulaire de l'autorité parentale des modes d'intervention des professionnels et des objectifs de la mesure (AED).

Lorsque la mesure est prononcée par le juge des enfants, il s'agit d'une mesure d'aide éducative en milieu ouvert (AEMO) :

- 75 % des mesures éducatives à domicile sont prononcées par l'autorité judiciaire ;
- 25 % résultent d'un contrat passé entre le service de l'ASE, autorité administrative du Conseil général et les titulaires de l'autorité parentale ;
- 130 000 mesures de ce type sont prononcées chaque année.

### **En terme de protection**

#### *La saisine de l'autorité judiciaire*

L'article 375 du Code Civil dispose que :

« Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur sont en danger ou si les conditions de son éducation sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par le juge des enfants. ».

Les personnes qui peuvent saisir le juge des enfants sont :

- les titulaires de l'autorité parentale seuls ou conjointement ;
- le mineur lui-même ;
- le service ou la personne à qui l'enfant a été confié (il peut donc s'agir du service de l'ASE) ;
- le Procureur de la République.

#### *La cellule de signalement*

Les articles L. 226-3 et 226-4 CASF organisent concrètement la saisine du Procureur de la République par le dispositif de protection de l'enfance, notamment le Président du Conseil général.

Ainsi, chaque département doit se doter d'une cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes sur un mineur en danger ou risquant de l'être. Ce dispositif doit recueillir à tout moment l'ensemble de ces informations quelle qu'en soit l'origine.

#### *Les critères de saisine*

Le Président du Conseil général (en pratique le service de l'ASE par le biais de la cellule précédente) avise sans délai le Procureur de la République, lorsqu'un mineur est en danger au sens de l'article 375 du Code Civil et que :

- les mesures administratives d'aide n'ont pas permis de remédier à la situation ;
- les parents refusent l'intervention du service de l'ASE ;
- ou lorsqu'il est impossible d'évaluer la situation, alors que le mineur est présumé être en danger.

Ces nouvelles dispositions de la loi du 5 mars 2007 entraînent une déjudiciarisation du dispositif de protection de l'enfance. Le fondement de la saisine de l'autorité judiciaire par le Président du Conseil général n'est plus le danger ou la maltraitance, comme dans la loi du 10 juillet 1989, mais l'inefficacité des mesures administratives, la non-collaboration des parents à ces mesures ou l'impossibilité d'évaluer la situation. Il s'agit de l'axe principal de cette réforme. Certains auteurs en concluent que la gravité du danger n'impose pas obligatoirement l'intervention judiciaire. La notion de maltraitance disparaît des critères de saisine de l'autorité judiciaire par le Président du Conseil général.

Cependant, faire de l'adhésion et des capacités des parents le seul critère de saisine de l'autorité judiciaire par le Conseil général est de matière à retarder significativement les mises à l'abri de l'enfant en danger.

Il faudra attendre la preuve de l'inefficacité des mesures administratives de protection de l'enfance, du refus ou de l'incapacité des parents à adhérer aux mesures administratives, pour pouvoir signaler les situations à l'autorité judiciaire.

Par ailleurs, la loi du 5 mars 2007 prévoit que toute personne travaillant au sein de structures sociales et médico-sociales qui avise directement le Procureur de la République d'une situation grave, doit en adresser copie du Conseil général. Ceci signifie que le Conseil général qui gère le dispositif de protection de l'enfance ne peut pas saisir en urgence, dans le cas de situations graves, le Procureur de la République, mais que les autres acteurs du dispositif peuvent le faire sous réserve d'adresser une copie au Conseil général.

Le dispositif ainsi décrit devient illisible.

Il est certain que les Conseils généraux continueront à saisir dans les situations d'urgence et graves le Procureur de la République de manière à continuer à garantir la sécurité des enfants.

L'article 375 du Code Civil précise aussi qu'ainsi avisé par le Président du Conseil général, le Procureur de la République s'assure que la situation du mineur entre bien dans le champ d'application de ce nouvel article L. 226-4 CASF. Ainsi, le Procureur de la République contrôlera l'effectivité et l'efficacité des mesures administratives de protection de

l'enfance (ce qui peut paraître contraire au principe de séparation des pouvoirs administratifs et judiciaires).

### *L'exception au secret professionnel*

Les personnes tenues au secret professionnel et qui concourent à la protection de l'enfance sont autorisées à partager entre elles des informations à caractère confidentiel, afin d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection et d'aide. Le partage d'information est strictement limité à ce qui est nécessaire à la mission de protection de l'enfance.

Le dispositif d'ASE recueille environ 85 000 informations préoccupantes par an.

19 000 situations concernent des enfants maltraités.

## L'ACCUEIL

### **L'organisation de l'accueil**

Le service de l'ASE organise l'accueil (entretien et hébergement) :

- des mineurs et jeunes majeurs dans le cadre d'un accueil provisoire d'un an renouvelable (il s'agit d'une mesure administrative contractualisée avec les parents et le jeune majeur) ;
- des mineurs confiés par l'autorité judiciaire au titre de l'assistance éducative ;
- des pupilles de l'État ;
- des femmes enceintes et des mères isolées avec un enfant de moins de 3 ans qui présentent des difficultés d'insertion sociale.

137 700 mineurs sont accueillis dans le dispositif financé par l'ASE.

Un budget de 4 milliards d'Euro est affecté à ces dépenses.

### *Les établissements*

Le Département organise sur une base territoriale les moyens nécessaires à l'accueil et l'hébergement des mineurs confiés au service de l'ASE.

En général, chaque département dispose d'un ou plusieurs foyers départementaux de l'enfance, chargés d'accueillir en urgence et à tout moment les mineurs confiés. Leur mission est principalement l'observation et l'orientation.

Le Département prend en charge financièrement l'accueil des mineurs confiés par lui ou par le juge aux structures d'accueil habilitées, gérées par des associations. Le service de l'ASE exerce auprès d'eux le rôle de contrôle et de tarification.

Le nombre d'enfants en établissement est de 66 000 en 2007, ce qui représente une dépense de 2,5 milliards d'Euro.

### *Les assistants familiaux*

L'ASE organise l'accueil des enfants chez des assistantes familiales (familles d'accueil). L'assistant familial est agréé par le service de la PMI, au vu de son état de santé, de ses capacités éducatives et de ses conditions de vie.

Puis, l'assistant familial est recruté par le service de l'ASE, dans le cadre d'un contrat de travail et d'un contrat d'accueil pour chaque enfant. La dépense représente 1,6 milliard d'euros.

### **Les modalités de prises en charge**

Ces modalités se déclinent, dans la loi du 5 mars, des prémisses de la prise en charge, c'est-à-dire de l'organisation de l'évaluation, jusqu'à la mise en place d'une prise en charge durable.

#### *L'évaluation et le projet pour l'enfant*

Le principe d'une évaluation de la situation préalable à l'attribution des prestations d'aide sociale à l'enfance est imposé. Cette évaluation devra prendre en compte l'état du mineur, la situation de la famille et les aides mobilisables dans son environnement. À partir de cette évaluation, les services de l'aide sociale à l'enfance (ASE) et les parents établissent un projet pour l'enfant, qui précise les actions menées, le rôle des uns et des autres, les objectifs visés et les délais de mise en œuvre. Ce document mentionne également l'institution ou la personne référente.

Le principe d'une évaluation obligatoire et préalable à toute décision et organisation de la prise en charge est intéressant et vient conforter les pratiques professionnelles. Quant à la rédaction du projet pour l'enfant, il semble recouvrir les mêmes obligations et objectifs que ceux du contrat administratif prévu dans la loi du 6 juin 1984, relative aux relations des usagers avec le service de l'ASE et du projet individuel prévu par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Cette nouvelle disposition ne semble donc pas apporter une obligation nouvelle. Elle risque, comme les deux autres, de rester un vœu pieu s'il n'y a pas

une véritable volonté des acteurs d'individualiser la prise en charge dans une démarche de co-éducation avec les parents.

Enfin, la rédaction très large d'un tel projet de vie pour les prestations de l'ASE, sans exclure les aides financières de cette obligation, semble difficile à mettre en œuvre. Dans le Val-de-Marne, 14 500 familles sont aidées financièrement chaque année. Procéder systématiquement à une évaluation complète de la situation familiale, puis à la rédaction d'un projet, est inimaginable au risque d'un blocage complet du dispositif d'aide.

### *La diversification des modes de prise en charge*

La loi affirme la diversification des modes des prises en charge comme réponse à la diversité des besoins des enfants et de l'accompagnement des familles.

Ainsi, l'accueil de l'enfant peut être organisé à temps complet ou partiel. La loi prévoit que le juge peut confier le mineur à un service ou établissement habilité pour un accueil à la journée ou suivant toute autre modalité de prise en charge. Il est également prévu que le service de l'ASE et les services habilités peuvent accueillir pendant la journée tout mineur, afin de lui apporter un soutien éducatif ainsi qu'un accompagnement à sa famille.

Cette disposition légalise les expériences d'accueil du mineur dans la famille, sous contrôle de l'institution d'accueil, tout en permettant des hébergements longs, voire permanents. Cependant, il n'est pas sûr que cette simple disposition légale règle le problème de la détermination de la responsabilité des uns et des autres, en cas de dommage causé à l'enfant ou par l'enfant.

La possibilité de conjuguer plusieurs modalités de prise en charge dans une même mesure administrative ou judiciaire est également prévue. Ainsi les mesures d'action éducative en milieu ouvert (AEMO) peuvent se transformer temporairement en mesure d'accueil, si les services y sont habilités.

La loi crée aussi une mesure de « prévention » de recueil de mineurs en fugue pendant 72 heures, sans que cet accueil ne soit décidé, ni par les parents, ni par le juge, sous réserve d'en avertir les parents et le procureur de la République.

Cette diversification des modalités d'accueil et la possibilité de conjuguer plusieurs modalités d'accueil dans une même séquence de vie, doit bien évidemment se construire dans le respect de la nécessaire stabilité affective de l'enfant.

### *L'exercice de l'autorité parentale clarifié*

La clarification de l'exercice de l'autorité parentale dans les situations d'accueil est également une modalité de la prise en charge revisitée. La question récurrente des autorisations parentales, pour organiser la vie de l'enfant, son éducation, prendre en charge sa santé, est enfin tranchée. Le juge pourra déléguer au service d'accueil la capacité de prendre certaines décisions relevant de l'autorité parentale, en cas de refus injustifié des parents. Le service devra alors apporter la preuve de la nécessité de l'acte.

De même, les droits de visite et d'hébergement pourront être organisés de concert entre le service d'accueil et les parents. Cet accord sera formalisé dans un document adressé au juge. Le juge sera saisi pour trancher les différends entre le service et les parents sur l'application de ce protocole. Il s'agit d'une légalisation d'une pratique largement majoritaire. Seule, la production du document fixant l'accord, est une « innovation ».

La loi légalise également les pratiques de plus en plus répandues d'organisation de visites médiatisées. Reste qu'une difficulté demeure. La banalisation de cette pratique ne doit pas cacher la complexité de celle-ci, la nécessaire compétence, voire spécialisation des professionnels, pour exercer correctement ce type d'accompagnement. Il n'est pas simple de savoir observer, sans induire des comportements. Laisser le rapport parent/enfant se construire le plus librement possible, tout en protégeant l'enfant. Comme il n'est pas de simple de retrancrire, auprès de l'autorité judiciaire, le décryptage des comportements parentaux pendant ces visites, en terme de danger ou d'amélioration des relations.

Enfin, dans le cadre des ordonnances de placement provisoire prises par le procureur de la République, celui-ci pourra organiser les droits de visite et d'hébergement des parents. Jusqu'à présent, le Procureur ne pouvait pas, dans le cadre de ces décisions d'urgence, organiser les modalités d'exercice de l'autorité parentale.

### *Un accueil de qualité garantissant la sécurité du mineur*

La qualité de l'accueil est également déduite par la loi, dès lors que l'accueil répond à certaines conditions déjà énoncées dans les pratiques professionnelles. Il s'agit de conditions « d'évidence » qui n'ont jamais fait l'objet d'une évaluation sur leur pertinence, mais qui constituent une croyance sur les bonnes modalités d'un accueil.

Après avoir réaffirmé que la recherche du lieu d'accueil doit se faire dans l'intérêt de l'enfant, la loi énonce les modalités de cet accueil :

- La proximité du domicile de l'enfant ;
- L'accueil sans séparation des fratries ;
- Un accueil favorisant l'exercice des droits de visite et le maintien des liens.

L'accueil doit assurer la sécurité des mineurs et des majeurs de 21 ans pris en charge. Le texte est surprenant si l'on s'en tient à sa lettre, car toutes les dispositions relatives à l'autorisation et au contrôle des établissements et services, contiennent cette exigence de sécurité. Cet ajout dans la loi peut paraître superflu. Les débats parlementaires nous éclairent néanmoins sur les intentions du législateur. Il s'agissait en fait de prévoir des unités de vie distinctes en fonction des motifs d'admission. Les premières moutures du texte faisaient même la distinction entre les mineurs auteurs d'agressions notamment sexuelles et les victimes. Devant la difficulté de garantir aussi strictement une telle séparation, d'autant qu'un jeune peut être à la fois auteur et victime, le législateur a globalisé son propos. Aussi, cette disposition n'apporte pas grand-chose à l'obligation de sécurité qui pèse sur les services, au vu de l'ensemble du dispositif législatif et réglementaire existant.

La sécurité de l'accueil est également organisée par la loi qui permet au juge de garder l'anonymat du lieu d'accueil et de suspendre les droits de visite et d'hébergement des parents dans l'intérêt de l'enfant. Elle légalise des pratiques judiciaires connues qui s'intégraient dans le pouvoir du juge de décider des modalités de l'accueil et l'organisation des droits de visite et d'hébergement.

#### *La durée de l'accueil aménagée pour garantir un projet de vie stable*

La durée de l'accueil est également modifiée. Le texte précise bien évidemment le caractère annuel de la décision administrative d'accueil, ainsi que la durée de deux ans des décisions judiciaires de placement. Mais il prévoit aussi que « lorsque les parents présentent des difficultés relationnelles et éducatives graves, sévères et chroniques, évaluées comme telles dans l'état des connaissances actuelles, affectant durablement leurs compétences dans l'exercice de leurs responsabilités parentales », une mesure d'accueil peut être prononcée pour une durée supérieure à deux ans, afin que l'enfant bénéficie « d'une continuité relationnelle, affective et géographique de son lieu de vie dès lors qu'il est adapté à ses besoins immédiats et à venir ».

Cet ajout tardif du Sénat caractérise une toute autre forme de prise en charge. Il énonce enfin une des missions de la prise en charge des enfants

en danger : leur garantir un projet de vie stable dans les situations de carences parentales graves.

En effet, le recours aux autres dispositifs du droit civil permettant cet objectif – tels que la délégation d'autorité parentale ou la tutelle –, n'était qu'exceptionnellement mobilisé pour organiser la vie des enfants dont les parents présentent des difficultés très importantes et durables, notamment sur le plan psychique.

Ces situations sont habituellement gérées par le biais du dispositif de l'assistance éducative, alors qu'il s'agit moins d'aide éducative que d'organisation d'une suppléance parentale durable (suppléance ne voulant pas dire substitution, mais suppléer le manque et seulement le manque). Certes, la nouvelle loi les maintient dans le cadre de l'assistance éducative, tout en aménageant celle-ci pour organiser des mesures longues permettant un projet de vie durable pour l'enfant qui ne peut retourner durablement en famille.

Par contre, la question de l'évaluation de ces situations et de l'élaboration du consensus sur un diagnostic prédictif de l'évolution de la stagnation, voire de la régression des compétences parentales, reste entière. Notons tout de même qu'un rapport annuel sera adressé au juge, qui pourra ainsi vérifier la pertinence de la prise en charge et modifier la décision si nécessaire.

## Une prise en charge améliorée ?

Peut-on conclure de l'ensemble de ces dispositions que la prise en charge en matière de protection de l'enfance a été profondément réformée et donc améliorée ?

Il s'agit le plus souvent d'une légalisation ou d'une généralisation de pratiques antérieures.

L'énonciation de principe fondant la prise en charge se lit plus en filigrane du dispositif que comme une volonté claire du législateur d'exposer les attendus d'une société sur les missions d'accueil et de suivi des enfants en danger.

Ce qui apparaît comme le plus innovant reste la légalisation des accueils séquentiels, mais surtout la détermination d'un accueil de longue durée dans les situations de carences parentales sévères. Ceci a pourtant été le moins discuté, alors que cette notion transforme profondément les présupposés de l'assistance éducative.

L'amélioration de la prise en charge nécessitera au-delà de ce texte, un véritable travail d'élaboration d'un consensus, entre tous les acteurs

institutionnels et ce sous contrôle démocratique, des attendus et des modalités d'action de la prise en charge.

La demande d'intégrer dans ce texte l'obligation de réunions régulières de conférences de consensus, permettant une définition nationale de référentiels partagés sur la notion de danger, d'intérêt de l'enfant, d'évaluation de la prise en charge n'a pu être entendue.

Ceci aurait constitué un premier pas vers un dispositif lisible à l'ensemble de la société civile, donc à une régulation possible.

Cependant, la production de référentiels nationaux permettant de rendre intelligibles et exécutables les dispositions du texte est absolument nécessaire. L'application de ceux-ci sur l'ensemble du territoire national permettra peut être d'éviter des inégalités territoriales fortes, tant les missions attribuées aux départements ont été élargies dans ce texte.

Peut-on dire que la prise en charge va s'améliorer si aucune institution n'est garante de cette évolution devant quiconque, si aucun dispositif sérieux et suffisamment doté en moyens n'en est chargé avec une capacité claire de contrôle et de formulation d'exigences ? Les capacités actuelles de l'ONED et l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux laissent interrogatif sur ces points.

Il appartiendra aux collectivités territoriales de se doter d'outils de contrôle, d'évaluation et de contre-pouvoir internes et externes. Certaines le feront, d'autres pas.

Dans un domaine aussi sensible, pour le droit des individus, que celui de la protection de l'enfance, la réforme actuelle a négligé cet aspect. L'amélioration de la prise en charge des enfants à protéger ne peut s'organiser que dans un cadre respectueux des droits des individus et dans une recherche toujours complexe d'équilibre entre le droit des parents à l'exercice de l'autorité parentale et le droit de l'enfant à être protégé.

Cet équilibre à trouver ne peut être atteint que dans un cadre démocratique de contrôle des pouvoirs institutionnels.

Enfin, peut-on parler d'amélioration de la prise en charge pour tous, quand la législation n'a prévu aucune norme nationale d'encadrement, de qualification professionnelle, laissant à chaque territoire, en fonction de ses objectifs, mais surtout de ses capacités financières, le soin de déterminer le niveau des moyens affectés à la prise en charge.

## *Chapitre 28*

---

# LES DROITS DES VICTIMES D'INFRACTION

Lecture criminologique

R. Cario

**P**OUDRE suralimenté par l'inflation pénale galopante, le procès pénal demeure le lieu où se réalisent pleinement les droits fondamentaux de chacun des protagonistes : infracteur et victime. Formel, car la forme est l'ennemie jurée de l'arbitraire, il est aussi substantiel car il offre à tous la possibilité de recouvrer leur dignité de personne et, par leur responsabilité assumée, de réintégrer notre humanité. Pour importantes que soient les évolutions de l'environnement global du droit des victimes comme celles de l'aide aux victimes, elles demeurent encore incomplètes et, surtout, abandonnées à la sensibilité personnelle des acteurs institutionnels investis dans le règlement judiciaire des répercussions du crime. Si la victime possède bien le droit d'agir en justice – ou de ne pas agir – à la suite d'une infraction subie, son choix doit être facilité et éclairé par une information accessible et précise des possibilités que le Droit lui offre, en tous lieux et moments de sa mise en œuvre. Mais en réalité, la victime rencontre encore de réelles difficultés pour faire pleinement respecter, de la commission des faits à l'exécution de la décision pénale, l'ensemble des droits qui lui semblent pourtant

dorénavant acquis. Sans doute parce que le droit criminel ne peut pas organiser seul la réaction sociojudiciaire au crime. C'est pourquoi les apports complémentaires de la criminologie (au sens le plus large), dans l'ordre théorique et opérationnel de la prise en compte des protagonistes, viennent progressivement épanouir une telle approche globale.

Traditionnellement, la victime peut s'approprier les actions susceptibles de naître de l'infraction : l'action publique pour l'application des peines, mise en mouvement et exercée par les magistrats ou par les fonctionnaires auxquels elle est confiée par la loi ; l'action civile en réparation du dommage causé par un crime, un délit ou une contravention, qui appartient à tous ceux qui ont personnellement souffert du dommage directement causé par l'infraction (C. pr. pén. art. 1 et 2).

D'une manière très générale, divers droits essentiels sont acquis à toute personne victime d'une infraction. Ils sont de nature à garantir la pertinence de ses choix. Ceux qui entourent et caractérisent la constitution de partie civile offrent, sans aucun doute, entre autres actions disponibles, à la victime la possibilité d'être un authentique acteur lors du règlement du conflit né de l'infraction.

## LES DROITS ACQUIS À TOUTE PERSONNE VICTIME D'INFRACTION

Atteinte par la victimisation dont la société n'a su éviter la survenue injuste, la victime doit être réinstituée dans sa qualité de personne. Cette exigence éthique se réalise par l'activation cumulative d'une série de trois droits fondamentaux. D'un point de vue plus strictement victimologique, cet objectif de réintégration sociale doit permettre à la victime de s'approprier tous les droits et devoirs s'attachant à cet état momentané.

– *D'un point de vue éthique*, toute personne victime possède une triple série de droits : à la reconnaissance, à l'accompagnement et à réparation. Ils ont une double ambition : garantir la dignité de la personne et les droits humains qui s'y rattachent d'une part ; consolider la place de la victime en tant qu'acteur au procès pénal, de l'autre. Au regard de l'échec, patent par définition, des politiques préventives, c'est leur intégration qui permettra d'offrir, le plus rapidement possible, à la victime et/ou à ses proches, la voie de la restauration. Ces droits lui sont acquis indépendamment du point de savoir si elle entend faire valoir, ou non, son droit au juge et à la justice, aussi longtemps que ses besoins consécutifs à l'infraction le nécessitent. Mais cet ensemble de droits ne sera garanti que si la victime est effectivement placée au

centre des dispositifs judiciaires, psychologiques et sociaux disponibles, dans le cadre d'une authentique stratégie d'*empowerment*, chacun devant effectivement acquérir la maîtrise de ses propres affaires. Bien plus qu'au travers d'une simple prise en charge, les intervenants doivent amener la victime à s'approprier les outils disponibles, à en « apprivoiser » les modalités, pour « [re]créer des liens ». Sa restauration ne semble en effet envisageable que dans la mesure où elle se sent responsable de ce qu'elle a apprivoisé (Saint Exupéry, 1943).

Le droit de la victime à la reconnaissance garantit que son statut de personne souffrante est bien considéré. Une telle posture apparaît essentielle car, par la catastrophe intersubjective éprouvée, la victime est projetée dans l'abîme creusé par l'inhumanité du crime. Sa re-connaissance apparaît bien alors comme l'unique manière de nature à lui permettre de redevenir une personne humaine, désirante. En effet, venant d'autrui, la reconnaissance fonde l'humanité de la victime-sujet. C'est par le regard de l'autre que l'humanité se réalise, c'est par la grâce du toi que le moi s'éveille à nouveau (Fiat, 2004).

Il convient encore de les accompagner, en se joignant à elles, pour aller où elles vont, en même temps qu'elles. C'est aussi partager, momentanément, leurs souffrances. Il importe donc de placer la victime au centre de la prise en charge à laquelle elle a droit, car elle seule sait ce dont elle souffre pour avoir connu l'expérience du crime, elle seule connaît la direction dans laquelle il faut chercher, ce que sont ses problèmes cruciaux pour y faire face et ses besoins pour tenter de les résoudre tous (Rogers, 1961).

Il importe enfin pour la victime d'être(de se) réparée(er). Réparer, c'est prendre soin de soi, de l'autre, en tant que personne victimisée, dans la complexité de toutes les souffrances subies. La réparation doit être globale, intégrale et effective. L'indemnisation matérielle est nécessaire mais insuffisante au regard des traumatismes psychologiques et sociaux durables que l'infraction a pu générer. Aussi, la réparation des préjudices devrait être rapide, intégrale et effective, sans plafond d'indemnisation, que l'auteur soit connu ou non.

– **D'un point de vue victimologique**, l'expérience très concrète des victimes permet de mettre en évidence un ensemble de droits essentiels, acquis à toute personne victime, indépendamment de toute action contentieuse. Toute personne victime doit pouvoir accéder au droit et à la justice. Gratuitement et rapidement, à défaut de demeurer méconnue, voire inconnue. Si l'on ne peut mesurer l'existence du chiffre noir qu'à cette seule aune de l'accès au droit, les enquêtes de victimisation soulignent néanmoins que des « freins se conjuguent pour devenir des obstacles » à

la révélation : par ignorance, peur, éloignement, incapacité physique ou mentale (Lienemann, 1999). Toute société démocratique doit mettre en œuvre des dispositifs favorisant cet accès au droit et s'assurer que toute personne humaine en jouit pleinement. La généralisation notamment des Maisons de justice et du droit, des guichets uniques de greffe (G.U.G.), des services d'aide aux victimes devrait être systématisée. Dans ce même esprit, l'octroi de l'aide juridictionnelle consolide la reconnaissance des droits de toute victime à être défendue par le précieux ministère d'un avocat.

Toute personne victime possède le droit d'être informée des suites et des caractéristiques des contentieux qui sont susceptibles d'être activés : pénal, civil, administratif, disciplinaire. Elle doit en ce sens pouvoir saisir toute institution ou service compétent. L'information porte également sur les droits dont dispose précisément la victime pour faire aboutir ses demandes, relativement à la situation de l'infracteur et à sa sanction, relativement aux réparations qu'elle est en droit d'attendre, notamment devant la C.I.V.I., dont la saisine est indépendante de la procédure pénale.

Toute personne victime a le droit d'être protégée. Tout doit être mis en place pour qu'elle ne soit plus en contact avec l'infracteur. Si dans les infractions les plus graves, ce dernier est placé en détention provisoire, dans de nombreux autres cas il demeure libre, sans que ne soit ordonné un contrôle judiciaire. Au cas de mise en liberté, interdiction peut de la même manière être faite à l'infracteur de recevoir la victime, la rencontrer ou d'entrer en relation de quelque façon que ce soit, interdiction maintenant communiquée à la victime. Il en va de même lors de la mise en œuvre de modalités d'individualisation des peines permettant au condamné de sortir plus ou moins durablement de l'établissement pénitentiaire. La victime doit également être protégée des médias, car l'avidité populaire pour le fait divers conduit parfois à dépasser le cadre objectif du droit d'informer, au mépris du plein consentement des intéressés.

Toute personne victime a le droit d'être aidée par des secours financiers et/ou matériel d'urgence qui devraient être gérés par les services d'aide aux victimes sur des fonds spécifiques pour faire face à toutes sortes de problèmes matériels de la vie quotidienne (Milliez, 1982). Une fois encore, c'est de la rapidité et de la globalité de ces accompagnements matériels immédiats que peut dépendre la réparation à plus long terme de la victime permettant d'épargner, finalement, de sérieux surcoûts sociaux que l'inaction entraînera toujours. Sans compter sur les conséquences désastreuses au plan personnel d'une telle victimisation secondaire, très certainement évitable.

Mais toute personne victime a également des devoirs. Elle doit ainsi respecter le cadre imposé par la loi et, notamment, si elle souhaite agir en justice, s'inscrire dans les délais utiles : prescription de l'action publique et de l'action civile ; délai pour agir devant la CIVI ou courant en matière d'assurances...). Toute personne victime a encore le devoir de respecter les institutions ou services qu'elle côtoie, en leur offrant une collaboration loyale, en effectuant elle-même certaines démarches. Plus généralement, les victimes devraient s'imposer le devoir de signaler aux autorités compétentes les infractions dont elles ont été la cible, directement ou indirectement (Charte, Ministère de la Justice, 2002).

Dans le même ordre d'idées, la plainte ne doit être déposée qu'avec la plus grande circonspection car s'il appert qu'elle est fautive, elle engage la responsabilité civile de son auteur voire, si elle est abusive, l'expose aux sanctions de la dénonciation calomnieuse susceptibles d'être encourues à la suite d'un classement sans suite, d'un refus d'informer, d'un non-lieu, d'une décision de relaxe ou d'acquittement.

Conformément à l'œuvre de justice, toute personne victime peut ainsi exercer des droits et assumer des devoirs, avant même qu'elle ne décide d'agir, ou quand bien même elle ne le souhaite pas. Lorsqu'elle opte pour la voie contentieuse répressive, son statut s'améliore très notablement dans la mesure où le droit positif commence à lui reconnaître, de mieux en mieux, le droit de participer activement au procès pénal.

## LES DROITS RECONNUS AUX VICTIMES D'INFRACTION QUI AGISSENT EN JUSTICE

Lorsque la victime a décidé d'ester en justice, deux voies s'offrent généralement à elle :

- La **voie civile** par une action devant le juge civil ;
- La **voie pénale** par le dépôt de plainte avec ou sans constitution de partie civile ou la citation directe.

Une telle option est à la disposition de la victime sauf cas particuliers de diffamation (qui exclut la voie civile) ou de poursuites pénales engagées devant des juridictions spécialisées (action civile exclue devant la Cour de justice de la République notamment). Généralement, l'option prise est irréversible lorsque les actions procèdent des mêmes parties, pour des causes identiques et des objets semblables ; sauf abandon de la voie civile au profit de la voie pénale tant qu'aucun jugement au fond n'est intervenu, désistement de la voie pénale au profit de la voie civile,

ou saisine du juge des référés par la partie civile. Cette règle n'étant pas d'ordre public, toute violation doit être soulevée par la partie concernée.

Ces diverses actions ont pour objet de porter à la connaissance des autorités judiciaires la commission d'un fait infractionnel dommageable. Ces dernières peuvent également avoir été saisies par dénonciation ou signalement. Elles ont encore pu le découvrir elles-mêmes dans le cadre de l'exercice de leurs missions. Ces actions recouvrent une triple ambition : poursuivre et condamner l'infracteur, réparer la victime, faire cesser le trouble social causé par l'infraction.

**Les actions offertes à la victime d'infraction sont multiples.** Le droit d'agir devant le juge civil suppose la réunion de trois conditions, strictement examinées par la juridiction saisie :

- un intérêt (les préjudices consécutifs à l'infraction),
- la qualité (la victime, ses ayants droit et quelques autres personnes),
- la capacité pour le faire (les personnes incapables devant être représentées).

Il importe de rappeler que l'action civile, pour avoir la même origine que l'action publique – l'acte pénallement prohibé – n'existe que par le préjudice personnel consécutif de l'infraction. Son but (réparation de la victime), son objet (allocation de dommages-intérêts), son fondement (droit de la responsabilité civile), comme son caractère (d'intérêt privé), la différence nettement de l'action publique qui poursuit la punition de l'infracteur par l'application d'une sanction prévue par des dispositions pénales d'ordre public à des fins de resocialisation. Ce que souligne bien l'adage selon lequel lorsque ces deux actions sont concomitamment engagées, « le criminel tient le civil en état ».

La victime peut décider d'agir devant les juridictions répressives par citation directe, possible en matière de délit ou de contravention. Irrévocable, elle consiste en un exploit d'huissier délivré à l'initiative de la victime (ou le cas échéant du procureur) dans lequel les faits sont détaillés, le texte d'incrimination visé et l'identité de l'infracteur précisée. L'auteur est alors convoqué devant le tribunal correctionnel ou de police, selon des formalités précises. Sauf à posséder des preuves sérieuses et suffisantes, cette procédure n'est pas sans risque, y compris dans les cas simples. La citation directe est exclue si l'auteur présumé est un mineur, car l'instruction est obligatoire en matière de délit. La citation directe est soumise au dépôt obligatoire d'une consignation pour le cas d'échec fautif.

La victime et/ou ses proches peuvent décider de déposer une simple plainte. Visant nommément une personne ou dirigée « contre x », la

plainte est déposée auprès des agents de police judiciaire en poste au sein des commissariats de police ou des brigades de gendarmerie. La plainte peut également être directement adressée par simple lettre au procureur de la République. La plainte simple ne produit pas d'effet automatique quant aux éventuelles poursuites, laissées à la seule appréciation du Ministère public, en vertu du principe de l'opportunité des poursuites (C. pr. pén. art. 40) : classement sans suite, après mesure alternative le cas échéant, poursuites indépendamment du retrait de plainte éventuellement. Considérée comme simple témoin, elle devra répondre aux demandes diverses en provenance de la justice, sans avocat.

La victime d'un crime ou d'un délit se voit enfin offrir la possibilité, par la constitution de partie civile, soit de mettre en mouvement l'action publique, par voie d'action, soit de s'y associer, par voie d'intervention. C'est une place considérable qui est ainsi accordée à la victime, qui peine pourtant encore à pleinement l'occuper dans les pratiques quotidiennes. La constitution de partie civile produit un double effet :

- assurer à la victime la réparation des préjudices consécutifs à l'infraction ;
- lui permettre de participer à l'établissement de la vérité des faits et des responsabilités.

Les droits qui sont dorénavant acquis, en théorie pour le moins, à la victime qui s'est constituée partie civile consolident son statut d'authentique acteur au procès pénal, à côté de l'infraiteur et du procureur. Un tel statut éloigne de plus en plus la victime contemporaine de la traditionnelle figure vengeresse – maintes fois caricaturée – de la victime. En effet, la vengeance qui lui permet effectivement de redevenir active est opérationnalisée dans une stratégie vindicatoire (équitable et réciproque) et non plus vindicative (aveugle et privée), l'exception confirmant manifestement la règle (Cario, 2005, 2006).

**À tous les stades de la procédure pénale, la victime et/ou ses proches bénéfici(e)nt de droits généraux** dont l'exercice est déterminant de l'œuvre de justice, au même titre que les droits processuels particuliers que lui reconnaît dorénavant la loi pénale. La victime aura ainsi le sentiment d'être reconnue si les conditions de son accueil, primordial, sont satisfaisantes de la révélation des faits à l'exécution des décisions de justice. Des locaux spécifiques doivent être disponibles, aménagés et équipés de matériels techniques susceptibles d'enregistrer ces premiers instants de remémoration des circonstances du drame vécu.

En tous ces lieux, des équipes pluridisciplinaires ou des personnels spécialement formés favorisent, par leur écoute, la parole de la victime,

éprouvée physiquement et psychologiquement par la révélation des faits. Une telle aptitude à l'écoute et, surtout, à la reformulation de ce que la victime vient d'exprimer ne s'improvise pas mais s'enseigne dans le cadre particulier de formations professionnelles initiales ou continues. Du temps est nécessaire à cette évocation des faits, inévitablement. Quel que soit le lieu d'où l'on écoute. À défaut de pouvoir médiatiser les affects douloureux provenant du crime subi, les frustrations sont grandes et génératrices d'incompréhension de la part des victimes, animées alors par le doute du bien fondé de la démarche, de la gravité réelle des faits, ou envahies par le sentiment de « faire-valoir » de la justice pénale. Mais pour être écoutée, la victime doit encore être entendue et crue dans ses déclarations. Il n'y a rien de plus traumatisant que de voir sa parole remise en doute, sans nuance et précaution. La recherche de la vérité est essentielle pour la victime et tout doit être mis en œuvre pour qu'elle y participe elle-même, pour que « sa vérité » coïncide avec la vérité judiciaire.

La visibilité de son état de victime exige la désignation des dossiers pénaux y compris sous le nom de la victime (pas seulement de l'infracteur) et la création systématique en leur sein d'une « cote victime », de couleur particulière, abondée par tous les éléments relatifs à sa reconnaissance et/ou à celle de ses proches : de son adresse à ses coordonnées bancaires, en passant par toutes pièces attestant des préjudices subis et de ses observations relativement aux conséquences de sa victimisation. Elle permet de la convoquer, à la bonne adresse en heure et en temps, à tous les actes de la procédure qui requièrent sa présence.

Dans ce même esprit, l'orientation impérative des victimes vers les services généralistes de l'aide aux victimes, chaque fois que le problème diagnostiqué sort du champ de la compétence propre de l'intervenant, quel qu'il soit, où qu'il se trouve, est essentielle. Toute intervention improvisée est à proscrire car elle entraîne des conséquences néfastes pour la victime, autant au niveau du problème lui-même qu'il importe de traiter qu'à celui de la victimisation secondaire risquant de découler d'une réponse inappropriée. Le travail en partenariat, clairement établi par voie conventionnelle, est la solution idéale et réaliste à l'approche globale des souffrances de la victime. Grâce à cette stratégie d'intervention, elle demeure dans le réseau de l'aide aux victimes, en évitant le douloureux écueil de la répétition.

Les droits de la défense de la victime doivent rigoureusement être garantis et respectés. Une défense de qualité permet à la victime d'être véritablement acteur du procès. L'élargissement, la revalorisation, mieux même la systématisation de l'aide juridictionnelle au bénéfice des

victimes est inévitable, tant il est normal que la solidarité nationale vienne à leur secours et assume les frais toujours coûteux du procès pénal.

La réparation de la victime suppose que tous les intervenants rencontrés tout au long du procès pénal soient réellement des professionnels compétents et que les services qu'ils offrent soient de réelle qualité. S'ils le sont généralement tous dans leur propre spécialité, encore convient-il qu'ils soient sensibilisés (dans leur formation initiale et continue) à la question criminelle, dans l'endroit comme dans l'envers du crime. La complexité des comportements humains, notamment agressifs, impose en effet que des connaissances les plus actualisées en criminologie et victimologie soient acquises pour comprendre, prendre en compte et traiter les besoins des intéressés. La complémentarité des divers professionnels est une réelle richesse, si chacun apporte ses savoir-faire, sans confusion de rôle. La convergence intégrée des réponses aux besoins de la victime consolide sa reconnaissance et amplifie sa réparation. Et aucun secret professionnel ne saurait couvrir la non-assistance à personne en péril, surtout lorsqu'il est partagé au bénéfice de la seule personne victimisée.

Cet ensemble légitime de droits acquis au bénéfice de toute victime d'infractions est pertinemment renforcé de nos jours à chacune des phases du procès pénal et, plus particulièrement encore, à l'égard de celle qui se constitue partie civile (Lopez, Portelli, Clément, 2007 ; Damiani, Vaillant, 2003 ; D'Hauterville, 2007 ; *Le guide des droits des victimes*, 2005). De telle sorte que leurs droits ici envisagés d'un point de vue éthique, victimologique et, plus largement criminologique sont effectivement susceptibles d'être pertinemment abondés dans le cadre d'un procès pénal équitable pour le moins. Indéniablement, un long chemin a été parcouru au cours des trois dernières décennies. Sous l'impulsion des associations de victimes et des services d'aide aux victimes, le législateur a mis en place, en droit international comme en droit interne, un arsenal diversifié de mesures destinées à davantage reconnaître en la victime une personne humaine, digne de protection. Au plan procédural, les récentes réformes tendent à assurer l'égalité des armes entre infracteur et victime. Au plan indemnitaire, les solutions offertes par la Commission d'indemnisation des victimes d'infraction et le Fonds de garantie apparaissent comme une solution heureuse et assez efficace. Aux plans psychologique et social, la prise en charge des victimes demeure, par contre, nettement insuffisante (Gortais, 1994).

Pour conclure sommairement, il est heureux de souligner que, conformément aux principes fondamentaux de la procédure pénale, les victimes

d'infractions pénales qui le souhaitent se voient offrir aujourd'hui une authentique et légitime place d'acteur au procès pénal. C'est bien là le sens de l'article préliminaire du Code de procédure pénale, introduit par la loi du 15 juin 2000 :

« I. La procédure pénale doit être équitable et contradictoire et préserver l'équilibre des droits des parties. Elle doit garantir la séparation des autorités chargées de l'action publique et des autorités de jugement. Les personnes se trouvant dans des conditions semblables et poursuivies pour les mêmes infractions doivent être jugées selon les mêmes règles.  
II. L'autorité judiciaire veille à l'information et à la garantie des droits des victimes au cours de toute procédure pénale [...] ».

Leur effectivité n'est toujours pas pleinement épanouie, des résistances diverses, structurelles et/ou professionnelles, s'observant sur le terrain de leur mise en œuvre concrète. Pourtant, si l'œuvre de justice abondait mieux les besoins des victimes, dans une stratégie de justice restaurative (Cario, 2005 ; *Les Cahiers de la justice*, 2006), ceux des infracteurs se trouveraient réciproquement très notamment renforcés, aux points de vue pénal aussi bien que criminologique. À prendre le temps d'y regarder de plus près, une telle absence de réparation globale construit la victimisation secondaire, authentique maltraitance judiciaire et sociale des victimes et/ou de leurs proches, cause principale des velléités vindicatives les plus débordantes, les plus inacceptables (Pignoux, 2007). Ainsi la lecture criminologique se superpose, pour l'enrichir, à la lecture juridique dont les lignes posent avec force l'étendue des droits processuels de la victime, certes actionnés sous le contrôle du juge, exceptionnellement à peine de nullité.

Il demeure que de pouvoir verbaliser la nature et l'importance des souffrances consécutives au crime, ses conséquences sur sa situation personnelle et sociale permet, bien au-delà de la recherche de la vérité et de la réparation indemnitaire des préjudices, d'apaiser l'émotion qui submerge la victime et/ou ses proches, de la partager socialement (B. Rimé, 2005). C'est ainsi que se construit sans doute le choix éclairé de la victime relativement à son désir de (re)devenir active dans la régulation du conflit qui l'oppose à l'infracteur et, au-delà, de redevenir une personne désirante (Daligand, 2002).

## *Chapitre 29*

---

# LE JUGE PÉNAL ET LES VICTIMES

S. Portelli

LES VICTIMES prennent dans notre société une place de plus en plus importante au point de déclencher de fortes polémiques. Après avoir été pendant des siècles les grandes oubliées de la justice, elles sont devenues une des préoccupations majeures de la politique. De très nombreuses lois ont été votées en France ces dernières années tendant à leur donner un rôle majeur dans le procès. Leurs droits ont été progressivement accrus et précisés tant pour les victimes elles-mêmes que pour les associations qui les représentent ou qui les aident. Dès lors l'équilibre du procès s'en trouve transformé. Le juge pénal se trouve ainsi confronté à un acteur longtemps négligé, aux exigences de plus en plus fortes. Cette évolution ne doit toutefois pas faire perdre de vue la situation réelle de la plupart des victimes qui n'accèdent toujours pas à la justice pénale puisque, selon toutes les enquêtes de victimisation, beaucoup moins de la moitié des victimes déposent plainte.

## ÉLABORATION PROGRESSIVE D'UN STATUT DE LA VICTIME

Les droits de la personne arrêtée, accusée, condamnée ont été progressivement reconnus : ils se sont développés sous la bannière des droits de l'homme. Le statut de la victime est apparu bien plus récemment, dans l'espace du dernier quart du XX<sup>e</sup> siècle. Au-delà des législations internes, il existe, là aussi, de plus en plus de normes internationales définissant un socle commun de droits.

Ces règles sont posées par les textes émanant de l'ONU ou de l'Europe. De grands traités internationaux du milieu du XX<sup>e</sup> siècle évoquent brièvement les victimes en prévoyant qu'elles doivent bénéficier d'un « recours effectif » (Déclaration universelle des droits de l'homme adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa résolution 217 A (III) du 10 décembre 1948) ou un « recours utile » devant les juridictions (Pacte international relatif aux droits civils et politiques du 16 novembre 1966).

Des textes spécifiques ont été adoptés depuis une vingtaine d'années qui forment une véritable charte internationale :

- La résolution 40/34 portant Déclaration des principes fondamentaux de justice relatifs aux victimes de la criminalité et aux victimes d'abus de pouvoir, adoptée par les Nations Unies le 11 décembre 1985 ;
- La Convention européenne relative au dédommagement des victimes d'infractions violentes du 24 novembre 1983 adoptée au niveau du Conseil de l'Europe et les différentes recommandations adoptées par la suite (notamment celle du Comité des ministres du 14 juin 2006) ;
- La décision-cadre du 15 mars 2001 (2001/220/JAI) relative au statut des victimes dans le cadre des procédures pénales qui établit des normes minimales pour les États membres en matière de protection des victimes.
- La directive du Conseil du 29 avril 2004 relative à l'indemnisation des victimes de criminalité.

En France, les droits des victimes ont été depuis longtemps reconnus grâce à la possibilité offerte depuis deux siècles de se « constituer partie civile », c'est-à-dire de devenir une véritable partie au procès, ayant accès à la procédure et jouissant de vraies prérogatives.

De multiples lois ont étendu ces droits. La plus connue est celle du 15 juin 2000, loi « renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes ». Elle a inséré un article préliminaire dans le code de procédure pénale. Il prévoit notamment que « l'autorité

judiciaire veille à l'information et à la garantie des droits des victimes au cours de toute procédure pénale ». Mais bien d'autres lois ont créé des institutions ou des procédures particulièrement utiles, telle celle du 3 janvier 1977 à l'origine de la Commission d'Indemnisation des Victimes d'Infractions (CIVI) dont le régime et le fonctionnement ont été ensuite plusieurs fois modifiés. Au-delà des lois de procédures, les politiques budgétaires nationales ou locales ont permis la création d'associations d'aide aux victimes ou d'unités de médecine légale d'urgence.

#### DROITS DE LA VICTIME ET DEVOIRS DU JUGE

Au vu de toutes ces normes internationales et des principes élaborés progressivement par la législation française, il est possible de dégager une ligne de conduite du juge pénal qui recoupe, en réalité, la liste de « droits » reconnus à victime, mais vue du côté du juge.

- **Une justice formée et compétente.** Les normes internationales insistent particulièrement sur la nécessité de former spécifiquement le personnel et les services concernés à titre ou un autre (accueil, audition, examen, expertise, traitement...) par les victimes. Tel est l'apport le plus intéressant de la Déclaration internationale du 11 décembre 1985. La formation au droit et la bonne volonté ne suffisent pas. Il appartient à l'État d'organiser et d'entretenir cette sensibilisation de la justice aux problèmes et aux singularités des victimes.
- **Faciliter l'accès à la justice.** Le premier droit de la victime est celui de l'accès à la justice. De multiples obstacles se dressent devant elle, avant même de pouvoir espérer une solution judiciaire. Encore faut-il qu'elle puisse déposer plainte et engager éventuellement un procès. Un accès théorique mais qui se heurterait à de multiples obstacles concrets dus au coût, au délai ou à la complexité de l'appareil judiciaire ne répondrait évidemment pas à ces exigences. Les conventions internationales exigent un recours « effectif » ou « utile ». Il appartient aux juges d'organiser ce recours.
- **Traiter dignement la victime.** Le concept de « victimisation secondaire » est entré récemment dans les normes juridiques internationales ; il est pourtant fondamental pour la justice qui aperçoit difficilement, comme la plupart des institutions, qu'elle peut, non pas résoudre les problèmes des victimes, mais les aggraver. Ainsi la recommandation européenne de 2006 rappelle que la victimisation secondaire « résulte non pas directement de l'acte criminel, mais de la réponse apportée à la victime par les institutions et les individus ». Il y a ainsi, à la charge du juge, le devoir de se préoccuper de la personne de la victime, de l'écouter, de respecter sa souffrance et, lorsqu'un questionnement ou des expertises sont nécessaires, de les mener ou faire mener dans le respect de la dignité de la personne.



- **Traiter spécifiquement certaines victimes vulnérables.** Toutes les victimes ne nécessitent pas la même attention. Certaines d'entre elles réclament des soins tout particuliers compte tenu de leur fragilité. Soit qu'il faille organiser et faire fonctionner des procédures particulières (pour les victimes mineures par exemple), soit qu'elles aient besoin de structures de soins spécialisées.
- **L'obligation d'informer la victime.** L'ignorance des procédures et du droit est immense chez les victimes, comme chez la grande majorité des citoyens. Les méandres de la justice nécessitent que la victime bénéficie d'une information précise et compréhensible lui permettant de décider si, oui ou non, elle veut saisir la justice et comment elle peut faire valoir ses préférences. Ce devoir d'information concrète pèse sur tous les intervenants de l'enquête et du procès. Elle est inlassablement rappelée dans tous les actes internationaux car elle est la base du statut des victimes.
- **La mise en œuvre d'un système d'accompagnement judiciaire.** La victime ne peut, à elle seule, se repérer dans l'appareil judiciaire. Tout comme la personne suspectée, elle a besoin de conseils. Mais au-delà de cette information, elle nécessite l'assistance de professionnels spécialisés qui puissent la conseiller, la guider, la représenter : il s'agit ordinairement d'un avocat dont les services doivent être accessibles aussi bien géographiquement que financièrement, avec, si nécessaire l'aide de l'État. Mais les associations d'aide aux victimes ont un rôle complémentaire indispensable à jouer.
- **La mise en œuvre d'une prise en charge médicale et psychologique.** Le volet le plus novateur du statut de la victime est, au-delà de l'indemnisation, sa prise en charge médicale ou psychologique. Elle implique que les constatations initiales ou le diagnostic soient organisés efficacement et que, tout au long de la procédure, un accompagnement et une orientation puissent être assurés. La justice, là aussi, a un rôle primordial à jouer en décidant de ces mesures et en organisant les services nécessaires.
- **Protéger la victime.** La victime court un risque en déposant plainte : risque de rétorsion ou d'intimidation. Elle a dès lors le droit à être protégée, pour que soit assurée sa sécurité physique après-plainte, ou organisées des procédures permettant de garantir son anonymat. Il appartient aux juges d'être particulièrement attentifs à cette sécurité de la victime sans laquelle un procès serait illusoire.
- **L'obligation d'enquêter efficacement.** L'intérêt des règles internationales est qu'elles réclament une effectivité des règles. Il ne suffit pas qu'une règle soit énoncée, encore faut-il qu'elle soit réellement praticable. Il ne suffit pas que la victime soit entendue ni qu'elle puisse déposer plainte ou saisir la justice. Encore faut-il qu'une enquête soit réellement entreprise ensuite par un juge indépendant ou, sous sa direction ou son contrôle, par la police, et que la victime dispose de suffisamment de

moyens pour peser sur cette enquête. Dans un système accusatoire, la victime doit pouvoir disposer de moyens d'investigation propres.

- **Veiller à respecter les règles d'un procès équitable.** La notion de « procès équitable » est souvent pensée au seul regard de l'accusé mais elle intéresse tout autant la victime. Vis-à-vis de celle-ci, elle se décline de multiples façons : le respect des droits de sa « défense », une « égalité des armes » face au procureur de la République et à l'accusé, le droit de participer à un débat contradictoire et public, celui de pouvoir exercer un recours utile contre toute décision lui faisant grief. Autant de droits dont la mise en œuvre dépend très étroitement du juge.
- **La mise en œuvre d'une indemnisation adaptée et rapide.** La créance que le tribunal va donner à la victime sur le condamné prend le plus souvent la forme de dommages-intérêts. Ceux-ci doivent pouvoir être recouvrés facilement, si nécessaire grâce à une garantie de l'État qui se substitue au condamné, quitte à se retourner ensuite contre lui.

## PROCÉDURES

La victime peut être présente à tous les stades de la procédure pénale. Tous les magistrats peuvent avoir affaire à elle : ceux du parquet comme du siège, ceux chargés aussi bien des poursuites que de l'enquête, du jugement ou de l'exécution des peines, sans compter une innovation problématique, le « judevi », juge délégué aux victimes créé en 2007.

### Le parquet et la plainte de la victime

La première manifestation de la victime est la plainte. Celle-ci est adressée essentiellement aux services de police et de gendarmerie. Elle y subit un premier filtre qui n'est pas le fait des magistrats puisque la police répertorie et traite différemment les procès-verbaux de recueil de plainte (dirigés vers la justice) et les simples mains courantes (qui n'ont pas de valeur probante et ne sont pas transmises au parquet).

Le travail de la Justice commence par le traitement de ces procédures qui arrivent sur les bureaux des procureurs. Le parquet accomplit alors un rôle essentiel dont les derniers chiffres publiés fin 2007 donnent une idée.

En 2005, 4,8 millions de procès-verbaux ont été adressés aux parquets. Un peu plus de 8 % de ces plaintes sont classées immédiatement parce qu'elles ne correspondent pas vraiment à une infraction. Le taux de classement est beaucoup plus important : non pas en raison de l'appréciation du magistrat du parquet, mais de l'échec de la police, dont le taux

d'élucidation est faible. Dès lors 61 % des 4,8 millions de procès-verbaux sont encore classés sans suite pour défaut d'élucidation. Sur les 30 % restant, (1,46 million de procès-verbaux), une bonne part (environ 8 % du total) est à nouveau classée, parce que de nouvelles recherches de l'auteur sont demeurées infructueuses (100 200 affaires), mais aussi en considération de la victime :

- Désistement du plaignant (41 300) ;
- Carence du plaignant (19 100) ;
- Responsabilité du plaignant (15 300) ;
- Victime désintéressée d'office (19 000).

Ce qu'on appelle le « taux de réponse pénale » représente donc le solde : 22,1 % (1,138 million de procès-verbaux). Le procureur de la République doit alors choisir de :

- poursuivre en justice (devant le tribunal correctionnel, le tribunal de police, le juge d'instruction, le tribunal pour enfants) : 677 000 affaires en 2005 ;
- engager une « alternative aux poursuites » : 421 000 affaires ;
- traiter l'affaire de façon simplifiée par la procédure de composition pénale : 40 000 affaires.

Les alternatives aux poursuites concernent aussi les victimes puisqu'elles comprennent notamment les procédures de réparation appliquées aux mineurs (7 000 procédures environ), les médiations (31 800), le désintéressement de la victime (16 500).

### **L'initiative des poursuites par la victime**

Le système qui vient d'être exposé décrit une procédure où le procureur de la République décide de tout, même s'il le fait toujours en considération de l'intérêt de la victime. Mais la procédure française prévoit de nombreuses hypothèses dans lesquelles victimes peuvent elles-mêmes déclencher des poursuites sans avoir besoin de l'aval du procureur. Celui-ci n'a pas le monopole des poursuites : la victime peut obliger le juge pénal à enquêter puis à juger.

Il existe déjà une procédure de contestation du classement sans suite : un recours hiérarchique peut être effectué auprès du procureur général de la cour d'appel (article 40-3 du Code de procédure pénale) mais cette voie est peu utilisée.

La victime peut aussi saisir directement le tribunal correctionnel par voie de citation directe (392 et 392-1 du Code de procédure pénale) ou le

doyen des juges d'instruction en se constituant partie civile. Elle devra à chaque fois verser une consignation qui sera déterminée en fonction de ses ressources mais dont elle pourra être dispensée si elle bénéficie de l'aide juridictionnelle. Cette dispense n'est pas sans intérêt car le montant maximal de la consignation peut atteindre 15 000 euros.

Ces procédures sont peu utilisées dans la pratique. Les constitutions de partie civile devant le doyen des juges d'instruction posent quelques problèmes : elles constituent l'exercice d'un droit démocratique fondamental mais il s'agit de procédures parfois lourdes et longues qui encombrent les cabinets d'instruction pour aboutir souvent à des non-lieux. C'est pourquoi la loi n°2007-291 du 5 mars 2007 tendant à renforcer l'équilibre de la procédure a quelque peu restreint le champ de cette procédure. La personne souhaitant se constituer partie civile pour un délit doit, à peine d'irrecevabilité, saisir d'abord le procureur de la République.

Dans la pratique le plaignant se constitue le plus souvent partie civile alors que des poursuites sont déjà engagées par le parquet, soit devant le juge d'instruction, soit devant la juridiction de jugement.

### **Le statut de plaignant ou celui partie civile pendant l'enquête et l'instruction**

Le choix du statut de partie civile va être déterminant pour la suite de la procédure. Le simple plaignant a certes droit à l'attention du juge c'est seulement en se constituant la partie civile qu'il va pouvoir réellement influencer le déroulement de l'enquête et du procès.

Comme simple plaignant, la victime a droit à une information sur ses droits et à une protection de nature juridique : c'est très peu par rapport à la partie civile.

Celle-ci est une « partie » au procès, au même titre que le mis en examen ou le prévenu ou le procureur de la République. Ses droits sont considérables et ont été sensiblement accrus ces dernières années par les législateurs successifs. La victime partie civile peut être assistée d'un conseil qui a accès au dossier, est présent aux auditions et confrontations, prend la parole en son nom à l'audience. Elle peut demander des expertises, contre-expertises et plus généralement tout acte lui paraissant utile à la manifestation de la vérité. Lorsqu'une expertise psychiatrique conclut à l'irresponsabilité du mis en examen (article 122-1 al. 1 du Code pénal), la partie civile dispose de droits exceptionnels : si elle demande une contre-expertise, celle-ci est de droit et, en cas d'appel, une procédure publique spéciale est prévue.

Mais c'est devant le juge d'instruction que ces droits existent. Or ces procédures d'information représentent une part de plus en plus faible du contentieux pénal. En 2005, 32 600 informations sont ouvertes (4,8 % du contentieux pénal) contre 44 500 dix ans plus tôt (8 %). Il ne faut donc pas exagérer l'importance de la victime devant le juge pénal pendant la phase de l'enquête. Dans les procédures d'instruction, certes, le juge peut avoir affaire à une victime très présente, voire exigeante. Mais dans l'immense majorité des cas, les droits de la victime sont réduits à leur plus simple expression. Si l'enquête est faite par la police, sous l'autorité du procureur (la majorité des enquêtes, aujourd'hui), il n'y a pas de partie civile possible.

### **La victime dans la phase de jugement**

On a vu que l'indemnisation de la victime peut intervenir après le dépôt de plainte sous le contrôle du procureur de la République au titre des alternatives à la poursuite. Mais, plus classiquement, c'est dans la phase du jugement que la victime va pouvoir exprimer son point de vue, faire valoir ses droits et obtenir réparation.

Si elle ne l'a déjà fait lors de l'instruction, la victime peut se constituer partie civile à l'audience. Dans ce cas-là seulement, elle peut demander soit la restitution d'objets ou de sommes saisies pendant l'enquête, soit des dommages et intérêts. À cette fin, elle peut adresser au tribunal correctionnel un courrier par lettre recommandée avec avis de réception ou même par télécopie ; elle peut aussi se faire représenter par son conseil (article 424 du Code de procédure pénale).

La victime peut être entendue lors de l'audience. Si elle n'est pas partie civile, elle prêtera serment comme n'importe quel témoin. Il s'agit du moment le plus délicat, car le questionnement peut être délicat. Les questions peuvent émaner des magistrats, du procureur mais aussi des avocats de toutes les parties, y compris de la personne accusée.

### **La prise en charge de la victime pendant le procès**

La prise en charge des victimes s'effectue essentiellement par l'intermédiaire des associations d'aide aux victimes. Les magistrats ont un rôle essentiel d'impulsion dans cette phase de procédure. L'article 41 du Code de procédure pénale prévoit d'ailleurs que « le procureur de la République peut (...) recourir à une association d'aide aux victimes (...) afin qu'il soit porté aide à la victime de l'infraction ». Il existe en France, en 2007, 168 associations de ce type réparties sur l'ensemble

du territoire et qui sont presque toutes regroupées au sein de l'INAVEM (Institut National d'Aide aux Victimes d'Infraction). Ces structures sont conventionnées par les cours d'appel. Elles emploient 1 350 personnes (890 salariés, 460 bénévoles). En 2005, elles ont traité 184 000 affaires dont 100 000 cas de suivi de victimes. Elles sont saisies en majorité pour des affaires d'atteinte aux personnes (violences et agressions sexuelles). Leur rôle est particulièrement utile en cas d'accident collectif. Les parquets sont incités à saisir ces associations pour prendre en charge les victimes aussi bien lors de procès d'assises que pour des procédures correctionnelles mais les moyens limités de ces structures ne leur permettent pas de démultiplier leurs efforts.

### L'indemnisation par le juge pénal

Des dommages-intérêts peuvent être alloués à la partie civile selon sa demande par la juridiction de jugement. Cette indemnisation tend à réparer le préjudice matériel, mais aussi le préjudice moral et tous les autres préjudices que la jurisprudence a progressivement reconnus au profit de la victime de façon à couvrir le mieux possible les différents dommages – physiques, psychiques, moraux... – causés par l'infraction.

Cette indemnisation, il appartient normalement à la partie civile de la recouvrer en se faisant remettre directement ou indirectement (par l'intermédiaire des avocats des parties, par exemple) la somme arbitrée ou en faisant appel à un huissier pour faire exécuter le jugement qui constitue un titre.

La peine peut aussi viser à l'indemnisation de la victime partie civile.

- Ainsi un **ajournement** peut être prononcé (articles 132-60 et suivants du Code pénal). Dans ce cas, le tribunal correctionnel accorde des dommages-intérêts avant de statuer définitivement sur la peine. Il se contente dans un premier temps de déclarer le prévenu coupable mais diffère le prononcé de la sanction le temps d'un délai d'épreuve qui est d'un an maximum. Ce délai permet de vérifier que l'intéressé répare ou continue de réparer le préjudice. Le tribunal peut même décider que cette période d'ajournement s'effectuera sous le contrôle du juge de l'application des peines dans le cadre d'une mesure de mise à l'épreuve, ce qui en accroît d'autant l'efficacité. À l'issue de cette période, le tribunal tient compte des remboursements effectivement intervenus. Une dispense de peine peut alors être décidée.
- La procédure employée le plus couramment est le **sursis avec mise à l'épreuve**. Parmi les mesures d'épreuve possibles, l'une d'entre elles concerne plus particulièrement la victime. Elle est prévue par

l'article 132-45-5 qui dispose que le condamné doit « réparer en tout ou partie, en fonction de ses facultés contributives les dommages causés par l'infraction, même en l'absence de décision sur l'action civile ». En règle ordinaire, la mise à l'épreuve peut durer de 18 mois à 3 ans. Le juge de l'application des peines est chargé de la mise en œuvre de la mesure ainsi que, sous ses ordres, le SPIP (service pénitentiaire d'insertion et de probation). En cas d'inexécution de cette obligation, le JAP peut révoquer lui-même, en tout ou partie, le sursis prononcé par la juridiction.

- Lorsque le condamné a été incarcéré, le **souci de l'indemnisation** ne disparaît pas pour autant. Il est certain que l'emprisonnement qui empêche – en dehors du cas malheureusement trop rare de la semi-liberté – d'exercer un travail normalement rémunéré, ne facilite pas la réparation. Certes une quote-part du pécule des détenus condamnés est réservée à l'indemnisation des victimes. C'est même la première part de la rémunération des détenus réservée à l'indemnisation des victimes et au règlement des sommes dues aux créanciers d'aliments (article 728-1 Code de procédure pénale). Elle représente au maximum 10 % de ses gains. Il appartient aux victimes parties civiles de faire connaître leur intention d'être indemnisées au procureur de la République. Sur ses instructions la somme peut leur être directement versée par l'établissement pénitentiaire.
- Cette indemnisation est un des principaux facteurs pris en compte pour faire bénéficier le détenu de **multiples avantages** : le paiement des dommages et intérêts est, à juste titre, considéré comme l'un des gages d'une volonté de réinsertion, d'un « effort sérieux de réadaptation sociale ». Cette indemnisation est donc officiellement prise en compte par le juge pour l'octroi d'une réduction de peine supplémentaire (article 721-1 du Code de procédure pénale), d'une libération conditionnelle (article 729), d'un placement à l'extérieur, d'une semi-liberté, d'une permission de sortir, etc.

### L'indemnisation par la CIVI

La commission d'indemnisation des victimes d'infraction n'est pas à proprement parler un « juge pénal » mais elle fait nécessairement partie de l'économie du système judiciaire auquel à affaire la victime. Il s'agit d'une juridiction échevinale, composée de trois membres : deux magistrats professionnels, dont un président, et un assesseur non-magistrat choisi parmi les personnes qui se sont signalées par l'intérêt qu'elles portent aux problèmes des victimes.

L'assistance d'un avocat n'est pas nécessaire. La requête est déposée par la victime ou son représentant et ne vise pas l'auteur de l'infraction qui est d'ailleurs absent des débats. Elle se borne à réclamer une indemnité auprès du Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions qui dispose de fonds recueillis auprès de chaque assuré lors de la souscription d'un contrat d'assurance de biens.

L'un des grands avantages de la CIVI est de permettre une réparation lorsque l'auteur est insolvable mais aussi lorsque, pour des raisons diverses, il ne peut être poursuivi ou même n'a pu être identifié. Il est même possible d'obtenir réparation avant que la juridiction pénale ne se soit prononcée sur le fond. Il suffit qu'il n'y ait pas de contestation sur l'existence de l'infraction car la CIVI ne peut statuer qu'en cas d'absolue certitude sur la réalité des faits. Une provision peut être accordée par le Président de la commission dans le délai d'un mois. Les débats se déroulent à huis clos hors la présence de l'auteur.

Il existe deux systèmes d'indemnisation très différents devant la CIVI. Le plus généreux pour la victime concerne les infractions les plus graves (article 706-3 du Code de procédure pénale), à savoir :

- Faits volontaires ou non ayant entraîné la mort, une incapacité permanente ou une incapacité totale de travail personnel égale ou supérieure à un mois (violences volontaires ou involontaires, du meurtre ou de la tentative de meurtre...) ;
- Agressions sexuelles (viol par exemple) ou atteintes sexuelles ;
- Traite des êtres humains.

L'action est ouverte également aux proches des victimes voire à leurs héritiers. Il n'y a pas de plafond à l'indemnisation qui est intégrale à l'instar de ce que les juridictions ordinaires peuvent décider.

Le second régime d'indemnisation est beaucoup plus restrictif. Il concerne les infractions les moins graves. La loi (article 706-14 du Code de procédure pénale) impose des conditions sévères. Le nombre des infractions autorisant un tel recours est d'abord limité : vol, escroquerie, abus de confiance, extorsion de fonds, destruction, dégradation ou destruction d'un bien, mais aussi dommages corporels entraînant un arrêt de travail ou d'activité de moins d'un mois.

L'autre restriction tient aux ressources du demandeur. Seules les victimes ne dépassant pas un plafond de ressources, (prévu par l'article 4 de la loi 91-647 du 10 juillet 1991 relative à l'aide juridique pour bénéficier de l'aide juridictionnelle partielle) fixé à 1 311 € à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007 peuvent solliciter une indemnisation devant la CIVI. Il est toutefois tenu compte des charges de famille. Le montant est majoré

de 157 € pour les deux premières personnes à charge et de 99 € à partir de la troisième.

Dernière restriction : l'infraction doit avoir eu des conséquences importantes soit sur les biens soit sur la personne de la victime, la plaçant dans « une situation matérielle ou psychologique grave ». Il est par ailleurs demandé à la victime de prouver qu'elle ne peut obtenir à un titre quelconque une réparation ou indemnisation effective et suffisante de son préjudice. La loi donne ainsi, dans ce cas, à la demande de réparation devant la CIVI un caractère subsidiaire. L'indemnisation est enfin limitée dans son montant, égale, au maximum, au triple du plafond de ressources précité, soit 3 933 €.

Au total les CIVI allouent des indemnités d'un montant total de plus en plus élevé. En 2005, le Fonds de Garantie a ainsi versé 235,96 millions d'euros (deux fois plus qu'il y a dix ans).

### **La victime et l'exécution des peines**

Une fois la peine prononcée, le juge pénal ne se désintéresse pas pour autant de la victime. Celle-ci a tout intérêt à quitter au plus vite le circuit judiciaire et ne pas rester figée dans un statut de victime. Le législateur a toutefois tendance, ces dernières années, à donner à la victime un statut « post-sentenciel », pour de bonnes ou de moins bonnes raisons.

Les modalités de l'exécution des peines peuvent concerner directement la victime. Il en est ainsi lorsque la peine consiste en une mesure d'indemnisation. Mais il peut aussi s'agir d'une interdiction d'entrer en relation avec la victime, de paraître dans tel lieu où elle peut se trouver, ou encore, en cas de violence intrafamiliale, d'une obligation de résider hors du domicile, d'une interdiction d'y paraître ou de s'en approcher. On trouve ces mesures dans le sursis avec mise à l'épreuve (132-45 du Code pénal), mais aussi la libération conditionnelle (article 731 du Code de procédure pénale), le suivi sociojudiciaire (article 131-36-2 du Code pénal), la surveillance judiciaire (article 723-29 du Code de procédure pénale)... La révocation de ces mesures est encourue en cas de non-respect de l'interdiction ou de l'obligation.

Mais plus généralement la loi 2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité a posé un principe général selon lequel le juge, « préalablement à toute décision entraînant la cessation temporaire ou définitive de l'incarcération... prend en considération les intérêts de la victime » (article 20 du Code de procédure pénale). Concrètement, la loi donne à la victime un droit d'information sur certaines modalités d'exécution de la peine. Ce droit

toutefois ne s'exerce pas si la victime « a fait connaître qu'elle ne souhaitait pas en être avisée » ou si le juge estime, compte tenu de la personnalité de la victime, que cette information est inopportun.

Lorsqu'il prononce l'une des mesures suivantes : suspension ou fractionnement de la peine, réduction de peine, placement à l'extérieur, semi-liberté, permission de sortir, placement sous surveillance électronique, libération conditionnelle, le juge peut en même temps prononcer une interdiction de recevoir, rencontrer ou entrer en relation avec la victime de quelque façon que ce soit. Cette interdiction fait l'objet d'un avis adressé à la victime ou son conseil.

Allant encore plus loin, la loi du 12 décembre 2005, sur le traitement de la récidive pénale, a (article 712-7 du Code de procédure pénale) prévu que l'avocat de la partie civile pouvait, sur sa demande, assister à l'audience statuant sur la demande de libération conditionnelle pour y faire valoir ses observations. La même procédure est prévue en cas d'appel.

La loi 2004-204 du 9 mars 2004 a même introduit la victime à l'intérieur des juridictions de l'application des peines au niveau de la procédure d'appel : la chambre de l'application des peines (juge en appel des décisions des juges de l'application des peines ou du tribunal de l'application des peines) comprend, pour certaines décisions (celles visées à l'article 712-7, à savoir le relèvement de la période de sûreté, la libération conditionnelle, la suspension de peine décidées par le tribunal) un responsable d'une association d'aide aux victimes.

## Le Judevi

Un décret du 13 novembre 2007 a créé le juge délégué aux victimes (Judevi), suite à la promesse du candidat à la Présidence de la République de la création d'un juge des victimes censé être, pour les victimes, le pendant du juge de l'application des peines, pour le condamné. Ce Judevi fonctionne à compter du 2 janvier 2008. Il s'agit en fait du Président de la CIVI. Il exerce des attributions juridictionnelles puisque par définition il préside la CIVI. Mais il peut aussi statuer sur les intérêts civils après renvoi. Malgré ce rôle, il exerce des activités « d'administration judiciaire » : il peut être saisi d'une requête par une victime : il la transmet au procureur ou au juge compétent ! Il sert aussi de supplétif du juge de l'application des peines et de conseil de la victime : si le condamné ne s'acquitte pas de l'indemnisation mise à sa charge, la partie civile peut l'en informer pour que le Judevi saisisse le juge de l'application des peines. La victime peut aussi lui demander de saisir

le JAP pour qu'il prononce une interdiction d'entrer en relation ou une interdiction de paraître. Le Judevi peut également transmettre au JAP les demandes de la victime tendant à être informée – ou non – de la mise à exécution de la peine prononcée.

Le Judevi est enfin chargé de « vérifier les conditions dans lesquelles les parties civiles sont informées de leurs droits à l'issue de l'audience ».

On peut légitimement se demander quel sera l'avenir de ce curieux juge dont l'impartialité sera mise à rude épreuve par son statut même.

## CONCLUSION

Le statut des victimes est en pleine évolution. En quelques années, leurs droits ont connu une constante progression, bouleversant l'équilibre du procès pénal. La place du juge en devient incertaine : garant ordinaire d'un procès équitable, de l'égalité des armes, il se voit confier une mission dépassant largement ses missions habituelles et qui est susceptible de compromettre son éthique.

## *Chapitre 30*

---

# LA RÉPARATION INDEMNITAIRE DES PRÉJUDICES DES VICTIMES D'INFRACTION

C. Lienhard, N. Pignoux

**L**A RÉPARATION indemnitaire des préjudices des victimes d'infraction s'envisage d'un double point de vue. Sur le plan procédural, plusieurs voies de droit s'offrent à la victime. Autorisée à agir en responsabilité devant les juridictions civiles classiques, elle peut, plus spécifiquement et dès lors qu'elle remplit les conditions fixées par les articles 706-3 et suivants du Code de procédure pénale, s'adresser à une Commission d'indemnisation des victimes d'infractions (CIVI) afin d'être indemnisée par le Fonds de garantie des victimes d'actes de terrorisme et autres infractions. En outre, toute victime pouvant se prévaloir d'un dommage personnel directement causé par l'infraction peut exercer l'action civile en réparation devant les juridictions répressives. Constituée partie civile, elle sera une partie active au procès pénal et bénéficiera de la civilisation du procès pénal, tendant à faciliter la réparation indemnitaire.

Sur le plan fondamental – seul examiné dans les développements subséquents –, la réparation indemnitaire des préjudices est gouvernée

par le principe de *réparation intégrale*, signifiant que la victime doit être replacée dans une situation aussi proche que possible de celle qui aurait été la sienne si l'infraction n'avait pas eu lieu. Mais, en tant que ligne directrice malléable, ce principe n'indique pas avec précision les contours de la réparation financière. Surtout, s'agissant des victimes de dommage corporel, auxquelles se limite la présente étude, la spécificité des préjudices personnels, dont l'équivalent monétaire est difficilement quantifiable, rend le principe illusoire s'il est assimilé à la réparation de *tout le préjudice*. En réalité, seule l'exigence de réparation de *tous les* préjudices donne du sens au principe de réparation intégrale. L'emploi du singulier sous-entend que le montant global alloué doit correspondre avec exactitude à l'intégralité du préjudice, toutes composantes confondues. Plus modestement, l'emploi du pluriel suggère de raisonner en termes de postes de préjudices réparables et signifie que tous les préjudices doivent être repérés puis indemnisés. Cet objectif suppose une ventilation claire des postes de préjudice, à laquelle concourt la nomenclature élaborée en 2005 par le groupe de travail présidé par M. J.-P. Dintilhac (Dintilhac, 2005).

En outre, le principe de réparation intégrale a pour corollaire le principe indemnitaire qui, prohibant tout enrichissement de la victime, justifie les recours subrogatoires exercés par les tiers payeurs ayant indemnisé des préjudices également pris en charge par le responsable. Longtemps mis en œuvre dans le seul intérêt des tiers payeurs, ces recours confinaient parfois à une véritable spoliation de la victime. En 2006, le législateur y a remédié en limitant leur étendue.

## L'ADOPTION D'UNE NOUVELLE NOMENCLATURE DES POSTES DE PRÉJUDICE

- L'adoption d'une nouvelle nomenclature répond à plusieurs objectifs.
- Elle vise d'une part, à *clarifier le droit de l'évaluation des préjudices* en s'appuyant sur des catégorisations fondamentales qui, jusqu'à présent, n'étaient pas suffisamment respectées ;
  - Elle ambitionne, d'autre part, d'*harmoniser l'évaluation* afin de pallier les pratiques inégalitaires.

### **La clarification des catégorisations gouvernant l'indemnisation**

À l'instar de la nomenclature retenue en 2003 par le groupe de travail du CNAV (Lambert-Faivre, 2003), la nomenclature proposée en 2005

s'appuie sur deux dichotomies fondamentales qui, sans être totalement inconnues, étaient souvent méconnues par la pratique. Tout d'abord, une distinction est opérée entre les *préjudices économiques* ou patrimoniaux, d'une part, et les *préjudices personnels* ou extrapatrimoniaux, d'autre part. Ensuite, le critère de la *consolidation* départage, au sein de chacune de ces catégories, les *préjudices temporaires* des *préjudices permanents*. Dix-neuf postes sont ainsi répertoriés.

L'intérêt de la nouvelle ventilation en termes de clarification se mesure à l'aune des travers de l'ancienne méthodologie qui, en premier lieu, accordait un rôle majeur aux notions d'incapacité temporaire totale (ITT) et d'incapacité permanente partielle (IPP) tout en les galvaudant. Exclusive de toute considération économique, l'*incapacité* correspond à une atteinte purement physiologique et une lésion donnée produit une incapacité identique pour toutes les victimes, calculée en multipliant le taux d'incapacité par une valeur au point prédéterminée. Pourtant, les magistrats recourraient à l'ITT ou à l'IPP pour évaluer le préjudice économique subi par la victime. Eu égard à la méthode de calcul au point, la perte de revenus était donc proportionnelle au taux d'incapacité et son évaluation fondée sur le postulat erroné selon lequel un préjudice physiologique donné aurait des conséquences professionnelles identiques, quelle que soit l'activité de la victime. Le préjudice fonctionnel, à caractère extrapatrimonial, était également indemnisé au titre de l'ITT et de l'IPP. Il était alors indûment inclus dans les préjudices économiques et soumis aux recours subrogatoires des tiers payeurs qui ne l'indemnisaient pourtant pas.

En abandonnant toute référence à l'ITT et à l'IPP, la nouvelle nomenclature évite de telles incohérences. L'ITT est remplacée par les pertes de gains professionnels actuels, préjudice économique temporaire, et par le déficit fonctionnel temporaire, préjudice personnel temporaire. Dans le même esprit, l'IPP disparaît au profit des pertes de gains professionnels futurs et de l'incidence professionnelle, qualifiés de préjudices économiques permanents, tandis que son ancienne dimension personnelle devient le déficit fonctionnel permanent.

En second lieu, l'ancienne méthodologie générait des chevauchements entre les différents postes de préjudice. Définie comme la gêne occasionnée dans les actes de la vie courante ou comme une atteinte aux conditions d'existence, la dimension fonctionnelle de l'IPP se confondait avec le *préjudice d'agrément*. Initialement appréhendé de manière étroite et subjective, ce dernier correspondait à l'impossibilité de poursuivre une activité de loisir à laquelle la victime s'adonnait avant l'infraction. Objectivé et élargi, il s'est ensuite apparenté à la privation des agréments

normaux de l'existence, proche du préjudice physiologique. En définissant la notion de *déficit fonctionnel* et en revenant à une conception restrictive du préjudice d'agrément, la nouvelle nomenclature clarifie la ventilation des préjudices. Porteuse d'une meilleure intelligibilité du droit de l'évaluation des préjudices corporels, elle devrait également conduire à une homogénéisation de l'indemnisation.

### **L'homogénéisation de l'indemnisation**

Prétorien, le droit de l'évaluation des préjudices s'est construit en dehors ou presque de toute assise légale. Selon la Cour de cassation, la détermination et l'évaluation des préjudices constituent des questions de fait relevant de l'appréciation souveraine des juges du fond et, si la haute juridiction exige depuis quelques années une ventilation entre les composantes économique et personnelle du dommage, elle n'a jamais obligé les juges du fond à détailler leur contenu. Gage de souplesse, une telle pratique présente néanmoins l'inconvénient de générer des disparités entre les juridictions, susceptibles d'ignorer ou, au contraire, de créer des postes de préjudice. Se voulant une liste guide, la nouvelle nomenclature a vocation à encadrer les pratiques et à « éviter une inflation de la liste des préjudices » (Dintilhac, 2007).

Pour autant, l'homogénéisation ne doit pas être synonyme de rigidité. L'évaluation des préjudices corporels ne peut supporter une absence totale de discernement et toute nomenclature doit ménager une place à l'individualisation. La nomenclature Dintilhac répond à cette condition. De manière générale, les postes de préjudice qu'elle énumère sont suffisamment souples pour que tous les préjudices, y compris les plus novateurs comme les préjudices d'angoisse ou d'anxiété, puissent y être rattachés. Le poste « préjudices permanents exceptionnels » l'atteste. Plus précisément, la nomenclature consacre les « préjudices liés à des pathologies évolutives », constituant un vingtième poste. Elle permet ainsi aux juges de s'extraire de la distinction binaire entre préjudices temporaires et préjudices permanents, inadaptée à des maladies exclusives de toute consolidation.

Malgré l'absence de consécration légale ou réglementaire, la nomenclature est d'application directe et immédiate (Lienhard, 2007a). La circulaire du 22 février 2007, relative à la réforme du recours subrogatoire des tiers payeurs, préconise d'y recourir en tant que « référence approuvée par l'ensemble des acteurs du droit de l'indemnisation ». Elle est effectivement utilisée par les juridictions de l'ordre judiciaire, y compris par la Cour de cassation qui, en 2003, avait pourtant refusé

solennellement de se rallier à la nomenclature proposée par le C.N.A.V., très proche de la nomenclature Dintilhac. Toutefois, l'homogénéisation espérée suppose que les deux ordres de juridictions recourent à une nomenclature unique. Or, dans un avis rendu le 4 juin 2007, le Conseil d'État ne s'est pas référé à la nomenclature Dintilhac et a proposé sa propre nomenclature (Lienhard, 2007b). Composée de six postes de préjudices, elle ne reprend pas la distinction entre préjudices temporaires et préjudices permanents. Surtout, les préjudices personnels sont regroupés en un poste unique et peuvent, hors le cas d'un recours subrogatoire exercé par un tiers payeur, faire l'objet d'une indemnisation globale. Loin de favoriser l'harmonisation de l'évaluation, la méthode d'évaluation *in globo* génère une opacité empêchant toute comparaison entre les évaluations judiciaires. L'adoption généralisée de la nouvelle nomenclature est d'autant plus indispensable qu'elle est une condition d'efficacité de la réforme des recours subrogatoires des tiers payeurs.

## LA LIMITATION DE L'ÉTENDUE DU RECOEURS SUBROGATOIRE DES TIERS PAYEURS

L'étendue du recours dépend de deux paramètres. Son assiette d'une part, correspondant aux sommes mises à la charge du responsable et sur lesquelles le recours peut s'exercer. Son objet d'autre part, soit les prestations versées par les tiers payeurs et récupérables auprès de la victime ou du responsable. Longtemps entendues de manière extensive par la loi et par la jurisprudence, l'*assiette* et l'*objet* du recours ont été limitées par l'article 25 de la loi du 21 décembre 2006, applicable aux événements dommageables antérieurs à son entrée en vigueur dès lors que le montant de l'indemnité n'a pas donné lieu à une décision définitive.

### **La limitation de l'assiette du recours subrogatoire**

Avant la réforme, les textes régissant les recours opéraient une distinction entre « la part d'indemnité réparant l'atteinte à l'intégrité physique », soumise au recours, et « la part d'indemnité de caractère personnel correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément et au préjudice moral des ayants droit », exclue de l'assiette. Cette ventilation était doublement défavorable aux victimes. D'une part, elle s'accommodait d'une imputation globale sur l'ensemble des indemnités réparant l'atteinte à l'intégrité physique. Privant parfois la victime de toute indemnité complémentaire, le *tiers payeur* pouvait

indistinctement récupérer ses prestations sur des sommes réparant des préjudices qu'il n'avait pas indemnisés, comme les frais d'aménagement du véhicule ou du logement. Le texte actuel proscrit cette pratique puisqu'il pose le principe de l'exercice du recours poste par poste, exigeant une stricte correspondance entre la prestation à recouvrer et l'indemnité sujette à recours.

D'autre part, les textes originels ne rendaient pas fidèlement compte de la distinction entre préjudices économiques et préjudices personnels, censée guider les recours. La liste des préjudices personnels, jugée exhaustive, ne recourait pas l'ensemble des préjudices personnels réparables. Ainsi, le déficit fonctionnel était rattaché par défaut à l'atteinte à l'intégrité physique et soumis à recours sans pour autant être indemnisé par les tiers payeurs. Le texte actuel y remédie en visant, d'un côté, les « préjudices pris en charge par les tiers payeurs », soumis à recours et, de l'autre, les « préjudices à caractère personnel », qui ne sont plus énumérés limitativement. Les magistrats retrouvent toute latitude pour conférer un caractère extrapatrimonial aux préjudices méritant cette qualification. De surcroît, la détermination des indemnités soumises à recours requiert une appréciation *in concreto* fondée sur la réalité de la prise en charge.

En contrepartie, l'automaticité entre la nature économique ou personnelle des préjudices et leur inclusion ou leur exclusion dans/de l'assiette du recours est abandonnée. Le tiers payeur est désormais autorisé à exercer un recours sur un poste de préjudice personnel, à la double condition qu'il ait effectivement et préalablement versé une prestation l'indemnitant. Cette double exigence devrait toutefois constituer un obstacle au recours chaque fois que l'indemnité est servie sous forme de rente. Par ailleurs, la loi nouvelle n'ayant modifié ni l'article relatif aux recours en matière d'accidents du travail, ni l'article relatif aux recours de l'État contre le responsable de dommages causés à un fonctionnaire, la question s'est posée de savoir si elle était applicable à de tels recours. La Cour de cassation y a répondu par l'affirmative par trois avis du 29 octobre 2007 (Lienhard, 2007c). De même, en l'absence de tableau de concordance entre les prestations versées par les tiers payeurs et les indemnités alloués par les tribunaux, des interrogations ont émergé quant à la nature – indemnitaire ou forfaitaire – et aux modalités d'imputation des prestations hybrides qui, à l'instar des *rentes invalidité*, comportent une dimension personnelle et une dimension économique.

La Cour de cassation s'est également prononcée sur ce point dans les avis sus-visés. Après avoir consacré le caractère indemnitaire des rentes invalidité, elle a considéré, en se référant à la nomenclature Dintilhac,

qu'elles indemnisent notamment les pertes de gains professionnels et les incidences professionnelles de l'incapacité. Dès lors, elles doivent s'imputer prioritairement sur les pertes de gains professionnels puis sur la part d'indemnité réparant l'incidence professionnelle. En outre, la Cour de cassation réserve la possibilité pour le tiers payeur d'exercer un recours sur un poste de préjudice personnel s'il estime que la rente a effectivement et préalablement servi à réparer un tel poste. La limitation de l'assiette du recours, ainsi entérinée par la Cour de cassation, se double d'une limitation légale de son objet.

### **La limitation de l'objet du recours subrogatoire**

Avant la réforme de 2006, l'article L 376 alinéa 3 du Code de la sécurité sociale disposait :

« Si la responsabilité du tiers est entière, ou si elle est partagée avec la victime, la caisse est admise à poursuivre le remboursement des prestations mises à sa charge à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime. »

S'appuyant sur ce texte, la jurisprudence considérait que le *partage de responsabilité* opposable à la victime n'était pas opposable au tiers payeur. En violation des règles de la subrogation, selon lesquelles le subrogé ne peut avoir plus de droits que le subrogeant, le tiers payeur pouvait ainsi récupérer l'intégralité de la prestation servie, dans la limite de la dette du responsable. En outre, dans le concours entre la victime et le tiers payeur contre le responsable, les juges donnaient priorité au second et, en cas de partage de responsabilité, la victime était fréquemment privée de toute indemnité complémentaire. Cette méthode est révolue puisque, selon le texte actuel,

« La subrogation ne peut nuire à la victime subrogeante, créancière de l'indemnisation, lorsqu'elle n'a été prise en charge que partiellement par les prestations sociales ; en ce cas, l'assuré social peut exercer ses droits contre le responsable, par préférence à la caisse subrogée. »

En conséquence, la victime bénéficie d'un *droit de préférence* sur le tiers payeurs, auquel le partage de responsabilité est rendu opposable.

Un exemple chiffré permet de mesurer les avancées ainsi réalisées. Soit un préjudice évalué à 10 000 avant partage de responsabilité de moitié et une prestation de 6 000 euros versée par le tiers payeur. Auparavant, la créance du tiers payeur ne subissait pas de partage de moitié. Elle était donc de 6 000 et non de 3 000. Intervenant en priorité, il pouvait donc

récupérer 5 000, soit la dette du responsable après partage de responsabilité. La victime devait se contenter des 6 000 servis par l'organisme payeur, sans pouvoir obtenir d'indemnité complémentaire de la part du responsable, dont la dette était plafonnée à 5 000. Désormais, la victime intervient par préférence et récupère 4 000 auprès du responsable, soit le montant du préjudice avant partage de responsabilité (10 000) moins la prestation servie par le tiers payeur (6 000). Le tiers subrogé, qui ne peut obtenir davantage que 3 000 en raison de l'opposabilité du partage de responsabilité, voit en réalité son recours limité à 1 000, soit la dette du responsable (5 000) amputée de la somme préalablement récupérée par la victime (4 000). En définitive, la victime obtient 10 000 (6 000 de prestations et 4 000 d'indemnité complémentaire), soit une somme équivalant à son préjudice avant partage de responsabilité. Ses droits connaissent une seule limite : le principe indemnitaire qui interdit tout dépassement de la réparation intégrale. À son égard, les effets du partage de responsabilité demeurent cantonnés aux préjudices, personnels ou économiques, pour lesquels aucun tiers payeur n'intervient.

## CONCLUSION

Attendues, la réforme du recours subrogatoire et l'adoption d'une nouvelle nomenclature constituent un progrès majeur pour les victimes. Toutefois, elles ne sauraient, à elles seules, rendre le droit de l'évaluation des préjudices totalement équitable. Les efforts doivent être poursuivis. Il convient, notamment, de renforcer le caractère contradictoire des expertises en évaluation du dommage corporel, en généralisant l'assistance juridique et médicale de la victime par des praticiens formés. De même, la diffusion d'un référentiel indicatif national destiné à renseigner les magistrats sur les sommes octroyées en réparation d'un préjudice donné contribuerait à l'harmonisation des évaluations, sans porter atteinte à l'évaluation *in concreto* et au nécessaire ajustement singulier de l'indemnisation.

## *Chapitre 31*

---

# LE MÉCANISME D'INDEMNISATION DES VICTIMES D'INFRACTIONS

T. Tisserand

**L**ES ARTICLES 706-3 et suivants et R 50-1 à R 50-28 du Code de procédure pénale régissent les modalités d'indemnisation des victimes d'infractions. Après trois décennies d'évolution législative, les victimes de la délinquance bénéficient, au titre de la solidarité nationale, d'une réparation intégrale ou plafonnée de leur préjudice selon sa nature ou sa gravité. Cette étude examine la mise en œuvre de cette indemnisation.

## UN FONDS ET UN SYSTÈME D'INDEMNISATION UNIQUES POUR UNE PROCÉDURE ORIGINALE

### **Les acteurs du système d'indemnisation : FGTL et CIVI (loi du 06 juillet 1990)**

Le système d'indemnisation est financé par le prélèvement d'une contribution sur les contrats d'assurances de biens souscrits sur le territoire français (3,30 € pour 2007) et est donc assumé en France

par la collectivité nationale. Il l'est également par le recours que le Fonds exerce contre les responsables d'infractions, étant subrogé dans les droits de la victime (art. 706-11 du CPP). Il peut ester en justice afin de recourir contre l'auteur.

**a) Le FGTI est géré par le Fonds de Garantie des assurances obligatoires de dommages** (ancien FGA créé par la loi du 31 décembre 1951). Doté de la personnalité civile, il règle les indemnités allouées par la CIVI sous réserve d'appel (art. 706-9 du CPP).

**b) Le législateur a spécialement dédié la CIVI à l'indemnisation des victimes** (art. 706-4 du CPP). Elle est installée dans le ressort de chaque TGI. Le Parquet y siège. Le Fonds conclut devant elle. L'auteur n'est ni présent ni représenté. Elle se prononce en premier ressort. Son Président a la possibilité d'ordonner toutes mesures provisoires pour faciliter l'instruction de la demande (art. 706-6 du CPP).

### **Une procédure originale**

**a) Simplicité des règles de saisine et de compétence :**

- *La saisine* : la personne lésée, son représentant ou son mandataire adresse au greffe sa requête signée qui contient tous renseignements utiles à l'instruction de la demande d'indemnité (art. R 50-9 et R 50-10 du CPP) et est transmise sans délai au FGTI et au Parquet. Le recours à un avocat n'est pas obligatoire, la procédure est gratuite ;
- *La compétence* : la CIVI compétente pour connaître de la demande est celle du TGI du domicile du demandeur ou celle de la juridiction pénale saisie de l'infraction.

**b) L'évolution législative de la procédure d'indemnisation des victimes** est marquée par l'émergence du principe transactionnel pour réparer le préjudice né de l'infraction (loi du 9 mars 2004 dite Perben II et décret du 27 mai 2005). Initialement, le processus d'indemnisation n'est que judiciaire : instruction, audiencement et jugement par la CIVI. Ce principe n'a pas résisté longtemps à l'augmentation des requêtes, allongeant les délais. Le législateur a donc posé le principe que l'indemnisation est transactionnelle et à défaut judiciaire.

• *Le principe d'une indemnisation transactionnelle en cas d'accord entre le FGTI et la victime* (nouvel art. 706-5-1 du CPP, partie législative, et art. R 50-12-1 et 2, partie réglementaire). Le FGTI est tenu, dans un délai de deux mois à compter de la réception d'une requête complète, de présenter une offre d'indemnisation à la victime. En cas d'acceptation, le FGTI transmet au seul Président de la CIVI le

constat d'accord aux fins d'homologation. Il confère force exécutoire à la transaction. L'indemnisation de la victime doit être plus rapide, le règlement intervenant dans le délai d'un mois suivant la notification de la décision d'homologation. Il s'agit d'une transaction *encadrée*, car un magistrat professionnel doit l'homologuer.

- *À défaut d'accord, une indemnisation judiciaire.* En cas de refus motivé du FGCI, de refus de l'offre ou d'absence de réponse de la victime dans un délai de deux mois, ou de refus d'homologuer du Président, la phase d'instruction et d'audience reprend comme précédemment, la CIVI rendant alors un jugement. La nouvelle procédure permet une indemnisation de la victime simplifiée et accélérée. Aujourd'hui, plus de 70 % des affaires se règlent par un accord entre le FGCI et la victime.

### c) Une juridiction souveraine et autonome

La CIVI est une juridiction autonome et souveraine. Elle n'est pas liée par les décisions rendues par les juridictions de l'ordre judiciaire, que ce soit pour indemniser le préjudice ou pour apprécier l'existence d'une faute de la victime. La Cour de Cassation a rappelé que la Civi doit évaluer elle-même le préjudice sans référence à un jugement rendu auparavant et qu'elle doit elle-même apprécier si on peut retenir une faute à l'encontre de la victime.

Cette souveraineté et cette autonomie permettent à la victime de saisir la CIVI en tout état de la procédure pénale, même en cours d'instruction et sans attendre qu'un jugement soit rendu à l'encontre du responsable.

La Cour suprême a ainsi rappelé qu'en matière d'indemnisation des victimes d'infractions le principe du contradictoire doit s'imposer dans les débats pour l'examen du préjudice et de la faute de la victime (2<sup>e</sup> civ. 07/07/1993 JCP 1993 IV p 281 ; 2<sup>e</sup> civ. 11/12/2003 Semaine Juridique G 4 février 2004 n° 6 p 256).

La loi Perben II officialise les principes de souveraineté et d'autonomie puisque, pour qu'il puisse y avoir transaction, les parties doivent être libres d'engager des négociations et de faire les concessions réciproques visées par l'article 2044 du Code civil.

Le recours à la CIVI permet à la victime de recevoir une réparation de la part de la collectivité. Sa demande ne pourra toutefois être satisfaite que si elle obéit aux conditions fixées par les textes.

## DEUX RÉGIMES D'INDEMNISATION DISTINCTS

L'indemnisation intégrale des atteintes corporelles les plus graves nées d'une infraction est visée par l'article 706-3 du CPP. Atteintes corporelles légères et préjudice matériel résultant de certaines infractions font l'objet d'un secours plafonné soumis aux dispositions de l'article 706-14 du CPP. Il existe donc deux régimes d'indemnisation distincts selon la nature et la gravité du préjudice, avec des conditions de recevabilité propres. Certaines conditions d'indemnisation sont communes.

Des exclusions légales ou jurisprudentielles concernent des victimes bénéficiant d'autres régimes d'indemnisation (art. 706-3, 2<sup>e</sup> du CPP).

### **Conditions de recevabilité communes aux deux régimes**

#### *Conditions de lieu de survenance de l'infraction et de nationalité*

Lorsque l'infraction est commise sur le territoire national (France métropolitaine, Dom, Tom), la victime doit être soit de nationalité française, soit ressortissante d'un État membre de la CEE, soit, pour les personnes de nationalité étrangère, en séjour régulier lors des faits ou du dépôt de la requête (art. 706-3 3<sup>e</sup> du CPP).

Si l'infraction est commise à l'étranger, seule la victime de nationalité française lors du dépôt de la requête peut être indemnisée (ou ses ayants droit de nationalité française).

#### *Délai de saisine*

L'article 706-5 du CPP dispose qu'à peine de forclusion il faut présenter la demande moins de trois ans après l'infraction. Si on exerce des poursuites pénales, le délai est prorogé et n'expire qu'un an après la décision de la juridiction qui a statué définitivement sur l'action publique ou civile engagée devant la juridiction répressive. Lorsque l'auteur est condamné à des dommages et intérêts, le délai d'un an court à compter de l'avis donné par la juridiction (art. 706-15 du CPP). La jurisprudence a précisé les conditions d'application de ce texte : lorsque la juridiction pénale n'a statué que sur l'action publique et ordonné une expertise, on ne peut opposer la forclusion à la victime dont l'action civile est toujours pendante. La prorogation du délai de forclusion ne saurait jouer lorsque seul le juge civil a été saisi et a statué.

La CIVI peut relever la victime de la forclusion encourue si elle n'a pas été en mesure de faire valoir ses droits dans les délais requis ou qu'elle a subi une aggravation de son préjudice (corporel uniquement) ou pour

tout autre motif légitime qui doit être précisé. D'après la jurisprudence ne sont pas des motifs légitimes la méconnaissance de la loi prévoyant l'indemnisation, la douleur des proches lorsqu'ils étaient représentés par un avocat lors du procès pénal et les tentatives de recouvrement contre l'auteur.

### *Les faits générateurs du dommage*

Pour être indemnisé, le requérant doit apporter la preuve qu'il a été victime de faits présentant le caractère matériel d'une infraction (art. 706-3 1<sup>er</sup> du CPP). L'élément matériel de l'infraction (selon la loi française) doit être dégagé. La CIVI doit au besoin qualifier celle-ci si cela n'a pas été fait par la juridiction pénale ou si l'auteur reste inconnu.

La jurisprudence n'impose pas à la victime d'agir contre l'auteur de l'infraction avant de saisir la CIVI ; celle-ci peut donc être saisie à tout moment, même en cours d'instruction et même si le responsable du dommage est solvable ou assuré : sa saisine n'est pas subsidiaire.

C'est l'infraction, donc la faute pénale de l'auteur, sanctionnée par la juridiction répressive, qui déclenche la procédure d'indemnisation dans 80 % des cas. La Cour de Cassation a jugé, à maintes reprises, que la CIVI est liée par la qualification pénale retenue par la juridiction pénale pour statuer sur la recevabilité de la requête. Il s'agit de l'application traditionnelle du principe selon lequel le pénal tient le civil en l'état.

Si aucune poursuite n'est diligentée et/ou que l'auteur est inconnu, il appartient à la CIVI de rechercher par elle-même si les faits incriminés présentent le caractère matériel d'une infraction.

En cette matière, la jurisprudence est abondante et nous ne citerons que quelques exemples :

**La victime** a subi un préjudice du fait de l'échec d'une opération de chirurgie esthétique. La cour d'appel énonce que l'existence d'une infraction ne peut se déduire de la seule absence de réussite de l'acte chirurgical et de l'apparition d'un préjudice, lequel peut être en relation avec l'acte médical pratiqué sans l'être pour autant avec une faute pénale. La cour d'appel ne peut admettre la recevabilité de la demande sans relever les circonstances pouvant caractériser l'intervention d'un tiers, élément matériel de l'infraction (2<sup>e</sup> civ. 12/09/2002 *Rec. Dalloz* n° 34 p 2659 ; cf. 2<sup>e</sup> civ. 20/04/2000 *Rec. Dalloz* n° 21 p 158).

**Le baigneur** qui plonge du haut des rochers et est grièvement blessé n'a pas été victime de faits présentant le caractère matériel d'une infraction et son dommage résulte de sa propre erreur d'appréciation.

L'article 706-7 du CPP énonce que, si on engage des poursuites pénales, la décision de la commission peut intervenir avant qu'on ait statué sur l'action

publique. Il précise aussi que la Civi peut surseoir à statuer jusqu'à décision définitive de la juridiction répressive.

## **Conditions propres à chacun des régimes**

### *Conditions propres à l'article 706-3 du CPP*

Il stipule que toute personne ayant subi un préjudice résultant de faits, volontaires ou non, qui présentent le caractère matériel d'une infraction peut obtenir la réparation intégrale des dommages résultant des atteintes à sa personne lorsque ces faits ont entraîné, soit la mort, soit une incapacité permanente partielle (IPP), soit une incapacité totale de travail personnelle (ITT) supérieure à un mois. Les victimes de viols ou d'agressions sexuelles n'ont pas à en justifier. L'alinéa 2 de l'article 706-3 du CPP prévoit l'indemnisation, sans condition de gravité, des victimes de crimes et délits sexuels. La tentative d'agression sexuelle doit être indemnisée à ce titre. En revanche, des infractions voisines (corruption de mineur, par exemple) ne peuvent être indemnisées.

### *Conditions propres à l'article 706-14 du CPP :*

Lorsque la victime subit des atteintes légères à sa personne (ITT inférieure à un mois et absence d'IPP), elle doit agir sur le fondement de l'article 706-14 du CPP pour obtenir la réparation partielle de son préjudice.

Cet article accorde également une réparation partielle aux victimes d'un vol, d'une escroquerie, d'un abus de confiance, d'une extorsion de fonds ou d'une destruction, d'une dégradation ou d'une détérioration d'un bien leur appartenant, cette indemnisation résultant de la nature *matérielle* du dommage. La liste de ces infractions est strictement limitative, la CIVI est liée par la qualification pénale retenue par le juge répressif (2<sup>e</sup> civ. 26/09/2002 *Semaine Juridique G* 30/10/2002 2721 p 1978).

Les conditions d'accès à cette indemnisation sont strictes ; dès lors qu'elles ne sont pas remplies, la demande est irrecevable :

- *Condition de ressources* : les ressources de la victime doivent être inférieures au montant du plafond légal prévu pour obtenir l'aide juridictionnelle. Cette condition est *éliminatoire* et la demande est irrecevable dès qu'elle n'est pas remplie. L'article R 50-10 du CPP énumère les pièces à produire. Seules les ressources propres de la victime, notamment si elle est étudiante ou mariée, sont prises en considération.

- *Condition de non-indemnisation par ailleurs* : la victime doit justifier ne pas avoir été indemnisée à un autre titre.
- *Condition de situation matérielle ou psychologique grave* : la victime doit apporter la preuve que, du fait de l'infraction, elle se trouve dans une situation matérielle ou psychologique grave. Ces notions s'examinent *in concreto*.

Les juges du fond considèrent que l'infraction aura mis la victime dans une situation matérielle grave dès qu'elle aura durablement grevé son patrimoine. Pour la situation psychologique grave, la victime devra justifier, pièces médicales à l'appui, des traumatismes induits par l'infraction.

Des réflexions sont actuellement menées pour élargir l'accès à l'indemnisation sur la base de l'article 706.14 du CPP.

## LA RÉPARATION DU PRÉJUDICE, INTÉGRALE OU PLAFONNÉE, PEUT ÊTRE RÉDUITE OU EXCLUE EN RAISON DE LA FAUTE DE LA VICTIME

**Le principe :** La personne (ou ses ayants droit) victime d'atteintes graves à sa personne (*cf. art. 706-3 du CPP*) peut obtenir réparation intégrale de son préjudice de la part de la collectivité.

La personne victime d'atteintes légères à sa personne ou de l'une des infractions prévues par l'article 706-14 du CPP peut obtenir de la collectivité une indemnité strictement plafonnée, définie comme un secours aux personnes les plus défavorisées. Enfin, la faute de la victime peut réduire, voire supprimer tout droit à réparation en sa faveur ou en faveur de ses ayants droit.

### Réparation intégrale ou plafonnée du préjudice

#### *Réparation intégrale (article 706-3 du CPP)*

Les règles du droit commun de la réparation s'appliquent en la matière. Il s'agit d'indemniser les préjudices patrimoniaux et extrapatrimoniaux subis par la victime au regard du déficit physiologique ou psychologique subi. La CIVI a une souveraineté totale d'appréciation du montant des indemnités qu'elle alloue.

Les postes de préjudice indemnisables sont traditionnels, que la victime soit blessée ou décédée. Les règles d'indemnisation ne font

pas l'objet de la présente étude. Il faut tenir compte de toutes les sommes perçues par la victime pour le même préjudice : prestations versées par les organismes sociaux, règlements de l'auteur, indemnités des assureurs (art. 706-9 du CPP).

### *Réparation plafonnée (article 706-14 du CPP)*

La victime obtiendra dans tous les cas une indemnité plafonnée égale à trois fois le montant mensuel du plafond de ressources prévu pour obtenir l'aide juridictionnelle partielle (3 984 € pour 2008).

### **La faute de la victime et son incidence sur le préjudice**

Dès que la condition de recevabilité est remplie, il reste à déterminer si la victime a droit à la réparation intégrale de son préjudice selon les règles du droit commun de la responsabilité civile, et notamment si elle a pu commettre une faute civile réduisant, voire excluant son droit à réparation (art. 706-3 du CPP *in fine*).

L'esprit du système est d'exprimer la solidarité due aux victimes de la délinquance, mais il ne saurait permettre aux victimes qui participent elles-mêmes à cette délinquance d'obtenir réparation. La faute de la victime ressort donc de la notion de prise de risque et peut être soulevée et retenue par les juges du fond, même si la victime n'a fait l'objet d'aucune condamnation au pénal.

Dans le procès pénal, le plaignant est la victime d'un tiers. Dans l'action engagée devant la CIVI, le requérant est non seulement victime d'un tiers mais également et surtout de la délinquance au sens large, fait de société dont la collectivité nationale est chargée, au nom de la solidarité, d'assumer l'indemnisation du fait de la carence du tiers. La Cour de Cassation l'a notamment rappelé (GP 28-30 nov. 2004 p 20 *Rec. Dalloz* n° 18 p 1198).

Les articles 706-3 et suivants du CPP ont bien instauré une procédure civile d'indemnisation avec toutes les conséquences de droit qu'elle implique. L'enjeu est de déterminer quelle indemnisation allouer à la victime et si le rôle que celle-ci a pu jouer dans la réalisation de son dommage est de nature à réduire ou à exclure son droit à réparation ou celui de ses ayants droit. L'appréciation de cette faute relève donc des pouvoirs du juge du fond.

En matière d'infraction matérielle sur le fondement de l'article 706-14 du CPP, la faute de la victime pourra consister dans le fait de s'être fait dérober sa carte bleue en laissant à portée de main et dans le même étui son code bancaire confidentiel ou de s'être fait dérober des objets

entreposés dans un véhicule non fermé à clé. Il s'agit là de négligence grave sans laquelle le vol n'aurait pu avoir lieu.

En matière de réparation du préjudice corporel, cette faute peut résulter d'une attitude provocatrice de la victime (insulte, menace avec arme, imprégnation alcoolique à l'origine d'une bagarre). Cette notion de prise de risque est d'ailleurs appliquée à des victimes, blessées ou décédées, alors qu'elles participent à des activités délictueuses (consommation de stupéfiants, grand banditisme) que la société ne saurait indemniser. Si l'auteur identifié peut être condamné par la juridiction pénale, aucune condamnation pénale n'a été prononcée à l'encontre de la victime, mais sa faute est retenue excluant tout droit à réparation.

Avec 240 millions d'Euro d'indemnités réglées aux victimes en 2007, le FGTI a fait la preuve de son efficacité. Le législateur souhaite d'ailleurs lui confier une mission d'aide au recouvrement des dommages et intérêts alloués par les juridictions en faveur des victimes ne pouvant bénéficier de la CIVI. Le système d'indemnisation des victimes, tel qu'il existe ou existera, met au service de leur cause des moyens financiers et humains considérables. Son financement sera à l'avenir l'élément-clé de son évolution et de la pérennité de la prise en charge des victimes.



## *Chapitre 32*

---

# L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL DES VICTIMES

L'aide aux victimes a-t-elle  
ou peut-elle avoir compétence  
en accompagnement social ?

N. Tercq, A. Clesse

« L'histoire de l'aide aux victimes est celle d'un double mouvement : d'une part améliorer les conditions d'indemnisation et de participation de la victime au procès pénal ; d'autre part, faire bénéficier la victime de la solidarité nationale en soutenant la création d'associations, pour l'accueil, l'écoute et l'information des victimes. »

Réduction d'effets induits par la vie en collectivité, organisation d'une action publique à vocation d'aide à l'égard de la population, mise en œuvre professionnelle de missions et de mandats, il s'agit donc bien d'une définition (Barreyre, Bouquet, 2006) de l'action sociale retenue par le travail social.

L'évolution de la prise en compte des victimes d'infraction, en tant que groupe social, à l'égard desquelles la collectivité entend exercer

une action, est une avancée fondamentale. Ces actions sont de deux ordres : octroi d'indemnisations d'une part et création d'associations conventionnées d'aide aux victimes et de prévention des victimisations secondaires, chargées d'accueillir et d'accompagner les victimes d'infractions d'autre part. Ces nouveaux acteurs, par leur travail quotidien aux côtés des personnes, ont permis de mieux cerner et comprendre les besoins et attentes de ce nouveau public et ainsi de tenter d'y répondre. Les professionnels de terrain peuvent comprendre combien les situations individuelles des victimes ne se résument pas à l'infraction en elle-même, mais bien à la conjonction de l'infraction subie et de la situation sociale de la personne. Famille, environnement, santé, emploi, autant de domaines que nous partageons dans notre singularité et sur lesquels l'infraction vient retentir de manière différente.

Ainsi, les associations d'aide aux victimes sont amenées à intervenir, et sur le volet de la procédure judiciaire, et sur le champ social et individuel. Au même titre, d'ailleurs, que les associations du réseau Citoyen-Justice sur le versant des personnes mises en cause. L'institutionnalisation de l'INAVEM en fédération a permis une modélisation et une homogénéisation des pratiques et des mandats confiés à l'aide aux victimes. Dans le même sens, la professionnalisation des acteurs de l'aide aux victimes est une condition majeure à la validité de la mission d'aide aux victimes dévolue par les pouvoirs publics. Elle est la garantie pour l'usager de l'exercice d'un droit légal uniforme sur l'ensemble du territoire de la République.

L'accompagnement social tel que défini pour le travail social (Barreyre, Bouquet, 2006) met en jeu « l'acte ou le processus intégratif de comprendre ou de faire comprendre », « par des relations de proximité où l'échange s'effectue dans une sphère affective », avec « un processus méthodologique d'une relation contractuelle d'insertion entre un agent spécialisé et un usager d'un service ou d'un dispositif d'action sociale ».

L'accompagnement social repose sur « trois compétences de la pratique professionnelle : la prise en compte de la situation sociale, telle que construite par l'usager, sujet de droit ; la compréhension de la dynamique de l'action dans le cadre des contraintes, des potentialités et des événements qui la fondent ; l'adaptation de l'action commune à un champ de possibilités stratégiques ».

C'est ainsi que, en proposant le soutien d'un psychologue diplômé, l'information aux démarches judiciaires par des juristes et le service de travailleurs sociaux, l'aide aux victimes paraît compétente en matière d'accompagnement social. Mais comment ?

## LE PUBLIC ACCUEILLI

Les victimisations, quelques formes qu'elles puissent prendre, propulsent l'individu dans l'incertitude et la remise en question d'une part importante de ses projets et de ses choix de vie. Se trouvant en position d'avoir subi l'infraction pénale, la réaction intellectuelle nécessaire pour en affronter les conséquences se trouve parasitée par différents éléments : conflits, ruptures familiales ou professionnelles, séquelles physiques, psychologiques, perte de logement, de ressources ou de revenus. Différentes questions se posent à la victime dans les champs social et judiciaire dont souvent les dispositifs ne sont pas connus ou maîtrisés : confusion des juridictions, confusion des rôles et missions de la police et de la justice, méconnaissance des droits sociaux, des dispositifs et des compétences des institutions sociales.

Par ailleurs, toutes les personnes reçues ne sont pas victimes d'infraction pénale. Elles s'adressent aux associations car elles peuvent ressentir un profond sentiment d'injustice, ou se trouver dans une situation à laquelle elles ne savent faire face et pour laquelle elles pensent que les associations pourraient intervenir. La réponse sociale est donc à ce titre la plus pertinente car l'assistant social pourra évaluer la demande de la personne et orienter vers les relais adaptés à la problématique avancée. Pour qu'elle soit opérante, cette orientation doit se faire au regard de la connaissance du professionnel de l'action sociale locale, des dispositifs et des droits de la personne.

## L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL DES VICTIMES

L'accompagnement social repose sur une méthodologie d'intervention dynamique. Il se situe dans le champ psychosocial pour plusieurs raisons. La victime, lorsqu'elle contacte une association d'aide aux victimes, livre en vrac un certain nombre de demandes de besoins formulés ou pas, en tout état de cause enchevêtrés et désorganisés. L'infraction, en règle générale, engendre une souffrance qui vient se greffer sur une histoire de vie qui a déjà connu tout un cheminement. C'est cette interaction qui déterminera les diverses atteintes sur la personne et ses potentialités à les résoudre.

### **L'accueil**

L'accueil doit passer par un cadre matériel satisfaisant concernant les locaux, l'environnement, mais également la qualité relationnelle. Le

premier contact avec le service déterminera les conditions de mise en confiance de la victime. Cette rencontre doit être détendue, bienveillante et chaleureuse. Elle doit déjà adresser un message de lieu de paix et de reconnaissance. À la suite de cet accueil, la victime sera écoutée lors d'entretiens souvent multiples par un permanent de l'aide aux victimes. Le premier entretien social aura pour fonction de permettre à la victime de verbaliser spontanément dans le sens de son vécu, ses demandes de renseignements, ses doutes, ses inquiétudes, ses souffrances, sa détresse plus ou moins consciente. Il s'agit pour elle d'un lieu propre destiné à recevoir l'ensemble de son mal-être avec l'intensité qu'elle lui donne et dans le laps de temps qui lui est nécessaire. Cet entretien initial devra permettre au professionnel d'organiser les différents niveaux de prise en charge notamment en termes d'urgence et de durée. Mais il convient au préalable de respecter un temps d'écoute.

### **L'écoute**

L'écoute conduit la personne à être entendue, reconnue dans ses propos. Elle lui permet de livrer avec ses mots, sa douleur, son ressenti, son vécu d'aujourd'hui. La victime exprimera « en bloc » les conséquences de l'infraction sur sa famille, sur son entourage, qui ne manqueront pas de compliquer sa propre situation. Comme, par exemple, l'émergence d'un sentiment d'insécurité permanent qui entraîne chez elle une irritabilité, source d'insupportabilité de la part des siens. Le désir réel de l'écoutant de comprendre au niveau exprimé par la victime, ses troubles, ses interrogations, l'ensemble du discours qu'elle livre apparaît donc indispensable. Ce temps nécessaire diffère selon l'histoire de chacun. Il s'agit d'une phase indispensable dans la qualité de nos prises en charge qui va permettre d'établir pour et avec la victime une réelle évaluation. Le professionnalisme de cette rencontre passera de façon indéniable par une distanciation avec la personne, une maîtrise de l'entretien et une qualité relationnelle certaine.

### **Un temps d'évaluation et de diagnostic**

Il convient de différencier, dans le discours de la victime, la demande exprimée, celle non formulée et d'organiser les divers niveaux d'aide ainsi que les priorités d'interventions. Ainsi une simple demande administrative cache souvent une autre demande d'aide. Le temps d'évaluation, décisif dans l'approche de la victime, est un moment « clé » de nos actions de services d'aide aux victimes, de diagnostiqueurs de leurs besoins. Une première approche de globalité prend racine dans cette

action, elle permettra de restituer à la victime une entité éclatée lors du préjudice subi. L'opportunité des actions à envisager et la pertinence de ce classement se vérifieront au cours de cette phase d'évaluation.

### **Mise en place de la prise en charge**

L'objectif de la prise en charge sera donc de remédier à l'éclatement de la personne en permettant des réponses le plus possible centralisées en terme de lieu et circonscrites dans leur durée. En terme de lieu, il importe de proposer à la victime un maximum de réponses à ses difficultés en un lieu unique, qui prend la forme de nos associations. Un tel « guichet unique » proviendra de l'établissement d'actions en réseau et en complémentarité avec les divers professionnels qui auront à entourer la victime. En ce sens, nous avons élaboré à Pau des partenariats avec les avocats, les médecins de recours qui rencontrent les victimes dans les locaux de l'association. La cohérence de ces réponses permet aux victimes d'organiser mieux leur réparation.

En terme de durée, il faut répondre par des actions d'urgence, de moyen terme ou de long terme. Il est indispensable que les réponses soient apportées aux victimes dans la durée et dans la pertinence des propositions. Pour chacune d'entre elles, l'interaction entre leur vie aujourd'hui, leurs manques du fait de l'infraction et leurs désirs met en exergue des priorités d'actions à des niveaux divers mais complémentaires. Nous distinguerons essentiellement deux grandes catégories de prises en charge : l'une généraliste ; l'une spécialisée.

#### *Prise en charge généraliste*

L'ordre des réponses à adopter varie suivant chaque victime, chaque histoire et concerne, pour l'essentiel, les domaines suivants, présentés ci-après, sans classement particulier : domaine médical, administratif, financier, professionnel, matériel, social, psychologique, familial, judiciaire, affectif et moral. Un manque de réponse à ces divers besoins entraîne des effets secondaires préjudiciables et une aggravation de leur situation. La victime doit concentrer tout d'abord son énergie à gérer et à assimiler le vécu de l'infraction. Les dérapages liés aux effets secondaires, périphériques à cette situation, peuvent alors mettre à jour des dysfonctionnements divers et souvent familiaux. Sont ainsi susceptibles d'apparaître des manques essentiels : manques financiers ; manques affectifs ou d'entourage, notamment.

### *Prise en charge spécialisée*

Lorsque la prise en charge sociale généraliste est établie, tant en termes de durée, de lieu que de niveaux d'intervention, il s'agit alors d'activer des réseaux spécialisés. Selon les « catégories de victimes » existent des réseaux structurés comme ceux notamment de prise en charge de femmes, d'enfants, de personnes âgées, d'étrangers.

## LA SPÉCIFICITÉ DU TRAVAILLEUR SOCIAL DE L'AIDE AUX VICTIMES

Parce qu'il est un technicien de la relation d'aide, l'assistant de service social est un professionnel particulièrement adapté à l'accueil des victimes en commissariat et en brigades. En effet la formation initiale ouvre sur des champs très divers : relations humaines, sociologie, droit, législation sociale, économie, santé, techniques d'intervention sociale, entre autres. Cette formation de trois années est sanctionnée par un diplôme d'état. En outre cette profession est réglementée par divers textes législatifs, dont notamment le Code pénal en ce qui concerne le secret professionnel. La fonction sociale de cette profession participe à la garantie d'une certaine forme de cohésion sociale puisqu'elle tend à réduire les inégalités, permet l'accès aux droits et œuvre à rendre à la personne son statut d'acteur dans la société. L'assistant de service social dispose donc d'une formation qui lui permet d'envisager la complexité des problématiques de l'individu, leur sens et leur inscription dans le contexte personnel de la victime. Cette formation initiale est complétée par des apports théoriques spécifiques.

## DES PROFESSIONNELS COMPÉTENTS ET DIFFÉRENTS QUI S'ARTICULENT

Les personnels des associations sont des professionnels diplômés salariés, et aussi des bénévoles issus des milieux judiciaires en général. Ces professionnels – juristes, psychologues, travailleurs sociaux – bien qu'issus de champs différents partagent les mêmes cadres d'intervention et la même déontologie qui permettent d'assurer la cohérence et la permanence de l'offre de service sur l'ensemble du territoire. La pluridisciplinarité des équipes est l'atout majeur de l'accompagnement des victimes. Ainsi toutes les conséquences des victimisations sont prises en compte en fonction des besoins des usagers. L'équipe pluridisciplinaire évite donc le morcellement des prises en charge puisque chacun des

aspects des victimisations va être traité dans la complémentarité de l'aide apportée. La victime, si elle le souhaite, peut-être soutenue sur la globalité des conséquences liées à l'infraction. Quel que soit le professionnel avec lequel la personne sera en lien en premier, un diagnostic global sera posé sur sa situation, après consultation, au cas de besoin, de l'ensemble de l'équipe. Le professionnel le plus concerné sera alors le référent, garant de la prise en charge. Il organisera au sein de l'équipe l'intervention de ses collègues en fonction de la hiérarchisation et de l'ordonnance des besoins de la victime. L'intervention de l'association est donc individualisée et globale.

## MISE EN ŒUVRE EN COHÉRENCE AVEC L'ÉQUIPE ET LES PARTENAIRES

Les orientations effectuées font toujours l'objet, avec l'accord des personnes, d'une liaison avec les services à qui elles sont adressées afin d'assurer un relais efficace. Il ne serait pas cohérent, compte tenu des missions, d'assurer le suivi social des personnes quand un relais est effectivement opéré, ou qu'un accompagnement social est déjà en place. Il n'est donc pas question de se substituer au droit commun de l'action sociale. En fonction des objectifs issus du plan d'aide et négociés avec la victime, des contacts sont pris avec l'équipe pour organiser une première rencontre avec le professionnel pressenti. D'autres contacts se feront en direction des partenaires ou du réseau. Ils auront pour but d'indiquer synthétiquement la problématique de la personne, la raison pour laquelle elle est orientée, les autres intervenants pressentis ou en place, la trame du projet global et les difficultés exprimées par la victime pour les mettre en œuvre.

## CONSTITUTION DU RÉSEAU

La connaissance de l'action sociale locale et de ses acteurs est primordiale pour opérer des relais efficaces. En effet, il est important de connaître les compétences des institutions en matière d'action sociale pour éviter les orientations inadaptées. Une personne isolée ne dépend pas, par exemple, du même organisme qu'une famille, un jeune ou une personne handicapée. Chacun de ces services a des missions et un fonctionnement propres bien connus du travailleur social. Par ailleurs, issus de la même formation, le dialogue et la confiance sont d'autant plus facilement partagés. Le travailleur social est donc un atout majeur dans la rapidité des réponses sociales nécessaires à la situation des victimes.

Les institutions d'action sociale ne sont pas les seules à œuvrer dans ce champ et nombre d'associations assurent des délégations de service public en la matière. Certaines d'entre elles, en réaction à des problématiques spécifiques, ont souhaité se constituer en réseau de manière à optimiser l'organisation des réponses à y apporter. Ces réseaux formels ou informels s'adressent donc à des catégories de public : personnes âgées, parents en difficulté éducative, femmes victimes de violences conjugales, jeunes, familles vivant en dessous du seuil de pauvreté, notamment. La cotraitance de la prise en charge pluri-institutionnelle se fait de manière concertée. Cela implique que chacun des protagonistes, y compris l'usager, connaisse parfaitement les champs de compétences et les limites de leurs actions. Chacun dans son domaine œuvre en complémentarité mais l'association reste référente au regard des missions et mandats confiés par l'institution judiciaire.

## L'ÉVOLUTION DE LA PRISE EN CHARGE

Les auteurs intéressés par l'aide aux victimes ont démontré que le repli des victimes après l'infraction pouvait être prévenu par un contact précoce avec les associations. C'est la raison pour laquelle il est apparu primordial que ce contact, dans le cadre d'une démarche pro-active, soit proposé aux victimes, au plus près de la commission des faits, afin de permettre la prévention des mécanismes d'exclusion liés à la victimisation. Les associations ont fourni en ce sens un effort particulier en assurant des permanences en commissariats de police ou en brigades de gendarmerie.

Depuis 20 ans le travail des associations a permis de mettre en lumière les premiers besoins des victimes : de l'information juridique autour des droits des victimes à leur accompagnement dans la procédure judiciaire, du soutien psychologique à la reconnaissance du traumatisme. Aujourd'hui nous parlons de prise en charge globale de l'ensemble tant le retour d'expérience des associations a mis en évidence les conséquences importantes des victimisations dans les situations individuelles des victimes. C'est souligner la complexité de plus en plus importante de cette prise en charge et la grande nécessité d'une action pertinente et concertée à tous les niveaux d'intervention de l'aide aux victimes. Mais le défi ne réside-t-il pas aussi dans la rencontre du travail social avec un nouveau public et dans la construction de nouvelles pratiques sociales en direction des victimes ?

## *Chapitre 33*

---

# RÉPARATION GLOBALE DE LA VICTIME D'INFRACTION

N. Pignoux

**T**RADITIONNELLEMENT, la réparation renvoie à la réparation patrimoniale. Mais, lorsqu'elle se rapporte à la victime d'infraction, elle se conçoit comme un concept pluridisciplinaire comprenant également une dimension extrapatrimoniale recouvrant la réparation processuelle, la réparation psychologique et la réparation sociale. Surtout, elle n'est ni une simple juxtaposition, ni une accumulation désordonnée des éléments qui la composent.

Censée restituer l'ordre dans la vie de la victime en mal de repères, elle suppose un agencement construit sur le mode de la complémentarité, exclusif de tout morcellement et sous-entend le partenariat entre ses différents acteurs. Ainsi circonscrite, la réparation de la victime d'infraction pénale constitue un concept global. Lorsque l'un de ses volets est carencé, c'est l'intégralité de l'édifice qui est fragilisé. En d'autres termes, s'il y a *des* formes de réparation, il y a néanmoins *une* réparation, entité englobante devant être envisagée dans son unicité pour pouvoir répondre aux besoins des victimes, qui vivent les conséquences de la victimisation comme un ensemble indissociable sans se préoccuper de savoir de quels domaines de compétence relèvent les besoins éprouvés. Cette conception n'étant pas une évidence théorique, son contenu mérite d'être explicité.

La globalisation de la réparation n'est pas davantage une évidence pratique. Insuffisamment distinguées, les différentes dimensions de la réparation tendent à se confondre. Plus particulièrement, le procès pénal semble exercer un attrait démesuré sur les victimes, qui se tournent vers lui de manière quasi naturelle pour obtenir une réparation qu'il n'est pas toujours capable de leur procurer. Sans prétendre à l'exhaustivité, il conviendra d'envisager différents symptômes de ce phénomène, qui rend la globalisation perfectible.

## LA NOTION DE RÉPARATION GLOBALE DE LA VICTIME D'INFRACTION

Classiquement, l'infraction génère des préjudices appelant une réparation patrimoniale qui, pour être largement admise dans son principe, ne sera pas abordée. Assimilable à un acte de domination momentanée (Baril, 2002), l'infraction provoque également une perte de repères et d'estime de soi. Subordonnée à la volonté d'autrui, la victime prend conscience de son impuissance et vit son incapacité à réagir comme une perte de dignité. Elle se croyait forte, l'infraction lui renvoie l'image d'un faible. Pour dépasser de tels sentiments, elle a besoin d'une réaffirmation normative et d'une réappropriation du conflit qui l'oppose à l'infraction. Dès lors, elle doit bénéficier d'une réparation processuelle, réparation d'ordre symbolique obtenue via la participation au procès pénal au sens strict, c'est-à-dire au volet pénal de la procédure se déroulant devant le juge répressif, indépendamment de l'exercice de l'action civile. Toutefois, pour que le procès pénal ait un sens, la victime doit être capable de l'appréhender sereinement. Une prise en charge psychologique et sociale précoce peut y pourvoir.

### **La réparation processuelle**

La réparation processuelle est, tout d'abord, une réparation substantielle. La peine en est une composante mais, d'une part, elle ne l'épuise pas et, d'autre part, la satisfaction des victimes n'est pas proportionnelle au *quantum* de la peine. En outre, la fonctionnalité réparatrice de la peine ne procède pas nécessairement d'un désir de faire souffrir et de châtier le coupable. Si les désirs de vengeance et de punition ne sont pas totalement absents chez les victimes, ils ne représentent pas la réaction la plus répandue.

Dès lors, les raisons du caractère réparateur de la peine sont d'un autre ordre. La sanction pénale s'apparente à un contrepoids que la victime

s'approprie pour exprimer sa résistance et s'extirper du sentiment de vulnérabilité qui l'a envahie au moment de la commission de l'infraction et qui, peut-être, se poursuit. L'attachement à la peine peut aussi s'expliquer par une obligation civique de protéger autrui et de contribuer au respect de la loi. Mais, en définitive, les victimes sont sans doute moins attachées à la peine qu'à son préalable : la déclaration de culpabilité qui, en scellant l'innocence de la victime, restitue à chacun la qualité qui lui est due et met un terme à l'éventuel sentiment de culpabilité éprouvé par la victime.

Surtout, au-delà de la déclaration de culpabilité et de la peine, la réparation processuelle renvoie à la quête de récit et de vérité factuelle. La victime veut comprendre les raisons de l'agression et les circonstances de sa commission. Dans ce contexte, l'aveu a plus de valeur, en termes de reconnaissance du mal causé, que la déclaration de culpabilité prononcée autoritairement par le juge, parfois en dépit des dénégations de l'infracteur.

En outre, les victimes souhaitent pouvoir exprimer publiquement leur douleur. Le procès devient ainsi le lieu d'expression de leurs plaintes, mais ce terme perd à cet instant son sens procédural de mode de saisine des institutions pour retrouver son sens premier de communication des souffrances.

Ensuite, la réparation processuelle est une réparation formelle. Pour pouvoir surmonter la passivité ressentie lors de l'infraction, la victime a besoin de reprendre le contrôle de la situation. Dans cet objectif, elle doit être investie d'un rôle d'acteur procédural. De plus, elle est sensible à la manière dont la procédure est conduite et au traitement qu'elle reçoit de la part des institutions.

Toutefois, si la victime doit être bien traitée, le droit ne doit pas pour autant être maltraité. S'il dicte de rendre une décision assimilable à une dénégation des actes commis et des souffrances subies, les juges doivent s'y conformer. Leur décision ne sera pas pour autant exclusive de réparation processuelle dès lors qu'une véritable pédagogie de la réparation, reposant sur l'information et l'explication, sera déployée. Offrir à la victime un traitement respectueux est d'autant plus crucial que, si la bien traitance répare (Daligand, 2002), la maltraitance occasionne une victimisation secondaire, pendant négatif de la réparation processuelle.

En effet, la rencontre entre processus judiciaire et victimes connaît rarement la neutralité. Soit elle apaise les souffrances, soit elle en génère de nouvelles. Comparable à une reproduction de la violence de l'agression, l'expérience négative du procès peut être vécue aussi durement, sinon plus, que la victimisation primaire. De cette maltraitance

institutionnelle naît un sentiment de frustration dont l'issue ultime sera peut-être l'émergence d'un désir vindicatif. Selon cette configuration, la vengeance est un phénomène réactif qui succède au processus judiciaire et, contrairement à ce qui est parfois suggéré, c'est sans doute moins la victime qui transforme le procès pénal en y important la vengeance que le mauvais procès pénal qui transforme la victime en la rendant vindicative. De plus, la dimension processuelle de la réparation ne correspond pas à l'institutionnalisation d'un droit de vindicte, privé, aveugle et pulsionnel. Elle s'inscrit dans le cadre d'une justice vindicatoire visant à obtenir la réparation symbolique de l'offense, selon un processus judiciaire régulé, ritualisé et contrôlé (Hénaff, 2000 ; Verdier, 2004). Si sa nécessité vient d'être démontrée, elle n'est pas pour autant suffisante et doit être complétée par une réparation extrajudiciaire.

### **La réparation psychologique et sociale**

L'événement que constitue l'infraction est susceptible d'occasionner un traumatisme psychique générateur de conséquences plus ou moins durables, pouvant aller jusqu'à la chronicisation. Le cas échéant, la victime d'infraction est aussi une victime psychique (Crocq, 1994). Ce concept permet de distinguer la réaction psychologique normale à une infraction de ce qui relève de la pathologie. Chez la victime psychique, la souffrance vécue dépasse le simple questionnement, le ressentiment ou la recherche de réconfort moral. Elle constitue une véritable altération de la santé psychologique. La reconnaissance de cet état permet de différencier les préjudices moraux, relevant de la réparation financière, des répercussions psychiques qui, susceptibles d'être indemnisées, nécessitent surtout une authentique prise en charge thérapeutique, par un praticien formé en psychotraumatologie capable de poser un diagnostic et d'opter pour le traitement idoine. Le cas échéant, il devra composer avec l'existence d'une procédure judiciaire qui, bien que distincte, entretient une relation complexe d'interdépendance avec l'aspect thérapeutique. Il tentera d'articuler une vérité psychique et une vérité judiciaire qui ne coïncident pas nécessairement. Ces spécificités de la prise en charge thérapeutique consécutive à un traumatisme d'origine pénale témoignent de la complémentarité des différents volets de la réparation et de la globalité de cette dernière. Une prise en charge psychologique adaptée est d'autant plus cruciale que, non traitées, les conséquences traumatiques de la victimisation risquent de perturber la vie sociale de la victime.

Peu connue et reconnue, la dimension sociale de la réparation des victimes se conçoit sur une mode binaire. Dans la mesure où les victimes

d'actes graves appartiennent majoritairement à des milieux défavorisés sur le plan socio-économique et connaissent, dès avant l'infraction, l'isolement social et/ou la précarité (Baril, 2002), elle comporte tout d'abord un volet matériel qui renvoie à l'aide sociale classique, reposant sur l'intervention d'assistants sociaux, mais aussi à un soutien social pragmatique, adapté aux besoins (sécurisation du logement cambriolé ; garde d'enfants ; transport à l'hôpital, etc.). De plus, une démarche qui, dans la vie quotidienne, apparaît insignifiante et aisément réalisable, peut prendre des proportions insoupçonnées lorsqu'elle fait suite à une infraction et s'inscrit dans un contexte de précarité et/ou de perte de repères. Par conséquent, aucun besoin ne doit être négligé, y compris le plus anodin.

La dimension sociale de la réparation s'appréhende ensuite sous un angle relationnel. Capables d'une grande commisération dans un temps voisin de l'infraction, les proches en viennent rapidement à ne plus comprendre pourquoi la victime ressasse son vécu, présente des sautes d'humeur et ne parvient pas à reprendre sa vie passée. Leur soutien s'étiole, la cellule familiale éclate, les liens sociaux se distendent et la victime est plongée dans l'isolement social. Parfois, le phénomène est inversé. Les proches partagent à tel point ses souffrances que la famille se replie sur elle-même, se coupant de toute relation sociale extérieure. Les relations professionnelles peuvent également être affectées lorsque les troubles du caractère, de l'humeur, du sommeil ou les troubles cognitifs (mémoire, concentration) empêchent ou perturbent la reprise du travail. Une telle approche globale de la réparation de la victime d'infraction éprouve pourtant des difficultés à se concrétiser.

## LA PERFECTIBILITÉ DE LA GLOBALISATION

Sur le terrain extrapatrimonial, l'absence de globalisation procède, d'une part, de la confusion s'opérant entre réparation psychologique et réparation processuelle et, d'autre part, des paradoxes relatifs à une réparation processuelle capable de s'épanouir sans pour autant avoir d'existence officielle. Sur le terrain patrimonial, les imperfections tiennent à l'existence de deux voies – l'action civile et l'indemnisation par le Fonds de garantie des victimes d'actes de terrorisme et d'autres infractions – qui ne produisent pas les mêmes effets en termes d'effectivité et de rapidité de la réparation. S'y ajoute une propension injustifiée à réparer financièrement, au titre des préjudices causés par l'infraction ou par l'institution judiciaire, le « préjudice procédural » résultant des dysfonctionnements de la procédure judiciaire au sens large.

## **Les imperfections affectant la réparation extrapatrimoniale**

D'un point de vue positif, la réparation processuelle est accessible grâce au statut juridique dont la victime constituée partie civile jouit au cours des différentes phases de la procédure pénale. Informée et assistée d'un avocat dès la phase d'investigations, elle peut participer activement au déroulement et au contrôle de l'instruction préparatoire puis se faire entendre lors d'une audience de jugement humanisée en sa faveur (huis clos, interprète, audition enregistrée ou à distance). Mais, d'une part, la qualité de la réparation ainsi retirée n'est pas toujours en adéquation avec la quantité des droits consacrés, sous-entendant que la manière d'associer la victime au procès répressif, y compris lors de la phase ultime d'application des peines, est, sinon formellement inadaptée, du moins insuffisamment optimisée. Si la mise en place du juge délégué aux victimes (JUDEVI), chargé de veiller à la qualité de la réponse judiciaire, a vocation à y remédier, le système actuel pourrait surtout être complété par des mesures à caractère restauratif impliquant davantage victimes, auteurs et proches dans un processus inclusif aboutissant au choix concerté de la réparation la plus appropriée à leurs besoins et capacités respectifs (CNAV 2007).

D'autre part, la réparation processuelle ne fait l'objet d'aucune reconnaissance juridique. Même si des arrêts relatifs à la recevabilité de la constitution de partie civile s'apparentent à une ébauche de consécration de la dimension processuelle de la réparation, en ce qu'ils admettent la recevabilité des constitutions de partie civile en vue de corroborer l'action publique ou de participer à l'établissement de la vérité, cette analyse ne résiste pas aux contradictions émaillant la jurisprudence de la Cour de cassation. Ainsi, l'irrecevabilité de la constitution de partie civile de la victime déjà indemnisée démontre que la victime se prévalant exclusivement d'un intérêt processuel à agir ne peut accéder au procès pénal pour faire valoir son droit à réparation processuelle. De même, en considérant, en application de l'article 5 C. proc. pén., que l'action exercée devant la juridiction pénale a nécessairement le même objet que l'action en réparation financière exercée devant la juridiction civile, y compris lorsque les victimes invoquent expressément un intérêt processuel à agir, la Chambre criminelle détruit ce qu'elle a pu admettre sur le fondement de l'article 2 C. proc. pén.

L'absence de reconnaissance de la dimension processuelle de la réparation procède également de la jurisprudence européenne, qui dénie tout droit d'accès au juge pénal aux victimes ne pouvant se prévaloir d'une demande de réparation pécuniaire. Dès lors, les victimes sont

contraintes de passer par le détour de l'action civile en réparation financière pour accéder à la réparation processuelle.

De surcroît, la réparation processuelle tend à absorber la réparation psychologique, dans le sens où le procès pénal exerce un pouvoir d'attraction démesuré sur les victimes en quête de soutien thérapeutique. En doctrine, le procès pénal est régulièrement crédité de vertus thérapeutiques et il a même été supposé que le droit de la victime à la réparation psychologique serait le nouveau fondement du droit de punir (Cesoni et Rechtman, 2005). Dépassant le simple abus de langage, ce phénomène bien réel atteste la confusion des scènes (Damiani, 2003), qui trouve notamment sa cause dans le déficit d'offre d'accompagnement psychologique à destination des victimes individuelles, directes ou proches. Insuffisamment émancipée, la réparation psychologique mérite pourtant d'être distinguée de la réparation processuelle, en même temps que doit être consacrée leur complémentarité. Tel est également le cas de la réparation patrimoniale, parfois sujette à une confusion similaire.

### **Les imperfections affectant la réparation patrimoniale**

Une confusion s'installe en effet entre réparation patrimoniale et réparation extrapatrimoniale. Elle consiste à réparer financièrement la longueur de la procédure, son issue, la tardivté des informations et même les errements médiatiques. Appréciable dans le sens où elle traduit la reconnaissance du phénomène de victimisation secondaire, une telle pratique se méprend néanmoins sur la forme. Les institutions s'engagent en effet dans la voie de la facilité qui est celle du remède *a posteriori*, alors qu'il serait beaucoup plus opportun d'agir en amont, de manière à ce que le préjudice procédural n'advienne pas. En d'autres termes, ce qui devrait relever de la réparation processuelle et de l'accompagnement ressortit indûment de la réparation financière. Si une telle confusion confirme une globalisation défaillante, elle ne permet toutefois pas de les imputer à une polarisation excessive sur le procès pénal puisqu'il s'agit moins de savoir si la réparation doit se dérouler devant le juge répressif que de savoir si elle doit se dérouler sur le terrain financier.

De plus, malgré la civilisation constante de ses phases préparatoire, décisoire et exécutoire, le procès pénal n'assure pas aux victimes le recouvrement prompt et effectif des dommages et intérêts alloués. Si la civilisation accélère le prononcé des dommages et intérêts, elle demeure trop souvent inefficace à en assurer le versement. À l'opposé, les systèmes d'indemnisation fondés sur la solidarité nationale permettent une réparation financière certaine aux victimes éligibles. Ils présentent

de surcroît des gages de rapidité dans la mesure où ils peuvent être actionnés immédiatement après l'infraction, indépendamment des poursuites pénales. Pourtant, cette autonomie n'est pas suffisamment exploitée par les victimes. Les atermoiements en résultant retardent indûment l'indemnisation ou, eu égard aux délais de forclusion, en privent définitivement les victimes. Corrélativement, l'exercice de l'action civile devant les juridictions pénales constitue le recours privilégié alors qu'il n'est pas le mode de réparation financière le plus performant. Dès lors, se pose, sinon la question de la généralisation de l'indemnisation par le FGCI, du moins celle de son élargissement, de manière à ce que le recours au FGCI devienne le principe et l'exercice de l'action civile l'exception. Cette voie n'a pas obtenu les faveurs du Ministère de la Justice, qui a opté pour un renforcement de l'efficacité de l'action civile grâce à la création d'un service d'assistance au recouvrement des victimes d'infraction (SARVI).

Pour parfaire la globalisation, les différentes dimensions de la réparation doivent être reconnues et clairement distinguées. La dimension strictement civiliste doit être enfin dépassée. Des moyens supplémentaires doivent être accordés aux services d'aide aux victimes. De par leur composition pluridisciplinaire et leur vocation généraliste, ils sont capables d'assurer la cohésion des différents volets de la réparation, en procédant à un diagnostic complet puis en assurant une prise en charge et un suivi, en relais avec l'institution judiciaire.

## *Chapitre 34*

---

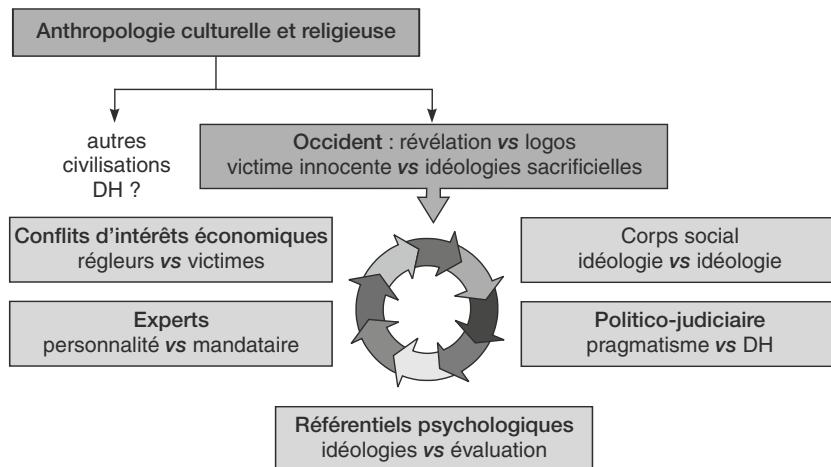
# ÉTHIQUE DES PRATIQUES EN VICTIMOLOGIE ET PSYCHOTRAUMATOLOGIE

G. Lopez

LES CONFLITS d'intérêt sont nombreux en victimologie sur le plan idéologique, économique, politique, judiciaire. En fait, une éthique des pratiques s'inscrit dans une réflexion générale sur les représentations culturelles qui surdéterminent la vision du statut de la victime, laquelle, résumée sur la figure 34.1, sert de trame et de plan à ce chapitre qui ne peut qu'effleurer un si vaste sujet.

### LOGOS ET INNOCENCE DE LA VICTIME : VALEURS FONDATRICES DE LA CIVILISATION OCCIDENTALE

La victime innocente est le fondement de la société occidentale : la Bible et les évangiles prennent en effet systématiquement le parti des prophètes assassinés, contrairement aux autres cultures qui désignent la victime comme coupable. Dans la civilisation grecque ancienne, la *thyma* est sacrifiée aux Dieux pour rétablir l'harmonie cosmique troublée par un crime. Ainsi Œdipe doit-il expier la faute de son père Laïos, coupable



*Figure 34.1.*

d'un viol pédophilique commis sur le fils du roi Chrysippe, son père adoptif.

En simplifiant à l'extrême, le non-sacrifice d'Isaac fait passer du sacrifice humain au sacrifice animal et celui de Jésus – par lequel il devient le Christ – du sacrifice animal encore pratiqué au Temple de Jérusalem, au sacrifice végétal sous la forme de l'hostie.

Pour R. Girard (2001), la Bonne Nouvelle – l'Évangile littéralement – c'est la dénonciation du processus de réparation qui consiste à désigner une victime innocente, mécanisme toujours en vigueur en cas de crise ou de victimisation collective (catastrophe collective, crises sociales larvées, intervention des personnels de secours) : citons l'affaire Dreyfus ou la récente affaire des prostituées de Toulouse mettant en cause Dominique Baudis, ancien député maire de la ville et ancien président du Conseil Supérieur de l'Audiovisuel.

Cependant, malgré la Révélation judéo-chrétienne, les idéologies sacrificielles restent largement prévalentes et sous-tendent toutes sortes de systèmes agresseurs (Lopez, 2006) parmi lesquels : le sexism et l'homophobie, le racisme et l'antisémitisme, l'élitisme, l'ultra capitalisme, le militarisme, qui se renforcent les uns et les autres, et finalement toutes les formes de totalitarisme familial, social, sectaire et politique. Ces différents systèmes agresseurs réclament leur lot de victimes et protègent les auteurs : de viols, agressions sexuelles, violences à l'encontre des femmes et des homosexuels, discriminations socioprofessionnelles, exclusions, violences d'état, terrorisme, guerre, etc. Ainsi le sens du

sacrifice du « kamikaze » islamiste répond-il à celui du GI'S américain, chacun pour des idéologies sacrificielles où l'on retrouve mêlés différents systèmes agresseurs : totalitarisme religieux, virilisme, racisme, ultracapitalisme, etc. Et le Président Sarkozy dans son premier discours fait-il l'apologie du « sacrifice » du jeune Guy Moquet, les critiques s'attachant au choix de la victime, mais pas au sens du sacrifice lui-même, bien au contraire.

## LES RÉSISTANCES SOCIALES

Actuellement fleurissent les idéologies antivictimaires et les critiques à l'encontre de la victimologie. De *La tentation de l'innocence* (Bruckner, 1995), à *Épîtres à nos nouveaux maîtres* (Minc, 2003), *Fausse route* (Badinter, 2003), *La société des victimes* (Erner, 2006), *Le temps des victimes* (Eliacheff, 2006) en passant par une pleine page du journal *Le Monde* du dimanche 22 - lundi 23 août 2004 avec à la Une :

« L'affaire Marie L., miroir de la société française »

puis en page 5 :

« L'affaire Marie L., révèle une société obsédée par ses victimes. Le crédit accordé d'emblée au récit inventé par la jeune femme, faussement agressée dans le RER, illustre les dérives du processus de reconnaissance des victimes, lancé depuis 20 ans. Cette évolution, analysée par des sociologues, philosophes et historiens, les place désormais au cœur de la démocratie. »

Pour l'historien Vigarello :

« L'opinion est tout entière dans la compassion. »

Le sociologue de Singly surenchérit :

« Cela témoigne de la dimension pessimiste de la modernité. »

Le professeur de philosophie Abel écrit :

« On se légitime par le malheur que l'on subit. »

Le sociologue Karpik conclut :

« Être victime, c'est chercher un responsable. »

La liste est ici volontairement limitative, mais rappelons le flot de critiques qui a succédé à ce qui est désormais désigné comme le « Désastre judiciaire d'Outreau » et le (relatif) silence des médias pour dénoncer la maltraitance infantile ou couvrir le procès d'Angers.

Mais qu'on le veuille ou non, les droits de l'homme et la victimologie sont fondés sur les valeurs bibliques et évangéliques, lesquelles ne parviennent pas, ou lentement, à s'imposer et surtout à être imposées de force aux autres cultures. Ces valeurs humanistes qui fondent la civilisation occidentale entretiennent un rapport dialectique avec la Raison triomphante héritage des Hellènes. Dans les différents comités d'éthique s'opposent les tenants de la Tradition qui défendent une éthique de la conviction et les scientifiques laïcs ou non, mais partisans de la Raison et du progrès, d'où résulte une éthique de la discussion qui risque de s'enliser dans des consensus mous... Mais science sans conscience.

Mais quoi qu'il en soit, la reconnaissance du concept général « d'innocence de la victime » – sur le plan symbolique, au-delà de la réalité des situations individuelles et judiciaires – est un rude combat philosophique et politique, qui se heurte à la résistance farouche de la société dans son ensemble. À ce propos, le mot *inceste*, qui inspire l'horreur, est banni du code pénal français au grand dam des associations féministes... vertement critiquées par Élisabeth Badinter.

## LES CONFLITS D'INTÉRÊT POLITICO-JUDICIAIRE : DROITS DE L'HOMME VS PRAGMATISME

Les innombrables instruments internationaux et déclarations d'intentions en faveur des enfants et des victimes de toutes sortes dans le Monde se heurtent bien souvent au pragmatisme économico-politique ou tout simplement aux diverses idéologies sacrificielles « justifiant » la domination des puissants à l'encontre des faibles.

D'autre part, le déni et les résistances sociales antivictimaires influencent inévitablement le législateur et les juristes qui critiquent fréquemment la position de la partie civile, devenue aux yeux de certains trop importante dans la société et dans le procès. Salas (2005), par exemple, critique « le populisme pénal » qui inciterait la justice, influencée par les victimes, les médias et l'opinion publique, à punir sans plus se soucier de la réhabilitation du délinquant ; il considère que, sous l'influence anglo-saxonne, l'analyse des forces qui régissent

la relation coupable/victime, glisse de plus en plus vers un jugement moral. Pourtant, selon la loi pénale actuelle, un mineur âgé de plus de 5  $\frac{1}{2}$  ans pourrait parfaitement accepter une ou des interactions sexuelles commises « sans violence, contrainte, menace ou surprise » avec un adulte, qui mettrait certes le mineur en péril, mais sans qu'il encoure le risque d'une inculpation pour agression sexuelle selon un arrêt du 7 décembre 2005 de la Cour de cassation. On peut également citer : les lois prises à la hâte sous la pression médiatique ou du *lobbying* des associations de défense des victimes d'une part ou des associations de pères en colère d'autre part ; les retours en arrière de la loi lorsque législateur inverse, par exemple, le fardeau de la preuve initialement à la charge du mis en cause en cas de harcèlement moral ; la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance qui supprime d'un trait en son article 1<sup>er</sup> (IV) et dans le 5<sup>o</sup> de l'article L. 2112-2 du code de l'action sociale et des familles :

« [...] les mots : "des mauvais traitements et de prise en charge des mineurs maltraités" (qui) sont remplacés par les mots : "et de prise en charge des mineurs en danger ou qui risquent de l'être" [...] »

Et si rien n'est plus odieux qu'un innocent soit injustement condamné, justifiant le fait que la présomption d'innocence soit un principe fondamental du droit, les stéréotypes sexistes, ou racistes, pèsent lourdement sur les victimes de certains crimes, en particulier sexuels : ainsi Portelli (2007) propose-t-il que les enquêteurs accordent un « crédit temporaire de bonne foi » – équivalent de la présomption d'innocence – à toutes les victimes.

## LES CONFLITS D'INTÉRÊT PSYCHOLOGIQUE : IDÉOLOGIES VS ÉVALUATION

La psychanalyse a pendant longtemps été un obstacle à la reconnaissance et aux soins des troubles psychotraumatiques. Freud, contre ses pairs, a fondé sa première théorie des névroses hystériques et obsessionnelles en incriminant le rôle des séductions sexuelles que certains adultes font endurer aux enfants, pénétrant sans le savoir « dans un royaume où nul n'était prêt à le suivre ». Mais le 21 septembre 1897, il renonçait, non sans mal à la théorie de la séduction infantile :

« Au moment où cette étiologie s'écroula par suite de son invraisemblance et de son incompatibilité avec des circonstances dûment établies, il en résulta tout d'abord une période de désorientation totale. L'analyse avait,

par des voies qui convenaient, rappelé ces traumatismes sexuels et pourtant ils s'avéraient faux. On ne se trouvait plus sur le terrain de la réalité. », écrit-il dans *Ma vie et la psychanalyse*.

C'est après cette volte-face qu'il élabore les concepts fondamentaux de la psychanalyse et en particulier le complexe d'Œdipe. Tous les pères de sujets névrosés ne sont évidemment pas pervers, le complexe est certes universel, mais les violences sexuelles contre les enfants existent bel et bien ! Et il ne s'agit pas de fantasmes, mais d'une cruelle réalité. Or, pendant longtemps, la psychanalyse a considéré que les événements traumatisques ne pouvaient être pathogènes qu'en réactivant des « traumatismes fantasmatisques » infantiles. Anna Freud et Dorothy Burlingham (1946) qui étudièrent les enfants en âge pré-œdipien placés dans la pouponnière de Hampstead pensaient que les troubles qu'ils présentaient n'étaient pas consécutifs aux bombardements de Londres, mais à l'angoisse parentale. Il faudra attendre la publication de Terr (1979) relatant l'expérience des enfants pris en otage à Chowchilla et enterrés vivants dans leur bus pour réfuter cette théorie de l'après coup en pédopsychiatrie. Cette théorie a beaucoup nuit aux victimes d'événements traumatisques, et même si elle est de plus en plus critiquée, elle perdure dans certains cercles psychanalytiques qui vouent la victimologie aux gémomies.

### **Les théories psychologiques antivictimaires : faux souvenirs, syndrome d'aliénation parentale, résilience**

La résistance que provoquent les victimes d'événements traumatisques suscite en permanence des théories antivictimaires toujours renouvelées.

Ainsi les très médiatiques personnalités multiples et l'épidémie de faux souvenirs greffés par des thérapeutes, anglo-saxons pour la plupart, utilisant des techniques suggestives, nuisent-ils de façon inconsidérée aux victimes qui révèlent tardivement avoir subi des maltraitances et en particulier des viols dans l'enfance.

Il en est de même pour les accusations survenant lors des conflits de droit de garde, qui sont en général méprisées par les professionnels de santé et par les autorités répressives : elles ont même suscité un syndrome dit d'aliénation parentale dont le succès a été immédiat pour théoriser le fait bien connu que les enfants risquent d'être pris dans des situations de doubles liens ou être manipulés par l'un ou l'autre des parents dans les procédures de divorce et les conflits de droit de garde.

Le concept de résilience lui-même, pourtant si utile lorsqu'il s'agit de trouver des facteurs qui permettent de mieux rebondir dans les situations traumatisques, peut-il, quand il est mal compris, nuire aux victimes qui, à la suite d'un « merveilleux malheur », ne deviendraient pas des cygnes mais des canards boiteux.

### Les thérapies hors cadre

Il existe un conflit d'intérêt très nuisible pour les victimes entre « aide et soutien » aux victimes et soins. Dans certaines associations, le « soutien » se poursuit pendant des mois, en dehors d'un cadre thérapeutique strict, dans un tribunal par exemple, sans que jamais les victimes soient orientées vers une structure de soins (ou l'acceptent quand l'intervenant, bien souvent psychologue, a trop tardé).

### *Corporatisme et conflits de marché*

En psychologie comme ailleurs, différentes écoles se déchirent ou s'ignorent. Ainsi les thérapies cognitivo-comportementales, l'hypnose, la thérapie EMDR, et toutes sortes de thérapies défendant un référentiel particulier ont-elles des difficultés à s'imposer en France en dépit d'études scientifiques prouvant leur efficacité.

### L'évaluation de l'efficacité des traitements psychotraumatologiques

La médecine dite fondée sur des preuves, la norme devenue « idéale », a le grand mérite de contraindre les médecins à confronter leurs croyances à la réalité. Elle est fondée sur des études randomisées (*Randomized controlled trials*) selon une méthode standardisée comparant des groupes de patients homogènes : traités, non traités, soumis à un placebo ou à un traitement alternatif. Ce type d'études est difficilement réalisable pour les thérapies psychodynamiques, quoi que Thurin (2006) s'y attelle depuis de nombreuses années. Les critiques :

- font justement remarquer que ces méthodes font l'impasse sur le caractère intersubjectif propre à toute thérapie, ainsi que sur les artefacts dus à la méthode d'observation et d'analyse du processus thérapeutique ;
- font remarquer que les patients sélectionnés ne correspondent pas aux véritables patients rencontrés en pratique clinique ;
- se fondant sur la définition OMS de la santé, contestent le choix de critères purement symptomatiques ;

- attaquent l'idéologie selon laquelle les thérapies ne serviraient qu'à résoudre des problèmes avec des techniques ;
- soulignent qu'à terme les praticiens risquent d'entretenir de meilleurs rapports avec les manuels (conférences de consensus, Guidelines, RMO, etc.) qu'avec les patients ;
- s'en prennent à l'idéologie « économiste » qui sévit actuellement dans un contexte de pénurie et au critère d'efficacité ;
- soulignent que le critère satisfaction des patients a ses limites puisque certains privilégient des méthodes dites alternatives qui ne satisfont à aucun critère scientifique ou consensuel.

Ces critiques valident l'intérêt des méthodes qualitatives fondées sur des modèles appliqués aux « sciences humaines » (études de cas, entretiens structurés, semi-structurés, questionnaires, etc.), lesquels prennent en compte la subjectivité et le contexte.

Les Forces des recommandations HAS ou ANAES, selon la conférence de consensus française (2004), sont définies dans le tableau 34.1.

*Tableau 34.1.*

Technique thérapeutique	Force des recommandations (HAS -ANAES)
Chimiothérapie	A/B
TCC	A
Thérapie psychodynamique	B
EMDR	A/B
Hypnothérapie	C
Thérapie familiale	E
Thérapie de groupe	C

### **Conflits d'intérêts économiques : régleurs vs victimes**

S'il est normal que les régleurs aient des suspitions vis-à-vis de certaines demandes illégitimes ou exorbitantes et qu'ils procèdent à des enquêtes. Mais l'utilitarisme et le pragmatisme économique caractérisent le mode de fonctionnement des compagnies d'assurances et des mutuelles. En situation de monopole, elles ont le pouvoir de pratiquer un *lobbying* tous azimuts pour défendre leurs intérêts. Les médecins conseils d'assurance disposent par exemple d'une association puissante et d'une revue luxueuse. Ils tentent d'infléchir la doctrine en prônant, par exemple, la notion qu'un dommage imputable à un accident devrait non seulement être en lien direct et certain avec l'événement causal,

comme le stipule la loi, mais également en lien exclusif. D'autre part, les rédacteurs du barème dit du Concours médical sont dans leur immense majorité des médecins travaillant avec les compagnies d'assurance.

Le point de vue des victimes est tout différent : elles éprouvent un besoin de reconnaissance et de justice. D'autre part, la dimension symbolique de l'indemnisation est fondamentale et une indemnisation sous-évaluée est constamment vécue comme relevant du « mé-prix ». C'est souligner l'importance que les expertises civiles soient réellement, et non uniquement formellement, contradictoires et l'importance du médecin de recours qui devraient être pris en charge par les organismes régulateurs.

### **Les conflits d'intérêt relatifs à l'expertise**

Au pénal comme au civil, les positions théoriques et les référentiels des experts prennent une place considérable dans les conclusions que livrent les experts à leur mandataire. On souligne fréquemment l'importance, parfois exorbitante, de l'état antérieur médico-légal dans la survenue et par conséquent l'évaluation des troubles psychotraumatiques, comme nous l'avons souligné en abordant de la théorie de l'après coup psychanalytique. C'est souligner que l'état antérieur de l'expert joue un rôle considérable et l'importance des consensus qui doivent dépasser les positions idéologico-théoriques des uns et des autres.

## **CONCLUSION**

On ne peut analyser les nombreux conflits d'intérêt qui s'opposent dans le champ de la victimologie, sans se référer aux fondements symboliques de la notion d'innocence de la victime, exclusivement occidentale, souchée sur la révélation judéo-chrétienne. Mais cette notion d'innocence se heurte à la résistance farouche des idéologies sacrificielles bien antérieures et au triomphe de la Raison qui constitue l'autre versant de la culture occidentale dans son héritage hellénistique (*Logos*), dont s'emparent certains intellectuels, coupés des réalités que vivent les victimes, pour les fustiger.



## *Chapitre 35*

---

# LA MÉMOIRE TRAUMATIQUE

K. Sadlier

**L**E SOUVENIR des événements traumatisques est-il différent de celui d'autres événements et en quoi, telle est bien la question qui se pose en psychocriminologie ?

Les événements traumatisques sont ceux lors duquel un sujet est exposé, en tant que victime ou témoin, à un événement constituant une menace vitale (tentative de meurtre, accident grave, etc.) ou à une menace à son intégrité physique (agression sexuelle, coups et blessures, etc.). Ainsi les événements traumatisques sont-ils souvent au centre des débats judiciaires : au cours de l'enquête criminelle (Brodeur, 2007), devant la cour d'assises, le tribunal correctionnel, ou lors de l'évaluation du dommage corporel.

Le débat concernant la mémoire traumatique enflamme policiers, cliniciens et chercheurs. Certains chercheurs affirment que les souvenirs traumatiques sont différents par nature, qu'ils entraînent fréquemment un discours fragmenté, qu'ils se manifestent par des souvenirs sensoriels, qu'ils peuvent induire une amnésie partielle ou totale des événements, et que fréquemment ils s'extériorisent cliniquement par une résurgence intempestive des classiques reviviscences anxieuses de l'état de stress post-traumatique, spontanément ou dans un contexte rappelant ou symbolisant l'événement initial (par exemple, des souvenirs de viols subis pendant l'enfance lors des rapports sexuels actuels ou lorsque l'enfant

de la victime atteint l'âge où ont eu lieu les viols). D'autres chercheurs pensent au contraire que la mémoire des événements traumatiques n'a aucune spécificité et que la notion de souvenirs fragmentés ou sensoriels n'est qu'une simple spéculation.

Ce débat a des implications importantes pour tous les intervenants du champ judiciaire lorsque se pose la question de la fiabilité des témoignages, des déformations de la mémoire sous l'effet de facteurs externes et de l'éventuelle création de « faux souvenirs ».

## LES PHASES DE LA MÉMOIRE

La mémoire est un système organique de reconstruction complexe constitué par les phases d'encodage, de stockage et de rappel des souvenirs (Baddeley, 1992).

Lors de l'encodage, la mémoire sélectionne une partie des données en fonction des acquis antérieurs (par exemple : sur une liste des mots dans une langue étrangère, les mots encodés sont ceux qu'on ne connaît pas.)

La durée et la répétition de l'exposition à ou aux événements affectent l'encodage ; le plus souvent dans le sens d'un renforcement (d'où le principe du bachotage ou de la répétition des exercices pour apprendre une leçon). L'intérêt que suscitent des données à apprendre intervient lui aussi : ainsi, dans l'apprentissage d'une langue étrangère, il serait plus facile de mémoriser des mots qui ont un intérêt personnel ou professionnel plutôt que des mots de moindre intérêt.

Les souvenirs sont ensuite stockés en quantité limitée, comme sur un disque dur... mais biologique. La capacité de rappel d'un événement diminue avec le temps. En outre, la répétition d'un événement fait en sorte qu'il devient de plus en plus difficile de se souvenir des détails précis de chaque épisode en particulier : ce phénomène s'appelle proactif ou rétroactive interférence. Ainsi, est-il normal qu'une personne qui a subi multiples agressions sexuelles ne puisse pas se souvenir des détails de chaque agression.

Au moment du rappel du souvenir, plusieurs facteurs cognitifs et psychosociaux interagissent, lesquels incluent la conformité du souvenir aux scripts sociaux, aux connaissances préalables et aux éventuelles déformations liées à la suggestion d'autrui. La mémoire peut être influencée par certains facteurs sociaux comme le désir de plaire ou de se conformer aux attentes sociales (pression de l'entourage, des pairs, des autorités répressives, etc.).

Les facteurs cognitifs les plus étudiés par la recherche sont le rôle que jouent :

- les suggestions induites par les stéréotypes sociaux ;
- les interrogatoires répétés, suggestifs, tendancieux, coercitifs<sup>1</sup> ;
- les *a priori* des interrogateurs, lesquels modifient l'atmosphère, la teneur et la retranscription des interrogatoires et peuvent instiller des stéréotypes<sup>2</sup>.

Le rôle de la connaissance des schémas séquentiels (scripts) a également été étudié chez les enfants et les adultes ; il s'agit de la connaissance des procédures habituelles qui président aux événements routiniers (aller chez le médecin, dîner, rencontrer un familier, etc.) :

« Les scripts nous conduisent à automatiquement générer des attentes qui, si elles le contredisent, peuvent engendrer des reconstructions erronées. » (Ceci & Bruck, 1995)

Un médecin peut aisément faire l'expérience d'ausculter un patient avec ses doigts et se rendre compte en interrogeant le patient en fin d'examen que celui-ci pense qu'il utilisait son stéthoscope.

Le contrôle de la source des souvenirs permettant de distinguer la réalité de l'imaginaire est pris en compte par la recherche : les adultes, mais surtout les enfants d'âge préscolaire, sont susceptibles de faire des erreurs de contrôle de source surtout si, une fois de plus, ils ont été soumis à des interrogatoires répétés et suggestifs.

## HISTORIQUE DE LA NOTION DE LA MÉMOIRE TRAUMATIQUE

À la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, le psychiatre français Janet (1889) a argumenté que le sentiment de peur ou d'effroi ressenti lors d'un événement affecte son intégration dans la mémoire consciente. Pour Janet, un état de dissociation se produit, lequel provoque une amnésie de l'événement en question. Quelques années plus tard, Breuer et Freud (1893-1895/1955) insistent sur le fait que les événements traumatiques sont assujettis

1. Ainsi le témoignage d'un enfant (comme d'un adulte) perd-il son intérêt quand les interrogatoires se répètent, ce qui fait l'intérêt de l'enregistrement vidéo au plus proche des faits comme le prévoit la loi du 17 juin 1998.

2. Ainsi l'*a priori* d'un enquêteur peut-il miner le reste de la procédure en négligeant des pistes qui s'avéreront ultérieurement indispensables.

à un autre processus mental, le *refoulement*. Le refoulement, comme la dissociation, provoque une amnésie de l'événement. Pourtant le souvenir s'exprime par le biais des symptômes psychologiques incluant la conversion et la dissociation. Si les concepts de refoulement et de dissociation comportent des différences pour ceux qui s'intéressent aux processus psychologiques, les deux phénomènes se retrouvent sur l'idée que certaines informations angoissantes échappent à l'état conscient et au contrôle actif du sujet.

La recherche en neuroscience indique que la mémoire explicite ou consciente des événements liés à un haut niveau d'affect se focalise sur leur thématique centrale, alors que les détails périphériques peuvent se perdre (Christianson, 1992). En outre, un niveau élevé de stress améliore le souvenir d'un événement, ceci en raison des hormones liées au stress, lesquelles régulent le stockage de la mémoire (McGaugh, 1992), ou en activant l'amygdale, une structure du système limbique qui régule les émotions (LeDoux, 1996). Quand les événements sont associés à un sentiment de peur, des chercheurs comme Ceci (1995) pointent l'existence du phénomène de constriction perceptive. Lors d'un moment menaçant, le sujet se concentre sur certains aspects de l'événement en fonction de sa propre lecture du danger. Cette lecture est conditionnée par le stade développemental (surtout chez l'enfant) et la propre histoire du sujet, laquelle peut le rendre plus sensible ou réceptif à un événement particulier : ainsi lors d'une prise d'otage, certains sujets peuvent se focaliser sur le preneur d'otage, son arme, d'autres sur les blessés, l'accès à la porte, etc. Selon cette perspective, que Lopez, (2007) dénomme « zoom ou effet spot », seules ces traces mnésiques considérées comme centrales par le sujet persistent, au détriment des détails périphériques.

Le niveau développemental du sujet est un élément important dans ce processus étant donné que la perception de danger peut être très différente pour des enfants d'âges différents ainsi que pour un enfant et un adulte. Au début du XX<sup>e</sup> siècle, Lippmann (Ceci et Bruck, 1995) souligna, à la suite d'une série d'expériences sur la mémoire, que les enfants se souviennent des détails différents de ceux qui sont considérés importants par les adultes.

## LA MÉMOIRE TRAUMATIQUE EST-ELLE PLUTÔT SENSORIELLE QUE VERBALE ?

En 1994, Bessel van der Kolk, psychiatre et chercheur à l'université d'Harvard, a argumenté que les sentiments de peur, d'effroi ou de

terreur sont liés à des taux élevés d'adrénaline et des autres hormones associées au stress. Pour van der Kolk ces hormones impriment le souvenir traumatisant dans la mémoire implicite, mais interfèrent avec leur stockage dans la mémoire explicite. Ainsi, le souvenir reste-t-il accessible et exprimable par des biais sensoriels, mais reste difficile ou inaccessible à la verbalisation. Un autre chercheur, Judith Herman (1992), souligne que les souvenirs traumatisques ont tendance à s'exprimer en tant que sensations ou images vives mais que leur verbalisation est souvent fragmentée et peu cohérente de point de vue narratif.

Ainsi, en reprenant les observations de Freud, Breuer et Janet, des chercheurs modernes soulignent l'idée que des taux élevés de stress et de peur sont liés aux difficultés de mémoire explicite. Toutefois, la recherche en laboratoire sur la mémoire sur des événements non traumatisants indique que des niveaux élevés de stress et d'émotion sont associés à une bonne mémoire explicite, mais le stress produit expérimentalement en regardant des vidéos en laboratoire est-il de même nature que celui, traumatisant, créé par un viol, des tortures ou par le fait d'être témoin d'un meurtre ?

## CONCLUSION

La mémoire traumatisante fait débat en psychocriminologie, qu'il s'agisse des interrogatoires policiers pendant la garde à vue, des portraits robots, de la valeur des témoignages, de la parole de l'enfant mise une fois de plus à mal par la polémique sur les « faux souvenirs », l'affaire d'Outreau, des tentatives de créer un syndrome d'aliénation parentale, etc.

Insistons sur le fait qu'il n'existe aucun test permettant de distinguer le vrai du faux.

Des solutions ont été proposées comme l'entretien cognitif ou l'utilisation de protocoles de prise en compte de la parole, les plus connus étant la technique de Reid (St-Yves, 2007) et le protocole allemand *Statement Reality Analysis* (Farr et Yullie, 1988) qui n'est pas adapté aux enfants qui s'enferment dans la problématique du secret en refusant de revenir sur des faits douloureux, trop souvent exposés, et qui n'est hélas pas utilisable avec les jeunes enfants comme le confirme la recherche (Bekerian, 1995).

L'interrogatoire filmé des enfants a été mis en œuvre par la loi du 17 juin 1998.

On a proposé l'enregistrement des interrogatoires policiers pendant la garde à vue.

Ces tentatives respectables devraient utilement se sourcer sur la recherche en psychologie cognitive, encore peu développée en France, pour éviter les dérives idéologiques et les fameux *a priori* des enquêteurs (experts, cliniciens...) qui ont démontré combien ils étaient néfastes dans l'approche de la vérité judiciaire.

## *Chapitre 36*

---

# L'EXAMEN MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DES VICTIMES

G. Cedile, A. Casanova

**Q**U'EST-CE qu'une victime ? Après avoir été sur le plan étymologique « une créature vivante offerte en sacrifice aux dieux », elle est aujourd'hui selon le Larousse :

« Une personne qui souffre par la faute d'autrui. »

Elle prend alors sa place dans le déroulement du procès pénal.

Cependant sur le plan juridique, le terme plaignant semble mieux approprié. On ne peut juridiquement être reconnu victime que lorsqu'une décision de justice aura reconnu coupable la personne mise en examen jusque-là protégée par la présomption d'innocence.

La Justice poursuit deux objectifs : établir « la vérité » judiciaire et évaluer le préjudice ; au pénal, l'article 81 du CPP donne pouvoir au magistrat d'instruction de « procéder, conformément à la loi, à tout acte d'information qu'il juge utile à la manifestation de la vérité ».

## LES CRITÈRES DU CADRE LÉGAL DE L'EXAMEN MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Une expertise quelle qu'elle soit est ordonnée dans le projet de pallier les insuffisances d'ordre technique du demandeur (art. 156 du CPP). L'examen médico-psychologique qui est une expertise (art. 81 du CPP) va au-delà, puisqu'il explore l'intimité psychique d'un sujet. En cela, le cadre précis dans lequel les experts s'autorisent à transmettre leur compréhension du sujet examiné, devient le garant déontologique qui légitime cette forme d'exercice.

À côté des deux codes professionnels distincts qui régissent l'organisation des deux professions, celle de psychologue et de psychiatre, le cadre judiciaire balise leur acte expert (art. 157 du CPP). Lorsqu'un magistrat est saisi d'une plainte, que ce soit sur le plan civil ou pénal, il commet, de sa propre décision ou après avoir été sollicité par les parties, pour la réalisation de la partie médicale de l'examen médico-psychologique, un médecin généraliste ou « un spécialiste compétent » (nous ferons référence dans ce qui suit à l'art. 81 du CPP) :

« L'examen médical porte sur l'état de santé actuel de la personne mais tend à formuler un pronostic sur les modifications et améliorations possibles, tant du point de vue physique que physiologique. »

Si le magistrat nomme un psychiatre seul, il faut rappeler à cette occasion les deux points suivants :

- Le premier qui correspond au règlement de qualification du spécialiste qui l'« engage à ne se livrer qu'à l'exercice de la discipline choisie » (art. 6 de l'arrêté du 16 octobre 1989) ;
- Le second point qui, en adéquation avec l'art. R.117 du CPP, est que dans le cas d'expert unique pour la réalisation de l'examen médico-psychologique, cet examen soit réalisé par un médecin « ayant également la qualité de psychologue ».

Le psychologue, quant à lui, est responsable d'un « examen psychologique » « qui tend à relever les aspects de la personnalité de la personne mise en examen (affectivité, émotivité, etc.), à déterminer ses niveaux d'intelligence, d'habileté manuelle, d'attention et à fournir des données utiles pour la conduite de l'instruction et le jugement de l'affaire ». Cependant les expertises conjointes étant rarement demandées, le psychologue et le psychiatre œuvrent bien trop souvent chacun de leur côté après avoir été nommés de manière individuelle pour la réalisation d'un examen médico-psychologique, ceci au dépens du respect strict

de la loi, malgré les art. R 117 et R 120-2 du CPP. Cette occurrence a d'ailleurs amené la cour de cassation à rendre un arrêt à ce sujet pour le rappeler.

## MISSION D'EXPERTISE TYPE EN DROIT PÉNAL

Cette mission procède de l'art. 158 du CPP :

« La mission des experts, qui ne peut avoir pour objet que l'examen des questions d'ordre technique, est précisée dans la décision qui ordonne l'expertise. »

Il est clair que de la nature même de l'examen psychique d'un sujet déborde ce cadre et aujourd'hui les questions posées sont élargies comme le démontrent ces autres questions extraites de missions ordonnées :

- Sur la personnalité et le récit de la victime :
  - Analyser les circonstances et le contexte de la révélation, rechercher les facteurs éventuels de nature à influencer les dires du plaignant ;
  - Décrire le retentissement éventuel et les modifications de la vie psychique depuis les faits en cause, peuvent-ils être évocateurs d'abus sexuels ?
  - Faire toute remarque utile sur le récit du plaignant et sur son évolution depuis la révélation, sous l'angle psychologique ou psychopathologique ;
  - Indiquer le degré de connaissance et de maturation du plaignant en matière sexuelle.
  - Formuler si c'est possible un pronostic sur le retentissement observé. Est-il opportun de conseiller un suivi thérapeutique ?
  - La victime présentait-elle avant les faits ou à l'époque de ceux-ci des troubles ou des anomalies susceptibles d'affecter son équilibre psychique ? si oui, décrire ces troubles ;
  - S'agit-il au sens du code pénal d'une personne particulièrement vulnérable ?
  - La victime est-elle particulièrement suggestible ou impressionnable ?
  - Préciser dans quelle mesure ses déclarations peuvent être prises en considération.
- Sur les conséquences des faits et le préjudice :

- Quelles ont pu être les conséquences des faits relatés sur son activité, sa santé, sa personnalité, sa vie sexuelle ? en subsiste-t-il des traces traumatiques ?
- Ces conséquences psychologiques peuvent-elles être à l'origine d'une incapacité totale de travail personnelle, d'une incapacité permanente partielle, d'un préjudice d'agrément ou de souffrances indemnisiées ? Décrire et évaluer les différents chefs de préjudice ;
- Des aides ou des soins s'avèrent-ils nécessaires dans l'avenir ?
- Entendre éventuellement tous sachants ;
- Présenter, le cas échéant, toutes observations utiles.

## L'EXAMEN DES VICTIMES

Il se compose de deux parties : l'entretien clinique et la passation de tests ; c'est essentiellement sur cette deuxième partie qui se portera la différence entre l'examen du psychologue et celui du psychiatre.

### **L'entretien clinique**

L'étude portera sur quatre axes essentiels :

- l'histoire du sujet,
- l'environnement extérieur,
- le contexte social et culturel,
- l'organisation de sa personnalité.

Tout d'abord le clinicien étudiera l'anamnèse du sujet, il s'agira d'établir la biographie de l'intéressé(e), d'étudier les faits marquants voire traumatisants de sa vie, d'étudier son milieu familial : a-t-il souffert de carences affectives (en sachant que la violence est souvent inscrite sur un fond de carence).

Le discours de la personne sera un point très intéressant : est-il le reflet d'un véritable échange ou est-il défensif soit par l'inhibition qui représente le refus de se livrer à l'autre, soit par la logorrhée qui cherche à noyer l'autre sous un flot de paroles.

Les antécédents médicaux en particulier sur le plan psychique sont essentiels à connaître pour le clinicien car ils lui apportent des renseignements utiles sur un éventuel état antérieur et sur la façon dont le sujet gère son anxiété.

En ce qui concerne le contexte socioculturel d'une victime, le clinicien s'intéressera à l'évolution du sujet, à son trajet de vie, au fait de savoir si son développement a été ou non harmonieux, quelles ont été ses facultés d'adaptation sur le plan personnel et affectif ou professionnel, présentait-il une fragilité antérieure sur le plan psychique, qui pourrait être le signe d'une « personne vulnérable » ?

De quelle façon réagit-elle aux événements, quels sont ce qu'en psychanalyse on nomme ses modèles effecteurs, c'est-à-dire les réponses qu'elle donne de façon habituelle devant telle ou telle situation qui se répète ?

L'expert s'intéressera enfin au fait de savoir si la victime présente des déficiences susceptibles ou non d'influencer son comportement, par exemple une débilité qui la rendra dans ce contexte particulier « vulnérable » au sens pénal.

Il est utile dans le rapport d'expertise de citer textuellement les paroles de l'intéressé de façon à ne pas trahir sa pensée, mais il convient ensuite de leur donner un éclairage clinique.

## La passation de tests

Il s'agit là du rôle spécifique du psychologue qui va apporter un éclairage supplémentaire à l'entretien.

Il va faire passer deux sortes de tests : des tests cognitifs et des tests de personnalité.

- **Sur le plan cognitif :** La WAIS ou échelle d'intelligence de Weschler est un test long et l'échelle verbale et trop connotée à des connaissances scolaires pour que sa passation soit réellement significative pour des étrangers ou des gens n'ayant qu'un faible niveau scolaire. Il est préférable de proposer le PM 38, test de logique et de raisonnement purement visuel, dans lequel un sujet n'ayant pas poursuivi d'études peut cependant obtenir d'excellents résultats, le bon sens étant, selon Descartes, la chose du monde la mieux partagée.

Ce type de test permet de juger les capacités de raisonnement et de jugement du sujet, s'il persiste des doutes sur ce dernier point, on peut proposer alors une histoire absurde afin de se rendre compte si le sujet est capable ou non de la critiquer. On obtiendra alors l'équivalent d'un QI, mais les données ainsi obtenues ne seront que le point de départ d'hypothèses ou d'investigations et devront être confrontées aux autres informations collectées lors de l'entretien pour arriver à une interprétation cohérente et dynamique du fonctionnement mental du sujet.

- **Sur le plan mnésique :** En ce qui concerne la mémoire, la meilleure évaluation est celle de la WMSR, échelle de mémoire de Weschler, qui peut être accompagnée ou remplacée par des tests plus courts : la figure de Rey, les mots de Rey et le Benton qui permettent d'étudier les capacités du sujet en mémoire verbale, mémoire visuelle, et attention-concentration.
- **Sur le plan de la personnalité :** Le travail de l'expert psychologue consistera en l'étude de la personnalité du plaignant en fonction de son vécu personnel et de la perception qu'il peut avoir de l'agression ou de l'accident dont il a été victime. C'est le lieu de rencontre entre l'expertise psychologique et l'expertise psychiatrique. De son côté, le psychiatre aura à évaluer les éléments qui appartiennent à un processus morbide évolutif (par exemple la schizophrénie ou la paranoïa), ou les problèmes spécifiques liés aux addictions.

Les tests de personnalité ajoutés à l'étude de l'entretien clinique permettront au psychologue de se rendre compte si l'intéressé présente des troubles d'ordre psychologique et si on peut faire un lien entre les troubles et les faits dénoncés. Parmi les tests de personnalité, les plus utilisés seront les questionnaires de personnalité, les échelles de dépression ou d'anxiété et les tests projectifs en particulier le Rorschach et le TAT (*Thematic Aperception Test*) qui permettront de mettre en évidence la personnalité du sujet à travers ses mécanismes de défense contre l'angoisse et sa façon de réduire ses tensions ou ses pulsions, par exemple face à une situation de stress réagira-t-il par mentalisation, somatisation, ou passage à l'acte.

### **L'étude de l'état de stress post-traumatique**

Les troubles à évaluer sont fonction du moment dans lequel se déroule l'examen de la victime. Il s'agit des manifestations liées à l'état de stress aigu (ESA), à l'état de stress post-traumatique (ESPT) et enfin à la névrose traumatisante dont l'appréciation diagnostique ne peut être envisagée qu'après environ deux ans d'évolution des manifestations. Des échelles spécifiques validées comme l'IES (Horowitz *et al.*, 1979) ou l'IES-R (Brunet *et al.*, 2002<sup>1</sup>) sont utiles pour quantifier l'intensité des troubles psychotraumatiques. Ces évaluations permettent au magistrat, au pénal, à partir de l'Incapacité Totale de Travail de qualifier l'acte de délit : si l'ITT est supérieure à huit jours, elle devient un élément

---

1. BRUNET A., KING S., JEHEL L., WEISS D.S. (2002). Version mai 2005.

qui concourt à éclairer sur la violence des actes vécus et subis par le plaignant.

Il n'est pas inadapté de proposer une réévaluation ultérieure. On comprend alors la nécessité de pouvoir utiliser des référentiels communs aux experts, ce qui n'est malheureusement pas toujours le cas. De notre point de vue, l'utilisation des classifications internationales des maladies qui sont des instruments catégoriels est ici utile, même si elles peuvent quelque fois appauvrir la clinique : il s'agit surtout des CIM-10 (Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement), dont les caractéristiques proposées sont moins réductrices que celles du DSM IV (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux). Elles permettent d'attribuer à un sujet une catégorie diagnostique. Nous les intégrerons donc dans notre évaluation des troubles post-traumatiques, ceci même si elles ne sont pas les seules références cliniques dont nous disposons.

L'ESA est donc : « Un trouble transitoire sévère survenant chez un individu ne présentant aucun autre trouble mental apparent, à la suite d'un facteur de stress physique ou psychique exceptionnel et disparaissant en quelques heures ou quelques jours. » L'ESPT « constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un évènement stressant exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. »

Pour les évaluer, ainsi que pour évaluer la névrose traumatisante, le clinicien peut alors utiliser des instruments de mesure dimensionnels, tests indicateurs de sévérité ou d'intensité qui permettent une autre approche exploratoire du sujet.

Sur le plan de la clinique du syndrome psychotraumatique toutes les personnes qui ont été confrontées à un évènement traumatisant ne développent pas des symptômes. Ceci a amené certains auteurs à différencier stress, réaction physiologique et trauma véritable effraction psychique qui implique un rapport différent au monde et à soi-même.

Dans le cadre de la clinique expertale, il est commode de décrire la clinique des réactions immédiates, puis celle des séquelles tardives. Sans refaire ici la liste des troubles de l'ESA, il faut se souvenir qu'il rentre dans des manifestations qui durent moins d'un mois, essentiellement marquées par un syndrome de répétition, des troubles du sommeil, un possible état dissociatif, mais les symptômes ne sont pas systématiques et certains sujets ne vont connaître qu'une réaction aiguë à un facteur de stress. L'ESPT et la clinique des séquelles tardives englobent des symptômes spécifiques, le syndrome de répétition, avec l'évitement de ce qui est associé au traumatisme subi, avec des ruminations mentales

et des intrusions d'images qui ramènent souvenirs visuels et perceptions diverses (sons, odeurs), mais aussi des symptômes moins spécifiques. Le psychiatre évaluera l'éventuelle incidence des traitements psychotropes prescrits.

Sur le plan psychodynamique, les réaménagements défensifs post-traumatiques se traduisent par une nouvelle façon de :

– *percevoir l'environnement*, qui se caractérise par :

- l'état d'alerte permanent et sursauts,
- les troubles du sommeil,
- les conduites d'évitement de type phobique ;

– *penser*, qui se caractérise par :

- le besoin d'amour,
- la difficulté de donner de l'amour,
- l'irritabilité ;

– *agir*, qui se caractérise par :

- la baisse du rendement,
- l'asthénie psychique et physique : l'élan vital est éteint,
- la perte de l'initiative.

Cette altération de la personnalité est l'une des caractéristiques principales de la névrose traumatique.

Ce changement survient du fait même de l'impact du traumatisme, que la personnalité antérieure ait été normale ou fragile donc plus vulnérable et prédisposée à une décompensation.

On constate un triple blocage des fonctions du Moi :

- blocage de la fonction de filtration de l'environnement ;
- blocage de la fonction de présence dans le monde ;
- blocage de la fonction d'amour et de la relation à autrui.

Les tests apportent alors à l'expert une aide précieuse pour tenter d'objectiver les séquelles de l'état de stress post-traumatique.

Ils mesurent les troubles de mémoire et de concentration, la fatigabilité et la détérioration des fonctions cognitives en excluant la détérioration due à l'âge et en mettant en évidence celle due à l'inhibition ou à un blocage de type affectif. Les tests mettent aussi en évidence le type d'anxiété, l'impact de la culpabilité et les modifications de personnalité.

## LE PROBLÈME SPÉCIFIQUE DE L'EXPERTISE D'UN MINEUR

Le recueil de la parole de l'enfant présente de telles spécificités qu'il ne peut s'improviser (voir le chapitre 35, consacré à la mémoire traumatique). Il exige tout au contraire savoir-faire et méthodologie qui ne peuvent s'acquérir qu'à l'issue d'une formation préalable de façon à restituer au mieux l'authenticité de la parole du mineur victime.

Il existe des pratiques adaptées à la menée d'un entretien avec un enfant : les différentes questions à aborder, celles à éviter, la durée du dit entretien, lui parler dans un langage adapté pour que le mineur se sente écouté et compris. Ceci de façon à pouvoir instaurer un rapport de confiance avec le mineur.

Il faut développer une certaine éthique de l'écoute car un des projets de ce travail est de permettre d'établir la validité qui peut être retenue à ses dires. Il sera indispensable pour l'expert d'être très circonspect si on lui demandait d'utiliser les récits faits à partir d'entretiens enregistrés par autrui. En effet, plus que chez l'adulte, le contexte de la révélation des faits, leur antériorité, le nombre de personnes auprès desquelles l'enfant a pu parler, la manière dont ont été conduits les différents entretiens laissent des traces mentales et influent sur les nouveaux récits. Ceci peut prendre le nom de suggestibilité qui est une caractéristique normale de l'enfant ; c'est ce qui rend, en partie, possible l'éducation et sur laquelle s'appuie ordinairement l'apprentissage.

En le rappelant de cette manière, cela permet d'avancer sur ces distinctions entre le projet mis dans la demande du magistrat et l'observation clinique qui débouche sur les notions du normal et du pathologique objectivables pour juger et non pour traiter. Cette démarche demande aussi à l'expert de mesurer combien la recherche de cette vérité n'est pas toujours au service de la victime, car elle multiplie les intervenants, ce qui peut être une source de contamination de son discours, en fonction des circonstances avec la perte de l'authenticité de ce dernier : il faut alors détecter une éventuelle contagion par l'adulte du discours de l'enfant.

## LE PROBLÈME SPÉCIFIQUE DE L'EXPERTISE DE CRÉDIBILITÉ DE LA VICTIME

Ce type d'expertise correspond à une pratique judiciaire qui trouve son origine dans les questions posées à l'expert dans sa mission et qui tend à apprécier et évaluer les dires. Aujourd'hui, la position de sagesse

est celle de la suppression du terme crédibilité, sujet à un dévoiement sémantique trop fréquent pour être maintenu.

Dans le cas où le magistrat souhaite maintenir cette question, elle est effectuée dans le cadre de l'expertise sur la base d'une grille de lecture clinique psychopathologique. Son objet porte sur la présence ou l'absence de pathologie, par exemple celle constitutive d'un délire, d'une mythomanie, d'une affabulation, d'insuffisances intellectuelles ou de conviction passionnelle. En l'absence de ces facteurs pathologiques, la victime présumée est crédible au sens médico-légal. Néanmoins, cela ne signifie pas que le sujet n'ait pas menti et qu'il n'ait pas été influencé par des interrogatoires répétés, des conflits de loyauté ou des difficultés relationnelles, ce que l'expert ne peut apprécier à coup sûr dans le cadre nécessairement limité d'un examen d'expertise. Le plaignant peut donc être parfaitement crédible au sens médico-légal et ne pas révéler la vérité des faits. On ne saurait prétendre qu'il existe une automatité de l'adéquation entre crédibilité médico-légale et vérité judiciaire.

La mission de l'expert qui examine un plaignant, victime présumée, est centrée sur le retentissement éventuel et l'expression des doléances. Mais l'existence d'un retentissement psychique ne signe pas *ipso facto* la réalité des faits allégués dans les circonstances dénoncées.

Les experts font partie des collaborateurs privilégiés des magistrats. À ce titre, ils doivent permettre aux juges qui les ont désignés d'étayer le faisceau des présomptions qui leur permettront d'établir leur intime conviction.

Mais aucun expert n'est infaillible ; notre domaine ce sont les sciences humaines et notre rôle est de donner au juge un éclairage reflétant notre opinion mais également nos doutes.

Nous retiendrons essentiellement ces trois points qui nous paraissent fondamentaux :

1. La collaboration entre le psychologue et le psychiatre apporte une dimension d'échange riche et opérante dans la limite du respect de la spécificité et du rôle de chacun.
2. Notre conviction absolue sur l'indispensable suppression du terme de crédibilité dont on n'a pu que constater les effets désastreux.
3. Le seul expert en crédibilité est le magistrat qui énonce le Droit et dont le rôle est d'établir la vérité et d'évaluer le préjudice. Il peut pour cela s'appuyer sur les conclusions des experts, mais il n'est jamais lié par celles-ci.

## *Chapitre 37*

---

# LA JUSTICE RESTAURATIVE

Le souci des personnes

R. Cario, P. Mbanzoulou

**L**A JUSTICE restaurative (ou réparatrice) a le souci de tous et le désir d'ouverture du conflit à tous. En ce sens, infracteur, victime, proches, membres des communautés concernées sont invités à envisager ensemble, au sein du système de justice pénale, les conséquences du crime éprouvé et de trouver ensemble les solutions, équitables pour tous, pour sortir du conflit. C'est sans aucun doute la raison pour laquelle elle connaît un succès remarquable un peu partout dans le monde, tant auprès des personnes directement concernées par le crime que des acteurs socio-judiciaires chargés d'en gérer les multiples conséquences.

Son avènement, encore timide en France, provient très certainement de la crise de la pénalité moderne, du « tout répressif ». La machine pénale tourne aujourd’hui encore à l’aveugle : elle ne définit ni le crime, ni la sanction, ni la victime. Est-ce pour ne pas reconnaître explicitement les dysfonctionnements et insuffisances du système actuel ? L’inflation pénale est si forte qu’elle conduit à un taux de classement sans suite étonnant : dans huit cas sur dix, comme si l’infraction n’avait jamais existé !

La réaction sociale après poursuites s'affirme très répressive, la « prison ayant colonisé la peine » (Foucault, 1976) sans commune

proportion avec la réalité du phénomène, les crimes ne représentant que 0,5 % des condamnations ! Et l'augmentation significative, depuis 20 ans, de la stratégie de « prisonisation » (Kellens, 2000), malgré une surpopulation carcérale endémique (60 677 détenus au 1<sup>er</sup> septembre 2007 pour 50 731 places ; sans compter les 2 075 placements sous surveillance électronique), le doublement de la durée moyenne de la peine délictuelle, l'augmentation des peines privatives de liberté comprises entre cinq et dix ans, la chute significative des mesures de libération conditionnelle (4 % des libérés en 2007), demeure sans effet sur le volume des transgressions. Le taux moyen de récidive, y compris carcérale, s'inscrit à un niveau anormalement élevé, sauf à observer quand même qu'il concerne presque exclusivement les délits, la récidive criminelle demeurant exceptionnelle (Tournier, 2007, Portelli, 2007). Ainsi et contrairement à ce que pensait Montesquieu, la sévérité des peines ne convient pas qu'aux seuls gouvernements despotes.

Concomitamment, la (re)considération de la personne de la victime est la conséquence directe de l'échec de la prise en charge des violences agies ou des souffrances subies. La consolidation de la victimologie, à partir des années 1970, a conduit à mieux comprendre l'envers du crime, à rééquilibrer la balance au bénéfice de la victime, au travers d'une stratégie nettement restaurative, dans le souci du procès équitable. Les recherches victimologiques les plus récentes soulignent l'urgence d'une évolution radicale des politiques criminelles actuelles. En effet, l'inégalité sociale devant le crime est frappante : c'est au sein même des populations les plus dominées, les plus fragilisées que se recrutent infracteurs et victimes. Les crimes les plus graves sont commis dans le cadre de relations interpersonnelles privilégiées entre victimiseurs et victimisés : famille, quartier, travail notamment. Dans le même sens, la survictimisation est d'autant plus fréquente que les intéressés éprouvent à l'égard de leurs bourreaux des sentiments ambivalents, où l'amour et la haine se bousculent au gré des circonstances familiales par exemple. Plus troublant encore, les auteurs d'infractions les plus graves contre les personnes ont eux-mêmes été fréquemment victimes durant leur enfance ou adolescence, sans bénéficier d'accompagnement affectif, psychologique et social de nature à apaiser leurs souffrances (Cario, 2005a). Pour le moins, une telle incurie sociétale a fait le lit d'une reproduction intergénérationnelle de la violence, ardoise pivotante s'il en est (Martinez, 2002), lors de la survenue de conflits intersubjectifs.

Certes les mentalités évoluent à un rythme assez soutenu ces dernières années et, parallèlement aux riches prises en charge en provenance du milieu associatif privé, les droits des victimes se sont affichés dans

des textes d'origine réglementaire ou législative. Les objectifs de la justice restaurative y ont fait furtivement apparition en 1975. Mais c'est durant les années 1980 que la philosophie restaurative s'inscrit au travers des pratiques de médiation pénale (Faget, 1997 ; Cario, 1997) et de réparation pénale à l'égard des mineurs (Vaillant, 1994 ; Milburn, 2002). De manière plus ambitieuse encore, le Conseil National de l'Aide aux victimes (CNAV) a installé en 2006 un groupe de travail chargé de « rechercher les voies permettant de développer la justice restaurative » dans notre pays. Ses conclusions viennent d'être présentées dans un récent rapport<sup>1</sup>.

## CARACTÉRISTIQUES PRINCIPALES DE LA JUSTICE RESTAURATIVE

Selon les principes fondamentaux adoptés par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2002, la justice réparatrice/restaurative est constituée par :

« Tout processus dans lequel la victime et le délinquant et, lorsqu'il y a lieu, toute autre personne ou tout autre membre de la communauté subissant les conséquences d'une infraction participent ensemble activement à la résolution des problèmes découlant de cette infraction, généralement avec l'aide d'un facilitateur. »

Pour s'inscrire dans l'inévitable et nécessaire continuité des systèmes de justice pénale (rétribution de l'acte, utilitarisme social, réhabilitation de l'infracteur, réparation de la victime), la Justice restaurative opère une nouvelle rupture épistémologique en pénologie. Selon la philosophie restaurative, le crime est davantage une atteinte aux personnes et aux relations interpersonnelles. La justice a, par conséquent, pour but d'identifier les besoins et les obligations de chacun des protagonistes. La justice se conçoit comme un processus impliquant, de manière active, toutes les personnes intéressées. Par le dialogue, on encourage réciprocité et partage des émotions. La responsabilisation concrète de tous conduit à la recherche de solutions consensuelles, tournées vers l'avenir et destinées à réparer tous les préjudices. Les résultats, tout autant que le processus, apparaissent ici essentiels (Walgrave, 2002).

**Deux principales modalités de justice restaurative sont actuellement à l'œuvre dans le monde** (Miers, 2007), généralement à tous les

1. <http://criminologie.univ.pau.fr>

stades de la procédure pénale. Bien évidemment, la reconnaissance de la faute commise est exigée de l'auteur et la participation de tous est libre et volontaire.

– ***La médiation entre victime et infracteur***, expérimentée au début des années 1970 à Kitchener (Ontario), offre aux intéressés l'opportunité d'une rencontre volontaire, en face à face, afin de discuter des caractéristiques et des conséquences du conflit de nature pénale qui les oppose. Structurée et sécurisée, la rencontre est animée par un médiateur/facilitateur professionnel. Le but de la médiation victime/infracteur est :

- tout d'abord, de rendre possible une telle rencontre ;
- d'encourager, ensuite, l'auteur à mesurer l'impact humain, social et/ou matériel de son action et d'en assumer la responsabilité ;
- de conduire encore chacun à reconsidérer le point de vue de l'autre et à en tenir davantage compte ;
- d'amener, enfin et principalement, les intéressés à envisager les contours de la réparation des préjudices causés.

En France, la médiation pénale est réservée aux majeurs dans le cadre des alternatives aux poursuites. La réparation pénale à l'égard des mineurs est bien plus pertinemment installée à tous les stades de la procédure (Mbanzoulou, 2004).

– ***La Conférence du groupe familial (ou conférence restaurative)***, inspirée des pratiques de « Whanau » des Maoris, aborigènes de Nouvelle Zélande, et intégrée dans la législation pénale de ce pays en 1989, poursuit les mêmes objectifs que les médiations victime/infracteur mais réunit un nombre plus diversifié de participants (de 10 à 20 personnes) autour de l'infracteur, de la victime et du médiateur/facilitateur. Se joignent à eux toutes les personnes ou institutions ayant intérêt à la régulation du conflit : amis, référents de l'une ou l'autre des personnes, représentants d'institutions judiciaires, sanitaires ou sociales, le cas échéant. La conférence permet d'envisager les caractéristiques du soutien que l'environnement familial ou social est susceptible d'apporter aux intéressés, en particulier à l'infracteur, en vue de l'aider à modifier à l'avenir son comportement et de réparer les torts causés à la victime ou à la communauté (MacRae A., Zehr H., 2004).

**Une troisième modalité**, plus délicate d'appropriation, se développe au sein des Premières Nations d'Amérique du Nord. Élargis à tous les membres de la communauté qui souhaitent y participer, les cercles de sentence ou de détermination de la peine ont pour même ambition d'aboutir, par consensus, à une décision qui réponde aux préoccupations

de tous les intéressés. Selon les cercles, le consensus porte sur la sentence elle-même, exécutoire en l'état, ou seulement sur la recommandation d'une sentence adressée au juge habilité pour en décider (Jaccoud, 1999).

## L'ISSUE NÉGOCIÉE DES MODALITÉS DE JUSTICE RESTAURATIVE

À l'issue de la rencontre restaurative, un accord conduit généralement à deux séries de réparation selon que la victimisation frappe une personne physique, une personne morale ou la communauté. Dans le premier cas, la réparation prend très souvent la forme d'une indemnisation (*compensation*). Pour n'être pas étranger au système traditionnel de justice pénale, l'intérêt que l'indemnisation présente ici tient au fait qu'elle a été négociée au travers d'une participation active de toutes les personnes et institutions concernées par le conflit. L'infracteur prend ainsi conscience du lien direct entre le dommage causé par son comportement et ses conséquences ou répercussions. Au cas de victime personne morale, la réparation consiste en un travail au profit d'une institution ou de la communauté, encore appelé travail d'intérêt général, prestation ou travaux communautaires. Il convient également de souligner que cette mesure peut être prononcée à l'égard d'un infracteur dont la victime ne souhaite pas entrer dans un mode restauratif de régulation du conflit ou encore dans le cas d'infraction sans victime. En tout cas, le travail au profit de la communauté consiste précisément à la réparation du dommage concrètement subi par l'institution, la communauté ou l'un de ses membres. Les efforts fournis par l'infracteur pour mener à bien les exigences de ce travail réparateur sont de nature à faciliter, en cas de succès, sa réintégration dans la collectivité et, corrélativement, à consolider la paix sociale.

D'autres modalités de réparation sont également possibles, en complément des réparations précédentes ou de manière autonome :

- Restitution des objets volés ;
- Excuses (verbales ou écrites) à la victime ou à la communauté ;
- Participation à des programmes d'éducation ou de formation ;
- Programmes de sensibilisation aux victimes (réalités vécues, conséquences pour leur avenir) ;
- Dans une moindre mesure, suivi de programmes sanitaires (en cas d'addictions toxiques), de thérapies spécialisées (délinquance sexuelle,

violences conjugales principalement) en vue de protéger l'intéressé et d'éviter la reproduction des comportements interdits.

Bien que ne correspondant pas pleinement à la philosophie restaurative qui sous-tend une négociation sur les conséquences du conflit, des rencontres/médiations victimes-infracteurs ont été mises en place, dans quelques pays, durant la phase d'exécution de la peine privative de liberté. Par l'intermédiaire d'un médiateur soucieux des intérêts de l'une comme de l'autre, les intéressés tentent néanmoins, à l'occasion de rencontres en milieu carcéral, directes ou non, de prendre réciproquement conscience des conséquences du crime et d'exprimer leurs affects.

Par contre, l'aide aux victimes ne saurait être considérée comme une des modalités de la justice restaurative. Si la reconnaissance de la victime peut passer par une rencontre avec l'infracteur ou d'autres condamnés ou par une empathie collective plus ou moins formalisée par la conférence ou les rencontres, il demeure que l'accompagnement psychologique et social de la victime doit faire l'objet d'attentions et d'actions spécifiques, que ne garantissent pas, *ipso facto*, les modalités de justice restaurative.

La modalité restaurative accomplie offre en effet la chance à l'infracteur d'exprimer des regrets, de présenter des excuses, de demander pardon à la victime, à ses proches et/ou à la communauté. Et à chaque fois que celui-ci a pu être accordé, le processus restauratif a conduit à la réconciliation intersubjective et, au-delà, à la consolidation des liens sociaux intracommunautaires. Il est essentiel de souligner que de telles modalités restauratives, par l'accord consensuel qu'elles supposent, évitent de maintenir la victime dans des revendications vengeresses si courantes dans le système pénal classique.

## LES PROMESSES ÉVALUÉES DE LA JUSTICE RESTAURATIVE

De nombreuses et solides évaluations scientifiques sont dorénavant disponibles. Mieux reconnus dans leur globalité de personne, jouant un authentique rôle d'acteur à la résolution du conflit, les protagonistes ont l'impression d'avoir pu se l'approprier dans le cadre d'un processus équitable. Chacun a pu s'investir dans le dialogue, assumer pleinement son droit à la parole comme son devoir d'écoute, favoriser par là l'intercompréhension de tous. La peur du crime, en tant que conséquence d'une expérience criminelle vécue, diminue fortement chez la victime, d'autant plus que les probabilités d'exécution de la décision sont élevées, sous le seul contrôle du facilitateur (la contrainte demeurant exceptionnelle). La (les) victime(s) et/ou leurs proches se portant mieux, le sentiment de

vengeance à l'égard de l'infracteur diminue significativement. Le taux de récidive apparaît beaucoup moins élevé (plus particulièrement en ce qui concerne les infractions violentes contre les personnes que les infractions les moins graves) dans la mesure où l'infracteur prend conscience qu'il appartient à la communauté humaine.

Les conditions optimales de mise en œuvre et de réussite des modalités de justice restaurative reposent sur la qualification des professionnels investis. À défaut, des insuffisances, réelles, peuvent induire des formes subtiles de victimisation secondaire : présence variable de la victime ; lenteur et coût élevés des modalités ; absence de formalisme principalement. De surcroît, les difficultés sociales et, surtout, les perturbations psychologiques de la victime ne sont pas pour autant complètement et définitivement réglées par cette seule possibilité restaurative, d'où la nécessité de prévoir, parallèlement, un véritable accompagnement de la victime mais également de ses proches par les professionnels compétents des services d'aide aux victimes (Aertsen *et al.*, 2004 ; Johnstone, Van Ness, 2007 ; Sherman, Strang, 2007).

Est-il besoin de souligner que les enjeux de la Justice restaurative apparaissent comme fondamentaux pour tous les protagonistes du crime : infracteur, victime, communautés, société ? Est-il utopique de penser que les valeurs de vie sociale harmonieuse, de respect mutuel, de responsabilité, de solidarité, de justice finalement qui la fondent constituent les promesses à remplir pour sortir la pénalité moderne de la crise profonde qui l'affecte ?

À l'opposé du procès pénal classique qui aliène en se crispant sur le passé de la faute, la Justice restaurative rééquilibre les priorités en réinvestissant, aux côtés de l'infracteur, la victime elle-même. Une telle évolution se justifie d'autant plus que dans les crimes les plus sérieux, les intéressés se connaissent et évoluent dans une forte proximité socioculturelle, accablés de toutes sortes de pauvretés (Mbanzoulou, Tercq, 2004). Par la présence du tiers justice et du tiers social (organismes d'aide et d'accompagnement), elle permet de socialiser le désir de vengeance de la victime comme la culpabilité de l'infracteur, lesquels deviennent alors fortement réparateurs. Par la reconsideration de la dignité de la Personne de chacun, elle les (ré)humanise tous.



---

# BIBLIOGRAPHIE

- AERTSEN I. et al. (2004), *Renouer les liens sociaux. Médiation et justice réparatrice en Europe*, Pub. Conseil de l'Europe.
- ALBERNHE T. (1987), *Criminologie et psychiatrie*, Paris, Ellipses.
- ALONSO J., ANGERMEYER M.C., BER-NERT S. et al. (2004), « Prevalence of mental disorders in Europe : results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project », *Acta Psychiatr Scand. Suppl.*, 420.
- AMIR M. (1971), *Patterns in forcible rapes*. Chicago, University of Chicago Press.
- AMOR P. (1946), Rapport devant le conseil supérieur de l'administration pénitentiaire. Séance du 30 juillet.
- ANZIEU D., DOREY R., LAPLANCHE J., WIDLÖCHER D. (1984), *La pulsion pourquoi faire ?*, Paris, Association Psychanalytique de France.
- APPELBAUM P.S. (2006), « Violence and mental disorders : data and public policy », *American Journal of Psychiatry*, 163, 8, 1319-1320.
- ARENDT H. (1963), *Eichmann à Jérusalem. Rapport sur la banalité du mal*, Paris, Gallimard, 4<sup>e</sup> éd., 1966/2002, coll. Folio histoire.
- ARSENAULT L., MOFFITT T.E., CASPI A. et al. (2000), « Mental disorders and violence in a total birth cohort. Results from the Dunedin study », *Archives of General Psychiatry*, 57, 979-986.
- ARVEILLER J. (1998), « Pédophilie et psychiatrie », *L'évolution psychiatrique*, 63, 1-2, p. 11-34.
- AUBUT J. (1993), *Les agresseurs sexuels*, Montréal, La Chenelière, Paris, Maloine.
- BADDELEY A. (1990), *La mémoire humaine, théorie et pratique*, trad. fr., Presse de l'Université de Grenoble, 1992.
- BADINTER E. (2003), *Fausse route*, Paris, Odile Jacob.
- BADINTER R. (1992), *La prison républicaine, 1871-1914*, Paris, Fayard.
- BAILLARGER M.J. (1844), « Note sur les causes de la fréquence de la folie chez les prisonniers », *Annales Médico Psychologiques*, 4, 74-80.
- BAILLY-SALIN P. (1980), « Stratégie thérapeutique vis à vis des psychopathes », *Confrontations psychiatriques*, 18, 175-188.

- BALIER C. (1988), *Psychanalyse des comportements violents*, Paris, éd. PUF.
- BALIER C. (1988), *Psychanalyse des comportements violents*, Paris, PUF.
- BALIER C. (1989), « Psychiatrie en milieu carcéral : soins ou traitement ? », *Perspectives psychiatriques*, 19, 4, 237-241.
- BALIER C. (1996), *Psychanalyse des comportements sexuels violents*, Paris, éd. PUF.
- BALIER C. (1996), *Psychanalyse des comportements sexuels violents*, Paris, PUF, Fil rouge.
- BALIER C. (2005), *La violence en abyme*, Paris, PUF, Le fil rouge.
- BALIER C. (2006), « Une psychocriminologie psychanalytique » in ss dir. André Green, *Les voies nouvelles de la thérapeutique psychanalytique*, Paris, éd. PUF.
- BALIER C. (1998), « De la délinquance sexuelle à la psychopathologie », *L'Information Psychiatrique*, 74, 5, p. 451-454.
- BALIER C., CIAVALDINI A., GIRARD-KHAYAT M., (1997), *Questionnaire d'Investigation Clinique pour les Auteurs d'Agressions Sexuelles*, Grenoble, éd. PARI, 3, ch. des Marronniers, 38100 Grenoble (© Balier C., Ciavaldini A., Girard-Khayat M., 1997).
- BALIER C., CIAVALDINI A., KHAYAT M. (1996), *Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels*, Paris, Direction Générale de la Santé.
- BARIL M. (1984), *L'envers du crime*, (CICC Montréal) Paris, L'Harmattan, coll. Traité de sciences criminelles, vol. 6, 2002.
- BARON-LAFORÈT S. (2007), « Dans le cadre de l'injonction de soins ou de l'obligation de soins comment articuler l'expertise psychiatrique de la personne sous main de justice, les soins apportés et le rôle de l'instance judiciaire ? », Paris : Audition publique, L'expertise psychiatrique pénale (rapport d'expert).
- BARON-LAFORET S., BRAHMY B. (1998), « Psychiatrie en milieu pénitentiaire », *Encycl. Méd. Chir. Psychiatrie*, 37-953-A-10, Paris, Elsevier.
- BARON-LAFORET S., LAURANS J. (1997), « Les soins psychiatriques en prison », *Santé mentale*, 14, 19-21.
- BARREYRE J-Y., BOUQUET B. (dir.) (2006), *Nouveau dictionnaire critique d'action sociale*, Paris, Bayard.
- BASSIOUNI M.C. (2002), *Introduction au droit pénal international*, Bruxelles, Bruylant.
- BASSIOUNI M.C. (2003), « Reconnaissance internationale des droits des victimes », In G. Doucet (Dir.), *Terrorisme, victimes et responsabilité pénale internationale*, Paris, Calmann-Lévy, p. 136.
- BASSIOUNI M.C. (2006), International recognition of victims' rights, In *Human Rights Law review*, 6, 2, p. 203-279.
- BEAUREPAIRE DE C., HIRIART V. (1997), *Conduites addictives et population incarcérées. Etude descriptive chez les patients de l'hôpital pénitentiaire de Fresnes*, Cible.
- BECKER H-S. (1985), *Outsider, étude sociologique de la déviance*, Paris, PUF.
- BEKERIAN D.A., DENNETT J.-L. (1995), « Assessing the truth in children's statements », in T. NEY (Ed), *True and false allegations of child sexual abuse : Assessment and case management*, New York, Brunner Mazel.

- BENEZECH M. (1999), « Le suicide et sa prévention dans les prisons françaises », *Annales Médico Psychologiques*, 157, 8, 561-566.
- BENEZECH M. (2004), « Introduction à l'étude de la dangerosité », in *Les dangerosités*, Paris, John Libbey, p. 7-23
- BERGERET J. (1995), « Les délinquances dites sexuelles », *Nervure*, 7, p. 62-77.
- BERGERET J. (1998), « Les états limites et leurs aménagements », in BERGERET J., BECACHE A., BOULANGER J.J. CHARTIER J.P., DUBOR P., HOUSSER M., LUSTIN J.J., *Psychologie pathologique théorique et clinique*, 7<sup>e</sup> éd., Paris, Masson.
- BERNARD G. (2004) « Les critères de la présomption d'innocence au XVII<sup>e</sup> siècle : de l'objectivité des preuves à la subjectivité du juge », in S. Tzitzis, *La présomption d'innocence, Essais de philosophie pénale et de criminologie*, IV, Paris, Eska, p. 33-57.
- BERNARD G. (2004), « Sanction pénale (abord historique et philosophique de la) », in G. LOPEZ, S. TZITZIS (dir.), *Dictionnaire des sciences criminelles*, Paris, Dalloz, p. 847-850.
- BERNARD G. (2007), « Entre droit naturel et droit positif : crise de légitimité du lien social et de la justice pénale ? », in *Revue de science pénitentiaire et de procédure pénale*, 2, p. 261-276.
- BERTRAND M A. (2003), *Les femmes et la criminalité*, Québec, Athéna.
- BESSEL A., VAN DER KOLK B., ALEXANDER C. et al.(1996), *Traumatic Stress : The effects of overwhelming experience on mind, body and society*, London, The Guilford Press.
- BIDERMAN A.D., REISS A.J. (1967), « On exploring the dark figure of crime », *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 374, 1-15.
- BLOOM H. WEBSTER C. D. (2007), Essential Writings in Violence Risk Assessment and Management, Center for Addiction and Mental Health, Toronto.
- BLOOMFIELD D., BARNES T., HUYSE L (dir.) 2003, *La réconciliation après un conflit violent. Un manuel*, IDEA (www.idea.int).
- BODON-BRUZEL M., KOTTLER CH. (2004), « État dangereux », in G. LOPEZ, S. TZITZIS (dir.), *Dictionnaire des sciences criminelles*, Paris, Dalloz, p. 378-383.
- BOER D.P., HART S.D., KROPP P.R., WEBSTER C.D. (1997), *Manual for the Sexual Violence Risk – 20 : Professional guidelines for assessing risk of sexual violence*, Vancouver, BC, BC Institute against family violence and the Mental health, law, and policy institute, Simon Fraser University.
- BONNET G. (1981), *Voir. Être vu*, Paris, éd. PUF, 2 tomes.
- BONNET G. (2000), *Le remords*, Paris, éd. PUF.
- BORUM R., BARTEL F., FORTH A. (2003), *Manual for the structured assessment of violence risk in youth*, Tampa, FL, University of South Florida.
- BOURDON W. (2000), *La Cour pénale internationale*, Paris, Seuil, coll. Points.
- BOURGEOIS M. L., BENEZECH M.(2001), « Dangerosité criminologique, psychopathologie et comorbidité psychiatrique », *Annales Médico Psychologiques*, 159, 475-485.
- BOURGEOIS M.-L., BENEZECH M. (2001), « Dangerosité criminologique, psychopathologie et co-

- morbidity psychiatric », *Ann Méd Psychol*, 159 :475-86.
- BOURGOIN N. (1992), « Le suicide en prison et en liberté, situations comparées », *Revue française des affaires sociales*, 161-172.
- BRENNAN P.A., MEDNICK S.A., HODGINS S. (2000), « Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort », *Archives of General Psychiatry*, 57, 494-500.
- BREUER J. & FREUD S. (1893-1895), « Studies in hysteria », in J. STRACHEY (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (vol. 2), London, Hogarth Press.
- BRIENEN M., HOEGEN E. (2000), *Victims of crime in 22 europeans criminal justice systems*, Wolf Legal publ.
- BRIERRE DE BOISMONT A. (1846), « De la nécessité de créer un établissement pour les aliénés vagabonds et criminels, résumé de communication », *Annales Médico Psychologiques*, 8, 118-121.
- BRODEUR J.P. (2007), « L'enquête criminelle », in *Traité de sécurité intérieure*, Montréal, Hurtubise, 541-556.
- BROWNMILLER S. (1975), *Against our will : men, women and rape*, New York, Simon and Schuster.
- BRUCKNER P. (1995), *La tentation de l'innocence*, Paris, Grasset.
- BUFFARD S., ELCHARDUS J.-M., GILLET M., QUENARD O. (1982), « Il est dangereux de se pencher ». In *Dangerosité et Justice pénale. Ambiguités d'une pratique*, sous la direction de C Debuyst, F. Tulkens, Ed. Médecine et Hygiène, Genève, p. 177 - 188
- BURRELL G., MORGAN G. (1979), *Sociological paradigms and organisational analysis*, Burlington, Ashgate.
- CABANEL P.-G. (1996), *Pour une meilleure prévention de la récidive*, rapport au Premier Ministre, La Documentation française, Paris.
- CALMEIL L-F. (1845), *De la Folie*, Edit, Paris, T 1 et 2, 1982
- CAMPOS É. (2004), « Dangerosité criminologique », in G. LOPEZ, S. TZITZIS (dir.), *Dictionnaire des sciences criminelles*, Paris, Dalloz, p. 219-222.
- CANTO-SPERBER M. (dir.) (2004), *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, Paris, Quadrige. PUF.
- CARIO R. (2000), *Victimologie. De l'effraction du lien intersubjectif à la restauration sociale. Volume 1*, Paris, L'Harmattan, coll. Traité de Sciences criminelles, vol. 2-1, 3<sup>e</sup> éd., 2006.
- CARIO R. (2003), *Victimologie. Les textes essentiels*, Paris, L'Harmattan, coll. Traité de Sciences criminelles, vol. 2-2, 2<sup>e</sup> éd.
- CARIO R. (2005a), *La justice restaurative. Principes et promesses*, Paris, L'Harmattan, coll. Traité de sciences criminelles, vol. 8..
- CARIO R. (2005b), *Introduction aux sciences criminelles. Pour une approche globale et intégrée du phénomène criminel*, Paris, L'Harmattan, coll. Traité de Sciences criminelles, vol. 4, 5<sup>e</sup> éd..
- CARIO R. (2007), « Les droits des victimes devant la Cour pénale internationale », in *A.J. pénal*, 6, p. 261-266.
- CARIO R. (dir.) (1997), *La médiation pénale : entre répression et réparation*, Paris, L'Harmattan, coll. Sciences criminelles.
- CARIO (dir.) (2006), « Les droits des victimes d'infraction », in *Problèmes politiques et sociaux*, 2007, 193.
- CARIO R., MBANZOULOU P. (dir.) (2004), « La victime est-elle coupable ? », *Autour de l'œuvre d'Ez-*

- zat Abdel Fattah. *Controverses*, Paris, L'Harmattan.
- CASANOVA A. (2004), « Préférences sexuelles (troubles des) » in *Dictionnaire des sciences criminelles*, Paris, Dalloz, p. 725-728.
- CASANOVA A. (2005), « Le temps judiciaire : les expertise psychiatriques », *Synapse*, novembre.
- CASANOVA A. (2007), « À propos des limites de l'expertise psychiatrique pénale des victimes », *Annales médico-psychologiques*, janvier, vol 165, n° 1, 37-41
- CATALANO S.M. (2006), *Criminal Victimization 2005*, U.S. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics, multigraph., sept.
- CECI S.J., BRUCK M. (1998), *L'enfant témoin. Une analyse scientifique du témoignage d'enfants*, trad. fr. par Gottschalk M., Paris, Bruxelles, De Boeck Université.
- CECI S.J., KULKOFSKY S., KLEMFUSS J.Z. et al. (2007), « Unwarranted assumptions about children's testimonial accuracy », *Annual Review of Clinical Psychology*, 3.
- CESONI M-L, RECHTMAN R. (2005), « La réparation psychologique de la victime : une nouvelle fonction de la peine ? », *RDPC*, 2, 158-178.
- CHABERT C. (2000), « Le passage à l'acte, une tentative de figuration ? » in : GuttonP, Godenne G, (2000), *Troubles de la personnalité, troubles des conduites*, Paris, GREUPP, p. 57-62.
- « Charte des droits et devoirs de victimes d'infractions pénales », Ministère de la Justice, mai 2002, In R. CARIO, *Victimologie*, vol. 2, p. 193-194.
- CHRISTIANSON S.A. (ed.) (1992), *The handbook of emotion and memory* :
- Research and theory*, Hillsdale, NJ, Erlbaum.
- CIAVALDINI A. (1999), *Psychopathologie des agresseurs sexuels*, Paris, Masson,.
- CIAVALDINI A. (2001), « La famille de l'agresseur sexuel, conditions du suivi thérapeutique en cas d'obligation de soins », *Le divan familial*, 6, Printemps 2001, pp. 25-34.
- CIAVALDINI A. (2001), *Psychopathologie des agresseurs sexuels*, Paris, Masson, 2<sup>ème</sup> éd. Revue.
- CIAVALDINI A. (2001a), *Psychopathologie des agresseurs sexuels*, Paris, éd. Masson, 2<sup>e</sup> éd. revue.
- CIAVALDINI A. (2001b), « La famille de l'agresseur sexuel, conditions du suivi thérapeutique en cas d'obligation de soins », *Le divan familial*, 6, Printemps 2001, pp. 25-34.
- CIAVALDINI A. (2003), *Violences sexuelles, le soin sous contrôle judiciaire*, Paris, In Press.
- CIAVALDINI A. (2004), « Mobilisation des affects par le psychodrame de groupe dans le traitement des auteurs d'agressions sexuelles », *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, n°42, p. 69-78.
- CIAVALDINI A. (2005), « L'agir, un affect inachevé » in *L'affect*, ss dir. Boushira J. et Parat H., Monographie de psychanalyse, Paris, éd. PUF, pp.137-162.
- CIAVALDINI A. (2006), « L'agir violent sexuel » in Chabert C., Ciavaldini A., Jeammet P., Shenckery S. (2006), *Actes et dépendances*, Paris, éd. Dunod, 111-170.
- CIAVALDINI A. et BALIER C. (2000), *Aggressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire*, Paris, Masson, p. 219-228.
- CIAVALDINI A., BALIER C. (2000), « Aggressions sexuelles : pathologies,

- suivis thérapeutiques et cadre judiciaire » in *Pratiques en psychothérapies*, Paris, Masson.
- CIPRIANI-CRAUSTE M. (1983), *L'agresseant en milieu carcéral. De la communication non verbale au chantage-écran*, Ministère de la justice, Paris, Travaux et documents n° 19.
- CLARK L., LEWIS D. (1977), *Rape : the price of coercive sexuality*, Toronto, Women's Educationnal Press.
- CLEMENT P. (2004), *Le traitement de la récidive des infractions pénales*. Rapport d'information déposé en conclusion des travaux d'une mission d'information sur le traitement de la récidive des infractions pénales.
- CLOUTIER J. (2004), « L'utilistaion du MMPI-2 en version française pour le Canada », *Revue québécoise de psychologie*, 26, 1, 167-182.
- CNAV (2007), *La justice restaurative*, CARIO R. (dir.), Ministère de la Justice, mai.
- COCOZZA J., STEADMAN H. (1976), *The Failure of Psychiatric Predictions of Dangerousness : Clear and Convincing Evidence*, Rutgers Law Review, 29, 1074-1101.
- COFFIN J.-CH. (2006), « Santé publique et psychiatrie », in *Éthique de la recherche et santé publique : où en est-on ?*, CH. HERVÉ et alii, dir., Paris, Dalloz, p. 147-154.
- COHEN L.E., KLUEGEL J.R., LAND K.C. (1981), « Social inequality and predatory criminal victimization : an exposition and test of a formal theory », *American Sociological Review*, 46, 505-524.
- COLIN M. (1963), « Définition de l'état dangereux ». In *Etudes de criminologie clinique*, Masson, Paris, 15-59.
- COLLIGAN R.C., OSBORNE D., SWENSON W.M., OFFORD K.P. (1989), *The MMPI : A Contemporary Normative Study of Adults* (2<sup>nd</sup> Ed), Odessa, FL., Psychological Assessment Resources.
- CONSOLI S.M. (1991), « Psychiatrie, psychanalyse et médecine à l'hôpital général », *Synapse*, 81, 36-41.
- CONSOLI S.M. (1995), « Psychiatrie de liaison », in SENON J.-L., SECHTER D., RICHARD D., *Thérapeutique psychiatrique*, Paris, Hermann, p. 955-79.
- CORNET J-P., GIOVANNANGELLI D., MORMONT Ch. (2003), *Les délinquants sexuels : théories, évaluations et traitements*, Paris, Frison Roche.
- COUTANCEAU R. (2002), *Délinquants sexuels : stratégies de prise en charge et association de techniques thérapeutiques. Psychopathologies et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles*, Conférence de consensus des 22 et 23 novembre 2001, Paris, John Libbey Eurotext, coll. Fédération Française de Psychiatrie.
- CROCKER A., GRENIER M. (2007), *Évaluation du risque à court terme et traitabilité : un guide d'évaluation et de planification*, Montreal, Douglas, Institut universitaire en santé mentale.
- CROCQ L. (1994), « Les victimes psychiques », *Victimologie*, 1, 25-33.
- CROCQ L. (2002), « Dépassement et assumption du trauma », In R. Cario (dir.), *Victimes : du traumatisme à la restauration*, Paris, L'Harmattan, coll. Sciences criminelles, pp. 21-55.
- CURTIS LYNN (1974), « Victim-precipitation and violent crimes », *Social Problems*, 21, 594-605.
- D'ALEXANDRIE C. (1857), « Œuvres », in J.-P. MIGNE, *Patrologie grecque*, t. VII et IX, Paris.
- D'HAUTEVILLE A. (2007), « Le droit des victimes », In R. Cabrillac, M.A.

- Frison-Roche, T. Revet (Dir.), *Droits et libertés fondamentaux*, 13<sup>e</sup> éd., p. 641-658.
- DALIGAND L (dir.) (2002), *Bien traîtance des victimes*, Rapport de mission, Ministère de la Justice, multigraph., mars.
- DAMASIO A. (1994), *L'Erreur de Descartes*, Paris, Odile Jacob.
- DAMASIO A. (1999), *Le Sentiment même d'être soi*, Paris, Odile Jacob.
- DAMIANI C. (2003), « Comment concilier réalité psychique et réalité judiciaire ? », *Stress et Trauma*, 3, 55-58.
- DAMIANI C. (2007), « Accompagnement psychologique durant le parcours judiciaire », in L. CROCQ (dir.), *Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes*, Paris, Masson, p. 207-218.
- DAMIANI C., VAILLANT C. (2003), *Être victimes : aides et recours*, Paris, Vuibert, coll. Guid'utile.
- DAUVER B *et al.* (2002), « Éléments statistiques descriptifs concernant une population de 400 détenus au Centre Pénitentiaire de Caen », *Forensic*, 10, 15-21.
- DE GREEFF E. (1947), *Introduction à la criminologie*, Bruxelles, J. Vandenplas, t I.
- DE GREEFF E. (1955), « Rapport général sur la criminogenèse », in *Acte du IIème congrès international de criminologie*, Paris, PUF, 267-306.
- DE MONTLEAU F., CLEROY P., BICHRA Z. SOUTHWELL G. (2005), « La dangerosité en psychiatrie », *Perspectives Psy*, 44, n°3, 226-233.
- DEBRAY Q. (2006), « Traumatisme, syndrome psychotraumatique et troubles de la personnalité », in *Psychotraumatologie*. Paris, Dunod.
- DEBUYST C. (1983), « Passage à l'acte, comportement et situations problématiques », *Bulletin de psychologie*, t. XXXVI, n°359, 273-278.
- DEBUYST C. (1985), *Modèle éthologique et criminologie*, Bruxelles, Mardaga.
- DEBUYST C., DigneFE F., P. PIRES A. (1998), *Histoire des savoirs sur le crime et la peine. Perspectives criminologiques*, Bruxelles, éd. PUO, t. 2.
- DEBUYST C., TULKENS F.(dir.) (1981), *Dangerosité et justice pénale. Ambiguïté d'une pratique*, Paris, Masson.
- DEMEURE M., SCHIAVINATO J. (2000), « Psychodrame de groupe en maison d'arrêt » in CIAVALDINI A. (dir) et BALIER C., *Aggressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire*, Paris, Masson, p. 209-218.
- DINTILHAC J.-P. (2007) « La nomenclature et le recours des tiers payeurs », *Gazette du Palais*, 11-13 février, p. 54-57.
- DINTILHAC J.-P. (dir.) (2005), Rapport du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels, juillet, ([www.justice.gouv.fr](http://www.justice.gouv.fr)).
- DUBREUCQ J.-L., JOYAL C., MILLAUD F. (2005), « Risque de violence et troubles mentaux graves », *Annales Médico Psychologiques*, 852-865.
- DUPRÉ E. (1925), « *Les perversions instinctives* », in E. Dupré, *Pathologie de l'imagination et de l'émotivité*, Paris, Payot, p. 357-427.
- EL KENZ D. (dir.) (2005), *Le massacre, objet d'histoire*, Paris, Gallimard, Folio Histoire.,
- ELBOGEN E. B., MERCADO C. C., SCALORA M. J., TOMKINS A. J. (2002), « Perceived relevance of factors for violent risk assessment : a survey of clinicians », *Int. J. of Forensic Mental Health*, 1, 1: 37-47.

- ELIACHEFF C. et SOULEZ-LARIVIÈRE D. (2006), *Le temps des victimes*, Paris, Albin Michel.
- ELIAS R. (1986), *The politics of victimization : victims, victimology and human rights*, Oxford Univ. Press.
- ELLENBERGER H. (1954), « Relations psychologiques entre le criminel et la victime », *Revue Internationale de Criminologie et de Police Technique*, 8, 103-121.
- ENGELS F. (1973), *L'Anti-Dühring*, Paris, Éditions Sociales.
- ENNIS P.H. (1967), *Criminal victimization in the United States : a report of a national survey*, Washington D.C., United States Government Printing Office.
- ERB M., HODGINS S., FREESE R. et al. (2001), « Homicide and schizophrenia : Maybe treatments does have a preventive effect », *Criminal behaviour and Mental Health*, 11, 6-26.
- ERNER G. (2006), *La société des victimes*, Paris, La Découverte.
- ERONEN M., TIHONEN J., HAKOLA P. (1996), « Schizophrenia and homicidal behavior », *Schizophrenia Bulletin*, 22, 1, 83-89.
- EXNER J.E. (1993), *The Rorschach : A Comprehensive System*, Vol. 1, 3<sup>rd</sup> edition, John Wiley & Sons.
- EY H. (1978), *Manuel de psychiatrie*, Paris, Masson, 5<sup>e</sup> éd.
- FAGET J. (1997), *La médiation. Essai de politique pénale*, Ramonville, Erès, coll. Trajets.
- FALRET J.P. (1854), *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*, Paris, Sciences en situation, 1994.
- FARGE D. (2000), Rapport sur *La Libération conditionnelle*, Multigraph.
- FARRINGTON D., LOEBER R. (2000), « Some benefits of dichotomization in psychiatric and criminological research », *Crim Behav Ment Health*, 10, p. 100-22.
- FASSIN D. (1996), *L'espace politique de la santé, Essai de généalogie*, Paris, PUF.
- FASSIN D., RECHTMAN R. (2007), *L'empire du traumatisme*, Paris, Flammarion.
- FATTAH E.A. (1971), *La victime est-elle coupable ? Le rôle de la victime dans le meurtre en vue de vol*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal.
- FATTAH E.A. (1973), « Le rôle de la victime dans le passage à l'acte. Vers une approche dynamique du comportement délictuel », *R.I.C.P.T*, vol. XXVI, n°2, 173-188.
- FATTAH E.A. (1982), *Understanding criminal victimization*, Scarborough, Ontario, Prentice Hall, 1991.
- FATTAH E.A. (2004), « Positions savantes et idéologiques sur le rôle de la victime et sa contribution à la genèse du crime ». In Cario R, Mbanzoulou P, *La victime est-elle coupable ?*, Paris, L'Harmattan, 2004, pp. 23-41.
- FAUGERON C., LE BOULAIRE J.M. (1988), « La création du service social des prisons et l'évolution de la réforme pénitentiaire en France de 1945 à 1958 », *Déviance et Société*, vol. XII, n° 4, p. 317-359.
- FAZEL S., DANESH J. (2002), « Serious disorder in 23 000 prisoners : a systematic review of 62 surveys », *The Lancet*, vol. 359, February 16.
- FAZEL S., DANESH J. (2002), « Serious mental disorder in 23 000 prisoners : a systematic review of 62 surveys », *Lancet*, 16, 545-50.
- FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE (2001), « Psychopathologie et traitement des auteurs de violence

- sexuelle » Conférence de consensus 22 et 23 décembre, *Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle*, Paris, John Libbey, recommandations, textes longs et textes courts <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr>
- FENECH G. (2007), Rapport sur *La Rétenion de sûreté et déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental*.
- FERENCZI S. (1919), « Psychanalyse et criminologie » in *Psychanalyse, œuvres complètes*, t. 3, Paris, éd. Payot, 1974.
- FERENCZI S. (1932), « Confusion de langue entre les adultes et les enfants » in *Psychanalyse IV*, Paris, Payot, p. 125-135.
- FERENCZI S. (1932), *Journal clinique*, Paris, Payot, 1985.
- FIAT E. (2004) (, « De la dignité du vieillard : réflexion éthique », in J.J. Amyot et M. Billé (dir.), *Vieillesse interdites*, Paris, L'Harmattan, coll. La gérontologie en actes, p. 123-143.
- FIDH (2006) « République centrafricaine. Oubliées, stigmatisées : la double peine des victimes de crimes internationaux », Mission internationale d'enquête, Rapport, 457, ([www.fidh.org](http://www.fidh.org)).
- FIDH (2007), « Les droits des victimes devant la Cour pénale internationale. Manuel à l'attention des victimes, de leurs représentants légaux et des ONG », avril, ([www.fidh.org](http://www.fidh.org)).
- FINK D. (2006), *L'observation statistique de la récidive en Suisse, de 1900 à aujourd'hui*, Groupe européen de recherche sur la récidive, 6<sup>e</sup> congrès de la société européenne de criminologie, Tübingen, août.
- FORTH A.E., KOSSON D.S., HARE R.D. (2003), *The Psychopathy Checklist : Youth Version*, Toronto, Ontario, Multi-Health Systems.
- FORTINEAU J. (1977), « Les psychiatres des hôpitaux en prison », *Bulletin des psychiatres des hôpitaux*, 3, 18-19.
- FOUCAULT M. (1972), *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard.
- FOUCAULT M. (1975), *Surveiller et punir*, Paris, éd. Gallimard.
- FOUCAULT M. (1976), *Surveiller et Punir*, Paris, Gallimard.
- FOUCAULT M. (1981), « L'évolution de la notion d'individu dangereux dans la psychiatrie légale », *Déviance et Société*, 5, 4 : 403-422.
- FREUD A., BURLINGHAM D. (1943), *War and children*, New York, Ernest Willard.
- FREUD S. (1901), *Psychopathologie de la vie quotidienne*, Paris, éd. Payot
- FREUD S. (1905), « Trois essais sur la vie sexuelle » in *OC-P*, t. VI, Paris, PUF, 2006, p. 59-181.
- FREUD S. (1908), *La vie sexuelle*, Paris, éd. PUF, 1973.
- FREUD S. (1913), « Totem et tabou », in *Œuvres Complètes – Psychanalyse*, t. XI, Paris, éd. PUF, 1998, pp ; 189-385.
- FREUD S. (1914), « Remémoration, répétition et perlaboration » in *La technique psychanalytique*, Paris, éd. PUF, 1981, pp. 104-115.
- FREUD S. (1916), « Quelques types de caractères dégagés par le travail psychanalytique », *Œuvres Complètes – Psychanalyse*, t.XV, Paris, éd. PUF, 1996, pp. 13-39.
- FREUD S. (1923) »Une névrose diabolique au XVII<sup>e</sup> siècle », *OC-P*, t.XVI, Paris, éd. PUF, 1991, pp. 213-249.
- FREUD S. (1925), « Inhibition, symptôme et angoisse », in *OC-P*, t. XVII, Paris, éd. PUF, 1992, pp. 203-285.

- FREUD S. (1925), « Préface à "Jeunesse à l'abandon" » in *Oeuvres Complètes – Psychanalyse*, t. XVII, Paris, éd. PUF, 1992, pp. 158-163.
- FREUD S. (1927), « Dostoïevski et la mise à mort du père » in *Oeuvres Complètes – Psychanalyse*, t. XVIII, Paris, éd. PUF, 1994, pp. 205-225.
- FREUD S. (1938a), *Abrégé de psychanalyse*, Paris, PUF, 8<sup>e</sup> éd., 1975.
- FREUD S. (1938b), « Le clivage du moi dans les processus de défense » in *Résultats, Idées, Problèmes*, Paris, PUF, 1985, p. 283-287.
- FREUD S. (1939), *L'homme Moïse et la religion monothéiste*, Paris, éd. Gallimard, 1986.
- FREUD S., BULLIT W. (1930-38), *Le Président T. W. Wilson*, Paris, éd. Payot, 1990.
- FRIEDLANDER K. (1951), *La délinquance juvénile*, Paris, PUF, Bibliothèque de la psychanalyse.
- FULLER TORREY E. (2006), « Violence and schizophrenia », *Schizophrenia Research*, 88, 3-4.
- GACONO (2000), *The Clinical and Forensic Assessment of Psychopathy*, Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum Associates.
- GALLET E., CAMILLERI C., CROCHET F., LAURENCIN G., NOUVEL A. (2000), « Les psychotiques incarcérés », *Forensic*, 2-3, 48-52.
- GARRAUD (1898), *Traité théorique et pratique du droit pénal français*, t. 1, Paris, Larose, 2<sup>e</sup> éd.
- GASSIN R. (2003), *Précis de criminologie*, Paris, Dalloz, 5<sup>e</sup> éd..
- GAYDA M. (1983), « L'exercice de la médecine en milieu pénitentiaire », *Actua Psychiatr.*, 3, 54-59.
- GÉNUIX P. (1998), *Pédophile, pédéraste, pédarète*, Publication ARTAAS.
- GÉNUIX P. (2004), *Réflexions partielles et partiales sur la recherche en sciences humaines*, Publi, ARTAAS.
- GIRARD R. (1982), *Le bouc émissaire*, Paris, Grasset.
- GIRARD R. (2001), *Celui par qui le scandale arrive*, Paris, Desclée de Brouwer.
- GIRAVALLI P., LANÇON C., PIN M. (1992), « Aspects actuels de la psychiatrie de liaison », *Ann. Psychiatr.*, 7, 4, 190-194.
- GLEZER D., BIANCHI H., PENVERNE D. (1983), « La création d'intersecteurs de psychiatrie pénitentiaire : Aspects éthiques, déontologiques et médico-légaux », *Actua. Psychiatr.*, 3, 35-45.
- GOODMAN G.S., QUAS J.A., BATTERMAN-FAUNCE J.M. et al. (1994), « Predictors of accurate and inaccurate memories of traumatic events experienced in childhood », *Consciousness and Cognition*, 3, 269-294.
- GRAVIER B. (2007), « Comment évaluer la dangerosité dans le cadre de l'expertise psychiatrique et quels sont les difficultés et les pièges de cette évaluation », in *Commission d'audition publique sur l'expertise psychiatre pénale*, janvier.
- GRAVIER B. LUSTENBERGER (2005), « L'évaluation du risque de comportements violents », *Ann Med Psychol*, (Paris), 163, 668-680.
- GRAVIER B. ; LUSTENBERGER Y. (2005), « L'évaluation du risque de comportements violents : le point sur la question », *Annales Médico-Psychologiques*, 163, 668-680.
- GRAVIER B., DEVAUD C. (1995), « Délinquance sexuelle état des lieux », *Nervure*, t. VIII, n°7, octobre, p. 10-23.

- GRAVIER B., LEGOFF V., DEVAUD C. (2000), « Thérapies actives » in CIA-VALDINI A. et BALIER C. (dir.), *Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire*, Paris, Masson, p. 219-228.
- GRAVIER B., RAGGENBASS R., GASSER, J. (2006), « Questions éthiques et cliniques posées par l'adoption de l'initiative sur l'internement à vie des délinquants particulièrement dangereux par le peuple suisse », *Bulletin des Médecins Suisses*, 87 :8, 304-309.
- GUNN-SECHEAYE A. (1980), « Intégration de l'unité de psychiatrie et de la psychologie médicale à l'hôpital cantonal de Genève », in GAYRAL L., ESCANDE M. (eds.), *La psychiatrie à l'hôpital général, réunion nationale*, Toulouse, Specia.
- HANSON R.K., THORNTON D. (2000), « Improving risk assessments for sex offenders : A comparison of three actuarial scales », *Law and Human Behavior*, 24, 119-136.
- HARE R.D. (1991), *The Hare Psychopathy Checklist : Revised*, Toronto, Ontario, Multi-Health System, Inc.
- HAS (2005), Rapport pour l'audition publique prise en charge de la psychopathie.
- HENAFF M. (2000), « La dette de sang et l'exigence de justice », in DUMOUCHEL P. (dir.), *Comprendre pour agir. Violences, victimes, vengeance*, L'Harmattan, Presses de l'Université de Laval, p. 31-64.
- HERMAN J.-L. (1992), *Trauma and recovery*, New York, Basic Books.
- HESNARD A. (1950), « Le processus de légitimation subjective en criminogénèse » in *Actes du 2<sup>e</sup> congrès International de Criminologie*, pp. 360-362.
- HINDELANG M.J., GOTTFREDSON M.R., GAROFALO J. (1978), *Victims of personal crimes : an empirical foundation for a theory of personal victimization*, Ballinger Publishing Company, Cambridge MA.
- HIVERT P. (1982), « Psychiatrie en milieu carcéral », *Encycl. Méd. Chir. Psychiatrie*, 37-889-A-10, Paris, Elsevier.
- HOCHMANN J. (1976), « Les dents de la mère », *Evol. Psychiatr.*, 41, 3, 619-661.
- HODGINS S. (1992), Mental disorder, intellectual deficiency and crime : Evidence from a birth cohort, *Archives of General Psychiatry*, 49, 476-83.
- HODGINS S. (2000), *Les malades mentaux et la criminalité : cesser de débattre les faits et rechercher des traitements efficaces et les causes*, Zürich, Verlag Rüegger.
- HODGINS S., MEDNICK S.A., BRENNAN P.A. et al. (1996), « Mental disorder and crime : Evidence from a Danish birth cohort », *Archives of General Psychiatry*, 53, 489-496.
- HODGINS S., MÜLLER-ISBERNER R., FREESE R. et al. (2007), « A comparison of general adult and forensic patients with schizophrenia living in the community », *International Journal of Forensic Mental Health*, 6, 1, 63-75.
- HODGINS S., MULLER-ISERNER R., (2004), « Preventing crime by people with schizophrenic disorders : the role of psychiatric services », *British Journal of Psychiatry*, 185, 245-250.
- HOROWITZ M., WILNER N.R., ALVAREZ W. (1979), *Impact of Event Scale : A measure of subjective distress*, Psychosomatic Medicine, 41.
- HOUGH M. (1987), « Offenders' choice of targets : findings from victim surveys », *Journal of Quantitative Criminology*, 3, n° 4, 355-369.

- HOWARD R. (2006), « How is personality disorder linked to dangerousness ? A putative role for early-onset alcohol abuse », *Medical hypotheses*, Elsevier.
- HOYLE C., ZEDNER L. (2007), « Victims, victimization and criminal justice », In M. Maguire and al (eds), *The Oxford Handbook of Criminology*, Clarendon press, 4<sup>th</sup> ed., p. 461-495.
- HURNI M, STOLL G. (1996), *La haine de l'amour. La perversion du lien*. Paris, L'Harmattan, 1996
- INAVER (DIR.) (2008), *Vingt ans de l'Inavem*, Paris, L'Harmattan, à paraître.
- INSERM (2005), *Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent*, Expertise collective, Paris.
- JACCOUD M. (1999), « Les cercles de guérison et les cercles de sentence autochtones au Canada », in *Criminologie*, 32, 1, p. 79-105.
- JANET P. (1889), *L'Automatisme psychologique*, Paris, Alcan.
- JEAMMET P. (2005), « Haine de soi, haine de l'autre », in A. FINE, F. NAYROU et G. PRAGIER (dir), *La haine*, Paris, PUF, p. 111-124.
- JÉHEL L., LOPEZ G. et al. (2006), *Psychotraumatologie. Évaluation, clinique, traitement*, Paris, Dunod..
- JESSNESS C. (1983), *The Jessness Inventory*, Palo Alto, CA, Consulting Psychologists Press.
- JOHNSTONE, G. VAN NESS D.W. (eds) (2007), *Handbook of Restorative Justice*, Willan publ.
- « Justice restaurative et victimes », In *Les cahiers de la Justice, Revue semestrielle de l'ENM*, Paris, Dalloz, 2006-1, p. 16-229.
- KAËS R. (1993), *Le groupe et le sujet du groupe*, Paris, Dunod.
- KARMEN A. (2004), « Crime victims. An introduction to victimology », *The Wadsworth contemporary issues in crime and justice series*, Thomson/Wadsworth, 5<sup>th</sup> ed.
- KELLENS G., *Punir. Pénologie et droit des sanctions pénales*, Liège, Éd. Juridiques de l'Université, 2000.
- KENSEY A. (2001), « Vieillir en prison », *Cahiers de démographie pénitentiaire*, n° 10, Ministère de la justice, DAP.
- KENSEY A. (2007), *Prison et récidive. Des peines de plus en plus longues : la société est-elle vraiment mieux protégée ?*, coll. Sociétales, Paris, Armand Colin.
- KENSEY A., CASSAN F., TOULEMON L. (2000), « La prison : un risque plus fort pour les classes populaires », *Cahier de démographie pénitentiaire*, n° 9, Ministère de la justice, DAP.
- KENSEY A., GUILLONNEAU M. (1996), *Éléments statistiques pour l'étude de la santé en milieu carcéral*, 31<sup>ème</sup> congrès français de criminologie, Dijon.
- KENSEY A., TOURNIER P.V. (2005), « Prisonniers du passé ? Cohorte des personnes condamnées, libérées en 1996-1997 : examen de leur casier judiciaire 5 ans après la levée d'écrou (échantillon national aléatoire stratifié selon l'infraction) », Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire, Coll. Travaux & Documents..
- KENSEY A., TOURNIER P.V. (2005), « Sortants de prison : Variabilité des risques de retour », *Cahiers de démographie pénitentiaire*, n° 17.
- KENSEY A., TOURNIER P.V. (2004), « La récidive des sortants de prison », *Cahiers de démographie pénitentiaire*, n° 15, Ministère de la justice, DAP.

- KERLINGER F.N. (1973), *Foundations of behavioral research*, New York, Holt Rinehart Winston.
- KERNBERG O. (1979), *Les troubles limites de la personnalité*, Toulouse, Privat.
- KERNBERG O. (1984), *Les troubles graves de la personnalité*, Paris, PUF, 1989.
- KESSLER R., SONNEGA A., BROMET E. et al. (1995), « Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey », *Arch. Gen. Psychiatry*.
- KINBERG O. (1960), « Les situations pré criminelles révélatrices des caractères de l'état dangereux », in *Problèmes fondamentaux de la criminologie*, Paris, Cujas, 154-176.
- KIPMAN S.D. (1978), « L'enfant désarticulé », *Rev. Neuropsychiatr. Inf.*, 2-3, 99-107.
- KLASSEN D, O'CONNOR W.A. (1994), « Demographic and case history variables in risk assessment » in MONAHAN J., STEADMAN H., *Violence and mental disorder*, Chicago : the university of Chicago press, p. 229-57.
- KROPP P.R., HART S.D. (2000), « The spousal assault risk assessment (SARA) guide : Reliability and validity in adult male offenders », *Law and Human Behavior*, 24, 101-118.
- LA LETTRE D'AMNESTY INTERNATIONAL (2006), 79, p. 1 et s.
- LACAN J et CENAC M. (1966), « Introduction théorique aux fonctions de la psychanalyse en criminologie » in *Écrits*, Paris, Seuil.
- LACAN J. (1966), *Écrits*, Paris, éd. du Seuil, pp. 125-149.
- LACAN J. (1973), *Séminaire, Livre XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Paris, Seuil.
- LACAN J. (1984), *Les complexes familiaux dans la formation de l'individu*, Paris, Seuil, Le champ freudien, Navarin éditeur.
- LACAN J. (1986), *Séminaire, Livre VII, L'éthique de la psychanalyse*, Paris, Seuil.
- LACAN J., CENAC M. (1950), « Introduction théorique aux fonctions de la psychanalyse en criminologie » in *Actes du 2<sup>e</sup> Congrès International de Criminologie*, Paris (Sorbonne), septembre 1950, éd. PUF, 1952, t. 3, *Psychiatrie, psychologie, psychanalyse*, pp. 7-29.
- LAGACHE D. (1950), « La psychocrimogenèse », *Revue française de psychanalyse*, t. 1, 1951, pp. 103-129.
- LAGACHE D. (1979), *Introduction psychologique et psychanalytique à la criminologie* in Œuvres, vol. II, Le psychologue et le criminel (PUF, Bibliothèque de la psychanalyse, Paris).
- LAMBERT-FAIVRE Y. (dir.) (2003), « L'indemnisation du dommage corporel », Rapport du Conseil National de l'Aide aux Victimes, juin, ([www.justice.gouv.fr](http://www.justice.gouv.fr)).
- LAMEYRE X. (2002), « Une poétique des soins pénalement ordonnés », *Forensic*, n° 12.
- LAMEYRE X. (2005), « Actualité et acte de juger : éthique d'une poétique du procès », *Petites*
- LANDREVILLE P. (1982), *Le critère de récidive dans l'évaluation des mesures pénales*, Paris, SEPC, coll. Déviance et Contrôle social, 36.
- LANTERI-LAURA G. (1998), Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne, Paris, Éditions du Temps.
- LAVAL C. (2006), « De la peur du danger à l'estimation du danger dans la relation d'aide », *Rhizome*, n° 23, juillet.

- Le guide des droits des victimes*, Prat Éditions/Secrétariat d'État aux Droits des victimes, 2005.
- LEBOVICI S., MÂLE P., PASCHE F. (1950), « Psychanalyse et criminologie. Rapport clinique » in *Actes du 2<sup>e</sup> congrès International de Criminologie*, Paris-Sorbonne, septembre 1950, Paris, éd. PUF, 1952, pp. 157-189.
- LEDOUX J. (1996), *The emotional brain*, New York, Simon & Schuster.
- LEDUC J. (1999), *Les historiens et leur temps*, Paris, Seuil.
- LEGENDRE C. (1989), « Un lieu paradoxal d'effets thérapeutiques : le milieu pénitentiaire », *Evol. Psychiatr.*, 54, 2, 321-331.
- LEGENDRE C., MAURION A. (1993), « Milieu carcéral et espace thérapeutique », *L'évolution psychiatrique*, 58, 1, 83-92.
- LEGENDRE-BOULAY C. (2000), « Art-thérapies » in CIAVALDINI A. et BALIER C. (dir.), *Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire*, Paris, Masson, p. 193-202.
- LEONARD G. (2004), *Le traitement de la récidive des infractions pénales*. Rapport d'information déposé en conclusion des travaux d'une mission d'information sur le traitement de la récidive des infractions pénales.
- LEWIS D.O., MOY E., JACKSON I.D., AARONSEN R. et al. (1985), « Biopsychosocial characteristics of children who later murder », *American Journal of Psychiatry*, 142, p. 1161-1167.
- LIENHARD C.( 2007a), *Recours des tiers payeurs : une avancée législative significative*, Paris, Dalloz, Point de vue, p. 452-453.
- LIENHARD C.( 2007b), « Le Conseil d'État prend position sur la méthodologie de la réparation du dommage corporel », *Journal des accidents et des catastrophes*, juillet, n° 76, ([www.iut-colmar.net/jac](http://www.iut-colmar.net/jac)).
- LIENHARD C.( 2007c), « Article 25 de la loi du 21 décembre 2006 : quatre avis importants de la Cour de cassation », *Journal des accidents et des catastrophes*, novembre, n° 78, ([www.iut-colmar.net/jac](http://www.iut-colmar.net/jac)).
- LINDQVIST P., ALLEBECK P. (1990), « Schizophrenia and crime : A longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm », *British Journal of Psychiatry*, 157, 345-50.
- LINDSAY D.S., READ J.D. (1994), « Psychotherapy and memories of childhood sexual abuse : A cognitive perspective », *Applied Cognitive Psychology*, 8, 281-338.
- LINK B.G., ANDREWS H., CULLEN F.T. (1992), « The violent and illegal behavior of mental patients reconsidered », *American Sociological Review*, 57, 275-292.
- LIPOWSKI Z.J. (1969), « Consultation de psychiatrie et de médecine à l'hôpital. Examen d'ensemble », *Rev méd psychosom.*, 11, 1, 32-55.
- LIPOWSKI Z.J. (1969), « Consultation de psychiatrie et de médecine à l'hôpital. Aspects cliniques », *Rev méd psychosom.*, 11,2 : 171-204
- LIPOWSKI Z.J. (1969), « Consultation de psychiatrie et de médecine à l'hôpital. Problèmes théoriques », *Rev méd psychosom.*, 11, 3, 300-334.
- LIPOWSKI Z.J. (1971), « Consultation-liaison psychiatry in a general hospital », *Compr. Psychiatry*, 12, 461-465.
- LOMBROSO C. (1876), *L'homme criminel*, Paris, éd. F. Alcan, 1887 pour la trad. française.
- LOPEZ G. (1997), *Victimologie*, Paris, Dalloz.

- LOPEZ G. (1998), « L'accompagnement sociojudiciaire », in G. LOPEZ et A SABOURAUD-SEGUIN (dir.), *Psychothérapie des victimes*, Paris, Dunod, p. 306-321.
- LOPEZ G., PORTELLI S., CLÉMENT S. (2007), *Les droits des victimes. Droits, auditions, expertise clinique*, Paris, Dalloz, coll. États de droit, 2<sup>e</sup> éd.
- LOPEZ G., TZITZIS S. (dir.) (2004), *Dictionnaire de sciences criminelles*, Paris, Dalloz.
- LOVELL A. (2005), « Commission Violence et santé mentale », travaux préparatoires à l'élaboration du plan Violence et santé, Ministère de la Santé, mars.
- LUSTENBERGER, Y., GASSER J., GRAVIER B. (2005), « Violence et Psychiatrie, propositions pour l'amélioration de la prise en charge des situations de violence », *Rapport final à l'intention du Conseil d'État du Canton de Vaud*, avril.
- MACHERET-CHRITIE F., GRAVIER B. (2003), « Schizophrénie, Psychose et prison » site internet *Psychiatrie et violence* ([www.pinel.qc.ca/psychiatrie\\_violence/articles](http://www.pinel.qc.ca/psychiatrie_violence/articles)).
- MACRAE A., ZEHR H. (2004), *The little book of family group conferences. New Zealand style : a hopeful approach when youth cause harm*, Good books Pub.
- MAGUIRE M. (1991), *The needs and rights of victims of crime*, in Tonry Michael (Ed.), *Crime and Justice a review of research*, Chicago, University of Chicago Press, 14.
- MARCELLI D. Diplôme Inter-Universitaire « Adolescents difficiles : approches clinique, psychologique, sociale, éducative et judiciaire ».
- MARCELLI D., BRACONNIER A. (2004), *Adolescence et Psychopathologie*, Paris, Masson (Les âges de la vie).
- MARTIN J.-P. (2006), « La dangerosité, un discours d'ordre ou l'histoire d'un pousseur de métro », *Rhizome*, 23, juillet, p. 5.
- MARTINEZ M.L. (2002), « Victime et œuvre de justice : éclairages de l'anthropologie relationnelle », in R. Cario (Dir.), *Victimes : du traumatisme à la restauration*, Paris, L'Harmattan, coll. Sciences criminelles, p. 305-344.
- MARX M. (1965), *Introduction générale à la critique de l'économie politique*, Paris, Gallimard, La Pléiade, *Economie*, vol. 1.
- MASSE G. (1992), *La psychiatrie ouverte. Une dynamique nouvelle en santé mentale*. Rapport au ministre de la Santé, Rennes, ENSP.
- MBANZOULOU P. (2004), *La médiation pénale*, Paris, L'Harmattan, Coll. La justice au quotidien, 2<sup>e</sup> éd.
- MBANZOULOU P., TERCQ N. (2004), *La médiation familiale pénale*, Paris, L'Harmattan, coll. Controverses.
- MCGAUGH J.-L. (1992), « Affect, neuromodulatory systems, and memory storage », in S.-A. CHRISTIANSON (Ed.), *The handbook of emotion and memory : Research and theory*, Hillsdale, NJ, Erlbaum, p. 245-268.
- MCKIBBEN A., GUAY J.P. (2002), « La mesure des progrès en traitement chez les agresseurs sexuels : problématique, cadre théorique et approche phénoménologique », *Forensic*, 12, 9-16.
- MEEHL P. (1954), *Clinical versus statistical prediction : a theoretical analysis and review of the evidence*, Minneapolis, University of Minnesota Press.
- MEIER R.F., MIETHE T.D. (1993), « Understanding theories of criminal victimization », in Tonry M. (Ed.), *Crime and Justice a review of research*, Chicago, University of Chicago Press, 17.

- MELOY J.R., HANSEN T.L., WEINER I.B. (1997), « Authority of the Rorschach : Legal citations during the past 50 Years », *Journal of Personality Assessment*, 1, 53-62.
- MENDELSON B. (1956), « Une nouvelle science de la branche bio-psychosociale : la victimologie », *Revue Internationale de Criminologie et de Police Technique*, 10, 95-109.
- MENDELSON B. (1958-1959), La victimologie : science actuelle, *In Rev. Dr. Pén. Crim.* Bruxelles, p. 619-627.
- MENDELSON B. (1973), La victimologie et les besoins de la société actuelle, *In RICPT*, p. 267-276.
- METAIS M. (2005), *in Encyclopédie Universalis*.
- MIERS D. (2007), « The international development of restorative justice », *In G. Johnstone, D.W. Van Ness (eds), Handbook of Restorative Justice*, Portland, Willan pub., p. 447-467.
- MIETHE T.D. (1985), « The myth or reality of victim involvement in crime : a review and comment on victim-precipitation research », *Sociological Focus*, 18, 209-220.
- MILBURN P. (2002), *La médiation : expériences et compétences*, Paris, La Découverte, coll. Alternatives sociales.
- MILLAUD F, AUCLAIR N., GUAY J.P, MC KIBBEN A. (2007), « Instrument de mesure des progrès en traitement cliniques pour des patients psychotiques violents », *Revue Canadienne de Psychiatrie*, 52, 11.
- MILLAUD F. (2001), « Violence », *in LALONDE P., AUBUT J., GRUNBERG F., Psychiatrie clinique : une approche biopsychosociale*, t. II., Bouchemerville, Gaëtan Morin, p. 1794-809.
- MILLAUD F. (2005), « Évaluation de la dangerosité du malade mental psychotique », *Annales Médico Psychologiques*, 163, 846-851.
- MILLON T. (1997), *The Millon Inventories : Clinical and personality assessment*, New York, Guilford.
- MILTON J., AMIN S., SINGH S.P. et al. (2001), « Aggressive incidents in first-episode psychosis », *British Journal of Psychiatry*, 178, 433-440.
- MINC A. (2003), *Epîtres à nos nouveaux maîtres*, Paris, Grasset.
- MONAHAN J., STEADMAN H. (1983), « Crime and mental disorder : an epidemiological approach », *in TONRY M., MORRIS N. (eds), Crime and Justice : an annual review of research*, University of Chicago Press, p. 145-89.
- MONAHAN J., STEADMAN H., SILVER E. et al. (2001), *Rethinking Risk Assessment*, New York, Oxford University Press, 91-113.
- MORASZ L., DALERY J. (1999), « De l'intégration du psychiatre de liaison », *Ann. Psychiatr.*, 14, 2, 80-84.
- MOULIN V., FAVARD A-M. (2004), « L'entretien d'évaluation du processus de passage à l'acte, présentation d'un nouvel outil d'analyse psychocriminologique du passage à l'acte criminel violent », *Forensic*, n°17.
- MOULIN V. (2006), « Approche psychocriminologique de l'agir criminel violent : dynamique relationnelle, processus et fonctions psychologiques du passage à l'acte dans le cadre des violences intra familiales », *Revue Internationale de Criminologie et de Police Technique*, Octobre-décembre, n°4, vol. LIX.
- MOULIN V. (2008), « Approche dynamique, processuelle et spatiale de l'agir criminel violent : vers une modélisation psychocriminologique intégrative du passage à l'acte », *in La psychologie criminologique*, ouvrage col-

- lectif, sous la direction de Bernard Gaillard, à paraître.
- MULLEN P. (2001), « Dangerousness, risk and the prediction of probability », in GELDER M., LOPEZ-IBOR J., ANDREASEN N. (eds.), *New Oxford Textbook of Psychiatry*, Oxford (UK), Oxford University Press.
- MULLEN P. E., MACKENZIE R., OGLOFF J. et al. (2006), « Assessing and managing the risks in the stalking situation », *J. Am Acad Psychiatry Law*, 34 439-50.
- MURARD L., ZYLBERMAN P. (1996), *L'hygiène dans la République, La santé publique en France ou l'utopie contrariée, 1870-1918*, Paris, Fayard.
- NADEAU R., DESAUTELS J. (1984), *Épistémologie et didactique des sciences*, Conseil des Sciences du Canada, Ottawa.
- NAHMIAS J., BODON-BRUZEL M., KOTTLER C. (2005), « Les "pousseurs de métro" : à propos de huit cas de patients hospitalisés en unité pour malades difficiles », *Annales Médico Psychologiques*, 163, 831-833.
- NORMANDEAU A. (2006), ([www.ccja-acjp.ca/fr/rccr200/rccr224.html](http://www.ccja-acjp.ca/fr/rccr200/rccr224.html)).
- OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DÉLINQUANCE (2005), *Premier rapport 2005*, INHES, *Grand angle*, Bulletin statistique de l'OND, -2.
- ORTOLAN (1859), *Éléments de droit pénal*, Paris, Plon, 2<sup>e</sup> éd.
- PAULET C. (2006), « Quand psychiatrie et prison sont convoquées au chevet de l'insécurité sociale », *Rhizome*, n°23, juillet, p. 8.
- PERRONE R., NANNINI M. (1996), *Violence et abus sexuel dans la famille*, Paris, E.S.F.
- PETRUNIK M. (1994), *Les modèles de dangerosité, Analyse des lois et pratiques relatives aux délinquants dangereux dans divers pays*, Ottawa.
- PETTITI L.E., DECAUX E., IMBERT P.H (dir.) (1999), *La Convention européenne des droits de l'homme, Commentaire article par article*, Paris, Economica, 2<sup>e</sup> éd.
- PHAM T.H., VANDERSTUKKEN O., PHILIPPOT P., VANDERLINDEN M. (2003), « Selective Attention and Executive Functions Deficits Among Criminal Psychopaths », *Aggressive Behavior*, 29, 393-405.
- PHÉSANS B. (2001), *Expertises : écrits au service de la condition humaine in Ecrire au juge* sous la direction de J-L. Viaux. Paris, Dunod.
- PIGNOL P., VILLERBU L.-M., (2007), « Le soutien psychologique de la victime durant le parcours judiciaire », in L. CROQ (dir.), *Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes*, Paris, Masson, p. 275-285.
- PIGNOUX N. (2008), *La réparation des victimes d'infractions pénales*, Université de Pau, 2007, Paris, L'Harmattan, (à paraître).
- PITTET M. (2005), « Auteur d'agression sexuel et travail de groupe », in *Forensic*, n°21, Avril-Juin.
- POLLOCK V.E. (1990), « Childhood antecedents of antisocial behaviour : parental alcoholism and physical abuse », *American Journal of Psychiatry*, 147, p. 1290-1293.
- PORTELLI S. (2007), *Traité de démagogie appliquée*, Paris, Michalon, coll. Régénération.
- POSTEL J., QUETEL C. (1994), *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Paris, Dunod.
- POTTIER PH. (1992), *Les C.P.A.L. et le contrôle judiciaire*, Université Paris XIII.

- POTTIER PH. (2004), « La récidive des délinquants sexuels – La pratique du SPIP de Charente », *Actualité Juridique Pénal*, Dalloz, n° 2, p. 62-64.
- POUPART J., DESLAURIERS J-P., GROULX L-H., LAPERRIERE A., MAYER R., PIRES A-P., *La recherche qualitative, enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal, Gaétan Morin, 1997.
- POURTOIS J-P., DESMET H. (1997), *Epistémologie et instrumentation en sciences humaines*, Sprimont, Mardaga,.
- PRADEL J. (dir.) (1996), *Prison, sortir avant terme, Techniques judiciaires de réduction de la peine privative de liberté*, Paris, Cujas.
- PRATT J. (2001), « Dangerosité, risque et technologies du pouvoir », in *Criminologie*, 34-1, p. 101-121.
- PROULX J., CUSSON M., OUIMET M. (1999), *Les violences criminelles*, Laval, Les presses de l'université de Laval.
- PROULX J. (2007), *Profession criminologue*, Montréal, Presses de l'Université.
- QUINSEY V., HARRIS G., RICE M., CORMIER C. (1998), *Violent Offenders : Appraising and Managing Risk*, Washington, DC, American Psychological Association.
- RACAMIER P.C. (1992), *Le génie des origines*, Paris, Payot.
- RACAMIER P-C. (1992), « Pensée perverse et décervelage », *Gruppo. Revue de psychanalyse familiale et groupale*, 8, 45.
- REID W.H. (2003), « Risk assessment, prediction and foreseeability », *Journal of Psychiatric Practice*, 9, 1, 82-86.
- REISS A.J. (1967), *Studies in crime and law enforcement in major metropoli- tan areas*, Washington D.C., Bureau of Social Science Research, United States Government Printing Office.
- RENNEVILLE M. (2004), « Psychiatrie et prison : une histoire parallèle », *Annales Médico-Psychologiques*, 162, 653-656.
- RENUCCI J.F. (2002), *Droit européen des droits de l'homme*, Paris, LGDJ, 2<sup>e</sup> éd.
- REPORTERS SANS FRONTIÈRES (2003), « Cour pénale internationale. Guide pratique à l'usage des victimes », multigraph., ([www.rsf.org](http://www.rsf.org)).
- RIMÉ B. (2005), *Le partage social des émotions*, Paris, PUF, coll. Psychologie sociale.
- ROBERTS J.V. (2002), « La peur du crime et les attitudes à l'égard de la justice pénale au Canada », *Rapport au Solliciteur Général du Canada*.
- ROGERS C. (1961), *Le développement de la personne*, Paris, Dunod, 1998.
- ROGUES DE FURSAC J. (1893), *Manuel de psychiatrie*, Paris, Félix Alcan, 1923.
- RORSCHACH H. (1921), *Psychodiagnostik*, Bern, Bircher.
- ROSENFELD H. (1976), *États psychotiques*, Paris, éd. PUF.
- ROUILLON F. (2008), « Étude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison », in SENON J.-L., PASCAL J.C., ROSSINELLI G., *Audition publique : Expertise psychiatrique pénale*, Paris, John Libbey.
- ROURE L. (1991), *L'état dangereux, Aspects sémiologiques et légaux*, Paris, Masson.
- ROUSSILLON R. (1999), *Agonie, clivage et symbolisation*, Paris, éd. PUF.
- ROUSSILLON R. (dir.) (2007), *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*, Paris, Masson.

- SAINT EXUPÉRY A. de (1999), *Le petit prince*, Paris, Gallimard.
- SALAS D. (2005), *La volonté de punir. Essai sur le populisme pénal*, Paris, Hachette.
- SALAS D. (dir.) (2004), *Victimes de guerre. En quête de justice*, Paris, L'Harmattan, coll. Sciences criminelles.
- SAVIN B. (2000), « Création d'un dispositif d'entretien psychanalytique familial en prison », *Le divan familial*, n°5, p. 91-102.
- SCHAFER S. (1968), *The victim and his criminal : a study in functional responsibility*, New York, Random House.
- SÉMELIN J. (2005), *Purifier et détruire. Usages politiques des massacres et génocides*, Paris, Seuil, coll. La couleur des idées.
- SENON J.-L. (1998), « Histoire de la psychiatrie en milieu pénitentiaire de Pinel à la loi du 18 janvier 1994 », *Annales Médico Psychologiques*, 156, 3, 161-198.
- SENON J.-L. (1998), Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire, Paris, PUF.
- SENON J.-L. MANZANERA C. (2005), « Comment mieux répondre aux problèmes cliniques et médicolégaux actuels pour préserver une psychiatrie ouverte et dynamique », *Annales Médico Psychologiques*, 163, 870-7.
- SENON J.-L., LAFAY N., PAPET N., MANZANERA C. (2000a), « L'intervention de psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : modalités et stratégies thérapeutiques », *Ann. Méd. Psychol.*, 158, 6, 445-459.
- SENON J.-L., LAFAY N., PAPET N., MANZANERA C. (2000b), « Prison et psychiatrie : A la difficile recherche d'un équilibre entre sanitaire, social et judiciaire », *Revue pénitentiaire et de Droit Pénal*, Paris, Cujas, 506-523.
- SENON J.-L., MANZANERA C. (2006c), « Réflexion sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale », *Annales Médico Psychologiques*, 164, 818-827.
- SENON J.-L., MANZANERA C., HUMEAU M., GOTZAMANIS L. (2006), « Les malades mentaux sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires ? », *Information Psychiatrique*, 82, 645-652.
- SENON J.-L., MERY B., LAFAY N. (1999), « Incidents collectifs et individuels en détention : Étude des relations avec les psychopathologies pénitentiaires », *Ann. Méd. Psychol.*, 157, 7, 441-455.
- SENON J.-L., PASCAL J.C., ROSSINELLI G. (2008), « Rapport de l'audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale » in *Audition publique : Expertise psychiatrique pénale*, Paris, John Libbey.
- SENON J.-L., PRADEL J. (2000), « Entre répression, prévention et soins : la loi du 17 juin 1998 et ses applications », in *Les Agresseurs Sexuels*, Paris, Masson.
- SHERMAN L., STRANG H. (2007), *Restorative justice : the evidence*, Smith Institute pub.
- SMART C. (1976), *Women, crime and criminology*, London, Routledge et Kegan Paul,.
- SMITH J.E., HUCKER S.J. (1991), « Violence current opinion », *Psychiatry*, 4, 841-5.
- SOYKA M., GRATZ C., BOTTLENDER R. et al. (2007), « Clinical correlates of later violence and criminal offenses in schizophrenia », *Schizophrenia Research*, 94, 89-98.
- STEADMAN H. (1983), « Predicting Dangerousness Among the Mentally Ill :

- Art Magic and Science », *International Journal of Law and Psychiatry*, 6, 381-390.
- STEADMAN H.J. (2000), « From Dangerousness to Risk assessment of Community Violence : Tacking Stock at the turn of the Century ». *J. Am Acad Psychiatr Law*, 28 :265-71.
- STEADMAN H.J., MULVEY E.P., MONAHAN J. et al. (1998), « Violence by people discharged from acute psychiatric inpatients facilities and by others in the same neighborhoods », *Archives of General Psychiatry*, 55, 393-401.
- STOLLER R. (2007), *Perversion, La forme érotique de la haine*, Paris, Payot Rivages.
- STUEVE A., LINK B.G. (1997), « Violence and psychiatric disorders : results from an epidemiological study of young adults in Israel », *Psychiatric Quarterly*, 68, 327-342.
- ST-YVES M., TANGUAY M. (2007), « Les entrevues d'enquête policière », in *Traité de sécurité intérieure*, Montréal, Hurtubise, 557-568.
- SWANSON J. (1994), « Mental disorder, substance abuse and community violence : An epidemiological approach », in MONAHAN J., STEADMAN H., *Violence and mental disorder*, Chicago, University of Chicago press, p. 101-36.
- SWANSON J.W., HOLZER C.E., GANJU R.K., JONO R.T. (1990), « Violence and psychiatric disorder in the community. Evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys », *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 761-770.
- SZABO D. (1970), « Le crime, phénomène normal », in *Déviance et criminalité*, Paris, Armand Colin.
- TATOSSIAN A., GLEZER D., CASILE G. (1989), « Les comportements de grève de la faim », *Confrontations psychiatriques*, 31, 280-304.
- TERR L. (1979), « Children of Chowchilla : a study of psychic trauma », *Psychoanalytic Study of the Child*, 34.
- TERR L.C. (1991), « Childhood traumas : an outline and overview », *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
- TERRA J.-L. (2003), *Prévention du suicide des personnes détenues*, Rapport au Garde des Sceaux, ministre de la Justice et au ministre de la Santé, Décembre, Ministère de la Justice.
- THURIN J.M. (2006), « Limites de la médecine fondée sur des preuves et orientations actuelles ; une nouvelle génération des recherches en psychothérapies », *Bulletin de Psychologie*, 59, 6.
- THURIN J.M. et M. (2007) *Évaluer des psychothérapies*, Paris, Dunod.
- THYS P. (2007), *Criminels de guerre. Étude criminologique*, Paris, L'Harmattan, coll. Sciences criminelles.
- TIIHONEN J., ISOHANNI M., RÄSÄNEN P. et al. (1997), « Specific major mental disorders and criminality : a 26-year prospective study of the 1966 northern Finland birth cohort », *Archives of General Psychiatry*, 54, 840-5.
- TOURNIER P. (2007), *Informations criminologiques hebdomadaires*, septembre, ([www.eleves.ens.fr/home/saurin/genepi/lasante](http://www.eleves.ens.fr/home/saurin/genepi/lasante)).
- TOURNIER P.-V. (2007), *Approche indisciplinaire de la question pénale*, Université Paris 1-Panthéon Sorbonne, Centre d'histoire sociale du XX<sup>e</sup> siècle, mars. Ouvrage diffusé par Internet.
- TOURNIER P.-V. (2007), *Dictionnaire de démographie pénale*, Des outils pour arpenter le champ pénal, Version actualisée au 1<sup>er</sup> mai, ouvrage diffusé par Internet.

- TYRODE Y., ROURE L. (1997), « La prise en charge des détenus s'organise », in Tyrode Y., Roure L., *Les avancées en psychiatrie*, Paris, Masson.
- VAILLANT M. (dir.) (1994), *De la dette au don. La réparation pénale à l'égard des mineurs*, Paris, E.S.F.
- VAIVA G., DUCROCQ F. (2006), « Neurobiologie des états de stress psycho-traumatiques », in *Psychotraumatologie*, Paris, Dunod.
- VAN DER KOLK B.A. (1994), « The body keeps the score : Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress », *Harvard Review of Psychiatry*, 1, 253-265.
- VAN DER KOLK B.A., FISLER R. (1995), « Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories : Overview and exploratory study », *Journal of Traumatic Stress*, 8, 505-525.
- VAN DIJK J. (1998), « Criminal victimisation : a global view », résumée in *La lettre de l'INAVEM*, 1999, 44, p. 3-6.
- VAN DIJK J., MANCHIN R., VAN KESTEREN J., HIDEG G. (2005), *The burden of crime in the EU*, ([www.unicri.it/icvs](http://www.unicri.it/icvs)).
- VERDIER R. (dir.) (2004), *Vengeance. Le face-à-face victime agresseur*, Paris, Autrement, coll. Mutations,
- VIGNAL M. (2005), in *Encyclopédie Universalis*.
- VILLERBU L.-M. (2004), « D'une formule embarrassante à une autre : l'interchangeabilité des positions d'agresseur et de victime. À propos de "La victime est-elle coupable ?" » in R. CARIO, *La victime est-elle coupable ? Autour de l'œuvre d'Ezzat Abdel Fattah*, Paris, L'Harmattan, p. 43-59.
- VILLERBU L.-M. (2005), « La vulnérabilité, aspects psychologiques », *Revue de la Société de Médecine Légale et Criminologie de France*.
- VILLERBU L.-M. (2008), *Identification et Sérialité. De la police scientifique à l'analyse psychocriminologique*, Paris, L'Harmattan.
- VILLERBU L.-M. (dir.) et coll. (2003), *Dangerosité et vulnérabilité en psychocriminologie*, Paris, L'Harmattan.
- VILLERBU L.-M., HARRATI S et VAVASORI D. (2006), *Délinquance et Déviance*, Paris, Armand Collin.
- VILLERBU L.-M., PIGNOL P. (2007), « Approche sérielle en victimologie familiale. Une conversion nécessaire dans l'analyse des situations de la maltraitance et dans le travail social » pp. 259-268 ; « Le soutien psychologique durant le parcours judiciaire de la victime », pp. 275-286, in Crocq L. *Traumatisme psychique. Prise en charge Psychologique des victimes*. Paris, Masson.
- VITA A. (2007), « Violence in schizophrenia : Commentary », *Schizophrenia Research*, 94, 377-278.
- VOLAVKA J. et al. (1997), « History of violent behaviour and schizophrenia in different cultures », *British Journal of Psychiatry*, 171, 9-14.
- VON HENTING H. (1948), *The criminal and his victim*, New Haven, Yale University Press.
- VULLIEN R. (1929), « Les conditions de l'expertise médico-légale psychiatrique criminelle », *Rapport de Médecine légale*, Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France, XXIII<sup>e</sup> session, Barcelone, 21-26 mai.
- WALGRAVE L. (2002), « La justice restaurative et la justice pénale : un duo ou un duel ? », in R. CARIO (dir.), *Victimes : du traumatisme à la restauration*, Paris, L'Harmattan, coll. Sciences criminelles, p. 275-303.

- WALLACE C., MULLEN P.E., BURGESS P. (2004), « Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders », *American Journal of Psychiatry*, 161, 716-727.
- WALLER I., OKIHIRO N. (1978), *Burglary : the victim and the public*, Toronto, Toronto University Press.
- WALSH E., BUCHANAN A., FAHY T. (2002), « Violence and schizophrenia : examining the evidence », *British Journal of Psychiatry*, 180, 490-495.
- WEBSTER C.D., DOUGLAS K.S., EAVES D., HART S.D. (1997), *HCR-20 : Assessing Risk Violence, Version 2*, Vancouver, Mental Health, Law and Policy Institute, Simon Fraser University.
- WEBSTER C.D., MARTIN M.L., BRINK J., NICHOLLS T.L., MIDDLETON C. (2004), *Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START)*, Hamilton, St-Joseph's Healthcare and Port Coquitlam, Forensic Psychiatric Services Commission.,
- WEISS K., BORGES S.S. (1973), « Victimology and rape : the case of the legitimate victim », *Issues in Criminology*, 8, n° 2, 71-116.
- WINNICOTT D. W. (1984), *Déprivation et délinquance*, Paris, éd. Payot, 1994.
- WINNICOTT D. W. (1989), *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, Paris, Gallimard, tr. fr., 2000.
- WOLFGANG M.E. (1958), *Patterns in criminal homicide*, Philadelphie, University of Pennsylvania Press.
- YUDOFSKY S., SILVER J., JACKSON W., ENDICOTT J., WILLIAMS D. (1986), « The Overt Aggression Scale for the Objective Rating of Verbal and Physical Aggression », *American Journal of Psychiatry*, 143, 35-39.
- ZAGURY D. (1997), « Le tueur en série » in *La justice et le mal*, Paris, Odile Jacob, coll. Opus.
- ZAMBLE E., QUINSEY V-L. (1997), *The criminal recidivism process*, Cambridge, Cambridge university press.
- ZANARINI M.C. (1997), *Role of sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder*, American Psychiatric Press, Inc.
- ZAUBERMAN R., ROBERT P. (1995), *Du côté des victimes. Un autre regard sur la délinquance*, Paris, L'Harmattan, Série Déviance.
- ZAUBERMAN R., ROBERT P., POTIER M.L. (2004), « Profils de victimes, profils de victimisations », *In Déviance et Société*, 28, 3, p. 369, ([www.iaurif.org](http://www.iaurif.org)).
- ZEHR H. (2002), *The little book of restorative justice*, Good books Pub.
- ZIELINSKY A. (2007), « Avec l'Autre, la vulnérabilité en partage ». *Revues Etudes*, n° 4066, juin 2007, pp. 769-778.
- ZUMBRUNNEN R. (1992), *Psychiatrie de liaison. Consultation psychiatrique à l'hôpital général*, Paris, Masson.

## RAPPORTS ET COMMISSIONS

Commission Santé-Justice présidée par BURGELIN J.-F. *Santé, justice et dangerosités : pour une meilleure prévention de la récidive*, Doc. Fr., 2005.

Conférences de Consensus des 6 et 7 novembre 2003 : *Conséquences des maltraitances sexuelles. Reconnaître, soigner, prévenir*, John Libbey Eurotext et Fédération Française de Psychiatrie, 2004.

Cour Pénale Internationale (2000), Ratification et mise en œuvre dans les législations nationales, *In R.I.D.P.*, 71, vol. 1-2, p. 1-227 ([www.icc-cpi.int](http://www.icc-cpi.int)).

Cour Pénale Internationale (2007), Cour pénal internationale : quelques éléments d'appréciation, *In A.J. Pénal*, 6, Dossier, p. 253-270, ([www.icc-cpi.int](http://www.icc-cpi.int)).

Forum européen de Justice restaurative ([www.euroforumrj.org](http://www.euroforumrj.org)).

Forum européen des services d'aide aux victimes ([www.euvictimservices.org](http://www.euvictimservices.org)).

Rapport Cario R., *La justice restaurative*, CNAV, 2007 ([criminologie.univ-pau.fr](http://criminologie.univ-pau.fr)).

Rapport de la commission d'audition publique sur *l'expertise psychiatrie pénale*, Mai 2007.

Rapport du groupe de travail chargé de tirer les enseignements du traitement judiciaire de l'affaire dite « Outreau », Direction des affaires criminelles et des grâces. Service central de l'information et de la communication. Ministère de la Justice, février 2005.

Rapport Gortais J., *L'aide psychologique aux victimes*, multigraph., Min. Justice, 1992.

Rapport Lienemann M.N., *Pour une nouvelle politique publique d'aide aux victimes*, La Documentation française, 1999.

Rapport Milliez P., *Rapport de la Commission d'étude et de proposition dans le domaine de l'aide aux victimes*, multigraph., Min. Justice, 1982.

Rapport sur *La dangerosité et la prise en charge des individus dangereux*, Octobre 2006.

Rapport sur la mission parlementaire confiée par le premier ministre à Monsieur GARRAUD.

Recommandations de la commission d'audition publique sur *l'expertise psychiatrie pénale*, Mai 2007.

## ADRESSES UTILES

Allo Enfance en danger : N° vert 119 ([www.allo119.gouv.fr](http://www.allo119.gouv.fr)).

Tél. 01.46.48.35.94  
([www.apev.org](http://www.apev.org)).

Allo-Maltraitances des personnes Agées (ALMA)  
N° national 08.92.68.01.18  
([www.alma-france.org](http://www.alma-france.org)).

CNIDFF : Tél. 01 42 17 12 00  
([www.infofemmes.com](http://www.infofemmes.com)).

Association d'Aide aux Parents d'Enfants Victimes (APEV)

FENVAC, SOS Catastrophes  
Tél. 01 55 27 37 47  
([www.fenvac.com](http://www.fenvac.com)).

INAVEM, Fédération nationales des associations d'aide aux victimes  
1, rue du Pré Saint-Gervais  
93691 Pantin Cedex  
Tél. 01.41.83.42.00  
08VICTIMES : 08 842 846 37  
(prix d'appel local – 7j/7)  
([www.inavem.org](http://www.inavem.org)).

FNSF, Fédération Solidarité Femmes  
([www.solidaritefemmes.asso.fr](http://www.solidaritefemmes.asso.fr)).

Ligue contre la violence routière  
(LCVR) Tél. 01.45.32.91.00  
([www.violenceroutiere.org](http://www.violenceroutiere.org)).

SOS-Attentats Tél. 01.45.55.41.41  
([www.sos-attentats.org](http://www.sos-attentats.org)).

Viols-Femmes-Information  
9, villa d'Este, 75013 Paris  
N° vert 0800.05.95.95  
([www.cfcv.asso.fr](http://www.cfcv.asso.fr))

European Forum of Victim Services  
([www.euvictimservices.org](http://www.euvictimservices.org)).

---

# INDEX DES NOMS PROPRES

## A

- Aertsen 403  
Allebeck 136  
Alonso 33  
Amir 248  
Anzieu 68  
Appelbaum 133  
Arendt 283  
Armor 189  
Arseneault 137  
Arveiller 66  
Aubut 108
- Bernstein 37  
Bertrand 83  
Bessel van der Kolk 384  
Biderman 251  
Bion 82  
Bloomfield 289  
Borges 249  
Bouquet 355, 356  
Bourdon 277  
Bourgeois 135  
Bourgoin 203  
Braconnier 94  
Brahmy 201  
Brennan 137, 139, 142  
Breuer 383

## B

- Baddeley 382  
Badinter 236  
Baillarger 188  
Bailly-Salin 219  
Balier 71, 72, 74, 83–87, 206, 218, 219  
Baril 364, 367  
Barnes 289  
Baron-Laforêt 201, 202, 215, 216, 224,  
  232  
Barreyre 355, 356  
Bassiouni 284  
Bekerian 385  
Benezech 135, 156  
Bergeret 205
- Brienen 275  
Brodeur 381  
Brownmiller 249  
Bruck 384  
Bruckner 373  
Brunet 392  
Burgelin 118  
Burlingham 376  
Burrell 125

## C

- Calmeil 269  
Cario 13, 182, 281, 289, 319, 322, 398

Casile 204  
 Catalano 17  
 Ceci 384  
 Cesoni 369  
 Chabert 70  
 Christianson 384  
 Ciavaldini 69, 71, 73, 74, 76, 77, 83, 86,  
     100, 221  
 Cicchettin 37  
 Cipriani-Crauste 203  
 Clark 249  
 Clément 321  
 Cloutier 129  
 Cocozza 126  
 Cohen 91, 177, 251  
 Consoli 214  
 Cornet 105  
 Coutanceau 232  
 Crocq 284, 366  
 Curtis 249  
 Cusson 181

**D**

D'Hauteville 321  
 Daligand 322, 365  
 Damasio 85  
 Damiani 321, 369  
 Danesh 122, 157, 204  
 de Beaurepaire 209  
 De Greeff 181  
 Debray 38  
 Debuyst 177, 178  
 Demeure 77  
 Desautels 246  
 Desmet 179  
 Devaud 77, 107  
 Dintilhac 338, 340  
 Dubreucq 135  
 Ducrocq 34  
 Dupré 67

Eliacheff 373  
 Ellenberger 246  
 Engels 166  
 Ennis 251  
 Erb 137  
 Eronen 137  
 Exner 129  
 Ey 67

**E**

Faget 399  
 Falissard 157  
 Falret 148  
 Farr 385  
 Farrington 143  
 Fassin 262  
 Fattah 182, 247, 248, 251, 257  
 Faugeron 237  
 Favard 180  
 Fazel 122, 157, 204  
 Ferenczi 68, 77  
 Fiat 315  
 Forum européen des services d'aide aux  
     victimes 281  
 Foucault 188, 397  
 Freud 67, 68, 183, 376, 383  
 Friedlander 168  
 Fuller 143

**G**

Gacono 128  
 Gagnepain 87  
 Gallet 207  
 Garofalo 183  
 Garraud 114, 118  
 Gassin 180  
 Gayda 203  
 Génuit 83  
 Giovanelli 105  
 Girard 247, 372

Giravalli 215  
 Glezer 204, 216, 218  
 Gortais 321  
 Gravier 77, 87, 107, 144, 184, 223  
 Green 87  
 Gunn-Scheyaye 203

**H**

Harrati 176  
 Hénaff 366  
 Herman 385  
 Hesnard 271  
 Hindelang 251  
 Hivert 190  
 Hodgins 132, 136, 139, 141  
 Hoegen 275  
 Horowitz 392  
 Hough 252  
 Howard 142  
 Hucker 140  
 Huyse 289

**I**

Inserm 90

**J**

Jaccoud 401  
 Janet 383  
 Jeammet 72  
 Johnstone 403

**K**

Kellens 398  
 Kensey 6, 7, 9, 217  
 Kenz 283  
 Kerlinger 245  
 Kernberg 188, 205  
 Kessler 36  
 Khayat 71, 74, 100  
 Kinberg 180

Klassen 139  
 Klein 82  
 Kurt Weiss 249

**L**

Lacan 85, 169  
 Lagache 164, 171  
 Lambert-Faivre 338  
 Lameyre 185  
 Lancet 204  
 Lasègue 269  
 Laurans 202, 216  
 Le Bas 268  
 Le Boulaire 237  
 Le Moigne 178  
 LeDoux 384  
 Legendre 219  
 Legendre-Boulay 77  
 Legoff 77  
 Lewis 140, 249  
 Lienemann 316  
 Lienhard 341, 342  
 Lindqvist 136  
 Link 136  
 Loeber 143  
 Loewenstein 37  
 Lopez 38, 39, 256, 266, 321, 372, 384  
 Lovell 134

**M**

MacRae 400  
 Maguire 249  
 Manzanera 122, 123, 149, 158, 175,  
     204, 205  
 Marcelli 91, 94  
 Marx 166  
 Massé 195  
 Maurion 219  
 Mbanzoulou 182, 400, 403  
 Mc Kibben 85  
 McGaugh 384  
 Mc Kibben 85

Meehl 126  
 Meier 249, 252  
 Meloy 131  
 Mendelsohn 256, 258  
 Métais 82  
 Miers 399  
 Miethé 249, 252  
 Milburn 399  
 Millaud 140  
 Milliez 298, 316  
 Milton 136, 140  
 Minc 373  
 Monahan 127, 140, 142, 143  
 Morgan 125  
 Mormont 105  
 Moulin 178–180, 182  
 Mullen 132

**N**

Nadeau 246  
 Nannini 107  
 Normandeau 239

**O**

O'Connor 139  
 Okihiro 249  
 Ortolan 114  
 Ouimet 181

**P**

Perrone 107  
 Pham 131  
 Phesans 164  
 Pignol 263  
 Pignoux 322  
 Pinatel 177, 183  
 Pittet 87  
 Pollock 140  
 Portelli 321, 375, 398  
 Postel 188  
 Pottier 237, 240

Poupart 179  
 Pourtois 179  
 Pradel 156, 225  
 Proulx 180, 181, 238  
 Putnam 37

**Q**

Quetel 188  
 Quinsey 126, 180

**R**

Racamier 70  
 Rechtman 262, 369  
 Reiss 251  
 Renneville 147  
 Rimé 322  
 Robert 13, 18  
 Roberts 134  
 Rogers 315  
 Rogues de Fursac 148  
 Ross 37  
 Rouillon 122, 157  
 Rounsville 37  
 Roure 196  
 Rousseau 83  
 Roussillon 70

**S**

Saint Exupéry 315  
 Salas 285, 374  
 Sandra 249  
 Savin 77  
 Schafer 247  
 Schiavinato 77  
 Sémelin 283  
 Senon 122–124, 140, 148, 149, 158,  
     175, 188, 190, 196, 202, 204, 205,  
     214, 216, 218, 225  
 Sherman 403  
 Smart 249  
 Smith 140

St-Yves 385  
Steadman 126, 136, 143  
Steinberg 37  
Steven 247  
Stigler 87  
Stoller 86  
Strang 403  
Stueve 136  
Swanson 135, 140, 142  
Szabo 163, 167

**T**

Tatossian 204  
Tercq 403  
Terr 35, 376  
Terra 202  
Thurin 377  
Thys 283  
Tiihonen 137  
Torrey 143  
Tournier 9, 398  
Tyrode 196

**V**

Vaillant 321, 399  
Vaiva 34  
Van Ness 403  
Vavassori 176

Verdier 366  
Villerbu 77, 176, 180, 181, 263, 265  
Vita 143  
Volavka 136, 139  
Von Hentig 182, 252  
Vullien 149

**W**

Walgrave 399  
Wallace 136, 138  
Waller 249  
Walsh 133, 138  
Weiss 249  
Winnicott 72, 84  
Wolfgang 247, 248

**Y**

Yullie 385

**Z**

Zacchias 147  
Zagury 103, 107  
Zamble 180  
Zanarini 38  
Zaberman 13, 18  
Zehr 400  
Zielinsky 271  
Zumbrunnen 215, 216



---

# TABLE DES MATIÈRES

<i>LISTE DES AUTEURS</i>	IX
<i>AVANT-PROPOS</i>	XIII
<i>INTRODUCTION GÉNÉRALE</i>	XVII
<b>1. Éléments de statistiques criminelles</b>	1
A. KENSEY	
Les composantes de l'inflation carcérale	2
<i>La proportion de prévenus diminue, 3 • Plus d'entrées en prison, 4 • Augmentation des condamnés auteurs de violences contre les personnes, 5 • Vieillissement de la population, baisse de la proportion d'étrangers, 6</i>	
Après la prison, quelle « récidive » ?	9
<i>Les variables déterminantes de la récidive, 9 • Analyse combinée de plusieurs variables, 10</i>	
Conclusion	11
<b>2. Victimisations reportées et victimisations cachées</b>	13
R. CARIO	
Les chiffres des victimisations reportées	14
Les chiffres des victimisations cachées	17
<b>3. Le Modèle psychodynamique en psychocriminologie</b>	21
A. CIAVALDINI	
Petit historique de la naissance de la psychocriminologie psychodynamique	21

Le modèle psychodynamique en psychocriminologie	24
Les questions posées par un modèle psychodynamique en psychocriminologie	25
Les spécificités psychodynamiques d'une étude du sujet en psychocriminologie : l'articulation avec les données environnementales	26
Ébauche d'une méthodologie psychocriminologique de rencontre et d'étude du sujet AVS	30
Conclusion	31
<b>4. Psychotraumatologie et pratique psychocriminologique</b>	33
G. LOPEZ	
Étiopathogénie du psychotraumatisme	34
Clinique	35
<i>L'État de stress aigu (F43.0), 35 • Clinique des traumatismes de type 2, 37 • Les troubles dissociatifs (F44), 37</i>	
Psychocriminologie	38
<i>Les troubles limites ou borderlines (F60.31), 38 • Les troubles dissociatifs, 39 • Le trouble psychotique bref (F23.81), 40 • Les troubles de l'adaptation (F43.2), 40 • Les troubles dissociatifs et la responsabilité pénale, 40</i>	

#### PREMIÈRE PARTIE

##### AGRESSOLOGIE

<b>5. Approche historique et philosophique de la dangerosité</b>	45
G. BERNARD	
L'évolution historique du concept	45
<i>L'approche positiviste : la dangerosité scientifique , 46 • L'approche humaniste : la dangerosité judiciaire , 46 • L'approche victimiste : la dangerosité sociale , 47</i>	
La dangerosité philosophique du concept	47
<i>Un concept subjectif menant à l'hygiénisme, 47 • Un concept matérialiste confinant au totalitarisme , 48 • Un concept idéologique reposant sur l'utilitarisme , 48</i>	

<b>6. De la perception de la dangerosité à l'évaluation du risque de violence</b>	51
B. GRAVIER	
La dangerosité : une actualité brûlante	51
Le psychiatre, évaluateur de la dangerosité : un changement radical	53
Dangerosité psychiatrique et dangerosité criminologique : des logiques distinctes ?	54
La dangerosité comme fait psychique troublant, une définition brouillée	55
Un phénomène imprévisible : la situation dangereuse	56
Une disposition psychique particulière : l'état dangereux ?	57
Maladie mentale et violence : entre risque relatif et risque attribuable	58
Une clinique de la dangerosité	60
Les pathologies en cause	60
Les mécanismes	62
Les facteurs de risque	62
La construction d'une appréciation et la mise en perspective : la dangerosité, un risque prédictible ?	63
<b>7. Nouvelles cliniques du passage à l'acte et nouvelles prises en charge thérapeutiques</b>	65
A. CIAVALDINI	
Évolution conceptuelle française des modèles de compréhension de la violence sexuelle	66
<i>Une clinique du sujet et du transfert, 67 • La notion de « structure », 67 • La notion « d'organisation » et de « limites », 68</i>	
Que nous apprend la clinique psychopathologique contemporaine ?	69
<i>Difficulté de reconnaissance des vécus affectifs, 69 • Perturbation dans la transmission intergénérationnelle, 69 • L'agir : une réminiscence sensori-motrice, 70 • L'apport de la clinique de la petite enfance en psychocriminologie clinique : la question de l'environnement premier et l'appui sur l'environnement externe, 72</i>	
Construire un environnement « favorable » aux soins : l'appui sur la loi	73
<i>Les réseaux Santé-Justice, 75</i>	
Conclusion : le nécessaire aménagement du soin	76

<b>8. Fantasme et comportement déviant</b>	79
PH. GÉNUIT	
État des lieux et questionnement du rapport de l'acte et du fantasme	79
Fantasme et pensée : psychanalyse	
Fantaisies et cognition : cognitivisme	80
Pensée, vécu et éprouvé	85
Fantasme : désir et agir, Acting-out : passage à l'acte, Thinking out : imaginaire déviant	86
Fantasme et déhiscence	86
<b>9. Adolescent difficile : évaluation et travail en réseau</b>	89
E. OLLHOFF, D. MARCELLI	
Évaluation	90
Travail en réseau	92
Conclusion	96
<b>10. Les auteurs de violence sexuelle</b>	99
S. BARON-LAFORÊT	
Éléments d'anamnèse	100
<i>Vécus d'enfance et d'adolescence , 102 • La place du traumatisme dans leur histoire et leur devenir , 102 • Insertion sociale, 103</i>	
Repères psychiatriques	103
<i>Les pathologies peu spécifiques, 104 • Les classifications internationales, 104</i>	
Agression sexuelle et perversion	105
<i>Le concept de perversion, 105</i>	
Violence et destructivité	106
Les typologies	108
<i>Classification de Groth, 108</i>	
La carence passive dépendante	110
La carence agressive dévorante	110

<b>11. La responsabilité pénale en droit français et l'irresponsabilité pénale des malades mentaux</b>	113
L. LETURMY, J.-L. SENON	
Notion de responsabilité pénale	113
<i>Retour sur les écoles de droit pénal, 113 • Imputabilité, culpabilité et responsabilité pénale, 115</i>	
Le trouble mental, cause subjective d'irresponsabilité pénale	115
<i>Le code pénal de 1994, 116 • La loi relative à la rétention de sûreté de 2008, 118</i>	
Conséquences de l'irresponsabilité pénale : état des lieux et questions actuelles	121
<i>Le problème de la juridiction compétente pour le malade mental irresponsabilisé, 121 • L'accumulation des malades dans les prisons est-elle exclusivement à rapporter au faible pourcentage d'irresponsabilités pénales en application de l'article 122-1 al. 1 ?, 122</i>	
<b>12. Outils d'évaluation en psychocriminologie</b>	125
F. MILLAUD, B. POULIN, R. LUSIGNAN, J.-D. MARLEAU	
<b>13. Violence et troubles mentaux</b>	133
J.-L. SENON, C. MANZANERA, J.-L. DUBREUCQ, F. MILLAUD	
Maladie mentale et violence : un lien causal significatif qui demande à être travaillé	134
Facteurs de risque	138
<i>Facteurs non spécifiques, 138 • Facteurs spécifiques, 140</i>	
Lutte contre les facteurs favorisant la violence : une nécessaire évolution	144
<b>14. L'expertise psychiatrique pénale</b>	147
C. MANZANERA, J.-L. SENON	
Un cadre législatif de plus en plus large et un recours de plus en plus important à l'expertise de dangerosité	151
Évolution et limites actuelles	156
L'audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale des 25 et 26 janvier 2007	160

<b>15. Facteurs criminogènes et approche psychanalytique dans l'expertise psychologique</b>	163
C. DECAMPS, B. PHÉSANS	
Conduite criminelle : examen psychologique	164
Signification de l'acte : position subjective	165
Facteurs pathogènes : facteurs criminogènes	166
Évolution de la personnalité : complexes familiaux	169
De quelques facteurs criminogènes	171
<b>16. Examen médico-psychologique des auteurs</b>	175
V. MOULIN, L.-M. VILLERBU	
Un peu d'histoire	176
De l'expertise psychologique à l'expertise psychocriminologique	176
Rendre compte d'une complexité dynamique et processuelle en proposant un changement de regard sur le moment infractionnel	178
Signifier une situation criminelle dans un parcours personnel	179
Renouveler les modes d'approche dans l'articulation de l'acte à l'auteur	180
La question de la dangerosité	183
L'expertise de pré-libération	184
<b>17. Organisation et articulation des soins dans le champ médico-legal entre psychiatrie publique et justice</b>	187
J.-L. SENON, C. MANZANERA	
Une histoire qui se superpose avec la naissance de la clinique	188
Les moyens actuels	191
<i>L'intervention des secteurs de psychiatrie dans chaque établissement pénitentiaire, 192 • Les SMPR, 194 • Les UHSA, 197 • L'articulation avec les UMD, 198</i>	
Psychiatrie de liaison en milieu carcéral	200
<i>Troubles mentaux et carceralité, 201 • Passages à l'acte en détention , 201 • Les pathologies mentales sous-jacentes, 204 • Personnalités pathologiques, 205 • L'orientation du détenu malade mental , 209 • La psychiatrie de liaison comme modèle d'intervention en milieu carcéral, 213 • Spécificité du travail de liaison en milieu pénitentiaire, 215</i>	

Stratégies thérapeutiques	217
<i>Particularités liées au lieu d'intervention, 218 • Modalités d'exercice, 219 • Travail en équipe, 220 • Les partenaires du travail de soin, 220</i>	
<b>18. Injonction de soins et suivi sociojudiciaire</b>	221
N. HAZÉ	
De l'éthique en préambule	221
<i>Des soins sous contrainte, 221 • De l'intérêt individuel et de l'intérêt de l'ordre public, 222 • De l'illusion du risque zéro, 223 • Quand la délinquance se fait maladie, 224</i>	
Le cadre juridique	225
<i>La loi du 17 juin 1998, 225 • Modifications ultérieures, 226</i>	
Le suivi sociojudiciaire	228
L'injonction de soins	230
Vers une mort annoncée ?	232
<b>19. Insertion et probation : évolutions et questionnements contemporains</b>	235
PH. POTTIER	
Origines	235
La création des SPIP	236
CIP et criminologues	238
Enjeux actuels	239
Perspectives	241
 <b>DEUXIÈME PARTIE</b>	
 <b>VICTIMOLOGIE</b>	
<b>20. Évolution de la pensée victimologique</b>	245
R. LUSIGNAN, G. LOPEZ	
L'action catalytique et la responsabilité fonctionnelle de la victime	246
Le mouvement féministe et la reconnaissance des droits des victimes	248
Les enquêtes de victimisation	251
<b>21. Victimes et victimologie</b>	253
R. CARIO	
La(les) victime(s)	255

La(les) victimologie(s)	257
<b>22. Nouvelles réflexions sur le couple pénal en victimologie</b>	261
P. PIGNOL, L.-M. VILLERBU, V. MOULIN	
Une clinique de la victimité	262
Penser un accompagnement psychojudiciaire	266
<b>23. Interaction victime/infracteur : un choix ?</b>	267
L.-M. VILLERBU, V. MOULIN	
<b>24. Instruments internationaux en victimologie</b>	275
R. CARIO	
Les normes internationales	276
Les normes européennes	278
<b>25. La Cour pénale internationale et les victimes</b>	283
R. CARIO	
Crimes et victimes	285
Participation et réparation des victimes	287
<b>26. Mouvement associatif d'aide aux victimes</b>	291
R. CARIO, O. MONS	
Choix du mouvement associatif	291
L'I.N.A.V.E.M.	293
Les associations d'aide aux victimes	295
Les associations de victimes	297
<b>27. Le dispositif de protection de l'enfance</b>	299
M. CRÉOFF	
L'organisation du dispositif	299
L'organisation de l'aide sociale à l'enfance	301
Les différentes prestations	301
<i>En terme de prévention, 301 • En terme de protection, 304</i>	
L'accueil	306
<i>L'organisation de l'accueil, 306 • Les modalités de prises en charge, 307 • Une prise en charge améliorée ?, 311</i>	
<b>28. Les droits des victimes d'infraction</b>	313
R. CARIO	
Les droits acquis à toute personne victime d'infraction	314

Les droits reconnus aux victimes d'infraction qui agissent en justice	317
<b>29. Le juge pénal et les victimes</b>	323
S. PORTELLI	
Élaboration progressive d'un statut de la victime	324
Procédures	327
<i>Le parquet et la plainte de la victime, 327 • L'initiative des poursuites par la victime, 328 • Le statut de plaignant ou celui partie civile pendant l'enquête et l'instruction, 329 • La victime dans la phase de jugement, 330 • La prise en charge de la victime pendant le procès, 330 • L'indemnisation par le juge pénal, 331 • L'indemnisation par la CIVI, 332 • La victime et l'exécution des peines, 334 • Le Judevi, 335</i>	
Conclusion	336
<b>30. La réparation indemnitaire des préjudices des victimes d'infraction</b>	337
C. LIENHARD, N. PIGNOUX	
L'adoption d'une nouvelle nomenclature des postes de préjudice	338
<i>La clarification des catégorisations gouvernant l'indemnisation, 338 • L'homogénéisation de l'indemnisation, 340</i>	
La limitation de l'étendue du recours subrogatoire des tiers payeurs	341
<i>La limitation de l'assiette du recours subrogatoire, 341 • La limitation de l'objet du recours subrogatoire, 343</i>	
Conclusion	344
<b>31. Le mécanisme d'indemnisation des victimes d'infractions</b>	345
T. TISSERAND	
Un Fonds et un système d'indemnisation uniques pour une procédure originale	345
<i>Les acteurs du système d'indemnisation : FGCI et CIVI (loi du 06 juillet 1990), 345 • Une procédure originale, 346</i>	
Deux régimes d'indemnisation distincts	348
<i>Conditions de recevabilité communes aux deux régimes, 348 • Conditions propres à chacun des régimes, 350</i>	
La réparation du préjudice, intégrale ou plafonnée, peut être réduite ou exclue en raison de la faute de la victime	351
<i>Réparation intégrale ou plafonnée du préjudice, 351 • La faute de la victime et son incidence sur le préjudice, 352</i>	

<b>32. L'accompagnement social des victimes</b>	355
N. TERCQ, A. CLESSE	
Le public accueilli	357
L'accompagnement social des victimes	357
<i>L'accueil, 357 • L'écoute, 358 • Un temps d'évaluation et de diagnostic, 358 • Mise en place de la prise en charge , 359</i>	
La spécificité du travailleur social de l'aide aux victimes	360
Des professionnels compétents et différents qui s'articulent	360
Mise en œuvre en cohérence avec l'équipe et les partenaires	361
Constitution du réseau	361
L'évolution de la prise en charge	362
<b>33. Réparation globale de la victime d'infraction</b>	363
N. PIGNOUX	
La notion de réparation globale de la victime d'infraction	364
<i>La réparation processuelle, 364 • La réparation psychologique et sociale, 366</i>	
La perfectibilité de la globalisation	367
<i>Les imperfections affectant la réparation extrapatrimoniale, 368 • Les imperfections affectant la réparation patrimoniale, 369</i>	
<b>34. Éthique des pratiques en victimologie et psychotraumatologie</b>	371
G. LOPEZ	
Logos et innocence de la victime : valeurs fondatrices de la civilisation occidentale	371
Les résistances sociales	373
Les conflits d'intérêt politico-judiciaire : droits de l'homme vs pragmatisme	374
Les conflits d'intérêt psychologique : idéologies vs évaluation	375
<i>Les théories psychologiques antivictimaires : faux souvenirs, syndrome d'aliénation parentale, résilience , 376 • Les thérapies hors cadre, 377 • L'évaluation de l'efficacité des traitements psychotraumatologiques, 377 • Conflits d'intérêts économiques : régulateurs vs victimes, 378 • Les conflits d'intérêt relatifs à l'expertise, 379</i>	
Conclusion	379

<b>35. La mémoire traumatique</b>	381
K. SADLIER	
Les phases de la mémoire	382
Historique de la notion de la mémoire traumatique	383
La mémoire traumatique est-elle plutôt sensorielle que verbale ?	384
Conclusion	385
<b>36. L'examen médico-psychologique des victimes</b>	387
G. CEDILE, A. CASANOVA	
Les critères du cadre légal de l'examen médico-psychologique	388
Mission d'expertise type en droit pénal	389
L'examen des victimes	390
<i>L'entretien clinique, 390 • La passation de tests, 391 • L'étude de l'état de stress post-traumatique, 392</i>	
Le problème spécifique de l'expertise d'un mineur	395
Le problème spécifique de l'expertise de crédibilité de la victime	395
<b>37. La justice restaurative</b>	397
R. CARIO, P. MBANZOLOU	
Caractéristiques principales de la justice restaurative	399
L'issue négociée des modalités de justice restaurative	401
Les promesses évaluées de la justice restaurative	402
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	405
Rapports et Commissions	427
Adresses utiles	427
<i>INDEX DES NOMS PROPRES</i>	429

# PSYCHOTHÉRAPIES

- ▶  PSYCHANALYSE
- ▶  PSYCHOOTHÉRAPIES HUMANISTES
- ▶  THÉRAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES

Jean-Louis Senon, Gérard Lopez, Robert Cario  
*et al.*

## PSYCHOCRIMINOLOGIE

### Clinique, prise en charge, expertise

**La psychocriminologie s'intéresse à la fois aux auteurs et aux victimes d'infractions pénales.** Éclairer la pratique clinique, aider au positionnement des professionnels, répondre aux questions de l'expertise psychiatrique pénale et de l'examen médico-psychologique pénal des auteurs et victimes, tels sont les objectifs de cet ouvrage.

- **Introduction générale**

Statistiques criminelles et victimologiques, présentation du modèle théorique psychodynamique avec les auteurs, problèmes d'interprétation clinique...

- **Agressologie**

Dangerosité, clinique du passage à l'acte, comportements déviants, clinique des auteurs de violences sexuelles, adolescents difficiles, responsabilité pénale, examen médico-psychologique, violence des malades mentaux, outils d'évaluation, facteurs criminogènes, injonction de soin...

- **Victimologie**

Évolution de la pensée victimologique, définition de la victime, instruments internationaux, mouvements associatifs, dispositif de protection de l'enfance, droits des victimes, réparation des préjudices, accompagnement social, expertise médico-psychologique, justice restaurative...

Ce livre, le premier du genre, s'adresse à tous les professionnels confrontés aux auteurs et victimes d'infractions pénales : soignants, psychiatres, psychologues, infirmiers, magistrats, avocats, experts judiciaires, travailleurs sociaux, médecins légistes...

JEAN-LOUIS SENON  
est psychiatre, professeur des universités, faculté de médecine et Collège de recherche et d'information multidisciplinaire en criminologie (CRIMCUP), Université de Poitiers.

GÉRARD LOPEZ  
est psychiatre, expert près la Cour d'Appel de Paris, chargé d'enseignement à l'université René-Descartes Paris 5 et à l'Institut de criminologie de Paris (Université Panthéon-Assas Paris 2).

ROBERT CARIO  
est professeur de sciences criminelles, codirecteur du master criminologie et droit(s) des victimes, unité Jean Pinatel (UJP/CRAJ) de l'Université de Pau et des Pays de l'Adour.